

**HUBUNGAN ANTARA *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN  
KEPATUHAN MINUM OBAT PADA DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI  
KOTA SEMARANG**

**SKRIPSI**



Oleh:

**ANINDITA DWI PRAMESTI**

**15320064**

**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI  
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA  
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA  
YOGYAKARTA  
2019**

**HUBUNGAN ANTARA *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN  
KEPATUHAN MINUM OBAT PADA DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI  
KOTA SEMARANG**

**SKRIPSI**

Diajukan Kepada Program Studi Psikologi  
Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia  
Untuk Memenuhi Sebagian Dari Syarat-syarat Guna Memperoleh  
Derajat Sarjana S-1 Psikologi



Oleh:

**ANINDITA DWI PRAMESTI**

**15320064**

**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI  
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA  
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA  
YOGYAKARTA**

**2019**

## PERNYATAAN ETIKA AKADEMIK

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Anindita Dwi Pramesti

No. Mahasiswa : 15320064

Program Studi : Psikologi

Judul Skripsi : Hubungan antara *Health Locus of Control* pada Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Kota Semarang

Melalui surat ini saya menyatakan bahwa :

1. Selama melakukan penelitian dan pembuatan laporan penelitian skripsi saya tidak melakukan tindak pelanggaran etika akademik dalam bentuk apapun, seperti penjiplakan, pembuatan skripsi oleh orang lain, atau pelanggaran lain yang bertentangan dengan etika akademik yang dijunjung tinggi Universitas Islam Indonesia. Oleh karena itu, skripsi yang saya buat merupakan karya ilmiah saya sebagai penulis, bukan karya jiplakan atau karya orang lain.
2. Apabila dalam ujian skripsi saya terbukti melanggar etika akademik, maka saya siap menerima sanksi sebagaimana aturan yang berlaku di Universitas Islam Indonesia.
3. Apabila dikemudian hari, setelah saya lulus dari Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia ditemukan bukti secara meyakinkan bahwa skripsi saya adalah jiplakan atau karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan Universitas Islam Indonesia

Yogyakarta, 3 Januari 2019

Yang menyatakan,

  
Anindita Dwi Pramesti

## HALAMAN MOTTO

اللَّهُمَّ لَا سَهْلَ إِلَّا مَا جَعَلْتَهُ سَهْلًا وَأَنْتَ تَجْعَلُ الْحَزْنَ إِذَا شِئْتَ سَهْلًا

*“Ya Allah, tidak ada kemudahan kecuali yang Engkau buat mudah. Dan engkau menjadikan kesedihan (kesulitan), jika Engkau kehendaki pasti akan menjadi mudah”*

*(H.R Ibnu Hibban)*

*“when it comes to your dreams, every risk is worth it”*

*(Joel brown)*

## HALAMAN PERSEMBAHAN

سُبْحَانَ اللَّهِ وَالْحَمْدُ لِلَّهِ وَلَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ وَ اللَّهُ أَكْبَرُ

*Subhanallah walhamdulillah wala ilaa ha illallah wallahu akbar,*

Atas segala nikmat, pertolongan serta kekuatan yang telah engkau berikan selama ini. Satu langkah hidupku telah berhasil saya lalui dengan segala ujian maupun cobaan dalam menuntut ilmu di Program Studi Psikologi Universitas Islam Indonesia. Alhamdulillahirabbil‘alamin, akhirnya skripsi dapat terselesaikan.

Karya Sederhana ini saya persembahkan untuk :

### **Ayahanda Priyo Sembodo & Ibunda Sri Hartiningsih**

Atas segala kasih sayang, pengorbanan, dukungan, nasihat yang selalu diberikan serta curahan doa yang tak pernah berhenti beliau panjatkan selama ini.

Terimakasih telah menjadi alasan pertamaku untuk semangat mengerjakan skripsi

ini

### **Kakaku satu-satunya dr. Aditya Doni Pradana**

Atas segala upaya yang telah dilakukannya untuk selalu menghibur dan memberikan semangat untuk saya mengerjakan skripsi ini.

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dengan Judul :

**HUBUNGAN ANTARA *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN  
KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI  
KOTA SEMARANG**

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Skripsi Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial  
Budaya Universitas Islam Indonesia untuk Memenuhi Sebagian Dari Syarat-Syarat Guna

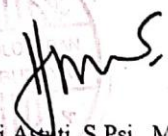
Memperoleh Derajat Sarjana S1 Psikologi



Pada Tanggal

16 JAN 2019

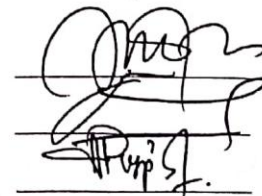
Mengesahkan,  
Program Studi Psikologi  
Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya  
Universitas Islam Indonesia  
Ketua Program Studi

  
Yulianti Dwi Astuti, S.Psi., M.Soc.Sc

Dewan Penguji

1. Rr. Indahria Sulistyarini, S.Psi., M.A., Psikolog
2. Rumiani, S.Psi., M.Psi
3. Endah Puspita Sari, S.Psi., M.Si., Psikolog

Tanda Tangan



## PRAKATA

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

*Assalamu'alaikum warrahmatullahi wabarrakatuh*

Alhamdulillah Rabbil'alamin puji syukur kehadiran Allah Subhanallahu wa Ta'ala atas rahmat serta karunia-Nya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW yang telah menjadi suri tauladan bagi hamba-hambanya.

Adapun skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dari syarat-syarat guna menyelesaikan jenjang S1 Program Studi Psikologi, Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia. Skripsi dengan judul *“Hubungan antara Health Locus of Control dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Kota Semarang”* ini diharapkan dapat bermanfaat bagi seluruh masyarakat dan bermanfaat bagi bidang ilmu pengetahuan khususnya Ilmu Psikologi.

Penyusunan skripsi ini tidak luput dari dukungan banyak pihak baik moral maupun materil. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada:

1. **Bapak Dr. H. Fuad Nashori., S.Psi., M.Si., M.Ag., Psikolog** selaku Dekan Fakultas Psikologi dan Ilmu Soisal Budaya Universitas Islam Indonesia atas kepemimpinan, serta bimbingannya bagi seluruh mahasiswa Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia.

2. **Ibu Yulianti Dwi Astuti, S.Psi., M.Soc.Sc** selaku Ketua Program Studi Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia.
3. **Ibu Rr. Indahria Sulistyarini, S.Psi., M.A., Psikolog** selaku Dosen Pembimbing Skripsi yang tak henti-hentinya membimbing, mendoakan memperhatikan, dan mencurahkan banyak waktunya untuk mengarahkan kami serta memberikan ilmunya untuk anak-anak bimbingan skripsi beliau hingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini.
4. **Ibu Hazhira Qudsyi, S.Psi, M.A** selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa membimbing serta mengarahkan kami selaku anak bimbingan akademik beliau sejak semester 1 hingga akhir studi.
5. **Ibu Rina Mulyati, S.Psi., M.Si** selaku Dosen Statistika yang memberikan banyak ilmunya tentang statistika kepada penulis, serta memberikan waktu untuk penulis menanyakan hal terkait dengan analisis data pada skripsi ini.
6. **Seluruh dosen penguji**, terimakasih untuk kritik, saran serta nasihat membangun yang telah diberikan kepada penulis.
7. **Seluruh dosen pengajar serta staff dan karyawan FPSB**, terimakasih atas ilmu, fasilitas, motivasi serta pengalaman yang sangat berkesan bagi penulis selama masa perkuliahan.
8. **Bapak Priyo Sembodo dan Ibu Sri Hartiningsih**, selaku orang tua sekaligus pemilik klinik tempat berlangsungnya penelitian terimakasih untuk segala dukungan serta kasih sayang yang selalu diberikan kepada penulis hingga saat ini. Semoga Dita bisa selalu membahagiakan dan membanggakan bapak ibu.



9. **Dr. Aditya Doni Pradana** selaku kakak satu-satunya dan role model bagi penulis, terimakasih untuk selalu memberikan motivasi serta menghibur penulis dalam setiap tahapan yang sedang dilalui.
10. **Annisa Dentin, Hefy Andini, Vanessa Andhani, dan Dhuhita Ghassanizada** selaku sahabat penulis sejak SMP, terimakasih karena kelulusan kalianlah yang memotivasi penulis untuk segera menyelesaikan skripsi ini. Semoga Allah SWT selalu memudahkan kalian dalam setiap fase kehidupan yang harus kalian lalui.
11. **Bagas Panandito** selaku sahabat penulis sejak SMP yang selalu ada sampai saat ini, terimakasih untuk dukungan, motivasi, semangat yang selalu diberikan kepada penulis saat masa-masa sulit awal perkuliahan hingga akhir pengerjaan skripsi ini.
12. **Rizka Rahmawati** selaku sepupu penulis yang selalu menghibur dan memberi semangat untuk penulis segera menyelesaikan skripsi ini. Semoga Allah SWT mempermudah langkahmu mendapat gelar S.Psi 2020 nanti.
13. **Affina, Jihan, Shoka, dan Wulanning** selaku sahabat terdekat penulis, terimakasih atas segala dukungan, keluh kesah, motivasi, serta makanan yang kalian belikan selama masa perkuliahan dan penulisan skripsi ini. Semoga Allah SWT memudahkan kalian dalam meraih gelar S.Psi.
14. **Hanifah dan Dean** selaku teman pertama penulis saat tinggal di Yogyakarta, terimakasih untuk kasih sayang kalian. Semoga Allah SWT juga memudahkan kalian meraih gelar S.Psi.

15. **Geng Venom**, terutama Mas Hafizh, Ridwan, Iqbal, Saba, Alana, Resti, dan Tazam yang selalu menghibur penulis dalam keadaan senang atau sedih, miskin maupun kaya, serta akhir bulan maupun awal bulan. Semoga Allah SWT selalu memudahkan kalian dalam proses pengerjaan Tugas Akhir.
16. **Seluruh pengurus Laboratorium Mahasiswa 2017 dan 2018** yang banyak memberikan banyak pengalaman berharga untuk penulis selama perkuliahan ini.
17. **Teman-teman KKN Unit 111 Yusi, Nada, Bang Dio, Deva, Cahyo, dan Mba Mutia** yang memberikan pengalaman dan pelajaran berharga bagi penulis selama KKN. Terimakasih juga karena telah dengan sabar menjadi teman hidup penulis selama 30 hari. Semoga Allah SWT selalu memudahkan kalian menjemput mimpi-mimpi kalian.
18. Serta semua pihak yang telah terlibat baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna dalam proses penyelesaiannya, sehingga kritik dan saran yang membangun selalu diharapkan agar penulisan ini menjadi lebih baik lagi. Akhirnya penulis berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat dan digunakan sebaik-baiknya.

*Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Yogyakarta, 3 Januari 2019

Penulis,

Anindita Dwi Pramesti

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PRAKATA</b> .....	vi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>ABSTRAK</b> .....	xv
<b>ABSTRACT</b> .....	xvi
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Tujuan Penelitian .....	7
C. Manfaat Penelitian .....	7
D. Keaslian Penelitian .....	8
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	14
A. Kepatuhan Minum Obat .....	14
1. Definisi <i>Kepatuhan Minum Obat</i> .....	13
2. Aspek-Aspek <i>Kepatuhan Minum Obat</i> .....	15
3. Faktor-Faktor Kepatuhan Minum Obat .....	16
B. <i>Health Locus of Control</i> .....	18
1. Definisi <i>Health Locus of Control</i> .....	18
2. Dimesi <i>Health Locus of Control</i> .....	19
C. Diabetes Mellitus Tipe 2 .....	20
D. Hubungan <i>Health Locus of Control</i> dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien DM Tipe 2 .....	22

E. Hipotesis Penelitian .....	26
<b>BAB III. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>27</b>
A. Identifikasi Variabel Penelitian .....	27
B. Definisi Operasional .....	27
1. Kepatuhan Minum Obat .....	27
2. <i>Health Locus of Control</i> .....	27
C. Subjek Penelitian .....	28
D. Metode Pengumpulan Data .....	28
1. Skala Kepatuhan Minum Obat .....	28
2. Skala <i>Health Locus of Control</i> .....	30
E. Validitas dan Reliabilitas .....	31
1. Validitas .....	31
2. Reliabilitas .....	32
F. Metode Analisis Data .....	32
<b>BAB IV. PELAKSANAAN DAN HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>34</b>
A. Orientasi Kancan dan Persiapan Penelitian .....	34
1. Orientasi Kancan .....	34
2. Persiapan Penelitian .....	35
a. Persiapan Administrasi .....	35
b. Persiapan Alat Ukur .....	35
1) Skala Kepatuhan Minum Obat .....	35
2) Skala <i>Health Locus of Control</i> .....	36
c. Hasil Uji Coba Alat Ukur .....	36
1) Skala Kepatuhan Minum Obat .....	37
2) Skala <i>Health Locus of Control</i> .....	37
B. Pelaksanaan Penelitian .....	39
C. Hasil Penelitian .....	39
1. Deskripsi Subjek Penelitian .....	39
2. Deskripsi Data Penelitian .....	43
3. Hasil Uji Asumsi .....	46

a. Uji Normalitas .....	46
b. Uji Linearitas .....	47
4. Hasil Uji Hipotesis .....	48
5. Hasil Analisis Tambahan .....	50
a. Uji Beda .....	50
D. Pembahasan .....	53
<b>BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>60</b>
A. Kesimpulan .....	60
B. Saran .....	60
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>62</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.	<i>Blue Print</i> Skala Kepatuhan Minum Obat .....	29
Tabel 2.	<i>Blue Print</i> Skala Health Locus of Control .....	30
Tabel 3.	Distribusi Butir Aitem Skala MMAS-8 Setelah Uji Coba .....	37
Tabel 4.	Distribusi Butir Aitem Skala MHLC Form A Setelah Uji Coba ..	38
Tabel 5.	Deskripsi Subjek Berdasarkan Jenis Kelamin .....	40
Tabel 6.	Deskripsi Subjek Berdasarkan Usia .....	40
Tabel 7.	Deskripsi Subjek Berdasarkan Pendidikan Terakhir .....	41
Tabel 8.	Deskripsi Subjek Berdasarkan Jenis Pekerjaan .....	41
Tabel 9.	Deskripsi Subjek Berdasarkan Status Pernikahan .....	42
Tabel 10.	Deskripsi Subjek Berdasarkan Lama Diagnosis Penyakit .....	42
Tabel 11.	Deskripsi Subjek Berdasarkan Komplikasi Penyakit Lainnya ....	43
Tabel 12.	Deskripsi Data Penelitian .....	43
Tabel 13.	Rumus Kategorisasi Variabel Kepatuhan Minum Obat .....	44
Tabel 14.	Rumus Kategorisasi Variabel Health Locus of Control .....	44
Tabel 15.	Data Kategorisasi Variabel Health Locus of Control .....	45
Tabel 16.	Hasil Uji Normalitas .....	46
Tabel 17.	Hasil Uji Linearitas .....	47
Tabel 18.	Kriteria Koefisien Korelasi .....	48
Tabel 19.	Hasil Uji Hipotesis .....	49
Tabel 20.	Hasil Uji Beda Kepatuhan Minum Obat dan Data Demografi ...	51

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Skala Kepatuhan Minum Obat Sebelum Uji Coba .....	69
Lampiran 2. Analisis Data Skala Kepatuhan Minum Obat .....	70
Lampiran 3. Skala Kepatuhan Minum Obat Setelah Uji Coba .....	71
Lampiran 4. Skala <i>Multidimensional Health Locus of Control</i> Sebelum Uji Coba .....	72
Lampiran 5. Analisis Data Skala <i>Multidimensional Health Locus of Control</i> .....	76
Lampiran 6. Skala <i>Multidimensional Health Locus of Control</i> Setelah Uji Coba .....	79
Lampiran 7. Uji Asumsi .....	83
Lampiran 8. Uji Hipotesis .....	91
Lampiran 9. Hasil Analisis Tambahan .....	92
Lampiran 10. Tabulasi Data Subjek Penelitian .....	101
Lampiran 11. Tabulasi Data Sebelum Uji Coba .....	104
Lampiran 12. Tabulasi Data Setelah Uji Coba .....	108
Lampiran 13. Perhitungan Data Hipotetik .....	115
Lampiran 14. Kategorisasi Skala Kepatuhan Minum Obat .....	118
Lampiran 15. Kategorisasi Skala <i>Multidimensional Health Locus of Control Form A</i> .....	119
Lampiran 16. Hasil Kategorisasi Skala Health Locus of Control .....	122
Lampiran 17. Surat Izin Penelitian .....	126
Lampiran 18. Surat Keterangan Selesai Penelitian .....	127

**HUBUNGAN ANTARA *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN  
KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI  
KOTA SEMARANG**

Anindita Dwi Pramesti

Rr. Indahria Sulistyarini

**ABSTRAK**

Diabetes Mellitus merupakan suatu penyakit metabolik kronis yang ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa dalam darah. Pasien diabetes mellitus diharuskan untuk melakukan serangkaian terapi rutin, salah satunya yaitu terapi farmakologis yang bertujuan untuk menghindari resiko komplikasi pada pasien serta mengendalikan kadar glukosa dalam darah. Proses terapi yang berlangsung seumur hidup membuat pasien harus memiliki tingkat kepatuhan yang baik untuk mengkonsumsi obat harian. Salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan yaitu keyakinan kendali perilaku kesehatan (*Health Locus of Control*) pasien dalam mempersepsi penyakitnya. Wallston, dkk (1978) menjelaskan bahwa *health locus of control* merupakan keyakinan individu bahwa kondisi kesehatannya dipengaruhi oleh dimensi *Internal Health Locus of Control* (IHLC), dimensi *Chance Health Locus of Control* (CHLC) atau dimensi *Powerful others Health Locus of Control* (PHLC). Oleh karena itu, hipotesis yang diajukan pada penelitian ini yaitu terdapat hubungan signifikan antara dimensi HLC dengan kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2. Subjek pada penelitian ini berjumlah 60 orang dengan usia >40 tahun, dengan lama diagnosis minimal 1 tahun. Data penelitian diperoleh menggunakan skala *Multidimensional Health Locus of Control Form A* (MHLC -A) untuk variabel *Health Locus of Control* (HLC) yang diadaptasi dari penelitian Nurjanah & Rahmantika (2015) dan MMAS-8 untuk variabel kepatuhan minum obat yang diadaptasi dari penelitian Kurniasih dkk (2014). Berdasarkan uji hipotesis dengan *Spearman-Rho* menunjukkan adanya hubungan positif dimensi IHLC dengan kepatuhan minum obat ( $r = 0.576$ ,  $p = 0.00$ ) serta hubungan negatif dimensi CHLC ( $r = -0.515$ ,  $p = 0.00$ ) dan PHLC ( $r = -0.648$ ,  $p = 0.00$ ) terhadap kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2.

**Kata Kunci** : kepatuhan, *health locus of control*, diabetes mellitus



**RELATIONSHIP BETWEEN *HEALTH LOCUS OF CONTROL* AND DRUGS  
ADHERENCE AMONG TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS IN  
SEMARANG**

Anindita Dwi Pramesti

Rr. Indahria Sulistyarini

**ABSTRACT**

Diabetes Mellitus is a chronic metabolic disease characterized by increased levels of glucose in the blood. Diabetes Mellitus patients are required to carry out a series of routine therapies, such as pharmacological therapy which aims to avoid the risk of complications in patients and control glucose levels in the blood. The therapeutic process that lasts a lifetime makes the patient should have a good level of adherence to take daily medication. One of the factors that influence adherence is the patient's health behavior control (Health Locus of Control) in perceiving the disease. Wallston, dkk (1978) explained that health locus of control is an individual belief that their health condition are affected by Internal Health Locus of Control (IHLC) dimensions, Chance Health Locus of Control (CHLC) dimensions, or Powerful others Health Locus of Control (PHLC) dimensions. Therefore the hypothesis proposed in this study, there is a significant relationship between the dimensions of HLC and medication adherence to Type 2 DM patients. The subjects in this study were 60 patients with age > 40 years, and minimum duration of diagnosis is 1 year. The research data was obtained using the Multidimensional Health Locus of Control Form A (MHLC -A) for the Health Locus of Control (HLC) variable which was adapted from Nurjanah & Rahmantika (2015) and MMAS-8 for the medication compliance variable adapted from Kurniasih dkk (2014). Based on data analysis using Spearman-Rho, there was a positive relationship between IHLC dimensions and medication adherence ( $r = 0.576$ ,  $p = 0.00$ ) and the negative relationship between CHLC dimensions ( $r = -0.515$ ,  $p = 0.00$ ) and PHLC ( $r = -0.648$ ,  $p = 0.00$ ) for medication adherence for patients with Type 2 DM.

**Keywords** : adherence, health locus of control, diabetes mellitus

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Diabetes merupakan salah satu penyakit metabolik kronis dimana tubuh tidak mampu mencukupi kebutuhan insulinnya dengan baik atau menggunakannya dengan optimal. Diabetes Melitus menjadi salah satu permasalahan kesehatan utama di dunia, hal tersebut ditunjukkan dengan prevalensi angka pasiennya yang semakin meningkat pertahunnya. *International Diabetes Federation* (IDF) menyebutkan tahun 2017 satu dari sebelas orang atau sekitar 425 juta penduduk dunia terserang diabetes dan sebanyak 327 juta jiwa berada pada rentang usia 20-64 tahun (International Diabetes Federation, 2017). Angka kejadian diabetes sendiri telah meningkat di seluruh dunia seiring perkembangan tahun. Angka tersebut diprediksi akan mengalami peningkatan sebanyak 629 juta jiwa di seluruh dunia pada tahun 2045 (IDF, 2017). Prevalensi diabetes melitus di Indonesia pada tahun 2017 yaitu sebanyak 10.000 jiwa dan angka tersebut diperkirakan akan meningkat menjadi 16.650 jiwa pada tahun 2045 (IDF, 2017).

Profil kesehatan Kota Semarang tahun 2017 menyebutkan salah satu kasus tertinggi penyakit tidak menular (PTM) adalah kelompok penyakit diabetes melitus. Diabetes Melitus menempati urutan kelima penyakit dengan prevalensi tertinggi di kota Semarang pada tahun 2017 (DKK Semarang, 2017). Prevalensi diabetes mellitus tingkat faskes primer se-Kota Semarang berada pada peringkat ke-5 dengan kejadian kasus terbanyak yakni sebesar 18.390 kasus. Sedangkan

untuk kasus rawat inap, diabetes melitus berada peringkat ke-7 kasus yang sering terjadi yaitu sebesar 3.078 kasus (DKK Semarang, 2017).

Diabetes Melitus sendiri dibagi ke dalam beberapa tipe yakni DM Tipe 1 dan DM Tipe 2 (Trisnawati & Setyorogo, 2013). Diabetes Melitus Tipe 2 merupakan gangguan penyakit metabolik yang ditandai oleh kenaikan gula darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas atau gangguan fungsi insulin (Fatimah, 2015). Penatalaksanaan pada pasien diabetes melitus tipe 2 yang tidak baik akan mengakibatkan timbulnya komplikasi penyakit lain seperti disfungsi dan kegagalan beberapa organ utama seperti mata, ginjal saraf, dan jantung (Hasbi, 2012). Pengendalian terhadap pasien diabetes melitus tipe 2 meliputi kegiatan seperti intervensi farmakologis, terapi gizi, dan aktivitas jasmani (Hestiana, 2017). Diabetes melitus tipe 2 membutuhkan terapi jangka panjang dan manajemen diri harian yang baik (Zahednezhad, Pourshharifi, & Babapour, 2011). Hal tersebut yang mendasari terbentuknya kegiatan PROLANIS (Program Pengelolaan Penyakit Kronis).

Kegiatan PROLANIS bertujuan untuk meningkatkan angka kunjungan sehat pada fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagai upaya preventif dan kuratif sehingga dapat menurunkan kemungkinan terjadinya komplikasi pada pasien DM Tipe 2 dan Hipertensi (BPJS Kesehatan, 2014). Kegiatan yang dilakukan pada PROLANIS ini bermacam-macam, salah satunya pemberian obat anti-diabetes yang harus dikonsumsi pasien selama satu bulan kedepan. Pemberian obat anti-diabetes tersebut merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk mengontrol kadar gula darah pasien agar tetap normal. Proses terapi farmakologis dengan obat

anti-diabetes tersebut harus dijalani pasien seumur hidup, sehingga sangat rentan bagi pasien mengalami kejenuhan proses terapi.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh salah seorang pasien DM Tipe 2 tidak memungkiri bahwa selama proses terapi diabetes ini subjek kerap mengalami kejenuhan mengkonsumsi obat-obatan. Subjek tidak mengkonsumsi obat ketika subjek sedang tidak sedang merasakan gejala-gejala fisik. Subjek juga mengatakan bahwa subjek juga mengalami kesulitan untuk mengingat waktu-waktu mengkonsumsi obat. Studi menunjukkan bahwa sebanyak 50% dari total pasien yang terdiagnosis menderita penyakit kronis tidak mengkonsumsi obat-obatan dalam jumlah yang dianjurkan ahli kesehatan (Morisky & Muntner, 2009). Dampak dari ketidakpatuhan atau berhenti mengkonsumsi obat-obatan yang diberikan dokter, tubuhnya akan merespon dengan simptom-simptom fisik seperti pusing dan sakit di area-area sendi. Selain itu, dampak dari ketidakpatuhan juga dapat meningkatkan resiko terjadinya komplikasi yang lebih serius pada pasien. Pasien dengan kepatuhan yang baik dalam mengkonsumsi obat cenderung memiliki kadar gula darah yang stabil serta minimnya keluhan terhadap simptom-simptom fisik seperti mudah pegal di area sendi atau pusing (Boyoh, Kaawoan, & Bidjuni, 2015).

