

HUBUNGAN REGIMEN TERAPI, PENGETAHUAN TENTANG OBAT, DAN PERSEPSI TERHADAP SISTEM ASURANSI JKN DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN HIPERTENSI

(Penelitian Dilakukan di Instalasi Rawat Jalan Poliklinik Jantung Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang)

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Kefarmasian**



Oleh :

**Adelina Palmarum Sinaga
NIM. 105070500111031**

**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2014**

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN REGIMEN TERAPI, PENGETAHUAN TENTANG OBAT, DAN PERSEPSI
TERHADAP SISTEM ASURANSI JKN DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA
PASIEH HIPERTENSI**

**(Penelitian Dilakukan di Instalasi Rawat Jalan Poliklinik Jantung Rumah Sakit
Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang)**

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Farmasi**

Oleh :

Adelina Palmarum Sinaga

NIM: 105070500111031

Telah diuji pada

Hari : Senin

Tanggal : 1 Juni 2014

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I

Ema Pristi Yunita, M.Farm.Klin., Apt.

NIK. 120586506

Penguji II/Pembimbing I

Penguji III/Pembimbing II

Efta Triastuti, M.Farm.Klin., Apt.

NIP. 19810504 201212 2 002

dr. M. Saifur Rohman, Sp.JP, PhD

NIP. 19681031 199702 1 001

Mengetahui

Ketua Program Studi Farmasi

Drs. Bambang Sidharta, M.S., Apt.

NIK. 140148623

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Tuhan Yesus atas segala kasih karunia yang dilimpahkan-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir yang berjudul “Hubungan Regimen Terapi, Pengetahuan tentang Obat, dan Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi. Dalam penyusunan tugas akhir ini, penulis tidak terlepas dari berbagai hambatan dan kesulitan, namun berkat bimbingan, arahan dan bantuan berbagai pihak, penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini. Untuk itu perkenankanlah dengan setulus hati penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. Dr. dr. Karyono Mintaroem, SpPA Selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
2. Drs. Bambang Sidharta, Apt., MS selaku Ketua Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya atas kesempatan yang diberikan kepada kami angkatan 2010 untuk menempuh dan menyelesaikan pendidikan S1 Farmasi.
3. Dr. Sri Winarsih, Apt., M.Si., Selaku Ketua Tim Tugas akhir Universitas Brawijaya Malang dan Valentina Yurina, S.Si.,M.Si. selaku kordinator Tugas Akhir Farmasi
4. Ibu Efta Triastuti, M.Farm.Klin., Apt selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, masukan, saran dan arahan dalam penelitian ini.
5. dr. M. Saifur Rohman, Sp.JP, PhD selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, masukan, saran dan arahan dalam penelitian ini.
6. Ibu Ema Pristi Y, M.Farm.Klin., Apt selaku Penguji I yang telah berkenan menguji serta memberikan saran dan masukan dalam penelitian ini.

7. Orangtuaku tercinta beserta saudara ku tersayang ka Yanti S, bg Mula S, dan Bg Boy S terima kasih atas doa dan dukungannya selama ini.
8. Mb Arin, Mb tika, dan Mas nur atas bantuannya dalam penelitian ini.
9. Putri, Tio, Lilis dan semua anak kontrakan sengguru 29. Ce yolan dan semua anak Cg pusat 6 GMS Malang. Nia, Dinar, Fitri, Abni, Dewi, Uchi, yang telah membantu dalam suka dan duka serta teman - teman Farmasi angkatan 2010 yang selama ini telah membantu dan mendukung penulis.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tugas akhir ini yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penulisan tugas akhir ini masih sangat jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik serta sumbang saran di masa mendatang untuk peningkatan karya ini. Semoga karya sederhana ini dapat bermanfaat.

Malang, 28 Juni 2014

Penulis

ABSTRAK

Sinaga, Adelina Palmarum. 2014. **Hubungan Regimen Terapi, Pengetahuan tentang Obat, dan Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi.** Tugas Akhir, Program Studi Farmasi, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Pembimbing: (1) Efta Triastuti, M.Farm. Klin.,Apt. (2) dr. M. Saiful Rohman, Sp.JP, PhD.

Hipertensi merupakan penyakit dengan prevalensi tinggi dan signifikan dalam menyebabkan morbiditas dan mortalitas, serta disebut sebagai *the silent killer* karena merupakan penyakit mematikan tanpa gejala terlebih dahulu. Oleh karena itu, diperlukan suatu tindakan terapi pengobatan antihipertensi. Keberhasilan terapi antihipertensi dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya adalah kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan regimen terapi, pengetahuan tentang obat, dan persepsi terhadap sistem asuransi JKN dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi. Rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sebanyak 100 responden diambil secara *purposive sampling* diantara seluruh pasien hipertensi rawat jalan yang mengunjungi poliklinik jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dari bulan Mei-Juni 2014. Pengambilan data menggunakan kuesioner skala kepatuhan minum obat Morisky, menghitung banyaknya jenis obat yang dikonsumsi, beberapa pertanyaan terkait pengetahuan dan persepsi terhadap sistem asuransi JKN. Analisa data menggunakan uji hipotesis korelasi Somers'd, Lambda, koefisien Kontingensi, dan regresi logistik ordinal dengan program SPSS 16.0 *for Windows*. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang obat ($p = 0,018$) dan persepsi terhadap sistem asuransi JKN ($p = 0,002$) dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, sedangkan regimen tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi ($p = 0,053$). Pengetahuan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi ($p < 0,001$).

Kata Kunci : Regimen terapi, pengetahuan obat, persepsi terhadap JKN, kepatuhan, hipertensi

ABSTRACT

Sinaga, Adelina Palmarum. 2014. **The Relation Of Therapeutic Regimen, Knowledge Of Drugs, And Perception Of JKN Insurance System With Medication Adherence In Hypertensive Patient.** Final Assignment, Program Pharmacy Program, Medical Faculty of Brawijaya University. Advisor: (1) Efta Triastuti, M.Farm. Klin.,Apt. (2) dr. M. Saifur Rohman, Sp.JP, PhD.

Hypertension is a disease with high prevalence and significant in causing morbidity and mortality, and called as the silent killer because it is a deadly disease with no symptoms prior. Therefore, we need a measure of antihypertensive drug therapy. The success of antihypertensive therapy is influenced by many factors, one of which is patient compliance in taking the drug. The purpose of this study is to determine of relation of therapeutic regimen, knowledge of drugs, and the perception of JKN insurance system with medication compliance in hypertensive patients. The design of this study used a cross-sectional approach. A total of 100 respondents taken by purposive sampling among all hypertensive patients who visited to RSUD Dr. Saiful Anwar Malang from May until June 2014. Retrieval of data using questionnaires Morisky medication adherence scale, count the number of types of drugs were consumed, some closed questions related to knowledge about drugs and perception of JKN insurance system. Data analysis using the Somers'd, Lambda, Contingency coefficient Correlation hypothesis test, and ordinal regression test with SPSS 16.0 for Windows. The results showed a significant correlation between knowledge of the drugs ($p < 0.018$) and perception of JKN insurance system ($p = 0.002$) with medication adherence in hypertensive patients, but therapeutic regimen ($p = 0.053$) had no significant correlation with medication adherence in hypertensive patients. Knowledge of the drug had influence in medication adherence in hypertensive patients ($p < 0.001$).

Key Words : Therapeutic regimen, knowledge of drugs, perceptions of JKN, compliance, hypertension

DAFTAR ISI

	Halaman
Judul	i
Lembar Pengesahan	ii
Kata Pengantar.....	iii
Abstrak	v
Abstract	vi
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	ix
Daftar Tabel.....	x
Daftar Lampiran	xi
Daftar Singkatan	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Hipertensi	6
2.1.1 Definisi Hipertensi	6
2.1.2 Klasifikasi Hipertensi	6
2.1.3 Etiologi Hipertensi.....	6
2.1.4 Faktor Risiko Hipertensi	8
2.1.5 Patofisiologi Hipertensi	10
2.1.6 Manifestasi Hipertensi	13
2.1.7 Terapi Hipertensi	14
2.2 Konsep Kepatuhan.....	20
2.2.1 Definisi Kepatuhan Minum Obat	20
2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan	20
2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketidakepatuhan....	24
2.2.4 Metode Menilai Kepatuhan Minum Obat	25
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konsep.....	28
3.2 Hipotesis	30
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	31
4.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling	31
4.2.1 Identifikasi dan Batasan Populasi Penelitian	31
4.2.2 Sampel	31
4.2.3 Teknik Sampling	33
4.3 Variabel Penelitian.....	33
4.3.1 Variabel Bebas	33
4.3.2 Variabel Terikat.....	33
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	33
4.5 Instrumen Penelitian.....	33



4.6	Definisi Operasional	34
4.7	Uji Validitas dan Reliabilitas.....	36
4.7.1	Uji Validitas	36
4.7.2	Uji Reliabilitas	36
4.8	Teknik Pengumpulan Data, Pengolahan Data, dan Analisis Data.....	36
4.8.1	Teknik Pengumpulan Data.....	36
4.8.2	Teknik Pengolahan Data	37
4.8.3	Teknik Analisis Data	38
4.9	Etika Penelitian	38
4.10	Prosedur Penelitian	40
BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA		
5.1	Analisis Univariat	41
5.2	Analisis Bivariat	49
5.2	Analisis Multivariat	59
BAB VI PEMBAHASAN		
6.1	Kepatuhan Pasien Minum Obat pada Pasien Hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang	60
6.2	Hubungan Regimen Terapi, Pengetahuan Obat, dan Persepsi pada Sistem Asuransi JKN dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi	61
6.3	Hubungan Jenis Kelamin, Usia, Lama Menderita Hipertensi, Persepsi Keparahan Penyakit, Pendidikan, dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi	63
6.4	Keterbatasan Penelitian	67
6.5	Implikasi Kefarmasian	68
BAB VII PENUTUP		
7.1	Kesimpulan.....	69
7.2	Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA		75
LAMPIRAN-LAMPIRAN		80

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	28
Gambar 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Jenis Kelamin	41
Gambar 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Usia	42
Gambar 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Lama Menderita Hipertensi	42
Gambar 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Regimen	43
Gambar 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Persepsi Keparahan Penyakit	44
Gambar 5.6 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Pendidikan	45
Gambar 5.7 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Dukungan Keluarga	45
Gambar 5.8 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Pengetahuan tentang Obat	46
Gambar 5.9 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Persepsi pada Sistem Asuransi JKN	47
Gambar 5.10 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Kepatuhan Pasien Minum Obat	48



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi menurut JNC VII	6
Tabel 5.1 Tabulasi Silang Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi berdasarkan Regimen Terapi	50
Tabel 5.2 Tabulasi Silang Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi berdasarkan Pengetahuan tentang Obat	51
Tabel 5.3 Tabulasi Silang Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi berdasarkan Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN	52
Tabel 5.4 Tabulasi Silang Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi berdasarkan Jenis Kelamin	53
Tabel 5.5 Tabulasi Silang Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi berdasarkan Usia	54
Tabel 5.6 Tabulasi Silang Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi berdasarkan Lama Menderita Hipertensi	55
Tabel 5.7 Tabulasi Silang Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi berdasarkan Persepsi Keparahan Penyakit	56
Tabel 5.8 Tabulasi Silang Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi berdasarkan Pendidikan	57
Tabel 5.9 Tabulasi Silang Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi berdasarkan Dukungan Keluarga	58

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1	Pernyataan Keaslian Tulisan 76
Lampiran 2	Keterangan Kelaikan Etik 77
Lampiran 3	Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian 78
Lampiran 4	Lembar Pernyataan Persetujuan Berpartisipasi dalam Penelitian (<i>Informed Consent</i>) 79
Lampiran 5	Pengantar Kuesioner 80
Lampiran 6	Kuesioner 81
Lampiran 7	Output Uji Validitas 86
Lampiran 8	Output Uji Reliabilitas 88
Lampiran 9	Tabulasi Data Responden 89
Lampiran 10	Tabulasi Jawaban Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN 95
Lampiran 11	Hasil Uji Hipotesis Bivariat 98
Lampiran 12	Hasil Uji Hipotesis Multivariat 102
Lampiran 13	Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan Data 103
Lampiran 14	<i>Curriculum vitae</i> 104

DAFTAR SINGKATAN

ACEI	= <i>Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor</i>
AIDS	= <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ARB	= <i>Angiotensin Receptor Blocker</i>
ASKES	= Asuransi Kesehatan
C	= koefisien Kontingensi
CCB	= <i>Calcium Channel Blocker</i>
FKUB	= Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
HBM	= <i>Health Believe Moda</i>
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
JNC VII	= <i>Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure VII</i>
MMAS	= <i>Morisky Medication Adherence Scale</i>
NSAIDs	= <i>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs</i>
Risikesdas	= Riset Kesehatan Dasar
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
SPSS	= <i>Software Product and Service Solution</i>
SRAA	= Sistem Renin Angiotensin Aldosteron
WHO	= <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Hipertensi merupakan penyakit dengan prevalensi tinggi dan signifikan dalam menyebabkan morbiditas dan mortalitas. Prevalensi hipertensi tergantung pada usia, jenis kelamin, dan ras. Umumnya, pengobatan hipertensi membutuhkan biaya yang cukup mahal (Straka *et al.*, 2008). Hipertensi disebut sebagai *the silent killer* karena merupakan penyakit mematikan tanpa gejala terlebih dahulu (Kotchen & Kotchen, 2006). Hipertensi adalah tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas atau sama dengan 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas atau sama dengan 90 mmHg. Hal ini terjadi karena peningkatan tekanan darah secara terus menerus sehingga melebihi batas normal (Hall, 2003).

Data tahun 2010 di Amerika Serikat menunjukkan bahwa 28,6% orang dewasa berusia lebih dari 18 tahun menderita hipertensi. Pada kebanyakan kasus, hipertensi terdeteksi saat pemeriksaan fisik karena alasan penyakit lain seperti penyakit ginjal kronis dan diabetes. Tekanan darah yang tinggi menyebabkan jantung bekerja lebih keras dari biasanya sehingga dapat merusak pembuluh darah, jika hal ini terjadi terus-menerus maka dapat merusak organ lain seperti ginjal, jantung, dan hepar (NKUDIC, 2010).

Sampai saat ini hipertensi masih menjadi masalah utama di dunia, baik di negara maju maupun negara berkembang, termasuk Indonesia. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 mendapatkan prevalensi hipertensi pada penduduk dengan umur lebih dari 18 tahun di Indonesia cukup tinggi mencapai 31,7% dengan penduduk yang mengetahui dirinya menderita

hipertensi hanya 7,2% dan yang minum obat antihipertensi hanya 0,4% (Risikesdas, 2010).

Hipertensi yang tidak terkontrol dan terdeteksi dapat menyebabkan terjadinya serangan jantung, stroke, dan gagal ginjal (Kotchen & Kotchen, 2006). Salah satu hal yang dapat berkontribusi besar terhadap tekanan darah yang tidak terkontrol adalah kepatuhan minum obat antihipertensi yang rendah (Hein *et al.*, 2011; Krousel-Wood *et al.*, 2011). Kepatuhan adalah perilaku seseorang meminum obat atau melaksanakan perubahan gaya hidup (modifikasi gaya hidup) sesuai saran dari tenaga kesehatan (WHO, 2003). Berdasarkan penelitian, kepatuhan minum obat antihipertensi yang rendah mempunyai hubungan yang signifikan terhadap penurunan tekanan darah yang lambat (Matsumura *et al.*, 2013). Kontrol tekanan darah yang tidak memadai dan ketidakpatuhan meminum obat antihipertensi menunjukkan keterbatasan dalam mengontrol atau menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi (Gianfranco *et al.*, 2013).

Tenaga kesehatan seringkali tidak mengetahui bagaimana menangani penurunan tekanan darah ketika pasien tidak patuh meminum obat antihipertensi yang mereka dapat. Pada penelitian Rose adam (2012) menunjukkan bahwa kepatuhan yang rendah (kepatuhan rendah jika skor < 60%, dengan metode *medication event monitoring system* atau MEMS caps Aardex, Switzerland) meminum obat antihipertensi selama 7 hari dapat meningkatkan tekanan darah sekitar 2–15/7–8 mm/Hg jika dibandingkan dengan kepatuhan yang tinggi (skor ≥ 60%). Oleh karena itu, kepatuhan terhadap terapi sangat penting dalam menentukan kontrol tekanan darah (Rose *et al.*, 2012).

Di Indonesia, tingkat kesadaran masyarakat akan kesehatan sangat rendah sehingga jumlah pasien yang tidak menyadari bahwa dirinya menderita hipertensi dan yang tidak patuh terhadap pengobatan kemungkinan lebih besar (Sanglah Hospital Bali, 2013). Oleh karena itu, untuk bisa mencapai pengontrolan tekanan darah secara optimal diperlukan kerjasama antar tenaga kesehatan dalam memberikan edukasi ke pasien mengenai hipertensi, memonitor respon pasien terhadap pengobatan, dan memantau kepatuhan pasien dalam terapi maupun non-terapi (Depkes, 2006).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien minum obat dibagi atas 3 bagian yaitu pertama, faktor yang berhubungan dengan pasien meliputi usia, jenis kelamin, persepsi terhadap suatu objek, status sosial dan ekonomi; kedua, faktor yang berhubungan dengan obat atau terapi meliputi jumlah obat, harga obat, efek samping obat, durasi pengobatan, kepercayaan pasien terhadap diagnosa dokter dan terapi yang diberikan dalam memperbaiki kondisi pasien; ketiga, faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan (Okoro & Ngong, 2012). Menurut Morisky *et al.* (2008) faktor-faktor negatif yang mempengaruhi kepatuhan minum obat yaitu depresi, pengetahuan yang kurang tentang hipertensi dan pengobatan, kerumitan regimen terapi, efek samping obat, kualitas hidup yang rendah, dan persepsi pasien terhadap sistem pelayanan kesehatan.

Sistem pelayanan asuransi di Indonesia telah berubah dari asuransi kesehatan (ASKES) menjadi jaminan kesehatan nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dan sudah diimplementasikan mulai tanggal 1 Januari 2014. Asuransi kesehatan dapat mengurangi biaya yang dikeluarkan oleh masyarakat untuk menanggung biaya kesehatan, tetapi ASKES

saja tidak cukup, diperlukan asuransi kesehatan sosial atau JKN. JKN mempunyai beberapa manfaat yaitu manfaat komprehensif dengan premi terjangkau oleh sebagian besar masyarakat, mendapatkan pelayanan bermutu, memadai dengan biaya yang wajar dan terkendali, menjamin kepastian pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan, dan dapat digunakan di seluruh wilayah Indonesia (Kemenkes, 2013).

Keberhasilan suatu terapi tidak hanya ditentukan oleh diagnosis dan pemilihan obat yang tepat, tetapi kepatuhan pasien minum obat juga sangat mempengaruhi keberhasilan terapi yang pasien terima. Berdasarkan tinjauan di atas, penulis sebagai calon farmasis tertarik untuk mengetahui apakah ada hubungan regimen terapi, pengetahuan tentang obat, dan persepsi terhadap sistem asuransi JKN dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah ada hubungan regimen terapi, pengetahuan tentang obat, dan persepsi terhadap sistem asuransi JKN dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang?
2. Apakah ada hubungan jenis kelamin, usia, lama menderita hipertensi, persepsi keparahan penyakit, pendidikan, dan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang?
3. Bagaimanakah gambaran tingkat kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Mengetahui hubungan regimen terapi, pengetahuan tentang obat, dan persepsi terhadap sistem asuransi JKN dengan kepatuhan pasien minum obat.
2. Mengetahui variabel bebas (regimen terapi, pengetahuan tentang obat, dan persepsi terhadap sistem asuransi JKN) yang paling mempengaruhi kepatuhan pasien minum obat.
3. Mengetahui hubungan jenis kelamin, usia, lama menderita hipertensi, persepsi keparahan penyakit, pendidikan, dan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien minum obat.
4. Mengetahui gambaran tingkat kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

a. Bagi Institusi

Sebagai bahan informasi untuk meningkatkan pelayanan tenaga kesehatan dalam menangani pasien hipertensi serta memberikan masukan dan informasi kepada institusi pelayanan kesehatan tentang faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.

b. Bagi Masyarakat

Memberikan gambaran manfaat kepatuhan minum obat dalam mengontrol tekanan darah pada pasien hipertensi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi**2.1.1 Definisi Hipertensi**

Hipertensi adalah gangguan hemodinamik yang berhubungan dengan peningkatan tekanan darah di pembuluh darah perifer (Sever & Messerli, 2011). Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas atau sama dengan 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas atau sama dengan 90 mmHg (Hall, 2005).

