



**VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER *HILL-BONE* VERSI  
BAHASA INDONESIA PADA PASIEN HIPERTENSI**

**SKRIPSI**

Oleh :

**Fitri Fauziah**

**NIM 142210101102**

**FAKULTAS FARMASI  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2019**



**VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER *HILL-BONE* VERSI  
BAHASA INDONESIA PADA PASIEN HIPERTENSI**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Farmasi  
dan mencapai gelar Sarjana Farmasi

Oleh:

**Fitri Fauziah**  
**NIM 142210101102**

**BAGIAN FARMASI KLINIK DAN KOMUNITAS  
FAKULTAS FARMASI  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibunda Diana Rosanti dan ayahanda Syahrul Misbah yang tercinta sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima kasih atas segala doa dan dukungan serta jerih payah demi kebahagiaan dan kesuksesan penulis.
2. Bapak Antonius Nugraha Widhi Pratama, S.Farm., M.P.H., Apt. dan Ibu Ema Rachmawati, S.Farm., M.Farm., Apt. yang telah berkenan membimbing dan memberikan masukan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
3. Guru-guruku sejak Taman Kanak-Kanak sampai SMA serta seluruh Dosen Fakultas Farmasi Universitas Jember yang sudah sangat berjasa memberi ilmu.
4. Teman-teman angkatan 2014”PHARMAGEN” yang telah memberi semangat dan pengalaman berharga selama masa perkuliahan.
5. Almamater tercinta, Fakultas Farmasi Universitas Jember.

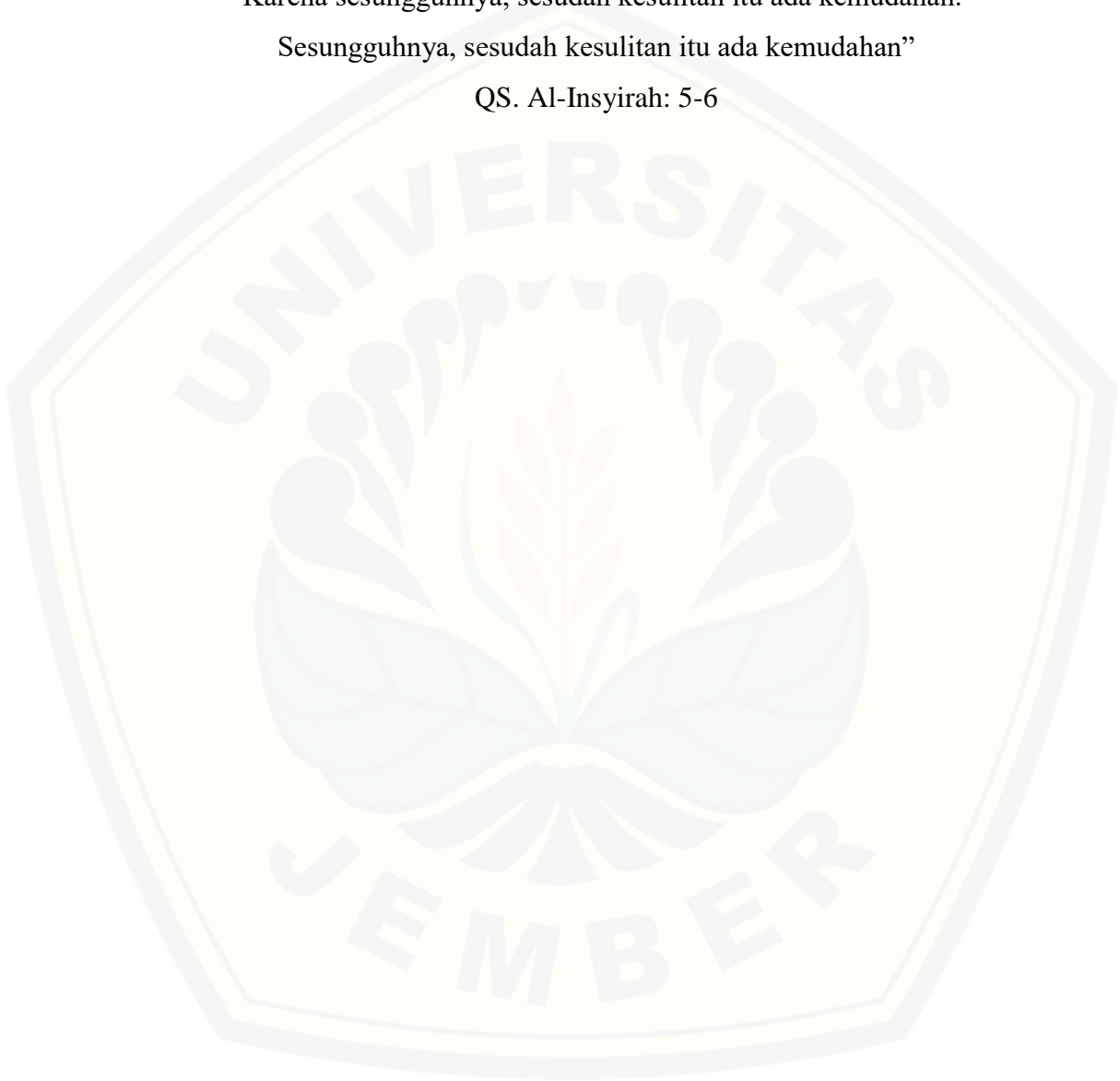
**MOTO**

*“Never say Never”*

“Karena sesungguhnya, sesudah kesulitan itu ada kemudahan.

Sesungguhnya, sesudah kesulitan itu ada kemudahan”

QS. Al-Insyirah: 5-6



**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fitri Fauziah

NIM : 142210101102

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul "*Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Hill-Bone versi Bahasa Indonesia pada Pasien Hipertensi*" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 21 Januari 2019

Yang menyatakan,

Fitri Fauziah

142210101102

**SKRIPSI**

**VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER *HILL-BONE* VERSI  
BAHASA INDONESIA PADA PASIEN HIPERTENSI**

Oleh:

Fitri Fauziah

NIM 142210101102

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Antonius N. W. Pratama, S.Farm., M.P.H., Apt.

Dosen Pembimbing Anggota : Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc., Apt.

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul “Validitas dan Reliabilitas Kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia pada Pasien Hipertensi” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Senin, 21 Januari 2019

tempat : Fakultas Farmasi Universitas Jember

**Tim Pembimbing:**

Dosen Pembimbing Utama,

Dosen Pembimbing Anggota,

Antonius N. W. P., S.Farm.,M.P.H.,Apt.  
NIP. 198309032008121001

Ema Rachmawati, S.Farm.,M.Sc., Apt.  
NIP. 198403082008012003

**Tim Penguji:**

Dosen Penguji I

Dosen Penguji II

Fransiska Maria C., S.Farm.,M.Farm.,Apt  
NIP. 198404062009122008

Diana Holiday, S.F.,M.Farm.,Apt  
NIP. 197812212005012002

Mengesahkan

Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember,

Lestyo Wulandari, S.Si.,M.Farm.,Apt.