Berbeda halnya dengan subjek kedua hasil wawancara menunjukkan bahwa terdapat beberapa hal yang mendasari subjek untuk secara rutin menjalani proses terapi setiap bulannya karena adanya keinginan subjek untuk sembuh. Menurut subjek, upaya mematuhi tindakan medis dengan cek rutin serta mengkonsumsi obat-obatan yang diresepkan dokter merupakan kewajibannya. Subjek menyadari

bahwa dengan memegang kendali atas kesembuhannya, hal tersebut membuat subjek cenderung tidak mengalami kesulitan yang berarti untuk mengingat waktu minum obat serta tidak pernah sengaja untuk tidak mengonsumsi obat yang dianjurkan (Wawancara, 12/04/2018).

Menurut WHO (Albuquerque, Correia, & Ferreira, 2015) sebesar 50% pasien penyakit kronis di negara maju tidak mematuhi proses terapi. Persentase ini meningkat secara signifikan seiring perkembangan negara-negara maju saat ini, dimana rendahnya angka kepatuhan pasien terhadap proses terapeutik. Keberhasilan kontrol pada pasien DM sangat dipengaruhi oleh kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat-obatan sebagai upaya terapi farmakologis yang dilakukan. Menurut WHO (Tola & Immanuel, 2015) kepatuhan minum obat merupakan suatu aktivitas dimana pasien berpartisipasi aktif untuk melakukan upaya intervensi farmakologis yang dianjurkan oleh ahli kesehatan.

Ketidakpatuhan diartikan sebagai perilaku pasien yang tidak sesuai dengan rekomendasi ahli kesehatan berkaitan dengan penanganan penyakit yang dialami (Correia, Barbosa, Mega, & Monteiro, 2012). Fenomena ini juga terjadi ketika pasien tidak datang untuk melakukan proses terapi yang sebelumnya juga ditandai dengan tidak melakukan tes diagnostik yang dianjurkan (Albuquerque dkk., 2015). Christensen (O'Donohue & Levensky, 2006) menjelaskan bahwa tingkat ketidakpatuhan pasien penyakit kronis terhadap terapi yang dianjurkan yakni sebesar 30-60% dari jumlah keseluruhan. Ketidakpatuhan merupakan penghalang untuk keberhasilan terapi dan justru dapat mengakibatkan semakin memburuknya status kesehatan pasien. Cabral dan Silva (Albuquerque dkk., 2015) menjelaskan

bahwa memburuknya status kesehatan pasien mengharuskan pasien mengkonsumsi lebih banyak obat dan prosedur diagnostik lanjutan dan kompleks. Hal tersebut sependapat dengan Levensky (O'Donohue & Levensky, 2006) yang menjelaskan bahwa ketidakpatuhan minum obat tidak hanya memiliki efek buruk pada kualitas perawatan, tetapi juga dapat menjadi penghalang keberhasilan terapi yang dilaksanakan.

Wild (2012) menjelaskan bahwa kondisi lain yang dapat mempengaruhi kepatuhan adalah masih banyaknya pasien yang kurang memahami pentingnya proses terapi yang dijalani. Niven (2000) menjabarkan terdapat empat faktor yang mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan yakni pemahaman tentang instruksi, kualitas interaksi pasien dengan ahli medis, dukungan sosial dan keluarga, serta keyakinan, sikap dan kepribadian pasien DM itu sendiri.

Kepatuhan adalah kondisi dimana pasien bersedia untuk mengikuti seluruh anjuran terapi yang ditentukan oleh ahli kesehatan (Zahednezhad dkk., 2011). Horne (Horne, Weinman, Barber, & Elliott, 2005) menambahkan bahwa kepatuhan juga meliputi kesediaan pasien untuk memulai pengobatan dan kesediaan pasien untuk mengambil serta mengkonsumsi obat secara tepat seperti yang dianjurkan ahli kesehatan. Faktanya angka kepatuhan minum obat pada pasien diabetes melitus ini masih tergolong rendah. Hal ini dijelaskan oleh Alfian (2015) melalui hasil penelitiannya menunjukkan bahwa dari sejumlah 110 responden, persentase subjek dengan tingkat kepatuhan yang tinggi sebesar 18,2%. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Zahednezhad dkk (2011) perilaku

kepatuhan dipengaruhi oleh faktor-faktor psikologis seperti memori dan *locus of control*.

*Locus of control* berasal dari teori belajar sosial Rotter yang didefinisikan sebagai keyakinan individu mengenai lokasi kekuatan pengontrol dalam kehidupan mereka baik berupa internal maupun eksternal (Iskandarsyah, de Klerk, Suardi, Sadarjoen, & Passchier, 2014). Wallston (Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978) mengembangkan konsep *locus of control* menjadi *health locus of control* untuk mengidentifikasi mengenai harapan individu tentang kontrol atas kondisi kesehatannya. *Health locus of control* merupakan atribusi karakteristik individu yang merupakan bentuk tanggung jawab atas kesehatan mereka. Setiap individu memiliki keyakinan yang berbeda mengenai sejauh mana kondisi kesehatannya saat ini ditentukan oleh perilaku mereka sendiri (internal) atau oleh kekuatan eksternal. Individu dengan internal *health locus of control* percaya bahwa apa yang terjadi terhadap kondisi kesehatan mereka dihasilkan dari tindakan mereka sendiri. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Omeje dan Nebo (2011) menunjukkan bahwa pasien yang berorientasi terhadap internal *health locus of control* lebih mematuhi proses pengobatan yang dijalani dibandingkan dengan pasien yang berorientasi pada kontrol eksternal. Sedangkan pasien yang berorientasi pada eksternal *health locus of control* percaya bahwa kondisi kesehatan mereka dikendalikan oleh kekuatan yang berasal dari luar diri individu seperti tim medis yang menangani kesehatannya (Omeje & Nebo, 2011).

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan antara *health locus of control* dengan kepatuhan terapi pasien Diabetes Melitus Tipe II di Kota Semarang”

### **B. Tujuan Penelitian**

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara *health locus of control* dengan kepatuhan terapi pasien Diabetes Melitus Tipe II di Kota Semarang.

### **C. Manfaat Penelitian**

Secara teoritis, diharapkan hasil penelitian ini mampu memberikan kontribusi berupa informasi untuk kemajuan bidang psikologi klinis khususnya dalam bidang psikologi kesehatan. Hal tersebut dapat menjelaskan dinamika psikologis yang melatarbelakangi kepatuhan pasien terhadap proses pengobatan.

Secara praktis, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan masyarakat khususnya pasien dan tenaga medis yang terlibat dalam proses pengobatan pasien diabetes mengenai pentingnya kendali diri pasien atas kesembuhan proses terapi diabetes mellitus, sehingga diharapkan dapat meningkatkan tingkat kepatuhan pasien diabetes menjalani proses pengobatan.

### **D. Keaslian Penelitian**

Penelitian sebelumnya yang berfokus pada kepatuhan minum obat pasien DM tipe 2 telah banyak dijumpai, peneliti juga menjumpai beberapa penelitian yang berfokus pada kepatuhan minum obat pasien diabetes melitus ditinjau dari *health locus of control*. Berikut merupakan beberapa penelitian atau jurnal mengenai kepatuhan minum obat pada pasien penyakit kronis. Penelitian yang dilakukan



oleh Zahednezhad, Poursharifi, dan Babapour (2011) yang berjudul “*Memory, Health locus of control and adherence in type II diabetic Patients in Iran-Tabriz*”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara daya ingat dan *locus of control* terhadap kepatuhan terapi pada pasien diabetes melitus. Subjek yang digunakan pada penelitian ini yaitu pasien diabetes melitus usia 15-70 tahun berjumlah 120 subjek. Hasil dari penelitian ini menunjukkan adanya korelasi negatif antara slip memori dengan kepatuhan pasien serta korelasi positif antara IHLC, CHLC dan PHLC dengan kepatuhan terapi pasien DM tipe 2.

Penelitian dengan topik serupa juga pernah dilakukan oleh Adnyani, Widyanthari, dan Saputra (2012) berjudul “*Hubungan health locus of control dengan kepatuhan penatalaksanaan diet DM Tipe 2 di paguyuban DM Puskesmas III Denpasar Utara*”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara health locus of control terhadap kepatuhan diet pasien DM tipe 2. Penelitian dengan desain *cross sectional* ini menggunakan subjek sebanyak 32 orang. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara health locus of control terhadap kepatuhan diet pasien DM tipe 2 di Puskesmas III Denpasar. Subjek dengan *internal health locus control* cenderung lebih patuh terhadap diet dibandingkan dengan subjek dengan *external health locus of control*.

Penelitian Utami dan Raudatussalamah (2016) yang berjudul “*Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Berobat Pasien Hipertensi di Puskesmas Tualang*” bertujuan untuk melihat korelasi antara dukungan sosial dengan kepatuhan berobat pasien hipertensi. Penelitian ini melibatkan 109 pasien hipertensi dengan metode *non random sampling subject*. Hasil penelitian ini

menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan berobat pasien hipertensi. Artinya semakin banyak dukungan sosial keluarga yang diterima pasien maka akan semakin tinggi tingkat kepatuhan pasien untuk menjalani pengobatan hipertensi.

Penelitian yang dilakukan oleh Omeje dan Nebo (2011) dengan judul “*The influence of locus control on adherence to treatment regimen among hypertensive patients*”. Penelitian ini melibatkan 100 pasien hipertensi di Nigeria. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang berorientasi terhadap kontrol internal lebih mematuhi proses pengobatan yang dijalani dibandingkan dengan pasien yang berorientasi pada kontrol eksternal.

Penelitian lain terkait kepatuhan minum obat juga dilakukan oleh Tola dan Immanuel (2015). Penelitian dengan judul “*Dukungan Sosial dan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan*” ini bertujuan untuk mengetahui korelasi antara dukungan sosial dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia rawat jalan. Penelitian ini menggunakan metode purposive sampling berjumlah 73 subjek dengan rentang usia 20-55 tahun. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan sosial memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan minum obat pasien skizofrenia serta dukungan sosial keluarga. Artinya semakin tinggi dukungan sosial yang diterima pasien skizofrenia akan mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien untuk minum obat secara teratur.

Penelitian lain terkait *locus of control* dilakukan oleh Haskas, Suryanto dan J.P (2016) dengan judul “*The Effect of ‘Locus of Control’ on the Diabetes*

*Mellitus Patients' Intention in Performing the DM Control*". Penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan locus of control terhadap kesediaan pasien DM melakukan kontrol rutin. Penelitian ini menggunakan teknik *consecutive sampling* dengan melibatkan 143 pasien DM di Makasar. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *locus of control* dengan kesediaan pasien DM untuk kontrol rutin. Subjek dengan IHLC maupun EHLC memiliki intensi yang tinggi untuk melakukan kontrol rutin, hal yang berbeda antara terletak pada pusat kendali kontrol subjek. Subjek dengan IHLC cenderung melakukan kontrol rutin karena kesadaran dari dalam dirinya, dan subjek dengan EHLC cenderung melakukan kontrol rutin karena orang lain yang mengendalikan perilaku tersebut.

Selain itu Morowatisharifabad, Mahmoodabad, Baghianimoghadam, & Tonekaboni (2010) juga melakukan penelitian terkait dengan *locus of control* dan kepatuhan dengan judul "*Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians*". Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *locus of control* dan kepatuhan terapi pasien DM di Iran. Penelitian *cross-sectional* ini melibatkan 120 subjek yang dirujuk ke Pusat Penelitian Diabetes Yazd Iran. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara IHLC dengan kepatuhan terapi serta hubungan negatif antara CHLC dengan kepatuhan terapi. Artinya subjek yang memiliki IHLC cenderung lebih patuh untuk melakukan terapi DM dibandingkan subjek yang memiliki CHLC.

Berdasarkan penelitian-penelitian di atas maka penelitian ini bersifat orisinal, ditinjau dari:

1. Keaslian topik

Penelitian yang diangkat peneliti dalam karya tulis ini membahas terkait dengan topik kepatuhan minum obat pasien DM tipe 2 ditinjau dari *health locus of control*. Variabel bebas yang dipilih penulis yaitu *health locus of control*, sedangkan untuk variabel tergantungnya yaitu kepatuhan minum obat. Beberapa penelitian sebelumnya memiliki kemiripan dengan topik yaitu penelitian yang dilakukan oleh Haskas dan Widodo (2016) dengan variabel *locus of control* dan intensitas kontrol pasien DM. Perbedaan karya tulis ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada variabel bebasnya yakni *locus of control*.

Adnyani, Widyantari, dan Saputra (2012) dalam penelitiannya menggunakan variabel *health locus of control* untuk melihat kepatuhan diet pasien DM tipe 2. Perbedaan dengan karya tulis ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada variabel tergantungnya yakni kepatuhan diet pasien. Sehingga dapat disimpulkan belum terdapat penelitian yang mengkaji mengenai tingkat kepatuhan minum obat pasien ditinjau dari *health locus of control*.

2. Keaslian teori

Penelitian Morowatisharifabad dkk (2010) menggunakan teori *locus of control* yang dikembangkan oleh Ferrarro, Price, Desmond, dan Roberts pada tahun 1987. Penelitian yang dilakukan oleh Zahednezhad, Poursharifi, dan

Babapour (2011) menggunakan teori Hays pada tahun 1994 untuk menjelaskan variabel kepatuhan pasien. Berdasarkan data diatas, penulis menggunakan teori Wallston dkk (1978) untuk menjelaskan variabel *health locus of control* dan teori Morisky dan Muntner (2009) untuk menjelaskan variabel kepatuhan minum obat.

### 3. Keaslian alat ukur

Penelitian yang dilakukan Haskas dan Widodo menggunakan skala *Diabetic Instrument Locus of Control* untuk mengukur variabel *locus of control*. Tola dan Immanuel (2015) pada penelitiannya menggunakan skala kepatuhan pasien *Medication Adherence Rating Scale (MARS)* yang dikembangkan oleh Thompson, Kulkarni, dan Sergejew pada tahun 2000. Selain itu, Omeje dan Nebo (2011) dalam penelitiannya juga mengembangkan alat ukur *Drug Adherence Questionnaire 16-Items* untuk menjelaskan variabel kepatuhan pasien. Berdasarkan data tersebut, peneliti menggunakan alat ukur *Multidimensional Health Locus of Control Form A* yang mengacu pada teori Wallston, Wallston dan DeVellis (1978) serta alat ukur *Morisky Medical Adherence Scale 8-Items* yang mengacu pada teori Morisky dan Muntner (2009).

### 4. Keaslian subjek

Penelitian yang dilakukan Omeje dan Nebo (2011) melibatkan 100 pasien hipertensi di Nigeria. Tola dan Immanuel (2015) melibatkan 75 pasien skizofrenia paranoid dengan rentang usia 20-55 tahun. Utami dan Raudatussalamah (2016) dalam penelitiannya melibatkan 187 pasien

hipertensi di Puskesmas Tualang Riau. Berdasarkan data penelitian diatas, peneliti menggunakan subjek pasien DM tipe 2 yang berada dalam rentang usia >40 tahun serta sedang menjalani pengobatan medis. Se jauh pengetahuan peneliti dari beberapa penelitian yang dilakukan sebelumnya belum ditemukan subjek dan variabel yang sama dengan penelitian ini.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kepatuhan Minum Obat**

##### **1. Definsi Kepatuhan Minum Obat**

Kepatuhan minum obat didefinisikan sebagai kondisi sejauhmana pasien mengikuti instruksi, resep, serta larangan yang diberikan oleh dokter dan professional kesehatan (Morisky, Green, & Levine, 1986). Kepatuhan juga didefinisikan sebagai perilaku pasien yang sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh ahli kesehatan (Haynes, Sackett, Guyatt, & Tugwell, 2006). Niven (2000) menjelaskan bahwa kepatuhan pasien mengarah derajat kesesuaian antara perilaku pasien dengan anjuran yang diberikan oleh ahli kesehatan. Kepatuhan pasien dapat dilihat dari sikap dan perilaku yang ditampilkan (Schlenk & Hart, 1984). Sikap dapat dilihat dari kesediaan atau niat untuk menjalankan aturan yang diberikan sedangkan perilaku dilihat dari perilaku nyata seseorang untuk melaksanakan aturan kesehatan yang telah ditentukan ahli kesehatan.

Kepatuhan pasien juga didefinisikan sebagai kondisi dimana perilaku pasien setuju dan sepakat dengan rekomendasai yang diberikan oleh pemberi resep atau professional kesehatan (Horne dkk., 2005). Horne menambahkan bahwa kepatuhan melibatkan persetujuan pasien yang berkaitan sehingga pasien tidak hanya pasif dalam pelaksanaan pengobatan.

Berdasarkan penjelasan diatas maka disimpulkan bahwa kepatuhan minum obat merupakan serangkaian perilaku yang dilakukan pasien untuk mengikuti anjuran yang diberikan oleh ahli kesehatan berupa kesesuaian antara obat yang diberikan dengan obat yang dikonsumsi.

## **2. Aspek-aspek Kepatuhan Minum Obat**

Morisky, dan Muntner (2009) menjelaskan bahwa kepatuhan seseorang dapat dilihat dengan menggunakan self report yang mencakup tigaaspek, yaitu:

### **a. Frekuensi kelupaan mengkonsumsi obat**

Pasien seringkali lupa dalam mengikuti pengobatan yang dianjurkan oleh professional medis karena banyaknya anjuran yang diberikan. Terkadang pasien melupakan aturan-aturan yang harus diperhatikan ketika minum obat seperti waktu serta dalam kondisi apa saja pasien harus mengkonsumsi obat-obatan tersebut. Selain itu frekuensi kelupaan juga dapat dipengaruhi oleh faktor internal dari individu itu sendiri dalam mempersepsi proses pengobatan yang dijalani.

### **b. Kesengajaan berhenti mengkonsumsi obat**

Beberapa dari pasien yang tidak memperdulikan anjuran dokter karena menganggap tidak serius dalam menjalani proses terapi. Selain itu pasien juga belum memperhatikan tingkat urgensi untuk mengkonsumsi obat-obatan tersebut (Omeje & Nebo, 2011).



c. Kemampuan mengendalikan diri untuk mengkonsumsi obat

Beberapa pasien menjalankan pengobatan ketika dirinya merasa ada masalah kesehatan saja kemudian menghentikan pengobatan ketika sudah merasa lebih baik (Morowatisharifabad, Mahmoodabad, Baghianimoghadam, & Tonekaboni, 2010). Misalnya pada pasien diabetes melitus yang mulai minum obat hanya ketika kondisi gula darahnya sedang naik.

Berdasarkan penjelasan di atas terdapat tiga indikator yang mempengaruhi kepatuhan pasien yaitu frekuensi kelupaan, kesengajaan berhenti, dan kemampuan mengendalikan diri untuk mengkonsumsi obat-obatan.

### **3. Faktor-faktor Kepatuhan Minum Obat**

Niven (2000) membagi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi derajat kepatuhan pasien terhadap perilaku minum obat menjadi empat, yakni:

a. Pemahaman tentang instruksi

Penelitian yang dilakukan oleh Ley dan Spelman (Niven, 2000) menemukan bahwa dari 60% responden yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter mengaku kurang memahami intruksi yang diberikan oleh dokter. Hal tersebut disebabkan ahli medis tidak dapat memberikan informasi yang lengkap terkait dengan obat yang dikonsumsi.

b. Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara professional kesehatan dan pasien menjadi prediktor penting kepatuhan pasien. Informasi yang disampaikan dengan baik oleh ahli medis akan memberikan pemahaman pasien mengenai anjuran yang diberikan sehingga dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap obat yang dikonsumsinya

c. Dukungan sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang mempengaruhi keyakinan pasien dalam menentukan program terapi yang mereka dapatkan. Niven (2000) menjelaskan bahwa keluarga dapat menjadi sarana edukasi perilaku hidup sehat terhadap anak-anak. Keluarga juga dapat menjadi *support system* sekaligus pengambil keputusan untuk anggota keluarganya yang sakit.

d. Keyakinan, sikap, dan kepribadian

Keyakinan serta sikap individu dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan minum obat pasien diabetes melitus. Hal tersebut dibuktikan pula pada penelitian yang dilakukan Omeje dan Nebo (2011) menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara *locus of control* dengan kepatuhan terapi pasien hipertensi. Pada penelitian tersebut ditemukan bahwa pasien yang memiliki orientasi kontrol internal lebih mematuhi proses pengobatan yang

harus dijalani dibandingkan dengan pasien yang memiliki orientasi kontrol eksternal

Berdasarkan penjelasan di atas maka dapat disimpulkan bahwa terdapat empat faktor yang terdiri dari pemahaman instruksi, kualitas interaksi, isolasi sosial, dan keluarga serta yang terakhir yakni keyakinan sikap dan kepribadian.

## **B. *Health Locus of control***

### **1. Definsi *Health Locus of control***

Larsen dan Buss (2010) mendefinisikan *locus of control* merupakan persepsi individu mengenai pemegang kendali atas kejadian-kejadian yang terjadi pada dirinya. *Locus of control* juga didefinisikan sebagai kontrak psikologis yang mengidentifikasi keyakinan individu tentang tingkat kontrol pribadi yang dapat dilakukan atas lingkungannya (Grimes, Millea, & Woodruff, 2004)

*Health Locus of control* didefinisikan sebagai tingkat keyakinan individu bahwa kesehatan mereka dipengaruhi oleh dimensi internal atau eksternal. Individu dengan *health locus of control* mempengaruhi perilaku mereka sendiri yang berhubungan dengan kesehatan yang beresiko, dan kepatuhan terhadap anjuran kesehatan (Wallston dkk., 1978). *Health locus of control* juga didefinisikan sebagai kondisi sejauh mana pasien percaya bahwa dia dapat mempengaruhi proses penyembuhannya (Kostka & Jachimowicz, 2010). *Health locus of control* akan mempengaruhi perilaku individu yang berkaitan dengan

kesehatan dan kepatuhan terkait dengan anjuran dari professional medis (Hubley & Wagner, 2004; Wallston dkk., 1978).

Berdasarkan penjelasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa *health locus of control* merupakan suatu kendali dari individu dalam mempersepsi kondisi kesehatannya sendiri. Kendali tersebut dapat berasal dari dalam dirinya sendiri yang merupakan hasil dari tindakannya sendiri atau kendali yang berasal dari luar kontrol dirinya.

## **2. Dimensi *Health locus of control***

Menurut Wallston (Wallston dkk., 1978) dimensi *Health locus of control* terdiri dari:

### **a. *Internal Health Locus of Control (IHLC)***

Individu dengan internal *locus of control* memiliki keyakinan bahwa kesehatan akan bergantung pada dirinya sendiri. Ketika individu jatuh sakit cenderung akan menyalahkan dirinya sendiri dan melakukan upaya untu kembali sembuh. Orang yang memiliki orientasi seperti ini memiliki kecenderungan hidup sehat serta memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi untuk melakukan proses pengobatan. Hal tersebut dikarenakan ia menganggap kesehatan merupakan hal utama dan hanya ia yang bertanggung jawab untuk itu.

### **b. *Chance Health Locus of Control (CHLC)***

*Chance* diartikan sebagai keykinan individu dimana segala yang terjadi dalam hidupnya ditentukan oleh sesuatu yang tidak

konkret seperti nasib, keberuntungan, serta peluang. Ketika jatuh sakit, individu dengan tipe seperti ini cenderung berasumsi bahwa ketika itu memang waktunya untuk sakit.

c. *Powerful Others Health Locus of Control (PHLC)*

*Powerful others* merupakan keyakinan bahwa sehat atau tidaknya individu disebabkan oleh adanya faktor yang berasal dari orang lain (eksternal). Individu akan cenderung bergantung ada orang lain, ketika dirinya jatuh sakit. Dengan kata lain, kesadaran akan pentingnya kesehatan terhadap dirinya sendiri masih kurang, sehingga menyebabkan pola hidup yang tidak teratur.

Berdasarkan penjelasan diatas bahwa terdapat tiga dimensi dalam konsep *Health locus of control* yakni berasal dari internal individu itu sendiri, orang lain, serta hal lain yang sifatnya tidak berwujud seperti nasib dan keberuntungan.

### **C. Diabetes Melitus Tipe II**

Diabetes melitus merupakan suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh adanya peningkatan kadar glukosa darah akibat dari kekurangan kadar insulin baik absolut maupun relatif. Diabetes melitus sering disebut "*the great imitator*" karena penyakit ini dapat mengenai seluruh organ tubuh dan menimbulkan berbagai keluhan. (Widyasari, 2017). American Diabetes Association (2010) mengklasifikasikan diabetes menjadi empat yakni DM tipe I, DM tipe II, diabetes gestational, dan tipe diabetes lainnya. Gejala klinis pasien DM tipe II sangat bervariasi seperti mengalami peningkatan frekuensi buang air

(poliuri), rasa lapar (polifagia), rasa haus (polidipsi), cepat lelah, kehilangan tenaga, dan merasa tidak prima, kelelahan yang berkepanjangan dan tidak ada penyebabnya, mudah sakit berkepanjangan, biasanya terjadi pada usia di atas 30 tahun, tetapi prevalensinya kini semakin tinggi pada golongan anak-anak dan remaja (Darmono, 2007). Gejala klinis DM tipe II tersebut menyerupai gejala kelelahan kerja, sehingga rentan terabaikan dan tidak segera mendapatkan perawatan (Smeltzer, Hinkle, Bare & Cheever, 2010). Gejala DM tipe II dapat timbul secara perlahan-lahan sehingga pasien tidak menyadari akan adanya perubahan (Fatimah, 2015).