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Hipertensi dapat diklasifikasikan, antara lain:

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi menurut JNC VII (Chobanian *et al.*, 2003)

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Sistolik dan Diastolik (mmHg)
Normal	< 120 dan < 80
Pre hipertensi	120–139 atau 80-89
Hipertensi tahap 1	140–159 atau 90-99
Hipertensi tahap 2	≥ 160 atau ≥ 100

2.1.3 Etiologi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi 3 golongan (Anggraini *et al.*, 2009) yaitu:

a. Hipertensi Esensial atau Primer

Hipertensi esensial atau primer sering juga disebut sebagai hipertensi idiopatik karena penyebab terjadinya hipertensi tidak diketahui. Kasus hipertensi primer terjadi sekitar 95% dari kasus hipertensi yang ada.

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang mekanismenya dapat diketahui secara jelas dalam meningkatkan tekanan darah. Oleh karena itu, diagnosis lebih lanjut perlu dilakukan pada pasien yang tidak merespon pada pengobatan antihipertensi atau pasien yang tiba-tiba mengalami kenaikan tekanan darah secara cepat. Penyebab hipertensi sekunder yaitu komplikasi dari penyakit ginjal kronik, penyakit tiroid atau paratiroid, *primary Aldosteronism*, terapi penyinaran yang mengenai ginjal, pola asupan garam dalam diet, kondisi preeklamsia pada kehamilan, dan penggunaan obat-obatan seperti terapi hormon estrogen, dekongestan, *nonsteroidal anti-inflammatory drugs* (NSAIDs), COX-2 inhibitors, dan oral kontrasepsi.

c. Hipertensi *White Coat*

Hipertensi *white coat* disebabkan oleh peningkatan tahanan pembuluh darah. Peningkatan ini hanya terjadi pada suatu waktu saja dan selanjutnya normal. Tekanan darah dapat meningkat saat diukur di *clinical setting* yang disebabkan oleh stress fisik atau psikis. Oleh karena itu, untuk membuktikan apakah tekanan darah meningkat atau tidak maka diberi selang waktu beberapa jam untuk mengukur ulang tekanan darah (ditunggu sampai pasien tenang).

2.1.4 Faktor Risiko Hipertensi

Faktor risiko yang menyebabkan hipertensi yaitu:

- Riwayat Keluarga dengan Hipertensi

Hipertensi lebih sering pada pasien dengan riwayat keluarga menderita hipertensi. Pasien dengan riwayat keluarga hipertensi memiliki risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi daripada orang-orang dengan riwayat keluarga tanpa hipertensi (William *et al.*, 2007).

- Usia

Insiden hipertensi meningkat seiring dengan penambahan umur. Pasien yang berusia diatas 60 tahun mempunyai risiko yang besar untuk menderita hipertensi karena pengaruh degenerasi fungsi organ (Anggraini *et al.*, 2009). Akibat proses penuaan menyebabkan variasi tekanan darah diantara pasien lanjut usia (William *et al.*, 2007).

- Obesitas

Pada pasien obesitas, lipid akan menyumbat pembuluh darah arteri sehingga terjadi peningkatan tahanan perifer yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah (Anggraini *et al.*, 2009). Obesitas dapat meningkatkan aktivitas simpatis dengan salah satu mekanismenya adalah hiperleptinemia. Leptin adalah senyawa yang dihasilkan oleh adiposit dan tingkat plasma puasa leptin meningkat sebanding dengan adipositas.

Leptin mengatur keseimbangan energi dengan penurunan nafsu makan dan merangsang termogenesis melalui aktivasi simpatis. Leptin menyebabkan hipertensi dengan blokade pada α dan β adrenergik. Studi pada tikus transgenik dimana leptin disekresikan *ectopically* oleh hati juga menunjukkan bahwa hiperleptinemia menyebabkan hipertensi ringan (Hall, 2003).

- **Stress**

Stress dapat meningkatkan aktivitas saraf simpatis yang akan menstimulasi kelenjar endokrin untuk memproduksi adrenalin sehingga mengaktifkan sistem renin angiotensin aldosteron yang dapat meningkatkan tekanan darah (Anggraini *et al.*, 2009).

- **Genetik**

Hipertensi merupakan salah satu gangguan genetik yang bersifat kompleks. Polimorfisme secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi reabsorpsi renal natrium atau dapat mengubah membran sel sehingga menyebabkan vasokonstriksi dan hipertrofi struktural sehingga meningkatnya tahanan perifer (Straka *et al.*, 2008). Salah satu gen yang berpengaruh adalah varian M235T. Gen angiotensin berhubungan dengan peningkatan kadar angiotensin disirkulasi dan menyebabkan peningkatan tekanan darah (Oparil *et al.*, 2003).

- **Etnis**

Hipertensi lebih banyak terjadi pada orang berkulit hitam dibanding dengan orang berkulit putih. Namun, sampai saat ini mekanismenya belum diketahui secara pasti. Pada orang berkulit hitam mempunyai kadar renin yang lebih rendah dan sensitifitas yang tinggi terhadap vasopresin sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi (Anggraini *et al.*, 2009).

- **Rokok**

Rokok dapat menyebabkan hipertensi karena adanya zat kimia beracun dari dalam rokok yaitu nikotin dan karbon monoksida yang dapat masuk ke aliran darah dan dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri sehingga menyebabkan terjadinya stress oksidatif pada pembuluh darah. Hal

ini dapat menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan darah (Rahajeng *et al.*, 2009).

- **Konsumsi Garam**

Garam menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh karena ion natrium akan menarik cairan di luar sel agar tidak keluar sehingga akan meningkatkan volume dan tekanan darah. Konsumsi garam yang dianjurkan tidak lebih dari 6 gram/hari yang setara dengan 110 mmol natrium atau 2400 mg/hari. Konsumsi garam yang berlebihan mempunyai hubungan dengan tingginya tekanan darah. Pasien yang tekanan darahnya dapat diturunkan dengan membatasi konsumsi garam disebut *salt sensitive*. Sensitivitas ini biasanya terdapat pada orang Afrika-Amerika, lansia dan pasien dengan diabetes dan obesitas (William *et al.*, 2007).

- **Aktivitas**

Orang yang melakukan aktivitas yang berlebihan akan cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantung harus bekerja lebih keras (Amir, 2002).

2.1.5 Patofisiologi Hipertensi

a. **Sistem Renin Angiotensin Aldosteron (SRAA)**

Secara umum, mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dari saraf simpatis ke ganglia simpatis dalam bentuk impuls kemudian melepaskan asetilkolin yang dapat menyebabkan kontraksi pembuluh darah. Pada saat bersamaan, sistem saraf simpatis akan merangsang kelenjar adrenal yaitu medula adrenal untuk mensekresi epineprin dan korteks adrenal untuk mensekresi kortisol. Hal ini menyebabkan

vasokonstriksi di pembuluh darah dan meningkatkan respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang terjadi terus-menerus menyebabkan penurunan aliran darah ke ginjal sehingga mempengaruhi SRAA (Saseen & Eric, 2008).

SRAA merupakan endogen kompleks yang mengatur tekanan darah arteri. Pembentukan angiotensinogen yang dipengaruhi oleh penurunan aliran darah ke ginjal akan diubah menjadi angiotensin I oleh renin kemudian angiotensin I diubah menjadi angiotensin II yang merupakan vasokonstriktor kuat yang dapat merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormone ini menyebabkan retensi natrium dan air di tubulus ginjal sehingga menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Saseen & Eric, 2008).

b. Mekanisme *Vascular Endothelial*

Hipertensi yang disebabkan karena perubahan struktur dan fungsi pada sistem pembuluh darah perifer sehingga menyebabkan perubahan tekanan darah. Perubahan tersebut bisa dikarenakan aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah sehingga menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Hal tersebut menyebabkan pembuluh darah aorta dan arteri kemampuannya berkurang dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (Corwin & Elizabeth, 2001).

c. Kepekaan Baroreseptor

Baroreseptor adalah reseptor regang di dinding jantung dan pembuluh darah. Baroreseptor dirangsang oleh regangan struktur tempat dia berada sehingga baroreseptor itu melepas impuls dengan kecepatan tinggi ketika

tekanan dalam struktur ini meningkat. Jadi, peningkatan pelepasan impuls baroreseptor menghambat pelepasan impuls tonik saraf vasokonstriktor dan mengaktifkan persarafan vagus jantung yang menyebabkan vasodilatasi, venodilatasi, penurunan tekanan darah, bradikardia, dan penurunan curah jantung. Oleh karena itu, penurunan kepekaan baroreseptor akan meningkatkan risiko seseorang untuk menderita hipertensi (Ganiswara, 2007).

d. Respon Pembuluh Darah

Perangsangan sistem saraf simpatis tidak langsung menyebabkan aktivasi saraf dari pembuluh darah dan jantung, tetapi juga menyebabkan pelepasan norepinefrin dan epinefrin oleh medula adrenal ke dalam peredaran darah. Kedua hormon tersebut beredar ke semua bagian tubuh dan pada dasarnya menyebabkan efek pada sistem sirkulasi yang sama seperti perangsangan simpatis secara langsung. Kedua hormon tersebut merangsang kerja jantung lebih berat dan menyebabkan penyempitan di pembuluh darah. Jika hal ini terjadi secara terus-menerus maka akan menyebabkan hipertensi (Ganiswara, 2007).

e. Mekanisme Hormon Natriuretik

Hormon natriuretik menghambat natrium dan kalium-adenosine triphosphatase sehingga mengganggu transportasi natrium di membran sel. Gangguan kemampuan ginjal untuk mengekskresikan natrium dapat menyebabkan peningkatan volume darah. Secara teoritis, tubuh akan melakukan kompensasi dengan melepaskan hormon natriuretik sehingga dapat meningkatkan ekskresi natrium dan air. Namun, hormon ini diduga menghambat aktivasi transportasi natrium keluar dari sel otot polos arteriol

dan meningkatkan konsentrasi natrium di intraseluler sehingga menyebabkan peningkatan tonus pembuluh darah dan tekanan darah (Saseen & Eric, 2008).

f. Resistensi Insulin atau Hiperinsulinemia

Resistensi insulin atau hiperinsulinemia dapat meningkatkan retensi natrium dan meningkatkan aktivitas sistem saraf simpatis sehingga menyebabkan hipertensi. Insulin juga memiliki aktivitas yang mirip dengan hormon pertumbuhan yang dapat menstimulasi hipertropi dari otot polos pembuluh darah. Insulin juga dapat meningkatkan tekanan darah dengan meningkatkan kalsium di intraseluler yang dapat menyebabkan peningkatan resistensi pembuluh darah. Namun, mekanisme insulin menyebabkan hipertensi masih belum diketahui secara pasti (Straka *et al.*, 2008).

2.1.6 Manifestasi Klinis

Pada pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi tetapi dapat ditemukan perubahan pada retina seperti pendarahan, eksudat (kumpulan cairan), dan penyempitan pembuluh darah. Individu yang menderita hipertensi terkadang tidak menunjukkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala akan muncul apabila ada kerusakan pada pembuluh darah dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah tersebut. Perubahan fungsi ginjal dapat bermanifestasi seperti nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma (peningkatan nitrogen urea darah dan kreatinin). Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi seperti paralisis yang bersifat sementara pada satu sisi (hemiplegia) dan gangguan penglihatan (Marliani & Tantan, 2007). Gejala yang mungkin muncul pada pasien hipertensi (Marliani *et al.*, 2007) yaitu:

- Pusing
- Sakit kepala
- Tenguk terasa pegal
- Darah keluar dari hidung secara tiba-tiba
- Nokturia: Nokturia adalah kondisi dimana pasien sering buang air kecil (urinasi) pada malam hari. Nokturia terjadi karena adanya peningkatan aliran darah ke ginjal dan filtrasi dari glomerulus. Pada pasien yang lanjut usia (*elderly*), nokturia lebih sering terjadi dikarenakan perubahan postur tubuh dari terlentang menjadi berdiri yang menyebabkan respon produksi renin berkurang, sehingga angiotensin dan aldosterone menjadi kurang aktif. Tetapi masih belum banyak penelitian yang mengetahui secara pasti bagaimana nokturia dapat mengindikasikan terjadinya hipertensi (Feldstein, 2013).

2.1.7 Terapi Hipertensi

a. Terapi Nonfarmakologi

Terapi nonfarmakologi bertujuan untuk mengoptimalkan penurunan tekanan darah. Intervensi yang dapat dilakukan (Morgada & Neves, 2012) sebagai berikut:

a) Modifikasi Faktor Risiko

- Pasien perokok yang berhenti merokok akan menurunkan angka kematian.
- Mencapai atau mempertahankan berat badan ideal.

- Melakukan aktivitas sedang selama 30 menit setiap hari (jalan, bersepeda, berenang atau aktivitas aerobik yang sesuai).
- Mengonsumsi makanan dengan kadar kolesterol rendah atau lemak dengan saturasi rendah.
- Mengonsumsi obat-obatan penurun kolesterol. Target primer kolesterol LDL < 100 mg/dl.
- Kontrol optimal hiperglikemia pada DM.
- Membatasi diet natrium: batas maksimal konsumsi natrium 100 mmol per hari (2,4 gram natrium atau 6 gram natrium klorida).
- Menghilangkan *stress*.

b. Terapi Farmakologi

Penatalaksanaan dengan obat antihipertensi bagi sebagian besar pasien dimulai dengan dosis rendah kemudian ditingkatkan secara titrasi sesuai umur dan kebutuhan. Terapi antihipertensi dalam dosis tunggal lebih disukai karena kepatuhan pasien minum obat tersebut lebih baik dan harga obat lebih murah (Osterberg & Blaschke, 2005).

Jenis obat untuk penatalaksanaan farmakologi hipertensi, antara lain:

1) Golongan Diuretik

Golongan diuretik yang sering digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi yaitu:

a. Diuretik Thiazid

Obat ini bekerja dengan cara menghambat pompa Na^+/Cl^- di tubulus distal dan meningkatkan ekskresi natrium. Dalam jangka panjang obat ini bisa bekerja sebagai vasodilator. Obat ini aman, efektif, dan tidak mahal (Fauci *et al.*, 2008). Namun, diuretik thiazid dapat mengganggu toleransi

glukosa (resisten terhadap insulin) yang mengakibatkan peningkatan risiko diabetes mellitus tipe 2. Efek samping umum yang lainnya adalah hiperlipidemia, peningkatan LDL, peningkatan trigliserida, dan penurunan HDL. Contoh obat diuretik thiazid yaitu hidroklortiazid, dengan dosis 12,5-25 mg/hari; indapamide dengan dosis 1,25-2,5 mg/hari; klortalidone dengan dosis 12,5-25 mg/hari; metolazone dengan dosis 2,5-5 mg/hari (Saseen & Eric, 2008).

b. Diuretik hemat kalium

Obat diuretik ini menyebabkan diuresis dengan menurunkan reabsorpsi natrium di duktus kolektivus dan menghambat ekskresi kalium dalam urine (Fauci *et al.*, 2008). Contoh obat golongan ini yaitu: amilorid dengan dosis 5-10 mg/hari qd/bid dan triamterene 50-100 mg/hari qd atau bid, spironolakton 25-50 mg/hari qd/bid dan eplerenone 50-100 mg/hari qd atau bid (Saseen & Eric, 2008). Efek samping yang biasa muncul dari obat ini adalah hiperkalemia, ginekomastia, dan gangguan saluran pencernaan (Fauci *et al.*, 2008).

c. Diuretik Loop

Diuretik ini menghambat reabsorpsi natrium, klorida, dan kalium di ansa henle bagian asenden. Efek samping yang biasa muncul pada obat ini yaitu gangguan keseimbangan elektrolit, gangguan saluran pencernaan, ototoksisitas yang disebabkan perubahan keseimbangan elektrolit cairan di dalam endolimfe (Fauci *et al.*, 2008). Contoh obat golongan ini yaitu furosemid dengan dosis 20-80 mg/hari; bumetamide 0,5-4 mg/hari; dan torsemid 5-10 mg/hari (Saseen & Eric, 2008).

2) Penghambat Reseptor β (β -Blocker)

Obat ini bekerja dengan cara memblokir reseptor β -1 dan β -2 yang dapat memperlambat denyut jantung sehingga menurunkan tekanan darah (Gersh *et al.*, 2011). Reseptor β -1 terutama terdapat pada jantung sedangkan reseptor β -2 banyak ditemukan di paru-paru, pembuluh darah perifer, dan otot lurik. Efek samping yang biasa muncul pada obat ini yaitu pusing dan bradikardi. Contoh obat golongan ini yaitu *β -blocker non selective*: nadolol 40-120 mg dan propranolol 160-480 mg. Sedangkan *β -blocker selective*: atenolol 25-100 mg, bisoprolol 2,5-10 mg, dan metoprolol 10-400 mg (Saseen & Eric, 2008).

3. Angiotensin I Converting Enzyme (ACEI)

ACEI bekerja dengan menghambat enzim *angiotensin-convertase* sehingga tidak terjadi pembentukan angiotensin II dari angiotensin I. Obat ini menyebabkan pembuluh darah melebar sehingga menurunkan tekanan darah. Angiotensin II merupakan vasokonstriktor kuat dan juga menstimulasi sekresi aldosteron yang dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah (Horl & Horl, 2002). Efek samping yang biasa muncul pada obat ini yaitu pusing, nyeri dada, dan batuk. Contoh obat yang termasuk golongan ACEI yaitu: kaptopril 25-150 mg, enalapril 5-40 mg, lisinopril 10-40 mg, dan trandolapril 1-4 mg (Saseen & Eric, 2008). Kaptopril merupakan ACEI yang pertama ditemukan dan banyak digunakan untuk pengobatan hipertensi dan gagal jantung (Ganiswara, 2007).

4. Angiotensin Receptor Blocker (ARB)

ARB bekerja dengan cara menghambat reseptor angiotensin II sub tipe 1 yang memediasi efek angiotensin II diantaranya adalah vasokonstriksi,

pelepasan aldosteron, dan aktivasi sistem saraf simpatis. ARB dapat digunakan sebagai pengganti ACEI jika pasien tidak dapat mentolerir efek samping ACEI yaitu batuk kering karena ARB tidak menghambat degradasi bradikinin. Contoh obat golongan ini yaitu valsartan 80-320 mg, candesartan 4-32 mg, losartan 25-100 mg, dan irbesartan 150-300 mg. Efek samping pada obat ini yaitu pusing, gangguan pencernaan, dan hiperkalemia (Straka *et al.*, 2008). Berdasarkan jurnal *evidence-based* menyatakan bahwa penggunaan valsartan dan losartan dapat digunakan sebagai standart pengobatan pada pasien gagal jantung yang tidak toleran terhadap ACEI. Sementara itu, irbesartan dapat digunakan untuk pasien hipertensi disertai diabetes tipe 2 (Ball *et al.*, 2003).

5. **Calcium Channel Blocker (CCB)**

Obat ini bekerja dengan menghambat influks kalsium melewati membran sel pada otot polos pembuluh koroner dan miokardium sehingga dapat menurunkan kontraktilitas jantung dan menyebabkan vasodilatasi (Saseen & Eric, 2008). Menurut Gunawan (2007) CCB dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Dihidropiridine

Dihidropiridine menghambat influks kalsium di pembuluh darah sehingga menyebabkan vasodilatasi di pembuluh darah perifer dan relaksasi di arteriol. Hal ini kadang menyebabkan takikardi (peningkatan denyut jantung) dan vasokonstriksi. Efek samping pada golongan ini yaitu pusing, aritmia, dan takikardi. Contoh golongan dihidropiridine adalah nifedipin, nikardipin, amlodipine, isradipin, clevidipine, dan felodipin. Penggunaan golongan *immediate release* golongan dihidropiridine

berisiko menimbulkan miokard infark dan hipotensi parah misal SL nifedipine.

b. Nondihidropiridine

Nondihidropiridine memiliki mekanisme kerja memblokir influks kalsium di sel dalam sistem konduksi jantung dan sel miokardial. Golongan nondihidropiridine tidak menimbulkan efek takikardi karena memiliki efek kronotropik negatif langsung pada jantung. Obat ini digunakan untuk menurunkan denyut jantung dan untuk pencegahan angina. Efek samping pada golongan ini yaitu gangguan pencernaan, bradikardi, dan pusing. Contoh golongan nondihidropiridine adalah verapamil dan diltiazem.

6. Penghambat Reseptor α (α -blocker)

Penghambat reseptor α bekerja dengan cara memblokir reseptor α -1 di perifer sehingga merelaksasi otot polos pembuluh darah. Obat ini dapat diindikasikan untuk hipertensi yang resisten. Efek samping α -blocker yaitu takikardi, palpitasi, dan aritmia. Golongan penghambat reseptor α bermanfaat untuk pasien laki-laki lanjut usia karena memperbaiki gejala pembesaran prostat. Contoh obat antihipertensi golongan ini yaitu prazosin, terazosin, dan doksazosin (Saseen & Eric, 2008).

