

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN KEPERCAYAAN
TENTANG PENYAKIT DAN PENGOBATAN DENGAN
KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT PADA PASIEN HIPERTENSI
DI PUSKESMAS NGEMPLAK I SLEMAN YOGYAKARTA**

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Farmasi

(S.Farm)

Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

Universitas Islam Indonesia



Disusun oleh :

SELLY PRATIWI

08613143

**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
MEI 2012**

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN KEPERCAYAAN
TENTANG PENYAKIT DAN PENGOBATAN DENGAN KEPATUHAN
PENGUNAAN OBAT PADA PASIEN HIPERTENSI
DI PUSKESMAS NGEMPLAK I SLEMAN YOGYAKARTA**



Pembimbing Utama

Saepudin, M.Si., Apt

Pembimbing Pendamping

Nirma Atin Shintia, S.Si., Apt

SKRIPSI

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN KEPERCAYAAN TENTANG PENYAKIT DAN PENGobatan DENGAN KEPATUHAN PENGUNAAN OBAT PADA PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS NGEMPLAK I SLEMAN YOGYAKARTA

Yang diajukan oleh :

SELLY PRATIWI

08613143

Telah dipertahankan dihadapan Panitia Penguji Skripsi Program Studi Farmasi
Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia

Ketua penguji : Saepudin, M.Si., Apt

(.....)

Anggota Penguji : 1. Nirma Atin Shintia, S.Si., Apt

(.....)

: 2. Dr. Satibi, M.Si., Apt

(.....)

: 3. Suci Hanifah, M.Si., Apt

(.....)

Mengetahui

Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia



Yandi Syukri, M.Si., Apt.

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan diterbitkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, Mei 2012

Penulis,

Selly Pratiwi

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr. Wb.

Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat, hidayah dan karunia yang diberikan, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Kepercayaan Tentang Penyakit dan Pengobatan dengan Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta”**. Skripsi ini disusun untuk memenuhi sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Farmasi pada Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.

Dalam penyusunan skripsi ini, dari awal hingga akhir telah banyak pihak yang memberikan bantuan dan masukan. Untuk itu, penulis menghaturkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Saepudin, M.Si., Apt. dan Ibu Nirma Atin Shintia, S.Si., Apt. selaku dosen pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, masukan dan dorongan selama penelitian dan penyusunan skripsi.
2. Bapak Dr. Satibi, M.Si., Apt dan Ibu Suci Hanifah, M.Si., Apt selaku dosen penguji skripsi yang telah banyak memberikan bimbingan dan masukan dalam perbaikan skripsi ini.
3. Bapak Yandi Syukri, M.Si., Apt. selaku Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.
4. Bapak M. Hatta Prabowo, M.Si., Apt., selaku Ketua Jurusan Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.
5. Dosen pengajar Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia yang telah memberikan begitu banyak bekal ilmu kepada penulis.
6. Kepada PUSKESMAS Ngemplak I Sleman Yogyakarta yang telah memberikan izin dan dukungan kepada penulis untuk melakukan penelitian.

7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah membantu terselesaikannya penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun. Akhirnya besar harapan penulis semoga hasil penelitian ini dapat memberikan faedah bagi semua pihak.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Yogyakarta, Mei 2012

Penulis,

Selly Pratiwi

HALAMAN PERSEMBAHAN

"cara terbaik untuk mewujudkan impian kita adalah segera bangun dan bekerja keras"

-MT-

Alhamdulillahirobbil'alamin..terima kasih Ya Allah atas semua berkah dan karunia yang telah Kau berikan kepadaku, berkat Kuasa-Mu akhirnya satu kewajibanku dijenjang perkuliahan dapat terselesaikan dan kembali berjuang untuk menuju langkah yang lebih sulit lagi

Karya sederhana ini kupersembahkan untuk...

Kedua orang tua tercinta, Ibunda Ely Margiani dan Ayahanda Langgeng Triatmojo terimakasih atas doa, pengorbanan dan segala kasih sayang sehingga ananda dapat menyelesaikan studi ini. Keluarga terkasih Makwo, Bude Umi, adik-adik hebatku Bella dan Pingkan yang selalu memberikan semangat dan motivasi untuk keberhasilanku...

thanks to all support... I will do my best for you...

Special thanks to...

Sahabat-sahabat terkasih..Iyak, Ida, Fida, Icha, Er, koto, Rani, Endah, Ayu, Witry yang selalu menemani, memberi dukungan, semangat, keceriaan dan indahnya PERSAHABATAN...it's all about wonderful journey..beautiful moment..lovely friendship ^_^

Teman seperjuangan brillia yang selalu membantu dan menemani dari awal sampai akhir penelitian

Tugas kita bukanlah untuk berhasil,tugas kita adalah mencoba -MT-

Impossible is Nothing... Think You can,Yes You can...

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
INTISARI	xv
ABSTRACT.....	xvi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4

BAB II STUDI PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka	5
1. Hipertensi	5
a. Definisi dan Klasifikasi.....	5
b. Epidemiologi.....	6
c. Etiologi.....	7
d. Patofisiologi	8
e. Gejala klinis	9
f. Diagnosa.....	9
g. Komplikasi.....	9
2. Tatalaksana Terapi Hipertensi.....	10
a. Penatalaksanaan nonfarmakologis	11

b. Penatalaksanaan farmakologis	12
3. Kepatuhan	14
a. Definisi.....	14
b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan	15
c. Metode Pengukuran Kepatuhan Pasien.....	16
d. <i>Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)</i>	17
4. Kepercayaan.....	19
a. Definisi Kepercayaan.....	19
b. Model Kepercayaan Kesehatan.....	19
c. Pengukuran Kepercayaan.....	20
5. Pengetahuan.....	21
a. Definisi.....	21
b. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan.....	21
c. Pengukuran Pengetahuan.....	23
d. <i>The Hypertension Fact Questionnaire</i>	24
B. Landasan teori	24
C. Hipotesis.....	25

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	26
B. Tempat dan Waktu Penelitian	26
C. Populasi dan Sampel	26
1. Besar sampel	26
2. Kriteria Inklusi	27
3. Kriteria Eksklusi	27
D. Definisi Operasional Variabel.....	27
E. Pengumpulan Data	29
F. Instrumen.....	29
G. Uji Validitas	30
H. Uji Reliabilitas.....	31
I. Alur Penelitian	33

J. Kerangka Konsep.....	34
K. Pengolahan dan Analisis Data.....	34
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Uji Validitas Kuesioner	36
B. Uji Reliabilitas Kuesioner	37
C. Gambaran Karakteristik Responden	37
1. Karakteristik Demografi.....	38
2. Karakteristik Klinis.....	40
D. Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Kepercayaan tentang Penyakit dan Pengobatannya.....	42
E. Gambaran Tingkat Kepatuhan Penggunaan Antihipertensi	49
F. Hubungan Tingkat Kepatuhan dan Kepercayaan tentang Penyakit dan Pengobatan dengan Kepatuhan Penggunaan Antihipertensi	51
G. Keterbatasan Penelitian	55
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	56
B. Saran.....	56
DAFTAR PUSTAKA	57
LAMPIRAN.....	62

DAFTAR TABEL

Tabel I.	Klasifikasi tekanan darah menurut JNC7..... ..	6
Tabel II.	Modifikasi gaya hidup untuk mengontrol hipertensi	11
Tabel III.	Klasifikasi dan tatalaksana pengobatan tekanan darah	13
Tabel IV.	Pemilihan obat antihipertensi dengan indikasi penyulit.....	14
Tabel V.	Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien	15
Tabel VI.	Hasil Uji Validitas Kuesioner HFQ	36
Tabel VII.	Hasil Uji Validitas Kuesioner BMQ	36
Tabel VIII.	Distribusi Karakteristik responden pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta	37
Tabel IX.	Hasil analisis hubungan tingkat pengetahuan tentang penyakit dan pengobatannya dengan karakteristik demografi dan klinis pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta	43
Tabel X.	Hasil analisis hubungan tingkat kepercayaan tentang kebutuhan terhadap obat dengan karakteristik demografi dan klinis pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta	46
Tabel XI.	Hasil analisis hubungan tingkat kepercayaan tentang kekhawatiran terkait obat dengan karakteristik demografi dan klinis pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta	47
Tabel XII.	Hasil analisis hubungan tingkat kepercayaan terkait persepsi tentang bahaya obat dengan karakteristik demografi dan klinis pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta	47
Tabel XIII.	Hasil analisis hubungan tingkat kepercayaan terkait persepsi tentang penggunaan obat berlebih dengan karakteristik demografi dan klinis pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta	48

Tabel XIV.	Hasil analisis hubungan tingkat kepatuhan dengan karakteristik demografi dan klinis pada pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta.....	50
Tabel XV.	Hasil analisis hubungan tingkat pengetahuan tentang penyakit dan pengobatan dengan kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta	51
Tabel XVI.	Hasil analisis hubungan tingkat kepercayaan tentang penyakit dan pengobatan dengan kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta	53

DAFTAR GAMBAR

Gambar I.	Mekanisme pengaturan tekanan darah.....	9
Gambar II.	Alur penelitian.....	33
Gambar III.	Kerangka konsep.....	34
Gambar IV.	Distribusi tingkat pengetahuan pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta tentang penyakit dan pengobatannya.....	42
Gambar V.	Distribusi tingkat kepercayaan pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta tentang penyakit dan pengobatannya.....	45
Gambar VI.	Distribusi tingkat kepatuhan pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta.....	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Surat ijin penelitian	62
Lampiran 2.	Surat keterangan selesai penelitian	63
Lampiran 3.	Lembar pengumpulan data.....	64
Lampiran 4.	Hasil SPSS distribusi karakteristik demografi dan klinis responden	73
Lampiran 5.	Hasil SPSS tingkat pengetahuan berdasarkan variabel karakteristik responden	78
Lampiran 6.	Hasil SPSS tingkat kepercayaan berdasarkan variabel karakteristik responden	84
Lampiran 7.	Hasil SPSS tingkat kepatuhan berdasarkan variabel karakteristik responden... ..	101
Lampiran 8.	Hasil SPSS hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan Penggunaan antihipertensi.....	107
Lampiran 9.	Regresi logistik hubungan tingkat kepercayaan dengan kepatuhan penggunaan antihipertensi.....	108
Lampiran 10.	Validasi kuesioner BMQ.....	111
Lampiran 11.	Validasi kuesioner HFQ.....	113
Lampiran 12.	Rekam medik pasien.....	115

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN KEPERCAYAAN
TENTANG PENYAKIT DAN PENGobatan DENGAN KEPATUHAN
PENGUNAAN OBAT PADA PASIEN HIPERTENSI
DI PUSKESMAS NGEMPLAK I SLEMAN YOGYAKARTA**

INTISARI

Keberhasilan terapi pada pasien hipertensi sangat tergantung pada kepatuhan pasien dalam mengonsumsi antihipertensi. Kepatuhan itu sendiri dipengaruhi oleh banyak faktor, dua faktor kunci diantaranya adalah pengetahuan dan kepercayaan pasien tentang hipertensi dan pengobatannya. Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran pengetahuan dan kepercayaan tentang hipertensi dan pengobatannya, tingkat kepatuhan penggunaan antihipertensi, serta hubungan antara pengetahuan dan kepercayaan tentang hipertensi dan pengobatannya dengan kepatuhan penggunaan antihipertensi pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian dengan rancangan *cross sectional* yang dilaksanakan selama bulan Januari sampai Maret 2012 dengan melibatkan 100 responden yang diambil secara *purposive* dari pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman. Data dikumpulkan dari rekam medik, pengisian kuesioner, dan wawancara langsung. Tingkat pengetahuan dan kepercayaan tentang hipertensi dan pengobatannya diukur dengan menggunakan skor dari hasil pengisian kuesioner BMQ (*Beliefs About Medicine Quisionnaire*) dan HFQ (*Hypertension Fact Quisionnaire*) yang telah dimodifikasi, sedangkan kepatuhan penggunaan antihipertensi diukur menggunakan skor hasil pengisian kuesioner MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*). Data yang diperoleh selanjutnya dianalisis dengan metode *Chi-square* dan regresi logistik untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dan kepercayaan dengan kepatuhan penggunaan antihipertensi. Dari hasil penelitian diketahui pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta sebagian besar (49%) memiliki tingkat pengetahuan rata-rata tentang hipertensi dan pengobatannya, sedangkan pasien yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi dan rendah secara berurutan adalah 38% dan 13%. Sebanyak 79% pasien memiliki kepercayaan yang tinggi terhadap kebutuhan obat, 56% tidak khawatir terhadap efek obat, 76% memiliki setuju bahwa obat tidak berbahaya dan 50% responden tidak setuju dengan penggunaan obat berlebih dan sebanyak 69% pasien patuh dalam melaksanakan pengobatan. Hasil analisis statistik menunjukkan tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dan kepercayaan tentang hipertensi dan pengobatannya dengan kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta.

Kata kunci : Hipertensi, Kepatuhan, Pengetahuan, Kepercayaan

**ASSOCIATION BETWEEN KNOWLEDGE AND BELIEFS
ABOUT ILLNESS AND MEDICATION WITH PATIENT ADHERENCE
TO ANTIHYPERTENSIVE THERAPY AT NGEMPLAK I
PRIMARY HEALTH CENTER SLEMAN YOGYAKARTA**

ABSTRACT

The goal of therapeutic level in hypertensive patient depend on patient adherence to antihypertensive consumption. Adherence affected by many factors, two primary factors are knowledge and beliefs about hypertension and medication. This study aims to know the description of patient knowledge and beliefs about hypertension and medication, the level of adherence to use antihypertensive, and the relationship between level of knowledge and beliefs about hypertension and medication with patient adherence to antihypertensive therapy at Ngemplak I primary health center Sleman, Yogyakarta. This study was cross sectional design conducted during January to March 2012 involved 100 respondents collected by purposive sampling from hypertensive patient at Ngemplak I primary health center Sleman. Data gathered from patient medical records, filling out the questionnaire, and direct interview. The level of knowledge and beliefs about hypertension and medication were measured by scored of filling out the questionnaire BMQ (Beliefs About Medicine Quisionnaire) and HFQ (Hypertension Fact Quisionnaire) which has been modified, the adherence to antihypertensive therapy measured by scored of filling out the questionnaire MMAS (Morisky Medication Adherence Scale). Data were analyzed with chi square and logistic regression methods to know relationship between knowledge and beliefs with adherence to antihypertensive therapy . The results showed 49% patients have have average level of knowledge, patients that have high and low level of knowledge sequentally are 38% and 13%. 79% of patients have high level of beliefs about necessity of drug, 76% patients aren't worried about adverse effect of drug, 76% patients agree that drugs not harmful, 50% patients disagree with drug overuse and 69% of patients are compliant to therapy. The result of statistic analyze showed there is no relationship between knowledge and beliefs about illness and medication with adherence to antihypertensive therapy in hypertensive patient at Ngemplak I Primary Health Center Sleman Yogyakarta.

Keywords:Hypertension, Adherence, Knowledge, Beliefs

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Hipertensi merupakan salah satu permasalahan global yang terkait dengan gangguan pada kardiovaskuler. Penyakit ini menimbulkan dampak yang cukup besar terhadap kesehatan masyarakat dan kematian. Hipertensi telah menyebabkan lebih dari 5,8% kematian di dunia, kehilangan 11,9% harapan hidup dan 1,4% penyesuaian hidup. Penilaian, pengelolaan dan pengendalian hipertensi masih membawa tantangan besar bagi para tenaga kesehatan⁽¹⁾.

Penyakit ini dikenal secara luas sebagai penyakit kardiovaskular yang diperkirakan telah menyebabkan 4,5% dari beban penyakit secara global, dan prevalensinya hampir sama besar di negara berkembang maupun di negara maju. Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko utama gangguan jantung. Selain mengakibatkan gagal jantung, hipertensi dapat mengakibatkan terjadinya gagal ginjal maupun penyakit serebrovaskular. Hipertensi bertanggung jawab terhadap tingginya biaya pengobatan dikarenakan alasan tingginya angka kunjungan ke dokter, perawatan di rumah sakit, dan atau penggunaan obat jangka panjang. Pendekatan yang lebih komprehensif dan intensif guna mencapai pengontrolan tekanan darah secara optimal sangat diperlukan⁽²⁾.

Pusat informasi data Dinkes Sleman Provinsi DIY yang dihimpun dari laporan 24 Puskesmas yang ada di Kabupaten Sleman pada tahun 2008 mengungkapkan, bahwa hipertensi sudah menempati urutan kedua dalam daftar sepuluh besar penyakit di Kabupaten Sleman. Untuk kasus hipertensi sebanyak 61.566 kasus, meliputi 32 % kasus baru dan 68 % kasus lama. Berdasarkan hasil Riset kesehatan daerah (Riskesda) tahun 2008 bahwa kebiasaan merokok pada masyarakat saat ini di Provinsi DIY sebanyak 23,8 % pada usia 10 tahun keatas, dengan jumlah rokok yang dihisap setiap hari sebanyak 8 batang. Data tersebut menunjukkan bahwa pola perilaku masyarakat terhadap rokok sangat tinggi dan ini sebagai salah satu pemicu terjadinya kasus hipertensi di masyarakat⁽³⁾.

Keberhasilan terapi tergantung pada kepatuhan penggunaan obat dari pasien. Kepatuhan sulit dianalisa karena sulit didefinisikan, sulit diukur, dan tergantung pada banyak faktor. Kepatuhan itu sendiri dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor terapi, pasien, sistem kesehatan, lingkungan dan sosial ekonomi. Semua faktor tersebut penting dalam mempengaruhi kepatuhan. Oleh karena itu dalam menyelesaikan masalah tentang kepatuhan ini tidak sepenuhnya berfokus pada pasien, namun juga diperlukan adanya pembenahan pada sistem kesehatan dan petugas pelayanan kesehatan⁽⁴⁾. Di Indonesia, dengan tingkat kesadaran akan kesehatan kemungkinan lebih rendah, jumlah pasien yang tidak menyadari bahwa dirinya menderita hipertensi dan yang tidak mematuhi minum obat kemungkinan lebih besar⁽²⁾.

Tenaga kesehatan mempunyai peranan yang penting dalam memfasilitasi dan memberikan edukasi kepada pasien tentang keuntungan pengobatan yang dijalani oleh pasien dan pentingnya pengobatan berkelanjutan pada penyakit-penyakit kronis. Salah satu faktor kunci yang mempengaruhi peningkatan kepatuhan pasien adalah tingkat pengetahuan. Faktor terkait pengetahuan tidak mempengaruhi peningkatan kepatuhan pasien secara langsung. Penelitian Karaeren (2009) menyebutkan bahwa sedikit pengetahuan mengenai penyakit dan pengobatan yang dimiliki dapat meningkatkan kepatuhan dari pasien⁽⁵⁾.

Menurut Karaeren (2009), tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien memiliki hubungan yang saling berkebalikan pada pasien yang belum mengetahui tentang cara penggunaan obat⁽⁵⁾. Penelitian sebelumnya terkait pengaruh tingkat pengetahuan dan kepercayaan terhadap kepatuhan memberikan hasil bahwa peningkatan pengetahuan dan perubahan kepercayaan pasien melalui edukasi dan konseling yang telah dilakukan dapat meningkatkan kepatuhan⁽⁶⁾.

Data terkait tingkat pengetahuan dan kepercayaan masyarakat Indonesia akan kesembuhan penyakit dan pengobatan terkait penyakit hipertensi yang dialami masih sangat terbatas. Selain itu, masyarakat kurang begitu yakin dengan pengobatan yang telah direncanakan, seringkali masyarakat merasa keinginan untuk sembuh menurun yang disebabkan oleh biaya pengobatan yang mahal, *polifarmasi*, pasien merasa bahwa penyakitnya tidak bisa disembuhkan terutama pada pasien usia lanjut, harus mengkonsumsi obat seumur hidup, informasi yang

tertera di leaflet terkesan menakutkan dan sulit dipahami serta timbulnya efek samping yang menakutkan bagi pasien⁽⁷⁾. Hal tersebut yang menguatkan perlunya dilakukan penelitian terkait tingkat pengetahuan dan kepercayaan pada pasien hipertensi.

Puskesmas merupakan pusat pelayanan kesehatan masyarakat yang paling dasar dan merupakan penyedia layanan kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat. Puskesmas Ngemplak I Sleman merupakan puskesmas yang berlokasi di daerah Sleman, Yogyakarta. Di Puskesmas Ngemplak I belum pernah dilakukan penelitian mengenai kepatuhan penggunaan anti-hipertensi, sehingga gambaran mengenai kepatuhan penggunaan obatnya sendiri belum diketahui. Berdasarkan uraian tersebut maka dilakukan penelitian yang terkait dengan pengaruh pengetahuan dan kepercayaan tentang penyakit dan pengobatan terhadap kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman selama bulan januari sampai maret 2011.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka dapat ditarik beberapa permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran tingkat pengetahuan dan kepercayaan tentang hipertensi dan pengobatannya pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta?
2. Berapa persenkah pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta yang patuh dalam menggunakan antihipertensi?
3. Adakah hubungan antara tingkat pengetahuan dan kepercayaan tentang hipertensi dan pengobatannya terhadap kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk:

1. Mengetahui gambaran tingkat pengetahuan dan kepercayaan tentang hipertensi dan pengobatannya pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta.
2. Mengetahui persentase pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta yang patuh dalam menggunakan antihipertensi.
3. Mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dan kepercayaan tentang hipertensi dan pengobatannya dengan kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Masyarakat

Diharapkan dapat menjadi informasi dan bermanfaat bagi masyarakat khususnya pasien yang menjalani terapi hipertensi agar dapat mengerti tentang pentingnya kepatuhan dan rasa kepercayaan.

2. Bagi Puskesmas

Penelitian ini bisa digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam terapi pengobatan pasien hipertensi.

3. Bagian Peneliti lain

Penelitian ini sebagai bahan penelitian kualitatif mengenai hal-hal yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien pada penggunaan antihipertensi.

BAB II

STUDI PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Hipertensi

a. Definisi dan Klasifikasi

Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah arteri secara persisten dan peningkatan tekanan darah tersebut secara alami akan mempengaruhi aliran darah ke organ-organ lain. Hipertensi merupakan salah satu faktor resiko yang sangat berpengaruh untuk menyebabkan penyakit kardiovaskuler yang lain. Peningkatan kesadaran untuk melakukan kontrol tekanan darah, diagnosis hipertensi sejak dini dan penatalaksanaan yang tepat dapat dijadikan inisiatif untuk mengurangi angka keparahan dan kematian⁽⁸⁾. Hipertensi adalah masalah kesehatan publik yang semakin penting. Prevalensi hipertensi meningkat pada usia lanjut, dimana setengah dari orang yang berusia 60 sampai 90 tahun dan sekitar tiga perempat orang yang berusia 70 tahun atau lebih tua sangat beresiko mengalami hipertensi⁽⁹⁾.