Pasien DM juga banyak mengalami perubahan seperti perubahan fisik dan perubahan psikologis. Darmono (2007) menjelaskan bahwa perubahan fisik pada pasien DM seperti mudah merasa haus juga frekuensi buang air yang semakin sering. Perubahan psikologis pasien DM tipe II yakni respon emosional yang negatif. Pasien DM tipe II sangat rentan mengalami penolakan, cemas, hingga yang depresi (Darmono, 2007). Gejala depresi pada pasien DM tipe II sering tidak terdeteksi, sehingga gangguan depresi pada pasien DM dua kali lebih parah bila dibandingkan pasien lain (Kinder, Katon, Simon, & Lin, 2006). Gangguan depresi pada pasien DM juga dapat menjadi penghalang keberhasilan terapi pada pasien DM (Donsu, 2014).

Prevalensi jumlah pasien DM yang semakin meningkat dipengaruhi oleh beberapa faktor resiko yang tidak dapat diubah serta faktor resiko yang dapat diubah. Menurut *American Diabetes Association* (ADA, 2010) bahwa faktor resiko yang tidak dapat diubah seperti genetik, usia >45 tahun, riwayat bayi lahir

>4000 gram. Sedangkan untuk faktor resiko yang tidak dapat diubah seperti obesitas, serta diet tidak sehat (Dhatariya, 2007).

Tujuan dilakukannya terapi pada pasien DM yaitu jangka pendek dan jangka panjang. Tujuan jangka pendeknya yaitu menghilangkan keluhan dan gejala, mempertahankan rasa nyaman dan tercapainya target pengendalian glukosa darah. Sedangkan untuk tujuan jangka panjangnya yakni penurunan morbiditas dan mortalitas dini pasien diabetes melitus tipe 2 (Hakim, Abdullah, & Hanis 2010).

#### **D. Hubungan *Health Locus of Control* dengan Kepatuhan Minum Obat**

##### **Pasien DM Tipe 2**

Kepatuhan didefinisikan sebagai kondisi sejauhmana pasien mengikuti instruksi, arahan, serta larangan yang diberikan oleh professional kesehatan yang bertujuan untuk menunjang proses kesehatannya (Morisky dkk., 1986). Pasien dikatakan patuh ketika pasien melakukan upaya-upaya yang disarankan oleh ahli medis seperti rutin melaksanakan terapi farmakologis. Palmer dan William (2007) menjelaskan bahwa diabetes melitus merupakan salah satu penyakit yang tidak dapat disembuhkan, melainkan harus dikontrol serta dikendalikan proses terapinya untuk mengurangi faktor resiko komplikasi. Salah satu terapi yang efektif diberikan pada pasien DM yakni terapi farmakologis. Keberhasilan terapi farmakologis pada pasien DM ditentukan oleh tingkat kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi sejumlah obat harian, dimana obat harian tersebut berfungsi untuk mengendalikan kadar insulin dalam darah pasien pasien DM.

Tingkat kepatuhan pasien menjalani proses terapi dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya yaitu keyakinan, sikap dan kepribadian pasien dalam

memperspeksi penyakit yang dialaminya (Niven, 2000). Keyakinan individu berkaitan dengan pemegang kendali atas kesehatan dirinya disebut juga dengan konsep *health locus of control* (Wallston dkk., 1978). Terdapat tiga dimensi yang menjelaskan konsep *health locus of control* yakni *internal* (IHLC), *powerful* (PHLC), dan *chance* (CHLC).

Dimensi internal (IHLC) merupakan suatu kondisi individu yang memiliki keyakinan bahwa kesehatannya akan bergantung pada dirinya sendiri. Individu merasa bertanggung jawab penuh terhadap penyakit yang dialaminya, sehingga individu juga terlibat penuh dalam proses penyembuhan. Apabila dikaitkan dengan perilaku kepatuhan pasien DM, individu yang memiliki orientasi kendali internal memiliki kecenderungan untuk menerapkan hidup sehat serta memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi untuk melakukan proses terapi farmakologis. Hal tersebut dikarenakan subjek merasa dapat menentukan kesembuhan penyakit yang dialaminya, sehingga upaya-upaya kuratif yang dilakukan harus berdasarkan kemauan dari dalam dirinya sendiri. Pada penelitian yang dilakukan oleh Zahednezhad dkk (2011) menunjukkan terdapat korelasi positif signifikan antara IHLC dengan kepatuhan terapi pasien DM tipe 2 di Iran.

Individu yang memiliki orientasi internal juga dapat memahami bahwa konsekuensi yang ditimbulkan akibat berhentinya konsumsi obat-obatan adalah komplikasi yang lebih serius, sehingga individu memiliki kesadaran penuh untuk mengkonsumsi obat harian yang dianjurkan oleh dokter. Frekuensi kelupaan pasien dalam mengkonsumsi obat harian cenderung rendah bagi individu yang memiliki orientasi internal. Hal tersebut disebabkan karena pasien memiliki



keyakinan bahwa ketika dirinya lupa untuk mengkonsumsi obat tersebut akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatannya. Penelitian yang dilakukan oleh Omeje dan Nebo (2011) juga menunjukkan bahwa pasien yang berorientasi terhadap kontrol internal lebih mematuhi proses pengobatan yang dijalani apabila dibandingkan dengan pasien yang berorientasi pada kontrol eksternal.

Dimensi lain yang menjelaskan konsep *Health locus of control* yaitu *powerful others* (PHLC). PHLC merupakan suatu kondisi individu yang memiliki keyakinan bahwa kesehatannya akan bergantung pada orang lain atau figur yang memiliki kepentingan seperti misalnya anggota keluarga atau tim medis. Individu merasa tidak memiliki keterlibatan serta tanggung jawab penuh dalam proses penyembuhan. Apabila dikaitkan dengan perilaku kepatuhan pasien DM, individu yang memiliki orientasi kendali dari orang lain ini rentan mengalami kelupaan dalam mengkonsumsi obat. Hal tersebut terjadi ketika figur yang dipercaya subjek menghilang atau tidak bersama dengan subjek. Karena subjek merasa bahwa figur tersebut yang lebih berkepentingan dalam proses penyembuhannya.

Subjek dengan orientasi PHLC juga memiliki kemungkinan yang tinggi untuk berhenti mengkonsumsi obat ketika figur yang dipercaya subjek tidak ada. Kondisi tersebut akibat dari rendahnya kemampuan dari dalam diri subjek untuk mengendalikan serta melakukan kontrol diri dalam mengkonsumsi obat. Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa orientasi PHLC berkorelasi negatif dengan tingkat kepatuhan pasien menjalani proses terapi (Reach, Michault, Bihan, Paulino, Cohen, & Le Clésiau, 2011; Sajatovic, Ignacio, West, Cassidy, Safavi, Kilbourne, & Blow, 2009; Theofilou, 2013)

Dimensi terakhir yang menjelaskan konsep *Health locus of control* yakni *chance* (CHLC). CHLC merupakan keyakinan individu dimana sesuatu yang berkaitan dengan kondisi kesehatannya ditentukan oleh sesuatu yang tidak konkret seperti nasib, keberuntungan, serta peluang. Subjek dengan orientasi kontrol *chance* cenderung menanggapi bahwa segala macam upaya untuk menyembuhkan penyakitnya tidak akan efektif apabila takdir untuk sembuh memang belum tiba. Subjek cenderung melakukan sedikit upaya untuk proses kesembuhannya terlebih dalam mematuhi anjuran obat yang diberikan dokter. Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa terdapat hubungan negatif antara skor CHLC dengan kepatuhan terapi pasien (Reach dkk., 2011; Wulandari, Craig, & Whelan, 2013). Penelitian terkait kepatuhan pasien dengan keyakinan terhadap Tuhan juga dilakukan oleh Ahmedani, Peterson, Wells, Rand, dan Williams (2013) menunjukkan bahwa keyakinan terhadap Tuhan berkorelasi negatif terhadap kepatuhan pasien asma menjalani terapi.

Berdasarkan pemaparan diatas maka dapat diasumsikan bahwa pasien DM yang memiliki orientasi internal (IHLC) akan cenderung memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi dalam mengkonsumsi obat-obatan. Hal tersebut disebabkan kendali tersebut berasal dari dalam diri subjek sehingga kesehatannya merupakan tanggung jawabnya sendiri. Sebaliknya, pasien DM yang memiliki orientasi *powerful others* (PHLC) dan *chance* (CHLC) memiliki kerentanan yang tinggi untuk tidak patuh dalam menjalani terapi farmakologis. Hal tersebut disebabkan karena rendahnya kontrol dari dalam subjek untuk aktif berpartisipasi dalam upaya penyembuhannya. Subjek dengan orientasi PHLC dan CHLC cenderung

memiliki motivasi yang berasal dari luar diri subjek (seperti figur tertentu, atau nasib).

### **E. Hipotesis Penelitian**

Berdasarkan uraian diatas, maka hipotesis mayor pada penelitian ini adalah terdapat hubungan antara dimensi *health locus of control* (HLOC) terhadap perilaku kepatuhan minum obat pada pasien DM Tipe 2. Berikut merupakan uraian hipotesis minornya:

1.  $H_1$  : Terdapat korelasi positif antara dimensi *Internal Health Locus of Control* (IHLC) terhadap kepatuhan minum obat pasien DM Tipe II.
2.  $H_2$  : Terdapat korelasi negatif antara dimensi *Chance Health Locus of Control* (CHLC) terhadap kepatuhan minum obat pasien DM Tipe II.
3.  $H_3$  : Terdapat korelasi negatif antara dimensi *Powerful Others Health Locus of Control* (PHLC) terhadap kepatuhan minum obat pasien DM Tipe II.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Identifikasi Variabel Penelitian**

Variabel yang digunakan pada penelitian ini, yaitu:

1. Variabel Tergantung : Kepatuhan Minum Obat
2. Variabel Bebas : *Health locus of control*

#### **B. Definisi Operasional**

##### **1. Kepatuhan Minum Obat**

Kepatuhan minum obat merupakan serangkaian perilaku yang dilakukan pasien untuk mengikuti anjuran yang diberikan oleh ahli kesehatan berupa kesesuaian antara obat yang diberikan dengan obat yang dikonsumsi. Derajat kepatuhan minum obat pasien dapat dilihat menggunakan alat ukur yang MMAS-8 (*Morisky Medical Adherence Scale-8 Items*) yang dikembangkan oleh Morisky dan Muntner. Semakin tinggi skor yang diperoleh dalam pengukuran ini menunjukkan derajat kepatuhan pasien menjalani proses terapi. Pasien dikatakan memiliki kepatuhan tinggi bila memperoleh skor total yang mendekati nilai 8.

##### **2. *Health Locus of Control***

*Health locus of control* merupakan derajat keyakinan individu dalam mempersepsi kendali atas kondisi kesehatannya. Kendali tersebut dapat berasal dari dalam diri individu, maupun dari luar diri individu. Derajat *health locus of control* dapat dilihat menggunakan

alat ukur multidimensional *health locus of control* yang dikembangkan oleh Wallston, Wallston, dan DeVellis yaitu internal *health locus of control* (IHLC) apabila kualitas kesehatannya atas hasil diri sendiri, powerful others *health locus of control* (PHLC) apabila kualitas kesehatan atas hasil dari orang lain, dan chance *health locus of control* (CHLC) apabila kualitas kesehatan berdasarkan takdir.

### **C. Subjek Penelitian**

Subjek yang digunakan pada penelitian ini yaitu pasien Diabetes Melitus Tipe II berjumlah 60 orang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan rentang usia lebih dari 40 tahun.

### **D. Metode Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data pada penelitian ini yaitu menggunakan *self-report* dalam bentuk kuisioner. Kuisioner terdiri dari dua bagian yaitu:

#### **1. Skala Kepatuhan Minum Obat**

Skala yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien dalam penelitian ini diadaptasi dari MMAS-8 (*Morisky Medical Adherence Scale- 8 Items*) yang telah dimodifikasi oleh Kurniasih, Supadmi, dan Darmawan (2014). Skala ini berjumlah 8 aitem dengan 7 aitem skala dikotomis dan 1 aitem skala *likert*. Koefisien reliabilitas untuk skala MMAS-8 yaitu 0,83 (Kurniasih dkk 2014). Berikut ini adalah tabel distribusi aitem pada MMAS-8:

**Tabel 1.**  
*Blue Print* Skala Kepatuhan Minum Obat

No.	Dimensi	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	Jumlah
1	Frekuensi kelupaan		1,4,8	3
2	Kesengajaan berhenti		3,6	2
3	Kemampuan mengendalikan diri	5	2,7	3
<b>Jumlah</b>				<b>8</b>

Skala MMAS-8 terdiri dari tujuh aitem *favourabel* dengan dua alternatif pilihan jawaban dikotomis yaitu “Ya” dan “Tidak” serta satu aitem dengan lima alternatif jawaban. Aitem *favourabel* merupakan aitem yang mendukung pernyataan yang disajikan. Skala MMAS-8 merupakan skala dikotomis untuk aitem 1 sampai dengan 7 dan skala *likert* untuk aitem 8. Pada aitem 1 sampai 4 serta aitem 6 dan 7 skor yang diberikan yaitu 1 untuk jawaban “tidak” dan 0 untuk jawaban “ya”. Aitem 5 sistem skoring yang diberikan yaitu 1 untuk jawaban “ya” dan 0 untuk jawaban “tidak”. Aitem 8 merupakan skala *likert* dengan skor 1 untuk jawaban “tidak pernah”, skor 0,75 untuk jawaban “sesekali”, skor 0,5 untuk jawaban “kadang-kadang”, skor 0,25 untuk jawaban “biasanya”, dan skor 0 untuk jawaban “selalu”. Data yang diperoleh dalam penelitian ini yaitu data nominal untuk skala dikotomis, dan data ordinal untuk skala *likert* aitem delapan.

Seluruh skor yang diperoleh dijumlahkan selanjutnya dikategorikan sesuai dengan norma yang ada. Terdapat tiga kategori dari penormaan MMAS-8 yaitu kepatuhan tinggi, kepatuhan sedang, dan kepatuhan tinggi (Morisky & Muntner, 2009). Kategori kepatuhan rendah yaitu

total skor yang berkisar antara 0-6, kategori kepatuhan sedang yaitu total skor yang berkisar antara 6-7,9 serta kategori kepatuhan tinggi untuk total skor 8.

## 2. Skala *Health Locus Of Control*

Skala yang digunakan untuk mengukur konstruk *health locus of control* yaitu skala *Multidimensional Health locus of control Form A* yang disusun oleh Wallston (Wallston dkk., 1978). Peneliti menggunakan *Multidimensional Health Locus of Control Form A* yang telah dimodifikasi oleh Nurjanah dan Rahmantika (2017). Skala ini berjumlah 18 aitem yang terdiri dari dimensi *internal (IHLC)*, *powerful others (PHLC)*, dan *chance (CHLC)*. Koefisien reliabilitas untuk dimensi IHLC yaitu 0,655, dimensi PHLC yaitu 0,802, dan dimensi CHLC yaitu 0,785 (Nurjanah & Rahmantika, 2017).

Berikut ini adalah tabel distribusi aitem pada skala *Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Form A*:

**Tabel 2.**  
Blue Print Skala *Health Locus of Control*

No.	Dimensi	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	Jumlah
1	Internal (IHLC)	1, 6, 8, 12, 13, 17		6
2	Chance (CHLC)	2, 4, 9, 11, 15, 16		6
3	Powerful others (PHLC)	3, 5, 7, 10, 14, 18		6
<b>Jumlah</b>				<b>18</b>

Skala MHLC merupakan skala likert yang terdiri dari 18 pernyataan favorable. Skala MHLC memiliki enam alternatif jawaban

yaitu sangat tidak setuju (STS), tidak setuju (TS), kurang setuju (KS), cukup setuju (CS), setuju (S) dan sangat setuju (SS). Metode skoring skala MHLC yaitu skor 6 jika jawaban SS, skor 5 jika jawaban S, skor 4 jika jawaban CS, skor 3 jika jawaban KS, skor 2 jika jawaban TS, dan skor 1 jika jawaban STS. Data yang diperoleh pada penelitian ini merupakan data ordinal. Sugiyono (2010) menjelaskan bahwa data ordinal yaitu data yang dihasilkan tidak hanya menyatakan kategori perilaku, tetapi juga menjelaskan peringkat dari konstruk yang diukur.

## **E. Validitas dan Reliabilitas**

### **1. Validitas**

Validitas merupakan ketepatan atau akurasi sebuah alat ukur merepresentasikan konstruk yang akan diukur. Berdasarkan cara estimasinya Azwar (2008) membagi tipe-tipe validitas menjadi, validitas isi (*content validity*), validitas konstruk (*construct validity*), dan validitas berdasarkan kriteria (*criterion-related validity*). Pada penelitian ini validitas yang akan diestimasi yaitu validitas isi (*content validity*). Validitas isi merupakan upaya yang dilakukan peneliti untuk melakukan estimasi terhadap aitem-aitem tes dengan analisis rasional atau melalui *professional judgement*. Tujuan dari validitas isi adalah mengetahui sejauhmana aitem-aitem tes dapat mewakili komponen isi konstruk yang hendak diukur (aspek representasi) serta sejauhmana aitem-aitem menggambarkan ciri perilaku yang hendak diukur (aspek relevansi). Adapun yang menjadi *professional judgement* yakni



pembimbing dan narasumber penelitian.

## 2. Reliabilitas

Reliabilitas merupakan derajat sejauhmana alat ukur yang digunakan konsisten dan dapat dipercaya. Alat ukur yang reliabel merupakan alat ukur yang menghasilkan data yang relatif sama pada objek yang sama pula meskipun dalam beberapa kali pengukuran (Kamaruddin, 2012). Azwar (2008) menjelaskan bahwa alat ukur yang reliabel adalah alat ukur yang memiliki koefisien *Alpha Cronbach* yang mendekati angka 1. Reliabilitas *alpha cronbach* dalam penelitian ini diketahui menggunakan bantuan program *SPSS (Statistic Program for Social Science) 23.0 for windows*.

## F. Metode Analisis Data

Langkah yang dilakukan untuk interpretasi data penelitian yaitu peneliti melakukan analisis data menggunakan statistik inferensial dan statistik deskriptif. Statistik deskriptif digunakan untuk memperoleh interpretasi data yang bersifat umum, sedangkan statistik inferensial digunakan untuk mengevaluasi hipotesis yang diajukan peneliti guna mendapatkan bukti empirik. Teknik analisis data yang digunakan yaitu teknik korelasional *product moment pearson* untuk data yang bersifat parametrik, dan teknik korelasi *Spearman-Rho* untuk data non-parametrik. Teknik tersebut digunakan peneliti dengan tujuan mencari korelasi antara *health locus of control* dengan kepatuhan minum obat pada pasien DM Tipe II. Peneliti juga melakukan uji asumsi dengan uji normalitas, uji

linearitas serta uji hipotesis menggunakan program SPSS (*Statistic Program for Social Science*) version 23.0 for windows.

## BAB IV

### PELAKSANAAN DAN HASIL PENELITIAN

#### A. Orientasi Kacah dan Persiapan Penelitian

##### 1. Orientasi Kacah

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara *health locus of control* dengan kepatuhan minum obat pasien DM tipe 2. Subjek yang dilibatkan dalam penelitian ini yaitu pasien DM tipe 2 dengan rentang usia 40-60 tahun. DM tipe 2 sendiri berada di urutan kelima kategori PTM yang terjadi di Kota Semarang, sehingga peneliti memutuskan untuk menjadikan Kota Semarang sebagai lokasi pengambilan data. Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan di salah satu klinik di Kota Semarang yang bekerjasama dengan BPJS. Salah satu kegiatan rutin yang diselenggarakan oleh klinik tersebut yakni Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS).

Tujuan program PROLANIS yakni adalah meningkatkan angka kunjungan sehat pada fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagai upaya preventif dan kuratif sehingga dapat menurunkan kemungkinan terjadinya komplikasi pada pasien DM Tipe 2 dan Hipertensi (BPJS Kesehatan, 2014). Bentuk aktivitas yang dilakukan meliputi aktivitas pemeriksaan spesifik sesuai panduan klinis serta kegiatan lain seperti edukasi, *home visit*, aktivitas klub dan pemantauan status kesehatan yang rutin dilakukan setiap bulan. Kegiatan PROLANIS di klinik tersebut dilaksanakan secara rutin hari sabtu minggu kedua setiap bulannya.

Pemeriksaan rutin yang harus dijalani terkadang masih menjadi kendala tersendiri bagi pasien DM tipe 2. Hal tersebut terlihat dari masih minimnya anggota PROLANIS yang hadir setiap bulannya dalam pemeriksaan rutin bulanan. Berdasarkan masalah diatas, peneliti tertarik untuk mengangkat topik yang berkaitan dengan kepatuhan minum obat pasien DM tipe 2.

## 2. Persiapan Penelitian

Persiapan penelitian yang dilakukan oleh peneliti antara lain:

### a. Persiapan Administrasi

Persiapan yang pertama kali dilakukan oleh peneliti yaitu persiapan administrasi. Persiapan administrasi dilakukan dengan pembuatan surat permohonan izin penelitian kepada klinik terkait. Surat permohonan izin penelitian dengan nomor surat 1077/Dek/70/Div.Um.RT/XI/2018 tertanggal 7 November 2018 ditanda-tangani oleh Dekan Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya serta Dosen Pembimbing Skripsi

### b. Persiapan Alat Ukur

Peneliti menggunakan dua alat ukur yakni skala kepatuhan minum obat dan *skala health locus of control*. Peneliti menggunakan alat ukur yang telah digunakan oleh oleh peneliti sebelumnya.

#### 1) Skala Kepatuhan Minum Obat

Skala kepatuhan minum obat digunakan peneliti untuk mengetahui tingkat kesediaan pasien DM tipe 2 untuk menjalani instruksi medis yang diberikan ahli kesehatan terkait dengan obat yang harus dikonsumsi. Peneliti menggunakan *Morisky Medical*

*Adherence 8 Items (MMAS-8)* yang mengacu pada teori Morisky dan telah dimodifikasi oleh Kurniasih, Supadmi, dan Darmawan (2014). Skala ini berjumlah 8 aitem dengan 7 skala dikotomis dan 1 skala *likert*. Koefisien reliabilitas untuk skala MMAS-8 yaitu 0,83 (Kurniasih dkk 2014)

## 2) Skala *Health Locus of Control*

Skala *health locus of control* digunakan peneliti untuk mengidentifikasi kendali individu yang berkaitan dengan kondisi kesehatannya sendiri. Peneliti menggunakan *Multidimensional Health Locus of Control Form A* yang mengacu pada teori Wallston dan Wallston (1976) serta telah dimodifikasi oleh Nurjanah dan Rahmantika (2017). Skala ini berjumlah 18 aitem yang terdiri dari dimensi *internal (IHLC)*, *powerful others (PHLC)*, dan *chance (CHLC)*. Koefisien reliabilitas untuk dimensi IHLC yaitu 0,655, dimensi PHLC yaitu 0,802, dan dimensi CHLC yaitu 0,785 (Nurjanah & Rahmantika, 2017).

## c. Hasil Uji Coba Alat Ukur

Penelitian ini menggunakan sistem *try-out* terpakai, sehingga data yang diperoleh saat pengambilan data pertama kali sekaligus digunakan untuk uji hipotesis. Pengambilan data pertama kali dilakukan pada tanggal 9 November 2018 kepada pasien DM tipe 2. Pengambilan data bertempat di salah satu Praktek Dokter BPJS di kota Semarang serta melibatkan 60 pasien DM tipe 2. Pasien diminta untuk mengisi kuisioner

yang terdiri dari 2 skala yaitu skala *Health Locus of Control* dan skala kepatuhan minum obat. Berdasarkan hasil uji coba terhadap kedua skala tersebut diperoleh data sebagai berikut:

1) Skala Kepatuhan Minum Obat

Skala kepatuhan minum obat yaitu MMAS-8 terdiri dari 8 aitem. Berdasarkan uji coba alat ukur diperoleh indeks diskriminasi aitem bergerak antara 0.248 – 0.605. Hal tersebut menunjukkan bahwa tidak ada aitem yang gugur pada MMAS-8. Selanjutnya pada uji reliabilitas diperoleh *cronbach alpha* sebesar 0.736. Oleh karena itu, seluruh dari skala MMAS dinyatakan valid dan reliabel karena indeks diskriminasi aitem bernilai  $> 0.25$  serta *cronbach alpha* yang  $> 0.6$  (Sarwono, 2006).

**Tabel 3.**  
Distribusi Butir Aitem Skala MMAS-8 Setelah Uji Coba

No.	Dimensi	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	Jumlah
1	Frekuensi kelupaan		1,4,8	2
2	Kesengajaan berhenti		3,6	1
3	Kemampuan mengendalikan diri	5	2,7	3
<b>Jumlah</b>				<b>6</b>

2) Skala *Health Locus of Control*

Skala yang digunakan yaitu Multidimensional Health Locus of Control Form A yang berisi 18 aitem. Skala ini terdiri dari dimensi IHLC, CHLC, dan PHLC dimana masing masing dimensi terdiri dari 6 butir aitem. Pengujian validitas dan reliabilitas skala ini dilakukan

pada setiap dimensinya. Berdasarkan hasil uji diskriminasi aitem dimensi IHLC menghasilkan 6 aitem valid, serta tidak ada aitem yang gugur. Hasil reliabilitas dimensi IHLC dilihat dari nilai *cronbach alpha* sebesar 0.803 dan indeks diskriminasi aitem yang bergerak antara 0.454 – 0.716.