2.2 Konsep Kepatuhan

2.2.1 Definisi Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan adalah perilaku pasien dalam minum obat, mengubah diet, dan melakukan gaya hidup sesuai rekomendasi dari tenaga kesehatan (WHO, 2003). Menurut Osterberg (2005) kepatuhan minum obat adalah sejauh mana pasien mengambil atau minum obat yang diresepkan oleh tenaga medis atau penyedia pelayanan kesehatan. Menurut Jin *et al.* (2008) kepatuhan adalah

kemampuan dan kemauan untuk mematuhi terapi yang ditentukan oleh tenaga kesehatan. Kepatuhan minum obat yang rendah merupakan faktor utama penurunan tekanan darah yang lambat pada pasien hipertensi.

2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat

1. Faktor yang Berhubungan dengan Pasien

a. Usia

Sebagian besar penelitian menunjukkan bahwa usia berhubungan dengan kepatuhan meskipun terkadang usia bukan menjadi faktor penyebab ketidakpatuhan. Efek usia terhadap korelasi dengan kepatuhan dapat dibagi menjadi 3 kelompok yaitu: kelompok lanjut usia (≥ 55 tahun), kelompok usia menengah (40-54 tahun), dan kelompok muda (≤ 40 tahun). Pasien lansia mempunyai kepatuhan yang rendah karena pasien lansia mungkin memiliki masalah dalam penglihatan, pendengaran, dan memori (Jin *et al.*, 2008).

b. Jenis Kelamin

Wanita cenderung menunjukkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan daripada laki-laki. Ketidakpatuhan terhadap pengobatan antihipertensi lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki dan meningkat jika lama pengobatan lebih dari 6 bulan. Ada beberapa penjelasan yang ditemukan yaitu kebanyakan hipertensi dialami oleh perempuan dengan usia tua dan perempuan lebih mungkin untuk melaporkan gejala yang dialami daripada laki-laki (Jin *et al.*, 2008).

c. Tingkat Pendidikan

Beberapa penelitian menyatakan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki kepatuhan yang lebih tinggi. Secara intuitif dapat diharapkan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih

tinggi harus memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang penyakit dan terapi yang mereka peroleh (Jin *et al.*, 2008).

d. Keyakinan akan Terapi

The Health Believe Model (HBM) adalah suatu pendekatan yang digunakan untuk menggambarkan perilaku sosial serta kognisi pasien. Hal ini berarti bahwa pemahaman tentang tekanan darah tinggi melibatkan terapi antihipertensi dan modifikasi gaya hidup. Salah cara untuk mencegah komplikasi suatu penyakit adalah pasien harus memiliki keyakinan bahwa melakukan tindakan yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan dapat meningkatkan kesehatan (Joho, 2012).

e. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata, telinga, dan kognitif yang merupakan hal yang sangat penting untuk menentukan tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007).

f. Persepsi tentang Penyakit dan Sistem Asuransi Kesehatan

Persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui panca indra. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda meskipun mengamati terhadap objek yang sama. Sama halnya dengan persepsi seseorang tentang penyakit, pengobatan maupun sistem asuransi kesehatan juga berbeda-beda. Persepsi dapat merubah perilaku seseorang, termasuk perilaku kesehatan. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu cara manusia merespon, baik secara pasif (mengetahui, bersikap, dan mempersepsikan penyakit dan sistem asuransi kesehatan), maupun aktif (tindakan) yang dilakukan

sehubungan dengan penyakit, pengobatan maupun sistem asuransi kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

g. Status Sosial dan Ekonomi

Status sosial dan ekonomi yang rendah memiliki kepatuhan yang rendah dalam minum obat (Jin *et al.*, 2008).

2. Faktor Terkait Terapi

a. Regimen Terapi

Kompleksitas rejimen terapeutik mempunyai efek negatif pada kepatuhan. Penelitian menemukan bahwa pasien minum obat tablet kombinasi lebih patuh dengan pengobatan dibandingkan dengan pasien yang mengambil dua tablet terpisah (Dezii, 2000; Taylor & Shoheiber, 2003), sementara pasien yang minum obat lebih dari satu dosis per hari memiliki kepatuhan yang rendah dibanding dengan pasien yang minum obat dosis tunggal. Pasien yang mendapat obat lebih dari delapan memiliki kepatuhan yang rendah dibandingkan pasien yang mendapat tiga obat. Pasien hipertensi dengan dua atau lebih komorbid mengurangi risiko penghentian pengobatan (Fitz-Simon *et al.*, 2005).

Beberapa studi ditetapkan untuk memeriksa apakah ada perbedaan tingkat kepatuhan antara golongan obat antihipertensi. Meskipun satu penelitian tidak menemukan perbedaan. Sebagian besar penelitian menunjukkan urutan kepatuhan yang rendah sampai kepatuhan yang tinggi yaitu obat golongan diuretic, β -blocker, calcium channel blockers, ACEI, dan ARB (Fitz-Simon *et al.*, 2005).

b. Efek Samping Obat

Alasan utama pasien tidak patuh minum obat adalah efek samping obat yang membuat pasien merasa bahwa kondisi mereka lebih buruk setelah minum obat. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah kekuatiran akan efek samping dan kompleksitas rejimen terapi. Satu studi retrospektif melaporkan bahwa hanya 36% dari pasien hipertensi yang patuh dengan terapi antihipertensi selama 12 bulan awal terapi, 37% pasien dengan kepatuhan yang tinggi dapat menurunkan biaya pengobatan karena kepatuhan minum obat dapat mengurangi risiko terjadinya komplikasi penyakit akibat hipertensi (Bello, 2012).

c. Durasi Pengobatan

Durasi pengobatan yang lama dapat menurunkan kepatuhan pasien minum obat (Jin *et al.*, 2008).

d. Minum Obat Sesuai Resep

Banyak pasien tidak minum obat sesuai resep karena biayanya mahal, pasien terlalu sibuk atau mempunyai banyak pekerjaan, tidak menyukai obat-obatan, terlalu banyak jumlah obat, efek samping obat, kondisi semakin memburuk setelah minum obat, lupa, pasien merasa lebih baik, dan pengetahuan pasien tentang penyakit dan pengobatan yang pasien terima. Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang memiliki asuransi kesehatan akan lebih patuh untuk mengambil obat sesuai resep dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki asuransi (Okoro & Ngong, 2012).

e. Rute Pemberian Obat

Pemberian obat dengan rute yang nyaman seperti obat oral cenderung membuat pasien lebih patuh (Jin *et al.*, 2008).

f. Frekuensi Minum Obat

Pasien dengan frekuensi minum obat lebih dari satu kali setiap hari mempunyai kepatuhan yang lebih rendah dibanding dengan pasien yang minum obat dosis tunggal (Jin *et al.*, 2008).

2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketidakepatuhan

Faktor yang mempengaruhi ketidakepatuhan antara lain (Rantucci, 2007):

1. Faktor dari Pasien:
 - a. Ketidakeriusan pasien terhadap penyakit yang dialami.
 - b. Ketidakepuasan terhadap hasil terapi.
 - c. Kurangnya dukungan dari keluarga terkait pelaksanaan terapi.
2. Faktor Komunikasi
 - a. Tingkat pengawasan tim kesehatan rendah.
 - b. Kurang penjelasan yang lengkap, tepat dan jelas.
 - c. Kurangnya informasi tentang risiko dan efek samping.
 - d. Strategi yang dilakukan oleh tim kesehatan untuk mengubah sikap dan kepercayaan pasien belum cukup baik.
 - e. Kepuasan pasien dalam berinteraksi dengan tim kesehatan rendah.
 - f. Interaksi dengan tim kesehatan sedikit atau tidak ada sama sekali.
 - g. Tidak ada keterlibatan pasien dalam penatalaksanaan terapi.
3. Faktor Perilaku
 - a. Munculnya efek merugikan atau efek samping.
 - b. Tidak dapat membaca, kemampuan kognitif rendah dan hambatan bahasa.
 - c. Hambatan fisik atau biaya untuk mendapatkan obat.

2.2.4 Metode Menilai Kepatuhan

1. Metode Langsung

Metode secara langsung yaitu mengamati secara langsung terapi yang diambil pasien, pengukuran konsentrasi obat atau metabolit dalam darah, dan pengukuran tanda biologis dalam darah. Metode ini lebih kuat dibandingkan dengan metode tidak langsung, namun metode ini mempunyai kekurangan dalam menilai kepatuhan seperti, adanya variasi dalam absorpsi, distribusi, metabolisme, dan ekskresi obat dalam tubuh pasien, serta biayanya mahal sehingga tidak praktis dilakukan untuk penggunaan klinis secara rutin (Joho, 2012).

2. Metode Tidak Langsung

Metode tidak langsung yaitu menilai kepatuhan dengan mewawancarai pasien dengan kuesioner, laporan langsung dari pasien, penghitungan jumlah pil, penilaian respon klinis pasien, monitor pengobatan elektronik, pengukuran penanda fisiologis, dan buku catatan pasien (Joho, 2012).

Kepatuhan yang diukur dari rekam medik belum pasti secara jelas tetapi penggunaannya sudah divalidasi oleh perbandingan dengan monitoring elektronik (Fitz-Simon *et al.*, 2005). Salah satu contoh metode pengukuran kepatuhan secara tidak langsung adalah kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) 8-items*.

Pada mulanya Morisky mengembangkan beberapa pertanyaan singkat (4 butir pertanyaan) untuk pengukur kepatuhan pengobatan pada pasien hipertensi. Saat ini kuesioner MMAS telah dimodifikasi menjadi 8 pertanyaan dengan modifikasi beberapa pertanyaan sehingga lebih lengkap dalam penilaian kepatuhan. Modifikasi kuesioner MMAS saat ini telah dapat

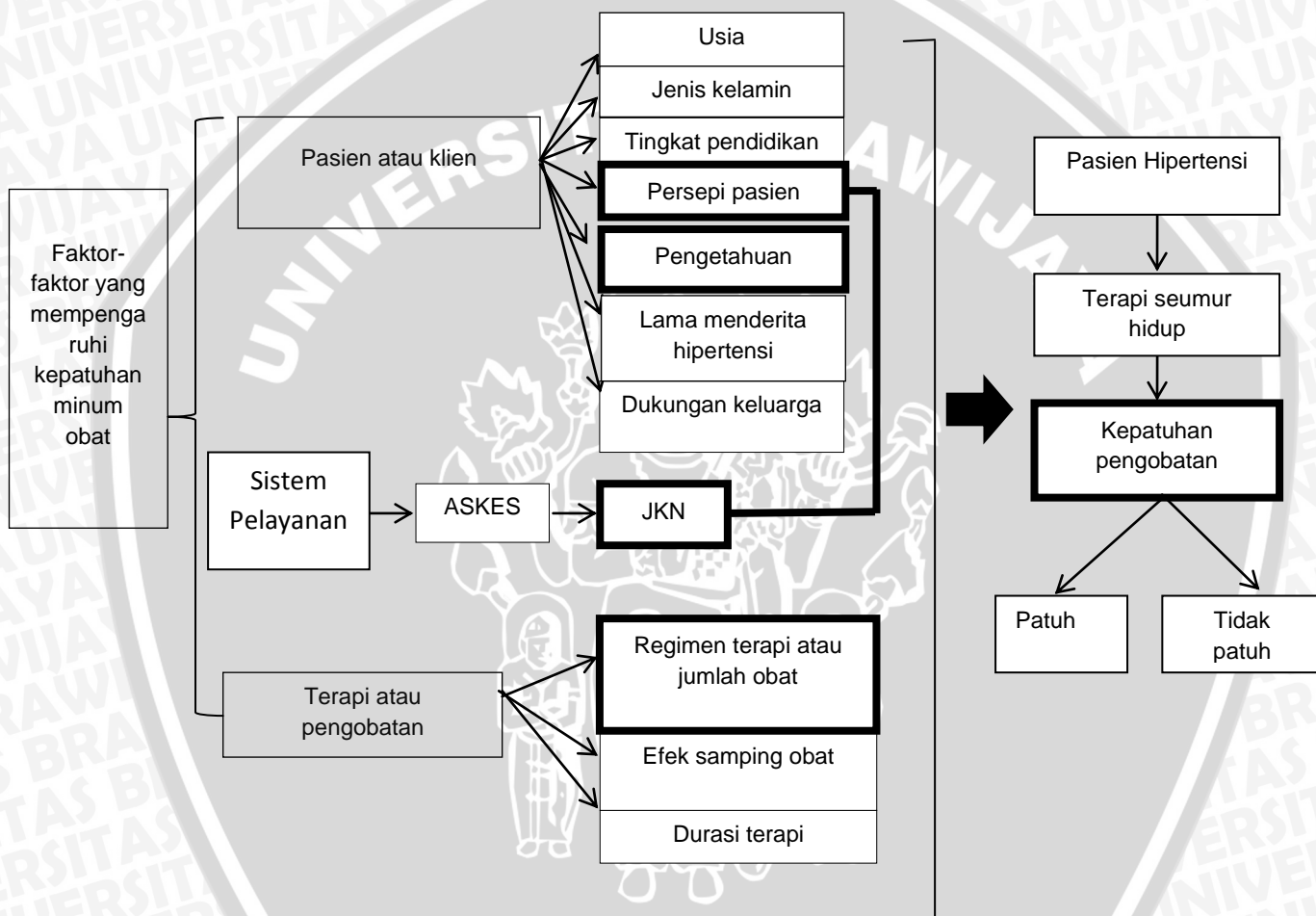
digunakan untuk pengukuran kepatuhan pengobatan penyakit yang memerlukan terapi jangka panjang (Morisky *et al.*, 2008).



BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

= variabel yang tidak diteliti

= variabel yang diteliti

Pasien hipertensi mendapatkan terapi seumur hidup dan salah satu faktor yang mempengaruhi kesembuhannya adalah kepatuhan pasien minum obat. Kepatuhan pasien minum obat dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu faktor yang berhubungan dengan klien atau pasien meliputi: usia, jenis kelamin, pengetahuan tentang obat, tingkat pendidikan, dukungan keluarga, lama menderita hipertensi, persepsi terhadap penyakit dan sistem pelayanan kesehatan, dan faktor yang berhubungan dengan terapi atau pengobatan meliputi jenis obat, regimen terapi atau jumlah obat, durasi pengobatan (pada penelitian ini tidak diuji karena ada beberapa pasien berhenti sesaat atau beberapa bulan kontrol ke rumah sakit dan minum obat ketika pasien tersebut merasa bahwa keadaannya sudah membaik sehingga untuk menentukan durasi terapi pasien relatif sulit).

Pada 1 Januari 2014 sistem pelayanan kesehatan di Indonesia berubah dari ASKES menjadi JKN. Berdasarkan pengamatan dilapangan, perbedaan sistem asuransi JKN dengan sistem asuransi ASKES yaitu pada sistem asuransi JKN ada beberapa obat yang pada saat sistem asuransi ASKES diberikan tetapi pada sistem asuransi JKN tidak diberikan (contoh: grahabion, biscor diganti menjadi bisoprolol, simvastatin tidak diberikan jika kadar kolesterol LDL pasien masih batas normal; ≤ 100 mg/dl), hal ini berarti ada kaitannya dengan regimen terapi yang akan diterima oleh pasien. Pada sistem JKN pasien harus mengambil surat rujukan setiap bulan ke puskesmas untuk dirujuk ke RS sehingga pasien akan menerima informasi dari tenaga kesehatan yang ada di puskesmas dan RS setiap bulan, hal ini berarti ada kaitannya dengan pengetahuan yang akan diterima oleh pasien.

Berdasarkan penjelasan di atas maka peneliti akan menguji hubungan regimen terapi, pengetahuan tentang obat, dan persepsi pasien pada sistem asuransi JKN dengan kepatuhan pasien minum obat. Apabila ada dua atau lebih dari dua variabel bebas mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepatuhan pasien minum obat maka akan diuji regresi untuk mengetahui apakah ada pengaruh variabel bebas terhadap kepatuhan pasien minum obat.

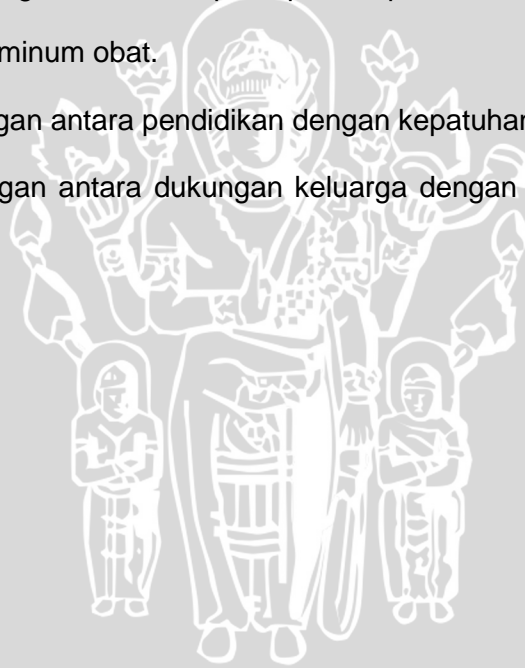
Uji analisa hubungan pada variabel bebas dengan kepatuhan pasien minum obat belum tentu mempunyai hubungan yang signifikan tetapi uji analisa pengaruh pada dua atau lebih dari dua variabel bebas dengan kepatuhan pasien minum obat pasti mempunyai hubungan yang signifikan tetapi belum tentu ada pengaruh yang signifikan karena syarat untuk melakukan uji pengaruh adalah dua atau lebih dari dua variabel bebas mempunyai hubungan yang signifikan terhadap variabel terikat. Selain regimen terapi, pengetahuan tentang obat, dan persepsi terhadap sistem asuransi JKN peneliti juga menguji apakah ada faktor variabel lain yang mempunyai hubungan yang signifikan atau tidak dengan kepatuhan pasien minum obat.

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara regimen terapi dengan kepatuhan minum obat.
2. Ada hubungan antara pengetahuan tentang obat dengan kepatuhan minum obat.
3. Ada hubungan antara persepsi terhadap sistem asuransi JKN dengan kepatuhan minum obat.

Selain meneliti faktor regimen terapi, pengetahuan tentang obat, dan persepsi terhadap sistem asuransi JKN peneliti juga menguji beberapa faktor yang dianggap dapat mempengaruhi hasil penelitian ini yaitu:

1. Ada hubungan antara usia dengan kepatuhan minum obat.
2. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan minum obat.
3. Ada hubungan antara lama menderita hipertensi dengan kepatuhan minum obat.
4. Ada hubungan antara persepsi keparahan penyakit dengan kepatuhan minum obat.
5. Ada hubungan antara pendidikan dengan kepatuhan minum obat.
6. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat.



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman peneliti dalam melakukan proses penelitian. Desain penelitian ini menggunakan penelitian observasional-analitik dengan rancangan *cross-sectional*. Penelitian *cross-sectional* adalah penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor-faktor pada suatu waktu.

4.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

4.2.1 Identifikasi dan Batasan Populasi Penelitian

Populasi adalah objek atau subjek yang berada pada suatu wilayah dan memenuhi syarat-syarat tertentu yang ditentukan oleh peneliti. Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah pasien rawat jalan penderita hipertensi yang ada di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Rata-rata populasi pasien dalam 1 bulan di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang sebanyak 500 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Menurut Alimul (2007) sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, kriteria tersebut yang akan menentukan apakah pasien tersebut dapat digunakan sebagai sampel dalam populasi ini atau tidak. Sampel penelitian ini

adalah pasien yang menderita hipertensi yang datang di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi selama alokasi waktu pengambilan sampel. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi sampel penelitian ini yaitu:

a. Kriteria Inklusi

- Pasien yang didiagnosa dokter mengalami hipertensi minimal 1 tahun
- Pasien ASKES
- Pasien yang berumur ≥ 18 tahun
- Pasien tidak mempunyai masalah psikologis
- Bersedia menjadi responden penelitian

b. Kriteria Eksklusi

- Pasien tidak kooperatif
- Pasien yang mempunyai kendala bahasa

Besar Sampel

Penetapan jumlah sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi (mengacu pada penelitian Ratih (2014))

d = konstanta (0,1)

Maka jumlah sampel yang diambil pada penelitian ini adalah

$$n = \frac{500}{1 + 500(0,1)^2}$$

Jadi besar sampel dalam penelitian ini adalah 83 orang.

4.2.3 Teknik Sampling

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan ciri atau sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2003).

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah regimen terapi, pengetahuan tentang obat, dan persepsi terhadap sistem asuransi JKN.

4.3.2 Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dari bulan Mei sampai Juni 2014.