Tekanan darah tinggi berhubungan dengan penurunan harapan hidup dan peningkatan resiko penyakit stroke, jantung koroner dan gangguan-gangguan organ lain seperti retinopati dan gagal ginjal. Permasalahan yang muncul adalah tidak jelas perbedaan antara pasien yang membutuhkan pengobatan dengan pasien yang tidak memerlukan pengobatan. Penurunan tekanan darah pasien dengan tekanan darah diastolik sebesar 90 mmHg menurunkan keparahan dan kematian 25% populasi⁽¹⁰⁾.

Hipertensi dapat diklasifikasikan berdasarkan tingginya tekanan darah. Seseorang dikatakan hipertensi bila tekanan darah-nya $\geq 140/90$ mmHg. Untuk pembagian yang lebih rinci, *The Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC)*, membuat klasifikasi yang mengalami perubahan dari waktu ke waktu. Pada JNC V (1992) hipertensi dibagi dalam 4 tingkat: ringan, sedang, berat dan sangat berat, pada JNC VI (1997) hipertensi dibagi menjadi tingkat 1, tingkat 2, tingkat 3 ditambah satu kelompok hipertensi sistolik terisolasi; sedangkan klasifikasi

terbaru (JNC VII, 2003) hanya membagi hipertensi menjadi tingkat 1 dan tingkat 2 dan menghilangkan kelompok hipertensi sistolik terisolasi⁽¹¹⁾.

Tabel I. Klasifikasi tekanan darah menurut JNC7⁽⁹⁾

Klasifikasi tekanan darah	Tekanan darah sistolik (mmHg)	Tekanan darah diastolik (mmHg)
Normal	< 120	Dan < 80
Prehipertensi	120-139	Atau 80-89
Hipertensi stage 1	140-159	Atau 90-99
Hipertensi stage 2	≥ 160	Atau ≥ 100

Klasifikasi ini belum menampilkan keterkaitan faktor resiko atau kerusakan organ yang menjadi dasar dalam menentukan rekomendasi pengobatan. JNC 7 menyarankan bahwa semua pasien yang masuk kategori hipertensi stadium 1 atau 2 harus diberikan pengobatan. Tujuan pengobatan untuk pasien hipertensi tanpa indikasi penyulit adalah tekanan darah <140/90 mmHg. Tujuan pengobatan untuk pasien prehipertensi tanpa indikasi penyulit adalah penurunan tekanan darah sampai normal dan pencegahan progresifitas kenaikan tekanan darah dengan menggunakan modifikasi gaya hidup⁽⁹⁾.

b. Epidemiologi

Penderita hipertensi mencapai 31% dari 72 juta penduduk di Amerika. Persentase kejadian hipertensi pria lebih besar dari wanita pada usia dibawah 45 tahun, tetapi pada usia 45-54 tahun persen kejadiannya sedikit lebih besar terjadi pada pria. Pada usia >55 tahun wanita memiliki resiko lebih besar mengalami hipertensi daripada pria. Prevalensi tertinggi terjadi pada non-Hispanik(33,5%), non Hispanik kulit putih (28,9%) dan Meksiko Amerika (20,7%). Peningkatan tekanan darah akan terjadi seiring dengan bertambahnya usia dan sering terjadi peningkatan tekanan darah secara persisten pada pasien usia lanjut. Dalam populasi usia ≥60 tahun, prevalensi hipertensi pada tahun 2000 diperkirakan 65,4%⁽⁸⁾.

Di Indonesia, berdasarkan penelitian Ekowati (2009) diketahui bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan pengukuran tekanan darah adalah 32,2%, sedangkan prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh

tenaga kesehatan dan atau riwayat minum obat hanya 7,8% atau hanya 24,2% dari kasus hipertensi di masyarakat. Berarti 75,8% kasus hipertensi di Indonesia belum terdiagnosis dan terjangkau pelayanan kesehatan. Faktor risiko hipertensi di Indonesia adalah umur, pria, pendidikan rendah, kebiasaan merokok, konsumsi minuman berkafein >1 kali per hari, konsumsi alkohol, kurang aktivitas fisik, obesitas dan obesitas abdominal⁽¹²⁾.

c. Etiologi

Hipertensi merupakan suatu penyakit dengan kondisi medis yang beragam. Pada kebanyakan pasien etiologi patofisiologinya tidak diketahui (essensial atau hipertensi primer). Hipertensi primer ini tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikontrol. Kelompok lain dari populasi dengan persentase rendah mempunyai penyebab yang khusus, dikenal sebagai hipertensi sekunder. Banyak penyebab hipertensi sekunder; endogen maupun eksogen. Bila penyebab hipertensi sekunder dapat diidentifikasi, hipertensi pada pasien-pasien ini dapat disembuhkan secara potensial. Hipertensi berdasarkan etiologi dapat dibedakan atas⁽⁸⁾.

1) Hipertensi primer (esensial)

Hipertensi primer atau esensial adalah hipertensi yang tidak atau belum diketahui penyebabnya (terdapat pada kurang lebih 90% dari seluruh hipertensi)⁽⁸⁾. Penyebab hipertensi esensial adalah multifaktor, terdiri dari faktor genetik dan lingkungan. Faktor keturunan bersifat poligenik dan terlihat dari adanya riwayat penyakit kardiovaskular dalam keluarga. Faktor predisposisi genetik ini dapat berupa sensitivitas terhadap natrium, kepekaan terhadap stres, peningkatan reaktivitas vaskular (terhadap vasokonstriktor), dan resistensi insulin. Paling sedikit ada 3 faktor lingkungan yang dapat menyebabkan hipertensi, yakni makan garam (natrium) berlebihan, stres psikis, dan obesitas⁽¹¹⁾.

2) Hipertensi sekunder

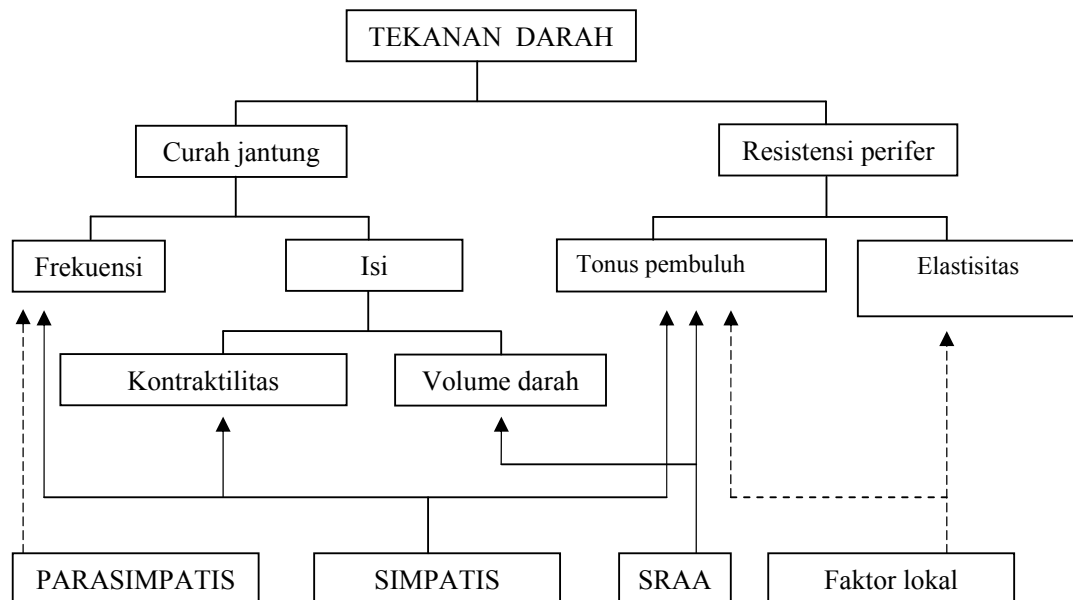
Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang disebabkan atau sebagai akibat dari adanya penyakit lain. Jika penyebabnya diketahui, maka disebut hipertensi sekunder. Pada sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit ginjal. Pada sekitar 1-2%, penyebabnya

adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu (misalnya pil KB)⁽⁸⁾.

d. Patofisiologi

Tekanan darah ditentukan oleh 2 faktor utama yaitu curah jantung dan resistensi perifer. curah jantung adalah hasil kali denyut jantung dan isi sekuncup. Besar isi sekuncup ditentukan oleh kekuatan kontraksi miokard dan alir balik vena. Resistensi perifer merupakan gabungan resistensi pada pembuluh darah (arteri dan arteriol) dan viskositas darah. Resistensi pembuluh darah ditentukan oleh tonus otot polos arteri dan arteriol, dan elastisitas dinding pembuluh darah⁽¹¹⁾.

Pengaturan tekanan darah didominasi oleh tonus simpatis yang menentukan frekuensi denyut jantung, kontraktilitas miokard, dan tonus pembuluh darah arteri maupun vena, sistem parasimpatis hanya ikut mempengaruhi frekuensi denyut jantung⁽¹¹⁾.



Ket: SRAA (Sistem Renin Angiotensin Aldosteron)

Gambar 1. Mekanisme pengaturan tekanan darah⁽⁸⁾.

Sistem juga mengaktifkan sistem renin-angiotensin-aldosteron (SRAA) melalui peningkatan sekresi renin. Homeostasis tekanan darah dipertahankan oleh refleksi baroreseptor sebagai mekanisme kompensasi yang

terjadi seketika, dan oleh sistem RAA, sebagai mekanisme kompensasi yang berlangsung lebih lambat⁽¹¹⁾.

e. Gejala klinis

Kadang-kadang hipertensi primer tanpa gejala, dan baru timbul gejala setelah terjadi komplikasi pada organ target seperti pada ginjal, mata, otak, dan jantung. Gejala lain yang biasanya disebabkan oleh komplikasi hipertensi seperti gangguan penglihatan, gangguan neurologi, gagal jantung, dan gangguan fungsi ginjal⁽¹³⁾.

f. Diagnosa

Diagnosis hipertensi tidak boleh ditegakkan berdasarkan sekali pengukuran, kecuali bila tekanan darah diastolik ≥ 120 mmHg dan/atau tekanan darah sistolik ≥ 210 mmHg. Pengukuran pertama harus dikonfirmasi pada sedikitnya dua kunjungan lagi dalam waktu 2 sampai beberapa minggu (tergantung dari tingginya tekanan darah tersebut). Diagnosis hipertensi ditegakkan bila pengukuran berulang-ulang tersebut memperoleh nilai rata-rata tekanan darah diastolik ≥ 90 mm Hg dan/atau tekanan darah sistolik ≥ 140 mm Hg⁽¹¹⁾.

g. Komplikasi

Menurut Corwin (2000) komplikasi hipertensi terdiri dari stroke, infark miokardium, gagal ginjal, ensefalopati (kerusakan otak), dan pregnancy – included hypertension (PIH).

1) Stroke

Stroke dapat timbul akibat peningkatan tekanan darah yang menyebabkan perdarahan di otak atau akibat embulus yang terlepas dari pembuluh non- otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahi berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

2) Infark Miokardium

Dapat terjadi infark miokardium apabila arteri koroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menyumbat aliran darah melalui pembuluh tersebut. Karena hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi distritma, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan.

3) Gagal Ginjal

Dapat terjadi gagal ginjal karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerous, protein akan keluar melalui urin sehingga sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

4) Ensefalopati (Kerusakan Otak)

Ensefalopati (kerusakan otak) dapat terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong ke dalam ruang interstisium diseluruh susunan saraf pusat. Neuron-neuron di sekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian⁽¹¹⁾.

2. Tatalaksana Terapi Hipertensi

Penatalaksanaan terapi hipertensi meliputi modifikasi gaya hidup dan terapi obat. *American Heart Association* (AHA) menyatakan bahwa pengobatan hipertensi saat ini semakin berkembang dan telah berdasar pada *evidence-based* tertentu. Prinsip umum terapi hipertensi dalah modifikasi gaya hidup dan tambahan terapi obat untuk mengontrol tekanan darah pasien. Tujuan terapi hipertensi berhubungan dengan mengurangi keparahan dan kematian⁽¹³⁾. Target

tekanan darah yang diharapkan dalam terapi hipertensi adalah <140/90 mmHg untuk hipertensi tanpa komplikasi dan <130/80 mmHg untuk pasien hipertensi dengan komplikasi diabetes melitus atau gagal ginjal⁽⁹⁾.

a. Penatalaksanaan nonfarmakologi

Modifikasi gaya hidup sehat penting untuk mencegah kenaikan tekanan darah pada pasien hipertensi. Pada pasien yang mengalami kelebihan berat badan, penurunan berat badan (4,5kg) juga dapat mengurangi resiko kenaikan tekanan darah meskipun berat badan harus tetap dijaga dalam kondisi ideal. Penurunan tekanan darah dapat dilakukan dengan *Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)*, meningkatkan asupan buah, sayuran, dan produk susu rendah. Asupan natrium tidak boleh lebih dari 100 mmol/hari (2,4 g natrium)⁽⁹⁾. Modifikasi kebiasaan hidup untuk pencegahan dan penatalaksanaan hipertensi disajikan pada tabel II.

Tabel II. Modifikasi gaya hidup untuk mengontrol hipertensi⁽⁹⁾

Modifikasi	Rekomendasi	Perkiraan penurunan tekanan darah yang diperoleh
Penurunan berat badan (BB)	Pelihara berat badan normal (BMI 18,5 – 24,9)	5-20 mmHg/10kg penurunan BB
Adopsi pola makan DASH	Diet kaya dengan buah, sayur, dan produk susu rendah lemak	8-14 mmHg
Diet rendah garam	Mengurangi diet garam, tidak lebih dari 100 meq/L (2,4 g garam atau 6 g sodium klorida)	2-8 mmHg
Aktifitas fisik	Regular aktifitas fisik aerobik seperti jalan kaki 30 menit/hari, beberapa hari/minggu	4-9 mmHg
Asupan alkohol dan merokok	Batas minum alkohol tidak lebih dari 2/hari untuk laki-laki dan 1/hari untuk perempuan	2-4 mmHg

Ket: BMI (*body mass index*), BB (berat badan), DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*)

Setiap orang dapat melakukan kegiatan fisik aerobik seperti berjalan setidaknya 30 menit per hari dalam satu minggu. Asupan alkohol harus dibatasi tidak lebih dari 30 ml etanol, sama dengan dua kali minum, per hari pada laki-

laki dan tidal lebih dari 15 ml etanol (satu kali minum) per hari pada wanita dan individu dengan berat ringan. Modifikasi gaya hidup dapat mengurangi tekanan darah, mencegah atau menunda kejadian hipertensi, meningkatkan efikasi antihipertensi, dan menurunkan risiko kardiovaskular. Sebagai contoh, pada beberapa individu, 1600 mg natrium *DASH* memiliki tekanan darah mirip dengan terapi obat tunggal. Kombinasi 2 atau lebih modifikasi gaya hidup dapat mencapai hasil yang lebih baik. Untuk keseluruhan penurunan risiko kardiovaskular, pasien harus benar-benar dianjurkan untuk berhenti merokok⁽⁹⁾.

b. Penatalaksanaan farmakologis

Jenis-jenis antihipertensi yang dianjurkan oleh JNC 7 untuk terapi farmakologis hipertensi adalah:

- 1) Diuretik, terutama thiazide atau *aldosterone antagonis*
- 2) *Beta Blockers (BBs)*
- 3) *Calcium Channel Blockers* atau *Calcium Antagonist (CCBs)*
- 4) *Angiotensin Converting enzyme Inhibitors (ACEIs)*
- 5) Angiotensin II Receptor Blockers atau AT₁ receptor antagonist/blockers (ARBs)

Terapi dimulai dengan modifikasi gaya hidup, dan jika target tekanan darah tidak tercapai, maka antihipertensi golongan diuretik tiazid dapat digunakan sebagai terapi awal untuk pasien. Golongan diuretik tiazid dapat digunakan secara tunggal ataupun kombinasi dengan salah satu antihipertensi dari golongan lain (ACEI, ARB, BB, CCB) yang telah menunjukkan penurunan satu atau lebih komplikasi hipertensi. Pemilihan salah satu antihipertensi dari golongan lain sebagai terapi awal direkomendasikan bila diuretik tidak dapat digunakan atau ketika adanya indikasi penyulit yang membutuhkan penggunaan antihipertensi yang spesifik. Jika pemilihan terapi awal tidak diterima atau ada kontraindikasi, sementara salah satu antihipertensi dari golongan lain terbukti menurunkan kejadian kardiovaskular maka dapat diganti^(8,9). Rekomendasi pemilihan obat berdasarkan klasifikasi tekanan darah disajikan pada Tabel III.

Tabel III. Klasifikasi dan tatalaksana pengobatan hipertensi⁽⁹⁾

Klasifikasi tekanan darah	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)	Perubahan gaya hidup	Tanpa indikasi penyulit	Dengan indikasi penyulit
Normal	< 120	Dan < 80	Dianjurkan	-	-
Prehipertensi	120-139	Atau 80-89	Ya	Tidak ada obat antihipertensi yang diajurkan	Obat-obatan untuk indikasi penyulit
Hipertensi Tingkat 1	14-159	atau 90-99	Ya	Diuretika - thiazide untuk sebagian besar. Dapat dipertimbangkan ACEIs, ARB, β -blocker, CCB atau kombinasi	Obat-obatan untuk indikasi penyulit. Obat antihipertensi lainnya (diuretika, ACEIs, ARB, β -blocker, CCB) sesuai kebutuhan
Hipertensi Tingkat 2	≥ 160	atau ≥ 100	Ya	Kombinasi 2 obat untuk sebagian besar (umumnya jenis thiazide dan ACEIs atau ARB atau β -blocker atau CCB)	

Ketika pasien hipertensi membutuhkan dua atau lebih terapi antihipertensi untuk mencapai target tekanan darah, penambahan terapi kedua dari golongan yang berbeda akan dimulai bila penggunaan terapi tunggal dengan dosis yang adekuat gagal untuk mencapai target tekanan darah. Bila tekanan darah >20 mmHg diatas sistolik tercapai, dapat dipertimbangkan pemberian terapi awal dengan dua obat, dengan peresepan yang terpisah atau kombinasi *fixed-dose* ⁽⁹⁾.

Terapi awal dengan lebih dari satu obat meningkatkan kemungkinan tercapainya target tekanan darah. Penggunaan kombinasi obat yang beragam sering penampakan penurunan tekanan darah yang lebih baik pada dosis yang lebih rendah dan efek samping yang ditimbulkan kecil⁽¹¹⁾. Pemilihan obat antihipertensi dengan indikasi penyulit disajikan pada tabel IV.

Tabel IV. Pemilihan obat antihipertensi dengan indikasi penyulit⁽⁹⁾

Indikasi Penyulit	Obat yang dianjurkan					
	Diuretik	β -blocker	ACEIs	ARB	CCB	Antagonis aldosteron
Gagal jantung	√	√	√	√		√
Pasca Infark Miokard		√	√			√
Risiko penyakit koroner	√	√	√		√	
Diabetes Mellitus	√	√	√	√	√	
Penyakit ginjal kronik			√	√		
Penyakit stroke rekuren	√		√			

Ket: √ (Obat digunakan pada indikasi penyulit)

3. Kepatuhan

a. Definisi

Kepatuhan dapat diartikan sebagai perilaku dalam meminum obat. Dalam hal ini kepatuhan dalam pengobatan dapat didefinisikan sebagai perilaku pasien dalam mengikuti nasihat pengobatan dari tenaga medis. Tingkat kepatuhan dan hubungan yang baik antara pasien dengan tenaga medis sangat berhubungan dengan tercapainya keberhasilan dalam suatu pengobatan. Ketidakpatuhan pasien terkait perilaku gaya hidup pasien seperti diet, olahraga, merokok, berat badan berlebih merupakan masalah yang harus diperhatikan oleh pasien agar dapat mencapai strategi terapi yang disarankan. Beberapa hal terkait ketidakpatuhan pasien seperti tidak meminum obat sesuai dosis, durasi dan waktu yang telah ditentukan. Pasien kadang tidak mengambil resep yang ada melainkan meminum obat tambahan diluar resep yang telah diberikan⁽¹⁵⁾.

Faktor ketidakpatuhan tidak hanya mempengaruhi hasil pengobatan pada pasien, tetapi juga mempengaruhi secara finansial. Laporan yang berasal dari Amerika Serikat menyimpulkan bahwa lebih dari 11% alasan masuk rumah sakit terkait langsung dengan ketidakpatuhan. Hal ini melibatkan 2 juta alasan masuk rumah sakit yang bernilai lebih dari \$7 milyar. Jadi jelaslah masalah kepatuhan perlu diperhatikan, baik dari segi terapeutik maupun dari segi finansial. Farmasis dapat memegang peranan penting di sini, yaitu dengan memberikan informasi yang benar kepada pasien, sering kali melalui orang yang merawatnya, untuk mendorong kepatuhan yang benar pula⁽¹⁶⁾.

b. Faktor- faktor yang mempengaruhi Kepatuhan

Kepatuhan atau sikap disiplin pengguna obat ini dipengaruhi oleh berbagai faktor dan WHO telah membaginya menjadi 5 faktor terkait seperti yang disajikan dalam tabel V.

Tabel V. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien⁽⁴⁾.

Hipertensi (Faktor- terkait)	Faktor yang mempengaruhi kepatuhan	
	(+) Untuk patuh	(-) Untuk tidak patuh
1. Sosial ekonomi	-	Status sosial ekonomi rendah, buta huruf, pengangguran, suplai obat terbatas, biaya berobat yang mahal
2. Sistem pelayanan kesehatan	Hubungan yang baik antara pasien dan dokter/tenaga kesehatan	Pengetahuan yang rendah dari tenaga kesehatan; pengetahuan/ pelatihan yang kurang terhadap tenaga kesehatan dalam mengatasi penyakit kronis; durasi waktu konsultasi yang kurang cukup
3. Kondisi/ lingkungan	Pemahaman dan persepsi yang baik mengenai hipertensi	-
4. Terapi	Pengobatan tunggal dengan jadwal dosis harian yang mudah, frekuensi dosis yang sering, perubahan yang sedikit pada pengobatan antihipertensi	Regimen pengobatan kompleks; durasi pengobatan; kemampuan toleransi rendah terhadap obat, menimbulkan reaksi yang tidak dikehendaki dari pengobatan
5. Pasien	Persepsi pada resiko kesehatan berhubungan dengan penyakit; aktif berpartisipasi pada monitoring pengobatan dan penanganan penyakit	Pengetahuan dan kemampuan yang tidak cukup dalam menangani gejala penyakit dan pengobatan; tidak ada kesadaran pada biaya dan keuntungan pengobatan, tidak melakukan monitoring

c. Metode Pengukuran Kepatuhan Pasien

1) Laporan Pasien

Adanya ketidakpatuhan berhubungan dengan kurangnya atau tidak akuratnya laporan mengenai konsumsi obat yang diresepkan oleh dokter. Harus dibuat karakterisasi untuk memantau penggunaan obat pada diri pasien. Jadi, metode ini menyediakan alat perekam yang dapat digunakan pasien untuk merekam setiap konsumsi obatnya sehingga dapat menghindari dampak keterbatasan memori pada pasien untuk terapi jangka panjang. Pendekatan ini terlihat sangat mudah tetapi belum divalidasi terhadap metode lain. Dokter memiliki beberapa kemungkinan selain mengandalkan laporan pasien untuk penilaian kepatuhan. Biasanya dokter juga menggunakan wawancara langsung pada pasien, ternyata metode ini juga kurang bisa menilai kepatuhan pada terapi karena hanya sedikit ketidakpatuhan yang dapat diidentifikasi dengan metode ini. Hal ini menyebabkan rendahnya laporan ketidakpatuhan pasien. Suatu penelitian menyebutkan bahwa dengan metode ini hanya sekitar 25 sampai 59% ketidakpatuhan yang dapat diidentifikasi^(15,16).