Pada dimensi CHLC menghasilkan 6 aitem valid, serta tidak ada aitem yang gugur. Hal tersebut dapat dilihat dari *cronbach alpha* untuk dimensi CHLC yakni 0.886, serta indeks diskriminasi aitem yang bergerak antara 0.573 – 0.817.

Pada dimensi PHLC diperoleh indeks diskriminasi aitem yang bergerak antara 0.229 – 0.579. Tahap selanjutnya peneliti melakukan analisis butir aitem dan menghasilkan 5 aitem yang valid dan 1 aitem yang tidak valid. Syarat yang digunakan untuk menentukan validitas butir aitem yaitu skor koefisien korelasi aitem total diatas 0.3 (Sarwono, 2006). Aitem yang dianggap tidak valid yaitu aitem 7 ( $r_{bt}=0.2291$ ). Uji reliabilitas pada dimensi PHLC dilakukan pada 5 aitem valid menghasilkan *cronbach alpha* sebesar 0.733 serta indeks diskriminasi aitem yang bergerak antara 0.304 – 0.586.

**Tabel 4.**

Distribusi Aitem Skala MHLC Form A Setelah Uji Coba

No.	Dimensi	Favorable	Unfavorable	Jumlah
1	Internal (IHLC)	1, 6, 8, 12, 13, 17		6
2	Chance (CHLC)	2, 4, 9, 11, 15, 16		6
3	Powerful others (PHLC)	3, 5, 7*, 10, 14, 18		5
<b>Jumlah</b>				<b>18</b>

\* = Aitem yang gugur

## **B. Pelaksanaan Penelitian**

Pengambilan data berlangsung sejak tanggal 9 November 2018 sampai dengan 30 November 2018 dan berlangsung di salah satu praktek dokter BPJS di kota Semarang serta melibatkan sebanyak 60 pasien DM tipe 2. Proses pengambilan data bersamaan dengan dilakukannya kegiatan PROLANIS pada tanggal 10 November 2018 serta memperoleh 11 subjek. Data yang diperoleh peneliti pada tanggal 11 November 2018 – 3 Desember 2018 didapat ketika subjek berkunjung ke klinik tersebut. Proses pengambilan data dimulai dengan pengisian identitas subjek serta menandatangani *informed consent* sebagai tanda persetujuan menjadi subjek penelitian. Selanjutnya kuisisioner diberikan kepada subjek yang memenuhi kriteria berdasarkan rekam medik yang diberikan pihak klinik. Pada kondisi tertentu peneliti harus membacakan pertanyaan yang ada di kuisisioner karena keterbatasan kemampuan penglihatan subjek penelitian. Setelah kuisisioner diisi oleh subjek, peneliti memastikan kembali bahwa seluruh aitem telah terisi oleh subjek.

## **C. Hasil Penelitian**

### **1. Deskripsi Subjek Penelitian**

Penelitian ini melibatkan 60 pasien DM Tipe 2, berikut merupakan gambaran umum pasien yang menjadi subjek dalam penelitian ini:



**Tabel 5.**  
Deskripsi subjek berdasarkan jenis kelamin

<b>Jenis Kelamin</b>	<b>N</b>	<b>Presentase (%)</b>
Laki-Laki	25	41.7 %
Perempuan	35	58.3 %
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Tabel diatas menjabarkan bahwa penelitian ini melibatkan 35 (53.3%) pasien perempuan serta 25 (41.7%) pasien laki-laki. Berdasarkan data tersebut dapat diketahui bahwa subjek pada penelitian ini didominasi oleh pasien DM Tipe 2 berjenis kelamin perempuan.

**Tabel 6.**  
Deskripsi subjek berdasarkan usia

<b>Usia</b>	<b>N</b>	<b>Presentase (%)</b>
< 45 tahun	7	11.7 %
46 – 55 tahun	27	45 %
56 – 65 tahun	19	31.7 %
> 65 tahun	7	11.7 %
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Tabel diatas menjabarkan bahwa sebanyak 27 subjek pada penelitian ini berusia rentang 46-55 tahun dengan presentase 45%. Adapula tujuh subjek berusia dibawah 45 tahun dengan persentase 11.7%, 19 subjek berusia rentang 56-65 tahun dengan persentase 31.7%, dan sebanyak tujuh subjek berusia lebih dari 65 tahun dengan persentase 11.7%. Berdasarkan data tersebut, diketahui bahwa penelitian ini didominasi oleh pasien DM Tipe 2 yang berada dalam rentang usia 46-55 tahun.

**Tabel 7.**  
Deskripsi subjek berdasarkan pendidikan terakhir

<b>Pendidikan</b>	<b>N</b>	<b>Presentase (%)</b>
SD	8	13.3 %
SMP	14	23.3 %
SMA	20	33.3 %
D3	2	3.3 %
S1	9	15 %
S2	5	8.3 %
S3	2	3.3 %
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Tabel diatas menjabarkan bahwa sebanyak delapan subjek dengan persentase 13.3% pada penelitian ini memiliki pendidikan terakhir SD. Subjek dengan pendidikan terakhir SMP sebanyak 14 pasien dengan persentase 23.3%, SMA sebanyak 20 subjek dengan persentase 33.3%, D3 sebanyak dua subjek dengan persentase 3.3%, S1 sebanyak Sembilan subjek dengan persentase 16%, S2 sebanyak lima subjek dengan persentase 8.3%, serta jenjang pendidikan terakhir S3 sebanyak dua orang dengan persentase 3.3%. Berdasarkan data tersebut, diketahui bahwa penelitian ini didominasi oleh pasien DM Tipe 2 dengan pendidikan terakhir jenjang SMA.

**Tabel 8.**  
Deskripsi subjek berdasarkan jenis pekerjaan

<b>Jenis Pekerjaan</b>	<b>N</b>	<b>Presentase (%)</b>
PNS	12	20 %
Pegawai Swasta	19	31.7 %
Pensiunan	6	10 %
Wiraswasta	4	6.7 %
Lainnya	19	31.7 %
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Tabel diatas menjabarkan bahwa sebanyak 12 subjek dengan persentase 20% bekerja sebagai PNS, sebanyak enam subjek dengan persentase 10% merupakan pensiunan, empat subjek dengan persentase 6.7% bekerja sebagai

wiraswasta, 19 subjek dengan persentase 31.7% bekerja sebagai pegawai swasta, serta 19 subjek dengan persentase 31.7% termasuk dalam kategori pekerjaan lainnya. Berdasarkan data tersebut, diketahui bahwa subjek dalam penelitian ini didominasi oleh pasien DM Tipe 2 yang bekerja sebagai pegawai swasta.

**Tabel 9.**

Deskripsi subjek berdasarkan status pernikahan

<b>Status Pernikahan</b>	<b>N</b>	<b>Presentase (%)</b>
Belum Menikah	0	0 %
Menikah	52	86.7 %
Bercerai	1	1.7 %
Pasangan Meninggal	7	11.7 %
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Tabel diatas menjabarkan bahwa sebanyak 52 subjek dengan persentase 86.7% berstatus menikah, satu subjek dengan persentase 1.7% telah bercerai, serta tujuh subjek lainnya dengan persentase 11.7% berstatus pasangan meninggal. Berdasarkan data tersebut, diketahui bahwa subjek dalam penelitian ini didominasi oleh pasien DM Tipe 2 dengan status menikah serta tidak terdapat subjek dengan status belum menikah.

**Tabel 10.**

Deskripsi subjek berdasarkan lama diagnosis penyakit

<b>Lama Diagnosis</b>	<b>N</b>	<b>Presentase (%)</b>
1 – 3 tahun	24	40 %
3 – 5 tahun	26	43.3 %
> 5 tahun	10	16.7 %
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Tabel diatas menjabarkan bahwa sebanyak 24 subjek dengan persentase 40% telah mengalami DM Tipe 2 selama satu sampai dengan dua tahun terakhir, 26 subjek dengan persentase 43.3% mengalami DM Tipe 2 selama tiga sampai lima tahun terakhir, serta sebanyak 10 subjek dengan persentase

16.7% mengalami DM Tipe 2 selama lebih dari 5 tahun terakhir. Berdasarkan data tersebut, dapat diketahui bahwa dalam penelitian ini didominasi oleh pasien yang mengalami DM Tipe 2 selama tiga sampai lima tahun terakhir.

**Tabel 11.**

Deskripsi subjek berdasarkan komplikasi penyakit lainnya

<b>Komplikasi Penyakit</b>	<b>N</b>	<b>Presentase (%)</b>
Tidak Ada Komplikasi	37	61.7 %
Hipertensi	20	33.3 %
Jantung	3	5 %
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Tabel diatas menjabarkan bahwa sebanyak 36 subjek dengan persentase 60% pasien DM Tipe 2 yang menjadi subjek penelitian ini tidak mengalami komplikasi penyakit lain, 20 subjek dengan persentase sebanyak 33.3% mengalami komplikasi hipertensi, tiga subjek dengan persentase 5% mengalami komplikasi jantung, serta 1 subjek lainnya dengan persentase 1.7% mengalami komplikasi Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK).

## 2. Deskripsi Data Penelitian

**Tabel 12.**

Deskripsi Data Penelitian

<b>Variabel</b>	<b>Hipotetik</b>				<b>Empirik</b>			
	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD
Kepatuhan Minum Obat	0.25	8	4	1.29	0.25	8	5.22	2.10
IHLC	18	36	21	3	18	36	28.2	4.25
CHLC	7	32	21	4.16	7	32	19.1	7.04
PHLC	13	28	17.5	2.5	13	28	28.66	3.78

Berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan diperoleh gambaran data yang bersifat hipotetik dan empirik. Data hipotetik tersebut yang selanjutnya digunakan peneliti untuk membuat norma kategorisasi untuk variabel kepatuhan minum obat dan *health locus of control*.

**Tabel 13.**  
Rumus Kategorisasi Variabel Kepatuhan Minum Obat

<b>Kategorisasi</b>	<b>Rentang Nilai</b>	<b>N</b>	<b>Presentase (%)</b>
Sangat Patuh	$X > 6.32$	24	40 %
Patuh	$4.77 \leq X < 6.32$	13	21.7 %
Sedang	$3.23 \leq X < 4.77$	13	21.7 %
Tidak Patuh	$1.68 \leq X < 3.23$	4	6.7 %
Sangat Tidak Patuh	$X < 1.68$	6	10 %
<b>Total</b>		<b>60</b>	<b>100 %</b>

Tabel diatas merupakan rumus penentuan kategorisasi variabel kepatuhan minum obat berdasarkan perhitungan data hipotetik. Berdasarkan data diatas, dapat dilihat bahwa terdapat 24 subjek dengan persentase 40% tergolong sangat patuh, 13 subjek dengan persentase 21.7% tergolong patuh, 13 subjek dengan persentase 21.7% memiliki tingkat kepatuhan sedang, empat subjek dengan persentase 6.7% tergolong tidak patuh, serta enam subjek lainnya dengan persentase 10% tergolong sangat tidak patuh. Artinya, subjek pada penelitian ini didominasi oleh pasien DM Tipe 2 dengan kategori sangat patuh.

**Tabel 14.**  
Rumus Kategorisasi Variabel *Health Locus of Control*

<b>Kategori</b>	<b>IHLC</b>	<b>CHLC</b>	<b>PHLC</b>
Sangat Tinggi	$X > 26.4$	$X > 28.5$	$X > 22$
Tinggi	$22.8 \leq X < 26.4$	$23.5 \leq X < 28.5$	$19 \leq X < 22$
Sedang	$19.2 \leq X < 22.8$	$18.5 \leq X < 23.5$	$16 \leq X < 19$
Rendah	$15.6 \leq X < 19.2$	$13.5 \leq X < 18.5$	$13 \leq X < 16$
Sangat Rendah	$X < 15.6$	$X < 13.5$	$X < 13$

Penormaan untuk variabel Health Locus of Control dilakukan pada setiap dimensinya yaitu dimensi Internal (IHLC), Chance (CHLC), dan dimensi powerful others (PHLC). Norma kategorisasi yang digunakan pada penelitian

ini yaitu lima kategori yang terdiri dari sangat tinggi, tinggi, sedang, rendah, dan sangat rendah. Rumus kategorisasi yang ada pada tabel diatas didasarkan pada perhitungan hipotetik menggunakan mean ( $\mu$ ) dan standar deviasi ( $\sigma$ ).

**Tabel 15.**  
Data Kategorisasi Variabel *Health Locus of Control*

Kategori	IHLC		CHLC		PHLC	
	F	%	F	%	F	%
Sangat Tinggi	43	71.7 %	6	10 %	32	53.3 %
Tinggi	9	15 %	14	23.3 %	22	36.7 %
Sedang	6	10 %	7	11.7 %	3	5 %
Rendah	2	3.3 %	16	26.7 %	3	5 %
Sangat Rendah	0	0 %	17	28.3 %	0	0 %
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Pada variabel *health locus of control* penormaan kategorisasi dilakukan untuk setiap dimensi yakni dimensi IHLC, CHLC, dan PHLC. Pada dimensi *internal* (IHLC) sebanyak 43 subjek dengan persentase 71.7% berada pada kategori sangat tinggi, selanjutnya sembilan subjek dengan persentase 15% berada pada kategori tinggi, enam subjek dengan persentase 10% berada pada kategori sedang, serta dua subjek lainnya dengan persentase 3.3% berada pada kategori IHLC yang rendah.

Pada dimensi *Chance* (CHLC) terdapat enam subjek dengan persentase 10% berada pada kategori sangat tinggi, 14 subjek dengan persentase 23.3% dengan persentase 23.3% berada pada kategori tinggi, selanjutnya tujuh subjek dengan persentase 11.7% berada pada kategori sedang, 16 subjek dengan persentase 26.7% berada pada kategori rendah, serta 17 subjek lainnya dengan persentase 28.3% berada pada kategori CHLC yang sangat rendah.

Pada dimensi *Powerful Others* (PHLC) terdapat 32 subjek dengan

persentase 53.3% berada pada kategori sangat tinggi, 22 subjek dengan persentase 36.7% berada pada kategori tinggi, selanjutnya tiga subjek dengan persentase 5% berada pada kategori sedang, serta tiga subjek lainnya dengan persentase 5% berada pada kategori PHLC yang rendah.

### 3. Hasil Uji Asumsi

Uji asumsi merupakan analisis statistika yang harus dilakukan sebelum melakukan uji hipotesis. Uji asumsi yang dilakukan pada penelitian ini yaitu uji normalitas dan uji linearitas. Hasil yang diperoleh pada uji asumsi akan menentukan uji hipotesis yang akan dilakukan menggunakan statistik parametrik atau non-parametrik. Statistik parametrik yaitu apabila data penelitian pada seluruh variabelnya terdistribusi normal dan linear.

#### a. Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk mengetahui sebaran data dalam penelitian serta menentukan apakah sampel yang diambil mewakili populasi atau tidak berdasarkan syarat norma yang berlaku. Penelitian ini melibatkan 60 subjek sehingga uji normalitas yang digunakan yaitu *Kolmogorov-Smirnov* karena sampel berjumlah lebih dari 50. Syarat data yang terdistribusi normal yaitu apabila nilai signifikansi ( $p$ ) > 0.05.

**Tabel 16.**  
Hasil Uji Normalitas

<b>Variabel</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Keterangan</b>
Kepatuhan Minum Obat	0.134	0.009	Tidak Normal
IHLC	0.130	0.013	Tidak Normal
CHLC	0.139	0.006	Tidak Normal
PHLC	0.131	0.012	Tidak Normal

Berdasarkan uji normalitas diperoleh nilai signifikansi untuk variabel kepatuhan minum obat memiliki nilai  $p = 0.009$ , variabel *health locus of control* dimensi IHLC memiliki nilai  $p = 0.013$ , dimensi CHLC memiliki nilai  $p = 0.006$ , dan dimensi PHLC memiliki nilai  $p = 0.012$ . Artinya seluruh data dalam penelitian ini terdistribusi tidak normal dan tidak sampel yang digunakan tidak mewakili populasi karena nilai  $p < 0.05$ . Oleh karena itu uji hipotesis yang dilakukan menggunakan norma statistik non-parametrik.

b. Uji Linieritas

Uji linieritas dilakukan untuk mengetahui apakah variabel penelitian memiliki hubungan yang linear atau tidak. Uji linearitas yang digunakan pada penelitian ini yaitu *Compare Means for Linearity* dengan taraf signifikansi  $p < 0.05$  maka data dikatakan linear. Uji linearitas untuk variabel *health locus of control* dilakukan pada setiap dimensinya yaitu IHLC, CHLC, dan PHLC. Berikut merupakan hasil uji linearitas yang dilakukan terhadap variabel yang digunakan dalam penelitian:

**Tabel 17.**  
Hasil Uji Linearitas

Variabel	F	p	Keterangan
Kepatuhan Minum Obat * IHLC	39.229	0.000	Linear
Kepatuhan Minum Obat * CHLC	44.034	0.000	Linear
Kepatuhan Minum Obat * PHLC	63.817	0.000	Linear

Berdasarkan uji linearitas diperoleh nilai signifikansi untuk variabel kepatuhan minum obat dan dimensi IHLC memiliki nilai  $p = 0.000$ , variabel kepatuhan minum obat dan dimensi CHLC memiliki nilai  $p =$



0.000, variabel kepatuhan minum obat dan dimensi PHLC memiliki nilai  $p = 0.000$ . Artinya terdapat hubungan yang linear antara variabel kepatuhan minum obat dan seluruh dimensi pada variabel *health locus of control* karena memiliki nilai  $p < 0.05$ .

#### 4. Hasil Uji Hipotesis

**Tabel 18.**  
Kriteria Koefisien Korelasi (Sarwono, 2006)

Koefisien Korelasi (R)	Kekuatan Korelasi
0	Tidak ada korelasi
> 0 – 0.25	Sangat Lemah
> 0.25 – 0.5	Cukup
> 0.5 – 0.75	Kuat
> 0.75 – 0.99	Sangat Kuat
1	Korelasi Sempurna

Uji hipotesis bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel kepatuhan minum obat dengan variabel *health locus of control*. Pengujian hipotesis dalam penelitian ini dilakukan pada setiap dimensi *health locus of control* yaitu *internal* (IHLC), *chance* (CHLC), dan *powerful others* (CHLC). Teknik uji hipotesis pada penelitian ini menggunakan korelasi non-parametrik *Spearman-Rho*. Hipotesis yang diajukan pada penelitian ini yaitu adanya hubungan antara dimensi IHLC, CHLC, dan PHLC terhadap kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2. Norma yang digunakan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel penelitian diatas yakni nilai  $p < 0.05$ . Nilai  $p < 0.05$  berarti adanya hubungan yang signifikan antara kedua variabel penelitian, sebaliknya apabila nilai  $p > 0.05$  berarti tidak adanya hubungan yang signifikan antara kedua variabel penelitian. Langkah selanjutnya yaitu melihat nilai koefisien korelasi (R) untuk mengetahui kekuatan korelasi

antara kedua variabel. Berikut merupakan hasil uji hipotesis yang dilakukan peneliti :

**Tabel 19.**  
Hasil Uji Hipotesis

Variabel	N	R	p
Kepatuhan Minum Obat * IHLC	60	0.576	0.000
Kepatuhan Minum Obat * CHLC	60	-0.515	0.000
Kepatuhan Minum Obat * PHLC	60	-0.648	0.000

Berdasarkan hasil uji hipotesis, diperoleh bahwa variabel kepatuhan minum obat dan dimensi *internal health locus of control* (IHLC) memiliki nilai  $p = 0.00$  ( $p < 0.05$ ) serta nilai  $r = 0.576$ . Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif yang sangat signifikan antara kepatuhan minum obat dengan dimensi *internal health locus of control* (IHLC) dimana kekuatan hubungan yaitu kuat. Artinya semakin tinggi skor subjek pada dimensi IHLC maka akan semakin tinggi pula tingkat kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2. Sumbangan efektif yang diberikan oleh dimensi *internal health locus of control* (IHLC) terhadap kepatuhan minum obat yaitu sebesar 33.1%.

Pada uji hipotesis variabel kepatuhan minum obat dan dimensi *chance health locus of control* (CHLC) memiliki nilai  $p = 0.00$  ( $p < 0.05$ ) serta nilai  $r = -0.515$ . Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan negatif yang sangat signifikan antara kepatuhan minum obat dengan dimensi *chance health locus of control* (CHLC) dimana kekuatan hubungan yaitu kuat. Artinya semakin tinggi skor subjek pada dimensi CHLC akan semakin rendah tingkat kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2. Sumbangan efektif yang diberikan oleh dimensi *chance health locus of control* (CHLC) terhadap kepatuhan

minum obat yaitu sebesar 26.5%.

Pada uji hipotesis variabel kepatuhan minum obat dan dimensi *powerful others health locus of control* (PHLC) memiliki nilai  $p = 0.00$  ( $p < 0.05$ ) serta nilai  $r = -0.648$ . Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan negatif yang sangat signifikan antara kepatuhan minum obat dengan dimensi *powerful others health locus of control* (PHLC) dimana kekuatan hubungan yaitu kuat. Artinya semakin tinggi skor subjek pada dimensi PHLC akan semakin rendah tingkat kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2. Sumbangan efektif yang diberikan oleh dimensi *powerful others health locus of control* (PHLC) terhadap kepatuhan minum obat yaitu sebesar 41.9%.

Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa seluruh hipotesis pada penelitian ini diterima karena terdapat hubungan yang signifikan antara skor pada dimensi *health locus of control* terhadap kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2.

## 5. Hasil Analisis Tambahan

### a. Uji Beda

Pada penelitian ini dilakukan analisis tambahan yaitu uji beda. Uji beda dilakukan peneliti untuk mengetahui perbedaan kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2 terhadap variabel demografis. Variabel demografis pada penelitian ini yaitu jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, jenis pekerjaan, status pernikahan, lamanya diagnosis DM Tipe 2 serta adanya komplikasi dengan penyakit lain. Syarat yang digunakan dalam uji beda yaitu apabila nilai  $p < 0.05$  maka terdapat beda signifikan antara kepatuhan

minum obat dengan variabel demografis. Sebaliknya, apabila nilai  $p > 0.05$  maka tidak ada beda signifikan antara kepatuhan minum obat dengan variabel demografis. Berikut merupakan hasil uji beda kepatuhan minum obat terhadap variabel demografis pada pasien DM Tipe 2 :

**Tabel 20.**

Hasil Uji Beda Kepatuhan Minum Obat dan Data Demografi

<b>Data Demografi</b>	<b>Mean</b>	<b>p</b>	<b>Keterangan</b>
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-Laki	27.76	0.303	Tidak Signifikan
Perempuan	32.46		
<b>Usia</b>			
< 45 tahun	1.75425	0.061	Tidak Signifikan
46-55 tahun	1.70067		
56-65 tahun	1.76477		
> 65 tahun	0.79993		
<b>Pendidikan Terakhir</b>			
SD	4.3750	0.292	Tidak Signifikan
SMP	4.1964		
SMA	4.5125		
D3	0.17678		
S1	3.1667		
S2	4.4000		
S3	4.1792		
<b>Jenis Pekerjaan</b>			
PNS	3.9167	0.273	Tidak Signifikan
Pegawai Swasta	3.9474		
Pensiunan	5.6250		
Wiraswasta	4.5625		
Lainnya	4.0395		
<b>Status Pernikahan</b>			
Menikah	4.2740	0.223	Tidak Signifikan
Bercerai	5.7500		
Pasangan	3.2500		
Meninggal			
<b>Lama Diagnosa</b>			
1 – 2.9 tahun	4.1354	0.076	Tidak Signifikan
3 – 5 tahun	3.8077		
> 5 tahun	5.2500		
<b>Komplikasi Penyakit</b>			
Tidak Ada	4.2222	0.723	Tidak Signifikan
Hipertensi	4.2375		

Jantung

3.0833

---

Berdasarkan uji beda yang telah dilakukan, diperoleh hasil yakni tidak terdapat beda signifikan skor kepatuhan minum obat pada pasien jenis kelamin laki-laki maupun perempuan ( $p = 0.303$ ). Pada variabel demografis usia juga diperoleh hasil yakni tidak terdapat beda signifikan skor kepatuhan minum obat pada pasien dengan seluruh rentang usia pasien ( $p = 0.061$ ). Pada variabel demografis pendidikan terakhir diperoleh hasil yakni tidak terdapat beda signifikan skor kepatuhan minum obat dengan jenjang pendidikan terakhir pasien ( $p = 0.292$ ). Pada variabel demografis pekerjaan diperoleh hasil yakni tidak terdapat beda signifikan skor kepatuhan minum obat dengan jenis pekerjaan pasien ( $p = 0.273$ ). Pada variabel demografis status pernikahan diperoleh hasil yakni tidak terdapat beda signifikan skor kepatuhan minum obat dengan status pernikahan pasien ( $p = 0.223$ ). Pada variabel demografis lama diagnosis penyakit diperoleh hasil yakni tidak terdapat beda signifikan skor kepatuhan minum obat dengan lama diagnosis DM Tipe 2 pada pasien ( $p = 0.076$ ). Pada variabel demografis komplikasi dengan penyakit lain diperoleh hasil yakni tidak terdapat beda signifikan skor kepatuhan minum obat dengan komplikasi penyakit lain yang dialami pasien ( $p = 0.723$ ).