NIP. 197604142002122001



## RINGKASAN

**Validitas dan Reliabilitas Kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia pada Pasien Hipertensi:** Fitri Fauziah: 142210101102; 2019; 75 Halaman; Fakultas Farmasi, Universitas Jember

Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang paling sering ditemukan pada pelayanan kesehatan primer. Hipertensi sering ditemukan menjadi salah satu penyebab dari penyakit kardiovaskular, serebrovaskular, dan penyakit ginjal atau kerusakan organ lainnya di seluruh dunia. Penyakit hipertensi di Indonesia memiliki prevalensi yang cukup tinggi. Tingginya prevalensi hipertensi di Indonesia dikarenakan oleh rendahnya tingkat kepatuhan pasien dalam meminum obat antihipertensi. Terdapat beberapa metode yang bisa digunakan untuk menilai tingkat kepatuhan pasien dalam meminum obat, antara lain *patient self-report*, *pill counts*, rekam medis data pengobatan, dan tingkat obat dalam darah. Kuesioner sendiri termasuk dalam *patient self-report*. Salah satu kuesioner yang paling banyak digunakan dalam menilai tingkat kepatuhan pasien dalam meminum obat adalah *Hill-Bone Compliance Scale*. Selain mengukur kepatuhan pengobatan, kuesioner itu juga dapat mengukur asupan garam dalam tubuh. Berbagai penelitian yang menilai validitas dan reliabilitas dari kuesioner *Hill-Bone* dalam menilai tingkat kepatuhan pasien hipertensi dalam meminum obat antihipertensi telah dilakukan di berbagai Negara, di antaranya di Malaysia, Turki, Jerman, dan Persia. Tujuan dilakukan penelitian ini untuk menerjemahkan kuesioner *Hill-Bone* dan melihat validitas serta reliabilitas kuesioner *Hill-Bone* dan digunakan untuk menilai kepatuhan pasien hipertensi di RSD dr. Soebandi.

Penelitian ini menggunakan rancangan observasional yang dilakukan secara deskriptif dengan metode penelitian *cross-sectional*. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *convenience sampling* dengan populasi pasien hipertensi di Poli Jantung dan Poli Penyakit Dalam di RSD dr. Soebandi Jember. Pada tahap awal dilakukan penerjemahan kuesioner melalui proses *forward-backward translation* hingga terbentuk kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia. Kuesioner ini kemudian dilakukan *pilot survey* pada 30 responden. Lalu diikuti dengan pengujian *face validity*, *structural validity* dan reliabilitas internal konsistensi pada 280 pasien hipertensi dengan atau tanpa penyakit penyerta.

Kuesioner final *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia adalah HBTS-11 yaitu kuesioner yang telah diterjemahkan dan direduksi dari 14 pertanyaan menjadi 11 pertanyaan. Hasil *exploratory factor analysis* dan nilai *Cronbach alpha* didapatkan dari penelitian ini. Faktor analisis yang terbentuk adalah tiga faktor, yaitu dua faktor tentang kepatuhan pengobatan dan satu faktor tentang asupan garam. Nilai *Kaiser-Meyer-Olkin* yang didapat adalah 0,812 dengan total persen varian yang didapat adalah 54%. Nilai reliabilitas yang didapat adalah 0,742. Nilai skoring kepatuhan pasien hipertensi di RSD dr. Soebandi diketahui  $15,25 \pm SD 3,44$  Maka dari hasil penelitian yang telah dilakukan kuesioner *Hill-Bone* valid dan reliabel serta dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan pasien hipertensi.



## PRAKATA

Segala puji bagi Allah SWT atas segala rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul *Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Hill-Bone Versi Bahasa Indonesia pada Pasien Hipertensi*. Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Farmasi Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Lestyo Wulandasi, S.Si., M.Sc., Apt. Selaku Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember.
2. Bapak Antonius Nugraha Widhi Pratama, S.Farm., M.P.H., Apt. Dosen Pembimbing Utama dan Ibu Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc., Apt. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan dan dukungan serta meluangkan waktu, pikiran dan perhatian kepada penulis selama proses penyusunan skripsi ini.
3. Ibu Fransiska Maria Christianty, S.Farm., M.Farm., Apt. sebagai Dosen Penguji Utama dan Ibu Diana Holidah, S.F., M.Farm., Apt. Sebagai Dosen Penguji Anggota yang telah berkenan menguji skripsi ini dan memberikan saran, bimbingan serta dukungan kepada penulis.
4. Ibu Afifah Machlaurin, S.Farm., M.Sc., Apt. dan Bapak Assoc. Prof. Ari Satia Nugraha S.F., GdipSc., Msc-res., PhD., Apt. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah meluangkan banyak waktu untuk membimbing dalam masalah perkuliahan penulis.
5. Pahlawan tanpa tanda jasa para Dosen Fakultas Farmasi Universitas Jember yang telah memberikan ilmunya kepada penulis.
6. Ayah dan Ibu tercinta, Syahrul Misbah dan Diana Rosanti yang telah memberikan kasih sayang, dukungan, doa serta segala pengorbanannya demi mengiringi kesuksesan penulis.

7. Adik tercinta, Amalia Rosyidah Misbah yang selalu menyemangati, mendukung dan mendoakan penulis.
8. Sahabat yang selalu menemani penulis disaat suka maupun duka Vistin Ayu dan Reffinna Aulia Nirwanani.
9. Teman-teman terbaik semasa kuliah Cathleya Restu, Della Karissa Putri, Hanum Qori Arifta, Rakhma Dyah Raras Arum, Rizqi Amaliyah, Vivi Dwi Rahayu, Novi Artha dan Alfita Rahmawati yang selalu mendukung dan memberi semangat selama masa perkuliahan.
10. Teman-teman KKN 55 “OAOE” Mia, Ratih, Via, Dewi, Desi, Edwin, Barlian, Juni dan Mas Denis yang telah memberi banyak pengalaman baru dan memberi canda tawa kepada penulis.
11. Teman-teman “Kost Az-Zahraa” Cintya, Rini, Bela, Imamah, Heny dan Risma yang selalu ada dan menyemangati penulis.
12. Yang tercinta teman-teman seperjuangan Pharmagen 2014 yang selalu memberikan semangatnya.
13. Dan semua pihak yang ikut serta membantu serta mendukung guna terselesaikannya karya ilmiah ini.

Mudah-mudahan apa yang telah diberikan dibalas dengan berlipat-lipat oleh Allah SWT. Namun penulisan proposal skripsi ini jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun sangat dibutuhkan dalam penulisan skripsi ini.