2) Observasi Klinik

Dalam aturan klinis, dokter dapat menggunakan hasil terapi sebagai indikator untuk menilai kepatuhan pasien, dan dapat diketahui pasien memiliki tingkat kepatuhan yang rendah. Karena metode prediksi yang dilakukan oleh dokter ini tidak membuat skor kepatuhan pasien yang lebih tinggi. Dalam pengaturan percobaan klinis, hasil terapi, atau terjadinya efek yang tidak bisa dievaluasi, dilakukan dengan metode secara acak (*randomized trial*) menggunakan cara *blinded* yaitu antara dokter dan pasien sama-sama tidak mengetahui kelompok kontrol dan perlakuan^(15,16).

3) Biologycal Assay

Secara keseluruhan metode ini membutuhkan biaya yang sangat mahal dan membatasi dalam studi kelayakan penerapannya. Metode ini mendasarkan pada pengukuran konsentrasi obat dalam darah atau urin pasien. Metode yang diterapkan dapat mengganggu kenyamanan pasien

karena cuplikan obat dalam cairan harus diambil secara berkala. Dalam proses pelaksanaannya ada beberapa hal yang dapat mengganggu hasil dari metode ini, diantaranya adalah interaksi antar obat dengan obat lain atau makanan, perbedaan status psikologi, jadwal minum obat dan waktu paruh eliminasi obat⁽¹⁹⁾.

4) Pemantauan resep

Pemantauan interval aktual antara copy resep dan hubungannya dengan interval ideal jika obat dikonsumsi, direkomendasikan sebagai salah satu teknik untuk melihat studi epidemiologi, tetapi harus ada jaminan bahwa pasien hanya akan menggunakan farmasi atau sistem farmasi yang sama. Dalam uji klinis pengeluaran dari studi obat harus hati-hati dan dipantau juga kegagalan dalam mengisi copy resep karena akibatnya pasien tidak akan berkunjung kembali sehingga kepatuhan pasien menurun^(18,19).

5) Menghitung pil

Metode ini dilakukan dengan cara menghitung jumlah tablet/*pill* obat sisa sejak pasien mendapatkan obat sampai pengobatan berakhir. Metode ini mudah dilaksanakan dalam mengukur kepatuhan. Namun pengukuran ini terkendala penerapannya pada studi populasi di pasien *geriatri*. Untuk menilai kepatuhan seringkali sulit untuk dilakukan dengan metode ini, dikarenakan pasien pada umumnya mendapatkan resep obat secara berkala, ketika resep yang pertama belum habis dan sudah mendapatkan resep baru lagi maka resep obat yang pertama kali akan dihabiskan terlebih dahulu kemudian di ikuti dengan resep selanjutnya^(18,19).

b. *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS)

1) Sejarah MMAS

Hipertensi merupakan penyakit degeneratif dan membutuhkan terapi jangka panjang. Kepatuhan terhadap terapi pengobatan hipertensi berhasil dengan indikator terkontrolnya tekanan darah (sistolik < 140 mmHg dan diastolik < 90 mmHg) dan berkurangnya dampak reaksi yang tidak dikehendaki. Berawal dari itu semua maka dibutuhkan suatu metode

untuk mengukur tingkat kepatuhan pengobatan pada pasien hipertensi yang memiliki validitas dan reliabilitas yang baik serta mudah digunakan MMAS merupakan kuesioner standar yang dibuat pada awal tahun 1986 oleh Donald E. Morisky dari Universitas California. Kuesioner ini memiliki validitas dan reliabilitas yang baik⁽²⁰⁾.

2) Tujuan MMAS

Diharapkan metode ini dapat digunakan sebagai metode awal untuk mendeteksi pasien dengan kepatuhan yang rendah dan berhadapan dengan tidak terkontrolnya tekanan darah, yang nantinya dapat dibandingkan dengan tingkat kepatuhan rendah dan tinggi⁽¹⁸⁾.

3) Prinsip MMAS

Pada prinsipnya MMAS merupakan suatu bentuk kuesioner yang terdiri dari 8-item pertanyaan untuk mengukur laporan langsung dari pasien terkait pengobatan yang dijalannya. Metode ini merupakan perkembangan dari metode sebelumnya yang terdiri dari 4-item pertanyaan. Kelebihan dari kuisisioner ini yaitu lebih spesifik untuk melihat tingkat kepatuhan dari pasien. Delapan-item pertanyaan ini memiliki sensitivitas yang tinggi di banding dengan 4-item. Sensitivitas yang di dapat 93 % di samping itu skala pengukuran ini baik digunakan untuk identifikasi pasien yang memiliki tingkat kepatuhan rendah dan memiliki tekanan darah tidak terkontrol. Memiliki validitas yang baik untuk digunakan pada kondisi responden dengan tingkat pendapatan yang rendah dan pada uji reliabilitas didapatkan nilai *alpha reliability* sebesar 0.83⁽²⁰⁾.

4) Keuntungan

- (a) Mudah dan bersifat ekonomis untuk digunakan
- (b) Relatif sederhana dan praktis untuk digunakan pada pasien jalan.
- (c) Data yang diperoleh langsung dari pasien dalam waktu yang singkat.
- (d) Dapat mengemukakan faktor-faktor potensial yang menyebabkan rendahnya kepatuhan meliputi kondisi sosial, situasi dan faktor perilaku

- (e) Instrumen untuk identifikasi awal pasien dengan permasalahan kepatuhan dan dapat digunakan untuk memonitor kepatuhan terhadap pengobatan⁽²⁰⁾.

5) Kerugian

- (a) Bias (penyimpangan) terkait daya ingat dari pasien
- (b) Penelitian ini sesuai jika diterapkan terhadap populasi pasien dengan status sosial ekonomi rendah, dimungkinkan terkendala jika diterapkan pada populasi dengan status sosial ekonomi yang berbeda⁽²⁰⁾.

4. Kepercayaan

a. Definisi Kepercayaan

Kepercayaan adalah komponen kognitif dari faktor sosio-psikologis. Kepercayaan di sini tidak ada hubungannya dengan hal-hal yang gaib, tetapi hanyalah keyakinan bahwa sesuatu itu benar atau salah. Kepercayaan sering dapat bersifat rasional atau irasional. Kepercayaan yang rasional apabila kepercayaan orang terhadap sesuatu tersebut masuk akal. Orang percaya bahwa dokter pasti dapat menyembuhkan penyakitnya. Hal ini adalah rasional karena memang dokter tersebut telah bertahun-tahun belajar ilmu kedokteran atau penyembuhan penyakit⁽²¹⁾.

b. Model Kepercayaan Kesehatan

Anderson menggambarkan model sistem kesehatan (*health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan. Di dalam model Anderson ini terdapat 3 kategori utama dalam pelayanan kesehatan, yaitu karakteristik, predisposisi, karakteristik pendukung, dan karakteristik kebutuhan

1) Karakteristik predisposisi (*Predisposing characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan ke dalam 3 kelompok

- (a) Ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin dan umur

(b) Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan atau ras

(c) Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit

2) Karakteristik pendukung (*Enabling characteristics*)

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar

3) Karakteristik kebutuhan (*Need characteristics*)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan, apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan enabling itu ada. Kebutuhan (*need*) di sini dibagi menjadi 2 kategori, dirasa atau preceived (*subject assesment*) dan evaluated (*clinical diagnosis*)⁽²¹⁾.

c. Pengukuran Kepercayaan

Kepercayaan mengenai pengobatan telah diukur pada beberapa penelitian kualitatif. Metode kualitatif tidak digunakan untuk memperkirakan tingkat kepercayaan. Pengukuran kepercayaan mengenai penggunaan obat, digunakan menggunakan BMQ (*Beliefs about Medicines questionnaire*) digunakan untuk mengukur tingkat kepercayaan terhadap pengobatan spesifik dan pengobatan secara umum. BMQ terdiri dari 18 pertanyaan yang menggunakan 5 tingkat skala. Sepuluh pertanyaan pertama mengevaluasi sikap pasien terhadap pengobatan, pengobatan yang didapatkan pasien. Delapan pertanyaan selanjutnya mengukur tentang sikap secara umum terhadap pengobatan. Skor total didapatkan dari hasil penjumlahan skor jawaban seluruh pertanyaan⁽²²⁾. BMQ dikembangkan berasal dari hasil penelitian

kualitatif, kuesioner ini telah tervalidasi dengan hasil yang bagus: isinya konsistensi, terdapat pengulangan test pada data lain, dan telah melewati tes kapasitas psikometrik. Kepercayaan spesifik mengenai pengobatan digunakan untuk menganalisa pasien spesifik serta kepercayaan pasien mengenai pengobatan spesifik, kepercayaan secara umum mengenai pengobatan. BMQ dapat digunakan untuk menyatukan model-model kepercayaan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam mengkonsumsi obat⁽²⁴⁾.

5. Pengetahuan

a. Definisi

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan umumnya datang dari pengalaman, juga bisa didapat dari informasi yang disampaikan oleh guru, orang tua, teman, buku, dan surat kabar⁽²³⁾.

Menurut Setiawati (2008), pengetahuan adalah hasil dari proses pembelajaran dengan melibatkan indra penglihatan, pendengaran, penciuman, dan pengecap. Pengetahuan memberikan penguatan terhadap individu dalam setiap mengambil keputusan sehingga individu tersebut akan melakukan perubahan dengan mengadopsi perilaku. Pengetahuan bukan sesuatu yang sudah ada dan tersedia sementara orang lain tinggal menerimanya⁽¹⁴⁾.

b. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain agar mereka dapat memahami. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah pula bagi mereka untuk menerima informasi, dan pada akhirnya semakin banyak pengetahuan yang mereka miliki

2) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung

3) Umur

Semakin bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan aspek fisik dan psikologis (mental), dimana aspek psikologis ini taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa

4) Minat

Minat diartikan sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam

5) Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami oleh individu baik dari dalam dirinya ataupun dari lingkungannya. Pada dasarnya pengalaman mungkin saja menyenangkan atau tidak menyenangkan bagi individu yang melekat menjadi pengetahuan pada individu secara subjektif

6) Informasi

Kemudahan seseorang untuk memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru. Penderita hipertensi harus mempunyai pengetahuan dan sikap kepatuhan untuk dapat menyesuaikan penatalaksanaan terapi hipertensi dalam kehidupan sehari-hari. Kepatuhan dalam mengontrol tekanan darah dipengaruhi oleh pengetahuan pasien tentang penyakit yang dideritanya serta diet hipertensi. Kurangnya kesadaran dan pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi terbukti dengan pasien yang masih memilih makanan siap saji yang umumnya rendah serat, tinggi lemak, dan mengandung banyak garam, yang merupakan pola makan yang kurang sehat sebagai pemicu penyakit⁽²³⁾.

c. Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuan tentang kesehatan dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya, kualitatif atau kuantitatif. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan^(21,23).

1) Penelitian kuantitatif

Pada umumnya digunakan untuk mencari jawaban dari fenomena yang menyangkut berapa banyak, berapa sering, dan berapa lama. Metode yang digunakan diantaranya

(a) Wawancara tertutup atau wawancara terbuka

Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner. Wawancara tertutup adalah suatu wawancara dimana jawaban responden atas pertanyaan yang diajukan telah tersedia dalam opsi jawaban, responden tinggal memilih jawaban mana yang mereka anggap paling benar atau paling tepat. Sedangkan wawancara terbuka, sedangkan responden boleh menjawab apa saja sesuai dengan pendapat atau pengetahuan responden sendiri

(b) Angket tertutup atau terbuka

Alat ukur yang digunakan sama seperti wawancara, namun jawaban responden disampaikan lewat tulisan. Metode pengukuran melalui angket ini sering disebut “*self administered*” atau metode mengisi sendiri

2) Penelitian Kualitatif

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana suatu fenomena terjadi atau mengapa terjadi. Metode pengukuran yang digunakan antara lain

(a) Wawancara mendalam

Peneliti mengajukan suatu pertanyaan sebagai pembuka yang akhirnya memancing jawaban sebanyak-banyaknya dari responden. Jawaban responden akan diikuti pertanyaan yang lain, terus-menerus, sehingga diperoleh informasi atau jawaban responden sebanyak-banyaknya dan sejelas-jelasnya

(b) Diskusi Kelompok Tertulis (DKT)

Peneliti mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang akan memperoleh jawaban yang berbeda-beda dari semua responden dalam kelompok. Jumlah kelompok dalam diskusi kelompok terfokus tidak terlalu banyak tetapi juga tidak terlalu sedikit, antara 6-10 orang⁽²¹⁾.

d. *The Hypertension Fact Questionnaire*

Kuesioner yang dapat digunakan dalam mengukur tingkat pengetahuan pasien hipertensi adalah *HFQ (The Hypertension Fact Questionnaire)* terdiri dari 15 item pertanyaan yang digunakan untuk menialai pengetahuan pasien tentang hipertensi, meliputi penyebab, manajemen dan pengobatan. Respon jawaban pasien dinilai dengan “iya”, “tidak”, atau “tidak tahu”⁽¹⁾.

B. Landasan Teori

Kepatuhan pada terapi antihipertensi akan menentukan keberhasilan terapi yang ditandai dengan tercapainya tekanan darah terkontrol. Berdasarkan data dari WHO (World Health Organization) pada tahun 2003, diperkirakan 50-70% pasien hipertensi tidak patuh terhadap obat antihipertensi yang diresepkan. Beberapa faktor yang terkait dengan kepatuhan pasien adalah faktor yang berhubungan dengan pasien itu sendiri dan tenaga kesehatan. Dua faktor kunci yang terkait dengan pasien adalah tingkat pengetahuan dan kepercayaan tentang penyakit dan pengobatannya. Pasien yang memiliki tingkat pengetahuan dan kepercayaan tinggi tentang hipertensi dan pengobatannya cenderung lebih patuh dalam terapi antihipertensi. Hal ini terkait dengan penerimaan informasi dan kesadaran dari pasien tentang pentingnya kepatuhan pada terapi hipertensi. Sebagai contoh penelitian di Pakistan menyatakan bahwa pasien yang memiliki pengetahuan tinggi maka kepatuhannya juga akan meningkat. Indonesia sebagai negara berkembang dengan tingkat pengetahuan dan kesadaran akan kesehatan yang masih rendah serta banyak pasien yang belum patuh minum obat menjadi alasan dilakukan penelitian ini yaitu mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan

dan kepercayaan tentang penyakit dan pengobatan dengan kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta.

C. Hipotesis

Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dan kepercayaan tentang penyakit dan pengobatan dengan kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional design* pada pasien hipertensi yang terdaftar dan menjalani rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta. Pengambilan sampel secara *purposive sampling* pada pasien yang memenuhi kriteria inklusi. Pengukuran terhadap tingkat kepatuhan penggunaan antihipertensi dilakukan menggunakan kuesioner.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama bulan Januari sampai Maret 2012 dan tempat diadakannya penelitian ini adalah di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta.

C. Populasi dan Sampel

Populasi target adalah pasien hipertensi yang terdaftar dan menjalani rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta. Populasi terjangkau adalah pasien hipertensi yang terdaftar dan menjalani rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta selama bulan Januari sampai Maret 2012. Sampel merupakan sebagian dari populasi terjangkau yang menjadi sumber data sebenarnya dalam penelitian dengan menggunakan *purposive sampling* yaitu pemilihan sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan dalam penelitian.

1. Besar sampel

Menggunakan rumus perhitungan besar sampel untuk data nominal, dengan pendekatan jumlah N populasi :

$$n = \frac{Z^2 1 - \alpha/2 \ p(1-p)N}{d^2 (N-1) + Z^2 1 - \alpha/2 \ p(1-p)}$$

Keterangan; n : besar sampel yang diperlukan

$Z_{1-\alpha/2}$: deviat baku normal untuk α (1,96)

p : proporsi tingkat kepatuhan (asumsi 50 % = 0,50)

q : 1-p (1-0,5)

N : jumlah populasi (835)

d : limit error atau presisi absolut (10 % = 0,1)⁽²⁴⁾

Perhitungan yang didapat:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50}{(0,1)^2 \times 834 + (1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50} = 86,23$$

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut diperoleh jumlah pasien yang harus diambil minimal 86 pasien, sedangkan pada penelitian ini sampel yang digunakan sebanyak 100 pasien.

2. Kriteria Inklusi

- a. Pasien hipertensi berusia antara 20-70 tahun
- b. Pasien bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dibuktikan dengan kesediaan menandatangani *informed consent*.
- c. Data rekam medik pasien lengkap

3. Kriteria Eksklusi

- a. Pasien hipertensi karena kehamilan
- b. Pasien tidak kooperatif
- c. Pasien yang baru terdiagnosa hipertensi dan mendapatkan terapi antihipertensi kurang dari satu bulan

D. Definisi Operasional Variabel

Dalam penelitian ini pengolahan data dilakukan dengan menggunakan chi-square dan regresi logistik maka diperlukan identifikasi variabel tergantung (y) dan variabel bebas (x). Variabel tergantung adalah tingkat kepatuhan penggunaan obat antihipertensi sedangkan variabel bebas adalah tingkat pengetahuan dan kepercayaan tentang penyakit dan pengobatan pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta.

Batasan variabel operasional dibuat untuk menyamakan persepsi dalam suatu penelitian, yaitu sebagai berikut :

1. Tingkat kepatuhan yang diukur menggunakan kuesioner MMAS dengan dan di kategorikan ke dalam dua level tingkat kepatuhan yaitu: tidak patuh (skor < 6) dan patuh (skor ≥ 6).
2. Tingkat pengetahuan yang diukur menggunakan kuesioner HFQ dan dikategorikan kedalam tiga level tingkat pengetahuan yaitu: pengetahuan rendah (skor < 5), rata-rata (skor 5-7) dan tinggi (skor antara > 7).
3. Tingkat kepercayaan diukur menggunakan kuesioner BMQ dikategorikan kedalam dua level yaitu tinggi (skor $\geq$ median) dan rendah (skor $<$ median).
4. Karakteristik responden meliputi karakteristik demografi (usia, jenis kelamin, riwayat pendidikan terakhir, dan pekerjaan) dan karakteristik klinis (jumlah penyakit penyerta dan jumlah obat antihipertensi) berdasarkan rekam medik dan hasil wawancara.
5. Usia diperoleh dari hasil wawancara langsung dengan responden.
6. Jenis kelamin adalah pasien yang berjenis kelamin pria dan wanita berdasarkan hasil wawancara dan penampilan fisik responden.
7. Riwayat pendidikan terakhir adalah latar belakang pendidikan responden berdasarkan hasil wawancara.
8. Pekerjaan adalah mata pencaharian pasien berdasarkan hasil wawancara yang terbagi menjadi pekerjaan formal (PNS, swasta) dan non formal (pedagang, petani, buruh, ibu rumah tangga, dan pensiunan).
9. Jumlah penyakit penyerta adalah jumlah penyakit kronis selain hipertensi yang diderita sesuai dengan hasil penelusuran rekam medic responden.
10. Jumlah obat antihipertensi adalah obat yang terdapat dalam data penggunaan antihipertensi untuk pasien rawat jalan dari Bagian Pelayanan Instalasi Farmasi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta.

E. Pengumpulan Data

Data yang diperlukan dalam penelitian ini meliputi:

- a. Data karakteristik responden
Data dikumpulkan dengan melakukan wawancara langsung dengan pasien atau kerabat pasien, serta penelusuran data rekam medik pasien.
- b. Data kepatuhan responden
Data diperoleh dari hasil pengisian kuesioner MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*)
- c. Data tingkat kepercayaan responden
Data diperoleh dari hasil pengisian kuesioner BMQ (*Beliefs About Medicine Questionnaire*)
- d. Data tingkat pengetahuan responden
Data diperoleh dari hasil pengisian kuesioner HFQ (*Hypertension Fact Questionnaire*)

F. Instrumen

- a. Kuesioner MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*)
Kuesioner ini digunakan untuk mendeteksi pasien dengan kepatuhan yang rendah dan dikaitkan dengan tidak terkontrolnya tekanan darah, kemudian dibandingkan dengan tingkat kepatuhan rendah dan tinggi. Kuesioner ini terdiri dari 8-item pertanyaan untuk mengukur laporan langsung dari pasien terkait pengobatan yang dijalannya. Skor total yang diperoleh memiliki rentang nilai antara 0-8. Respon jawaban pasien dikelompokkan menjadi dua skala yaitu ya (skor 1) dan tidak (skor 0)^(19,20).
- b. Kuesioner HFQ (*Hypertension Fact Questionnaire*)
Kuesioner ini digunakan untuk menialai pengetahuan pasien tentang hipertensi, meliputi penyebab, manajemen dan pengobatan. Terdiri dari 9 item pertanyaan Respon jawaban pasien dinilai dengan

iya (skor 1) dan tidak/tidak tahu (skor 0). Skala tingkat pengetahuan diperoleh dari skor total jawaban antara 0-9⁽¹⁾.

c. Kuesioner BMQ (*Beliefs About Medicine Questionnaire*)

Metode ini digunakan untuk mengukur tingkat kepercayaan terhadap pengobatan secara spesifik dan umum. Spesifik terkait dengan kondisi penyakit yang diderita, kategori pertanyaan spesifik menunjukkan kepercayaan responden terkait kebutuhan terhadap obat dan kekhawatiran terkait obat. Kategori pertanyaan general terkait dengan pengobatan secara umum yang digunakan untuk mengukur persepsi responden tentang bahaya obat dan penggunaan obat berlebih⁽²⁵⁾. BMQ terdiri dari 9 item pertanyaan yang menggunakan 5 level penilaian yaitu: sangat tidak setuju (skor 1), tidak setuju (skor 2), ragu-ragu (skor 3), setuju (skor 4), dan sangat setuju (skor 5). Skor total didapatkan dari hasil penjumlahan skor jawaban seluruh pertanyaan berdasarkan kategori pertanyaan⁽²²⁾.