#### D. Pembahasan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dimensi pada *health locus of control* terhadap kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2. Hipotesis yang diajukan pada penelitian ini yaitu terdapat hubungan positif yang signifikan antara dimensi IHLC terhadap kepatuhan minum obat pasien, serta hubungan negatif pada dimensi CHLC dan PHLC terhadap kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2. Subjek yang digunakan pada penelitian ini berjumlah 60 orang dengan karakteristik pasien DM yang berusia lebih dari 40 tahun serta didiagnosis DM Tipe 2 lebih dari satu tahun terakhir. Subjek pada penelitian ini didominasi oleh pasien berusia 46-55 tahun dengan persentase sebesar 45%, sebanyak 86.7% berstatus menikah, kemudian pendidikan terakhir subjek 33.3% didominasi lulusan SMA, kemudian sebesar 40% didiagnosis mengalami DM Tipe 2 pada rentang waktu 1-3 tahun terakhir, serta 60% subjek pada penelitian tidak mengalami komplikasi penyakit lain.

Morisky dkk (1986) mendefinisikan kepatuhan sebagai kondisi sejauhmana pasien mengikuti instruksi, resep, serta larangan yang diberikan oleh dokter dan professional kesehatan. Kepatuhan juga didefinisikan sebagai kondisi dimana pasien terlibat aktif dengan penuh rasa tanggung jawab untuk meningkatkan kondisi kesehatan mereka (Taher, Bayat, Zandi, Ghasemi, Abredani, Karimy, & Abedi, 2015). Kepatuhan minum obat sendiri dipengaruhi oleh banyak hal, salah satunya yaitu keyakinan sikap dan kepribadian individu dalam mempersepsi penyakit yang dialaminya. Wallston dkk (1978) menjelaskan bahwa keyakinan individu yang berkaitan dengan pemegang kendali atas kesehatan dirinya disebut

juga *health locus of control*. *Health locus of control* didefinisikan sebagai tingkat keyakinan individu bahwa kesehatan mereka dipengaruhi oleh dimensi yang berasal dari internal atau eksternal dirinya (Wallston dkk., 1978).

Berdasarkan analisis yang dilakukan bahwa terdapat hubungan positif yang signifikan antara dimensi IHLC terhadap kepatuhan minum obat dengan nilai korelasi  $r = 0.576$  dan  $p = 0.00$  ( $p < 0.05$ ) serta menyumbang 33.1% terhadap variabel kepatuhan minum obat. Artinya, dapat dikatakan bahwa nilai korelasi dimensi IHLC dan kepatuhan minum obat tergolong kuat. Semakin tinggi skor pada dimensi IHLC, maka akan semakin tinggi pula tingkat kepatuhan minum obat pada pasien DM Tipe 2. Individu yang memiliki orientasi internal akan lebih mematuhi rejimen pengobatan mereka sendiri daripada individu yang berorientasi eksternal. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Molassiotis, Nahas-Lopez, Chung, Lam, Li, dan Lau (2002) yang menunjukkan korelasi positif dimensi IHLC terhadap kepatuhan minum obat pada pasien HIV di Hongkong.

Dimensi IHLC merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat (Molassiotis dkk., 2002). Bolman, Artwert, dan Völlink (2011) juga menjelaskan bahwa internal *locus of control* menjadi prediktor yang signifikan untuk melihat kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat. Ketidakepatuhan juga diasosiasikan dengan rendahnya keterlibatan aktif pasien dari dalam dirinya untuk melakukan upaya-upaya yang menunjang kesehatannya sendiri salah satunya dengan mengonsumsi obat-obatan yang diresepkan (Barclay, Hinkin, Castellon, Mason, Reinhard, Marion, Levine, & Durvasula, 2007).

Darling, Olmstead, Lund, dan Fairclough (2008) dalam penelitiannya pada 100 subjek dengan penyakit kronis menunjukkan hasil korelasi positif dimensi IHLC terhadap kepatuhan terapi pasien, semakin tinggi skor pada dimensi IHLC menunjukkan semakin tinggi pula skor kepatuhan pasien menjalani terapi. Hal tersebut karena individu dengan IHLC yang tinggi meyakini bahwa perilaku mereka sendiri yang akan berdampak pada kesehatannya, sehingga individu tersebut harus melakukan segala upaya untuk tetap sehat. Penjelasan tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wulandari dkk (2013) dimana skor IHLC yang tinggi juga menunjukkan peningkatan kepatuhan terhadap konsumsi asupan suplemen kesehatan. Carlise Frank (Omeje & Nebo, 2011) menjelaskan bahwa pasien dengan orientasi internal lebih mungkin untuk terlibat dalam perilaku kesehatan positif, umumnya memiliki kondisi fisik yang baik, serta memiliki kepatuhan yang baik terhadap rejimen medis. Pada penelitian ini didominasi oleh subjek dengan skor IHLC yang termasuk dalam kategori sangat tinggi (71.7 %).

Dimensi *Health Locus of Control* kedua yang diuji pada penelitian ini yaitu *Chance* (CHLC). Berdasarkan hasil uji korelasi dimensi CHLC terhadap kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2 menunjukkan korelasi negatif yang signifikan dengan nilai korelasi  $r = -0.515$  dan  $p = 0.00$  ( $p < 0.01$ ). Sumbangan efektif variabel CHLC terhadap ketidakpatuhan pasien DM Tipe 2 dalam mengonsumsi obat harian yaitu sebesar 26.5%. Artinya, dapat dikatakan bahwa nilai korelasi dimensi CHLC dan kepatuhan minum obat tergolong kuat dan berarah negatif. Semakin tinggi skor pada dimensi CHLC, maka akan justru



semakin rendah tingkat kepatuhan minum obat pada pasien DM Tipe 2. Individu dengan nilai CHLC yang tinggi cenderung tidak melakukan upaya terbaiknya untuk sembuh. Hal tersebut karena individu cenderung memiliki keyakinan bahwa kondisi kesehatannya diatur oleh takdir atau keberuntungan. Penjelasan ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wulandari dkk (2013) dimana skor CHLC berkorelasi negatif dengan kepatuhan individu melakukan upaya yang menunjang kesehatan salah satunya mengkonsumsi obat yang diresepkan. Wulandari dan Whelan (2011) juga menjelaskan bahwa individu yang memiliki keyakinan yang besar terkait peran takdir dalam menentukan kondisi kesehatannya cenderung menunjukkan perilaku tidak patuh terhadap rejimen pengobatan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Reach dkk (2011) yang menunjukkan bahwa ketidakpatuhan pasien DM dalam mengkonsumsi obat ditunjukkan pula dengan tingginya skor pada dimensi CHLC. Pada penelitian ini didominasi oleh subjek dengan skor CHLC yang termasuk dalam kategori sangat rendah (28.3 %).

Dimensi *Health Locus of Control* terakhir yang diuji pada penelitian ini yaitu Powerful Others (PHLC). Berdasarkan hasil uji korelasi dimensi PHLC terhadap kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2 menunjukkan korelasi negatif yang signifikan dengan nilai korelasi  $r = -0.648$  dan  $p = 0.00$  ( $p < 0.01$ ). Sumbangan efektif dimensi PHLC terhadap ketidakpatuhan pasien DM dalam mengkonsumsi obat harian yakni sebesar 41.9%. Artinya, dapat dikatakan bahwa nilai korelasi dimensi PHLC dan kepatuhan minum obat tergolong kuat dan berarah negatif. Semakin tinggi skor pada dimensi PHLC, maka akan justru semakin rendah tingkat kepatuhan minum obat pada pasien DM Tipe 2.

*Powerful Others Health Locus of Control* (PHLC) merupakan keyakinan individu bahwa sehat atau tidaknya individu disebabkan oleh adanya faktor yang berasal dari orang lain (Wallston dkk., 1978). Individu dengan PHLC yang tinggi akan rentan mengalami kelupaan dalam mengkonsumsi obat harian ketika figur yang dipercaya menghilang atau tidak bersama dengan subjek. Hal tersebut disebabkan oleh minimnya kemampuan kontrol dari dalam diri individu tersebut untuk rutin mengkonsumsi obat. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Reach et al (2011) dimana ketidakpatuhan pasien DM dalam mengkonsumsi obat harian ditunjukkan dengan tingginya skor pada dimensi PHLC.

Penelitian yang dilakukan oleh Theofilou (2013) juga menunjukkan pasien yang tidak patuh menjalani terapi farmakologis cenderung menunjukkan skor yang tinggi pada dimensi PHLC. Sajatovic dkk (2009) juga menjelaskan bahwa individu yang tidak patuh menunjukkan orientasi *locus of control* eksternal. Pada penelitian ini didominasi oleh subjek dengan skor PHLC yang termasuk dalam kategori sangat tinggi (53.3 %).

Selain itu, peneliti juga melakukan analisis uji beda untuk mengetahui pengaruh variabel demografis terhadap kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2. Variabel demografis yang diuji pada penelitian ini yaitu jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pekerjaan, status pernikahan, lama diagnosis, serta komplikasi penyakit lain yang dialami subjek. Berdasarkan hasil uji beda menunjukkan bahwa tidak ditemukan perbedaan yang signifikan kepatuhan minum obat terhadap jenis kelamin ( $p = 0.303$ ), usia ( $p = 0.061$ ), pendidikan ( $p =$

0.292), pekerjaan ( $p = 0.273$ ), status pernikahan ( $p = 0.223$ ), lama diagnosis ( $p = 0.076$ ), serta komplikasi penyakit yang dialami subjek ( $p = 0.723$ ). Hal tersebut sejalan dengan penelitian Srikartika, Cahya, Suci, dan Hardiati (2015) yang menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan antara faktor demografi usia, pendidikan, pekerjaan, lama diagnosis serta komplikasi penyakit lain pasien DM Tipe 2. Penelitian yang dilakukan oleh Yulia (2015) juga menunjukkan bahwa tidak terdapat beda signifikan kepatuhan minum obat antara pasien laki-laki dan perempuan serta antara rentang usia yang berbeda. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Wu, Lennie, Chung, Frazier, Dekker, Biddle, dan Moser (2012) pada 136 subjek dengan penyakit kronis menunjukkan bahwa status pernikahan tidak menunjukkan perbedaan statistik yang signifikan terhadap kepatuhan minum obat pasien.

Pemaparan diatas menjelaskan bahwa orientasi *health locus of control* akan sangat menentukan keputusan yang diambil pasien terkait kondisi kesehatannya serta kepatuhannya dalam menjalani rencana pengobatan. Oleh karena itu, faktor apapun yang mempengaruhi kepatuhan pasien secara negatif harus dipertimbangkan dalam merencanakan layanan perawatan kesehatan. Hal tersebut mengingatkan bahwa ketidakpatuhan terhadap rejimen pengobatan dapat mengakibatkan kondisi fisik yang justru semakin memburuk akibat dari komplikasi yang ditimbulkan dari DM Tipe 2 (Hasbi, 2012). Penjelasan tersebut sependapat dengan Zahednezhad dkk (2011) bahwa pada pasien DM diperlukan terapi jangka panjang serta manajemen diri harian yang baik untuk menghindari resiko komplikasi. Pemaparan diatas menjelaskan bahwa variabel demografis

bukan merupakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2. Faktor yang sangat berpengaruh terhadap peningkatan kepatuhan pengobatan adalah kontrol pasien secara internal, interaksi pasien dengan petugas kesehatan, serta interaksi pasien dengan sistem pelayanan kesehatan itu sendiri (Adisa, Fakeye, & Fasanmade, 2011).

Peneliti memahami bahwa terdapat banyak kekurangan baik dalam penulisan maupun berlangsungnya penelitian ini. Salah satunya pada hasil uji asumsi, sebaran data pada penelitian ini diketahui tidak normal. Artinya penelitian ini memiliki validitas eksternal yang tidak cukup baik karena hasil data penelitian tidak dapat di generalisasikan dalam populasi yang lebih luas. Selain itu, mengingat subjek dalam penelitian ini berusia lebih dari 40 tahun membuat membuat beberapa subjek yang kesulitan membaca skala yang diberikan karena menurunnya fungsi penglihatan. Hal tersebut membuat peneliti harus membantu subjek untuk membacakan skala kuisioner kepada subjek penelitian.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dimensi *health locus of control* terhadap kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2. Kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2 berkorelasi positif dengan dimensi IHLC, namun berkorelasi negatif dengan dimensi CHLC serta PHLC. Individu dengan tingkat kepatuhan yang tinggi cenderung memiliki skor yang tinggi pula pada dimensi IHLC, serta memiliki skor rendah pada dimensi CHLC dan PHLC. Hal tersebut membuktikan bahwa hipotesis pada penelitian ini diterima.

#### **B. Saran**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, peneliti menjabarkan beberapa saran bagi pihak-pihak yang terkait dalam penelitian ini antara lain :

##### **1. Bagi Pihak Fasilitas Kesehatan (FASKES)**

Peneliti berharap pihak klinik dapat membuka fasilitas layanan integrasi psikologis yang diperuntungkan bagi pasien. Layanan integrasi psikologis tersebut diharapkan mampu membantu meningkatkan kesadaran serta motivasi pasien untuk rutin menjalani proses terapi yang dianjurkan ahli medis. Hal tersebut mengingat kepatuhan pasien terhadap proses terapi akan mempengaruhi kondisi fisik pasien Diabetes Melitus Tipe 2.

## 2. Bagi Pasien

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan *internal health locus of control* terhadap kepatuhan minum obat pasien DM Tipe 2. Oleh karena itu, peneliti berharap bahwa pasien dapat lebih bertanggung jawab dalam mengendalikan kondisi kesehatannya. Hal yang dilakukan seperti pengontrolan kadar gula darah, pola makan atau diet, kegiatan olahraga dan sebagainya.

## 3. Bagi Peneliti selanjutnya

Penelitian ini memiliki beberapa kekurangan, salah satunya yaitu sebaran data pada penelitian ini kurang mewakili populasi sehingga hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan. Oleh karena itu, disarankan untuk peneliti selanjutnya dapat mempertimbangkan lokasi pengambilan data serta menambah jumlah subjek penelitian, supaya dapat meningkatkan validitas eksternal terhadap penelitian yang dilakukan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adnyani, I. A. P. S., Widyantari, D. M., & Saputra, K. (2012). Hubungan *Health locus of control* dengan Keatuhan Penatalaksanaan Diet DM Tipe 2 di Paguyuban DM Puskesmas III Denpasar Utara. *Ners Journal*, Vol. 3 No., 61–67.
- Adisa, R., Fakeye, T. O., & Fasanmade, A. (2011). Medication adherence among ambulatory patients with type 2 diabetes in a tertiary healthcare setting in Southwestern Nigeria. *Pharmacy Practice*, 9(2), 72–81.  
<https://doi.org/10.4321/S1886-36552011000200003>
- Ahmedani, B. K., Peterson, E. L., Wells, K. E., Rand, C. S., & Williams, L. K. (2013). Asthma medication adherence: The role of God and other health locus of control factors. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 110(2), 75–79.  
<https://doi.org/10.1016/j.anai.2012.11.006>
- Albuquerque, C., Correia, C., & Ferreira, M. (2015). Adherence to the Therapeutic Regime in Person with Type 2 Diabetes. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 350–358. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.132>
- Alfian, R. (2015). Layanan Pesan Singkat Peningat untuk Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat dan Konترل Gikemik Pasien Diabetes Melitus di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. *Jurnal Media Farmasi*, 12(1), 129–138.  
<https://doi.org/10.3406/arch.1977.1322>
- American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 33 *Diabetes Care* § (2010). <https://doi.org/10.2337/dc10-S062>
- Azwar, Saifuddin. 2008. Reliabilitas dan Validitas. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Barclay, T. R., Hinkin, C. H., Castellon, S. A., Mason, K. I., Reinhard, M. J., Marion, S. D., ... Durvasula, R. S. (2007). Age-associated predictors of medication adherence in HIV-positive adults: Health beliefs, self-efficacy, and neurocognitive status. *Health Psychology*, 26(1), 40–49.  
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.1.40>
- Bolman, C., Arwert, T. G., & Völlink, T. (2011). Adherence to prophylactic asthma medication: Habit strength and cognitions. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 40(1), 63–75. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2010.02.003>
- Boyoh, M. E., Kaawoan, A., & Bidjuni, H. (2015). Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poliklinik Endokrin Rumah Sakit Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *EJournal Keperawatan*, 3(3), 1–6.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Panduan praktis PROLANIS (Program pengelolaan penyakit kronis)*. BPJS Kesehatan.
- Correia, D. T., Barbosa, A., Mega, I., & Monteiro, E. (2012). Psychosocial predictors

- of adherence after liver transplant in a single transplant center in Portugal. *Progress in Transplantation*, 22(1), 91–94. <https://doi.org/10.7182/pit2012569>
- Darling, C. A., Olmstead, S. B., Lund, V. E., & Fairclough, J. F. (2008). Bipolar Disorder: Medication Adherence and Life Contentment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(3), 113–126. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.02.004>
- Darmono. (2007). *Diabetes Melitus Ditinjau dari Berbagai Aspek Penyakit Dalam*. Semarang: CV Agung Semarang.
- Dhatariya, K. K. (2007). Diabetic ketoacidosis. *British Medical Journal*, 334(7607), 1284–1285. <https://doi.org/10.1136/bmj.39237.661111.80>
- DKK Semarang. (2017). *Profil Kesehatan Kota Semarang 2016* (2017th ed.). Dinas Kesehatan Kota Semarang. Semarang, Jawa Tengah: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Donsu, J. D. (2014). Peran Faktor-faktor Psikologis terhadap Depresi pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Psikologi*, 41(1), 241–249. <https://doi.org/10.22146/jpsi.6953>
- Fatimah, R. N. (2015). Diabetes Melitus Tipe 2. *Fakultas Kedokteran Universitas Lampung*, 4(5), 93–101. <https://doi.org/10.2337/dc12-0698>
- Grimes, P. W., Millea, M. J., & Woodruff, T. W. (2004). Student Evaluation of Teaching and Locus of Control. *Journal of Economic Education*, 35(2), 129–147.
- Hakim, B.H., Adullah, A.Z., & Hanis, M. (2009). Analisis Faktor Risiko Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Tanrutedong, Sidenreng Rappang, 2007. *MEDIKA: Jurnal Kedokteran Indonesia*, 35(4), 228-237.
- Hasbi, M. (2012). *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Penderita Diabetes Melitus dalam Melakukan Olahraga di Wilayah Kerja Puskesmas Praya Lombok Tengan*. Universitas Indonesia.
- Haskas, Y., Suryanto, & J.P, W. (2016). The Effect of ‘ Locus of Control ’ on the Diabetes Mellitus Patients ’ Intention in Performing the DM Control. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)*, 25(2), 130–136.
- Haynes, R. B., Sackett, D. L., Guyatt, G. H., & Tugwell, P. (2006). *Clinical epidemiology: how to do clinical practice research*. (S. Seigafuse & K. Barrett, Eds.) (3rd Editio). United States: Lippincott Williams & Wilkins. Retrieved from [http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=cuvY6TItIwgC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Clinical+epidemiology:+how+to+do+clinical+practice+research&ots=Ebjv04lsRY&sig=4IUA8VW333gSs24L5Em\\_5Q479gg](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=cuvY6TItIwgC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Clinical+epidemiology:+how+to+do+clinical+practice+research&ots=Ebjv04lsRY&sig=4IUA8VW333gSs24L5Em_5Q479gg)



- Hestiana, D. W. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan dalam Pengelolaan Diet pada Pasien Rawat Jalan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Kota Semarang. *Journal of Health Education*, 2(2), 138–145. Retrieved from <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jhealthedu/>
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., & Elliott, R. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*. Brighton, UK: Centre for Health Care Research. [https://doi.org/10.1007/SpringerReference\\_64584](https://doi.org/10.1007/SpringerReference_64584)
- Huble, A. M., & Wagner, S. (2004). Social Indicators Research. *Social Indicators Research*, 65(2), 167–186. <https://doi.org/10.1007/sl>
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas 8th Edition*. (S. Karurang, J. da R. Fernandes, Y. Hang, & B. Malanda, Eds.). Retrieved from [www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org)
- Iskandarsyah, A., de Klerk, C., Suardi, D. R., Sadarjoen, S. S., & Passchier, J. (2014). Health locus of control in Indonesian women with breast cancer: A comparison with healthy women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(21), 9191–9197. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.21.9191>
- Kamaruddin. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Pekanbaru : Suska Press
- Kinder, L. S., Katon, W. J., Ludman, E., Russo, J., Simon, G., Lin, E. H. B., ... Young, B. (2006). Improving depression care in patients with diabetes and multiple complications. *Journal of General Internal Medicine*, 21(10), 1036–1041. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00552.x>
- Kostka, T., & Jachimowicz, V. (2010). Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Quality of Life Research*, 19(3), 351–361.
- Kurniasih, N., Supadmi, W., & Darmawan, E. (2014). Evaluasi Pengaruh Pemberian Konseling dan Short Messages Service ( SMS ) Terhadap Kepatuhan Terapi Hipertensi Pasien Hemodialisis Di RSUD Banjar. *Magister Program in Clinical Pharmacy Ahmad Dahlan University*, 55–59.
- Molassiotis, A., Nahas-Lopez, V., Chung, W. . R., Lam, S. . C., Li, C. . P., & Lau, T. . J. (2002). Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV infected patients. *International Journal of STD and AIDS*, 13(5 PG-301-310), 301–310. <https://doi.org/10.1258/0956462021925117>
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, 24(1), 67–74. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3764638>
- Morisky, D. E., & Muntner, P. (2009). New Medication Adherence Scale Versus

- Pharmacy Fill Rates in Seniors with Hypertension. *The American Journal of Managed Care*, 15(1), 59–66.
- Morowatisharifabad, M. A., Mahmoodabad, S. S. M., Baghianimoghadam, M. H., & Tonekaboni, N. R. (2010). Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 30(1), 27–33. <https://doi.org/10.4103/0973-3930.60009>
- Niven, N. (2000). *Health psychology for health care professionals*. Edinburgh, New York: Churchill Livingstone
- Nurjanah, N., & Rahmantika, R. (2017). Hubungan antara Health Locus of Control dan Self-Efficacy pada Mahasiswa Keperawatan. *SCHEMA (Journal of Psychological Research)*, 3(2), 116–127.
- O'Donohue, W. ., & Levensky, E. . (2006). *Promoting Treatment Adherence: A Practical Handbook for Health care Providers*. (3rd Editio, Vol. 30). Portland, United States: Ringgold Inc.
- Omeje, O., & Nebo, C. (2011). The influence of locus control on adherence to treatment regimen among hypertensive patients. *Patient Preference and Adherence*, 5, 141–148. <https://doi.org/10.2147/PPA.S15098>
- Palmer, A., & William, B. (2007). *Simple Guide Tekanan Darah Tinggi*. Alih bahasa dr Elizabeth Yasmine. Editor Rina Astikawati, Amalia Safitri. Jakarta : Erlangga.
- Reach, G., Michault, A., Bihan, H., Paulino, C., Cohen, R., & Le Clésiau, H. (2011). Patients' impatience is an independent determinant of poor diabetes control. *Diabetes and Metabolism*, 37(6), 497–504. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2011.03.004>
- Sajatovic, M., Ignacio, R. V., West, J. A., Cassidy, K. A., Safavi, R., Kilbourne, A. M., & Blow, F. C. (2009). Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.06.008>
- Sarwono, J. (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Schlenk, E. A., & Hart, L. K. (1984). Relationship Between Health Locus of Control, Health Value, and Social Support and Compliance of Person with Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 7(6), 566–574.
- Smeltzer, S. C., Hinkle, J. L., Bare, B. G., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. (H. Surrena, Ed.) (12th ed.). Pennsylvania: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

- Srikartika, V. M., Cahya, A. D., Suci, R., & Hardiati, W. (2015). Analisis Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan Penggunaan Obat Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 the Analysis of the Factors Affecting Medication Adherence in Patients. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi*, 6(3), 205–212.
- Taher, M., Bayat, Z. S., Zandi, K. N., Ghasemi, E., Abredari, H., Karimy, M., & Abedi, A. R. (2015). Correlation between compliance regimens with health locus of control in patients with hypertension. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29(194), 1–4.
- Theofilou, P. (2013). Medication adherence in Greek hemodialysis patients: The contribution of depression and health cognitions. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 311–318. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9231-8>
- Tola, B., & Immanuel, N. L. (2015). Dukungan Sosial dan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan. *Jurnal Penelitian Dan Pengukuran Psikologi*, 4(1), 7–11.
- Trisnawati, S. K. & Setyorogo, S. (2011). Faktor Risiko Kejadian DM Tipe II di Puskesmas Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah kesehatan*. Vol 5(1)
- Utami, R. S., & Raudatussalamah. (2016). Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi di Puskesmas Tualang. *Psikologi*, 12(1), 91–98. Retrieved from <http://ejournal.uin-suska.ac.id/index.php/psikologi/article/viewFile/3235/2035>
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education & Behavior*, 6(1), 160–170. <https://doi.org/10.1177/109019817800600107>
- Widyasari, N. (2017). Hubungan Karakteristik Responden dengan Resiko Diabetes Melitus dan Dislipidemia Kelurahan Tanah Kalikedinding. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 5(1), 130–141. <https://doi.org/10.20473/jbe.v5i1>.
- Wu, J. R., Lennie, T. A., Chung, M. L., Frazier, S. K., Dekker, R. L., Biddle, M. J., & Moser, D. K. (2012). Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 41(2), 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2011.09.009>
- Wulandari, L. P. L., Craig, P., & Whelan, A. K. (2013). Foetal Health Locus of Control and iron supplementation adherence among pregnant women in Bali. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(1), 94–101. Retrieved from <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=17732770>
- Wulandari, L. P. L., & Klinken Whelan, A. (2011). Beliefs, attitudes and behaviours

of pregnant women in Bali. *Midwifery*, 27(6), 867–871.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.09.005>

Yulia, S. (2015). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan dalam Menjalankan Diet Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2*. Universitas Negeri Semarang.