4.5 Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan data primer yang diperoleh dari responden yaitu kuesioner dengan bantuan peneliti. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan penelitian dan penjelasan tentang kuesioner. Setelah itu, peneliti mengisi kuesioner dengan melakukan wawancara kepada responden sesuai dengan jawaban yang telah disediakan dan dianggap benar

untuk responden kemudian peneliti akan mengelompokkan jawaban sesuai dengan variabel dengan cara tabulasi.

Variabel terikat menggunakan alat ukur kuesioner MMAS-8 (*Morinsky Medication Adherence Scale*) sebanyak 8 item pertanyaan yang mengetahui kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, jika skor yang diperoleh 8 maka dikategorikan sebagai pasien dengan kepatuhan minum obat tinggi, jika skor yang diperoleh 6-7 maka dikategorikan sebagai pasien dengan kepatuhan minum obat sedang, tetapi jika skor yang diperoleh lebih kecil dari 6 maka dikategorikan sebagai pasien dengan kepatuhan minum obat rendah. Alat ukur ini dikembangkan oleh Morinsky D. E dan telah mengalami revisi dari MMAS-4 menjadi MMAS-8 pada tahun 2008. Sedangkan variabel bebas yaitu wawancara dengan beberapa pertanyaan terkait pengetahuan tentang obat dan persepsi terhadap sistem asuransi JKN (lampiran 6).

4.6 Definisi Istilah/Operasional

a. Pasien

Merupakan pasien berusia ≥ 18 tahun yang didiagnosa oleh dokter menderita hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

b. Hipertensi

Merupakan kondisi dimana tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, kecuali pada pasien dengan komorbid diabetes mellitus dan penyakit ginjal kronis $\geq 130/80$ mmHg.

c. Regimen Terapi

Regimen terapi adalah jumlah atau berapa jenis obat yang dikonsumsi oleh pasien.

d. Pengetahuan tentang Obat

Pengetahuan tentang obat adalah pengetahuan tentang obat-obatan yang dikonsumsi oleh pasien. Pasien akan dikategorikan sebagai responden yang tidak mengetahui obat yang dikonsumsi pasien jika pasien tidak bisa mengetahui salah satu dari pertanyaan (nama, indikasi, cara penggunaan, dan efek samping obat yang dikonsumsi), tetapi jika pasien bisa mengetahui semua pertanyaan maka akan dikategorikan sebagai responden yang mengetahui obat yang dikonsumsi pasien.

Pengertian efek samping pada penelitian ini adalah pasien merasakan efek yang berbeda (yang tidak diinginkan) setelah minum obat. Misal pasien minum obat bisoprolol, grahabion, dan simvastatin. Apabila setelah pasien minum obat tersebut dan tidak merasakan efek yang tidak diinginkan maka pasien memahami bahwa pasien tidak mengalami efek samping obat tersebut.

e. Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN

Persepsi pasien terhadap sistem asuransi JKN diukur dengan kuesioner (lampiran 6). Persepsi pasien terhadap sistem asuransi JKN dibagi menjadi 4 kelompok yaitu pasien dengan persepsi terhadap sistem JKN tidak bagus, sedang, bagus, dan sangat bagus. Pembagian kelompok ini berdasarkan sebaran skor persepsi yang diperoleh 100 responden menggunakan bantuan program SPSS 16 yang akan dibagi berdasarkan (< kuartil 1, kuartil 1–2, kuartil 2-3, > kuartil 3).

f. Kepatuhan minum obat

Perilaku pasien dalam meminum obat secara rutin sesuai saran tenaga kesehatan dan diukur menggunakan MMAS-8. Kepatuhan tinggi

jika skor 8, kepatuhan sedang jika skor 6-8, dan kepatuhan rendah jika skor lebih kecil dari 6.

4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen dilakukan di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dengan mengambil sampel sebanyak 20 responden (jumlah responden untuk melakukan uji validitas dan reabilitas = 10% dari jumlah sampel penelitian).

4.7.1 Uji Validitas

Pengujian validitas ini dilakukan dengan menggunakan teknik komputer SPSS 16. Teknik pengujiannya adalah dengan menggunakan teknik korelasi *product moment Pearson* dengan menggunakan tingkat signifikansi sebesar 5%, dengan kriteria probabilitas $< 0,05$. Instrumen penelitian dikatakan valid jika nilai R_{hitung} lebih besar dari R_{tabel} dengan nilai signifikansi yang $< \alpha 0,05$.

4.7.2 Uji Reliabilitas

Pengujian reliabilitas ini menggunakan komputer dengan bantuan program SPSS 16. Metode yang digunakan adalah metode α -Cronbach karena reliabilitas pertanyaan yang diajukan bukan skor tetapi berbentuk angket atau uraian. Suatu instrumen (kuesioner) dinyatakan andal (reliabel) jika nilai α -Cronbach masing-masing variabel $\geq 0,6$.

4.8 Teknik Pengumpulan Data ,Pengolahan Data dan Analisis Data

4.8.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara terstruktur dengan menggunakan kuesioner MMAS-8 dan wawancara dengan pertanyaan terkait pengetahuan tentang obat dan persepsi terhadap sistem asuransi JKN.

4.8.2 Teknik Pengolahan Data

Setelah data terkumpul langkah selanjutnya dilakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut :

1) *Editing*

Pada tahap *editing* data, peneliti menilai kelengkapan pengisian kuesioner. Dari 100 jawaban kuesioner, semua data lengkap dan tidak meragukan.

2) *Coding*

Coding data yang dilakukan untuk mengubah identitas responden dengan memberikan pengkodean berupa angka 1–83 pada tiap kuesioner.

3) *Tabulasi*

Tabulasi yaitu data yang terkumpul kemudian dikelompokkan dan diberi penilaian berdasarkan kriteria.

Pemberian skor untuk kepatuhan minum obat dengan MMAS-8:

Ya : 0 Tidak : 1

Dari hasil jawaban yang didapat dari responden dijumlahkan dan skor kepatuhan minum obat dikategorikan sebagai berikut:

skor 8 : kepatuhan tinggi

skor 6 sampai 7 : kepatuhan sedang

skor < 6 : kepatuhan rendah

4.8.3 Teknik Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini menggunakan uji korelasi Lambda karena data variabel bebas berskala nominal sedangkan data variabel terikat berskala ordinal tetapi jika data tidak memenuhi untuk melakukan uji Lambda maka dapat diuji dengan uji korelasi koefisien Kontingensi (Anwar, 2005). Digunakan juga uji korelasi Somers'd karena data pada penelitian ini ditampilkan pada tabel kontingensi (tabel baris kali kolom) serta memperhatikan kedudukan dua variabel (Nugroho *et al.*, 2008). Selain itu, dilakukan juga uji regresi logistik ordinal karena ada lebih dari satu variabel bebas yang mempunyai hubungan signifikan dengan variabel terikat (Hosmer & Lemeshow, 2000). Analisis ini menggunakan aplikasi SPSS 16.

4.9 Etik Penelitian

a. Perijinan

Peneliti membuat surat permohonan kepada Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya (FKUB) Malang untuk mengeluarkan surat permohonan bantuan perijinan untuk melaksanakan penelitian dan pengambilan data di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang ditujukan kepada kepala RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Selanjutnya kepala RSUD Dr. Saiful Anwar Malang mengeluarkan surat balasan dan pengantar kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

b. *Autonomy*

Responden mempunyai hak untuk menentukan apakah bersedia untuk menjadi responden atau tidak dengan mengisi *informed consent*. *Informed consent* yaitu surat persetujuan yang ditujukan kepada

responden, setelah peneliti menjelaskan tentang penelitian yang akan dilakukan kepada responden. Pada penelitian ini, lembar persetujuan diberikan pada responden. Tujuannya agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data.

c. Anonimity

Pada penelitian ini kuesioner diberikan tanpa nama responden sehingga kerahasiaan identitas responden menjadi prioritas dalam penelitian ini.

d. Confidentially (Kerahasiaan)

Pada penelitian ini, kerahasiaan informasi dari responden dijamin oleh peneliti. Segala informasi dari responden hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Cara menjaga kerahasiaan identitas responden pada penelitian ini adalah dengan prinsip *anonimity* (tanpa nama) pada lembar kuesioner.

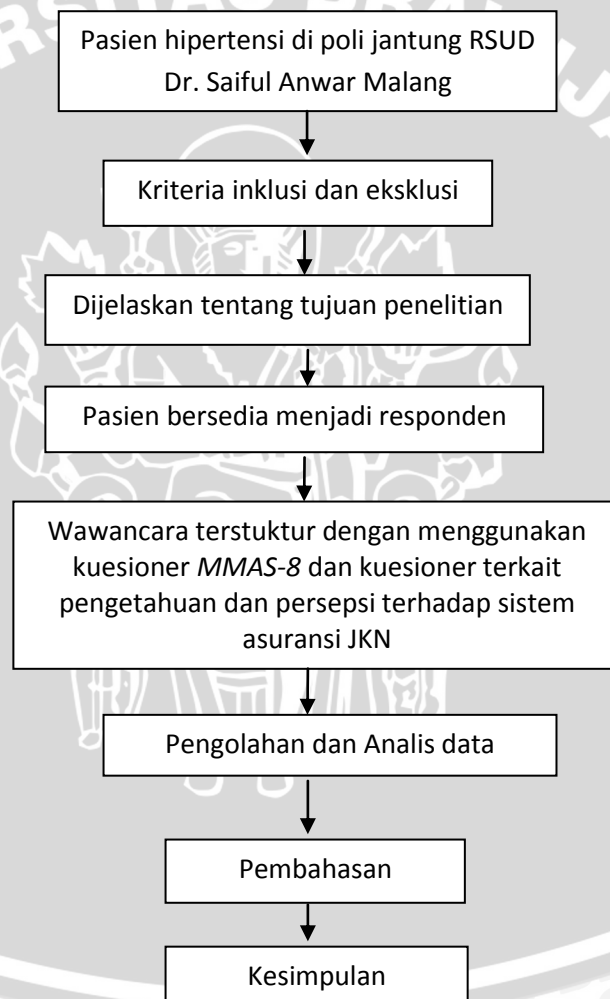
e. Beneficence (Berbuat Baik)

Penelitian ini dilaksanakan dalam bentuk pengisian kuesioner tanpa mengakibatkan penderitaan kepada responden. Terganggunya aktifitas responden telah diminimalisir peneliti dengan hanya memulai penelitian pada responden yang bersedia ikut serta dalam penelitian. Penelitian ini memberikan manfaat bagi responden, yaitu membantu responden untuk mengetahui pentingnya kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.

f. *Right to Justice* (Adil)

Pada penelitian ini responden diperlakukan secara adil, baik sejak sebelum, selama, hingga sesudah keikutsertaannya dalam penelitian. Penelitian ini diselenggarakan tanpa adanya diskriminasi.

4.10 Prosedur Penelitian



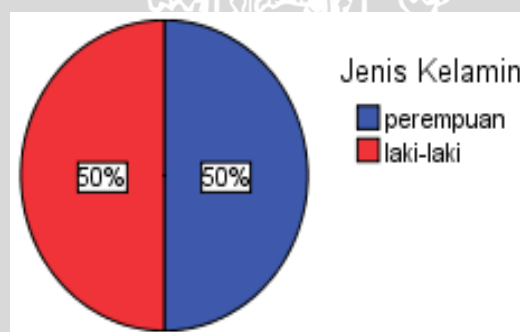
BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Analisis Univariat

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terhadap pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang didapatkan 100 pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pengambilan data dilakukan bulan Mei-Juni 2014 di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

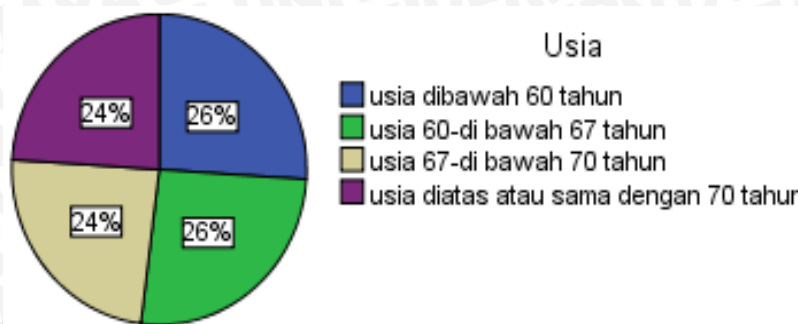
a. Karakteristik Responden Hipertensi Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan gambar 5.1 didapatkan karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dari 100 responden yang diteliti menunjukkan bahwa jumlah responden perempuan sama dengan responden laki-laki yaitu 50 orang.

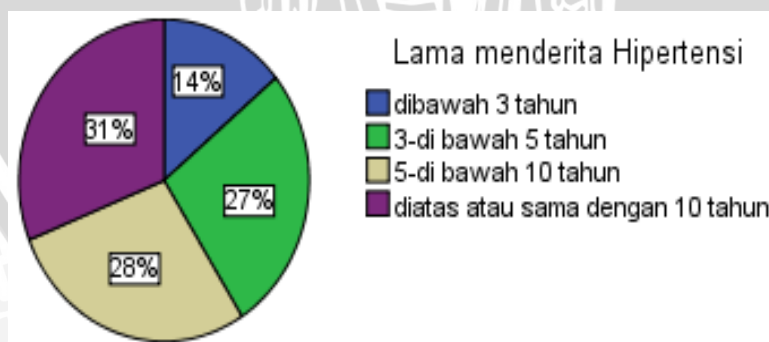
b. Karakteristik Responden Hipertensi Berdasarkan Usia



Gambar 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Usia

Berdasarkan gambar 5.2 didapatkan karakteristik responden berdasarkan usia dari 100 responden yang diteliti menunjukkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah responden dengan usia ≥ 70 tahun yaitu sebanyak 32 orang (32%), kemudian responden dengan usia 60–di bawah 67 tahun yaitu sebanyak 29 orang (29%), kemudian responden dengan usia < 60 tahun yaitu sebanyak 23 orang (23%), dan yang paling sedikit adalah responden dengan usia 67–di bawah 70 tahun yaitu sebanyak 16 orang (16%).

c. Karakteristik Responden Hipertensi Berdasarkan Lama Menderita Hipertensi

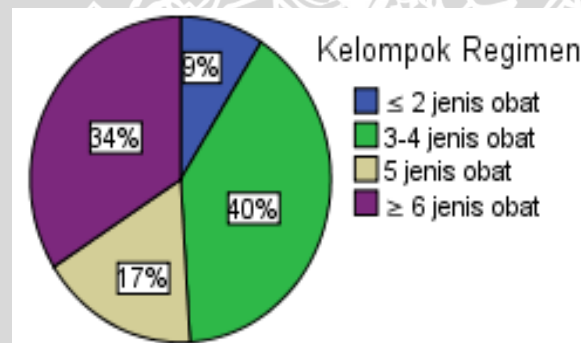


Gambar 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Lama Menderita Hipertensi



Berdasarkan gambar 5.3 didapatkan karakteristik responden berdasarkan lama menderita hipertensi (terhitung sejak pasien mengetahui bahwa dokter mendiagnosa pasien terkena hipertensi) dari 100 responden yang diteliti menunjukkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah responden yang menderita hipertensi selama < 3 tahun yaitu sebanyak 32 orang (32%), kemudian responden yang menderita hipertensi selama 5–di bawah 10 tahun yaitu sebanyak 26 orang (26%), kemudian responden yang menderita hipertensi selama ≥ 10 tahun yaitu sebanyak 22 orang (22%), dan yang terakhir adalah responden yang menderita hipertensi selama 3–di bawah 5 tahun yaitu sebanyak 20 orang (20%).

d. **Karakteristik Responden Hipertensi Berdasarkan Regimen Terapi**



Gambar 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Regimen Terapi

Berdasarkan gambar 5.4 didapatkan karakteristik responden berdasarkan regimen terapi dari 100 responden yang diteliti menunjukkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah responden dengan tiga hingga empat jenis obat yaitu sebanyak 40 orang (40%), kemudian responden dengan ≥ 6 jenis obat yaitu sebanyak 34 orang (34%), kemudian responden dengan 5 jenis obat yaitu 17 orang (17%) dan yang paling sedikit adalah responden dengan ≤ 2 jenis obat yaitu sebanyak 9 orang (9%).

e. **Karakteristik Responden Hipertensi Berdasarkan Persepsi Keparahan Penyakit**

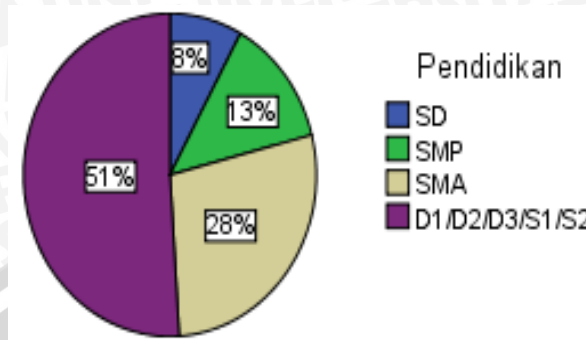


Gambar 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Persepsi Keparahan Penyakit

Cara menilai apakah pasien mempunyai persepsi parah atau tidak parah terhadap penyakit yang diderita adalah dengan menanyakan kepada pasien apakah menurut pasien penyakit yang dideritanya parah atau tidak parah (tidak tergantung pada pernyataan parah atau tidak parah oleh dokter terhadap pasien tersebut). Pasien yang menjawab parah akan dikategorikan sebagai pasien dengan persepsi terhadap penyakit parah tetapi jika dokter menyatakan bahwa penyakit yang diderita pasien parah tetapi pasien menganggap penyakit yang diderita tidak parah maka pasien dikategorikan sebagai pasien dengan persepsi terhadap penyakit tidak parah.

Berdasarkan gambar 5.5 didapatkan karakteristik responden berdasarkan persepsi keparahan penyakit dari 100 responden yang diteliti menunjukkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah responden dengan persepsi bahwa penyakit yang diderita tidak parah yaitu sebanyak 61 orang (61%), sedangkan responden dengan persepsi bahwa penyakit yang diderita parah yaitu sebanyak 39 orang (39%).

f. **Karakteristik Responden Hipertensi Berdasarkan Pendidikan**



Gambar 5.6 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Pendidikan

Berdasarkan gambar 5.6 didapatkan karakteristik responden berdasarkan pendidikan dari 100 responden yang diteliti menunjukkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah responden dengan pendidikan terakhir D1/D2/D3/S1/S2 yaitu sebanyak 51 orang (51%), kemudian responden dengan pendidikan terakhir SMA yaitu sebanyak 28 orang (28%), kemudian responden dengan pendidikan terakhir SMP yaitu sebanyak 13 orang (13%), dan yang paling sedikit adalah responden dengan pendidikan terakhir SD yaitu sebanyak 8 orang (8%).

g. **Karakteristik Responden Hipertensi Berdasarkan Dukungan Keluarga**



Gambar 5.7 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Dukungan Keluarga

Cara menilai ada atau tidaknya dukungan keluarga adalah dengan cara menanyakan kepada pasien apakah pasien mendapat dukungan keluarga dalam hal mengantar pasien kontrol ke rumah sakit dan mengingatkan pasien minum obat. Jika pasien menjawab “ya” pada salah satu pertanyaan atau pasien menjawab “tidak” pada kedua pertanyaan maka pasien dikategorikan sebagai responden dengan tidak ada dukungan keluarga dan sebaliknya jika pasien menjawab ya pada kedua pertanyaan maka pasien dikategorikan sebagai responden dengan ada dukungan keluarga.

Berdasarkan gambar 5.7 didapatkan karakteristik responden berdasarkan dukungan keluarga dari 100 responden yang diteliti menunjukkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah responden yang mengakui adanya dukungan keluarga yaitu sebanyak 66 orang (66%), sedangkan responden yang mengakui tidak ada dukungan keluarga yaitu sebanyak 34 orang (34%).

h. Karakteristik Responden Hipertensi Berdasarkan Pengetahuan tentang Obat yang Dikonsumsi Pasien



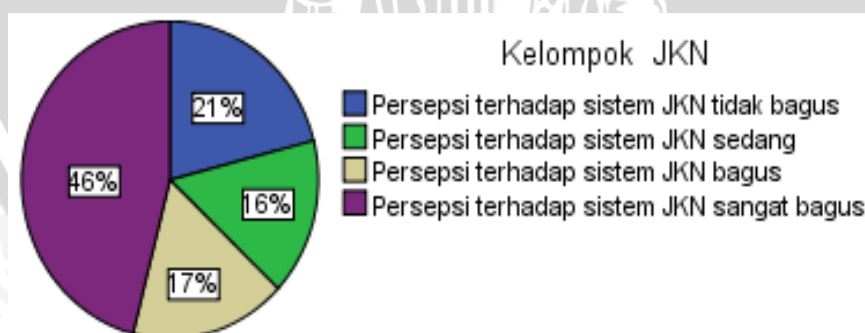
Gambar 5.8 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Pengetahuan tentang Obat yang Dikonsumsi Pasien

Cara untuk menilai apakah seorang pasien dikategorikan sebagai responden yang mengetahui atau tidak mengetahui obat yang dikonsumsi adalah dengan menanyakan kepada pasien apakah pasien mengetahui nama, indikasi,

cara penggunaan, dan efek samping obat yang dikonsumsi pasien. Jika pasien mengetahui semua hal di atas dari setiap jenis obat yang dikonsumsi maka pasien tersebut dikategorikan sebagai responden yang mengetahui obat yang dikonsumsi tetapi jika pasien tidak mengetahui salah satu dari pertanyaan (nama, indikasi, cara penggunaan, dan efek samping obat yang dikonsumsi) maka dikategorikan sebagai responden yang tidak mengetahui obat yang dikonsumsi pasien.