G. Uji Validitas

Validitas menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur itu mengukur apa yang ingin di ukur. Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk mengukur validitas adalah sebagai berikut:

- a. Mendefinisikan secara operasional konsep yang akan di ukur
- b. Melakukan uji coba skala pengukur tersebut pada sejumlah responden
- c. Mempersiapkan tabel tabulasi jawaban
- d. Menghitung korelasi antara masing-masing pertanyaan dengan skor total dengan menggunakan rumus teknik korelasi "*product moment*"

Hasil dari perhitungan di atas akan di dapat suatu nilai korelasi.

Kemudian untuk pengujian validitas tiap butir, nilai korelasi dari perhitungan statistik tadi dibandingkan dengan angkat kritik tabel korelasi *r product moment*.

Uji hipotesis untuk validitas tiap butir suatu angket adalah sebagai berikut:

- a. Hipotesis

H_0 : skor butir tidak berkorelasi positif dengan skor faktornya (butir tidak valid)

H_1 : skor butir berkorelasi positif dengan skor faktornya (butir valid)

b. Tingkat signifikansi 5 %

c. Daerah kritis:

$r_{\text{hasil positif}} \leq r_{\text{tabel}}$, maka H_0 tidak ditolak

$r_{\text{hasil positif}} > r_{\text{tabel}}$, maka H_0 ditolak

d. Statistik uji: dengan menggunakan program SPSS yaitu, dapat dilihat pada kolom *corrected item total correlation* pada *output* komputer.

e. Kesimpulan

Jika, $r_{\text{hasil positif}} \leq r_{\text{tabel}}$, maka butir tersebut adalah tidak valid

$r_{\text{hasil positif}} > r_{\text{tabel}}$, maka butir tersebut adalah valid

Jika terdapat butir yang tidak valid, maka butir tersebut harus dikeluarkan dan proses analisis di ulang untuk butir yang valid saja⁽²²⁾.

H. Uji Reliabilitas

Merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat digunakan. Bila suatu alat pengukur dapat dipakai dua kali-untuk mengukur gejala yang sama dan hasil pengukuran yang diperoleh relatif konsisten, maka alat pengukur tersebut tersebut reliabel.

Pengukuran reliabilitas dengan teknik *One Shoot* (mengukur sekali). Metode ini dilakukan dengan cara apabila responden hanya diberi pertanyaan atau pernyataan sekali kemudian hasilnya dibandingkan dengan hasil pertanyaan lain. Sementara itu, teknik sekali ukur yang digunakan adalah teknik Alpha (koefisien alpha). Rumusnya adalah sebagai berikut:

$$r = \frac{M}{M-1} \left(1 - \frac{V_x}{V_t} \right)$$

Keterangan: V_x = variansi butir-butir

V_t = variansi total

M = jumlah butir

Langkah pengujian hipotesisnya adalah sebagai berikut:

a. Hipotesis

H_0 : skor butir tidak berkorelasi positif dengan skor faktornya (butir tidak reliabel)

H_1 : skor butir berkorelasi positif dengan skor faktornya (butir reliabel)

a. Tingkat signifikansi 5 %

b. Daerah kritis:

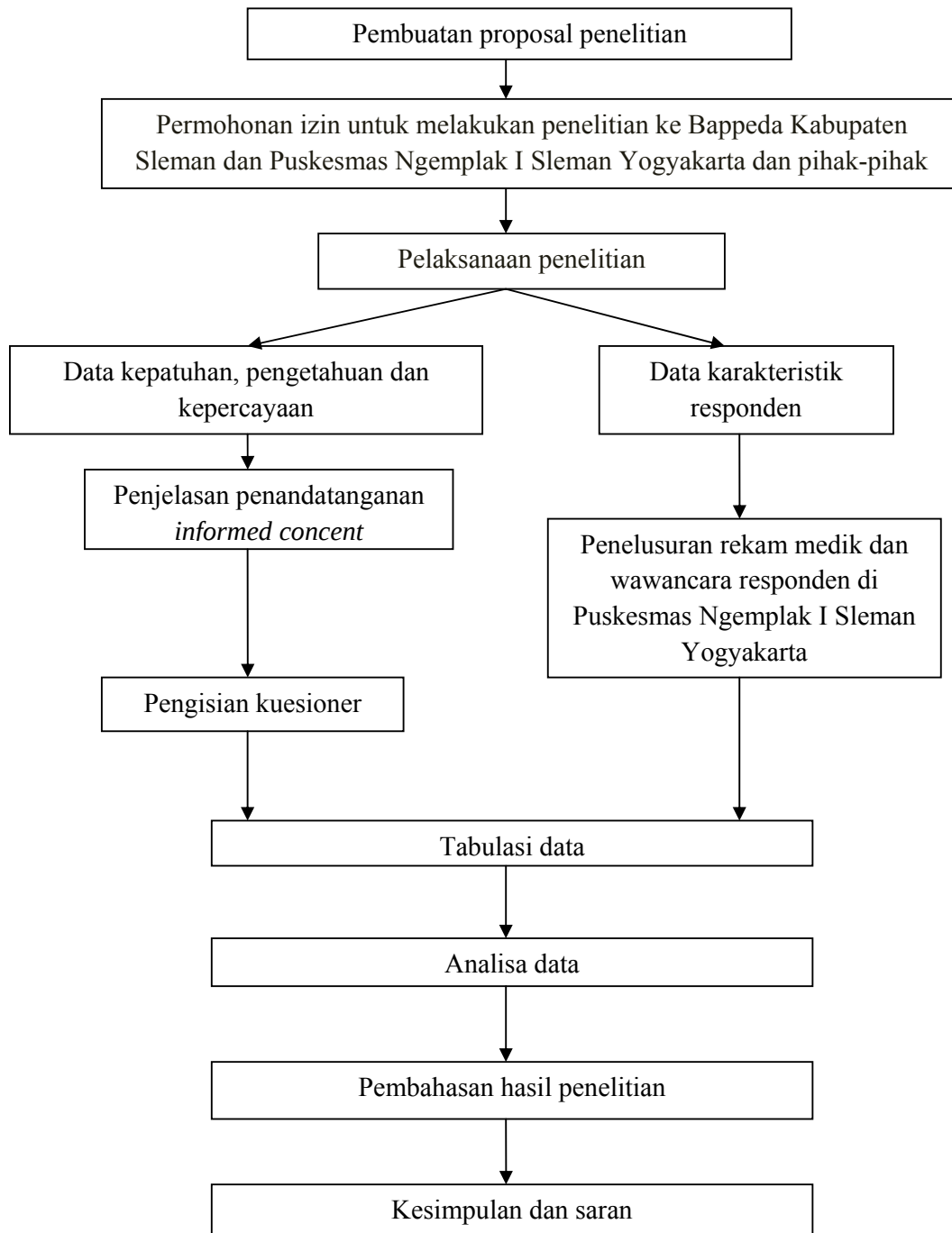
$r_{\text{hasil positif}} \leq r_{\text{tabel}}$, maka H_0 tidak ditolak (butir tidak reliabel)

$r_{\text{hasil positif}} > r_{\text{tabel}}$, maka H_0 ditolak (butir reliabel)

c. Statistik uji: dengan menggunakan program SPSS yaitu, dapat dilihat pada bagian nilai Alpha pada *output* komputer.

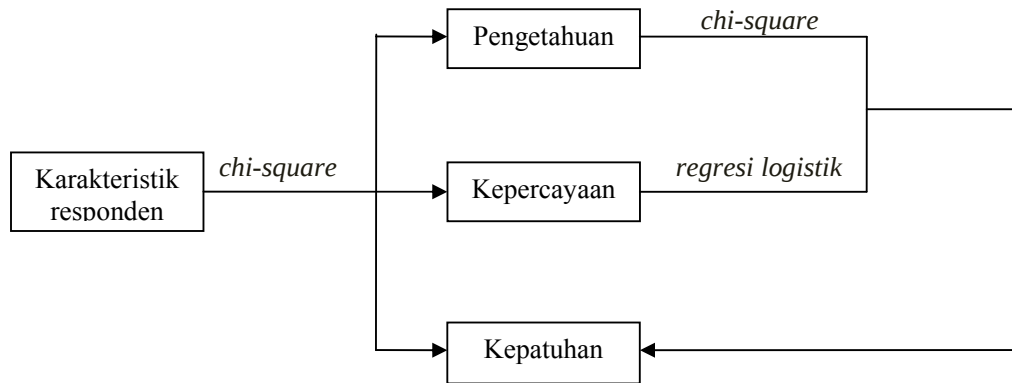
Kesimpulan, $r_{\text{hasil positif}} > r_{\text{tabel}}$, maka H_0 ditolak (butir reliabel)⁽²²⁾.

I. Alur Penelitian



Gambar 2. Alur Penelitian

J. Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka Konsep

K. Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data hasil penelitian dilakukan dengan dua cara, yaitu :

1. Analisis deskriptif

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui gambaran kepatuhan, pengetahuan dan kepercayaan pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta. Analisis deskriptif ini dilakukan dengan penghitungan persentase jumlah yang hasilnya diwujudkan dengan bentuk persen.

2. Analisis inferensial

Analisis inferensial yang digunakan dalam penelitian ini adalah

- a. *Chi-square* digunakan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan, kepercayaan dan kepatuhan dengan karakteristik responden. Selain itu, analisis ini juga digunakan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan tentang penyakit dan pengobatan dengan kepatuhan penggunaan obat. Data yang dimasukkan dalam analisis adalah hasil interpretasi total skor menjadi kategori.

b. Regresi logistik

Hasil total skor kuesioner BMQ dari seluruh jawaban responden dikelompokkan berdasarkan kategori kepercayaan, kemudian dihitung nilai median untuk mengetahui level tingkat kepercayaan. Data yang telah dikategorikan selanjutnya dianalisis menggunakan regresi logistik untuk mengetahui faktor terkait kepercayaan yang mempengaruhi kepatuhan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Uji Validitas Kuesioner

Kuesioner yang diuji validitas adalah kuesioner HFQ (*Hypertension Fact Questionnaire*) dan BMQ (*Beliefs About Medicine Questionnaire*). Responden yang digunakan untuk uji coba adalah responden dari tempat penelitian dilaksanakan, dan untuk memperoleh distribusi nilai hasil pengukuran yang mendekati normal digunakan 20 responden untuk uji coba⁽²³⁾. Dari hasil pengujian diketahui bahwa kuesioner HFQ dan BMQ valid untuk digunakan yang ditunjukkan dengan nilai *corrected item correlation* lebih dari 0,361. Hasil ini menunjukkan bahwa kuesioner sudah tepat digunakan.

Tabel VI. Hasil uji validitas kuesioner HFQ

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
P1	6,3000	4,631	,613	,640	,816
P2	6,2000	5,200	,441	,369	,834
P3	6,5000	4,603	,443	,440	,838
P4	6,2667	4,823	,548	,496	,823
P5	6,3667	4,792	,424	,313	,837
P6	6,3000	4,700	,566	,739	,821
P7	6,3667	4,309	,717	,906	,802
P8	6,3667	4,585	,545	,637	,823
P9	6,4000	4,248	,714	,889	,802

Tabel VII. Hasil uji validitas kuesioner BMQ

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
P1	29,5333	40,326	,637	,760	,846
P2	28,9667	34,930	,683	,803	,842
P3	28,5000	41,155	,493	,671	,859
P4	29,4000	41,903	,528	,466	,855
P5	28,6333	38,240	,730	,702	,836
P6	29,3667	37,757	,673	,770	,841
P7	28,6667	39,678	,607	,692	,848
P8	28,2000	43,614	,515	,562	,857
P9	28,4667	40,878	,523	,741	,856

B. Uji Reliabilitas Kuesioner

Kuesioner yang diuji reliabilitas adalah kuesioner HFQ (*Hypertension Fact Questionnaire*) dan BMQ (*Beliefs About Medicine Questionnaire*). *Alpha Cronbach* merupakan salah satu koefisien reliabilitas yang paling sering digunakan. Skala pengukuran yang reliabel sebaiknya memiliki nilai *Alpha Cronbach* minimal 0,70⁽²⁶⁾. Hasil uji reliabilitas yang diperoleh dari penelitian Utomo (2010) menunjukkan kuesioner MMAS versi Bahasa Indonesia cukup reliabel untuk digunakan, dengan nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,922⁽²⁷⁾. Penelitian Morisky (2008) memberikan nilai *Alpha Cronbach* untuk keseluruhan skala pengukuran sebesar 0,83⁽¹⁹⁾. Dari hasil pengujian diperoleh nilai *Alpha Cronbach* untuk kuesioner BMQ sebesar 0,864 dan HFQ sebesar 0,839 yang menunjukkan kedua kuesioner ini mempunyai reliabilitas yang baik.

C. Gambaran Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang ditelusuri dalam penelitian ini meliputi karakteristik demografi: usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan pendidikan terakhir; dan karakteristik klinis: jumlah penyakit penyerta dan jumlah antihipertensi yang digunakan. Data distribusi karakteristik responden yang meliputi karakteristik demografi dan karakteristik klinis disajikan dalam tabel VI.

Tabel VIII. Distribusi karakteristik responden pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta yang dilibatkan dalam penelitian

No.	Karakteristik	Frekuensi	Proporsi (%)
1.	Usia		
	a. ≤ 50	25	25
	b. > 50	75	75
2.	Jenis kelamin		
	a. Pria	21	21
	b. Wanita	79	79
3.	Riwayat pendidikan terakhir		
	a. ≤ SMP atau sederajat	70	70
	b. > SMP atau sederajat	30	30

Lanjutan **Tabel VIII.**

4.	Jumlah penyakit penyerta a. 0 b. 1+	65 35	65 35
5.	Pekerjaan a. Formal b. Nonformal	8 92	8 92
6.	Jumlah obat antihipertensi a. Tunggal b. Kombinasi	44 56	44 56

1. Karakteristik Demografi

a. Usia (Tahun)

Berdasarkan data pada Tabel VI terlihat bahwa penderita hipertensi jauh lebih banyak pada kelompok usia lebih dari 50 tahun (75%). Hasil yang sama dengan penelitian Hidayanti (2011) di Puskesmas Depok I Sleman menunjukkan hasil yang sama, yaitu sebanyak 82,9% pasien hipertensi berada pada kelompok usia di atas 50 tahun⁽²⁸⁾. Penelitian Rasmaliah (2005) secara deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* di Puskesmas Kecamatan Medan Labuhan menguatkan hasil penelitian ini, bahwa prevalensi penderita hipertensi paling banyak pada umur 45-60 tahun yaitu sebesar 30,8%⁽²⁹⁾. Selain itu, studi yang dilakukan Rahajeng (2009) menyatakan bahwa resiko hipertensi meningkat sejalan dengan bertambahnya usia dan usia >75 tahun beresiko 11,53 kali⁽¹²⁾. Babatsikou et al (2010) mengemukakan bahwa beberapa epidemiologi terkait prevalensi hipertensi yang tinggi pada individu usia lanjut di Amerika dan Eropa berkisar antara 53%-72%⁽³⁰⁾. Beberapa penelitian tersebut membuktikan bahwa resiko hipertensi meningkat seiring dengan pertambahan usia.

Secara fisiologis sudah diketahui bahwa tekanan darah akan bertambah secara perlahan seiring dengan bertambahnya umur, dan risiko untuk menderita hipertensi pada populasi ≥ 55 tahun yang pada awalnya memiliki tekanan darah normal adalah 90%⁽¹¹⁾. Setelah umur 45 tahun, dinding arteri akan mengalami penebalan oleh karena adanya penumpukan zat kolagen pada lapisan otot, sehingga pembuluh darah akan berangsur-angsur menyempit dan menjadi kaku. Tekanan darah sisitolik meningkat karena kelenturan

pembuluh darah besar yang berkurang pada penambahan umur sampai dekade ketujuh sedangkan tekanan darah diastolik meningkat sampai dekade kelima dan keenam kemudian menetap atau cenderung menurun. Peningkatan umur akan menyebabkan beberapa perubahan fisiologis, pada usia lanjut terjadi peningkatan resistensi perifer dan aktivitas simpatik⁽³¹⁾.

b. Jenis kelamin

Hasil penelitian ini menunjukkan 79% pasien hipertensi adalah wanita. Proporsi ini jauh lebih besar dibandingkan dengan pria dan hasil yang serupa dengan beberapa penelitian sebelumnya. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Lim et al (2004) menyebutkan bahwa presentase responden wanita di Malaysia yang menderita hipertensi lebih banyak daripada pria yaitu sebesar 53%⁽³²⁾. Eskanoto (2011) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa jumlah penderita hipertensi di Kelurahan Jagalan Surakarta berdasarkan karakteristik jenis kelamin, laki-laki sebanyak 37,19% dan perempuan 62,80% dari total 200 responden yang terlibat⁽³³⁾.

Beberapa penelitian diatas dibuktikan dengan teori yang ada bahwa prevalensi hipertensi antara pria dan wanita sebenarnya hampir sama, namun wanita akan beresiko mengalami hipertensi pada masa menopause⁽³¹⁾. Wanita yang belum mengalami menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL). Kadar kolesterol HDL yang tinggi merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis. Efek perlindungan estrogen dianggap sebagai penjelasan adanya imunitas wanita pada usia premenopause. Pada premenopause wanita mulai sedikit demi sedikit kehilangan hormon estrogen yang selama ini melindungi pembuluh darah dari kerusakan. Proses ini terus berlanjut dimana hormon estrogen tersebut berubah kuantitasnya sesuai dengan umur wanita secara alami, yang umumnya mulai terjaid pada wanita umur 45-55 tahun⁽³⁴⁾.

c. Riwayat pendidikan terakhir

Data pada Tabel VI menunjukkan presentase responden yang berpendidikan di bawah SMP sebesar 70%. Penelitian yang dilakukan Manik (2011) dan Rahajeng (2009) menunjukkan hasil yang sama bahwa prevalensi hipertensi tertinggi pada responden yang berpendidikan SD (54,50%) dan

tidak bersekolah, resiko tersebut akan semakin menurun seiring dengan peningkatan jenjang pendidikan^(12,35). Hasil yang relatif berbeda dengan penelitian Hidayanti (2011) di Puskesmas Depok II Sleman, bahwa jumlah responden hipertensi yang berpendidikan dibawah SMP sebanyak 36,2%⁽²⁸⁾.

Perbedaan tersebut dikarenakan tingkat pendidikan tidak ada kaitan dengan risiko terjadinya hipertensi, namun dari penelitian ini dapat diketahui bahwa masyarakat yang datang untuk berobat ke puskesmas sebagian besar adalah masyarakat dengan tingkat pendidikan menengah ke bawah. Kondisi ini perlu mendapatkan perhatian terkait dengan informasi tentang penyakit dan pengobatannya yang harus disampaikan kepada pasien. Secara umum, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin cepat pula dalam proses menyerap informasi. Dalam hal ini, seseorang yang tingkat pendidikannya rendah dalam menerima informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan kaitannya dengan penyakit hipertensi akan cenderung lebih sulit.

d. Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian, responden yang pekerjaannya formal sebanyak 8% dan non formal 92%. Kategori pekerjaan formal meliputi pegawai, baik PNS maupun pegawai swasta, sedangkan pekerjaan non formal yaitu pedagang, petani, buruh, ibu rumah tangga dan pensiunan.

Pekerjaan menjadi hal penting yang diperhatikan dalam menilai psikososial dari responden. Orang sering mengalami stres yang berhubungan dengan pekerjaan, bisa jadi karena tuntutan kerja yang terlalu berat, tanggung jawab, dan penilaian hasil kerja yang dilakukan oleh atasan terhadap bawahannya. Stres terhadap pekerjaan cenderung bisa menyebabkan hipertensi berat. Sumber stres dalam pekerjaan (Stressor) meliputi beban kerja, fasilitas kerja yang tidak memadai, peran dalam pekerjaan yang tidak jelas, tanggungjawab yang tidak jelas, masalah dalam hubungan dengan orang lain, tuntutan kerja dan tuntutan keluarga⁽⁴⁾.

2. Karakteristik Klinis

a. Jumlah penyakit penyerta

Responden dalam penelitian ini sebagian besar tidak memiliki penyakit penyerta (65%), artinya bahwa responden yang hanya didiagnosa mengalami

penyakit hipertensi. Penyakit yang masuk kategori penyakit penyerta dalam penelitian ini adalah penyakit kronis, baik yang mempengaruhi atau dipengaruhi oleh hipertensinya secara langsung. Beberapa penyakit yang menyertai hipertensi yang diderita responden dalam penelitian ini meliputi diabetes melitus, psikosis, dispepsia, asma dan asam urat (gout).

b. Jumlah obat antihipertensi

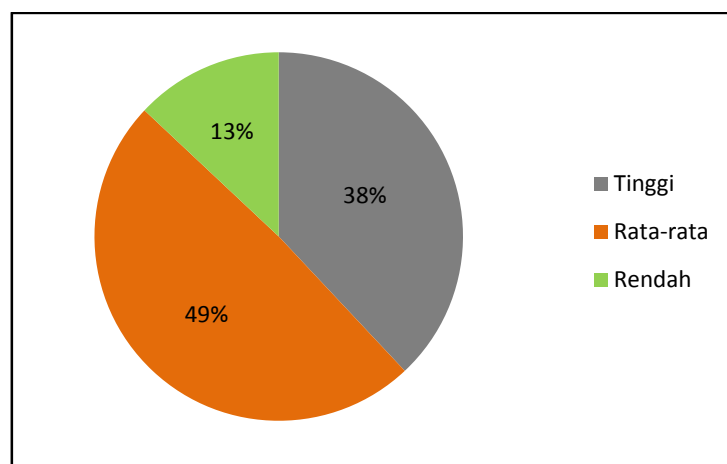
Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 56% responden menerima antihipertensi kombinasi yaitu golongan penghambat enzim angiotensin (captopril) dan golongan diuretik tiazid (Hidroklorotiazid). Hal ini berarti sekitar lebih dari 50% responden masuk kategori hipertensi stage 2 dengan nilai tekanan darah $>160/90$ mmHg. Antihipertensi tunggal biasanya diberikan untuk responden kategori hipertensi stage 1 atau responden yang tekanan darahnya terkontrol.

Pemilihan obat antihipertensi didasarkan pada kriteria tekanan darah responden. Faktor lain yang perlu dipertimbangkan dalam pemilihan antihipertensi adalah kondisi responden dan ada tidaknya indikasi penyulit/penyakit penyerta yang diderita responden yang dapat berinteraksi atau kontraindikasi dengan obat antihipertensi. Obat antihipertensi yang ada di Puskesmas yaitu kaptopril, hidroklorotiazid, furosemid, nifedipin dan kaptopril.