Jember, Januari 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBING</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>viii</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xv</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2. Rumusan Masalah</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3. Tujuan Penelitian</b> .....	<b>3</b>
<b>1.4. Manfaat Penelitian</b> .....	<b>4</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1. Hipertensi</b> .....	<b>5</b>
2.1.1. Klasifikasi Hipertensi.....	6
2.1.2. Gejala Hipertensi.....	7
2.1.3. Penatalaksanaan Hipertensi.....	7
<b>2.2. Kepatuhan</b> .....	<b>8</b>
2.2.1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan.....	9
<b>2.3. Kuesioner</b> .....	<b>10</b>
2.3.1. Kuesioner <i>Hill-Bone</i> .....	11
<b>2.4. Validitas</b> .....	<b>12</b>
2.4.1. Macam Validitas .....	13

2.5. Reliabilitas.....	13
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>15</b>
3.1. Jenis Penelitian .....	15
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian .....	15
3.3. Populasi, Sampel dan Besar Sampel Penelitian.....	15
3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	16
3.5. Variabel Penelitian .....	16
3.6. Definisi Operasional .....	16
3.7. Instrumen Penelitian .....	17
3.8. Pertimbangan Etika Penelitian .....	17
3.9. Translasi Kuesioner .....	18
3.10. Pengumpulan Data .....	20
3.11. Pengolahan Data.....	20
3.12. Analisis Data .....	20
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>22</b>
4.1. Hasil .....	22
4.1.1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas pada Pilot Survey .....	22
4.1.2. Karakteristik Sosiodemografi Responden.....	22
4.1.3. Hasil Uji Validitas Struktural dan Reliabilitas pada <i>Actual Survey</i>	26
4.1.4. Profil Kepatuhan Pasien Hipertensi .....	30
4.2. Pembahasan .....	31
<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>35</b>
5.1. Kesimpulan .....	35
5.2. Saran.....	35
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>36</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>40</b>

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC VII .....	7
2.2 Skala Kepatuhan <i>Hill-Bone</i> /Kuesioner <i>Hill-bone</i> .....	12
4.1 Karakteristik Sosiodemografi .....	23
4.2 Frekuensi Obat Antihipertensi yang disebutkan .....	24
4.3 Frekuensi Obat/Pengobatan/Suplemen/Makanan Alternatif yang digunakan	25
4.4 Frekuensi Penyakit Penyerta yang Diderita .....	26
4.5 Hasil Validitas Struktural Kuesioner <i>Hill-Bone</i> Versi Bahasa Indonesia.....	29

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
3.1 Alur Penerjemahan.....	19
4.1 <i>Scree Plot</i> Kuesioner Hill-Bone 11 Butir .....	28
4.2 Histogram skor total Kuesioner Hill-Bone 11 butir.....	31





**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
3.1. Surat Perijinan dari Fakultas ke Bakesbangpol.....	40
3.2. Surat Perijinan Penelitian dari Bakesbangpol .....	41
3.3. Surat Perijinan dari Fakultas ke RSD dr. Soebandi Jember.....	42
3.4. Surat Perijinan dari RSD dr. Soebandi Jember .....	43
3.5. Dokumentasi .....	44
3.6. <i>Informed Consent</i> yang diberikan pada Responden.....	46
3.7. Data Sosiodemografi yang diberikan kepada Responden.....	47
3.8. Kuesioner Hill-Bone yang disebarakan pada Responden.....	49
4.1. Hasil Uji Reliabilitas 30 Responden pada Pilot Survey .....	50
4.2. Hasil Uji face validity 30 Responden.....	52
4.3. Hasil Uji Reliabilitas 280 Responden pada Actual Survey 14 Pertanyaan....	53
4.4. Hasil Uji Reliabilitas 280 Responden pada Actual Survey 13 Pertanyaan....	54
4.5. Hasil Uji Reliabilitas 280 Responden pada Actual Survey 12 Pertanyaan....	55
4.6. Hasil Uji Reliabilitas 280 Responden pada Actual Survey 11 Pertanyaan....	56
4.7. Hasil Validitas Struktural Kuesioner Hill-Bone 14 Pertanyaan.....	57
4.8. Hasil Validitas Struktural Kuesioner Hill-Bone 13 Pertanyaan.....	60
4.9. Hasil Validitas Struktural Kuesioner Hill-Bone 12 Pertanyaan.....	63
4.10. Hasil Validitas Struktural Kuesioner Hill-Bone 11 Pertanyaan.....	66
4.11. Hasil Sosiodemografi Responden .....	69



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang paling sering ditemukan pada pelayanan kesehatan primer. Hipertensi sering ditemukan menjadi salah satu penyebab dari penyakit kardiovaskular, serebrovaskular, dan penyakit ginjal atau kerusakan organ lainnya di seluruh dunia (Karademir dkk., 2009). Secara global, hipertensi bertanggung jawab atas 45% kematian karena penyakit jantung dan 51% kematian karena penyakit *stroke*. Menurut data WHO pada tahun 2008, di seluruh dunia ada sekitar 40% orang dewasa di atas 25 tahun didiagnosis hipertensi. Secara keseluruhan, negara berpenghasilan tinggi memiliki prevalensi hipertensi lebih rendah yaitu 35%, dibandingkan dengan kelompok negara lain yaitu 40% (World Health Organization, 2013). Penyakit hipertensi di Indonesia memiliki prevalensi yang cukup tinggi. Menurut data RISKESDAS pada tahun 2018 yaitu ada 34,1% orang dewasa berusia di atas 18 tahun terdiagnosis hipertensi berdasarkan hasil pengukuran dan ada 8,4% berdasarkan diagnosis dokter (Muhadi, 2016; Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018).

Tingginya prevalensi hipertensi baik di Indonesia ataupun di seluruh dunia diduga salah satunya disebabkan oleh rendahnya tingkat kepatuhan meminum obat. Ada sekitar 20%-80% dari pasien yang menerima terapi hipertensi tidak patuh dalam meminum obat antihipertensi mereka (Kjeldsen dkk., 2011). Ada berbagai macam penyebab ketidakpatuhan pasien dalam meminum obat. Penelitian di India menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan pria lebih rendah jika dibandingkan wanita. Hal ini disebabkan karena pria menjalani aktivitas yang lebih banyak sehingga muncul peluang untuk melupakan waktu minum obat (Ambaw dkk., 2012). Berdasarkan penelitian Gaili dkk. (2016) ada hubungan yang positif antara pengetahuan dan tingkat kepatuhan meminum obat. Namun, juga terdapat banyak

efek dari faktor-faktor lain seperti usia, status sosial ekonomi, obat yang diresepkan, dan kurangnya dukungan sosial yang masih harus dievaluasi.

Terdapat beberapa metode yang bisa digunakan untuk menilai tingkat kepatuhan pasien dalam meminum obat, antara lain *patient self-report*, *pill counts*, rekam medis data pengobatan, dan tingkat obat dalam darah (Krousel-Wood dkk., 2009). Metode yang terpilih haruslah valid dan dapat diterima oleh pasien. Kuesioner sendiri termasuk dalam *patient self-report* (Theng dkk., 2015). Dalam berbagai penelitian terdapat beberapa kuesioner yang telah dikembangkan dan dapat digunakan untuk menilai tingkat kepatuhan pasien dalam meminum obat. Salah satu kuesioner yang paling banyak digunakan dalam menilai tingkat kepatuhan pasien dalam meminum obat adalah *Hill-Bone Compliance Scale* (Shima dkk., 2015). Selain mengukur kepatuhan pengobatan, kuesioner itu juga dapat mengukur asupan garam dalam tubuh (Theng dkk., 2015). Dalam penelitian Kim dkk. (2000) kuesioner *Hill-Bone* digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien dalam terapi antihipertensi.