Berdasarkan gambar 5.8 didapatkan karakteristik responden berdasarkan pengetahuan tentang obat yang dikonsumsi pasien dari 100 responden yang diteliti menunjukkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah responden yang tidak mengetahui obat-obatan yang dikonsumsi oleh pasien tersebut yaitu sebanyak 66 orang (66%), sedangkan responden yang mengetahui obat-obatan yang dikonsumsi pasien yaitu sebanyak 34 orang (34%).

i. **Karakteristik Responden Hipertensi Berdasarkan Persepsi pada Sistem Asuransi JKN**



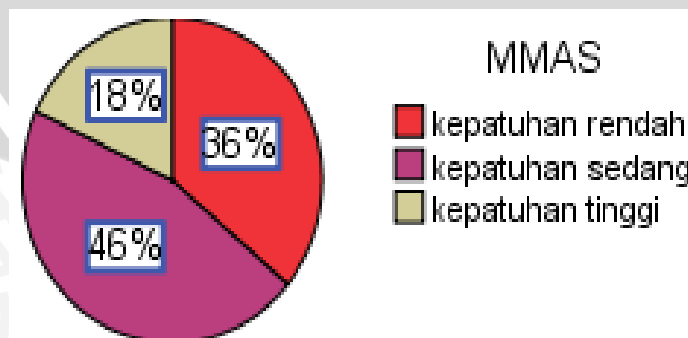
Gambar 5.9 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Persepsi pada Sistem Asuransi JKN

Pada penelitian ini, persepsi pada sistem asuransi JKN dikategorikan ke dalam 4 kelompok yaitu persepsi pada sistem asuransi JKN tidak bagus, sedang, bagus, dan sangat bagus. Pasien akan diberikan kuesioner untuk yang berisi

tentang sistem asuransi JKN (lihat lampiran 6), jika pasien mendapat skor < 9 maka akan dikategorikan sebagai responden dengan persepsi pada sistem asuransi JKN tidak bagus, jika pasien mendapat skor 9 maka akan dikategorikan sebagai responden dengan persepsi pada sistem asuransi JKN sedang, jika pasien mendapat skor 10 maka akan dikategorikan sebagai responden dengan persepsi pada sistem asuransi JKN bagus, jika pasien mendapat skor ≥ 11 maka akan dikategorikan sebagai responden dengan persepsi pada sistem asuransi JKN sangat bagus.

Berdasarkan gambar 5.9 didapatkan karakteristik responden berdasarkan persepsi pada sistem asuransi JKN dari 100 responden yang diteliti menunjukkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah responden dengan persepsi pada sistem asuransi JKN sangat bagus yaitu sebanyak 46 orang (46%), kemudian responden dengan persepsi pada sistem asuransi JKN tidak bagus yaitu sebanyak 21 orang (21%), kemudian responden dengan persepsi pada sistem asuransi JKN bagus yaitu sebanyak 17 orang (17%), dan yang terakhir responden dengan persepsi pada sistem asuransi JKN sedang yaitu sebanyak 16 orang (16%).

j. Karakteristik Responden Hipertensi Berdasarkan Kepatuhan Pasien Minum Obat



Gambar 5.10 Distribusi Frekuensi Responden Hipertensi Berdasarkan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Pada penelitian ini, kepatuhan minum obat dikategorikan kedalam 3 kelompok yaitu kepatuhan tinggi, kepatuhan sedang, dan kepatuhan rendah. Pasien akan diberikan kuesioner MMAS-8 (berisi 8 pertanyaan), jika pasien mendapat skor 8 maka akan dikategorikan sebagai responden dengan kepatuhan tinggi, jika pasien mendapat skor 6 atau 7 maka akan dikategorikan sebagai responden dengan kepatuhan sedang, dan jika pasien mendapat skor < 6 maka akan dikategorikan sebagai responden dengan kepatuhan rendah (Morisky *et al.*, 2008).

Berdasarkan gambar 5.10 didapatkan karakteristik responden berdasarkan kepatuhan pasien minum obat dari 100 responden yang diteliti menunjukkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah responden dengan kepatuhan minum obat kategori sedang yaitu sebanyak 46 orang (46%), kemudian responden dengan kepatuhan minum obat kategori rendah yaitu sebanyak 36 orang (36%), dan yang terakhir adalah responden dengan kepatuhan minum obat kategori tinggi yaitu sebanyak 18 orang (18%).

5.2 Analisis Bivariat

Pada penelitian ini, peneliti akan menganalisa hubungan regimen terapi, pengetahuan tentang obat, dan persepsi pada sistem asuransi JKN dengan kepatuhan pasien minum obat. Selain itu, peneliti juga akan menganalisa hubungan faktor-faktor lain seperti jenis kelamin, usia, persepsi keparahan penyakit, lama menderita hipertensi, pendidikan, dan dukungan keluarga terhadap kepatuhan pasien minum obat. Hal ini dilakukan untuk meminimalkan faktor perancu pada kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

a. Hubungan Regimen Terapi dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Tabel 5.1 Tabulasi Silang antara Regimen Terapi dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Variabel Bebas (Regimen terapi)	Variabel Terikat (MMAS)			Total	r	p
	kepatuhan rendah	kepatuhan sedang	kepatuhan tinggi			
≤ 2 jenis obat	2 (2%)	1 (1%)	6 (6%)	9 (9%)	0,181	0,053 (H ₁ ditolak)
3-4 jenis obat	12 (12%)	24 (24%)	4 (4%)	40 (40%)		
5 jenis obat	7 (7%)	6 (6%)	4 (4%)	17 (17%)		
≥ 6 jenis obat	15 (15%)	15 (15%)	4 (4%)	34 (34%)		
Total	36 (36%)	46 (46%)	18 (18%)	100 (100%)		

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa responden (regimen ≤ 2 jenis obat) dengan kepatuhan rendah sebanyak 2 orang (2%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 1 orang (1%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 6 orang (6%). Responden (regimen 3-4 jenis obat) dengan kepatuhan rendah sebanyak 12 orang (12%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 24 orang (24%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 4 orang (4%).

Responden (regimen 5 jenis obat) dengan kepatuhan rendah sebanyak 7 orang (7%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 6 orang (6%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 4 orang (4%). Responden (regimen ≥ 6 jenis obat) dengan kepatuhan rendah sebanyak 15 orang (15%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 15 orang (15%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 4 orang (4%). Hasil uji korelasi Somers'd diperoleh nilai signifikansi sebesar $0,053 > (\alpha 0,05)$, hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara regimen terapi dengan kepatuhan pasien minum obat. Nilai korelasi Somers'd sebesar 0,181, hal ini menunjukkan arah korelasi negatif (semakin sedikit jumlah regimen terapi yang

diterima oleh pasien maka kepatuhan pasien dalam minum obat semakin tinggi) dengan kekuatan korelasi yang sangat lemah (lihat lampiran 10).

b. Hubungan Pengetahuan tentang Obat dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Tabel 5.2 Tabulasi Silang antara Pengetahuan tentang Obat dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Variabel Bebas (Pengetahuan tentang Obat)	Variabel Terikat (MMAS)			Total	r	p
	Kepatuhan Rendah	Kepatuhan Sedang	Kepatuhan Tinggi			
tidak mengetahui obat yang dikonsumsi	28 (28%)	36 (36%)	2 (2%)	66 (66%)	0,227	0,018 (H ₁ diterima)
mengetahui obat yang dikonsumsi	8 (8%)	10 (10%)	16 (16%)	34 (34%)		
Total	36 (36%)	46 (46%)	18 (18%)	100 (100%)		

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa responden (tidak mengetahui obat yang dikonsumsi) dengan kepatuhan rendah sebanyak 28 orang (28%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 36 orang (36%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 2 orang (2%). Responden (mengetahui obat yang dikonsumsi) dengan kepatuhan rendah sebanyak 8 orang (8%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 10 orang (10%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 16 orang (16%). Hasil uji korelasi Lambda diperoleh nilai signifikansi sebesar $0,018 < (\alpha 0,05)$, hal ini berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang obat dengan kepatuhan pasien minum obat. Nilai korelasi Lambda sebesar 0,277, hal ini menunjukkan arah korelasi positif (pasien yang mengetahui tentang obatnya akan memiliki kepatuhan tinggi dalam minum obat) dengan kekuatan korelasi yang lemah (lihat lampiran 10).

c. Hubungan Persepsi terhadap Sistem asuransi JKN dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Tabel 5.3 Tabulasi Silang antara Persepsi dengan Sistem asuransi JKN dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Variabel Bebas (Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN)	Variabel Terikat (MMAS)			Total	r	p
	Kepatuhan Rendah	Kepatuhan Sedang	Kepatuhan Tinggi			
Persepsi terhadap sistem asuransi JKN tidak bagus	14 (14%)	6 (6%)	1(1%)	21 (21%)	0,258	0,002 (H ₁ diterima)
Persepsi terhadap sistem asuransi JKN sedang	7 (7%)	7 (7%)	2 (2%)	16 (16%)		
Persepsi terhadap sistem asuransi JKN bagus	3 (3%)	9 (9%)	5 (5%)	17 (17%)		
Persepsi terhadap sistem asuransi JKNsangat bagus	12 (12%)	24 (24%)	10 (10%)	46 (46%)		
Total	36 (36%)	46 (46%)	18 (18%)	100 (100%)		

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa responden dengan persepsi terhadap JKN tidak bagus memiliki kepatuhan minum obat rendah yaitu 14 orang (14%), kepatuhan minum obat sedang yaitu 6 orang (6%), dan kepatuhan minum obat tinggi yaitu 1 orang (1%). Pada responden dengan persepsi terhadap JKN sedang memiliki kepatuhan minum obat rendah yaitu 7 orang (7%), kepatuhan minum obat sedang yaitu 7 orang (7%), dan kepatuhan minum obat tinggi yaitu 2 orang (2%). Pada responden dengan persepsi terhadap JKN bagus memiliki kepatuhan minum obat rendah yaitu 3 orang (3%), kepatuhan minum obat sedang yaitu 9 orang (9%), dan kepatuhan minum obat tinggi yaitu 5 orang (5%).

Pada responden dengan persepsi terhadap JKN sangat bagus memiliki kepatuhan minum obat rendah yaitu 12 orang (12%), kepatuhan minum obat sedang yaitu 24 orang (24%), dan kepatuhan minum obat tinggi yaitu 10 orang

(10%). Hasil uji korelasi Somers'd diperoleh nilai signifikansi sebesar $0,002 < (\alpha 0,05)$, hal ini berarti ada hubungan yang signifikan antara persepsi terhadap sistem asuransi JKN dengan kepatuhan pasien minum obat. Nilai korelasi Somers'd sebesar 0,258, hal ini menunjukkan arah korelasi positif (semakin bagus persepsi pasien terhadap sistem asuransi JKN maka semakin tinggi kepatuhan pasien dalam minum obat) dengan kekuatan korelasi yang lemah (lihat lampiran 10).

d. **Hubungan Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Pasien Minum obat**

Tabel 5.4 Tabulasi Silang antara Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Pasien Minum obat

Variabel Bebas (Jenis Kelamin)	Variabel Terikat (MMAS)			Total	r	P
	Kepatuhan Rendah	Kepatuhan Sedang	Kepatuhan Tinggi			
Perempuan	20 (20%)	21 (21%)	9 (9%)	50 (50%)	0,038	0,555 (H ₁ ditolak)
Laki-laki	16 (16%)	25 (25%)	9 (9%)	50 (50%)		
Total	36 (36%)	46 (46%)	18 (18%)	100 (100%)		

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa responden perempuan memiliki kepatuhan minum obat rendah yaitu 20 orang (20%), kepatuhan minum obat sedang yaitu 21 orang (21%), dan kepatuhan minum obat tinggi yaitu 9 orang (9%). Sedangkan, pada responden pria memiliki kepatuhan minum obat rendah yaitu 16 orang (16%), kepatuhan minum obat sedang yaitu 25 orang (25%), dan kepatuhan minum obat tinggi yaitu 9 orang (9%). Hasil uji korelasi Lambda diperoleh nilai signifikansi sebesar $0,555 > (\alpha 0,05)$, hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kepatuhan pasien minum obat. Nilai korelasi Lambda sebesar 0,038, hal ini menunjukkan arah

korelasi positif (pasien perempuan akan memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi dalam minum obat) dengan kekuatan korelasi hubungan yang sangat lemah (lihat lampiran 10).

e. **Hubungan Usia dengan Kepatuhan Pasien Minum obat**

Tabel 5.5 Tabulasi Silang antara Usia dengan Kepatuhan Pasien Minum obat

Variabel Bebas (Usia)	Variabel Terikat (MMAS)			Total	r	p
	kepatuhan rendah	kepatuhan sedang	kepatuhan tinggi			
< 60 tahun	9 (9%)	11 (11%)	3 (3%)	23 (23%)	0,064	0,410 (H ₁ ditolak)
60-di bawah 67 tahun	9 (9%)	9 (9%)	11 (11%)	29 (29%)		
67-di bawah 70 tahun	7 (7%)	7 (7%)	2 (2%)	16 (16%)		
≥ 70 tahun	11 (11%)	19 (19%)	2 (2%)	32 (32%)		
Total	36 (36%)	46 (46%)	18 (18%)	100 (100%)		

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa responden (usia < 60 tahun) dengan kepatuhan rendah sebanyak 9 orang (9%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 11 orang (11%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 3 orang (3%). Responden (usia 60-di bawah 67 tahun) dengan kepatuhan rendah sebanyak 9 orang (9%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 9 orang (9%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 11 orang (11%).

Responden (usia 67-di bawah 70 tahun) dengan kepatuhan rendah sebanyak 7 orang (7%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 7 orang (7%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 2 orang (2%). Responden (usia ≥ 70 tahun) dengan kepatuhan rendah sebanyak 11 orang (11%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 19 orang (19%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 2 orang (2%).

Hasil uji korelasi Somers'd diperoleh nilai signifikansi sebesar $0,410 > (\alpha 0,05)$, hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kepatuhan pasien minum obat. Nilai korelasi Somers'd sebesar $0,064$, hal ini menunjukkan arah korelasi negatif (semakin bertambahnya usia pasien maka kepatuhan pasien dalam minum obat semakin rendah) dengan kekuatan korelasi sangat lemah (lihat lampiran 10).

f. **Hubungan Lama Menderita Hipertensi dengan Kepatuhan Pasien Minum obat**

Tabel 5.6 Tabulasi Silang Kepatuhan antara Lama Menderita Hipertensi dengan Kepatuhan Pasien Minum obat

Variabel Bebas (Lama Menderita)	Variabel Terikat (MMAS)			Total	r	p
	kepatuhan rendah	kepatuhan sedang	kepatuhan tinggi			
< 3 tahun	11 (11%)	18 (18%)	3 (3%)	32 (32%)	0,006	0,937 (H ₁ ditolak)
3–di bawah 5 tahun	9 (9%)	5 (5%)	6 (6%)	20 (20%)		
5–di bawah 10 tahun	11 (11%)	9 (9%)	6 (6%)	26 (26%)		
≥ 10 tahun	5 (5%)	14 (14%)	3 (3%)	3 (3%)		
Total	36 (36%)	46 (46%)	18 (18%)	100 (100%)		

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa responden (lama menderita hipertensi < 3 tahun) dengan kepatuhan rendah sebanyak 11 orang (11%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 18 orang (18%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 3 orang (3%). Responden (lama menderita hipertensi (3-di bawah 5 tahun) dengan kepatuhan rendah sebanyak 9 orang (9%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 5 orang (5%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 6 orang (6%). Responden (lama menderita hipertensi 5–di bawah 10 tahun) dengan kepatuhan rendah sebanyak 11 orang (11%), dengan kepatuhan

sedang sebanyak 9 orang (9%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 6 orang (6%).

Responden (lama menderita hipertensi ≥ 10 tahun) dengan kepatuhan rendah sebanyak 5 orang (5%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 14 orang (14%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 3 orang (3%). Hasil uji korelasi Somers'd diperoleh nilai signifikansi sebesar $0,937 > (\alpha 0,05)$, hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara lama menderita hipertensi dengan kepatuhan pasien minum obat. Nilai korelasi Somers'd sebesar 0,006, hal ini menunjukkan arah korelasi positif (semakin lama pasien menderita hipertensi maka akan meningkatkan kepatuhan pasien dalam minum obat) dengan kekuatan korelasi yang sangat lemah (lihat lampiran 10).

g. Hubungan Persepsi Keparahan Penyakit dengan Kepatuhan Pasien Minum obat

Tabel 5.7 Tabulasi Silang antara Persepsi Keparahan Penyakit dengan Kepatuhan Pasien Minum obat

Variabel Bebas (Persepsi Keparahan Penyakit)	Variabel Terikat (MMAS)			Total	r	p
	kepatuhan rendah	kepatuhan sedang	kepatuhan tinggi			
Tidak parah	20 (20%)	29 (29%)	12 (12%)	61 (61%)	0,088	0,680 (H ₁ ditolak)
Parah	16 (16%)	17 (17%)	6 (6%)	39 (39%)		
Total	36 (36%)	46 (46%)	18 (18%)	100 (100%)		

Berdasarkan tabel 5.7 dapat diketahui bahwa responden (persepsi bahwa penyakit yang diderita tidak parah) dengan kepatuhan rendah sebanyak 20 orang (20%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 29 orang (29%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 12 orang (12%). Responden (persepsi bahwa

penyakit yang diderita parah) dengan kepatuhan rendah sebanyak 16 orang (16%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 17 orang (17%), dan dengan kepatuhan tinggi sebanyak 6 orang (6%).

Hasil uji korelasi koefisien Kontingensi diperoleh nilai signifikansi sebesar $0,680 > (\alpha 0,05)$, hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi keparahan penyakit dengan kepatuhan pasien minum obat. Nilai korelasi koefisien Kontingensi sebesar 0,088, hal ini menunjukkan arah korelasi positif (persepsi pasien terhadap ketidakparahan penyakitnya akan mempunyai kepatuhan yang tinggi dalam minum obat) dengan kekuatan korelasi yang sangat lemah (lihat lampiran 10).

h. Hubungan Pendidikan dengan Kepatuhan Pasien Minum obat

Tabel 5.8 Tabulasi Silang antara Pendidikan dengan Kepatuhan Pasien Minum obat

Variabel Bebas (Pendidikan)	Variabel Terikat (MMAS)			Total	r	p
	Kepatuhan Rendah	Kepatuhan Sedang	Kepatuhan Tinggi			
SD	3 (3%)	5 (5%)	0 (0%)	8 (8%)	0,081	0,338 (H ₁ ditolak)
SMP	7 (7%)	6 (6%)	0 (0%)	13 (13%)		
SMA	7 (7%)	14 (14%)	7 (7%)	28 (28%)		
D1/D2/D3/S1/S2	19 (19%)	21 (21%)	11 (11%)	51 (51%)		
Total	36 (36%)	46 (46%)	18 (18%)	100 (100%)		

Berdasarkan tabel 5.8 dapat diketahui bahwa responden (tingkat pendidikan terakhir SD) dengan kepatuhan rendah sebanyak 3 orang (3%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 5 orang (5%), dan responden dengan tingkat pendidikan terakhir SD tidak mempunyai kepatuhan minum obat yang tinggi. Responden (tingkat pendidikan terakhir SMP) dengan kepatuhan rendah

sebanyak 7 orang (7%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 6 orang (6%), dan responden dengan tingkat pendidikan terakhir SD tidak mempunyai kepatuhan minum obat yang tinggi.