Berdasarkan ketentuan dari JNC 7 (2003), terapi pilihan pertama untuk responden hipertensi adalah golongan diuretik yaitu tiazid. Golongan diuretik tiazid dapat digunakan secara tunggal ataupun kombinasi dengan salah satu antihipertensi dari golongan lain (ACEI, ARB, BB, CCB). Pada responden yang memiliki indikasi penyulit seperti gagal ginjal, diabetes melitus, infark miokard stroke dan lain-lain, pemilihan antihipertensi disesuaikan dengan kondisi responden dan mempertimbangkan interaksi yang mungkin terjadi dengan terapi indikasi penyulitnya⁽⁹⁾.

D. Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Kepercayaan tentang Penyakit dan Pengobatannya

Tingkat pengetahuan pasien hipertensi di puskesmas Ngemplak I diukur menggunakan kuesioner HFQ (*Hypertension Fact Questionnaire*) yang berisi 9 item pertanyaan dengan penilaian jawaban meliputi jawaban benar (skor 1) dan salah/tidak tahu (skor 0). Berdasarkan hasil penelitian tingkat pengetahuan pada 100 responden diperoleh sebagian besar responden (49%) memiliki pengetahuan rata-rata. Distribusi tingkat pengetahuan responden tentang hipertensi dan pengobatannya disajikan dalam Gambar 3.



Gambar 4. Distribusi tingkat pengetahuan pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta tentang penyakit dan pengobatannya

Hasil penelitian ini hampir sama dengan beberapa penelitian lain. Penelitian yang dilakukan oleh Saleem et al (2011) di Pakistan menyimpulkan bahwa dari 385 responden yang menderita hipertensi terdapat 236 orang (61,3%) memiliki tingkat pengetahuan rata-rata⁽¹⁾. Studi *cross sectional* yang dilakukan oleh Busari et al (2010) terhadap 260 pasien hipertensi di Nigeria menunjukkan sebanyak 58,8 % memiliki tingkat pengetahuan tinggi tentang obat antihipertensi⁽³⁶⁾. Tingkat pengetahuan seseorang tentang penyakit dan pengobatannya dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti tingkat pendidikan, usia, frekuensi penerimaan informasi dan pengalaman⁽²³⁾.

Pada penelitian ini dilakukan analisis *chi-square* dengan taraf kepercayaan 95% untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan karakteristik

responden. Data hasil analisis hubungan tingkat pengetahuan berdasarkan karakteristik responden disajikan dalam tabel VII.

Tabel IX. Hasil analisis hubungan tingkat pengetahuan tentang penyakit dan pengobatannya dengan karakteristik demografi dan klinis pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta

Karakteristik responden		Pengetahuan			Nilai Signifikansi
		Tinggi	Rata-rata	Rendah	
1. Usia	a. ≤ 50	17	7	1	0,002
	b. > 50	21	42	12	
	Total	38	49	13	
2. Jenis Kelamin	a. Pria	11	9	1	0,219
	b. Wanita	27	40	12	
	Total	38	49	13	
3. Riwayat pendidikan terakhir	a. $\leq$ SMP/ sederajat	17	40	13	0,000
	b. $>$ SMP/ sederajat	21	9	0	
	Total	38	49	13	
4. Jumlah penyakit penyerta	a. 0	21	35	9	0,276
	b. 1+	17	14	4	
	Total	38	49	13	
5. Pekerjaan	a. Formal	6	1	1	0,064
	b. Non formal	32	48	12	
	Total	38	49	13	
6. Jumlah obat antihipertensi	a. Tunggal	20	20	4	0,0321
	b. Kombinasi	18	29	9	
	Total	38	49	13	

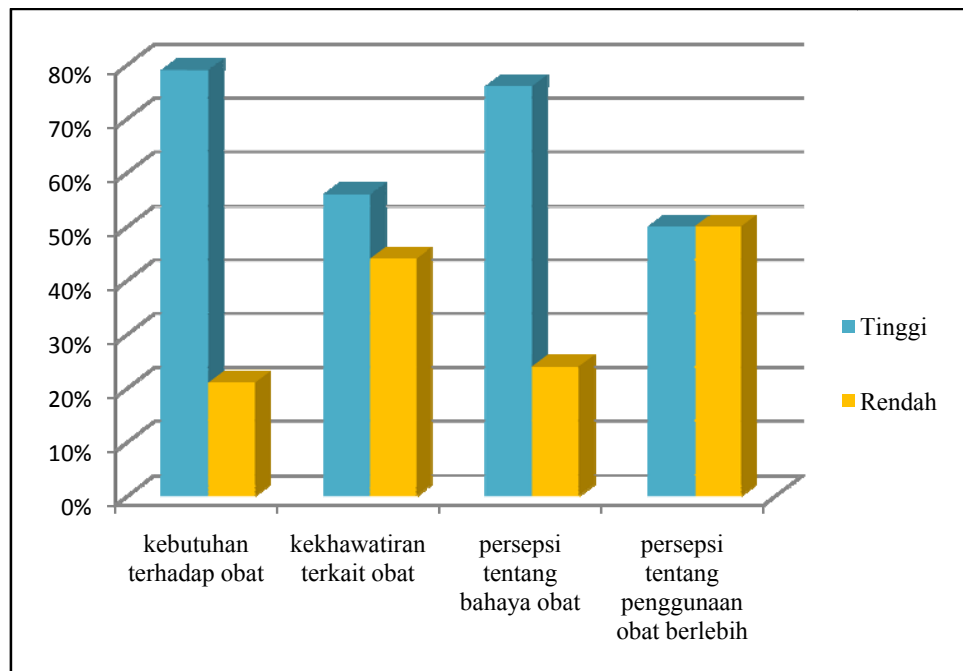
Berdasarkan tabel VII terlihat bahwa variabel yang memiliki nilai signifikansi kurang dari 0,05 adalah usia dan riwayat pendidikan terakhir. Hal ini menunjukkan bahwa beberapa variabel diatas memiliki hubungan yang erat dengan tingkat pengetahuan tentang hipertensi dan pengobatannya. Pada variabel usia, dapat dilihat bahwa sebagian besar responden yang berusia lebih dari 50 tahun memiliki tingkat pengetahuan yang lebih rendah dibandingkan dengan usia kurang dari 50 tahun. Karakteristik responden dengan riwayat pendidikan kurang dari SMP, sebagian besar mempunyai tingkat pengetahuan yang lebih rendah dibandingkan dengan responden yang memiliki riwayat pendidikan lebih dari SMP. Hasil yang sama ditunjukkan oleh Ginting (2008) dalam penelitiannya bahwa pendidikan berhubungan dengan pengetahuan tentang penyakit hipertensi, yaitu responden dengan tingkat pendidikan menengah dan tinggi mempunyai pengetahuan yang baik tentang hipertensi dibandingkan responden yang pendidikannya kategori rendah⁽³⁷⁾. Hal ini membuktikan bahwa semakin tinggi

jenjang pendidikan maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya karena secara tidak langsung memang pendidikan mempengaruhi kepatuhan responden terkait pemahaman responden terhadap instruksi yang diberikan tenaga kesehatan dan pemahaman responden mengenai pentingnya teratur minum obat untuk mencapai tekanan darah yang terkontrol⁽²¹⁾.

Faktor lain yang ingin dibuktikan dapat mempengaruhi kepatuhan dalam penelitian ini adalah kepercayaan. Tingkat kepercayaan pasien hipertensi terhadap penyakit dan pengobatan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta diukur menggunakan kuesioner BMQ (*Beliefs About Medicine Questionnaire*). Kuesioner ini terdiri dari dua subskala yang menilai tingkat kepercayaan responden secara spesifik dan general. Skala spesifik menilai kepercayaan tentang pengobatan yang diresepkan untuk kondisi spesifik yang dialami responden yaitu hipertensi. Penilaian spesifik meliputi kebutuhan terhadap obat (*necessity*) dan kekhawatiran terkait obat (*concern*). Dalam skala general memuat penilaian terkait perilaku responden terhadap pengobatan secara umum yang terdiri dari dua item yaitu persepsi tentang penggunaan obat berlebih (*overuse*) dan persepsi tentang bahaya obat (*harmful*)⁽²⁵⁾.

Berdasarkan hasil penelitian tingkat kepercayaan pada 100 responden didapatkan data jumlah responden yang memiliki kepercayaan tinggi terkait kebutuhan terhadap obat sebesar 79% sedangkan 21% responden memiliki kepercayaan yang rendah terhadap hal tersebut. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ketika pasien memiliki kemampuan untuk melakukan hal tersebut⁽³⁸⁾. Pada kategori pertanyaan *specific-concern*, sebesar 56% responden tidak merasa khawatir terhadap efek yang timbul dari obat dan beberapa diantaranya cenderung khawatir terhadap efek obat. Responden memiliki persepsi bahwa obat tidak berbahaya sebanyak 76% dan sisanya cenderung memiliki kepercayaan bahwa obat itu berbahaya. Hasil wawancara yang dilakukan terhadap responden, sebagian besar tidak merasa takut terhadap efek samping obat dan menganggap obat bukanlah racun. Bagi responden obat sangat bermanfaat bagi kesehatan dan peningkatan kualitas hidup. Presentase responden yang memiliki tingkat kepercayaan terhadap penggunaan obat berlebih di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta cenderung seimbang,

sebesar 50% tidak setuju terkait hal tersebut. Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara dimana responden masih mengkonsumsi obat dari dokter meskipun juga mengkonsumsi obat tradisional, karena mereka cenderung lebih percaya dengan obat yang diresepkan oleh dokter dibandingkan dengan obat tradisional. Presentase tingkat kepercayaan responden hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta disajikan dalam Gambar 4.



Gambar 5. Distribusi tingkat kepercayaan pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta tentang penyakit dan pengobatannya

Studi yang dilakukan oleh Kumar et al (2008) menyebutkan bahwa peningkatan persepsi seseorang terhadap pengobatan sangat erat kaitannya dengan budaya atau kebiasaan hidup dimasyarakat. Dalam penelitian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi yang tinggi terkait kekhawatiran persepan obat dan penggunaan obat yang berlebih⁽³⁹⁾. Dari data yang diperoleh terlihat bahwa di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta sebagian besar memiliki persepsi bahwa pengobatan hipertensi merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi oleh mereka, meskipun beberapa memberikan perhatian dan kekhawatiran yang berlebih terhadap pengobatan terkait bahaya yang mungkin ditimbulkan.

Pentingnya kepercayaan ditegaskan dalam teori yang dikemukakan Becker tentang model kepercayaan kesehatan (*The health belief models*) yaitu problem-problem kesehatan yang sering muncul diakibatkan oleh kegagalan masyarakat dalam menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang disediakan oleh provider atau pusat pelayanan kesehatan⁽³⁸⁾.

Perbedaan tingkat kepercayaan tentang penyakit dan pengobatan pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta berdasarkan karakteristik responden dianalisis statistik menggunakan *chi-square* dengan taraf kepercayaan 95%. Data hasil analisis disajikan dalam tabel berdasarkan kategori kepercayaan.

Tabel X. Hasil analisis hubungan tingkat kepercayaan tentang kebutuhan terhadap obat dengan karakteristik demografi dan klinis pada pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta

Variabel karakteristik		Kepercayaan		Nilai Signifikansi
		Tinggi	Rendah	
1. Usia	a. ≤ 50	18	7	0,321
	b. > 50	61	14	
	Total	79	21	
2. Jenis Kelamin	a. Pria	19	2	0,146
	b. Wanita	60	19	
	Total	79	21	
3. Riwayat pendidikan terakhir	a. $\leq$ SMP/ sederajat	55	15	0,872
	b. $>$ SMP/ sederajat	24	6	
	Total	79	21	
4. Jumlah penyakit penyerta	a. 0	52	13	0,738
	b. 1+	27	8	
	Total	79	21	
5. Pekerjaan	a. Formal	5	3	0,232
	b. Non formal	74	18	
	Total	79	21	
6. Jumlah obat antihipertensi	a. Tunggal	37	7	0,268
	b. Kombinasi	42	14	
	Total	79	21	

Tabel XI. Hasil analisis hubungan tingkat kepercayaan tentang kekhawatiran terkait obat dengan karakteristik demografi dan klinis pada pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta

Variabel karakteristik		Kepercayaan		Nilai Signifikansi
		Tinggi	Rendah	
1. Usia	a. ≤ 50	13	12	0,642
	b. > 50	43	32	
	Total	56	44	
2. Jenis Kelamin	a. Pria	11	10	0,707
	b. Wanita	45	34	
	Total	56	44	
3. Riwayat pendidikan terakhir	a. $\leq$ SMP/ sederajat	40	30	0,726
	b. $>$ SMP/ sederajat	16	14	
	Total	56	44	
4. Jumlah penyakit penyerta	a. 0	38	27	0,269
	b. 1+	18	17	
	Total	56	44	
5. Pekerjaan	a. Formal	6	2	0,269
	b. Non formal	50	42	
	Total	56	44	
6. Jumlah obat antihipertensi	a. Tunggal	25	19	0,884
	b. Kombinasi	31	25	
	Total	56	44	

Tabel XII. Hasil analisis hubungan tingkat kepercayaan terkait persepsi tentang bahaya obat dengan karakteristik demografi dan klinis pada pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta

Variabel karakteristik		Kepercayaan		Nilai Signifikansi
		Tinggi	Rendah	
1. Usia	a. ≤ 50	22	3	0,105
	b. > 50	54	21	
	Total	76	24	
2. Jenis Kelamin	a. Pria	18	3	0,261
	b. Wanita	58	21	
	Total	76	24	
3. Riwayat pendidikan terakhir	a. $\leq$ SMP/ sederajat	50	20	0,102
	b. $>$ SMP/ sederajat	26	4	
	Total	76	24	
4. Jumlah penyakit penyerta	a. 0	45	20	0,031
	b. 1+	31	4	
	Total	76	24	
5. Pekerjaan	a. Formal	8	0	0,097
	b. Non formal	68	26	
	Total	76	24	
6. Jumlah obat antihipertensi	a. Tunggal	36	8	0,227
	b. Kombinasi	40	16	
	Total	76	24	

Tabel XIII. Hasil analisis hubungan tingkat kepercayaan terkait persepsi tentang penggunaan obat berlebih dengan karakteristik demografi dan klinis pada pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta

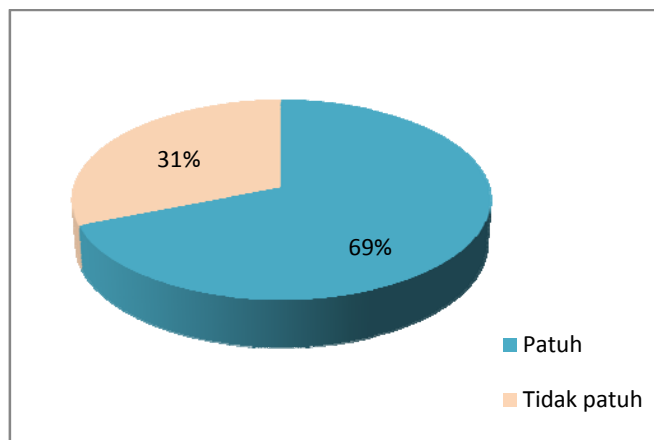
Variabel karakteristik		Kepercayaan		Nilai Signifikansi
		Tinggi	Rendah	
1.Usia	a. ≤ 50	15	10	0,268
	b. > 50	35	40	
	Total	50	50	
2.Jenis Kelamin	a. Pria	12	9	0,461
	b. Wanita	38	41	
	Total	50	50	
3.Riwayat pendidikan terakhir	a. $\leq$ SMP/ sederajat	30	40	0,029
	b. $>$ SMP/ sederajat	20	10	
	Total	50	50	
4.Jumlah penyakit penyerta	a. 0	33	32	0,834
	b. 1+	17	18	
	Total	50	50	
5.Pekerjaan	a. Formal	3	5	0,461
	b. Non formal	47	45	
	Total	50	50	
6.Jumlah obat antihipertensi	a. Tunggal	22	22	1,000
	b. Kombinasi	28	28	
	Total	50	50	

Berdasarkan tabel X terlihat bahwa hanya dua karakteristik responden yang memiliki nilai signifikansi $<0,05$ yaitu riwayat pendidikan terakhir dan jumlah penyakit penyerta. Hasil analisis pada tabel X, menunjukkan bahwa jumlah penyakit penyerta berhubungan erat dengan persepsi terkait bahaya obat dan memiliki nilai signifikansi 0,031. Responden yang memiliki penyakit penyerta memiliki persepsi meskipun obat yang digunakan semakin banyak, obat-obatan tersebut tidak akan menimbulkan efek yang berbahaya karena responden membutuhkan obat-obatan tersebut untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesehatannya.

Berdasarkan tabel XI, Pada variabel riwayat pendidikan terakhir, responden yang berpendidikan dibawah SMP/ sederajat memiliki persepsi yang tinggi terkait penggunaan obat berlebih dengan signifikansi 0,029. Hal ini menunjukkan bahwa responden tidak setuju dengan penggunaan obat berlebih dan ketika obat digunakan sesuai aturan yang disarankan oleh dokter atau apoteker maka akan tercapai efek yang diharapkan.

E. Gambaran Tingkat Kepatuhan Penggunaan Antihipertensi

Tingkat kepatuhan penggunaan antihipertensi dalam penelitian ini diukur dengan menggunakan kuesioner MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*). Kuesioner ini terdiri dari 8 pertanyaan dan skor total yang diperoleh memiliki rentang nilai antara 0-8⁽¹⁹⁾. Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan responden yang patuh dalam menggunakan antihipertensi sebesar 69%. Distribusi tingkat kepatuhan responden disajikan dalam Gambar 2.



Gambar 6. Distribusi tingkat kepatuhan pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta

Hasil yang diperoleh relatif sama dengan penelitian-penelitian lain dimana sebagian besar responden patuh terhadap penggunaan obat antihipertensi. Penelitian yang dilakukan oleh Hidayanti (2011) menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan responden hipertensi di Puskesmas Depok II Kabupaten Sleman sebanyak 57%⁽²⁸⁾. Hasil yang sama dari studi kepatuhan oleh Kurniawati (2006) di Puskesmas Gubug Semarang menunjukkan bahwa dari 44 jumlah responden sebanyak 68,2% responden patuh dalam melaksanakan pengobatan hipertensi⁽⁴⁰⁾. Tingkat kepatuhan dapat dipengaruhi oleh kondisi sosial dan demografis suatu negara. WHO (2003) memperkirakan 50-70 % responden hipertensi tidak patuh terhadap obat antihipertensi yang diresepkan. Kepatuhan rata-rata responden pada pengobatan jangka panjang penyakit kronis di negara maju hanya sebesar 50 %, sedangkan di negara berkembang angka tersebut mungkin lebih rendah⁽⁴¹⁾.

Responden mengaku bahwa pengobatan itu sangat penting dan jika tidak patuh minum obat akan memperparah kondisi penyakitnya. Berdasarkan hasil wawancara terkait kemungkinan responden lupa minum obat, sebagian besar

responden mengaku tidak lupa dengan jadwal minum obat dan ketika lupapun pihak keluarga akan selalu mengingatkan.

Pelayanan kesehatan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta sudah cukup baik. Dokter maupun apoteker telah memberikan instruksi yang efektif, penjelasan yang baik mengenai efek samping yang mungkin timbul dan akibatnya bila tidak mengikuti nasehat, sehingga sulit bagi pasien untuk tidak menuruti anjuran yang diberikan dengan bermacam-macam alasan⁽³⁸⁾

Hubungan tingkat kepatuhan dengan karakteristik responden dianalisis dengan metode *chi square* taraf kepercayaan 95 %. Data hasil analisis hubungan tingkat kepatuhan penggunaan obat dengan karakteristik responden disajikan dalam tabel XII

Tabel XIV. Hasil analisis hubungan tingkat kepatuhan dengan karakteristik demografi dan klinis pada pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta

Variabel karakteristik		Kepatuhan		Nilai signifikansi
		Ya	Tidak	
1. Usia (Tahun)	a. ≤ 50	11	14	0,002
	b. > 50	58	17	
	Total	69	31	
2. Jenis kelamin	a. Pria	15	6	0,787
	b. Wanita	54	25	
	Total	69	31	
3. Riwayat pendidikan terakhir	a. $\leq$ SMP/ sederajat	50	20	0,422
	b. $>$ SMP/ sederajat	19	11	
	Total	69	31	
4. Jumlah penyakit Penyerta	a. 0	41	28	0,081
	b. 1+	28	7	
	Total	69	31	
5. Pekerjaan	a. Formal	4	4	0,226
	b. Nonformal	65	27	
	Total	69	31	
6. Jumlah obat antihipertensi	a. Tunggal	29	15	0,554
	b. Kombinasi	40	16	
	Total	69	31	

Berdasarkan pada tabel XII, terlihat bahwa variabel karakteristik yang memiliki nilai signifikansi $< 0,05$ adalah usia. Responden yang berusia lebih dari 50 tahun memiliki nilai kepatuhan yang lebih besar dibandingkan dengan usia kurang dari 50 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa pada penelitian ini variabel usia memiliki hubungan yang erat dengan tingkat kepatuhan. Hasil yang sama

dengan studi yang dilakukan oleh Hashmi (2007) bahwa usia secara signifikan berhubungan dengan kepatuhan pasien hipertensi dan hasil yang didapat pasien yang berusia antara 70-80 tahun memiliki kepatuhan yang paling baik⁽⁴²⁾.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Gryglewska (2005) dimana tidak ada hubungan antara peningkatan usia dengan penurunan kepatuhan⁽⁴³⁾. Yiannakopoulou (2005) menyebutkan bahwa semakin tua usia seseorang semakin rendah kepatuhannya⁽⁴⁴⁾. Hal ini karena responden yang berusia lebih dari 50 tahun cenderung lebih bisa menerima saran dari tenaga kesehatan terkait kepatuhan dalam minum obat. Responden menyadari bahwa jika tidak meminum obat akan semakin memperparah penyakitnya. Berbeda dengan responden yang usianya cenderung lebih mudah, pengetahuannya semakin baik dan aktivitasnya juga semakin meningkat sehingga ketidakpatuhan minum obat akan sering terjadi.

F. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Kepercayaan tentang Penyakit dan Pengobatan dengan Kepatuhan Penggunaan Antihipertensi

Hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan responden dianalisis statistik menggunakan metode *chi square* dengan taraf kepercayaan 95 %. Data hasil analisis yang diperoleh diklasifikasikan berdasarkan pengetahuan tinggi, rata-rata dan rendah dengan kepatuhan responden. Ada tidaknya hubungan antara kedua variabel dilihat dari nilai signifikansi yang diperoleh. Hasil analisis hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan disajikan dalam tabel XIII.