Sebelumnya telah dilakukan berbagai penelitian yang menilai tentang validitas dan reliabilitas dari kuesioner *Hill-Bone* dalam menilai tingkat kepatuhan pasien hipertensi dalam meminum obat antihipertensi, di antaranya di Malaysia, Turki, Jerman, dan Persia (Karademir dkk., 2009; Koschack dkk., 2010; Dehghan dkk., 2011; Theng dkk., 2015). Namun, tidak semua hasil dari penelitian tersebut hasilnya baik. Pada penelitian yang dilakukan di Malaysia hasil kuesioner *Hill-Bone* ini ternyata tidak sesuai dengan validitas struktural dan prediktif dari skala aslinya (Theng dkk., 2015). Pada penelitian yang dilakukan versi bahasa Turki hasil kuesioner *Hill-Bone* memiliki nilai *construct validity* dan konsistensi internal yang baik, serta dapat memberikan waktu yang lebih singkat untuk dokter dalam menentukan tingkat kepatuhan pasien dalam meminum obat, sehingga kuesioner ini dapat digunakan untuk menilai kepatuhan (Karademir dkk., 2009). Pada penelitian yang dilakukan versi bahasa Iran hasil kuesioner *Hill-Bone* memiliki stabilitas yang sangat baik, namun nilai konsistensi internal dan *construct validity* nya tidak dapat diterima. Sehingga dinilai gagal dalam membantu menilai tingkat kepatuhan pasien dalam meminum obat (Dehghan dkk., 2011). Pada penelitian

yang dilakukan versi bahasa Jerman hasil kuesioner *Hill-Bone* dinilai tidak dapat digunakan untuk menilai tingkat kepatuhan pasien di rumah sakit karena adanya kemungkinan bias dari penilaian sederhana kuesioner dari perilaku asupan obat (Koschack dkk., 2010).

Di Indonesia sendiri masih belum pernah dilakukan penelitian tentang validasi kuesioner *Hill-Bone*, sehingga belum terdapat standar baku kuesioner *Hill-Bone* versi bahasa Indonesia. Karena itu, diperlukan adanya pengujian validitas dan reliabilitas serta penerjemahan dari kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia. Nantinya hasil dari penelitian ini dapat digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien dalam meminum obat antihipertensi di Indonesia.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang dan identifikasi masalah diatas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimanakah validitas dari kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia?
2. Bagaimanakah reliabilitas dari kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia?
3. Bagaimanakah kepatuhan pasien hipertensi dalam mengonsumsi obat antihipertensi di RSD dr. Soebandi Jember?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

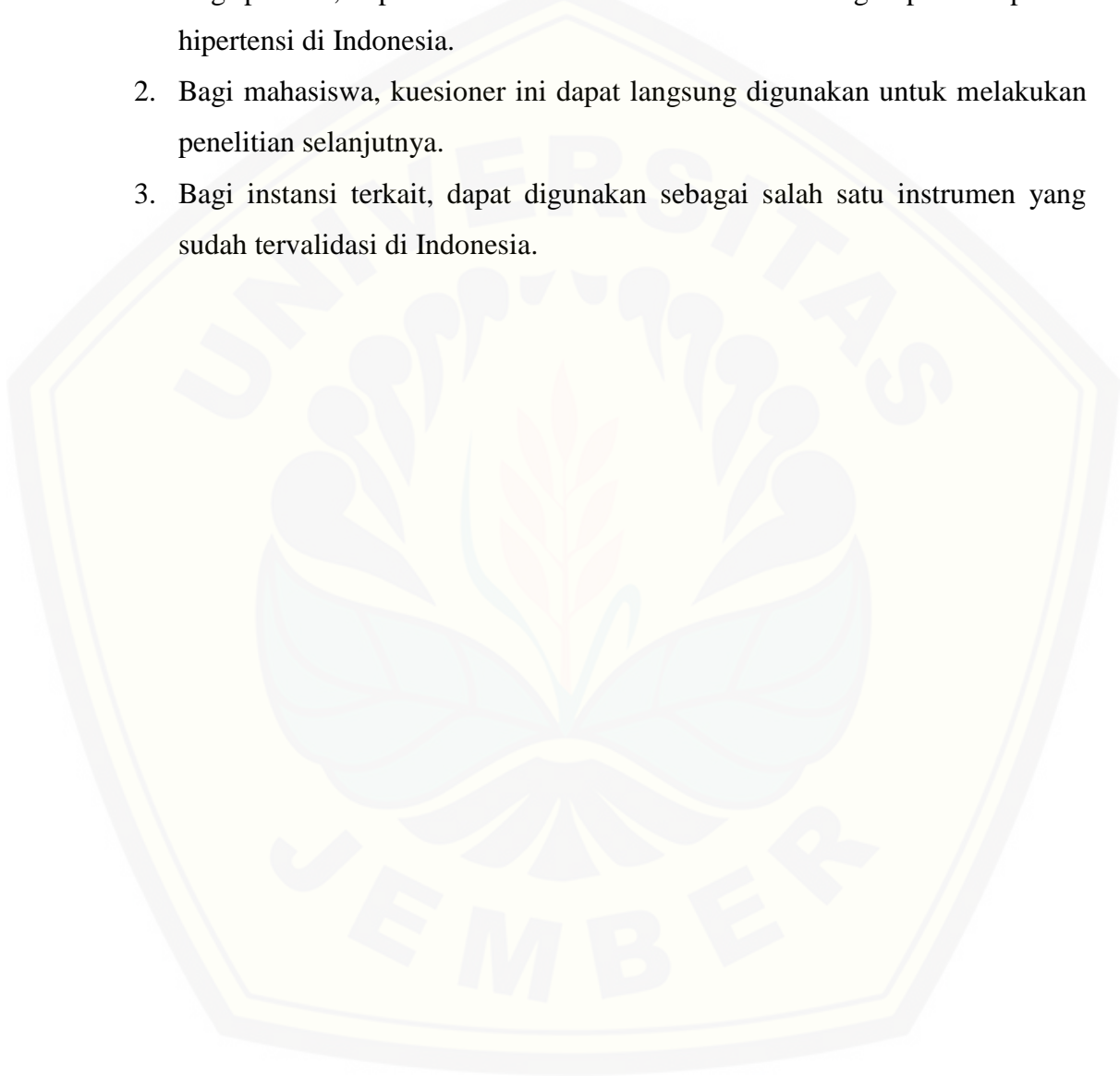
Adapun tujuan dari penelitian tentang validitas dan reliabilitas kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia pada pasien hipertensi adalah:

1. Untuk mengetahui validitas dari kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia.
2. Untuk mengetahui reliabilitas dari kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia.
3. Untuk mengetahui kepatuhan pasien hipertensi dalam mengonsumsi obat antihipertensi di RSD dr. Soebandi Jember.