Responden (tingkat pendidikan terakhir SMA) dengan kepatuhan rendah sebanyak 7 orang (7%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 14 orang (14%), dan kepatuhan tinggi sebanyak 7 orang (7%). Responden (tingkat pendidikan terakhir D1/D2/D3S1/S2) dengan kepatuhan rendah sebanyak 19 orang (19%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 21 orang (21%), dan kepatuhan tinggi sebanyak 11 orang (11%). Hasil uji korelasi Somers'd diperoleh nilai signifikansi sebesar $0,338 > (\alpha 0,05)$, hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan pasien minum obat. Nilai korelasi Somers'd sebesar 0,081, hal ini menunjukkan arah korelasi positif (semakin tinggi pendidikan pasien maka akan meningkatkan kepatuhan pasien dalam minum obat) dengan kekuatan korelasi yang sangat lemah (lihat lampiran 10).

i. **Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien Minum obat**

Tabel 5.9 Tabulasi Silang antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien Minum obat

Variabel Bebas (Dukungan Keluarga)	Variabel Terikat (MMAS)			Total	r	p
	Kepatuhan Rendah	Kepatuhan Sedang	Kepatuhan Tinggi			
Tidak ada dukungan keluarga	15 (15%)	12 (12%)	7 (7%)	34 (34%)	0,034	0,563 (H ₁ ditolak)
Ada dukungan keluarga	21 (21%)	34 (34%)	11 (11%)	66 (66%)		
Total	36 (36%)	46 (46%)	18 (18%)	100 (100%)		

Berdasarkan tabel 5.9 dapat diketahui bahwa responden (tidak ada dukungan keluarga) dengan kepatuhan rendah sebanyak 15 orang (15%),

dengan kepatuhan sedang sebanyak 12 orang (12%), dan kepatuhan tinggi sebanyak 7 orang (7%). Responden (ada dukungan keluarga) dengan kepatuhan rendah sebanyak 21 orang (21%), dengan kepatuhan sedang sebanyak 34 orang (34%), dan kepatuhan tinggi sebanyak 11 orang (11%). Hasil uji korelasi Lambda diperoleh nilai signifikansi sebesar $0,563 > (\alpha 0,05)$, hal ini berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien minum obat. Nilai korelasi Lambda sebesar 0,034, hal ini menunjukkan arah korelasi positif (pasien dengan dukungan keluarga akan mempunyai kepatuhan yang tinggi dalam minum obat) dengan kekuatan korelasi yang sangat lemah (lihat lampiran 10).

5.3 Analisis Multivariat

Tabel 5.10 Hasil Regresi Logistik Ordinal

Variabel Bebas terhadap Kepatuhan Pasien Minum Obat	p	β
Persepsi pada sistem asuransi JKN	0,240	1,880
Pengetahuan	0,001	0,467

Analisis regresi logistik ordinal dilakukan jika ada lebih dari satu variabel bebas yang mempunyai hubungan signifikan dengan kepatuhan pasien minum obat. Pada penelitian ini digunakan regresi logistik ordinal karena data variabel terikat berupa data kategorik. Berdasarkan hasil uji regresi logistik ordinal dapat dinyatakan bahwa pengetahuan tentang obat mempunyai pengaruh yang signifikan ($p = 0,001$) terhadap kepatuhan pasien minum obat dengan arah pengaruh positif, sedangkan persepsi terhadap sistem asuransi JKN tidak mempunyai pengaruh yang signifikan ($p = 0,240$) terhadap kepatuhan pasien minum obat dan arah pengaruh negatif (lihat lampiran 10).

BAB 6**PEMBAHASAN**

Penelitian ini merupakan penelitian observasional untuk melihat hubungan regimen terapi, pengetahuan tentang obat, dan persepsi pada sistem asuransi JKN dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Penelitian ini telah dinyatakan laik etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan nomor 287 / EC / KEPK – S1 – FARM / 04 / 2014. Berdasarkan hasil penelitian pengetahuan tentang obat dan persepsi pada sistem asuransi JKN mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepatuhan pasien minum obat. Faktor-faktor yang tidak berhubungan dengan kepatuhan pasien minum obat adalah regimen terapi, jenis kelamin, usia, lama menderita hipertensi, persepsi keparahan penyakit, pendidikan dan dukungan keluarga.

6.1 Kepatuhan Pasien Minum Obat pada Pasien Hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Hasil penelitian mengenai tingkat kepatuhan pasien minum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang didapatkan dari 100 responden mempunyai kepatuhan minum obat yang rendah sebanyak 36 orang (36%), kepatuhan minum obat yang sedang sebanyak 46 orang (46%), dan kepatuhan minum obat yang tinggi sebanyak 18 orang (18%).

6.2 Hubungan Regimen Terapi, Pengetahuan tentang Obat, dan Persepsi pada Sistem Asuransi JKN dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi

Hasil uji analisa menunjukkan bahwa regimen terapi tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, arah korelasi negatif, dan kekuatan korelasi sangat lemah. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Granger *et al.* (2009) yang menyatakan bahwa kompleksitas regimen dapat menurunkan kepatuhan pasien minum obat karena jumlah obat yang banyak dan frekuensi minum obat yang sering merupakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat yang rendah.

Penelitian Wang *et al.* (2005) yang menjelaskan adanya perbedaan kepatuhan minum obat antara satu jenis obat dengan > 2 jenis obat, serta bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dezii (2000) yang menyatakan bahwa regimen terapi mempengaruhi kepatuhan pasien minum obat.

Hasil uji analisa menunjukkan bahwa pengetahuan tentang obat mempunyai hubungan dan pengaruh yang signifikan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, arah korelasi positif, dan kekuatan korelasi lemah. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Burge *at al.* (2005) yang menyatakan bahwa pasien yang memperoleh jawaban dari setiap pengobatan dan penyakit yang diderita dari tenaga kesehatan dapat meningkatkan kepercayaan diri dan pengetahuan pasien sehingga pasien mau mengikuti saran dari tenaga kesehatan terkait pengobatan dan gaya hidup pasien dan penelitian Krousel-Wood *et al.* (2005) yang menyatakan bahwa pengetahuan pasien tentang pengobatan dapat meningkatkan kepatuhan pasien minum obat.

Informasi merupakan salah satu faktor yang sangat penting dalam meningkatkan kepatuhan pasien minum obat yang telah disampaikan oleh tenaga kesehatan kepada pasien. Pasien yang telah mendapatkan informasi pengobatan dan penyakit yang dideritanya cenderung lebih patuh dibandingkan dengan pasien yang tidak mendapatkan informasi terhadap pola pengobatan yang dijalani oleh pasien. Oleh karena itu, informasi tentang pengobatan yang dijalani pasien sangat penting diketahui oleh pasien agar keberhasilan terapi yang diinginkan dapat dicapai (Wuryanto, 2005).

Hasil uji analisa menunjukkan bahwa persepsi pada sistem asuransi JKN mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, arah korelasi positif, dan kekuatan korelasi lemah, tetapi tidak mempunyai pengaruh yang signifikan dalam mempengaruhi kepatuhan pasien minum obat. Hal ini dikarenakan pasien menyadari bahwa pasien harus tetap mengikuti prosedur sistem asuransi JKN untuk mendapatkan obat yang dibutuhkan pasien sehingga persepsi perubahan sistem asuransi dari ASKES menjadi JKN tidak terlalu mempengaruhi kepatuhan pasien minum obat.

Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Pasek (2013) yang menyatakan bahwa persepsi memiliki peranan yang signifikan dalam meningkatkan kepatuhan pasien minum obat, yaitu persepsi yang buruk terhadap suatu objek dapat menurunkan kepatuhan pasien minum obat karena persepsi yang buruk akan menghasilkan suatu tindakan yang buruk.

Menurut Gunadarma (2011) persepsi pada hakikatnya adalah proses penilaian seseorang terhadap objek tertentu, sedangkan menurut Notoadmojo (2007) persepsi adalah pengenalan berbagai objek yang akan menentukan tindakan yang akan diambil oleh seseorang. Oleh karena itu, persepsi yang

buruk pada sistem asuransi JKN dapat menurunkan kepatuhan pasien minum obat dan sebaliknya jika pasien mempunyai persepsi yang bagus terhadap sistem asuransi JKN maka dapat meningkatkan kepatuhan pasien minum obat. Ketidakepatuhan pasien hipertensi dalam minum obat dapat menyebabkan tekanan darah tidak terkontrol sehingga menimbulkan komplikasi kerusakan pada organ meliputi otak, ginjal, dan jantung (Saryono, 2008).

6.3 Hubungan Jenis Kelamin, Usia, Lama Menderita Hipertensi, Persepsi Keparahan Penyakit, Pendidikan, dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hipertensi

Hasil uji analisa menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, arah korelasi positif, dan kekuatan korelasi sangat lemah. Penelitian ini sesuai dengan Hilda (2007) yang menyatakan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan pasien minum obat. Namun, hal ini bertolak belakang dengan penelitian Dessie *et al.* (2012) yang menyatakan bahwa laki-laki mempunyai kepatuhan minum obat yang rendah dibandingkan perempuan karena laki-laki mempunyai aktivitas ataupun kegiatan yang lebih banyak di luar rumah sehingga membuat mereka sibuk dan lupa untuk minum obat, serta kebiasaan minum alkohol pada laki-laki menjadi faktor penghambat pasien minum obat.

Hasil uji analisa menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, arah korelasi negatif, dan kekuatan korelasi sangat lemah. Hal ini mungkin dikarenakan pada penelitian ini umur responden tidak terlalu dibatas (≥ 18 tahun) sehingga 100 responden dengan usia yang sangat bervariasi menghasilkan kesimpulan yang kurang tepat.

Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan Monane *et al.* (1994) dalam Granger *et al.* (2009) yang menyatakan bahwa pasien dengan usia tua (> 85 tahun dan > 65 tahun) mempunyai kepatuhan minum obat yang lebih baik dibandingkan pasien dengan usia muda, tetapi bertentangan dengan penelitian Degeest *et al.* (2003) yang menyatakan bahwa pasien dengan usia > 85 tahun dengan komplikasi penyakit jantung mempunyai kepatuhan minum obat yang rendah karena tidak bisa mengurus diri sendiri.

Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Hashmi *et al.* (2007) di Paskistan menyatakan hasil survei terhadap 348 pasien hipertensi menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kepatuhan pasien minum obat. Ditinjau dari umur responden, mayoritas berumur ≥ 70 tahun, hal ini sesuai dengan pernyataan Wade (2002) yang menyatakan bahwa insiden hipertensi meningkat seiring dengan penambahan usia, dan penambahan usia akan menyebabkan perubahan fisiologis.

Hasil uji analisa menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lama menderita hipertensi dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, arah korelasi positif, dan kekuatan korelasi sangat lemah. Hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jin *et al.* (2008) yang menyatakan bahwa pasien dengan penyakit kronis yaitu durasi penyakit yang lebih lama menghasilkan kepatuhan terapi yang baik karena mereka mempunyai persepsi bahwa dengan meminum obat secara teratur bisa membuat keadaan mereka lebih baik.

Selain itu, penelitian Dessie *et al.* (2012) yang menyatakan bahwa pasien dengan lama menderita hipertensi > 5 tahun mempunyai kepatuhan minum obat yang rendah hal ini dikarenakan bahwa pada pasien tersebut tidak muncul gejala

yang membahayakan, kurangnya informasi atau pengetahuan tentang penyakit dan obat, serta tidak ada keluarga yang mengingatkan pasien untuk minum obat.

Hasil uji analisa menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi keparahan penyakit dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, arah korelasi positif, dan kekuatan korelasi sangat lemah. Hal ini mungkin disebabkan bahwa pada penelitian ini ada faktor lain yang lebih mempengaruhi kepatuhan pasien minum obat yaitu pengetahuan dan persepsi terhadap sistem asuransi JKN.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan WHO (2003) yang menyatakan bahwa persepsi keparahan penyakit memiliki hubungan yang kuat dengan kepatuhan minum obat. Seseorang yang memiliki persepsi parah terhadap penyakit hipertensi seharusnya lebih patuh pada pengobatan karena pasien merasa bahwa penyakit yang diderita pasien parah. Oleh karena itu, pasien harus mematuhi pengobatan yang telah dianjurkan oleh tenaga kesehatan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kimberly (2011) yang menyatakan bahwa jika seseorang memiliki persepsi parah terhadap penyakit hipertensi maka pasien akan lebih mematuhi pengobatan yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan.

Hasil uji analisa menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, arah korelasi positif, dan kekuatan korelasi sangat lemah. Hal ini mungkin dikarenakan bahwa pasien sudah kontrol ke rumah sakit minimal satu tahun sehingga pasien sudah terbiasa dengan pengobatan yang diterima sehingga ada atau tidak ada dukungan keluarga tidak mempengaruhi kepatuhan pasien minum obat.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hassan *et al.* (2005) yang menyatakan bahwa dukungan keluarga mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepatuhan pasien minum obat dan hasil penelitian Pujiyanto (2008) menyatakan bahwa anggota keluarga yang menunjukkan sikap peduli kepada anggota keluarga yang menderita hipertensi berperan penting dalam kepatuhan minum obat anti hipertensi, serta hasil penelitian yang dilakukan oleh Boas *et al.* (2012) terhadap 309 responden menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan pasien minum obat.

Hasil uji analisa menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, arah korelasi positif, dan kekuatan korelasi sangat lemah. Pada penelitian ini, responden yang paling banyak adalah pasien yang pernah belajar di Universitas namun hal ini tidak menjamin bahwa pasien bisa lebih patuh minum obat karena bisa saja pasien dengan pendidikan lebih tinggi mempunyai kegiatan yang banyak sehingga mereka lupa minum obat atau mereka menganggap bahwa keadaan mereka akan tetap baik-baik saja walaupun tidak teratur minum obat.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hilda (2007) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan rendah dan menengah atas dengan kepatuhan minum obat dan hasil penelitian yang dilakukan oleh Yuliarti (2007) memperkuat pernyataan tersebut yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi yang berusia lanjut. Namun, hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian Hashmi *et al.* (2007) yang menyatakan bahwa peningkatan pendidikan akan

meningkatkan kepatuhan pasien minum obat walaupun peningkatan tersebut tidak signifikan.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti diantaranya adalah:

1. Rancangan penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* (kedua variabel diukur dalam satu waktu). Sehingga penelitian ini tidak dapat menjelaskan dinamika variabel bebas dan terikat dalam waktu yang berbeda. Hal ini menyebabkan penelitian ini hanya berlaku pada saat dilakukan penelitian saja.
2. Instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel kepatuhan minum obat dan variabel perubahan sistem asuransi serta faktor-faktor yang berhubungan hanya menggunakan kuesioner tertutup dimana hal ini sangat memungkinkan responden untuk menjawab sesuai yang ditanyakan sehingga kurang dapat mempresentasikan jawaban pasien yang tidak tercakup dalam pilihan jawaban.
3. Penilaian terhadap pengetahuan tentang obat relatif subjektif karena kuesioner pengetahuan tentang obat terkait efek samping tidak berdasarkan referensi melainkan bagaimana responden bisa merasakan apakah ada efek yang tidak diinginkan atau tidak setelah meminum obat.
4. Kuesioner ditanyakan oleh peneliti sehingga subjektivitasnya cukup besar, seharusnya ada orang lain yang terlatih untuk memberikan kuesioner kepada responden.

6.5 Implikasi Kefarmasian

Penelitian ini memiliki implikasi yang penting bagi ranah pelayanan, pendidikan, dan penelitian kefarmasian.

1. Mendorong tenaga kesehatan khususnya farmasis agar lebih berperan sebagai edukator pada pasien hipertensi terkait penatalaksanaan farmakologi dan edukasi efek samping sebagai optimalisasi terapi pasien hipertensi khususnya di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.
2. Farmasis juga dapat memberikan edukasi bagi pasien terkait pentingnya melakukan pengobatan secara teratur dan informasi mengenai komplikasi yang dapat timbul akibat hipertensi jika pasien tidak patuh dalam melaksanakan pengobatannya. Dengan informasi tersebut, diharapkan ada peningkatan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.
3. Farmasis dan tenaga kesehatan lainnya terdorong untuk menjadikan penelitian ini sebagai acuan penelitian lebih lanjut untuk melengkapi aspek-aspek lain yang belum diteliti.

BAB 7

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat diambil kesimpulan:

1. Pengetahuan dan persepsi pada sistem asuransi JKN mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, sedangkan regimen terapi tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.
2. Pengetahuan tentang obat mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, sedangkan persepsi pada sistem asuransi JKN tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.
3. Jenis kelamin, usia, lama menderita hipertensi, persepsi keparahan penyakit, pendidikan, dan dukungan keluarga tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.
4. Tingkat kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yaitu sebanyak 36 responden (36%) mempunyai kepatuhan minum obat yang rendah, 46 responden (46%) mempunyai kepatuhan minum obat yang sedang, 18 responden (18%) mempunyai kepatuhan minum obat yang tinggi. Oleh karena itu, tingkat kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang tergolong kepatuhan sedang.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian di atas, maka dapat diajukan saran sebagai berikut.

7.2.1 Peneliti Selanjutnya

1. Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan menggunakan desain penelitian yang lebih sesuai, yakni *cohort* yang lebih menekankan pada *time period approach* sehingga dinamika perubahan faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat dalam periode waktu yang berbeda dapat diketahui.
2. Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan mengambil jumlah sampel yang lebih besar untuk dapat menggambarkan hubungan suatu variabel tertentu terhadap kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi yang sebenarnya.

7.2.2 Institusi Terkait

Meningkatkan asuhan kefarmasian terkait pemberian informasi pentingnya melakukan pengobatan secara teratur serta informasi dan edukasi kesehatan terutama tentang obat yang dikonsumsi pada pasien hipertensi khususnya di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

7.2.3 Bagi Praktik Kefarmasian

Memberikan informasi mengenai pengaruh perubahan sistem asuransi kesehatan, pengetahuan tentang obat, regimen terapi, pendidikan, usia, dukungan keluarga, persepsi penyakit, regimen terapi, dan lama menderita hipertensi dengan kepatuhan minum obat dan dampaknya terhadap kesehatan pada pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul A. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*, Salemba Medika, Jakarta.
- Amir N. 2002. *Diagnosis dan Pelaksanaan Depresi Pasca Stroke*, Cermin Dunia Kedokteran, Jakarta.
- Anggraini AD, Annes W, Eduward S, Hendra A & Sylvia SS. 2009. *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi pada Pasien yang Berobat di Poliklinik Dewasa Puskesmas Bangkinang Periode Januari-Juni 2008*. Tugas Akhir. Tidak diterbitkan, Fakultas Kedokteran Universitas Riau, Riau.
- Anwar R. 2005. *Teori Sederhana Prosedur Pemilihan Uji Hipotesis*. Tugas Akhir. Tidak dipublikasikan, Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, Bandung.
- Ardhy F. 2010. *Kajian Interaksi Obat pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi Surakarta Periode Tahun 2008*. Tugas Akhir. Tidak diterbitkan, Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah, Surakarta.
- Ball, Stephen G, White & William B, 2003. Debate: Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor Versus Angiotensin II Receptor Blockers-A Gap in Evidence-Based Medicine. *Am J Cardiol*. 91: 104-112.
- Bello S, 2012. Adherence and Generic Substitution Among Hypertensive Patients in a Specialist Hospital. *GARJMMS*. 1: 8-16.
- Boas, L.C., Fross, M.C., Freitas, M.C. & Pace, A.M., 2012. *Relationship Among Social Support, Treatment Adherence and Metabolic Control of Diabetes Mellitus Patients, Brazil*. www.eerp.usp.br/rlae.html.
- Burge S, White D, Bajorek E, Bazaldua O, Trevino J, Albright *et al.*, 2005. Correlate of Medication Knowledge and Adherence: Findings from the Residency Research Networ of South Texas. *Fam Med*. 37: 712-718.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Gren LA, Izzo JL *et al.*, 2003. The National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee; The 7th Report of the Joint National Committee (JNC). *J Am Heart Assoc*. 42: 1206-1252.
- Corwin & Elizabeth J. 2001. *Hands Book of Pathophysiology, ECG*, Jakarta.