Tabel XV. Hasil analisis hubungan tingkat pengetahuan tentang penyakit dan pengobatan dengan kepatuhan pada pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas

Ngemplak I Sleman Yogyakarta

		Kepatuhan		Total	Signifikansi
		Patuh	Tidak Patuh		
Pengetahuan	Tinggi	27	11	38	0,933
	Rata-rata	33	16	49	
	Rendah	9	4	13	

Data tabel XIII terlihat bahwa tidak ada variabel yang memiliki nilai signifikansi $<0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan tentang hipertensi dan pengobatannya dengan kepatuhan

penggunaan antihipertensi. Kepatuhan responden yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi, rata-rata dan rendah relatif sama yaitu cenderung patuh. Hasil yang diperoleh serupa dengan penelitian yang sudah ada. Studi *cross sectional* yang dilakukan Wang (2002) terhadap 266 pasien hipertensi didapatkan hasil bahwa tingkat pengetahuan pasien tentang hipertensi tidak konsisten mempengaruhi kepatuhan. Hal ini terkait dengan faktor lain yang mungkin dapat berhubungan seperti psikososial⁽⁴⁵⁾. Penelitian yang dilakukan diindonesia oleh Manurung (2011) didapatkan hasil tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan pasien yang ditunjukkan dengan nilai $p > 0,05$ ⁽⁴⁶⁾. Penelitian yang dilakukan oleh Anugerah (2007) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan minum obat pada responden TB di Puskesmas Jatibarang Indramayu. Sehingga perlu dilaksanakan kegiatan pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat berkaitan dengan penyakit TB⁽⁴⁷⁾.

Beberapa penelitian menunjukkan hasil yang berbeda dengan penelitian ini. Penelitian yang dilakukan Kurniawati (2006) di Semarang terhadap 44 pasien hipertensi menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan pasien melaksanakan pengobatan hipertensi. Hasil penelitian tersebut sebagian besar responden (59,1%) memiliki tingkat pengetahuan tinggi dan sebesar 68,2% responden patuh dalam melaksanakan pengobatan⁽⁴⁰⁾. Penelitian di Pakistan oleh Saleem (2011), terbukti bahwa tingkat pengetahuan dapat mempengaruhi kepatuhan pada pasien hipertensi dengan nilai $p = 0,02$ ⁽¹⁾.

Alasan yang menguatkan perbedaan hasil-hasil penelitian tersebut adalah adanya perbedaan pengalaman dan kesadaran sehingga anjuran untuk patuh minum obat tidak dilaksanakan dengan baik oleh responden. Penerimaan perilaku baru yang didasari oleh kesadaran akan bersifat langgeng sehingga meskipun tingkat pengetahuannya baik namun kesadarannya untuk patuh minum obat kurang maka upaya pengobatan yang dilakukan juga tidak akan maksimal⁽²¹⁾.

Notoatmojo (2005) menyatakan bahwa bila seseorang telah melewati tahap tingkat pengetahuan dengan baik secara tidak langsung akan terbentuk suatu perilaku yang baru. Kepatuhan disini sangat diperlukan dalam penyembuhan

penyakit yang ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, fasilitas, sarana, sikap dan perilaku petugas kesehatan yang akan mendukung terbentuknya perilaku baru maka dibutuhkan sekali dukungan keluarga terutama dalam memberikan motivasi untuk patuh kontrol selain itu perlu juga adanya dukungan dari petugas kesehatan untuk meyakinkan responden agar datang berobat secara teratur sesuai anjuran dokter⁽²³⁾.

Analisis regresi logistik biner digunakan untuk mengetahui dari ketiga kategori kepercayaan, kategori apa saja yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan penggunaan obat pada responden hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta, telah dilakukan analisis regresi logistik biner dengan memasukkan variabel bebas berupa kategori kepercayaan terkait kebutuhan terhadap obat (x1), kekhawatiran terkait obat (x2), persepsi tentang bahaya obat (x3) dan persepsi tentang penggunaan obat berlebih (x4). Sedangkan variabel terganggunanya adalah tingkat kepatuhan (Y). Ringkasan hasil analisis regresi logistik biner disajikan dalam tabel XIV.

Tabel XVI. Hasil analisis hubungan tingkat kepercayaan tentang penyakit dan pengobatan dengan kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta

No.	Variabel (x)	Nilai signifikansi
1.	Kebutuhan terhadap obat	0,263
2.	Kekhawatiran terkait obat	0,699
3.	Persepsi tentang bahaya obat	0,946
4.	Persepsi tentang penggunaan obat berlebih	0,609

Dalam penelitian ini, suatu variabel bebas dikatakan berpengaruh terhadap variabel terganggu apabila nilai signifikansi (*p value*) yang diperoleh $< 0,05^{(48)}$. Data hasil analisis pada tabel XIV, menunjukkan tidak ada satupun variabel yang memiliki nilai signifikansi $< 0,05$ yang artinya tidak ada variabel yang berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan responden dalam penggunaan antihipertensi. Hasil ini berbeda dengan penelitian yang sudah ada. Van der Wal (2006) menyebutkan bahwa perubahan kepercayaan pasien melalui edukasi dan konseling dapat meningkatkan kepatuhan⁽⁶⁾. Horne et al (2001) dalam studinya menyebutkan bahwa persepsi dan kekhawatiran responden terkait efek samping yang ditimbulkan dari pengobatan akan menurunkan tingkat kepatuhan responden

dalam meminum obat antihipertensi. Pengobatan hipertensi lebih sering bermanfaat sebagai terapi simptomatik dibandingkan sebagai tindakan pencegahan⁽⁴⁹⁾.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepercayaan responden terkait penyakit dan pengobatan di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta cenderung tinggi. Hal ini tidak menjamin bahwa kepercayaan tinggi akan meningkatkan kepatuhan penggunaan antihipertensi. Setiap individu memiliki kecenderungan yang berbeda-beda dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Manfaat yang dapat diperoleh seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit dan kemanjuran dalam pengobatan⁽²¹⁾.

Berdasarkan hasil penelitian, kedua variabel pengetahuan dan kepercayaan tentang hipertensi dan pengobatan tidak mempengaruhi kepatuhan penggunaan antihipertensi pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta. Sebagian besar responden memiliki tingkat kepercayaan, pengetahuan dan kepatuhan yang tinggi. Banyak faktor yang mempengaruhi kepatuhan seseorang, diantaranya stres, rendahnya motivasi untuk sembuh, lupa, pasien tidak bersedia menjalankan terapi, pasien tidak mempercayai diagnosa yang ditetapkan oleh dokter, keputusan pasien untuk sembuh dan lain-lain⁽⁴¹⁾.

Seseorang yang memiliki kepercayaan yang tinggi cenderung bertindak melawan atau mengobati penyakitnya, beberapa variabel penting terlibat dalam hal tersebut. Resiko terhadap penyakit tertentu akan memicu suatu tindakan pencegahan terhadap penyakit tersebut (*Perceived susceptibility*). Individu yang mengalami penyakit yang parah (*Perceived seriousness*) secara cepat akan menentukan tindakan pengobatan dan penyembuhan terhadap penyakitnya. Dalam pengobatan diharapkan adanya suatu manfaat meskipun selalu ada hambatan (*Perceived benefits and barriers*) yang akan menentukan dalam memutuskan sikap atau tindakan pengobatan. Selain itu, informasi atau nasehat-nasehat dari tenaga kesehatan, keluarga atau sahabat sangat diperlukan dalam menentukan keputusan pengobatan⁽²¹⁾.

G. Keterbatasan penelitian

Dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan, diantaranya tidak dikaitkannya kepatuhan dengan efektivitas terapi seperti tekanan darah. Metode yang digunakan mengandalkan ingatan responden serta penerapannya terhadap populasi pasien dengan status sosial ekonomi rendah. Selain itu sebagian responden terburu-buru dalam mengisi kuesioner sehingga dapat menghambat jalannya penelitian dan mempengaruhi jawaban data yang diperoleh.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari penelitian yang dilakukan, disimpulkan bahwa:

1. Pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta sebagian besar (49%) memiliki tingkat pengetahuan rata-rata tentang hipertensi dan pengobatannya, sedangkan pasien yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi dan rendah secara berurutan adalah 38% dan 13%. Sebanyak 79% pasien memiliki kepercayaan yang tinggi terhadap kebutuhan obat, 56% tidak khawatir terhadap efek obat, 76% memiliki setuju bahwa obat tidak berbahaya dan 50% responden tidak setuju dengan penggunaan obat berlebih.
2. Persentase pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta yang patuh dalam menggunakan antihipertensi sebesar 69%.
3. Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dan kepercayaan tentang penyakit dan pengobatannya dengan kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi di Puskesmas Ngemplak I Sleman Yogyakarta.

B. Saran

1. Bagi puskesmas
 - a. Diperlukan peningkatan peran farmasis dalam memberikan informasi pada pasien terkait hipertensi dan pengobatannya untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi antihipertensi.
2. Bagi Peneliti lain
 - a. Perlu dilakukan penelitian terkait faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien hipertensi
 - b. Diharapkan dapat dilakukan penelitian selanjutnya tentang hubungan antara tingkat pengetahuan dan kepercayaan dengan kepatuhan dikaitkan dengan tekanan darah terkontrol
 - c. Perlu dilakukan validasi kuesioner terhadap instrumen yang digunakan pada penelitian ini

DAFTAR PUSTAKA

1. Saleem, F., Hassali, MA., Shafie, AA., et al, 2011, Association Between Knowledge and Drug Adherence in Patients with Hypertension in Quetta, Pakistan, *Trop J Pharm Res*,10(2): 125-132
2. Depkes RI, 2006, *Pharmaceutical Care untuk Penyakit Hipertensi*, Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan, Jakarta, available free at: <http://binfar.depkes.go.id> (diakses 10 Oktober 2011)
3. Dinkes DIY, 2009, *Profil Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2008*, Pusat Data dan Informasi Dinas Kesehatan Yogyakarta, available free at: <http://foxitsoftware.com> (diakses 10 oktober 2011)
4. Smet, B., 1994, *Psikologi Kesehatan*, PT. Grasindo, Jakarta, 250-261
5. Karaeren, H., Yokusoglu, M., Uzun, S., 2009, The Effect Of The Content Of Knowledge On Adherence to Medication In Hypertensive Patients, *Ana Kar Der*, 9:183-188
6. Van Der Wal, M.H.L., Jaarsma, T., Moser, D.K., 2006, Compliance in Heart Failure Patients: The Importance Of Knowledge and Beliefs, *Eur Heart J*, 27: 434-440
7. Gascón, J.J, Montserrat S.O., Bartolomé, L., 2004, Why Hypertensive Patients Do Not Comply with The Treatment, , *Fampra Oup J*, 21(2): 125
8. Saseen, J.J., Maclaughlins, E.J., 2008, *Hypertension*, in Dipiro Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach, Seventh Edition, McGraw-Hill Companies,Inc, United States of America,139-160
9. JNC 7, 2003, *The Seventh Report of The Join National Committe on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*, National High Blood Pressure Education Program, available at <http://www.nhlbi.nih.gov> (diakses tanggal 10 Oktober 2011)
10. Neal, M.J.,2002, *Medical Pharmacology at a Glance*, fourth edition, blackwell publishing company, london, 34
11. Setiawati, A., Bustami, Z.S., 1995, Antihipertensi, dalam *Farmakologi dan Terapi*, Edisi Keempat, Bagian Farmakologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta, 315-342
12. Rahajeng, E., Tuminah, S., 2009, *Prevalensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia*, Pusat Penelitian Biomedis dan Farmasi Badan Penelitian Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, Jakarta,59(12),

available free at: <http://indonesia.digitaljournals.org> (diakses tanggal 10 Oktober 2011)

13. Susalit, E., Kapojos, E.J., Lubis, H.R., 2001, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid 2, Edisi Ketiga, Balai Penerbit FK UI, Jakarta, 453-472
14. Koda-kimble, M.A., et al, 2008, *Applied Therapeutics The Clinical Use of Drugs*, ninth edition, the point, USA, 13-5,13-6
15. Barber, N., Alan, W., 2000, *Clinical Pharmacy Survival Guide*, Churchill Livingstone, London, 111
16. Aslam, M., Tan, C.K., Adji, P., 2003, *Farmasi Klinis Menuju Pengobatan Rasional dan Penghargaan Pilihan Pasien*, Elex Media Komputindo, Surabaya, 212
17. Anonim, 2006, *Measuring Medication Adherence*, Resource Centers of Minority Aging Research (RCMAR) Measurement Tools. Postprint available free at: <http://google.com> (Diakses 18 oktober 2011)
18. Stichele, V., 1990, Measurement of Patient Compliance and The Interpretation of Randomized Clinical Trials, *Eur J For Clin Pharm*, 41: 27-35
19. Morisky, D.E., 2008, Predictive Validity of a Medication Adherence Measure for Hypertension Control, University of California, *Journal of Clinical Hypertension*, 10(5): 348-354
20. S Ross, A., W., M.J., MacLeod, 2004, Patient Compliance in Hypertension: Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs, *J of H H*, 18: 607-613
21. Notoatmodjo, S., 2008, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta, 15, 117, 118, 141, 142
22. Mardby Ann-Charlotte, 2008, *General Beliefs about Medicines among Pharmacy Clients*, Healthcare Students and Professionals-Group Differences and Association with Adherence, Gothenberg, Sweden, available free at: <http://gupea.ub.gu.se> (Diakses 18 oktober 2011)
23. Notoatmodjo, S., 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta, 164
24. Lemeshow, S., David W.H.Jr., 1997, *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*, diterjemahkan oleh Diby Ppramono, Gadjahmada University Press, Yogyakarta, 54

25. Porteous, T., Francis, J., Bond, C., et al, 2010, Temporal Stability of Beliefs About Medicines: Implications For Optimising Adherence, Center of Academic Primary Care, University of Aberdeen,79: 225-230
26. Singarimbun, E.S., 1989, *Metode Penelitian Survei*, LP3ES; Jakarta
27. Utomo, G.R., 2010, Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Penggunaan Obat Pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Depok I Sleman Yogyakarta, *Skripsi*, Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta
28. Hidayanti, P., 2011, Analisis Kepatuhan Penggunaan Antihipertensi Pada Pasien Di Puskesmas Depok II Sleman Yogyakarta, *Skripsi*, Jurusan Farmasi, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta
29. Rasmaliah, 2004, Gambaran Epidemiologi Penyakit Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Pekan Labuhan Kecamatan Medan Labuhan Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara ,FKM USU
30. Babatsikou, F., Zavitsanou, A., 2010, Epidemiology of Hypertension in The Elderly, *Health S J*, 4(1): 24-30
31. Depkes RI, 2006, *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Penyakit Hipertensi*, Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal PP dan PL Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta
32. Lim,T.O., Morad, Z., 2004, Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in the Malaysian Adult Population: Results from the National Health and Morbidity Survey 1996, Hypertension Study Group, *Singapore Med J*, 45(1): 20-27
33. Eksanoto, D., 2011, Hubungan Tingkat Pendidikan dan Jenis Kelamin dengan Kejadian Hipertensi di Kelurahan Jagalan di Wilayah Kerja Puskesmas Pucangsawit Surakarta, *Skripsi*, Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES 'Aisyiyah, Surakarta
34. Kumar, V., Abbas, A.K., Fausto, N., 2005, *Hypertensive Vascular Disease*, Dalam: Robn and Cotran Pathologic Basis of Disease, 7th edition, Philadelphia: Elsevier Saunders, 528-529
35. Manik, E.M., 2011, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi pada Lansia di Posyandu Lansia Wilayah Kerja Puskesmas Parsoburan Kecamatan Siantar Marihat Pematangsiantar, *Skripsi*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan
36. Busari, O.A., Olusegun, T., Olanrewaju, et al, 2010, Impact of Patient' Knowledge Attitude and Practices on Hypertension on Compliance with

Antihypertensive Drugs in a Resource-poor Setting, *TAF Prev Med Bull*, 9 (2): 87-92

37. Ginting, M., 2008, Determinan Tindakan Masyarakat dalam Pencegahan Penyakit Hipertensi di Kecamatan Belawan, *Tesis*, Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Universitas Sumatera Utara, Medan
38. Maramis, W.F., 2006, *Ilmu Perilaku dalam Pelayanan Kesehatan*, Airlangga University Press, 269
39. Kumar, K., Gordon, C., Toescu, V., 2008, Beliefs About Medicines in Patients with Rheumatoid Arthritis and Systemic Lupus Erythematosus: A Comparison Between Patients of South Asian and White British Origin, *Oxfordjournals*, 47: 690-697
40. Kurniawati, E.A., 2006, Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Hipertensi dengan Kepatuhan Pasien dalam Melaksanakan Pengobatan Hipertensi di Puskesmas Gubug, *Skripsi*, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Semarang, Semarang
41. WHO, 2003, *Adherence to Long-Term Therapies-Evidence for Action*, WHO, avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland, 108, available free at: [http:// whqlibdoc.who.int](http://whqlibdoc.who.int) (diakses tanggal 18 April 2012)
42. Hashmi, S.K., Afridi, M.B., Abbas, K., 2007, Factors Associated with Adherence to Anti-Hypertensive Treatment in Pakistan, *Plos One*, 2(3): 280
43. Gryglewska, B., 2005, How Can We Improve The Effectiveness of Treatment In Elderly Hypertensives?, *Pubmed*, 2(9): 46
44. Yiannakopoulou, E.Ch., Papadopoulos, J.S., Cokkinos, D.V., et al, 2005, Adherence to Antihypertennnsive Treatment: A Critical Factor for Blood Pressure Control, *Eur J Car Prev Rehab*, 12(3), 244
45. Wang, P.S., Bohn, R.L., Knight, E., et al, 2002, Noncompliance with Antihypertensive Medications, The Impact of Depressive Symptoms and Psychosocial Factors, *J Gen Intern Med*, 17: 504-511
46. Manurung, B., 2011, Hubungan Pengetahuan Pasien Hipertensi dengan Kepatuhan Pasien dalam Pelaksanaan Program Terapi Hipertensi di Poliklinik Rawat Jalan RSUP Haji Adam Malik Medan, *Skripsi*, Ilmu Keperawatan, Universitas Sumatera Utara, Medan
47. Anugerah, D., 2007, Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Penderita Tb Paru Dengan Kepatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas

Jatibarang Kecamatan Jatibarang Kabupaten Indramayu, *Skripsi*, Universitas Diponegoro, Bandung

48. Santoso, S., 2003, *SPSS Versi 10: Mengolah Data Statistik Secara Profesional*, Penerbit PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia, Jakarta, 393-400.
49. Horne, R., Clatworthy, J., Polmear, A., 2001, Do Hypertensive Patients' Beliefs about Their Illness and Treatment Influence Medication Adherence and Quality of Life?, *J of H H*, 15(1): 65-68

Lampiran 1. Surat izin penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(**BAPPEDA**)
Alamat : Jl. Parasmya No. 1 Beran, Tridadi, Sleman 55511
Telp. & Fax. (0274) 868800 e-mail : bappeda@slemankab.go.id

SURAT IZIN
Nomor : 07.0 / Bappeda / 3029 / 2011

**TENTANG
PENELITIAN**

KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH

Dasar : Keputusan Bupati Sleman Nomor: 55/Kep.KDH/A/2003 tentang Izin Kuliah Kerja Nyata, Praktek Kerja Lapangan dan Penelitian.

Menunjuk : Surat dari Dekan Fak. Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia Yogyakarta Nomor: 477/Dek/70-S.TA/Bag.TA/XII/2011 Tanggal: 19 Desember 2011 Hal: Permohonan Izin Penelitian.

MENGIZINKAN :

Kepada	:	
Nama	:	SELLY PRATIWI
No. Mhs/NIM/NIP/NIK	:	08613143
Program/Tingkat	:	S1
Instansi/Perguruan Tinggi	:	UII Yogyakarta
Alamat Instansi/Perguruan Tinggi	:	Kampus UII Terpadu, Jl. Kalurang Km. 14,5 Yogyakarta 55584
Alamat Rumah	:	Jl. Kaliurang Km. 14 Tegalsari, Sleman, Yogyakarta
No. Telp/HP	:	085643040711
Untuk	:	Mengadakan penelitian dengan judul: "PENGARUH PENGETAHUAN DAN KEPERCAYAAN TENTANG PENYAKIT DAN PENGOBATAN TERHADAP KEPATUHAN PENGUNAAN OBAT PADA PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS NGEMPLAK I, SLEMAN, YOGYAKARTA "
Lokasi	:	Kab. Sleman
Waktu	:	Selama 3 (tiga) bulan mulai tanggal: 21 Desember 2011 s.d 21 Maret 2012

Dengan ketentuan sebagai berikut :

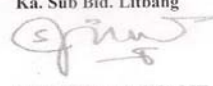
1. *Wajib melapor diri kepada pejabat pemerintah setempat (Camat/ Kepala Desa) atau kepala instansi untuk mendapat petunjuk seperlunya.*
2. *Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan setempat yang berlaku.*
3. *Wajib menyampaikan laporan hasil penelitian berupa 1 (satu) CD format PDF kepada Bupati diserahkan melalui Kepala Bappeda*
4. *Izin tidak disalahgunakan untuk kepentingan-kepentingan di luar yang direkomendasikan.*
5. *Izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan di atas.*

Demikian izin ini dikeluarkan untuk digunakan sebagaimana mestinya, diharapkan pejabat pemerintah/ non pemerintah setempat memberikan bantuan seperlunya.

Setelah selesai pelaksanaan penelitian Saudara wajib menyampaikan laporan kepada kami 1 (satu) bulan setelah berakhirnya penelitian.