#### 1.4. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang diharapkan dari penelitian tentang validitas dan reliabilitas kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia pada pasien hipertensi adalah:

1. Bagi peneliti, dapat memberi masukan tambahan tentang kepatuhan pasien hipertensi di Indonesia.
2. Bagi mahasiswa, kuesioner ini dapat langsung digunakan untuk melakukan penelitian selanjutnya.
3. Bagi instansi terkait, dapat digunakan sebagai salah satu instrumen yang sudah tervalidasi di Indonesia.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Hipertensi

Pengertian hipertensi menurut Kemenkes RI (2014) adalah kejadian dimana tekanan darah sistolik meningkat melebihi 140mmHg sedangkan diastolik lebih dari 90mmHg atau bahkan keduanya terjadi peningkatan yang melebihi batas normal. Pengukuran dilakukan dua kali dalam keadaan istirahat yang cukup dengan selang waktu 5 menit. Dalam *The Eight Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC VIII) hipertensi didefinisikan sebagai tekanan yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg (James dan Ortiz, 2014).

Hipertensi sering juga disebut sebagai *the silent killer* yang merupakan salah satu faktor risiko paling berpengaruh penyebab penyakit jantung (*cardiovascular*) (World Health Organization, 2013). Penyakit ini dapat memicu berbagai macam komplikasi seperti *stroke*, lemah jantung, penyakit jantung koroner (PJK), gangguan ginjal dan lain-lain yang berakibat pada kelemahan fungsi dari organ vital seperti otak, ginjal dan jantung yang dapat berakibat kecacatan bahkan kematian (Soedirjo, 2008).

Hipertensi sering kali menjadi penyakit penyerta yang akan muncul akibat adanya interaksi dari berbagai faktor risiko dalam tubuh seseorang. Faktor pemicu hipertensi ada yang dapat dikontrol dan tidak dapat dikontrol. Faktor yang dapat dikontrol adalah gaya hidup yang buruk seperti kurangnya olahraga, merokok, pola konsumsi makanan yang banyak mengandung garam natrium dan lemak jenuh. Faktor yang tidak dapat dikontrol seperti riwayat keluarga, jenis kelamin, dan umur (Brashers, 2004). Berdasarkan penelitian Dedullah dkk. (2013) dijelaskan bahwa faktor risiko terkait faktor yang dapat dikontrol maupun yang tidak dapat dikontrol memiliki peran penting dengan kejadian munculnya penyakit hipertensi. Faktor yang dapat dikontrol yaitu obesitas menunjukkan bahwa orang dengan obesitas



lebih berisiko terkena hipertensi. Faktor yang tidak dapat dikontrol yaitu orang dengan keluarga yang memiliki riwayat hipertensi lebih berisiko terkena penyakit hipertensi. Jenis kelamin perempuan diketahui lebih banyak terkena penyakit hipertensi. Dijelaskan juga bahwa umur memiliki peranan penting dalam munculnya penyakit hipertensi, semakin tinggi umur seseorang maka semakin tinggi pula risiko orang tersebut terkena hipertensi.

#### 2.1.1. Klasifikasi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibedakan menjadi dua golongan yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder (Raihan dkk., 2014). Hipertensi primer disebut juga hipertensi esensial yang terjadi karena peningkatan tekanan arteri secara persisten akibat dari tidak teraturnya mekanisme kontrol homeostatik normal. Hipertensi sekunder atau disebut hipertensi renal adalah hipertensi yang penyebabnya sudah diketahui. Biasanya hipertensi sekunder berhubungan dengan gangguan fungsi ginjal dan sekresi hormon. Hipertensi sekunder ini dapat disembuhkan dengan penatalaksanaan secara tepat dari penyebabnya (Fitri, 2007).

Berdasarkan bentuknya hipertensi dibedakan menjadi tiga golongan yaitu hipertensi sistolik, hipertensi diastolik, dan hipertensi campuran (Gunawan, 2001). Hipertensi sistolik (*isolated systolic hypertension*) adalah peningkatan tekanan sistolik tanpa diikuti peningkatan tekanan diastolik, umumnya ditemukan pada usia lanjut. Tekanan sistolik biasanya berkaitan dengan tingginya tekanan pada arteri apabila jantung berkontraksi (denyut jantung). Hipertensi diastolik (*diastolic hypertension*) adalah peningkatan tekanan diastolik tanpa diikuti peningkatan tekanan sistolik, umumnya ditemukan pada usia anak-anak dan dewasa muda. Tekanan darah diastolik biasanya berkaitan dengan tekanan arteri bila jantung berada dalam keadaan relaksasi di antara dua denyutan, sedangkan hipertensi campuran merupakan peningkatan pada kedua tekanan sistolik dan diastolik (Fitri, 2007).

Dalam *The Seventh Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC VII), klasifikasi hipertensi

pada orang dewasa dibagi menurut jumlah tekanan darahnya (Tabel 2.1) (Wells dkk., 2009).

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC VII

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Stadium 1	140-159	90-99
Hipertensi Stadium 2	≥160	≥100

### 2.1.2. Gejala Hipertensi

Gejala penyakit hipertensi dapat berbeda-beda pada tiap orang dan terkadang gejalanya sama seperti dengan gejala penyakit lainnya. Gejalanya seperti sakit kepala atau rasa berat di tengkuk, vertigo (pusing), jantung berdebar-debar, penglihatan kabur, mudah lelah, telinga berdengung, dan mimisan (Kemenkes RI, 2014). Karena hipertensi merupakan *the silent killer* maka sering kali gejala hipertensi pada seseorang tidak terlihat, gejala baru timbul setelah terjadinya komplikasi pada organ lain yang menjadi sasaran seperti jantung, ginjal, mata, dan otak (Dalimartha dkk., 2008).

### 2.1.3. Penatalaksanaan Hipertensi

Dalam penatalaksanaan penyakit hipertensi tujuan utamanya adalah mengurangi risiko dan pilihan terapi obat menunjukkan dapat mengurangi risiko (Dosh, 2001). Namun seiring perkembangannya pengobatan tidak hanya untuk mengurangi risiko saja, juga ditujukan untuk beberapa aspek seperti mengurangi angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) akibat komplikasi, mengobati penyakit penyerta yang dapat memperparah kerusakan organ tubuh dan memperkecil efek samping pengobatan (Dalimartha dkk., 2008). Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan terapi nonfarmakologis maupun terapi farmakologis.