- Depkes. 2006. *Pharmaceutical Care untuk Penyakit Hipertensi*. Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Depkes RI, Jakarta.
- Dessie A, Asres G, Meseret S, Birhanu Z, 2012. Adherence to Anti-Hypertensive Treatment and Associated Factors Among Patients on Follow Up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Public Health*. 12: 282.
- Dezii CM, 2000. A Retrospective Study of Persistence Single-Pil Combination Therapy Vs Concurrent Two-Pill Therapy in Patients with Hypertension. *J Manag Car*. 9: 2-6.
- Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson *et al*. 2008. *Harrison's Principles of Internal Medicine: Disorders of the Cardiovascular System, Vascular Disease, Hypertensive Vascular Disease*, 17th Ed., The McGraw-Hill Companies Inc., USA.
- Feldstein CA, 2013. Nocturia In Arterial Hypertension: A Prevalent, Underreported and Sometimes Underestimated Association. *J Am Soc Hypertens*. 1: 75-84.
- Fitz-Simon N, Bennett K, Feely J, 2005. A Review of Studies of Adherence with Antihypertensive Drugs Using Prescription Databases. *J Ther Clin Risk Manag*. 1: 93–106.
- Ganiswarna SG. 2007. *Farmakologi dan Terapi*, UI Press, Jakarta.
- Gianfranco P, Omboni S, Compare A, Grossi E, Callus E, Venco A *et al*. 2013. *Blood Pressure Control and Treatment Adherence in Hypertensive Patients with Metabolic Syndrome: Protocol of a Randomized Controlled Study Based on Home Blood Pressure Telemonitoring Vs Conventional Management and Assessment of Psychological Determinants of Adherence*. Final Project. Not published, University of Milano Bicocca, Italy.
- Granger BG, Ekman I, Granger CB, Ostergren J, Olofsson B, Michelson E *et al*, 2009. Adherence to Medication According to Sex and Age in the CHARM Programme. *Eur J Heart Failure*. 11: 1092-1098.
- Gunadarma, 2011. *Psikologi Umum*, (Online), (<http://elearning.gunadarma.ac.id>. diakses 10 Juni 2014).
- Hall JE, 2003. The Kidney, Hypertension, and Obesity. *J Hypertens*. 41: 625-633.

Hashmi SK, Afridi MB, Abbas K, Sajwani RA, Saleheen D, Frossard P *et al.*, 2007. Faktor Associated with Adherence to Anti-Hypertensive Treatment in Pakistan. *PLoS One*. 2: e280.

Hassan NB, Hasanah CI, Foong K, Naing L, Awang R, Ismail SB *et al.*, 2005. Identification of Psychosocial Factors of Noncompliance in Hypertensive Patients. *J Hum Hypertens*. 20: 23-29.

Hein AW, Van O, Menger FE, Neef C, Verberk WJ, Kroon AA *et al.*, 2011. Participation in a Clinical Trial Enhances Adherence and Persistence to Treatment: A Retrospective Cohort Study. *Am Heart Assoc: Hypertens*. 58: 573-578.

Horl MP & Horl WH, 2002. Hemodialysis-Associated Hypertension: Pathophysiology and Therapy. *Am J Kidney Disease*. 39: 227-44.

Hosmer D & Lemeshow. 2000. *Applied Logistic Regression*, John Wiley & Sons, Inc., New York.

Jin J, Sklar GE, Oh VMS, Li SC. 2008. Factors Affecting Therapeutic Compliance: A Review From The Patient's Perspective: *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 4: 269–286.

Joho AA. 2012. *Factor Affecting Treatment Compliance among Hypertension Patients in Three District Hospitals–Dar Es Salaam*. Final Project. Not Published, Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Tanzania.

Kemenkes. 2013. *Buku Pegangan Sosialisasi: Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Bakti Husada, Jakarta, n.p.

Kotchen TA & Kotchen JM. 2006. Nutrition, Diet, and Hypertension; *Modern Nutrition in Health and Disease*, 10th Ed., Edited by Shils ME, Lippincott Williams and Wilkins Inc., Philadelphia. n.p.

Krousel-Wood MA, Muntner P, Joyce CJ, Islam T, Stanley E, Holt EW *et al.*, 2010. Adverse Effects of Complementary and Alternative Medicine Use on Antihypertensive Medication Adherence: Findings from CoSMO. *J Am Geriatr Soc*. 58: 54-61.

Marliani L dan Tantan S. 2007. *100 Questions & Answer: Hipertensi*, Elex Media Komputindo, Jakarta.

Matsumura K, Arima H, Tominaga M, Ohtsubo T, Fujii K, Fukuhara M, Uezono *et al.*, 2013. Impact of antihypertensive medication adherence on blood pressure control in hypertension: the COMFORT study. *QJM*. 106: 909-914.

- Morgado E & Neves PL. 2012. Hypertension and Chronic Kidney Disease: Cause and Consequence—Therapeutic Consideration; Pharmacology, Toxicology, and Pharmaceutical Science, Edited by Babaei H, Nephrology Department: Hospital of Faro, Portugal, p. 978-953.
- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M & Ward HJ, 2008. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens*. 10: 348–354.
- NKUDIC. 2010. National Kidney and Urologic Disease Information Clearinghouse: High Blood Pressure and Kidney Disease. National Institutes of Health, Department of Health and Human Service, USA, n.p.
- Notoadmodjo S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoadmodjo S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nugroho S, Akbar S & Vusvitasari R, 2008. Kajian Hubungan Koefisien Pearson (r), Spearman-rho (p), Kendal-Tau, Gamma (G), dan Somers (d_{yx}). *Jurnal Gradien*. 4: 372-381.
- Okoro RN & Ngong CK, 2012. Assessment of Patient's Antihypertensive Medication Adherence Level in Non-Comorbid Hypertension in a Tertiary Hospital in Nigeria. *Int J Pharm Biomed Sci*. 3: 47-54.
- Oparil S, Zaman MA, Calhoun DA, 2003. Pathogenesis of Hypertension. *Ann Intern Med*. 139: 761-776.
- Osterberg L & Blaschke T, 2005. Drug Therapy: Adherence to Medication. *N Engl J Med*. 353: 487–97.
- Pasek M, 2013. Hubungan Persepsi dan Tingkat Pengetahuan Penderita Tuberkulosis dengan Kepatuhan Pengobatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng 1. *Jurnal Magister Kedokteran Keluarga*. 1: 14-23.
- Pujiyanto, 2008. Faktor Sosio Ekonomi yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 3: 139-14.
- Rahajeng, Ekowati & Sulistyowati T, 2009. Prevalensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia. *Maj Kedokteran Indonesia*. 59: 580–586.
- Riskesdas. 2013. *Survei Berskala Nasional yang dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; Kemenkes RI secara Berskala untuk memantau indikator kesehatan seluruh wilayah Indonesia*. Bakti Husada, Jakarta.

- Rose A, Mark EG, Meredith MD, Michele BO & Berlowitz, 2010. Effect of Daily Adherence to Anti-Hypertensive Medication on Blood Pressure Control. *J Clin Hypertens*. 13: 416–421.
- Sanglah Hospital Bali. 2013. Hari Kesehatan Sedunia 2013. *Hypertension the silent killer of death*, (Online), (<http://www.sanglahhospitalbali.com>, diakses 10 Desember 2013).
- Saryono. 2008. *Metodologi Penelitian Kesehatan Penuntun Praktis Bagi Pemula*, Mitra Cendikia, Yogyakarta.
- Saseen JJ & Eric JM. 2008. Hypertension; *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach*, 7th Ed., Edited by Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, & Posey LM, McGraw Hill Companies Inc., USA, p. 139-172.
- Sever PS & Messerli FH, 2011. Hypertension Management 2011: Optimal Combination Therapy. *Eur Heart J*. 32: 2499-2506.
- Straka RJ, Burkhardt RT & Parra D. 2008. Hypertension; *Pharmacotherapy Principles & Practice*, Edited by Chisholm-Burn MA, Wells BG, Schwinghammer TL, Malone PM, Kolesar JM, Rotschafer JC, *et al.*, McGraw Hill Companies Inc., USA, p. 9-31.
- Wang PS, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H *et al.*, 2002. Noncompliance with Antihypertensive Medications: The Impact of Depressive Symptoms and Psychosocial Factors. *J Gen Intern Med*. 17: 504-511.
- WHO. 2003. International Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of Hypertension International Society of Hypertension Writing Group. *J Hypertens*, n.p.
- Williams, Linda S, Hopper & Paula D. 2007. *Understanding Medical Surgical Nursing*, 3rd Ed., F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Yuliarti. 2007. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi pada Usia Lanjut di Posbindu Kota Bogor Tahun 2007*. Tugas Akhir. Tidak diterbitkan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta.

Lampiran 1 PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Adelina Palmarum Sinaga

NIM : 105070500111031

Program Studi : Program Studi Ilmu Farmasi Fakultas Kedokteran

Universitas Brawijaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa proposal yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari dapat dibuktikan bahwa proposal ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, Juni 2014

Yang membuat pernyataan,

Adelina Palmarum Sinaga

NIM. 105070500111031

Lampiran 2 Keterangan Kelaikan Etik



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
THE MINISTRY OF EDUCATION AND CULTURE
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FACULTY OF MEDICINE UNIVERSITY OF BRAWIJAYA
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
Jalan Veteran Malang – 65145
Telp./ Fax. (62) 341 - 553930

KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")

No. 287 / EC / KEPK – S1 – FARM / 04 / 2014

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : Pengaruh perubahan sistem asuransi dari askes menjadi JKN terhadap kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi
PENELITI UTAMA : Adelina Palmarum Sinaga
UNIT / LEMBAGA : S1 Farmasi - Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya Malang
TEMPAT PENELITIAN : Poliklinik Jantung RSUD Dr. Saiful Anwar

DINYATAKAN LAIK ETIK.

Malang, 29 APR 2014

An. Ketua,
Koordinator Divisi I



Prof. Dr. dr. Teguh W. Sardjono, DTM&H, MSc, SpPark
NIP. 19520410 198002 1 001

Catatan :

Keterangan Laik Etik Ini Berlaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan Pada Akhir Penelitian, Laporan Pelaksanaan Penelitian Harus Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy. Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik Penelitian (Amandemen Protokol)



Lampiran 3 PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Adelina Palmarum Sinaga Jurusan Farmasi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya (FKUB) dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul: Hubungan Regimen Terapi, Pengetahuan tentang Obat, dan Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi.
2. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara regimen terapi, pengetahuan tentang obat, dan persepsi terhadap sistem asuransi jkn dengan kepatuhan minum obat dan mengetahui faktor (regimen terapi, pengetahuan tentang obat, dan persepsi terhadap sistem asuransi jkn) yang paling mempengaruhi kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi. Penelitian ini dapat memberi manfaat tentang informasi faktor-faktor yang berhubungan dan berpengaruh dalam kepatuhan minum obat. Penelitian ini akan berlangsung selama 1 bulan di poliklinik jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.
3. Prosedur pengambilan sampel adalah wawancara terstruktur cara ini mungkin menyebabkan responden sedikit merasa kelelahan tetapi anda tidak perlu khawatir karena wawancara dilakukan dalam waktu yang relatif singkat sehingga tidak mengganggu waktu istirahat anda
4. Keuntungan yang anda peroleh dengan keikutsertaan anda adalah anda dapat memperoleh informasi tentang faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.
5. Seandainya anda tidak menyetujui maka anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu anda tidak akan dikenai sanksi apapun.
6. Nama dan jati diri anda akan tetap dirahasiakan
7. Apabila selama mengikuti penelitian ini ada yang ingin anda tanyakan, anda dapat menghubungi saya

Adelina Palmarum Sinaga

No Tlp : 085276274276

alamat : Jl bendungan sengguruh no 29 , Malang

Peneliti

Lampiran 4 Lembar Pernyataan Persetujuan Berpartisipasi Dalam Penelitian

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*Informed Consent*)

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang tujuan dan manfaat penelitian yang berjudul "Hubungan Regimen Terapi, Pengetahuan, dan Persepsi terhadap Sistem JKN dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi" dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Saya mengerti bahwa saya akan diminta menjawab kuesioner yang diberikan oleh peneliti, yang memerlukan waktu 5-10 menit. Saya mengerti bahwa risiko yang akan terjadi dari penelitian ini tidak ada. Apabila terjadi kelelahan maka wawancara dihentikan beberapa saat sampai saya merasa sudah membaik dan bisa menjawab pertanyaan kembali.
3. Saya mengerti bahwa catatan mengenai data penelitian ini akan dirahasiakan, dan kerahasiaan ini akan dijamin. Informasi mengenai identitas saya tidak akan ditulis pada instrumen penelitian dan akan disimpan secara terpisah.
4. Dengan ini saya menyatakan bahwa saya secara sukarela dan bersedia untuk menjadi responden pada penelitian ini.

Malang, 2014

Saksi :

Saksi

Responden :

(.....)

(.....)

(.....)

Peneliti :

(Adelina Palmarum Sinaga)

NIM 105070500111031

Lampiran 5 Pengantar Kuesioner**PENGANTAR KUESIONER**

Judul Penelitian : “Hubungan Regimen Terapi, Pengetahuan tentang Obat dan Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD dr.Saiful Anwar, Malang”

Peneliti : Adelina Palmarum Sinaga
(Nomor telepon yang dapat dihubungi bila ada pertanyaan 085276274276)

Pembimbing : I. Efta Triastuti M.Farm.Klin, Apt
II. dr. M. Saifur Rohman, Sp.JP, PhD

Bapak/Ibu yang Terhormat,

Saya adalah mahasiswa Semester VIII pada Program Studi Farmasi – Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Dalam rangka untuk menyelesaikan Tugas Akhir, saya bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Regimen Terapi, Pengetahuan tentang Obat dan Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr.Saiful Anwar, Malang”

Saya berkeyakinan bahwa penelitian ini memiliki manfaat yang luas, baik untuk masyarakat khususnya pribadi bapak/ibu dalam mengontrol tekanan darah

Apabila Bapak/Ibu bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian saya ini, silahkan Bapak/Ibu menandatangani persetujuan menjadi subyek penelitian.

Atas kesediaan dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Malang, Februari 2014

Mengetahui

Pembimbing I

Peneliti

(Efta Triastuti, M.Farm.Klin, Apt)
NIP 19810504 2012 12 2002

(Adelina Palmarum Sinaga)
NIM 105070500111031

Lampiran 6 KUESIONER

KUESIONER HUBUNGAN REGIMEN TERAPI, PENGETAHUAN TENTANG OBAT, DAN PERSEPSI TERHADAP SISTEM ASURANSI JKN DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT

Tanggal : _____

Nama :

Jenis Kelamin :

Usia :

Alamat :

No Telp :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Sejak Kapan Menderita Hipertensi :

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



Skala Ukur Kepatuhan Minum Obat “MMAS-8 (Medication Morisky Adherence Scale)

Kepatuhan rendah jika total skor < 6

Kepatuhan sedang jika total skor 6-7

Kepatuhan tinggi jika total skor 8

Jika responden menjawab “Ya” pada pertanyaan maka diberi skor 0 dan jika menjawab “tidak” diberikan skor 1

Nomor	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda pernah lupa minum obat?		
2	Dalam 2 minggu terakhir, apakah Anda pernah tidak minum obat?		
3	Apakah Anda pernah berhenti minum obat tanpa mengatakan kepada dokter dikarenakan kondisi Anda semakin buruk setelah minum obat tersebut?		
4	Ketika Anda bepergian atau meninggalkan rumah apakah Anda pernah lupa membawa obatnya?		
5	Apakah kemarin ada obat yang tidak Anda minum sesuai resep?		
6	Ketika Anda merasa keadaan Anda membaik, apakah Anda berhenti minum obat?		
7	Apakah Anda merasa bahwa terapi yang didapat ini rumit/kompleks?		
8	Apakah Anda sering mengalami kesulitan mengingat seluruh obat yang harus dikonsumsi?		

Penilaian pengetahuan pengobatan

Responden dengan mengetahui obat yang dikonsumsi: Jika pasien bisa menjawab semua pertanyaan dengan benar

Responden dengan tidak mengetahui obat yang dikonsumsi: Jika pasien tidak bisa menjawab semua atau salah satu pertanyaan dengan benar

1. Apakah nama obat yang Anda konsumsi?
2. Apakah indikasi obat yang Anda konsumsi?
3. Bagaimana cara penggunaan atau cara konsumsi obat yang Anda konsumsi?
4. Apa efek samping obat yang Anda konsumsi?

Penilai Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN

Tidak bagus jika total skor < 9

Sedang jika total skor 9

Bagus jika total skor 10

Sangat bagus jika total skor ≥ 11

Pengelompokan ini dilakukan dengan bantuan program SPSS 16 yaitu menggunakan statistik deskriptif yaitu < kuartil 1, kuartil 1-2, kuartil 2-3, dan > kuartil 3. Pemberian skor pada pasien yaitu jika pasien menjawab "Ya" pada pertanyaan maka diberikan skor 1, jika menjawab "tidak" maka diberikan skor 0. Namun, pada pertanyaan no 2 dan 3 jika pasien menjawab "A" maka diberikan skor 2, jika "B" diberikan skor 1, dan jika "C" diberikan skor 0

1. Pada sistem JKN yang diselenggarakan BPJS apakah Anda sering kontrol kesehatan ke rumah sakit (RS)?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Pada sistem JKN berapa bulan sekali Anda kontrol kesehatan ke RS?
 - a. 1x sebulan
 - b. 2x sebulan
 - c. 3x sebulan

3. Pada sistem JKN, berapa kali Anda mengambil obat ke RS?
 - a. 1xsebulan
 - b. 2xsebulan
 - c. 3xsebulan
4. Pada sistem JKN apakah obat bisa diambil sebelum tanggal yang ditetapkan? (per tanggal waktu pengambilan bulan sebelumnya)
 - a. Ya.
 - b. Tidak
5. Pada sistem JKN, apakah Anda tidak pernah menerima surat utang obat dimana jumlah obat yang Anda terima tidak sesuai dengan jumlah yang ada di resep sehingga Anda harus kembali ke RS beberapa hari kemudian (terhitung dari bulan januari-maret 2014)
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Pada sistem JKN apakah jumlah obat yang diberikan dalam sekali pengambilan untuk 1 bulan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Pada sistem JKN apakah metode rujukannya berjenjang? (dari puskesmas atau dokter keluarga harus ke RS tipe C atau bisa langsung ke RS tipe A; RSUD Dr Saiful Anwar Malang)
 - a. Ya
 - b. Tidak
8. Pada sistem JKN apakah obat yang diberikan lengkap?
 - a. Ya
 - b. Tidak
9. Pada Sistem JKN apakah pengambilan obat di apotek tidak terlalu antri?
 - a. Ya
 - b. Tidak
10. Pada sistem JKN apakah surat rujukan yang harus diambil 1 kali sebulan tidak menyulitkan anda?
 - a. Ya
 - b. Tidak

11. Pada sistem JKN apakah Anda tidak pernah terlambat mengambil obat ke RS?

- a. Ya b. Tidak

jika tidak, kenapa?