Tembusan Kepada Yth :

1. Bupati Sleman (sebagai laporan)
2. Ka. Badan Kesbanglinmas & PB Kab. Sleman
3. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Sleman
4. Ka. Bid. Sosbud Bappeda Kab. Sleman
5. Camat Kec. Ngemplak
6. Ka. Puskesmas Ngemplak I
7. Dekan Fak. MIPA – UII Yogyakarta
8. Pertinggal

Dikeluarkan di : Sleman
Pada Tanggal : 21 Desember 2011
A.n. Kepala BAPPEDA Kab. Sleman
Ka. Bid. Pengendalian & Evaluasi
u.b.
Ka. Sub Bid. Litbang

Sri Nurhidayah, S.Si, MT
Penata Tk. I, III/d

Lampiran 2. Surat keterangan selesai penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
DINAS KESEHATAN
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT NGEMLAK 1
 Koroulon, Bimomartani, Ngemplak, Sleman, Yogyakarta Kode Pos 55584
 Telepon. 0274 7115088

SURAT KETERANGAN
 Nomor : 070/*0077*

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini Kepala UPT Puskesmas Ngemplak 1, dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : SELLY PRATIWI
 NIM : 08613143
 Institusi Pendidikan : UII Yogyakarta
 Alamat : Jalan Kaliurang Km 14 Tegalsari, Sleman, Yogyakarta

bahwa yang bersangkutan tersebut di atas adalah benar – benar telah melakukan penelitian dengan judul "Pengaruh Pengetahuan Dan Kepercayaan Tentang Penyakit Dan Pengobatan Terhadap Kepatuhan Penggunaan Obat Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Ngemplak 1, Sleman Yogyakarta", mulai tanggal 21 Desember 2011 sampai dengan 21 Maret 2012 dan dinyatakan telah selesai.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sleman, 12 April 2012
 Kepala Puskesmas



dr. Anna Ratih Wardani, MPH
 NIP. 19630206 199703 2 001



Lampiran 3. Lembar pengumpulan data

**SURAT PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa :

1. Saya telah mendapat penjelasan segala sesuatu mengenai penelitian:
HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN KEPECAPAYAAN
TENTANG PENYAKIT DAN PENGobatan DENGAN KEPATUHAN
PENGUNAAN OBAT PADA PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS
NGEMPLAK I SLEMAN YOGYAKARTA
2. Setelah saya memahami penjelasan tersebut, dengan penuh kesadaran dan
tanpa paksaan dari siapapun bersedia ikut serta dalam penelitian ini dengan
kondisi :
 - a) Data yang diperoleh dari penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya dan
hanya dipergunakan untuk kepentingan ilmiah.
 - b) Apabila saya inginkan, saya boleh memutuskan untuk keluar/ tidak
berpartisipasi lagi dalam penelitian ini tanpa harus menyampaikan
alasan apapun.

Saksi

Yogyakarta,

Yang membuat pernyataan

(.....)

(.....)

Tn/ Ny Responden yang terhormat,

Dalam rangka memperoleh data **penelitian tentang penderita penyakit Hipertensi**, saya mengharapkan bantuan Anda untuk mengisi kuisisioner ini. Info penelitian ini diperlukan guna meningkatkan pelayanan dalam bidang kesehatan. Anda dimohon untuk memberikan jawaban terhadap pernyataan yang ada, sesuai dengan kondisi diri Anda. Perlu diperhatikan bahwa **tidak ada jawaban yang benar dan salah**. Jawaban yang diberikan adalah benar sepanjang sesuai dengan keadaan diri Anda. Segala keterangan dan jawaban yang Anda berikan dalam kuisisioner ini **DIJAMIN KERAHASIAANNYA** dan akan menjadi tanggung jawab saya selaku peneliti. Jadi, Anda tidak perlu khawatir untuk memberikan jawaban secara jujur, terbuka, dan apa adanya. Dalam pengisian kuisisioner ini **Jangan sampai ada satu nomorpun terlewatkan**. Karena jawaban yang anda berikan akan sangat berarti bagi penelitian ini. Atas partisipasi dan kesediaan Anda, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Peneliti

LEMBAR PENGUMPULAN DATA

Tabel I. Demografi studi populasi

No	Kondisi	Keterangan
1.	Usia (tahun)	a. ≤ 50 b. 50
2.	Jenis kelamin	a. Pria b. Wanita
3.	Riwayat pendidikan terakhir	a. $\leq$ SMP atau sederajat b. $>$ SMP atau sodeajat
4.	Jumlah penyakit penyerta	a. 0 b. 1+
5.	Pekerjaan a. Formal b. Nonformal	a. Formal b. Non formal
6.	Jumlah obat antihipertensi a. Tunggal b. Kombinasi	a. Tunggal b. Kombinasi

Tabel II. Daftar Pertanyaan Kuesioner MMAS

Pertanyaan	Jawaban	
	Ya	Tidak
1. Apakah Anda kadangkala lupa untuk minum obat?		
2. Lebih dari 2 minggu yang lalu, adakah hari dimana Anda tidak minum obat?		
3. Pernahkan Anda Anda berhenti minum obat tanpa memberitahukan terlebih dahulu kepada dokter, karena anda merasa akan mengalami hal yang lebih buruk jika melanjutkan menggunakan obat?		
4. Ketika Anda bepergian/meninggalkan rumah, apakah Anda kadangkala lupa untuk membawa obat?		
5. Apakah hari kemarin Anda minum obat?		
6. Ketika Anda merasa tekanan darah sudah terkontrol, apakah Anda kadangkala menghentikan pengobatan?		
7. Apakah Anda pernah merasakan bahwa pengobatan yang dilakukan tidak memberikan efek?		
8. Seberapa sering Anda memiliki kesulitan untuk mengingat semua aturan minum obat? a. Tidak pernah/Hampir tidak pernah b. Sekali dalam satu waktu c. Kadangkala d. Selalu e. Setiap waktu		

Tabel III. Daftar Pertanyaan Kuesioner HFQ

Pertanyaan	Jawaban	
	Ya	Tidak
1. Saya tahu nilai tekanan darah normal		
2. Saya tahu tekanan darah tinggi disebut hipertensi		
3. Saya tahu kalau usia lanjut beresiko tinggi mengalami hipertensi		
4. Saya tahu merokok dapat meningkatkan resiko hipertensi		
5. Saya tahu mengkonsumsi makanan yang tinggi lemak dapat meningkatkan kolesterol darah sehingga meningkatkan resiko hipertensi		
6. Saya tahu kegemukan meningkatkan resiko hipertensi		
7. Saya tahu mengkonsumsi makanan yang mengandung garam tinggi dapat meningkatkan tekanan darah		
8. Saya tahu melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin harus dilakukan		
9. Saya tahu penderita hipertensi harus patuh terhadap pengobatan		

Tabel IV. Daftar Pertanyaan Kuesioner BMQ

No	Daftar pertanyaan	Jawaban				
		Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Ragu-ragu	Setuju	Sangat setuju
1	Saya merasa biasa saja setelah minum obat					
2	Saya merasa takut terhadap efek obat kalau harus menggunakan jangka panjang					
3	Saya merasa takut setiap kali akan mengkonsumsi obat					
4	Saya menganggap obat adalah racun yang berbahaya					
5	Saya merasa terganggu kalau harus sering minum obat					
6	Saya sering khawatir akan mengalami ketergantungan obat					
7	Saya tidak suka mendapat obat yang banyak dari dokter					
8	Saya merasa dokter tidak mungkin bisa memberikan obat yang baik untuk saya					
9	Saya menghentikan konsumsi obat dari dokter ketika mengkonsumsi obat tradisional					

Tabel V. Distribusi jawaban responden terhadap pertanyaan kuesioner MMAS

Pertanyaan		Frekuensi Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah Anda kadangkala lupa untuk minum obat?	36	64
2.	Lebih dari 2 minggu yang lalu, adakah hari dimana Anda tidak minum obat?	40	60
3.	Pernahkan Anda berhenti minum obat tanpa memberitahukan terlebih dahulu kepada dokter, karena anda merasa akan mengalami hal yang lebih buruk jika melanjutkan menggunakan obat?	25	75
4.	Ketika Anda bepergian/meninggalkan rumah, apakah Anda kadangkala lupa untuk membawa obat?	24	76
5.	Apakah hari kemarin Anda minum obat?	58	42
6.	Ketika Anda merasa tekanan darah sudah terkontrol, apakah Anda kadangkala menghentikan pengobatan?	45	55
7.	Apakah Anda pernah merasakan bahwa pengobatan yang dilakukan tidak memberikan efek?	6	94
8.	Seberapa sering Anda memiliki kesulitan untuk mengingat semua aturan minum obat?		
Frekuensi jawaban	Tidak pernah/ Hampir tidak pernah	98	
	Sekali dalam satu waktu	2	
	Kadangkala	-	
	Selalu	-	
	Setiap waktu	-	
Total		100	

Tabel VI. Distribusi jawaban responden terhadap pertanyaan kuesioner HFQ

Pertanyaan	Jawaban	
	Ya	Tidak
1. Saya tahu nilai tekanan darah normal	56	44
2. Saya tahu tekanan darah tinggi disebut hipertensi	52	48
3. Saya tahu kalau usia lanjut beresiko tinggi mengalami hipertensi	63	37
4. Saya tahu merokok dapat meningkatkan resiko hipertensi	48	52
5. Saya tahu mengkonsumsi makanan yang tinggi lemak dapat meningkatkan kolesterol darah sehingga meningkatkan resiko hipertensi	77	23
6. Saya tahu kegemukan meningkatkan resiko hipertensi	74	26
7. Saya tahu mengkonsumsi makanan yang mengandung garam tinggi dapat meningkatkan tekanan darah	89	11
8. Saya tahu melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin harus dilakukan	67	33
9. Saya tahu penderita hipertensi harus patuh terhadap pengobatan	54	46
Total	100	

Tabel VII. Distribusi jawaban responden terhadap pertanyaan kuesioner BMQ

Pertanyaan Nomor	Kategori	Jawaban					Median
		STS	TS	R	S	SS	
1. Saya merasa biasa saja setelah minum obat	Specific Necessity	5	73	7	15	0	4
2. Saya merasa takut terhadap efek obat kalau harus menggunakan jangka panjang	Specific Concern	7	63	4	25	15	16
3. Saya merasa takut setiap kali akan mengkonsumsi obat		9	75	3	13	0	
4. Saya merasa terganggu kalau harus sering minum obat		6	81	3	10	0	
5. Saya sering khawatir akan mengalami ketergantungan obat		4	64	3	26	3	
6. Saya menganggap obat adalah racun yang berbahaya	General Harmful	14	60	10	16	0	4
7. Saya tidak suka mendapat obat yang banyak dari dokter	General Overuse	5	78	3	13	1	11,5
8. Saya merasa dokter tidak mungkin bisa memberikan obat yang baik untuk saya		19	74	3	3	1	
9. Saya menghentikan konsumsi obat dari dokter ketika mengkonsumsi obat tradisional		15	38	23	24	0	

Lampiran 4. Hasil SPSS distribusi karakteristik demografi dan klinis responden**Statistics**

Kepatuhan

N	Valid	100
	Missing	0

Frequencies**Kepatuhan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid patuh	69	69,0	69,0	69,0
tidak patuh	31	31,0	31,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Statistics

Pengetahuan

N	Valid	100
	Missing	0

Frequencies**Pengetahuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tinggi	38	38,0	38,0	38,0
rata-rata	49	49,0	49,0	87,0
rendah	13	13,0	13,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Statistics

Specific Necessity

N	Valid	100
	Missing	0

Frequencies

Specific_Necessity

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tinggi	79	79,0	79,0	79,0
Rendah	21	21,0	21,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Statistics

Specific_Concern

N	Valid	100
	Missing	0

Frequencies

Specific_Concern

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tinggi	56	56,0	56,0	56,0
Rendah	44	44,0	44,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Statistics

General_Harmful

N	Valid	100
	Missing	0

Frequencies

General_Harmful

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tinggi	76	76,0	76,0	76,0
Rendah	24	24,0	24,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Statistics

General_Overuse

N	Valid	100
	Missing	0

Frequencies

General_Overuse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	50	50,0	50,0	50,0
	Rendah	50	50,0	50,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Statistics

Usia

N	Valid	100
	Missing	0

Frequencies

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang dari sama dengan 50 tahun	25	25,0	25,0	25,0
	lebih dari 50 tahun	75	75,0	75,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Statistics

Jenis kelamin

N	Valid	100
	Missing	0

Frequencies

Jenis_kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pria	21	21,0	21,0	21,0
	Wanita	79	79,0	79,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Statistics

Riwayat_pendidikan

N	Valid	100
	Missing	0

Frequencies

Riwayat_pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang dari sama dengan SMP	70	70,0	70,0	70,0
	lebih dari SMP	30	30,0	30,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Statistics

Pekerjaan

N	Valid	100
	Missing	1

Frequencies

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Formal	8	7,9	8,0	8,0
	Non formal	92	91,1	92,0	100,0
	Total	100	99,0	100,0	
Missing	System	1	1,0		
Total		101	100,0		

Statistics

Penyakit_penyerta

N	Valid	100
	Missing	1

Frequencies

Penyakit_penyerta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	65	64,4	65,0	65,0
	1+	35	34,7	35,0	100,0
	Total	100	99,0	100,0	
Missing	System	1	1,0		
Total		101	100,0		

Statistics

Obat_antihipertensi

N	Valid	100
	Missing	1

Frequencies

Obat_antihipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tunggal	44	43,6	44,0	44,0
	Kombinasi	56	55,4	56,0	100,0
	Total	100	99,0	100,0	
Missing	System	1	1,0		
Total		101	100,0		

Lampiran 5. Hasil SPSS tingkat pengetahuan berdasarkan variabel karakteristik responden

1. Tingkat pengetahuan berdasarkan variabel usia

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Pengetahuan	100	99,0%	1	1,0%	101	100,0%

Usia * Pengetahuan Crosstabulation

			Pengetahuan			Total
			Tinggi	rata-rata	rendah	
Usia	kurang dari sama dengan 50 tahun	Count	17	7	1	25
		Expected Count	9,5	12,3	3,3	25,0
	lebih dari 50 tahun	Count	21	42	12	75
		Expected Count	28,5	36,8	9,8	75,0
Total	Count	38	49	13	100	
	Expected Count	38,0	49,0	13,0	100,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,972 ^a	2	,002
Likelihood Ratio	12,967	2	,002
Linear-by-Linear Association	11,216	1	,001
N of Valid Cases	100		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,25.

2. Tingkat pengetahuan berdasarkan variabel jenis kelamin

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis_kelamin * Pengetahuan	100	99,0%	1	1,0%	101	100,0%

Jenis_kelamin * Pengetahuan Crosstabulation

			Pengetahuan			Total
			Tinggi	rata-rata	rendah	
Jenis_kelamin	Pria	Count	11	9	1	21
		Expected Count	8,0	10,3	2,7	21,0
	Wanita	Count	27	40	12	79
		Expected Count	30,0	38,7	10,3	79,0
Total		Count	38	49	13	100
		Expected Count	38,0	49,0	13,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,039 ^a	2	,219
Likelihood Ratio	3,275	2	,194
Linear-by-Linear Association	3,009	1	,083
N of Valid Cases	100		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,73.

3. Tingkat pengetahuan berdasarkan variabel riwayat pendidikan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Riwayat_pendidikan * Pengetahuan	100	99,0%	1	1,0%	101	100,0%

Riwayat_pendidikan * Pengetahuan Crosstabulation

			Pengetahuan			Total
			Tinggi	rata-rata	rendah	
Riwayat_pendidikan	kurang dari sama dengan SMP	Count	17	40	13	70
		Expected Count	26,6	34,3	9,1	70,0
	lebih dari SMP	Count	21	9	0	30
		Expected Count	11,4	14,7	3,9	30,0
Total	Count	38	49	13	100	
	Expected Count	38,0	49,0	13,0	100,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,278 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	23,178	2	,000
Linear-by-Linear Association	19,200	1	,000
N of Valid Cases	100		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,90.

4. Tingkat pengetahuan berdasarkan variabel pekerjaan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * Pengetahuan	100	99,0%	1	1,0%	101	100,0%

Pekerjaan * Pengetahuan Crosstabulation

			Pengetahuan			Total
			Tinggi	rata-rata	rendah	
Pekerjaan	Formal	Count	6	1	1	8
		Expected Count	3,0	3,9	1,0	8,0
	Non formal	Count	32	48	12	92
		Expected Count	35,0	45,1	12,0	92,0
	Total	Count	38	49	13	100
		Expected Count	38,0	49,0	13,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,499 ^a	2	,064
Likelihood Ratio	5,792	2	,055
Linear-by-Linear Association	2,705	1	,100
N of Valid Cases	100		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,04.

5. Tingkat pengetahuan berdasarkan variabel riwayat penyakit penyerta

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penyakit_penyerta * Pengetahuan	100	99,0%	1	1,0%	101	100,0%

Penyakit_penyerta * Pengetahuan Crosstabulation

		Pengetahuan			Total	
		Tinggi	rata-rata	rendah		
Penyakit_penyerta	0	Count	21	35	9	65
		Expected Count	24,7	31,9	8,5	65,0
	1+	Count	17	14	4	35
		Expected Count	13,3	17,2	4,6	35,0
Total	Count	38	49	13	100	
	Expected Count	38,0	49,0	13,0	100,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,576 ^a	2	,276
Likelihood Ratio	2,553	2	,279
Linear-by-Linear Association	1,756	1	,185
N of Valid Cases	100		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,55.

6. Tingkat pengetahuan berdasarkan variabel obat antihipertensi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Obat_antihipertensi * Pengetahuan	100	99,0%	1	1,0%	101	100,0%

Obat_antihipertensi * Pengetahuan Crosstabulation

			Pengetahuan			Total
			Tinggi	rata-rata	rendah	
Obat_antihipertensi	Tunggal	Count	20	20	4	44
		Expected Count	16,7	21,6	5,7	44,0
	Kombinasi	Count	18	29	9	56
		Expected Count	21,3	27,4	7,3	56,0
	Total	Count	38	49	13	100
		Expected Count	38,0	49,0	13,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,274 ^a	2	,321
Likelihood Ratio	2,298	2	,317
Linear-by-Linear Association	2,245	1	,134
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,72.

Lampiran 6. Hasil SPSS tingkat kepercayaan berdasarkan variabel karakteristik responden

1. Tingkat kepercayaan tentang kebutuhan obat

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Specific_Necessity	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Usia * Specific_Necessity Crosstabulation

Count

		Specific_Necessity		Total
		Tinggi	Rendah	
Usia	kurang dari sama dengan 50 tahun	18	7	25
	lebih dari 50 tahun	61	14	75
Total		79	21	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,985 ^b	1	,321	,396	,235
Continuity Correction ^a	,502	1	,478		
Likelihood Ratio	,941	1	,332		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,975	1	,324		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,25.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis_kelamin * Specific_Necessity	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Jenis_kelamin * Specific_Necessity Crosstabulation

Count

		Specific_Necessity		Total
		Tinggi	Rendah	
Jenis_kelamin	Pria	19	2	21
	Wanita	60	19	79
Total		79	21	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,110 ^b	1	,146		
Continuity Correction ^a	1,325	1	,250		
Likelihood Ratio	2,420	1	,120		
Fisher's Exact Test				,228	,122
Linear-by-Linear Association	2,089	1	,148		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,41.

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Riwayat_pendidikan * Specific_Necessity	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Riwayat_pendidikan * Specific_Necessity Crosstabulation

Count

		Specific_Necessity		Total
		Tinggi	Rendah	
Riwayat_pendidikan	kurang dari sama dengan SMP	55	15	70
	lebih dari SMP	24	6	30
Total		79	21	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,026 ^b	1	,872	1,000	,551
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,026	1	,872		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,026	1	,873		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,30.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penyakit_penyerta * Specific_Necessity	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Penyakit_penyerta * Specific_Necessity Crosstabulation

Count

		Specific_Necessity		Total
		Tinggi	Rendah	
Penyakit_penyerta	0	52	13	65
	1+	27	8	35
Total		79	21	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,112 ^b	1	,738	,799	,463
Continuity Correction ^a	,006	1	,938		
Likelihood Ratio	,111	1	,739		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,111	1	,739		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,35.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * Specific_Necessity	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Pekerjaan * Specific_Necessity Crosstabulation

Count

		Specific_Necessity		Total
		Tinggi	Rendah	
Pekerjaan	Formal	5	3	8
	Non formal	74	18	92
Total		79	21	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,427 ^b	1	,232	,359	,219
Continuity Correction ^a	,551	1	,458		
Likelihood Ratio	1,252	1	,263		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1,413	1	,235		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,68.

Crosstabs

Obat_antihipertensi * Specific_Necessity Crosstabulation

Count

		Specific_Necessity		Total
		Tinggi	Rendah	
Obat_antihipertensi	Tunggal	37	7	44
	Kombinasi	42	14	56
Total		79	21	100

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Obat_antihipertensi * Specific_Necessity	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,227 ^b	1	,268		
Continuity Correction ^a	,741	1	,389		
Likelihood Ratio	1,252	1	,263		
Fisher's Exact Test				,327	,195
Linear-by-Linear Association	1,215	1	,270		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,24.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Obat_antihipertensi Specific_Necessity	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

2. Tingkat kepercayaan tentang kekhawatiran terkait obat

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Specific_Concern	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Usia * Specific_Concern Crosstabulation

Count

		Specific_Concern		Total
		Tinggi	Rendah	
Usia	kurang dari sama dengan 50 tahun	13	12	25
	lebih dari 50 tahun	43	32	75
Total		56	44	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,216 ^b	1	,642	,650	,406
Continuity Correction	,054	1	,816		
Likelihood Ratio	,216	1	,642		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,214	1	,643		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis_kelamin * Specific_Concern	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Jenis_kelamin * Specific_Concern Crosstabulation

Count

		Specific_Concern		Total
		Tinggi	Rendah	
Jenis_kelamin	Pria	11	10	21
	Wanita	45	34	79
Total		56	44	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,141 ^b	1	,707		
Continuity Correction ^a	,017	1	,898		
Likelihood Ratio	,141	1	,707		
Fisher's Exact Test				,806	,447
Linear-by-Linear Association	,140	1	,708		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,24.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Riwayat_pendidikan * Specific_Concern	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Riwayat_pendidikan * Specific_Concern Crosstabulation

Count

		Specific_Concern		Total
		Tinggi	Rendah	
Riwayat_pendidikan	kurang dari sama dengan SMP	40	30	70
	lebih dari SMP	16	14	30
Total		56	44	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,124 ^b	1	,725		
Continuity Correction ^a	,017	1	,895		
Likelihood Ratio	,123	1	,725		
Fisher's Exact Test				,827	,446
Linear-by-Linear Association	,122	1	,726		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,20.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penyakit_penyerta * Specific_Concern	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Penyakit_penyerta * Specific_Concern Crosstabulation

Count

		Specific Concern		Total
		Tinggi	Rendah	
Penyakit_penyerta	0	38	27	65
	1+	18	17	35
Total		56	44	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,457 ^b	1	,499	,532	,321
Continuity Correction ^a	,216	1	,642		
Likelihood Ratio	,456	1	,500		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,452	1	,501		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,40.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * Specific_Concern	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Pekerjaan * Specific_Concern Crosstabulation

Count

		Specific Concern		Total
		Tinggi	Rendah	
Pekerjaan	Formal	6	2	8
	Non formal	50	42	92
Total		56	44	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,274 ^b	1	,259	,460	,228
Continuity Correction ^a	,574	1	,449		
Likelihood Ratio	1,346	1	,246		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1,261	1	,261		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,52.

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Obat_antihipertensi * Specific_Concern	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Obat_antihipertensi * Specific_Concern Crosstabulation

Count

		Specific Concern		Total
		Tinggi	Rendah	
Obat_antihipertensi	Tunggal	25	19	44
	Kombinasi	31	25	56
Total		56	44	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,021 ^b	1	,884	1,000	,523
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,021	1	,884		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,021	1	,884		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,36.