Dengan terapi nonfarmakologis dapat menerapkan gaya hidup sehat, semua pasien hipertensi harus melakukan perubahan gaya hidup. Modifikasi gaya hidup yang penting dari menurunkan tekanan darah dapat dilihat dari pengurangan berat badan untuk individu yang obesitas atau gemuk. Pola makan dari DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) disebutkan dapat mengonsumsi makanan yang kaya akan kalium dan kalsium, pembatasan natrium dengan diet idealnya 1,5g/hari, aktifitas fisik yang teratur, dan berhenti merokok. Modifikasi gaya hidup sendiri adalah terapi yang tepat untuk pasien dengan prehipertensi. Pasien yang didiagnosis dengan hipertensi stadium 1 atau 2 harus menjalani modifikasi gaya hidup dan terapi obat secara bersamaan (Wells dkk., 2009). Pengurangan asupan garam dalam tubuh dan penurunan berat badan sudah cukup membebaskan pasien hipertensi dari penggunaan obat (Dosh, 2001).

Terapi farmakologis pada pasien hipertensi merupakan terapi jangka panjang, bahkan bisa berlangsung seumur hidup (Dalimartha dkk., 2008). Pengobatan hipertensi menggunakan obat jenis diuretik, penghambat enzim konversi angiotensin (ACE-I), penghambat reseptor angiotensin (ARB), dan antagonis kalsium, *beta blocker*, dianggap sebagai obat antihipertensi yang utama (Dosh, 2001). Pemberian dosis obat pada pasien hipertensi diberikan secara bertahap, dimulai dari dosis kecil dan kemudian akan ditingkatkan secara perlahan. Pemberian obat juga harus memenuhi kondisi pasien, karena adanya penyakit penyerta lain akan menjadi pertimbangan dalam pengobatan hipertensi (Kuswardhani, 2006). Pemilihan obat menurut Wells dkk. (2009) dibagi menurut tingkatan tekanan darah dan adanya indikasi yang kuat. Pasien dengan hipertensi stadium 1 diobati dengan diuretik tiazid, ACE-I, ARB, dan CCB. Pasien dengan hipertensi stadium 2 biasanya diberikan kombinasi dua jenis obat, yaitu diuretik tiazid dengan ACE-I, ARB atau CCB.

## 2.2. Kepatuhan

Kepatuhan (*adherence*) secara umum didefinisikan sebagai tingkatan perilaku seseorang yang mendapatkan pengobatan, mengikuti diet, dan atau

melaksanakan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi pemberi pelayanan kesehatan (WHO, 2003). Kepatuhan terhadap pengobatan pasien membutuhkan partisipasi yang aktif dari pasien sehingga proses pengobatan medis yang telah ditentukan berjalan sesuai dengan sistem manajemen perawatannya (Depkes RI, 2000).

### 2.2.1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Green (dalam Notoadmojo, 2003) terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku pasien untuk menjadi taat/tidak taat terhadap pengobatan, di antaranya dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pendukung serta faktor pendorong. Faktor predisposisi merupakan faktor utama yang ada terdapat pada tiap individu seperti pengetahuan, persepsi, kepercayaan dan keyakinan, nilai-nilai serta sikap. Faktor pendukung merupakan faktor yang ada diluar individu. Faktor pendukung ketidakpatuhan terhadap pengobatan ini mencakup rendahnya tingkat pendidikan pasien, ketidakterlibatan pasien dalam proses terapi, rendahnya dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman pasien, kurangnya interaksi pasien dengan tenaga kesehatan. Faktor pendorong termasuk sikap dan perilaku dari petugas kesehatan atau petugas lain. Contohnya seperti faktor demografi (usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi, dan pendidikan), faktor penyakit (keparahan dari penyakit dan gejala dari terapi), dan faktor psikososial (intelegensia, sikap terhadap petugas kesehatan, keyakinan agama atau budaya, dan biaya pengobatan) (Niven, 2000).

Dalam penelitian AlGhurair dkk. (2012) WHO menyebutkan adanya banyak halangan yang menyebabkan rendahnya kepatuhan berobat. Terdapat lima dimensi penyebab rendahnya kepatuhan pengobatan, yaitu faktor terkait pasien, faktor terkait terapi, faktor terkait penyakit, faktor terkait tim tenaga kesehatan dan sistem kesehatan, dan faktor soioekonomi. Dilakukan survei untuk mengetahui bagaimana pengaruh faktor lima dimensi WHO.

Faktor terkait pasien yang paling sering dipelajari adalah ingat atau tidaknya untuk minum obat, keyakinan pasien tentang penyakit hipertensi atau obat antihipertensi, dan *self-efficacy* pasien. *Self-efficacy* mempengaruhi inisiasi dan

pemeliharaan perilaku kesehatan. Faktor terkait terapi yang paling sering diidentifikasi adalah terjadinya efek samping, kompleksitas pemberian obat, dan gangguan konsumsi obat dengan rutinitas sehari-hari. Faktor terkait penyakit hanya dilakukan empat survei yang digunakan untuk mengetahui pengaruh hambatan terkait kondisi. Tiga survei menilai adanya kecacatan psikologis, yaitu depresi. Hanya satu survei yang menilai tuntutan fisik pasien terhadap kepatuhan (misalnya, kemampuan untuk membuka botol obat dan membaca label pada obat). Faktor terkait tim tenaga kesehatan dan sistem kesehatan dilihat dari hubungan penyedia-pasien, kepuasan komunikasi, dan kepuasan informasi. Selain itu juga persepsi pasien tentang sistem perawatan kesehatan, kepuasan dengan layanan farmasi, dan ketersediaan penggantian obat. Faktor sosioekonomi dinilai dari komponen dukungan sosial yang diukur dalam survei yang teridentifikasi yaitu praktis, informatif, dan penuh kasih sayang (AlGhurair dkk., 2012).

### **2.3. Kuesioner**

Kuesioner atau angket adalah suatu instrumen atau alat pengumpulan data yang hasilnya kemudian akan diolah untuk menghasilkan sebuah informasi dengan cara memberi sejumlah pertanyaan tertulis kepada responden untuk mendapatkan respon sesuai dengan permintaan pengguna (Widoyoko, 2012). Kuesioner ini merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang efisien jika peneliti mengetahui pasti variabel apa yang akan diukur dan tahu apa yang diharapkan dari responden (Sugiyono, 2013).

Kuesioner ini mempunyai kelebihan dan kekurangan. Kelebihan kuesioner adalah jika penelitian dilakukan di dalam lingkup yang tidak terlampaui luas, kuesioner diberikan langsung dalam jangka waktu yang tidak terlalu lama kepada responden (Sugiyono, 2013). Kekurangan kuesioner adalah responden seringkali tidak teliti saat menjawab butir pertanyaan sehingga adanya beberapa pertanyaan yang mungkin terlewat dan belum sempat terjawab, terkadang juga responden menjawab butir pertanyaan tidak sesuai dengan keadaan asli atau tidak jujur walau telah dibuat anonim (Arikunto, 2006).