1. Tidak ada yang mengantar ke RS
2. Tidak ada atau kesulitan transportasi ke RS
3. Lupa
4. Malas karena proses antrian untuk pengambilan obat terlalu lama
5. Malas karena terlalu sering ke RS
6. Sibuk (tidak ada waktu)
7. Lainnya



Lampiran 7 Output Uji Validitas

A. Lampiran Uji Validitas Kepatuhan Pasien Minum Obat

Correlations		
		skortotal
item1	Pearson Correlation	.125
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
item2	Pearson Correlation	-.499*
	Sig. (2-tailed)	.025
	N	20
item3	Pearson Correlation	.441
	Sig. (2-tailed)	.049
	N	20
item4	Pearson Correlation	.311
	Sig. (2-tailed)	.042
	N	20
item5	Pearson Correlation	.647**
	Sig. (2-tailed)	.032
	N	20
item6	Pearson Correlation	.903**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item7	Pearson Correlation	.903**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
item8	Pearson Correlation	.872**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
skortotal	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	20
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		

B. Lampiran Uji Validitas Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN

Correlations		
		Skortotal
item1	Pearson Correlation	.572
	Sig. (2-tailed)	.041
	N	20
item4	Pearson Correlation	.674
	Sig. (2-tailed)	.048
	N	20
item5	Pearson Correlation	.558
	Sig. (2-tailed)	.022
	N	20
item6	Pearson Correlation	.632**
	Sig. (2-tailed)	.003
	N	20
item7	Pearson Correlation	.699
	Sig. (2-tailed)	.023
	N	20
item8	Pearson Correlation	.768
	Sig. (2-tailed)	.027
	N	20
item9	Pearson Correlation	.326
	Sig. (2-tailed)	.160
	N	20
item10	Pearson Correlation	.443
	Sig. (2-tailed)	.050
	N	20
item11	Pearson Correlation	.803**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
skortotal	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	20

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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



Lampiran 8 Output Uji Reliabilitas

a. Lampiran Uji Reliabilitas Kepatuhan Pasien Minum Obat

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.645	8

b. Lampiran Uji Reabilitas Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.585	10



Lampiran 9

Tabulasi Data Responden

NO	Nama	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Pendidikan	Pekerjaan
1	TS	1	68	S2	Dosen
2	STS	1	69	Teologi	Pensiun
3	BS	1	65	S2	Dosen
4	SHS	1	86	ABRI	pensiun
5	SB	1	57	S1	PNS
6	BH	1	64	D3	Pensiun
7	BU	1	62	S1	pensiun
8	Gu	1	57	S1	wiraswasta
9	Soe	1	70	SMP	pensiun
10	Muh	1	75	S1	Pensiun
11	SS	1	61	S1	Pensiun
12	AT	1	52	D3	Guru
13	SSoe	0	81	D2	Ibu RT
14	Edi	1	64	S1	Wiraswasta
15	Sul	0	63	SMP	Ibu RT
16	Sup	0	73	SMP	Ibu RT
17	Set	0	69	Ak.Kebidanan	Ibu RT
18	SA	0	85	SD	Ibu RT
19	JW	0	67	SGKP	Wiraswasta
20	Sub	1	62	S1	Pensiun
21	Sum	1	69	SMA	Pensiun
22	HMW	1	62	S2	Pensiun
23	SSum	0	61	SMA	Pensiun
24	AKR	0	68	S1	Pensiun
25	SSI	0	82	SD	Ibu RT
26	Sula	0	59	SMP	Ibu RT
27	Pri	0	71	D2	Pensiun
28	Susi	0	66	SPK	Pensiun
29	SRa	0	70	S1	Pensiun
30	Rod	1	69	S1	Pensiun
31	Suk	0	75	SMP	Ibu RT
32	Har	0	37	SMA	Ibu RT
33	Bua	1	70	SD	Pensiun
34	Mim	1	21	SMA	Mahasiswa
35	Sam	1	75	Akademik	Pensiun
36	Her	0	49	SMA	PNS
37	SH	0	68	SD	Ibu RT
38	Soe	1	75	SMA	Pensiun
39	Soeg	1	68	S1	Pensiun
40	Shu	0	60	S1	Pensiun
41	Suk	0	70	SMP	Ibu RT
42	Mur	0	63	S1	Pensiun
43	Sulis	0	57	S1	Pensiun
44	DS	0	70	SD	Pensiun
45	TS	0	60	SMA	Ibu RT

46	Fah	0	61	S1	Ibu RT
47	ST	1	67	S1	Pensiun
48	HA	1	58	S1	PNS
49	Rum	0	72	SGTK	Ibu RT
50	Muc	1	67	S1	Pensiun
51	Mus	1	59	S1	Pensiun
52	Soep	1	72	S1	Pensiun
53	NK	1	68	SMA	Pensiun
54	RR	0	51	SMA	wiraswasta
55	Har	1	72	S1	Pensiun
56	Sri	0	65	S1	Pensiun
57	Rot	0	68	D3	Pensiun
58	Suh	1	60	SMA	Pensiun
59	Soe	1	73	SMP	Pensiun
60	Ir	1	63	SMA	Pensiun
61	ME	1	55	SMA	wiraswasta
62	SF	0	68	SMA	Pensiun
63	AW	0	48	SMP	Ibu RT
64	Sup	1	79	SD	Ibu RT
65	SC	1	48	S1	wiraswasta
66	HL	0	65	SMA	Ibu RT
67	Wid	0	59	S1	Ibu RT
68	Des	0	52	S1	PNS
69	SHar	0	68	SMP	Ibu RT
70	Kar	1	72	S1	Pensiun
71	SSub	0	74	SGTK	Ibu RT
72	HMD	1	74	SPG	Pensiun
73	Ari	0	63	S1	Pensiun
74	TE	0	53	S1	Guru
75	SSu	1	62	SMA	Pensiun
76	WS	1	65	S1	Pensiun
77	Triw	0	64	SMA	Ibu RT
78	Hari	1	56	S1	PNS
79	Masy	1	69	S1	Pensiun
80	SAnda	0	66	SMA	Ibu RT
81	Bern	0	64	D1	Pensiun
82	SriH	0	64	SMA	Pensiun
83	TP	0	69	SMA	Pensiun
84	AriY	1	68	S1	Pensiun
85	Kat	1	71	SMP	Pensiun
86	PA	1	69	SMA	Pensiun
87	Bud	1	70	SMA	Pensiun
88	Rud	1	51	SMA	PNS
89	Kus	0	70	SGTK	Pensiun
90	MS	0	49	Akademik	PNS
91	Er	0	70	SMP	Ibu RT
92	MA	1	67	S2	Pensiun
93	Ja	1	84	SMP	Pensiun

94	LS	0	76	SMA	Ibu RT
95	SH	0	73	SMP	Ibu RT
96	Mi	0	79	SD	Pensiun
97	ST	1	47	SMA	PNS
98	SY	0	74	SMA	Pensiun
99	DW	0	54	SD	Ibu RT
100	EH	1	58	S2	Dosen



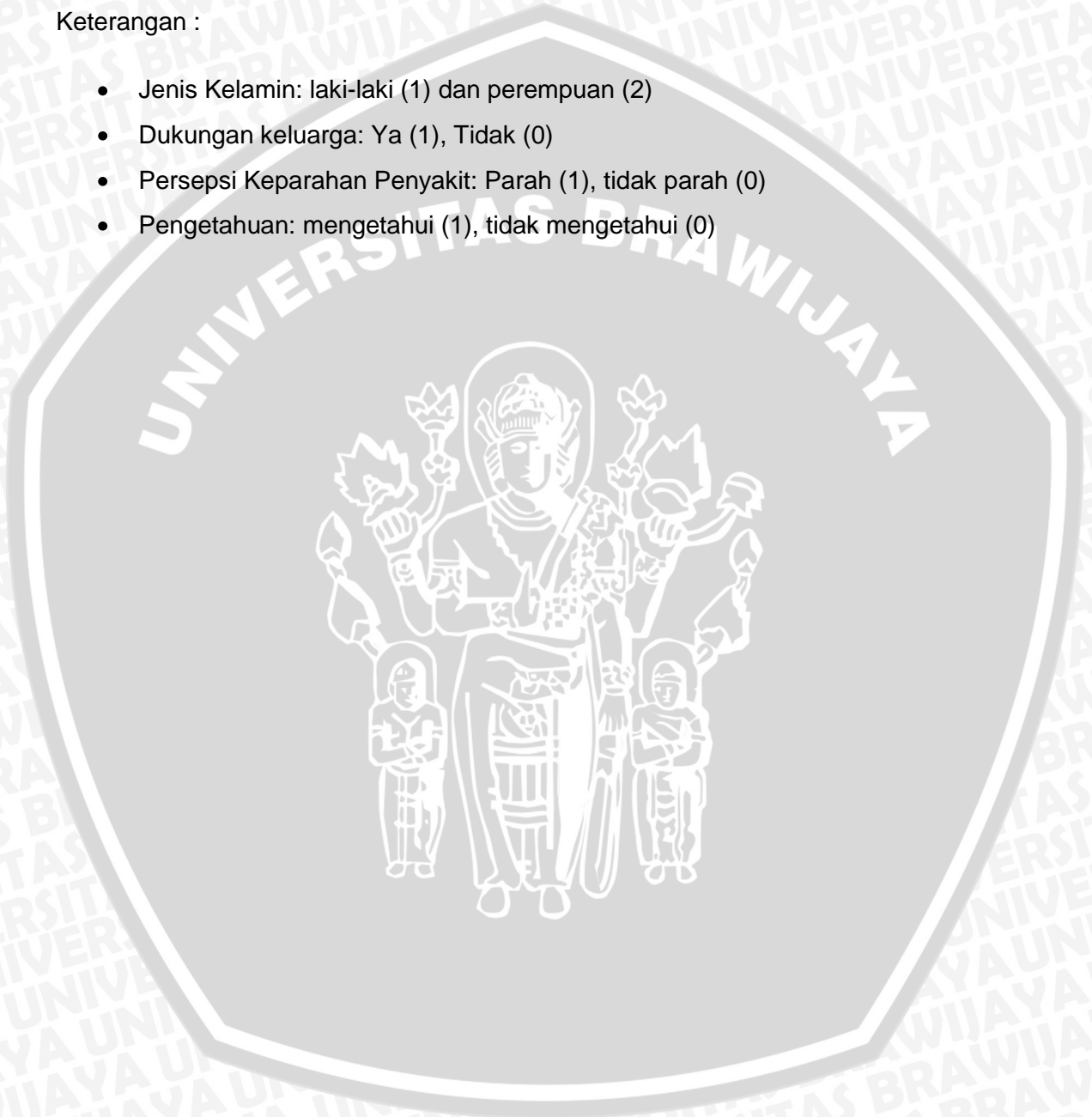
No	Dukungan Keluarga	Persepsi Keparahan Penyakit	Pengetahuan tentang Obat	Lama menderita (tahun)	MMAS	Regimen	Skor Persepsi JKN
1	0	0	0	4	8	5	12
2	1	0	0	2	6	3	11
3	1	1	1	3	7	5	7
4	0	0	0	3	2	3	7
5	0	1	0	5	7	3	10
6	1	1	0	19	4	3	14
7	0	1	1	2	8	7	11
8	0	1	0	2	7	3	10
9	0	1	1	10	6	4	12
10	1	1	1	10	6	3	11
11	0	1	0	11	6	3	9
12	1	1	0	10	5	4	9
13	1	0	0	12	6	4	12
14	0	0	1	4	8	5	12
15	0	1	1	3	5	6	12
16	1	1	0	17	7	6	11
17	0	0	0	3	5	4	9
18	1	0	0	10	5	4	10
19	0	1	0	14	7	6	10
20	1	0	0	2	5	9	13
21	0	1	1	9	4	4	9
22	1	0	1	4	8	3	10
23	1	0	1	3	8	7	13
24	0	0	1	3	7	4	14
25	1	0	0	11	6	7	11
26	1	0	1	7	5	3	8
27	0	0	1	5	5	3	7
28	0	0	1	5	8	2	10
29	0	0	0	35	7	4	8
30	1	0	0	10	7	3	7
31	1	1	0	11	5	6	10
32	1	1	0	2	6	5	11
33	1	1	1	12	7	3	10
34	1	1	1	3	8	1	11
35	1	1	0	15	8	1	11
36	1	1	1	10	8	1	12
37	1	0	1	11	7	3	13
38	0	0	0	12	6	4	9
39	1	0	0	18	6	4	9
40	0	0	0	31	7	6	10
41	1	0	0	3	7	6	11
42	1	0	1	9	8	7	11
43	1	1	0	8	3	8	6
44	1	0	0	14	4	6	12
45	1	0	0	3	6	9	11
46	0	1	0	5	5	3	7
47	0	0	1	3	5	7	9
48	1	0	0	10	6	5	12
49	1	1	0	5	4	9	11

50	1	0	1	6	8	4	7
51	1	1	0	3	7	8	11
52	1	1	0	13	7	7	11
53	1	1	0	11	3	10	8
54	0	1	0	6	4	12	9
55	0	1	1	3	7	5	11
56	1	0	0	2	7	5	6
57	1	1	1	12	8	7	9
58	1	0	0	6	7	6	11
59	1	0	0	11	7	4	13
60	1	0	0	2	7	4	11
61	0	0	0	6	6	6	10
62	1	0	0	3	7	2	10
63	0	0	0	4	7	4	9
64	1	1	0	2	7	5	11
65	1	0	1	3	6	4	13
66	1	0	0	6	5	10	11
67	0	1	1	2	4	5	12
68	1	1	0	2	7	8	12
69	0	0	0	10	4	6	6
70	1	0	1	5	8	4	10
71	1	0	0	4	5	5	7
72	1	0	0	4	7	3	9
73	1	0	1	4	2	6	8
74	1	1	0	6	4	1	11
75	1	1	1	7	8	1	12
76	1	1	1	6	5	5	7
77	1	0	1	2	6	3	9
78	1	0	0	3	2	11	8
79	1	0	0	3	5	5	9
80	0	0	1	6	8	3	10
81	0	0	1	13	8	5	10
82	1	0	1	8	8	5	13
83	1	0	1	8	7	4	13
84	1	0	0	10	5	3	12
85	0	0	0	14	5	5	9
86	0	1	0	5	5	5	11
87	1	0	0	15	7	7	8
88	1	1	0	5	5	4	7
89	1	1	0	3	7	8	9
90	0	0	1	5	8	2	9
91	0	0	0	2	4	7	11
92	1	0	0	5	4	6	7
93	0	0	0	3	5	5	11
94	1	0	0	4	6	3	14
95	1	0	0	7	7	4	8
96	1	0	0	7	6	3	13
97	1	0	0	4	7	7	7

98	0	1	0	5	1	1	10
99	1	0	0	2	3	4	10
100	1	1	0	2	6	10	10

Keterangan :

- Jenis Kelamin: laki-laki (1) dan perempuan (2)
- Dukungan keluarga: Ya (1), Tidak (0)
- Persepsi Keparahan Penyakit: Parah (1), tidak parah (0)
- Pengetahuan: mengetahui (1), tidak mengetahui (0)



Lampiran 10 Tabulasi Jawaban Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN

No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Skor Total
1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	11
3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	7
4	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	7
5	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10
6	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
8	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10
9	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
11	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	9
12	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	9
13	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
14	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	12
15	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	12
16	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	11
17	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	9
18	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10
19	1	2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	10
20	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13
21	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	8
22	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	10
23	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13
24	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
26	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	8
27	1	2	1	0	0	1	0	1	0	0	1	7
28	1	2	2	1	1	1	0	1	1	0	0	10
29	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	8
30	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	7
31	1	1	2	0	1	1	1	1	1	0	1	10
32	1	2	2	1	1	1	1	0	1	0	1	11
33	1	2	2	1	1	1	0	0	0	1	1	10
34	1	2	2	1	1	1	0	1	1	1	0	11
35	1	2	2	0	1	1	1	1	0	1	1	11
36	1	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	12
37	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13
38	1	2	2	0	1	0	1	1	1	0	0	9
39	1	2	2	1	1	0	1	0	0	0	1	9
40	1	2	2	0	0	1	1	1	0	1	1	10
41	1	2	2	1	0	1	0	1	1	1	1	11
42	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	11

43	0	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	6
44	1	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	12
45	1	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	11
46	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	7
47	1	2	2	0	0	1	0	1	1	0	1	9
48	1	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	12
49	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	11
50	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	7
51	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	11
52	1	2	2	1	1	1	1	0	1	1	0	11
53	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	8
54	1	2	2	1	0	1	0	0	1	0	1	9
55	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10
56	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	6
57	1	2	2	1	0	0	1	0	0	1	1	9
58	1	2	2	1	1	0	1	1	1	1	0	11
59	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13
60	1	2	2	1	1	0	0	1	1	1	1	11
61	1	2	2	0	0	1	1	0	1	1	1	10
62	1	2	2	1	1	0	1	0	0	1	1	10
63	1	2	2	1	0	1	0	0	1	0	1	9
64	1	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	11
65	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13
66	1	2	2	0	0	1	1	1	1	1	1	11
67	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	12
68	1	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	12
69	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	6
70	1	2	2	1	1	0	0	1	1	0	1	10
71	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	7
72	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	1	9
73	1	1	2	1	0	1	0	1	1	0	0	8
74	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	11
75	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	12
76	1	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	7
77	1	2	2	0	0	0	1	1	1	0	1	9
78	1	2	1	0	1	0	1	1	0	1	0	8
79	1	2	2	1	0	0	1	1	0	1	0	9
80	1	2	2	1	0	0	1	1	1	0	1	10
81	1	2	2	1	1	0	1	1	1	0	0	10
82	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13
83	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13
84	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	12
85	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	9
86	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0	1	11
87	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	8
88	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	7

89	1	2	2	1	1	0	1	1	0	0	0	9
90	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
92	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	7
93	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	11
94	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13
95	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	8
96	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13
97	1	2	2	1	1	0	1	1	0	1	0	10
98	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	7
99	1	2	2	1	1	0	1	1	0	1	0	10
100	1	2	2	0	0	1	1	1	1	1	0	10



Lampiran 11 HASIL UJI HIPOTESIS BIVARIAT

a. Regimen Terapi dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	.181	.093	-1.935	.053
		Kelompok Regimen Dependent	-.190	.097	-1.935	.053
		MMAS Dependent	-.173	.089	-1.935	.053

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

b. Pengetahuan tentang Obat dengan Kepatuhan Pasien Minum

Obat

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.227	.088	2.357	.018
		pengetahuantentangobat Dependent	.412	.096	3.496	.000
		MMAS Dependent	.111	.089	1.185	.236
	Goodman and Kruskal tau	pengetahuantentangobat Dependent	.295	.082		.000 ^c
		MMAS Dependent	.105	.040		.000 ^c

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on chi-square approximation

c. Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	.258	.083	3.073	.002
		Kelompok JKN Dependent	.271	.088	3.073	.002
		MMAS Dependent	.246	.079	3.073	.002

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Faktor lain yang juga diuji oleh peneliti:

d. Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.038	.064	.591	.555
		jeniskelamin Dependent	.080	.130	.591	.555
		MMAS Dependent	.000	.000	. ^c	. ^c
	Goodman and Kruskal tau	jeniskelamin Dependent	.008	.018		.676 ^d
		MMAS Dependent	.005	.011		.603 ^d

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

d. Based on chi-square approximation

e. Usia dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	-.064	.078	-.823	.410
		Kelompok Usia2 Dependent	-.070	.085	-.823	.410
		MMAS Dependent	-.059	.071	-.823	.410

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

f. Lama Menderita Hipertensi dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal Somers' d	Symmetric	.006	.074	.080	.937
	kel lama menderita 2	.006	.080	.080	.937
	MMAS Dependent	.005	.069	.080	.937

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

g. Persepsi Keparahan Penyakit dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.088	.680
N of Valid Cases		100	

h. Pendidikan dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal Somers' d	Symmetric	.081	.084	.959	.338
	pendidikan Dependent	.082	.085	.959	.338
	MMAS Dependent	.081	.083	.959	.338

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

i. Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.034	.058	.578	.563
		dukungankeluarga Dependent	.000	.000	.	.
		MMAS Dependent	.056	.094	.578	.563
Goodman and Kruskal tau	dukungankeluarga Dependent		.024	.030		.302 ^d
		MMAS Dependent	.015	.020		.218 ^d

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

d. Based on chi-square approximation



Lampiran 12 HASIL UJI HIPOTESIS MULTIVARIAT

Pengetahuan tentang Obat dan Persepsi terhadap Sistem Asuransi JKN terhadap Kepatuhan Pasien Minum Obat

Parameter Estimates

	Estimate	Std. Error	Wald	df	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Threshold [MMAS = 0]	-.332	.288	1.329	1	.249	-.896	.232
[MMAS = 1]	2.139	.387	30.556	1	.000	1.381	2.898
Location pengetahuantentangobat	1.880	.453	17.185	1	.000	.991	2.769
persepsikeparahanpenyakit	-.467	.398	1.380	1	.240	-1.247	.312

Link function: Logit.



Lampiran 13

Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan Data



Lampiran 14 *Curriculum vitae*



Nama : Adelina Palmarum Sinaga
 Jenis Kelamin : Perempuan
 TTL : Simantin, 29 januari 1992
 Alamat : jl. Bendungan sengguruh no 29, Malang
 Agama : Kristen
 Gol Darah : O
 Email : adelinasinaga999@gmail.com
 Program Studi : Farmasi
 Angkatan : 2010

PENDIDIKAN FORMAL

Tahun	Pendidikan
2010-sekarang	Program Studi Farmasi, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
2007-2010	SMA RK Budi Mulia P.Siantar
2004-2007	SMP RK Bintang Timur P.Siantar
1998-2001	SD Negeri 094106, Simantin

PENDIDIKAN NON FORMAL / PELATIHAN

Tahun	Pendidikan/Pelatihan
2013	INAMSC FKUI, PKM-GT Maba
2012	WHD AMSA FKUB, SEO, PKM-GT Maba
2011	Astrosit LSIM FKUB, MSC LSIM FKUB
2010	LKMMF FKUB

RIWAYAT ORGANISASI

Tahun	Jabatan
2012-2013	Staff Ahli komisi DPM UB, Ketua Ikatan Album Malang
2011-2012	Staf PSDM LPM FKUB, staf PR LSIM FKUB
2010-2011	Staf divisi PIL HMF "Aecus Prospicio" FKUB

RIWAYAT KEPANITIAAN

Tahun	Kepanitian
2013	Ikatan Album Malang
2012	Staf Magang LSIM, downloading LSIM, KOI HMF FKUB
2011	Staf Humas FKUB Awards, LK 1 JMKI,
2010	Staf Acara SOR RISTEK UB, Ketua KIO HMF FKUB

PRESTASI AKADEMIK DAN NON AKADEMIK

Tahun	Prestasi
2013	Pendanaan PKM-P DIKTI "Efek Crude Ekstrak Daun Teh Hijau (Camellia sinensis) Sebagai Profilaksis PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Kronis) Pada Tikus Yang Terpapar Asap Rokok" Finalis INAMSC Kongres Internasional FKUI
2012	Pendanaan PKM-P DIKTI
2010	Juara 3 lomba essay tingkat Universitas