Zahednezhad, H., Poursharifi, H., & Babapour, J. (2011). Memory, health locus of control and adherence in type II Diabetic patients in Iran - Tabriz. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2621–2624.  
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.513>

# LAMPIRAN

**LAMPIRAN 1. Skala Kepatuhan Minum Obat Sebelum Uji Coba**

PERNYATAAN	RESPON JAWABAN	
	YA	TIDAK
1. Dalam 1 minggu terakhir apakah anda pernah lupa meminum obat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Selama 2 minggu terakhir terdapat hari dimana anda tidak minum obat yang diresepkan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Jika anda merasa keadaan anda bertambah buruk dengan meminum obat, apakah anda akan berhenti meminum obat tersebut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ketika anda berpergian, apakah anda pernah lupa membawa obat anda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Apakah kemarin anda mengkonsumsi seluruh obat yang diresepkan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Jika anda merasa kondisi anda lebih baik, apakah anda pernah menghentikan obat yang diresepkan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Apakah meminum obat setiap hari membuat anda terganggu dalam mematuhi pengobatan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Seberapa sering anda mengalami kesulitan untuk mengingat seluruh obat yang harus dikonsumsi saat ini? <input type="radio"/> Tidak Pernah Lupa <input type="radio"/> Sese kali Lupa <input type="radio"/> Kadang-kadang Lupa <input type="radio"/> Sering Lupa <input type="radio"/> Sepanjang Waktu Lupa		

## LAMPIRAN 2. Analisis Data Skala Kepatuhan Minum Obat

### Reliabilitas Skala Kepatuhan Minum Obat

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.736	.756	8

### Validitas Skala Kepatuhan Minum Obat

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
B1	4.7125	3.220	.533	.345	.687
B2	4.6125	3.194	.572	.383	.678
B3	4.7125	3.703	.248	.116	.749
B4	4.6958	3.651	.277	.140	.743
B5	4.4625	3.561	.431	.307	.709
B6	4.4292	3.608	.435	.476	.709
B7	4.4625	3.315	.605	.516	.675
B8	4.5167	3.949	.490	.319	.715

**LAMPIRAN 3. Skala Kepatuhan Minum Obat Setelah Uji Coba**

PERNYATAAN	RESPON JAWABAN	
	YA	TIDAK
1. Dalam 1 minggu terakhir apakah anda pernah lupa meminum obat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Selama 2 minggu terakhir terdapat hari dimana anda tidak minum obat yang diresepkan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Jika anda merasa keadaan anda bertambah buruk dengan meminum obat, apakah anda akan berhenti meminum obat tersebut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ketika anda berpergian, apakah anda pernah lupa membawa obat anda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Apakah kemarin anda mengkonsumsi seluruh obat yang diresepkan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Jika anda merasa kondisi anda lebih baik, apakah anda pernah menghentikan obat yang diresepkan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Apakah meminum obat setiap hari membuat anda terganggu dalam mematuhi pengobatan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Seberapa sering anda mengalami kesulitan untuk mengingat seluruh obat yang harus dikonsumsi saat ini? <input type="radio"/> Tidak Pernah Lupa <input type="radio"/> Sese kali Lupa <input type="radio"/> Kadang-kadang Lupa <input type="radio"/> Sering Lupa <input type="radio"/> Sepanjang Waktu Lupa		



**LAMPIRAN 4. Skala *Multidimensional Health Locus of Control* Sebelum Uji Coba**

PERNYATAAN	RESPON JAWABAN					
	Sangat Tidak Setuju (STS)	Tidak Setuju (TS)	Kurang Setuju (KS)	Cukup Setuju (CS)	Setuju (S)	Sangat Setuju (SS)
1. Jika saya jatuh sakit, perilaku saya sendiri yang menentukan seberapa cepat saya bisa pulih kembali.	<input type="radio"/> STS	<input type="radio"/> TS	<input type="radio"/> KS	<input type="radio"/> CS	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> SS
2. Tidak peduli apapun yang saya lakukan, jika saya akan sakit, maka saya akan jatuh sakit.	<input type="radio"/> STS	<input type="radio"/> TS	<input type="radio"/> KS	<input type="radio"/> CS	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> SS
3. Rutin berkonsultasi dengan dokter adalah cara terbaik bagi saya untuk terhindar dari sakit.	<input type="radio"/> STS	<input type="radio"/> TS	<input type="radio"/> KS	<input type="radio"/> CS	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> SS
4. Kebanyakan hal-hal yang mempengaruhi kesehatan saya terjadi secara kebetulan.	<input type="radio"/> STS	<input type="radio"/> TS	<input type="radio"/> KS	<input type="radio"/> CS	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> SS

5. Setiap kali saya merasa tidak sehat, saya sebaiknya berkonsultasi dengan ahli medis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Saya yang memegang kendali atas kesehatan saya.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Keluarga saya sangat berperan dalam membuat saya sakit atau tetap sehat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ketika saya jatuh sakit, itu adalah kesalahan saya.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Keberuntungan sangat berperan dalam menentukan seberapa cepat saya akan pulih dari sakit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ahli/ tenaga kesehatan yang mengendalikan kesehatan saya.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Kesehatan saya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>yang baik sebagian besar adalah masalah keberuntungan.</p>						
<p>12. Hal utama yang mempengaruhi kesehatan saya adalah usaha yang saya lakukan untuk sehat.</p>	STS	TS	KS	CS	S	SS
<p>13. Jika saya merawat diri dengan baik, saya dapat menghindari penyakit.</p>	STS	TS	KS	CS	S	SS
<p>14. Setiap kali saya sembuh dari penyakit, itu biasanya karena orang lain (misalnya, dokter, perawat, keluarga, teman-teman) telah merawat saya dengan baik.</p>	STS	TS	KS	CS	S	SS
<p>15. Tidak peduli apapun yang saya lakukan, saya tetap</p>	STS	TS	KS	CS	S	SS

mudah jatuh sakit.	
16. Jika memang sudah takdir, saya akan tetap sehat	<input checked="" type="radio"/> STS <input type="radio"/> TS <input type="radio"/> KS <input type="radio"/> CS <input type="radio"/> S <input type="radio"/> SS
17. Jika saya mengambil tindakan yang tepat, saya bisa tetap sehat.	<input checked="" type="radio"/> STS <input type="radio"/> TS <input type="radio"/> KS <input type="radio"/> CS <input type="radio"/> S <input type="radio"/> SS
18. Terkait kesehatan saya, saya hanya dapat melakukan apa yang diperintahkan oleh dokter.	<input checked="" type="radio"/> STS <input type="radio"/> TS <input type="radio"/> KS <input type="radio"/> CS <input type="radio"/> S <input type="radio"/> SS

## LAMPIRAN 5. Analisis Data Skala *Multidimensional Health Locus of Control*

### Reliabilitas *Internal Health Locus of Control* (IHLC)

**Reliability Statistics**

	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
Cronbach's Alpha	.803	6

### Validitas *Internal Health Locus of Control* (IHLC)

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A1	23.2000	13.315	.558	.458	.773
A6	23.3667	12.745	.635	.478	.756
A8	24.4000	11.397	.513	.354	.804
A12	23.4000	14.244	.454	.349	.795
A13	23.2833	12.681	.716	.575	.740
A17	23.3500	14.130	.604	.431	.770

### Reliabilitas *Chance Health Locus of Control* (CHLC)

**Reliability Statistics**

	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
Cronbach's Alpha	.886	6

*Validitas Chance Health Locus of Control (CHLC)*

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A2	16.1000	36.363	.576	.354	.887
A4	15.8000	35.146	.743	.557	.859
A9	15.7000	34.349	.759	.641	.856
A11	15.7667	32.894	.817	.706	.845
A15	16.7167	40.783	.573	.368	.886
A16	15.4167	32.078	.761	.599	.856

*Reliabilitas Powerful Health Locus of Control (PHLC)*

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.733	.734	5

*Validitas Powerful Health Locus of Control (PHLC)*

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A3	21.9833	14.322	.362	.206	.689
A5	22.0833	13.196	.532	.325	.644
<b>A7</b>	<b>22.6667</b>	<b>14.328</b>	<b>.229</b>	<b>.124</b>	<b>.733</b>
A10	23.3833	12.376	.432	.317	.671
A14	22.8667	11.812	.579	.342	.619
A18	22.8500	12.197	.542	.352	.633

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A3	17.4833	11.542	.304	.160	.749
A5	17.5833	10.044	.567	.324	.666
A10	18.8833	9.122	.483	.317	.696
A14	18.3667	9.118	.556	.312	.662
A18	18.3500	9.079	.586	.352	.650





5. Setiap kali saya merasa tidak sehat, saya sebaiknya berkonsultasi dengan ahli medis.	STS	TS	KS	CS	S	SS
6. Saya yang memegang kendali atas kesehatan saya.	STS	TS	KS	CS	S	SS
7. Ketika saya jatuh sakit, itu adalah kesalahan saya.	STS	TS	KS	CS	S	SS
8. Keberuntungan sangat berperan dalam menentukan seberapa cepat saya akan pulih dari sakit.	STS	TS	KS	CS	S	SS
9. Ahli/ tenaga kesehatan yang mengendalikan kesehatan saya.	STS	TS	KS	CS	S	SS
10. Kesehatan saya yang baik sebagian besar adalah masalah keberuntungan.	STS	TS	KS	CS	S	SS
11. Hal utama yang						

<p>mempengaruhi kesehatan saya adalah usaha yang saya lakukan untuk sehat.</p>	STS	TS	KS	CS	S	SS
<p>12. Jika saya merawat diri dengan baik, saya dapat menghindari penyakit.</p>	STS	TS	KS	CS	S	SS
<p>13. Setiap kali saya sembuh dari penyakit, itu biasanya karena orang lain (misalnya, dokter, perawat, keluarga, teman-teman) telah merawat saya dengan baik.</p>	STS	TS	KS	CS	S	SS
<p>14. Tidak peduli apapun yang saya lakukan, saya tetap mudah jatuh sakit.</p>	STS	TS	KS	CS	S	SS
<p>15. Jika memang sudah takdir, saya akan tetap sehat</p>	STS	TS	KS	CS	S	SS
<p>16. Jika saya</p>						

mengambil  
tindakan yang tepat,  
saya bisa tetap  
sehat.

 STS TS KS CS S SS

17. Terkait kesehatan  
saya, saya hanya  
dapat melakukan  
apa yang  
diperintahkan oleh  
dokter.

 STS TS KS CS S SS

## LAMPIRAN 7. Uji Asumsi

### Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
IHLC	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%
CHLC	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%
PHLC	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%
MMAS	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
MMAS	Mean	5.2292	.27194	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.6850	
		Upper Bound	5.7733	
	5% Trimmed Mean	5.3380		
	Median	5.7500		
	Variance	4.437		
	Std. Deviation	2.10643		
	Minimum	.25		
	Maximum	8.00		
	Range	7.75		
	Interquartile Range	3.25		
	Skewness	-.678	.309	
	Kurtosis	-.383	.608	
IHLC	Mean	28.2000	.54968	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	27.1001	
		Upper Bound	29.2999	
	5% Trimmed Mean	28.3148		
	Median	29.0000		
	Variance	18.129		
	Std. Deviation	4.25779		

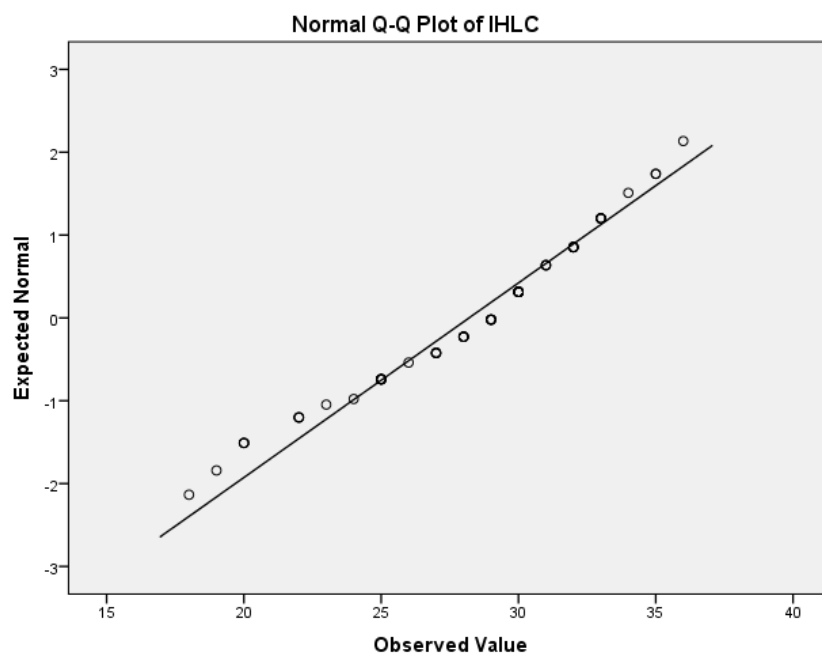
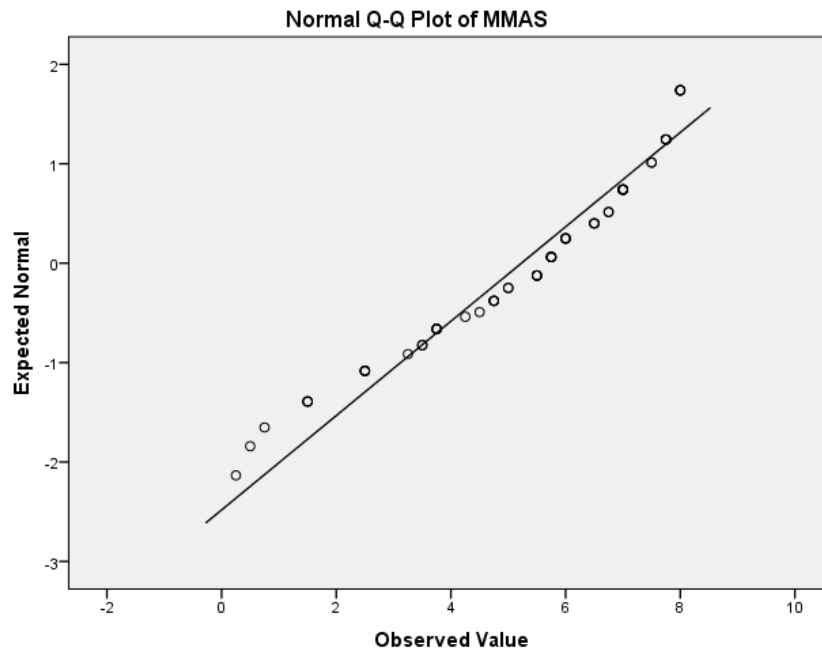
	Minimum		18.00	
	Maximum		36.00	
	Range		18.00	
	Interquartile Range		6.00	
	Skewness		-.548	.309
	Kurtosis		-.253	.608
CHLC	Mean		19.1000	.90968
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	17.2797	
		Upper Bound	20.9203	
	5% Trimmed Mean		19.0370	
	Median		18.0000	
	Variance		49.651	
	Std. Deviation		7.04634	
	Minimum		7.00	
	Maximum		32.00	
	Range		25.00	
	Interquartile Range		14.75	
	Skewness		.241	.309
	Kurtosis		-1.234	.608
PHLC	Mean		22.6667	.48867
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	21.6888	
		Upper Bound	23.6445	
	5% Trimmed Mean		22.8519	
	Median		23.0000	
	Variance		14.328	
	Std. Deviation		3.78519	
	Minimum		13.00	
	Maximum		28.00	
	Range		15.00	
	Interquartile Range		5.00	
	Skewness		-.485	.309
	Kurtosis		-.338	.608

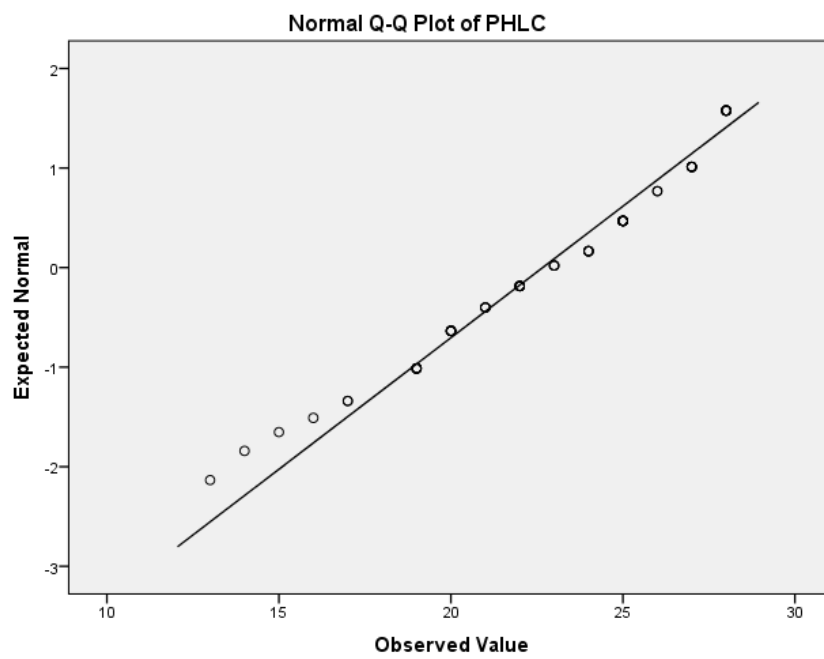
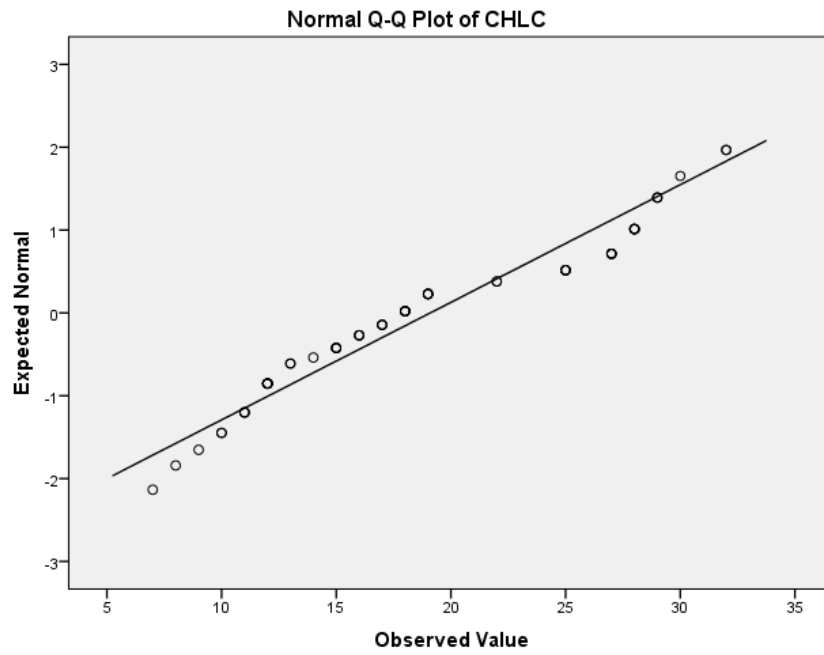
## Tests of Normality

Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.

MMAS	.134	60	.009	.933	60	.003
IHLC	.130	60	.013	.959	60	.040
CHLC	.139	60	.006	.931	60	.002
PHLC	.131	60	.012	.951	60	.017

a. Lilliefors Significance Correction





## Uji Linearitas

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
MMAS * IHLC	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%
MMAS * CHLC	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%
MMAS * PHLC	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%

## Report

MMAS

IHLC	Mean	N	Std. Deviation
18.00	.7500	1	.
19.00	1.5000	1	.
20.00	2.0833	3	1.66458
22.00	3.6667	3	3.25320
23.00	3.7500	1	.
24.00	4.7500	1	.
25.00	3.3929	7	1.69470
26.00	5.7500	1	.
27.00	6.0625	4	2.02459
28.00	5.3000	5	2.30082
29.00	5.9000	5	1.58706
30.00	5.8864	11	1.24179
31.00	7.0833	3	1.18145
32.00	6.1000	5	.94538
33.00	6.8500	5	.65192
34.00	7.7500	1	.
35.00	5.8750	2	3.00520
36.00	5.7500	1	.
Total	5.2292	60	2.10643

## Report

MMAS

CHLC	Mean	N	Std. Deviation
------	------	---	----------------



7.00	3.7500	1	.
8.00	7.0000	1	.
9.00	8.0000	1	.
10.00	6.8750	2	1.59099
11.00	5.6667	3	2.00520
12.00	6.4643	7	1.33408
13.00	7.8750	2	.17678
14.00	5.0000	1	.
15.00	5.6875	4	1.02825
16.00	3.6667	3	2.12623
17.00	7.1667	3	.72169
18.00	6.1500	5	.60208
19.00	6.2000	5	.27386
22.00	6.3750	2	.88388
25.00	4.2500	4	2.28218
27.00	4.3125	4	1.92976
28.00	3.2083	6	1.59230
29.00	1.5833	3	.87797
30.00	7.5000	1	.
32.00	1.3750	2	1.59099
Total	5.2292	60	2.10643

### Report

#### MMAS

PHLC	Mean	N	Std. Deviation
13.00	7.0000	1	.
14.00	4.5000	1	.
15.00	6.7500	1	.
16.00	5.5000	1	.
17.00	7.8750	2	.17678
19.00	6.2500	6	.92195
20.00	7.2857	7	1.06486
21.00	6.5000	3	.50000
22.00	5.8214	7	1.43407
23.00	5.8333	3	1.01036
24.00	3.3125	4	1.72452
25.00	5.8000	10	1.48978
26.00	4.7500	2	.00000

27.00	2.5000	6	1.27475
28.00	2.0417	6	1.44410
Total	5.2292	60	2.10643

ANOVA Table

			Sum of				
			Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MMAS *	Between Groups	(Combined)	141.781	17	8.340	2.919	.002
IHLC		Linearity	112.088	1	112.088	39.229	.000
		Deviation from Linearity	29.693	16	1.856	.650	.824
Within Groups			120.006	42	2.857		
Total			261.786	59			

ANOVA Table

			Sum of				
			Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MMAS *	Between Groups	(Combined)	181.170	19	9.535	4.731	.000
CHLC		Linearity	88.746	1	88.746	44.034	.000
		Deviation from Linearity	92.424	18	5.135	2.548	.007
Within Groups			80.616	40	2.015		
Total			261.786	59			

ANOVA Table

			Sum of				
			Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MMAS *	Between Groups	(Combined)	188.372	14	13.455	8.247	.000
PHLC		Linearity	104.114	1	104.114	63.817	.000
		Deviation from Linearity	84.258	13	6.481	3.973	.000
Within Groups			73.415	45	1.631		
Total			261.786	59			

Measures of Association

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
--	---	-----------	-----	-------------

MMAS * IHLC	.654	.428	.736	.542
-------------	------	------	------	------

## Measures of Association

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
MMAS * CHLC	-.582	.339	.832	.692

## Measures of Association

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
MMAS * PHLC	-.631	.398	.848	.720

## LAMPIRAN 8. Uji Hipotesis

Correlations			IHLC	MMAS
Spearman's rho	IHLC	Correlation Coefficient	1.000	.576**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	60	60
	MMAS	Correlation Coefficient	.576**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	60	60

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations			CHLC	MMAS
Spearman's rho	CHLC	Correlation Coefficient	1.000	-.515**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	60	60
	MMAS	Correlation Coefficient	-.515**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	60	60

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations			PHLC	MMAS
Spearman's rho	PHLC	Correlation Coefficient	1.000	-.648**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	60	60
	MMAS	Correlation Coefficient	-.648**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	60	60

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## LAMPIRAN 9. Hasil Analisis Tambahan

### a. Uji Beda Berdasarkan Jenis Kelamin

	JK	N	Mean Rank	Sum of Ranks
MMAS	Laki-Laki	25	27.76	694.00
	Perempuan	35	32.46	1136.00
	Total	60		

	MMAS
Mann-Whitney U	369.000
Wilcoxon W	694.000
Z	-1.029
Asymp. Sig. (2-tailed)	.303

a. Grouping Variable: JK

### b. Uji Beda Berdasarkan Usia

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<45 tahun	7	3.0714	1.75425	.66304	1.4490	4.6938	.75	5.75
46-55 tahun	27	3.9352	1.70067	.32729	3.2624	4.6079	.25	6.00
56-65 tahun	19	4.5132	1.76477	.40487	3.6626	5.3637	.50	6.00
>65 tahun	7	5.3214	.79993	.30234	4.5816	6.0612	3.75	6.00
Total	60	4.1792	1.72229	.22235	3.7343	4.6241	.25	6.00

MMAS			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.256	3	56	.298

## ANOVA

MMAS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	21.450	3	7.150	2.607	.061
Within Groups	153.562	56	2.742		
Total	175.011	59			

## Multiple Comparisons

Dependent Variable: MMAS

Bonferroni

(I) Usia	(J) Usia	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
<45 tahun	46-55 tahun	-.86376	.70235	1.000	-2.7849	1.0573
	56-65 tahun	-1.44173	.73216	.323	-3.4444	.5609
	>65 tahun	-2.25000	.88514	.083	-4.6711	.1711
46-55 tahun	<45 tahun	.86376	.70235	1.000	-1.0573	2.7849
	56-65 tahun	-.57797	.49587	1.000	-1.9343	.7783
	>65 tahun	-1.38624	.70235	.320	-3.3073	.5349
56-65 tahun	<45 tahun	1.44173	.73216	.323	-.5609	3.4444
	46-55 tahun	.57797	.49587	1.000	-.7783	1.9343
	>65 tahun	-.80827	.73216	1.000	-2.8109	1.1944
>65 tahun	<45 tahun	2.25000	.88514	.083	-.1711	4.6711
	46-55 tahun	1.38624	.70235	.320	-.5349	3.3073
	56-65 tahun	.80827	.73216	1.000	-1.1944	2.8109