Berdasarkan dari cara menjawab pertanyaan, kuesioner dibedakan menjadi kuesioner terbuka dan kuesioner tertutup. Pada kuesioner terbuka, responden dapat secara bebas menjawab pertanyaan yang telah disiapkan oleh peneliti dengan ungkapan yang sesuai menurut responden. Dimana peneliti tidak akan menyediakan alternatif jawaban lain untuk responden. Pada kuesioner tertutup, jumlah butir dan alternatif jawaban sudah disediakan sehingga responden hanya memilih sesuai dengan respon yang sudah ditentukan (Widoyoko, 2012). Pertanyaan kuesioner tertutup akan lebih mempermudah responden untuk menjawab dengan cepat, dan memudahkan peneliti dalam melakukan analisis data pada kuesioner yang terkumpul (Sugiyono, 2013). Dalam penulisan kuesioner terdapat prinsip penulisan yang perlu diperhatikan yaitu, isi dan tujuan pertanyaan, bahasa yang digunakan, tipe dan bentuk pertanyaan, pertanyaan yang tidak bias, tidak menanyakan yang sudah lupa, pertanyaan yang tidak mengarahkan, panjang pertanyaan, urutan pertanyaan, prinsip angket, dan tampilan fisik angket (Sugiyono, 2013).

### 2.3.1. Kuesioner *Hill-Bone*

Kuesioner *Hill-Bone* adalah salah satu kuesioner yang paling banyak digunakan dalam menilai kepatuhan pasien dalam meminum obat (Shima dkk., 2015). Kuesioner *Hill-Bone* ini sudah diterjemahkan ke beberapa bahasa di antaranya Bahasa Malaysia (Theng dkk., 2015), Turki (Karademir dkk., 2009), Jerman (Koschack dkk., 2010), dan Persia (Dehghan dkk., 2011). Selain mengukur kepatuhan pengobatan, kuesioner ini juga dapat mengukur jumlah asupan garam dalam tubuh (Theng dkk., 2015). Dalam penelitian Kim dkk. (2000) keusioner *Hill-Bone* digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien dalam terapi hipertensi. Kuesioner *Hill-Bone* berisi tiga bagian utama, yaitu tentang perilaku cara pengambilan obat, ketepatan kunjungan ke dokter, dan asupan garam yang dinilai dalam skala *Likert*. Skala *Likert* ini digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang tentang fenomena sosial (Neolaka, 2014). Skala *Likert* akan menunjukkan respon subyek dari setiap item yang mengindikasi frekuensi item yang relevan untuk mereka (Kim dkk., 2000).



Terdapat 14 butir pertanyaan dengan format respon empat poin: (4) sepanjang waktu, (3) sebagian besar waktu, (2) beberapa waktu, (1) tidak pernah sama sekali (Tabel 2). Jumlah skoring ketika dijumlahkan akan berkisar 14 (minimum) hingga 56 (maksimum) (Kim dkk., 2000).

Tabel 2.2 Skala Kepatuhan *Hill-Bone*/Kuesioner *Hill-bone*

No.	Pertanyaan
1	<i>How often do you forget to take your HBP medicine?</i>
2	<i>How often do you decide not to take your HBP medicine?</i>
3	<i>How often do you eat salty food?</i>
4	<i>How often do you shake salt on your food before you eat it?</i>
5	<i>How often do you eat fast food?</i>
6	<i>How often do you make the next appointment before you leave the doctor's office?*</i>
7	<i>How often do you miss scheduled appointments?</i>
8	<i>How often do you forget to get prescriptions filled?</i>
9	<i>How often do you run out of HBP pills?</i>
10	<i>How often do you skip your HBP medicine before you go to the doctor?</i>
11	<i>How often do you miss taking your HBP pills when you feel better?</i>
12	<i>How often do you miss taking your HBP pills when you feel sick?</i>
13	<i>How often do you take someone else's HBP pills?</i>
14	<i>How often do you miss taking your HBP pills when you are careless?</i>

HBP=high blood pressure; \*reverse coding

Sumber: Kim dkk., (2000).

#### 2.4. Validitas

Validitas merupakan uji yang digunakan untuk menunjukkan apakah suatu alat ukur atau instrumen benar-benar mengukur apa yang akan diukur. Artinya validitas memiliki keterkaitan dengan ketepatan. Apabila suatu instrumen valid maka data yang dihasilkan juga akan valid (Widoyoko, 2012). Cara yang paling umum digunakan untuk mengukur validitas suatu instrumen adalah dengan mengorelasikan antara skor yang diperoleh pada masing-masing butir pertanyaan dan skor totalnya (Neolaka, 2014).

#### 2.4.1. Macam Validitas

Macam validitas yang dapat diukur dari kuesioner ada empat, yaitu *face validity*, *content validity*, *criterion validity*, dan *construct validity* (Burns dkk., 2008). Sedangkan menurut Polit (2015) validitas terdiri dari tiga komponen, yaitu *face/content validity*, *criterion validity*, dan *construct validity*. *Construct validity* adalah aspek validitas yang sangat penting, dan terdiri memiliki bermacam elemen: *hypothesis-testing construct validity*, *structural validity*, dan *cross-cultural validity*.

Dalam proses validasi kuesioner terdapat dua validitas utama yang harus dipertimbangkan, yaitu validitas isi (*content validity*) dan validitas konstruk (*construct validity*). Validitas isi akan mengacu pada sejauh mana butir pertanyaan dalam kuesioner mewakili seluruh teoritis untuk membangun kuesioner yang disusun untuk menilai. Proses ini sangat penting dalam pengembangan kuesioner. Validitas konstruk adalah suatu konsep yang paling penting dalam mengevaluasi kuesioner yang disusun untuk mengukur konstruk yang tidak dapat diamati secara langsung (misalnya, rasa sakit, kualitas pemulihan). Tanpa validitas konstruk, kuesioner akan sulit untuk diinterpretasikan hasilnya, dan kesimpulan tidak dapat diambil dari tanggapan kuesioner ke perilaku responden (Tsang dkk., 2017).

*Structural validity* didefinisikan sebagai tingkat dimana skor suatu kuesioner adalah gambaran yang memadai dari dimensi konstruk yang akan diukur dengan menggunakan *exploratory factor analysis* (Elbers dkk., 2012). *Structural validity* dari kuesioner *Hill-Bone* akan diukur menggunakan metode *exploratory factor analysis* dengan ekstraksi *principal component analysis* dan rotasi *promax* dengan *Kaiser normalization*. Hasil pengukuran tersebut akan menunjukkan korelasi dari tiap-tiap komponen kuesioner.

#### 2.5. Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu indeks yang menunjukkan apakah suatu alat ukur memiliki hasil yang sama apabila dilakukan pengukuran berulang. Uji reliabilitas ini penting dilakukan agar hasil penelitian memiliki hasil yang konsisten (Neolaka, 2014). Reliabilitas ini terbagi menjadi dua yaitu reliabilitas eksternal dan reliabilitas

internal. Reliabilitas internal termasuk metode bentuk paralel dan metode tes berulang. Reliabilitas eksternal termasuk instrumen skor diskrit dan instrumen skor non-diskrit (Widoyoko, 2012).