3. Tingkat kepercayaan terkait persepsi tentang obat berbahaya

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * General_Harmful	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Usia * General_Harmful Crosstabulation

Count

		General Harmful		Total
		Tinggi	Rendah	
Usia	kurang dari sama dengan 50 tahun	22	3	25
	lebih dari 50 tahun	54	21	75
Total		76	24	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,632 ^b	1	,105	,175	,084
Continuity Correction ^a	1,827	1	,176		
Likelihood Ratio	2,927	1	,087		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2,605	1	,107		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,00.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis_kelamin * General_Harmful	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Jenis_kelamin * General_Harmful Crosstabulation

Count

		General Harmful		Total
		Tinggi	Rendah	
Jenis_kelamin	Pria	18	3	21
	Wanita	58	21	79
Total		76	24	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,375 ^b	1	,241	,388	,190
Continuity Correction ^a	,784	1	,376		
Likelihood Ratio	1,500	1	,221		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1,362	1	,243		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,04.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Riwayat_pendidikan * General_Harmful	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Riwayat_pendidikan * General_Harmful Crosstabulation

Count

		General_Harmful		Total
		Tinggi	Rendah	
Riwayat_pendidikan	kurang dari sama dengan SMP	50	20	70
	lebih dari SMP	26	4	30
Total		76	24	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,673 ^b	1	,102	,129	,081
Continuity Correction ^a	1,903	1	,168		
Likelihood Ratio	2,898	1	,089		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2,647	1	,104		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,20.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penyakit_penyerta * General_Harmful	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Penyakit_penyerta * General_Harmful Crosstabulation

Count

		General_Harmful		Total
		Tinggi	Rendah	
Penyakit_penyerta	0	45	20	65
	1+	31	4	35
Total		76	24	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,666 ^b	1	,031	,048	,025
Continuity Correction	3,665	1	,056		
Likelihood Ratio	5,098	1	,024		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4,619	1	,032		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,40.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * General_Harmful	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Pekerjaan * General_Harmful Crosstabulation

Count

		General_Harmful		Total
		Tinggi	Rendah	
Pekerjaan	Formal	8	0	8
	Non formal	68	24	92
Total		76	24	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,746 ^b	1	,097	,193	,101
Continuity Correction ^a	1,502	1	,220		
Likelihood Ratio	4,607	1	,032		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2,719	1	,099		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,92.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Obat_antihipertensi * General_Harmful	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Obat_antihipertensi * General_Harmful Crosstabulation

Count

		General Harmful		Total
		Tinggi	Rendah	
Obat_antihipertensi	Tunggal	36	8	44
	Kombinasi	40	16	56
Total		76	24	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,458 ^b	1	,227	,249	,166
Continuity Correction ^a	,944	1	,331		
Likelihood Ratio	1,486	1	,223		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1,444	1	,230		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,56.

4. Tingkat kepercayaan terkait penggunaan obat berlebih

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * General_Overuse	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Usia * General_Overuse Crosstabulation

Count

		General_Overuse		Total
		Tinggi	Rendah	
Usia	kurang dari sama dengan 50 tahun	15	10	25
	lebih dari 50 tahun	35	40	75
Total		50	50	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,333 ^b	1	,248	,356	,178
Continuity Correction ^a	,853	1	,356		
Likelihood Ratio	1,340	1	,247		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1,320	1	,251		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,50.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis_kelamin * General_Overuse	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Jenis_kelamin * General_Overuse Crosstabulation

Count

		General_Overuse		Total
		Tinggi	Rendah	
Jenis_kelamin	Pria	12	9	21
	Wanita	38	41	79
Total		50	50	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,542 ^b	1	,461		
Continuity Correction ^a	,241	1	,623		
Likelihood Ratio	,544	1	,461		
Fisher's Exact Test				,624	,312
Linear-by-Linear Association	,537	1	,464		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,50.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Riwayat_pendidikan * General_Overuse	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Riwayat_pendidikan * General_Overuse Crosstabulation

Count

		General_Overuse		Total
		Tinggi	Rendah	
Riwayat_pendidikan	kurang dari sama dengan SMP	30	40	70
	lebih dari SMP	20	10	30
Total		50	50	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,762 ^b	1	,029		
Continuity Correction ^a	3,857	1	,050		
Likelihood Ratio	4,831	1	,028		
Fisher's Exact Test				,049	,024
Linear-by-Linear Association	4,714	1	,030		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,00.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penyakit_penyerta * General_Overuse	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Penyakit_penyerta * General_Overuse Crosstabulation

Count

		General Overuse		Total
		Tinggi	Rendah	
Penyakit_penyerta	0	33	32	65
	1+	17	18	35
Total		50	50	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,044 ^b	1	,834	1,000	,500
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,044	1	,834		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,044	1	,835		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,50.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * General_Overuse	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Pekerjaan * General_Overuse Crosstabulation

Count

		General Overuse		Total
		Tinggi	Rendah	
Pekerjaan	Formal	3	5	8
	Non formal	47	45	92
Total		50	50	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,543 ^b	1	,461		
Continuity Correction ^a	,136	1	,712		
Likelihood Ratio	,549	1	,459		
Fisher's Exact Test				,715	,357
Linear-by-Linear Association	,538	1	,463		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Obat_antihipertensi * General_Overuse	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Obat_antihipertensi * General_Overuse Crosstabulation

Count

		General_Overuse		Total
		Tinggi	Rendah	
Obat_antihipertensi	Tunggal	22	22	44
	Kombinasi	28	28	56
Total		50	50	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,000 ^b	1	1,000		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,000	1	1,000		
Fisher's Exact Test				1,000	,580
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,00.

Lampiran 7. Hasil SPSS tingkat kepatuhan penggunaan obat berdasarkan variabel karakteristik responden

1. Tingkat kepatuhan berdasarkan variabel usia

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Kepatuhan	100	99,0%	1	1,0%	101	100,0%

Usia * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			patuh	tidak patuh	
Usia	kurang dari sama dengan 50 tahun	Count	11	14	25
		Expected Count	17,3	7,8	25,0
	lebih dari 50 tahun	Count	58	17	75
		Expected Count	51,8	23,3	75,0
Total		Count	69	31	100
		Expected Count	69,0	31,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,740 ^b	1	,002		
Continuity Correction ^a	8,244	1	,004		
Likelihood Ratio	9,241	1	,002		
Fisher's Exact Test				,003	,002
Linear-by-Linear Association	9,642	1	,002		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,75.

2. Tingkat kepatuhan berdasarkan variabel jenis kelamin

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis_kelamin * Kepatuhan	100	99,0%	1	1,0%	101	100,0%

Jenis_kelamin * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			patuh	tidak patuh	
Jenis_kelamin	Pria	Count	15	6	21
		Expected Count	14,5	6,5	21,0
	Wanita	Count	54	25	79
		Expected Count	54,5	24,5	79,0
Total		Count	69	31	100
		Expected Count	69,0	31,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,073 ^b	1	,787		
Continuity Correction ^a	,000	1	,996		
Likelihood Ratio	,074	1	,785		
Fisher's Exact Test				1,000	,506
Linear-by-Linear Association	,073	1	,788		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,51.

3. Tingkat kepatuhan berdasarkan variabel riwayat pendidikan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Riwayat_pendidikan * Kepatuhan	100	99,0%	1	1,0%	101	100,0%

Riwayat_pendidikan * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			patuh	tidak patuh	
Riwayat_pendidikan	kurang dari sama dengan SMP	Count	50	20	70
		Expected Count	48,3	21,7	70,0
	lebih dari SMP	Count	19	11	30
		Expected Count	20,7	9,3	30,0
	Total	Count	69	31	100
		Expected Count	69,0	31,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,643 ^b	1	,422		
Continuity Correction ^a	,321	1	,571		
Likelihood Ratio	,633	1	,426		
Fisher's Exact Test				,482	,283
Linear-by-Linear Association	,637	1	,425		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,30.

4. Tingkat kepatuhan berdasarkan variabel jumlah penyakit penyerta

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penyakit_penyerta * Kepatuhan	100	99,0%	1	1,0%	101	100,0%

Penyakit_penyerta * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			patuh	tidak patuh	
Penyakit_penyerta	0	Count	41	24	65
		Expected Count	44,9	20,2	65,0
	1+	Count	28	7	35
		Expected Count	24,2	10,9	35,0
Total	Count	69	31	100	
	Expected Count	69,0	31,0	100,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,046 ^b	1	,081	,113	,063
Continuity Correction ^a	2,306	1	,129		
Likelihood Ratio	3,181	1	,074		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,016	1	,082		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,85.

5. Tingkat kepatuhan berdasarkan variabel pekerjaan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * Kepatuhan	100	99,0%	1	1,0%	101	100,0%

Pekerjaan * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			patuh	tidak patuh	
Pekerjaan	Formal	Count	4	4	8
		Expected Count	5,5	2,5	8,0
	Non formal	Count	65	27	92
		Expected Count	63,5	28,5	92,0
Total		Count	69	31	100
		Expected Count	69,0	31,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,468 ^b	1	,226		
Continuity Correction ^a	,661	1	,416		
Likelihood Ratio	1,366	1	,242		
Fisher's Exact Test				,249	,204
Linear-by-Linear Association	1,453	1	,228		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,48.

6. Tingkat kepatuhan berdasarkan variabel jumlah obat anti hipertensi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Obat_antihipertensi * Kepatuhan	100	99,0%	1	1,0%	101	100,0%

Obat_antihipertensi * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			patuh	tidak patuh	
Obat_antihipertensi	Tunggal	Count	29	15	44
		Expected Count	30,4	13,6	44,0
	Kombinasi	Count	40	16	56
		Expected Count	38,6	17,4	56,0
Total		Count	69	31	100
		Expected Count	69,0	31,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,351 ^b	1	,554	,664	,353
Continuity Correction ^a	,140	1	,708		
Likelihood Ratio	,350	1	,554		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,347	1	,556		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,64.

Lampiran 8. Hasil SPSS hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan penggunaan antihipertensi

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Kepatuhan	100	100,0%	0	,0%	100	100,0%

Pengetahuan * Kepatuhan Crosstabulation

Count

		Kepatuhan		Total
		patuh	tidak patuh	
Pengetahuan	Tinggi	27	11	38
	rata-rata	33	16	49
	rendah	9	4	13
Total		69	31	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,138 ^a	2	,933
Likelihood Ratio	,138	2	,933
Linear-by-Linear Association	,058	1	,809
N of Valid Cases	100		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,03.

Lampiran 9. Regresi Logistik Hubungan Tingkat kepercayaan dengan Kepatuhan Penggunaan Antihipertensi

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	100	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	100	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		100	100,0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
patuh	0
tidak patuh	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding
			(1)
General_Overuse	Tinggi	50	1,000
	Rendah	50	,000
Specific_Concern	Tinggi	56	1,000
	Rendah	44	,000
General_Harmful	Tinggi	76	1,000
	Rendah	24	,000
Specific_Necessity	Tinggi	79	1,000
	Rendah	21	,000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			Kepatuhan		Percentage Correct
			patuh	tidak patuh	
Step 0	Kepatuhan	patuh	69	0	100,0
		tidak patuh	31	0	,0
Overall Percentage					69,0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-,800	,216	13,694	1	,000	,449

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables			
Specific_Necessity(1)	,626	1	,429
Specific_Concern(1)	,351	1	,554
General_Harmful(1)	,080	1	,777
General_Overuse(1)	,421	1	,517
Overall Statistics	1,126	4	,890

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	1,113	4	,892
Block	1,113	4	,892
Model	1,113	4	,892

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	122,707 ^a	,011	,016

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	4,733	7	,692

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		Kepatuhan = patuh		Kepatuhan = tidak patuh		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	2	1,503	0	,497	2
	2	19	19,361	7	6,639	26
	3	10	9,254	3	3,746	13
	4	4	4,234	2	1,766	6
	5	9	9,074	4	3,926	13
	6	7	6,027	2	2,973	9
	7	9	9,901	6	5,099	15
	8	3	5,000	5	3,000	8
	9	6	4,646	2	3,354	8

Classification Table

Observed			Predicted		
			Kepatuhan		Percentage Correct
			patuh	tidak patuh	
Step 1	Kepatuhan	patuh	69	0	100,0
		tidak patuh	31	0	,0
Overall Percentage					69,0

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	Specific_Necessity	-,365	,532	,471	1	,493	,694
	Specific_Concern	-,174	,451	,150	1	,699	,840
	General_Harmful	,036	,534	,005	1	,946	1,037
	General_Overuse	-,232	,454	,262	1	,609	,793
	Constant	-,335	,564	,352	1	,553	,716

a. Variable(s) entered on step 1: Specific_Necessity, Specific_Concern, General_Overuse.

Lampiran 10. Validasi Kuesioner BMQ

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,864	,865	9

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	2,9333	1,01483	30
P2	3,5000	1,52564	30
P3	3,9667	1,12903	30
P4	3,0667	,98027	30
P5	3,8333	1,11675	30
P6	3,1000	1,24152	30
P7	3,8000	1,12648	30
P8	4,2667	,78492	30
P9	4,0000	1,11417	30

Inter-Item Correlation Matrix

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
P1	1,000	,334	,148	,351	,538	,854	,471	,413	,457
P2	,334	1,000	,791	,507	,617	,410	,401	,518	,223
P3	,148	,791	1,000	,376	,488	,248	,211	,244	,137
P4	,351	,507	,376	1,000	,325	,448	,262	,335	,347
P5	,538	,617	,488	,325	1,000	,560	,466	,328	,610
P6	,854	,410	,248	,448	,560	1,000	,459	,396	,424
P7	,471	,401	,211	,262	,466	,459	1,000	,530	,659
P8	,413	,518	,244	,335	,328	,396	,530	1,000	,118
P9	,457	,223	,137	,347	,610	,424	,659	,118	1,000

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
P1	29,5333	40,326	,637	,760	,846
P2	28,9667	34,930	,683	,803	,842
P3	28,5000	41,155	,493	,671	,859
P4	29,4000	41,903	,528	,466	,855
P5	28,6333	38,240	,730	,702	,836
P6	29,3667	37,757	,673	,770	,841
P7	28,6667	39,678	,607	,692	,848
P8	28,2000	43,614	,515	,562	,857
P9	28,4667	40,878	,523	,741	,856

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
32,4667	49,568	7,04044	9

Lampiran 11. Validasi Kuesioner HFQ

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,839	,843	9

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	,8333	,37905	30
P2	,9333	,25371	30
P3	,6333	,49013	30
P4	,8667	,34575	30
P5	,7667	,43018	30
P6	,8333	,37905	30
P7	,7667	,43018	30
P8	,7667	,43018	30
P9	,7333	,44978	30

Inter-Item Correlation Matrix

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
P1	1,000	,239	,402	,614	,388	,280	,388	,599	,337
P2	,239	1,000	,074	,288	,169	,598	,484	,169	,443
P3	,402	,074	1,000	,312	,398	,031	,234	,562	,323
P4	,614	,288	,312	1,000	,247	,351	,479	,247	,429
P5	,388	,169	,398	,247	1,000	,176	,255	,441	,202
P6	,280	,598	,031	,351	,176	1,000	,811	,176	,742
P7	,388	,484	,234	,479	,255	,811	1,000	,255	,915
P8	,599	,169	,562	,247	,441	,176	,255	1,000	,380
P9	,337	,443	,323	,429	,202	,742	,915	,380	1,000

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
P1	6,3000	4,631	,613	,640	,816
P2	6,2000	5,200	,441	,369	,834
P3	6,5000	4,603	,443	,440	,838
P4	6,2667	4,823	,548	,496	,823
P5	6,3667	4,792	,424	,313	,837
P6	6,3000	4,700	,566	,739	,821
P7	6,3667	4,309	,717	,906	,802
P8	6,3667	4,585	,545	,637	,823
P9	6,4000	4,248	,714	,889	,802

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
7,1333	5,775	2,40306	9

Lampiran 12. Rekam medik pasien

No	Nama	JK	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Σ Penyerta	Σ AHT	Kepatuhan	Pengetahuan	SN	SC	GH	GO
1	A1	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Tinggi	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah
2	A2	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Tunggal	Tidak patuh	Tinggi	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah
3	A3	PR	>50th	>SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Rendah	Rendah	Rendah
4	A4	PR	≤50 th	>SMP	NF	0	Kombinasi	Tidak patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
5	A5	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Tunggal	Patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
6	A6	LK	≤50 th	>SMP	F	1+	Tunggal	Tidak Patuh	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
7	A7	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Tidak patuh	Rata-rata	Rendah	Rendah	Rendah	Tinggi
8	A8	PR	≤50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Tidak patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
9	A9	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Tinggi	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah
10	A10	LK	>50 th	>SMP	NF	1+	Tunggal	Patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi
11	B1	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Tunggal	Patuh	Rendah	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi
12	B2	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Tunggal	Patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
13	B3	PR	≤50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Tinggi	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah
14	B4	LK	>50 th	> SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Rendah	Tinggi
15	B5	PR	≤50 th	> SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi
16	B6	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Rendah	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
17	B7	PR	>50 th	> SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi
18	B8	PR	≤50 th	> SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi
19	B9	LK	≤50 th	> SMP	F	0	Kombinasi	Tidak patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
20	B10	PR	≤50 th	> SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi	Rendah
21	C1	LK	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
22	C2	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Tunggal	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
23	C3	LK	>50 th	≤ SMP	F	1+	Kombinasi	Patuh	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah
24	C4	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Tunggal	Patuh	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah

25	C5	PR	>50 th	> SMP	NF	1+	Tunggal	Tidak patuh	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah
26	C6	PR	>50 th	> SMP	F	0	Tunggal	Tidak patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
27	C7	LK	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Kombinasi	Tidak patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah
28	C8	PR	>50 th	> SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah
29	C9	LK	>50 th	≤ SMP	F	0	Kombinasi	Patuh	Rendah	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah
30	C10	PR	≤50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Tidak patuh	Rata-rata	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
31	D1	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
32	D2	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Rendah	Rendah
33	D3	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi
34	D4	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Tidak patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Rendah	Rendah
35	D5	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rendah	Tinggi	Rendah	Rendah	Rendah
36	D6	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Rendah	Rendah
37	D7	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Rendah	Rendah
38	D8	LK	>50 th	> SMP	F	0	Kombinasi	Patuh	Tinggi	Rendah	Rendah	Tinggi	Tinggi
39	D9	PR	≤50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi
40	D10	PR	≤50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Tidak patuh	Rata-rata	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi
41	E1	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Tidak patuh	Rata-rata	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
42	E2	LK	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
43	E3	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah
44	E4	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
45	E5	PR	≤50 th	> SMP	NF	0	Tunggal	Tidak patuh	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
46	E6	PR	>50 th	> SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
47	E7	LK	>50 th	> SMP	NF	1+	Tunggal	Patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
48	E8	PR	≤50 th	≤ SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi
49	E9	PR	≤50 th	≤ SMP	NF	1+	Kombinasi	Tidak patuh	Rendah	Rendah	Tinggi	Tinggi	Tinggi
50	E10	PR	>50 th	> SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
51	J1	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rendah	Tinggi	Rendah	Rendah	Tinggi
52	J2	LK	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi

53	J3	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Rendah	Rendah
54	J4	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Tidak patuh	Rata-rata	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah
55	J5	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Tidak patuh	Rata-rata	Tinggi	Rendah	Rendah	Rendah
56	J6	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Tidak patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Rendah	Rendah
57	J7	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah
58	J8	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Rendah	Rendah	Rendah	Tinggi	Rendah
59	J9	PR	>50 th	> SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
60	J10	LK	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
61	K1	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Rendah	Rendah	Tinggi	Rendah
62	K2	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Tidak patuh	Rendah	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
63	K3	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
64	K4	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Tunggal	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
65	K5	PR	≤50 th	≤ SMP	F	0	Kombinasi	Tidak patuh	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi	Rendah
66	K6	PR	≤50 th	> SMP	F	1+	Tunggal	Patuh	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi	Rendah
67	K7	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Rendah	Tinggi	Tinggi	Tinggi
68	K8	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
69	K9	LK	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
70	K10	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rendah	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
71	L1	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Tidak patuh	Rendah	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
72	L2	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Tunggal	Patuh	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
73	L3	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
74	L4	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
75	L5	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
76	L6	LK	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
77	L7	LK	>50 th	> SMP	NF	1+	Kombinasi	Tidak patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
78	L8	PR	≤ 50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
79	L9	PR	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Tunggal	Tidak patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
80	L10	PR	≤ 50 th	> SMP	NF	0	Kombinasi	Tidak patuh	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi

81	M1	PR	≤ 50 th	> SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
82	M2	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi	Tinggi
83	M3	PR	≤50 th	> SMP	NF	0	Tunggal	Tidak patuh	Tinggi	Rendah	Rendah	Tinggi	Tinggi
84	M4	LK	≤50 th	> SMP	NF	0	Kombinasi	Tidak patuh	Rata-rata	Tinggi	Rendah	Rendah	Tinggi
85	M5	LK	>50 th	> SMP	NF	0	Tunggal	Tidak patuh	Rata-rata	Rendah	Rendah	Tinggi	Tinggi
86	M6	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Tidak patuh	Rata-rata	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi
87	M7	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Tidak patuh	Rendah	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah
88	M8	PR	≤50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Tidak patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah
89	M9	LK	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Tunggal	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah
90	M10	LK	>50 th	> SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah
91	N1	PR	>50 th	> SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Rata-rata	Rendah	Tinggi	Rendah	Tinggi
92	N2	PR	≤50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Tidak patuh	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah	Rendah
93	N3	LK	>50 th	≤ SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi
94	N4	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah
95	N5	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah
96	N6	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rendah	Rendah	Tinggi	Tinggi	Tinggi
97	N7	PR	≤50 th	≤ SMP	NF	0	Kombinasi	Patuh	Rata-rata	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
98	N8	PR	>50 th	> SMP	NF	1+	Tunggal	Patuh	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi
99	N9	PR	>50 th	≤ SMP	NF	0	Tunggal	Patuh	Rendah	Tinggi	Rendah	Rendah	Rendah
100	N10	PR	≤ 50 th	> SMP	NF	1+	Kombinasi	Patuh	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi

Keterangan:

LK: Laki-laki

0: Tidak ada penyerta

GO: General Overuse (persepsi tentang penggunaan obat berlebih)

PR: Perempuan

1+: Ada penyerta 1/ lebih dari 1

GH: General Harmful (persepsi tentang bahaya obat)

NF: Nonformal

SC: Specific Concern (kekhawatiran terkait obat)

F: Formal

SN: Specific Necessity (kebutuhan terhadap obat)