## c. Uji Beda Berdasarkan Pendidikan Terakhir

## Descriptives

MMAS

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
SD	8	4.3750	1.75255	.61962	2.9098	5.8402	1.50	6.00
SMP	14	4.1964	1.65011	.44101	3.2437	5.1492	.25	6.00
SMA	20	4.5125	1.45429	.32519	3.8319	5.1931	.75	6.00
D3	2	5.6250	.17678	.12500	4.0367	7.2133	5.50	5.75
S1	9	3.1667	2.09165	.69722	1.5589	4.7745	.50	5.75

S2	5	4.4000	1.80797	.80855	2.1551	6.6449	1.50	6.00
S3	2	2.5000	2.82843	2.00000	-22.9124	27.9124	.50	4.50
Total	60	4.1792	1.72229	.22235	3.7343	4.6241	.25	6.00

#### Test of Homogeneity of Variances

MMAS

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.428	6	53	.221

#### ANOVA

MMAS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	21.824	6	3.637	1.258	.292
Within Groups	153.188	53	2.890		
Total	175.011	59			

#### Multiple Comparisons

Dependent Variable: MMAS

Bonferroni

(I) Pendidikan	(J) Pendidikan	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
SD	SMP	.17857	.75349	1.000	-2.2261	2.5833
	SMA	-.13750	.71120	1.000	-2.4072	2.1322
	D3	-1.25000	1.34405	1.000	-5.5394	3.0394
	S1	1.20833	.82610	1.000	-1.4281	3.8447
	S2	-.02500	.96921	1.000	-3.1181	3.0681
	S3	1.87500	1.34405	1.000	-2.4144	6.1644
SMP	SD	-.17857	.75349	1.000	-2.5833	2.2261
	SMA	-.31607	.59243	1.000	-2.2067	1.5746
	D3	-1.42857	1.28515	1.000	-5.5300	2.6729
	S1	1.02976	.72636	1.000	-1.2883	3.3479
	S2	-.20357	.88573	1.000	-3.0303	2.6231
	S3	1.69643	1.28515	1.000	-2.4050	5.7979
SMA	SD	.13750	.71120	1.000	-2.1322	2.4072
	SMP	.31607	.59243	1.000	-1.5746	2.2067
	D3	-1.11250	1.26083	1.000	-5.1363	2.9113

	S1	1.34583	.68240	1.000	-.8320	3.5236
	S2	.11250	.85005	1.000	-2.6003	2.8253
	S3	2.01250	1.26083	1.000	-2.0113	6.0363
D3	SD	1.25000	1.34405	1.000	-3.0394	5.5394
	SMP	1.42857	1.28515	1.000	-2.6729	5.5300
	SMA	1.11250	1.26083	1.000	-2.9113	5.1363
	S1	2.45833	1.32903	1.000	-1.7831	6.6998
	S2	1.22500	1.42241	1.000	-3.3145	5.7645
	S3	3.12500	1.70010	1.000	-2.3007	8.5507
S1	SD	-1.20833	.82610	1.000	-3.8447	1.4281
	SMP	-1.02976	.72636	1.000	-3.3479	1.2883
	SMA	-1.34583	.68240	1.000	-3.5236	.8320
	D3	-2.45833	1.32903	1.000	-6.6998	1.7831
	S2	-1.23333	.94827	1.000	-4.2596	1.7930
	S3	.66667	1.32903	1.000	-3.5748	4.9081
S2	SD	.02500	.96921	1.000	-3.0681	3.1181
	SMP	.20357	.88573	1.000	-2.6231	3.0303
	SMA	-.11250	.85005	1.000	-2.8253	2.6003
	D3	-1.22500	1.42241	1.000	-5.7645	3.3145
	S1	1.23333	.94827	1.000	-1.7930	4.2596
	S3	1.90000	1.42241	1.000	-2.6395	6.4395
S3	SD	-1.87500	1.34405	1.000	-6.1644	2.4144
	SMP	-1.69643	1.28515	1.000	-5.7979	2.4050
	SMA	-2.01250	1.26083	1.000	-6.0363	2.0113
	D3	-3.12500	1.70010	1.000	-8.5507	2.3007
	S1	-.66667	1.32903	1.000	-4.9081	3.5748
	S2	-1.90000	1.42241	1.000	-6.4395	2.6395

#### d. Uji Beda Berdasarkan Pekerjaan

##### Descriptives

MMAS

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
PNS	12	3.9167	2.00378	.57844	2.6435	5.1898	.50	6.00
Peg. Swasta	19	3.9474	1.66370	.38168	3.1455	4.7492	.75	6.00
Pensiunan	6	5.6250	.46771	.19094	5.1342	6.1158	4.75	6.00



Wiraswasta	4	4.5625	.12500	.06250	4.3636	4.7614	4.50	4.75
Lainnya	19	4.0395	1.89345	.43439	3.1269	4.9521	.25	6.00
Total	60	4.1792	1.72229	.22235	3.7343	4.6241	.25	6.00

#### Test of Homogeneity of Variances

MMAS

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4.279	4	55	.004

#### ANOVA

MMAS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	15.349	4	3.837	1.322	.273
Within Groups	159.663	55	2.903		
Total	175.011	59			

#### Multiple Comparisons

Dependent Variable: MMAS

	(I) Pekerjaan	(J) Pekerjaan	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Bonferroni	PNS	Peg. Swasta	-.03070	.62825	1.000	-1.8681	1.8067
		Pensiunan	-1.70833	.85190	.499	-4.1999	.7832
		Wiraswasta	-.64583	.98369	1.000	-3.5228	2.2312
		Lainnya	-.12281	.62825	1.000	-1.9603	1.7146
	Peg. Swasta	PNS	.03070	.62825	1.000	-1.8067	1.8681
		Pensiunan	-1.67763	.79788	.401	-4.0112	.6559
		Wiraswasta	-.61513	.93730	1.000	-3.3564	2.1262
		Lainnya	-.09211	.55279	1.000	-1.7088	1.5246
	Pensiunan	PNS	1.70833	.85190	.499	-.7832	4.1999
		Peg. Swasta	1.67763	.79788	.401	-.6559	4.0112
		Wiraswasta	1.06250	1.09980	1.000	-2.1541	4.2791
		Lainnya	1.58553	.79788	.519	-.7480	3.9191
Wiraswasta	PNS	.64583	.98369	1.000	-2.2312	3.5228	
	Peg. Swasta	.61513	.93730	1.000	-2.1262	3.3564	

		Pensiunan	-1.06250	1.09980	1.000	-4.2791	2.1541
		Lainnya	.52303	.93730	1.000	-2.2183	3.2643
	Lainnya	PNS	.12281	.62825	1.000	-1.7146	1.9603
		Peg. Swasta	.09211	.55279	1.000	-1.5246	1.7088
		Pensiunan	-1.58553	.79788	.519	-3.9191	.7480
		Wiraswasta	-.52303	.93730	1.000	-3.2643	2.2183
Games-Howell	PNS	Peg. Swasta	-.03070	.69302	1.000	-2.1015	2.0401
		Pensiunan	-1.70833	.60914	.090	-3.6224	.2058
		Wiraswasta	-.64583	.58181	.798	-2.5201	1.2284
		Lainnya	-.12281	.72339	1.000	-2.2648	2.0192
	Peg. Swasta	PNS	.03070	.69302	1.000	-2.0401	2.1015
		Pensiunan	-1.67763*	.42678	.005	-2.9394	-.4159
		Wiraswasta	-.61513	.38676	.521	-1.7788	.5486
		Lainnya	-.09211	.57825	1.000	-1.7536	1.5694
	Pensiunan	PNS	1.70833	.60914	.090	-.2058	3.6224
		Peg. Swasta	1.67763*	.42678	.005	.4159	2.9394
		Wiraswasta	1.06250*	.20091	.010	.3094	1.8156
		Lainnya	1.58553*	.47450	.022	.1808	2.9902
	Wiraswasta	PNS	.64583	.58181	.798	-1.2284	2.5201
		Peg. Swasta	.61513	.38676	.521	-.5486	1.7788
		Pensiunan	-1.06250*	.20091	.010	-1.8156	-.3094
		Lainnya	.52303	.43886	.756	-.7988	1.8448
	Lainnya	PNS	.12281	.72339	1.000	-2.0192	2.2648
		Peg. Swasta	.09211	.57825	1.000	-1.5694	1.7536
		Pensiunan	-1.58553*	.47450	.022	-2.9902	-.1808
		Wiraswasta	-.52303	.43886	.756	-1.8448	.7988

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

### e. Uji Beda Berdasarkan Status Pernikahan

#### Descriptives

MMAS

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					Menikah	52		

Bercerai	1	5.7500	.	.	.	.	5.75	5.75
Pasangan Meninggal	7	3.2500	1.94722	.73598	1.4491	5.0509	.50	5.75
Total	60	4.1792	1.72229	.22235	3.7343	4.6241	.25	6.00

#### Test of Homogeneity of Variances

MMAS

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.184 <sup>a</sup>	1	57	.670

a. Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for MMAS.

#### ANOVA

MMAS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	8.979	2	4.490	1.541	.223
Within Groups	166.032	57	2.913		
Total	175.011	59			

#### f. Uji Beda Berdasarkan Lama Diagnosis

##### Descriptives

MMAS

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1 - 2,9 tahun	24	4.1354	1.64512	.33581	3.4407	4.8301	.25	6.00
3 - 4,9 tahun	26	3.8077	1.82799	.35850	3.0694	4.5460	.50	6.00
> 5 tahun	10	5.2500	1.25277	.39616	4.3538	6.1462	2.25	6.00
Total	60	4.1792	1.72229	.22235	3.7343	4.6241	.25	6.00

#### Test of Homogeneity of Variances

MMAS

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.460	2	57	.241



Tidak Ada Komplikasi	36	4.2222	1.74210	.29035	3.6328	4.8117	.25	6.00
Hipertensi	20	4.2375	1.61301	.36068	3.4826	4.9924	.50	6.00
Jantung	3	3.0833	2.76511	1.59644	-3.7856	9.9522	.50	6.00
PPOK	1	4.7500	.	.	.	.	4.75	4.75
Total	60	4.1792	1.72229	.22235	3.7343	4.6241	.25	6.00

#### Test of Homogeneity of Variances

MMAS

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.620 <sup>a</sup>	2	56	.542

a. Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for MMAS.

#### ANOVA

MMAS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4.063	3	1.354	.444	.723
Within Groups	170.948	56	3.053		
Total	175.011	59			

**LAMPIRAN 10. Tabulasi Data Subjek Penelitian**

<b>Subjek</b>	<b>JK</b>	<b>Usia</b>	<b>Agama</b>	<b>Pend. Terakhir</b>	<b>Pekerjaan</b>	<b>Status</b>	<b>Masa Diagnosis (Tahun)</b>	<b>Komplikasi Lain</b>
1	L	50	Islam	SMA	Pegawai Swasta	2	1	-
2	L	58	Islam	SD	Wiraswasta	2	1	-
3	L	50	Islam	SMA	Pegawai Swasta	2	1	-
4	L	56	Islam	SMA	PNS	2	1	-
5	L	57	Islam	SMA	Pegawai Swasta	2	1	-
6	P	67	Islam	S1	Pensiunan	4	3	Hipertensi
7	P	62	Islam	SMA	Pensiunan	2	1	Hipertensi
8	P	46	Islam	SMP	Pegawai Swasta	2	2	-
9	P	59	Islam	S1	Lainnya : IRT	4	2	Hipertensi
10	P	51	Islam	D3	Lainnya : IRT	2	2	Hipertensi
11	L	68	Islam	S1	Pensiunan	2	2	Hipertensi
12	P	53	Islam	SMP	Lainnya : IRT	2	2	Hipertensi
13	L	48	Islam	SMA	Pegawai Swasta	2	1	Hipertensi
14	L	51	Islam	S1	Pegawai Swasta	2	2	Hipertensi
15	L	76	Islam	SMP	Pensiunan	2	2	-
16	P	50	Islam	SMA	Lainnya : IRT	2	2	-
17	P	78	Islam	SD	Lainnya : IRT	2	2	Jantung
18	P	53	Islam	SMA	Lainnya : IRT	2	2	-
19	L	48	Islam	SMA	Wiraswasta	2	3	-
20	L	64	Islam	SMP	Pegawai Swasta	2	1	Hipertensi, Jantung

21	P	68	Islam	S2	PNS	2	3	-
22	L	54	Islam	S1	PNS	2	2	-
23	L	51	Islam	S2	PNS	2	1	Hipertensi
24	P	64	Islam	SMP	Lainnya : IRT	2	3	-
25	L	48	Islam	SMP	Lainnya : Serabutan	2	1	-
26	P	40	Islam	SMP	Lainnya : IRT	2	2	Hipertensi
27	L	56	Islam	SMP	Pegawai Swasta	2	2	-
28	L	59	Islam	SD	Pegawai Swasta	2	3	-
29	P	58	Islam	SMA	PNS	2	3	-
30	P	46	Islam	SMP	Pegawai Swasta	2	1	-
31	L	52	Islam	S1	Pegawai Swasta	2	3	-
32	P	51	Islam	SD	Pegawai Swasta	2	1	Hipertensi
33	L	61	Islam	S2	PNS	2	3	-
34	P	56	Islam	D3	Lainnya : IRT	2	2	-
35	L	39	Islam	SMA	Pegawai Swasta	2	2	-
36	L	63	Islam	SD	Pegawai Swasta	4	2	-
37	P	40	Islam	SMA	Lainnya : IRT	2	2	Jantung
38	P	46	Islam	S1	PNS	2	2	-
39	P	45	Islam	SMP	Lainnya : IRT	2	1	-
40	P	49	Islam	S2	PNS	2	3	-
41	P	60	Islam	SMP	Lainnya : IRT	2	1	Hipertensi
42	P	57	Islam	SD	Lainnya : IRT	4	1	Hipertensi
43	P	45	Islam	SMA	Pegawai Swasta	2	1	Hipertensi
44	P	50	Islam	SD	Lainnya : IRT	2	1	-

45	P	55	Islam	SMA	Wiraswasta	2	1	Hipertensi
46	P	39	Islam	SMP	Lainnya : IRT	3	1	-
47	L	41	Islam	S1	Pegawai Swasta	2	2	-
48	P	46	Islam	SMA	Wiraswasta	2	1	Hipertensi
49	P	50	Islam	SMA	Lainnya : IRT	2	2	-
50	P	73	Islam	S1	PNS	4	2	-
51	P	46	Islam	SMA	Pegawai Swasta	2	1	-
52	P	73	Islam	SMA	Pensiunan	4	2	-
53	P	54	Islam	SMP	Pegawai	2	1	Hipertensi
54	P	37	Islam	SMA	Pegawai Swasta	2	1	-
55	L	58	Islam	S3	PNS	2	2	-
56	L	44	Islam	S2	PNS	2	2	-
57	L	61	Islam	SMA	Pensiunan	2	3	Hipertensi
58	P	59	Islam	SMP	Lainnya : IRT	2	2	Hipertensi
59	L	58	Islam	S3	PNS	2	2	Jantung
60	P	46	Islam	SD	Lainnya : IRT	4	1	-

### **Keterangan**

#### **Status Pernikahan:**

1. Belum Menikah
2. Menikah
3. Bercerai
4. Pasangan Meninggal
5. Lainnya.

#### **Lama Diagnosis :**

1. 1-2.9 tahun
2. 3-5 tahun
3. >5 tahun



## LAMPIRAN 11. Tabulasi Data Sebelum Uji Coba

### A. Skala Kepatuhan Minum Obat

Subjek	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8
1	1	1	1	0	1	1	1	0.75
2	0	1	1	0	1	1	1	0.5
3	1	1	1	1	1	1	1	0.75
4	1	1	0	0	1	0	1	0.75
5	0	1	1	1	0	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	0.75
7	1	1	1	1	1	1	1	1
8	0	0	0	0	1	1	0	0.5
9	0	0	1	0	0	0	0	0.5
10	1	1	1	1	1	1	1	0.5
11	1	1	1	1	1	1	1	0.75
12	1	1	1	1	0	1	1	1
13	0	0	0	1	1	1	1	1
14	0	0	0	0	0	1	0	0.5
15	1	0	1	0	1	1	1	0.75
16	0	1	1	0	1	1	1	0.75
17	1	1	0	0	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	0	0	1
19	1	0	0	0	1	1	1	0.75
20	0	1	0	0	1	1	1	0.75
21	1	1	0	0	1	1	1	0.75
22	0	0	0	0	0	0	0	0.5
23	1	0	1	1	0	0	0	0.5
24	1	1	1	1	1	1	1	1
25	0	0	1	0	0	1	1	0.75
26	0	0	0	1	1	1	0	0.5
27	1	1	0	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1	1	1
29	1	1	0	1	1	1	1	1
30	1	0	0	0	1	1	1	0.75
31	0	1	0	1	1	0	0	0.25
32	1	1	1	1	1	1	1	0.5
33	1	1	1	0	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1	1	0.75
35	0	0	1	0	0	0	1	0.5
36	0	0	0	0	0	1	1	0.5
37	0	0	1	0	1	1	0	0.75
38	1	1	1	1	0	1	1	1

39	0	0	0	0	0	0	0	0.25
40	0	0	1	0	1	1	1	1
41	0	1	0	1	1	1	1	1
42	0	0	0	1	1	1	1	0.25
43	1	1	1	1	1	0	1	0.5
44	1	1	0	1	1	1	1	0.75
45	0	1	1	0	1	1	1	0.5
46	1	1	0	0	1	1	1	0.75
47	0	0	0	1	1	1	1	0.5
48	0	1	1	0	1	1	1	0.5
49	1	1	0	1	1	1	1	1
50	0	1	0	0	1	1	0	0.75
51	1	0	1	1	1	1	1	0.5
52	1	1	0	1	1	1	1	0.5
53	0	1	1	1	1	1	1	1
54	0	0	0	0	0	0	0	0.75
55	1	0	1	0	1	1	1	0.5
56	0	1	0	1	1	1	1	0.75
57	1	1	1	1	1	1	1	1
58	0	1	0	0	0	1	1	0.75
59	0	0	0	1	0	0	0	0.5
60	0	0	0	1	1	0	0	0.5

B. Skala *Health Locus of Control*

<b>S</b>	<b>A 1</b>	<b>A 2</b>	<b>A 3</b>	<b>A 4</b>	<b>A 5</b>	<b>A 6</b>	<b>A 7</b>	<b>A 8</b>	<b>A 9</b>	<b>A 10</b>	<b>A 11</b>	<b>A 12</b>	<b>A 13</b>	<b>A 14</b>	<b>A 15</b>	<b>A 16</b>	<b>A 17</b>	<b>A 18</b>
1	5	3	2	3	4	5	5	5	3	3	2	5	5	3	3	3	5	3
2	5	2	5	4	5	5	4	4	3	5	4	4	6	5	3	2	4	5
3	6	1	6	2	2	6	5	5	2	2	2	6	6	5	2	3	5	5
4	5	4	5	4	5	5	5	5	3	4	5	5	5	4	3	6	5	5
5	5	2	5	4	5	5	5	4	3	3	4	5	5	3	3	3	5	5
6	4	2	4	2	4	5	3	4	2	3	2	5	5	3	2	2	5	3
7	6	2	5	2	4	6	5	5	2	3	3	5	6	4	2	2	5	4
8	5	4	6	4	5	4	5	2	5	5	6	5	5	6	3	6	4	5
9	4	2	6	4	6	3	5	2	6	5	4	4	3	4	3	6	3	6
10	5	2	5	2	5	5	2	2	2	2	2	5	5	2	2	2	5	5
11	5	2	5	2	5	5	5	5	2	5	2	5	5	2	2	3	5	5
12	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	2	2	5	5	5
13	6	2	5	2	5	6	4	3	3	3	3	4	4	3	1	3	4	3

3																		
1 4	4	4	6	5	6	4	5	4	5	5	6	5	4	6	3	6	4	5
1 5	5	2	4	2	5	5	4	5	5	3	2	5	6	3	2	3	6	4
1 6	6	2	5	2	5	5	5	2	5	2	2	5	5	5	2	5	5	5
1 7	4	3	4	6	5	5	5	2	3	3	3	4	5	4	2	2	5	4
1 8	3	2	5	2	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	2	2	5	5
1 9	4	5	6	5	6	4	5	3	5	3	5	4	4	5	3	5	5	5
2 0	5	3	5	4	5	5	6	4	3	5	6	5	5	5	6	6	6	6
2 1	5	1	5	1	5	6	5	5	2	5	3	5	5	5	1	2	5	5
2 2	4	5	6	5	6	4	5	2	5	5	5	4	4	5	3	5	4	5
2 3	3	4	6	4	6	3	6	3	5	4	6	4	3	6	3	6	4	5
2 4	6	1	5	2	5	5	5	3	2	4	3	6	5	3	1	1	6	3
2 5	6	2	6	2	6	6	6	6	2	2	2	6	6	5	1	2	5	5
2 6	4	5	6	5	6	4	5	3	4	5	5	4	3	5	3	5	4	6
2 7	6	2	6	3	6	5	5	3	3	3	3	6	5	5	1	3	5	5
2 8	5	1	4	1	4	6	3	6	2	3	2	6	6	3	2	1	6	3
2 9	4	5	4	3	5	5	4	5	3	3	2	5	5	5	1	4	6	4
3 0	6	2	5	2	5	5	2	5	2	6	2	5	6	5	2	2	5	5
3 1	5	5	6	5	6	4	5	3	5	5	5	4	4	5	3	5	5	5
3 2	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3 3	6	2	5	2	5	6	5	5	2	2	2	5	5	5	2	2	5	2
3 4	6	6	5	1	6	6	5	5	1	1	1	2	5	3	1	1	5	5
3 5	5	5	6	4	6	5	5	3	5	5	5	5	3	5	3	5	4	6
3 6	5	5	6	5	6	4	6	3	5	3	5	4	5	4	3	6	4	5
3 7	5	1	6	1	6	3	6	2	1	3	1	3	5	5	2	1	5	2

38	6	3	5	4	5	5	5	4	3	5	4	6	6	5	3	5	5	5
39	3	5	6	6	6	3	6	3	6	5	6	4	3	6	3	6	4	5
40	5	1	6	3	6	6	3	3	1	5	1	5	6	4	2	4	4	4
41	5	3	5	3	5	5	4	6	3	3	3	5	5	5	3	4	6	5
42	5	2	2	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
43	5	2	6	5	5	6	3	5	3	2	2	6	6	3	1	5	5	3
44	6	2	4	2	6	6	5	6	3	5	3	5	5	5	2	5	5	3
45	5	2	5	3	5	5	2	2	2	3	1	6	6	6	2	1	6	5
46	5	5	6	2	5	5	5	2	4	3	3	4	5	4	3	5	5	4
47	6	2	6	2	2	6	5	2	2	2	2	6	5	2	2	5	5	2
48	5	2	5	3	5	5	2	2	2	3	2	5	5	3	2	1	3	4
49	2	1	5	2	5	2	5	3	1	5	1	5	5	5	2	1	5	5
50	6	5	6	5	6	5	5	5	5	5	3	4	5	5	3	4	4	5
51	6	1	6	2	6	6	1	3	5	3	4	6	6	3	1	6	6	3
52	6	2	6	4	5	5	5	4	4	4	3	6	6	4	2	4	6	3
53	5	5	5	5	2	5	5	5	4	2	5	5	5	2	1	5	5	2
54	3	5	6	5	6	4	5	1	5	6	5	4	3	5	3	6	3	5
55	5	3	3	3	4	5	4	5	3	4	3	5	5	3	1	2	5	2
56	6	6	5	2	5	6	6	6	1	2	1	6	6	5	2	3	6	2
57	6	2	5	5	4	5	4	5	3	3	2	2	4	4	2	3	5	4
58	6	2	6	2	6	2	5	3	5	5	3	5	6	6	2	2	5	5
59	5	2	6	3	5	4	4	5	2	4	3	4	5	5	3	3	5	4
60	4	6	5	5	5	4	5	1	6	5	5	4	3	5	5	5	4	5

## LAMPIRAN 12. Tabulasi Data Setelah Uji Coba

### A. Skala Kepatuhan Minum Obat

Subjek	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8
1	1	1	1	0	1	1	1	0.75
2	0	1	1	0	1	1	1	0.5
3	1	1	1	1	1	1	1	0.75
4	1	1	0	0	1	0	1	0.75
5	0	1	1	1	0	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	0.75
7	1	1	1	1	1	1	1	1
8	0	0	0	0	1	1	0	0.5
9	0	0	1	0	0	0	0	0.5
10	1	1	1	1	1	1	1	0.5
11	1	1	1	1	1	1	1	0.75
12	1	1	1	1	0	1	1	1
13	0	0	0	1	1	1	1	1
14	0	0	0	0	0	1	0	0.5
15	1	0	1	0	1	1	1	0.75
16	0	1	1	0	1	1	1	0.75
17	1	1	0	0	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	0	0	1
19	1	0	0	0	1	1	1	0.75
20	0	1	0	0	1	1	1	0.75
21	1	1	0	0	1	1	1	0.75
22	0	0	0	0	0	0	0	0.5
23	1	0	1	1	0	0	0	0.5
24	1	1	1	1	1	1	1	1
25	0	0	1	0	0	1	1	0.75
26	0	0	0	1	1	1	0	0.5
27	1	1	0	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1	1	1
29	1	1	0	1	1	1	1	1
30	1	0	0	0	1	1	1	0.75
31	0	1	0	1	1	0	0	0.25
32	1	1	1	1	1	1	1	0.5
33	1	1	1	0	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1	1	0.75
35	0	0	1	0	0	0	1	0.5
36	0	0	0	0	0	1	1	0.5
37	0	0	1	0	1	1	0	0.75

38	1	1	1	1	0	1	1	1
39	0	0	0	0	0	0	0	0.25
40	0	0	1	0	1	1	1	1
41	0	1	0	1	1	1	1	1
42	0	0	0	1	1	1	1	0.25
43	1	1	1	1	1	0	1	0.5
44	1	1	0	1	1	1	1	0.75
45	0	1	1	0	1	1	1	0.5
46	1	1	0	0	1	1	1	0.75
47	0	0	0	1	1	1	1	0.5
48	0	1	1	0	1	1	1	0.5
49	1	1	0	1	1	1	1	1
50	0	1	0	0	1	1	0	0.75
51	1	0	1	1	1	1	1	0.5
52	1	1	0	1	1	1	1	0.5
53	0	1	1	1	1	1	1	1
54	0	0	0	0	0	0	0	0.75
55	1	0	1	0	1	1	1	0.5
56	0	1	0	1	1	1	1	0.75
57	1	1	1	1	1	1	1	1
58	0	1	0	0	0	1	1	0.75
59	0	0	0	1	0	0	0	0.5
60	0	0	0	1	1	0	0	0.5

B. Skala *Health Locus of Control*

S	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	A 8	A 9	A1 0	A1 1	A1 2	A1 3	A1 4	A1 5	A1 6	A1 7	A1 8
1	5	3	2	3	4	5	5	3	3	2	5	5	3	3	3	5	3
2	5	2	5	4	5	5	4	3	5	4	4	6	5	3	2	4	5
3	6	1	6	2	2	6	5	2	2	2	6	6	5	2	3	5	5
4	5	4	5	4	5	5	5	3	4	5	5	5	4	3	6	5	5
5	5	2	5	4	5	5	4	3	3	4	5	5	3	3	3	5	5
6	4	2	4	2	4	5	4	2	3	2	5	5	3	2	2	5	3
7	6	2	5	2	4	6	5	2	3	3	5	6	4	2	2	5	4
8	5	4	6	4	5	4	2	5	5	6	5	5	6	3	6	4	5
9	4	2	6	4	6	3	2	6	5	4	4	3	4	3	6	3	6
10	5	2	5	2	5	5	2	2	2	2	5	5	2	2	2	5	5
11	5	2	5	2	5	5	5	2	5	2	5	5	2	2	3	5	5
12	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	2	2	5	5	5

1 3	6	2	5	2	5	6	3	3	3	3	4	4	3	1	3	4	3
1 4	4	4	6	5	6	4	4	5	5	6	5	4	6	3	6	4	5
1 5	5	2	4	2	5	5	5	5	3	2	5	6	3	2	3	6	4
1 6	6	2	5	2	5	5	2	5	2	2	5	5	5	2	5	5	5
1 7	4	3	4	6	5	5	2	3	3	3	4	5	4	2	2	5	4
1 8	3	2	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	5	5
1 9	4	5	6	5	6	4	3	5	3	5	4	4	5	3	5	5	5
2 0	5	3	5	4	5	5	4	3	5	6	5	5	5	6	6	6	6
2 1	5	1	5	1	5	6	5	2	5	3	5	5	5	1	2	5	5
2 2	4	5	6	5	6	4	2	5	5	5	4	4	5	3	5	4	5
2 3	3	4	6	4	6	3	3	5	4	6	4	3	6	3	6	4	5
2 4	6	1	5	2	5	5	3	2	4	3	6	5	3	1	1	6	3
2 5	6	2	6	2	6	6	6	2	2	2	6	6	5	1	2	5	5
2 6	4	5	6	5	6	4	3	4	5	5	4	3	5	3	5	4	6
2 7	6	2	6	3	6	5	3	3	3	3	6	5	5	1	3	5	5
2 8	5	1	4	1	4	6	6	2	3	2	6	6	3	2	1	6	3
2 9	4	5	4	3	5	5	5	3	3	2	5	5	5	1	4	6	4
3 0	6	2	5	2	5	5	5	2	6	2	5	6	5	2	2	5	5
3 1	5	5	6	5	6	4	3	5	5	5	4	4	5	3	5	5	5
3 2	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3 3	6	2	5	2	5	6	5	2	2	2	5	5	5	2	2	5	2
3 4	6	6	5	1	6	6	5	1	1	1	2	5	3	1	1	5	5
3 5	5	5	6	4	6	5	3	5	5	5	5	3	5	3	5	4	6
3 6	5	5	6	5	6	4	3	5	3	5	4	5	4	3	6	4	5
3	5	1	6	1	6	3	2	1	3	1	3	5	5	2	1	5	2

7																	
38	6	3	5	4	5	5	4	3	5	4	6	6	5	3	5	5	5
39	3	5	6	6	6	3	3	6	5	6	4	3	6	3	6	4	5
40	5	1	6	3	6	6	3	1	5	1	5	6	4	2	4	4	4
41	5	3	5	3	5	5	6	3	3	3	5	5	5	3	4	6	5
42	5	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
43	5	2	6	5	5	6	5	3	2	2	6	6	3	1	5	5	3
44	6	2	4	2	6	6	6	3	5	3	5	5	5	2	5	5	3
45	5	2	5	3	5	5	2	2	3	1	6	6	6	2	1	6	5
46	5	5	6	2	5	5	2	4	3	3	4	5	4	3	5	5	4
47	6	2	6	2	2	6	2	2	2	2	6	5	2	2	5	5	2
48	5	2	5	3	5	5	2	2	3	2	5	5	3	2	1	3	4
49	2	1	5	2	5	2	3	1	5	1	5	5	5	2	1	5	5
50	6	5	6	5	6	5	5	5	5	3	4	5	5	3	4	4	5
51	6	1	6	2	6	6	3	5	3	4	6	6	3	1	6	6	3
52	6	2	6	4	5	5	4	4	4	3	6	6	4	2	4	6	3
53	5	5	5	5	2	5	5	4	2	5	5	5	2	1	5	5	2
54	3	5	6	5	6	4	1	5	6	5	4	3	5	3	6	3	5
55	5	3	3	3	4	5	5	3	4	3	5	5	3	1	2	5	2
56	6	6	5	2	5	6	6	1	2	1	6	6	5	2	3	6	2
57	6	2	5	5	4	5	5	3	3	2	2	4	4	2	3	5	4
58	6	2	6	2	6	2	3	5	5	3	5	6	6	2	2	5	5
59	5	2	6	3	5	4	5	2	4	3	4	5	5	3	3	5	4
60	4	6	5	5	5	4	1	6	5	5	4	3	5	5	5	4	5



C. Skor Total Kepatuhan Minum Obat dan *Health Locus of Control*

<b>Subjek</b>	<b>IHLC</b>	<b>CHLC</b>	<b>PHLC</b>	<b>MMAS</b>
1	30	17	15	6.75
2	28	18	25	5.5
3	34	12	20	7.75
4	30	25	23	4.75
5	29	19	21	6
6	28	12	17	7.75
7	33	13	20	8
8	25	28	27	2.5
9	19	25	27	1.5
10	27	12	19	7.5
11	30	13	22	7.75
12	29	27	22	7
13	27	14	19	5
14	25	29	28	1.5
15	32	16	19	5.75
16	28	18	22	5.75
17	25	19	20	6
18	28	18	25	6
19	24	28	25	4.75
20	30	28	26	4.75
21	31	10	25	5.75
22	22	28	27	0.5
23	20	28	27	3.5
24	31	10	20	8

25	35	11	24	3.75
26	22	27	28	3.5
27	30	15	25	7
28	35	9	17	8
29	30	18	21	7
30	32	12	26	4.75
31	25	28	27	3.25
32	31	30	25	7.5
33	32	12	19	7
34	29	11	20	7.75
35	25	27	28	2.5
36	25	29	24	2.5
37	23	7	22	3.75
38	32	22	25	7
39	20	32	28	0.25
40	29	12	25	5
41	32	19	23	6
42	30	27	22	4.25
43	33	18	19	6.5
44	33	17	23	6.75
45	30	11	24	5.5
46	26	22	22	5.75
47	30	15	14	4.5
48	25	12	20	5.5
49	22	8	25	7
50	29	25	27	3.75

51	33	19	21	6.5
52	33	19	22	6.5
53	30	25	13	7
54	18	29	28	0.75
55	30	15	16	5.5
56	36	15	19	5.75
57	27	17	20	8
58	27	16	28	3.75
59	28	16	24	1.5
60	20	32	25	2.5

### LAMPIRAN 13. Perhitungan Data Hipotetik

#### A. Kepatuhan Minum Obat (MMAS-8)

Skor minimal	: 0
Skor maksimal	: 1
Nilai minimal	: 0.25
Nilai maksimal	: 8
Jumlah aitem	: 8

Mean ( $\mu$ )

$$\begin{aligned}\bar{x} &= \frac{(\text{skor maks} + \text{skor min}) \times \text{jumlah aitem}}{2} \\ &= \frac{(1 + 0) \times 8}{2} \\ &= \frac{8}{2} \\ &= 4\end{aligned}$$

Standar Deviasi ( $\sigma$ )

$$\begin{aligned}\sigma &= \frac{(\text{nilai maks} - \text{nilai min})}{6} \\ &= \frac{(8 - 0.25)}{6} \\ &= \frac{7.75}{6} \\ &= 1.29\end{aligned}$$

#### B. *Health Locus of Control* (MHLC Form A)

##### IHLC

Skor minimal	: 1
Skor maksimal	: 6
Nilai minimal	: 18
Nilai maksimal	: 36
Jumlah aitem	: 6

Mean ( $\mu$ )

$$\begin{aligned}\bar{x} &= \frac{(\text{skor maks} + \text{skor min}) \times \text{jumlah aitem}}{2} \\ &= \frac{(6 + 1) \times 6}{2} \\ &= \frac{42}{2}\end{aligned}$$

$$= 21$$

Standar Deviasi ( $\sigma$ )

$$\begin{aligned}\sigma &= \frac{(\text{nilai maks} - \text{nilai min})}{6} \\ &= \frac{(36-18)}{6} \\ &= \frac{18}{6} \\ &= 3\end{aligned}$$

### CHLC

Skor minimal : 1  
 Skor maksimal : 6  
 Nilai minimal : 7  
 Nilai maksimal : 32  
 Jumlah aitem : 6

Mean ( $\mu$ )

$$\begin{aligned}\mu &= \frac{(\text{skor maks} + \text{skor min}) \times \text{jumlah aitem}}{2} \\ &= \frac{(6 + 1) \times 6}{2} \\ &= \frac{42}{2} \\ &= 21\end{aligned}$$

Standar Deviasi ( $\sigma$ )

$$\begin{aligned}\sigma &= \frac{(\text{nilai maks} - \text{nilai min})}{6} \\ &= \frac{(32-7)}{6} \\ &= \frac{25}{6} \\ &= 4,16\end{aligned}$$

### PHLC

Skor minimal : 1  
 Skor maksimal : 6  
 Nilai minimal : 13  
 Nilai maksimal : 28  
 Jumlah aitem : 5

Mean ( $\mu$ )

$$\begin{aligned}\bar{x} &= \frac{(\text{skor maks} + \text{skor min}) \times \text{jumlah aitem}}{2} \\ &= \frac{(6 + 1) \times 5}{2} \\ &= \frac{35}{2} \\ &= 17.5\end{aligned}$$

Standar Deviasi ( $\sigma$ )

$$\begin{aligned}\sigma &= \frac{(\text{nilai maks} - \text{nilai min})}{6} \\ &= \frac{(28 - 13)}{6} \\ &= \frac{15}{6} \\ &= 2.5\end{aligned}$$

#### LAMPIRAN 14. Kategorisasi Skala Kepatuhan Minum Obat

a. Sangat Tinggi

$$\begin{aligned} X > \mu + 1.8 \sigma &= X > 4 + (1.8 \times 1.29) \\ &= X > 4 + 2.32 \\ &= X > 6.32 \end{aligned}$$

b. Tinggi

$$\begin{aligned} \mu + 0.6 \sigma \leq X < \mu + 1.8 \sigma &= 4 + (0.6 \times 1.29) \leq X < 4 + (1.8 \times 1.29) \\ &= 4 + 0.77 \leq X < 4 + 2.32 \\ &= 4.77 \leq X < 6.32 \end{aligned}$$

c. Sedang

$$\begin{aligned} \mu - 0.6 \sigma \leq X < \mu + 0.6 \sigma &= 4 - (0.6 \times 1.29) \leq X < 4 + (0.6 \times 1.29) \\ &= 4 - 0.77 \leq X < 4 + 0.77 \\ &= 3.23 \leq X < 4.77 \end{aligned}$$

d. Rendah

$$\begin{aligned} \mu - 1.8 \sigma \leq X < \mu - 0.6 \sigma &= 4 - (1.8 \times 1.29) \leq X < 4 - (0.6 \times 1.29) \\ &= 4 - 2.32 \leq X < 4 - 0.77 \\ &= 1.68 \leq X < 3.23 \end{aligned}$$

e. Sangat Rendah

$$\begin{aligned} X < \mu - 1.8 \sigma &= X < 4 - (1.8 \times 1.29) \\ &= X < 4 - 2.32 \\ &= X < 1.68 \end{aligned}$$

**LAMPIRAN 15. Kategorisasi Skala *Multidimensional Health Locus of Control Form A***

**IHLC**

a. Sangat Tinggi

$$\begin{aligned} X > \mu + 1.8 \sigma &= X > 21 + (1.8 \times 3) \\ &= X > 21 + 5.4 \\ &= X > 26.4 \end{aligned}$$

b. Tinggi

$$\begin{aligned} \mu + 0.6 \sigma \leq X < \mu + 1.8 \sigma &= 21 + (0.6 \times 3) \leq X < 21 + (1.8 \times 3) \\ &= 21 + 1.8 \leq X < 21 + 5.4 \\ &= 22.8 \leq X < 26.4 \end{aligned}$$

c. Sedang

$$\begin{aligned} \mu - 0.6 \sigma \leq X < \mu + 0.6 \sigma &= 21 - (0.6 \times 3) \leq X < 21 + (0.6 \times 3) \\ &= 21 - 1.8 \leq X < 21 + 1.8 \\ &= 19.2 \leq X < 22.8 \end{aligned}$$

d. Rendah

$$\begin{aligned} \mu - 1.8 \sigma \leq X < \mu - 0.6 \sigma &= 21 - (1.8 \times 3) \leq X < 21 - (0.6 \times 3) \\ &= 21 - 5.4 \leq X < 21 - 1.8 \\ &= 15.6 \leq X < 19.2 \end{aligned}$$

e. Sangat Rendah

$$\begin{aligned} X < \mu - 1.8 \sigma &= X < 21 - (1.8 \times 3) \\ &= X < 21 - 5.4 \\ &= X < 15.6 \end{aligned}$$



**CHLC**

a. Sangat Tinggi

$$\begin{aligned} X > \mu + 1.8 \sigma &= X > 21 + (1.8 \times 4.16) \\ &= X > 21 + 7.5 \\ &= X > 28.5 \end{aligned}$$

b. Tinggi

$$\begin{aligned} \mu + 0.6 \sigma \leq X < \mu + 1.8 \sigma &= 21 + (0.6 \times 4.16) \leq X < 21 + (1.8 \times 4.16) \\ &= 21 + 2.5 \leq X < 21 + 7.5 \\ &= 23.5 \leq X < 28.5 \end{aligned}$$

c. Sedang

$$\begin{aligned} \mu - 0.6 \sigma \leq X < \mu + 0.6 \sigma &= 21 - (0.6 \times 4.16) \leq X < 21 + (0.6 \times 4.16) \\ &= 21 - 2.5 \leq X < 21 + 2.5 \\ &= 18.5 \leq X < 23.5 \end{aligned}$$

d. Rendah

$$\begin{aligned} \mu - 1.8 \sigma \leq X < \mu - 0.6 \sigma &= 21 - (1.8 \times 4.16) \leq X < 21 - (0.6 \times 4.16) \\ &= 21 - 7.5 \leq X < 21 - 2.5 \\ &= 13.5 \leq X < 18.5 \end{aligned}$$

e. Sangat Rendah

$$\begin{aligned} X < \mu - 1.8 \sigma &= X < 21 - (1.8 \times 4.16) \\ &= X < 21 - 7.5 \\ &= X < 13.5 \end{aligned}$$

**PHLC**

a. Sangat Tinggi

$$\begin{aligned} X > \mu + 1.8 \sigma &= X > 17.5 + (1.8 \times 2.5) \\ &= X > 17.5 + 4.5 \\ &= X > 22 \end{aligned}$$

b. Tinggi

$$\begin{aligned} \mu + 0.6 \sigma \leq X < \mu + 1.8 \sigma &= 17.5 + (0.6 \times 2.5) \leq X < 21 + (1.8 \times 2.5) \\ &= 17.5 + 1.5 \leq X < 17.5 + 4.5 \\ &= 19 \leq X < 22 \end{aligned}$$

c. Sedang

$$\begin{aligned} \mu - 0.6 \sigma \leq X < \mu + 0.6 \sigma &= 17.5 - (0.6 \times 2.5) \leq X < 17.5 + (0.6 \times 2.5) \\ &= 17.5 - 1.5 \leq X < 17.5 + 1.5 \\ &= 16 \leq X < 19 \end{aligned}$$

d. Rendah

$$\begin{aligned} \mu - 1.8 \sigma \leq X < \mu - 0.6 \sigma &= 17.5 - (1.8 \times 2.5) \leq X < 17.5 - (0.6 \times 2.5) \\ &= 17.5 - 4.5 \leq X < 17.5 - 1.5 \\ &= 13 \leq X < 16 \end{aligned}$$

e. Sangat Rendah

$$\begin{aligned} X < \mu - 1.8 \sigma &= X < 17.5 - (1.8 \times 2.5) \\ &= X < 17.5 - 4.5 \\ &= X < 13 \end{aligned}$$

**LAMPIRAN 16. Hasil Kategorisasi Skala *Health Locus of Control***

Subjek	<i>Internal (IHLC)</i>		<i>Chance (CHLC)</i>		<i>Powerful Others (PHLC)</i>	
	Skor	Kategori IHLC	Skor	Kategori CHLC	Skor	Kategori PHLC
1	30	Rendah	17	Rendah	15	Rendah
2	28	Rendah	18	Sangat Tinggi	25	Sangat Tinggi
3	34	Sangat Rendah	12	Tinggi	20	Tinggi
4	30	Tinggi	25	Sangat Tinggi	23	Sangat Tinggi
5	29	Sedang	19	Tinggi	21	Tinggi
6	28	Sangat Rendah	12	Sedang	17	Sedang
7	33	Sangat Rendah	13	Tinggi	20	Tinggi
8	25	Tinggi	28	Sangat Tinggi	27	Sangat Tinggi
9	19	Tinggi	25	Sangat Tinggi	27	Sangat Tinggi
10	27	Sangat Rendah	12	Tinggi	19	Tinggi
11	30	Sangat Rendah	13	Tinggi	22	Tinggi
12	29	Tinggi	27	Tinggi	22	Tinggi
13	27	Rendah	14	Tinggi	19	Tinggi
14	25	Sangat Tinggi	29	Sangat Tinggi	28	Sangat Tinggi
15	32	Rendah	16	Tinggi	19	Tinggi
16	28	Rendah	18	Tinggi	22	Tinggi
17	25	Sedang	19	Tinggi	20	Tinggi
18	28	Rendah	18	Sangat	25	Sangat Tinggi

				Tinggi		
19	24	Tinggi	28	Sangat Tinggi	25	Sangat Tinggi
20	30	Tinggi	28	Sangat Tinggi	26	Sangat Tinggi
21	31	Sangat Rendah	10	Sangat Tinggi	25	Sangat Tinggi
22	22	Tinggi	28	Sangat Tinggi	27	Sangat Tinggi
23	20	Tinggi	28	Sangat Tinggi	27	Sangat Tinggi
24	31	Sangat Rendah	10	Tinggi	20	Tinggi
25	35	Sangat Rendah	11	Sangat Tinggi	24	Sangat Tinggi
26	22	Tinggi	27	Sangat Tinggi	28	Sangat Tinggi
27	30	Rendah	15	Sangat Tinggi	25	Sangat Tinggi
28	35	Sangat Rendah	9	Sedang	17	Sedang
29	30	Rendah	18	Tinggi	21	Tinggi
30	32	Sangat Rendah	12	Sangat Tinggi	26	Sangat Tinggi
31	25	Tinggi	28	Sangat Tinggi	27	Sangat Tinggi
32	31	Sangat Tinggi	30	Sangat Tinggi	25	Sangat Tinggi
33	32	Sangat Rendah	12	Tinggi	19	Tinggi
34	29	Sangat Rendah	11	Tinggi	20	Tinggi
35	25	Tinggi	27	Sangat Tinggi	28	Sangat Tinggi

36	25	Sangat Tinggi	29	Sangat Tinggi	24	Sangat Tinggi
37	23	Sangat Rendah	7	Tinggi	22	Tinggi
38	32	Sedang	22	Sangat Tinggi	25	Sangat Tinggi
39	20	Sangat Tinggi	32	Sangat Tinggi	28	Sangat Tinggi
40	29	Sangat Rendah	12	Sangat Tinggi	25	Sangat Tinggi
41	32	Sedang	19	Sangat Tinggi	23	Sangat Tinggi
42	30	Tinggi	27	Tinggi	22	Tinggi
43	33	Rendah	18	Tinggi	19	Tinggi
44	33	Rendah	17	Sangat Tinggi	23	Sangat Tinggi
45	30	Sangat Rendah	11	Sangat Tinggi	24	Sangat Tinggi
46	26	Sedang	22	Tinggi	22	Tinggi
47	30	Rendah	15	Rendah	14	Rendah
48	25	Sangat Rendah	12	Tinggi	20	Tinggi
49	22	Sangat Rendah	8	Sangat Tinggi	25	Sangat Tinggi
50	29	Tinggi	25	Sangat Tinggi	27	Sangat Tinggi
51	33	Sedang	19	Tinggi	21	Tinggi
52	33	Sedang	19	Tinggi	22	Tinggi
53	30	Tinggi	25	Rendah	13	Rendah
54	18	Sangat Tinggi	29	Sangat Tinggi	28	Sangat Tinggi

55	30	Rendah	15	Sedang	16	Sedang
56	36	Rendah	15	Tinggi	19	Tinggi
57	27	Rendah	17	Tinggi	20	Tinggi
58	27	Rendah	16	Sangat Tinggi	28	Sangat Tinggi
59	28	Rendah	16	Sangat Tinggi	24	Sangat Tinggi
60	20	Sangat Tinggi	32	Sangat Tinggi	25	Sangat Tinggi

## LAMPIRAN 17. Surat Izin Penelitian



### UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA

Program Studi Psikologi (S1), Program Studi Ilmu Komunikasi (S1), Program Pendidikan Bahasa Inggris (S1),  
Program Studi Hubungan Internasional (S1), Program Magister Profesi Psikologi (S2)

Tanggal : 7 November 2018  
Nomor : 1077 / Dek / 70/Div.Um.RT / 11 / 2018  
Hal : Permohonan Ijin Pengambilan Data untuk Skripsi

Kepada Yth.

Ka. Praktek Dr. Sri Hartiningsih  
Jln. Gn. Jati Timur Raya No. 416 Wonosari Ngaliyan  
Semarang

*Assalamualaikum Wr. Wb*

Dalam rangka mempersiapkan mahasiswa untuk menempuh ujian, bagi setiap mahasiswa diwajibkan membuat skripsi/tugas akhir.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas diperlukan data, baik dari Instansi Pemerintah, Badan Usaha Milik Negara, Perusahaan Swasta dan Lembaga maupun individu. Selanjutnya kami mohon ijin penelitian/pengambilan data mahasiswa Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia tersebut dibawah ini :

Nama : **Anindita Dwi Pramesti**  
Nomor Mahasiswa : **15320064**  
Judul Skripsi : *Hubungan antara Health Locus of Control dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Kota Semarang*

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu/Saudara/i kami ucapkan terimakasih.

*Wassalamualaikum Wr. Wb*

Dekan,

  
Dr. H. Fuad Nashori, S.Psi., M.Si., M.Ag., Psikolog



Dosen Pembimbing,

  
Rr. Indahria Sulistyarni, S.Psi., MA., Psikolog

## LAMPIRAN 18. Surat Keterangan Selesai Penelitian



**dr. Hj. Sri Hartiningsih**

SIP. 33747.50186/DU.094/01/449.1/403/X/2016  
Jln. Gunung Jati Timur Raya 416 Wonosari, Ngaliyan, Semarang

### SURAT KETERANGAN

No. ....//SK/XII/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **dr. Hj. Sri Hartiningsih**  
Jabatan : Penanggung Jawab  
Alamat : Jln. Gunung Jati Timur Raya 416 Wonosari, Ngaliyan Semarang

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **Anindita Dwi Pramesti**  
NIM : 15320064  
Jurusan : Psikologi, Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya  
Universitas : Universitas Islam Indonesia

Telah melaksanakan penelitian serta pengambilan data dengan Judul "*Hubungan antara Health Locus of Control dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Kota Semarang*" di tempat praktek dr. Sri Hartiningsih pada tanggal 9 November 2018 s/d 3 Desember 2018

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan dengan sebagaimana mestinya.

Semarang, 10 Desember 2018

**dr. Hj. Sri Hartiningsih**