Reliabilitas dalam kuesioner dapat dianggap sebagai konsistensi suatu hasil survei. Kesalahan pengukuran yang muncul dalam sampel konten, perubahan pada responden, dan perbedaan antar penilai, serta konsistensi kuesioner dapat dievaluasi menggunakan reliabilitas konsistensi internal, reliabilitas tes-tes ulang, dan reliabilitas antar penilai (Tsang dkk., 2017). Dalam menentukan reliabilitas konsistensi internal menggunakan nilai *Cronbach alpha*. Rentang *Cronbach alpha* yang diinginkan setidaknya antara  $\geq 0,70$  dan  $\leq 0,90$ . Nilai *Cronbach alpha* yang terlalu rendah berarti memiliki hubungan antar butir pertanyaan yang buruk sehingga harus dilakukan perbaikan, namun nilai *alpha* yang terlalu tinggi juga tidak baik sehingga peneliti diharuskan menghapus beberapa butir pertanyaan yang menanyakan hal yang sama (Burns dkk., 2008; Tsang dkk., 2017).



## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan rancangan observasional yang dilakukan secara deskriptif dengan metode penelitian *cross-sectional*. Rancangan penelitian ini ditujukan untuk menerjemahkan kuesioner *Hill-Bone* dari Bahasa Inggris ke Bahasa Indonesia lalu memvalidasi dan melihat reliabilitas kuesioner terjemahan tersebut. Selain itu penelitian ini juga untuk menilai tingkat kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat antihipertensi di RSD dr. Soebandi Jember.

### 3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSD dr. Soebandi Jember pada Poli Jantung dan Poli Penyakit Dalam. Selanjutnya dilakukan pengolahan dan analisis data di Universitas Jember. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan November-Desember 2018.

### 3.3. Populasi, Sampel dan Besar Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa hipertensi yang berada di RSD dr. Soebandi Jember. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan metode *convenience sampling*. Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari populasi yang memenuhi syarat sebagai kasus pada penelitian. Kelompok kasus adalah pasien hipertensi yang tidak patuh berobat.

Besar sampel dalam penelitian ini mengacu pada penelitian Tsang dkk., (2017) yang menyebutkan bahwa besar sampel yang digunakan adalah 20:1 yaitu jumlah tiap item pertanyaan dikalikan 20. Karena kuesioner *Hill-Bone* berisi 14 pertanyaan, maka besar sampel adalah  $20 \times 14$  pertanyaan = 280 sampel. Dalam

penelitian tersebut juga dijelaskan bahwa besar sampel sebanyak 200 sudah termasuk kriteria yang cukup.

#### **3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi**

Kriteria inklusi dan eksklusi diperlukan dalam penelitian ini untuk memberi batasan pada sampel pasien yang akan diambil. Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi pasien yang didiagnosa hipertensi dengan usia  $\geq 18$  tahun; pasien yang pernah menjalani minimal satu kali terapi pengobatan hipertensi di RSD dr Soebandi; pasien atau pendamping pasien yang mengetahui kondisi pasien dan bersedia mengikuti penelitian dengan mengisi *informed consent* yang telah disediakan; dan pasien yang bisa baca dan tulis. Kriteria eksklusinya yaitu pasien yang tidak dapat menyelesaikan pengisian kuesioner dari awal hingga akhir dan pasien yang memiliki penyakit penyerta lebih dari 2 (dua).

#### **3.5. Variabel Penelitian**

Variabel bebas dalam penelitian ini termasuk butir-butir pertanyaan hasil terjemahan dan juga berbagai faktor sosiodemografi seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, riwayat penyakit hipertensi, dan jaminan kesehatan yang digunakan. Variabel terikatnya adalah validitas muka, validitas struktural, reliabilitas konsistensi internal serta kepatuhan dalam pengobatan hipertensi.

#### **3.6. Definisi Operasional**

Definisi operasional pada penelitian ini mencakup:

- a. Validitas yang akan diuji dalam penelitian ini adalah uji validitas muka (*face validity*) dan uji validitas struktural (*structural validity*).
- b. Reliabilitas yang akan diuji dalam penelitian ini adalah uji reliabilitas konsistensi internal (*internal consistency reliability*).

- c. Kuesioner *Hill-bone* yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Hill-Bone* versi asli yang telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia.
- d. Pasien hipertensi di RSD dr. Soebandi yang digunakan sebagai sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang pernah didiagnosa oleh dokter menderita hipertensi, ditunjukkan dari tekanan sistolik dan diastoliknyanya yang di atas batas normal.

### **3.7. Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Hill-Bone* yang telah diterjemahkan ke dalam versi Bahasa Indonesia. Kuesioner ini berisi 14 butir pertanyaan yang mencakup tentang bagaimana mengukur kepatuhan pengobatan pasien hingga mengukur asupan garam pasien. Kuesioner ini juga telah diterjemahkan dan divalidasi di beberapa negara yaitu Malaysia, Turki, Jerman, dan Persia (Karademir dkk., 2009; Koschack dkk., 2010; Dehghan dkk., 2011; Theng dkk., 2015).

### **3.8. Pertimbangan Etika Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan menjaga kerahasiaan identitas pasien. Data pribadi pasien seperti nama, usia, dan alamat pasien hanya diketahui oleh peneliti dan pembimbing saja. Sebelum melakukan penelitian, peneliti telah menyiapkan *informed consent* kepada responden untuk diisi. Pada saat penyajian data, identitas dalam kuesioner akan diubah menjadi bentuk huruf dan angka, sedangkan kuesioner asli akan disimpan dan hanya diketahui oleh peneliti dan pembimbing. Prosedur penelitian ini telah diajukan ijin ke Komite Etik di Fakultas Kedokteran Gigi (FKG) Universitas Jember, dan telah disetujui pada tanggal 23 Oktober 2018 dengan nomor sertifikat 183/UN25.8/KEPK/DL/2018.

### 3.9. Translasi Kuesioner

Pada penelitian ini dilakukan penerjemahan kuesioner atau proses translasi dari versi bahasa Inggris ke bahasa Indonesia. Metode yang digunakan dalam penerjemahan ini mengacu pada panduan WHO (World Health Organization, tanpa tahun). Terdapat empat tahapan yang akan dilakukan.

Tahap pertama adalah *forward translation*. Pada tahapan ini dilakukan penerjemahan dari bahasa asli kuesioner yaitu Bahasa Inggris ke Bahasa Indonesia. Translasi dilakukan oleh penerjemah ahli pada bidang kesehatan dan memiliki kemampuan Bahasa Inggris yang baik. Jumlah penerjemah yang digunakan adalah dua orang. Kuesioner tersebut nantinya akan diterjemahkan secara terpisah antara dua orang tersebut. Hasil dari keduanya akan dievaluasi pada tahap selanjutnya.

Tahap kedua adalah panel ahli, yang terdiri dari penerjemah asli dan ahli dalam bidang kesehatan, serta ahli pengembangan kuesioner. Panel ahli ini bertugas untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan konsep terjemahan yang tidak sesuai, serta memahami setiap perbedaan antara versi terjemahan dan versi asli kuesioner. Dalam tahapan ini dilakukan evaluasi oleh seluruh penerjemah yaitu dua penerjemah pada *forward translation*, dua dosen pembimbing, dan satu penerjemah pada *back translation*.

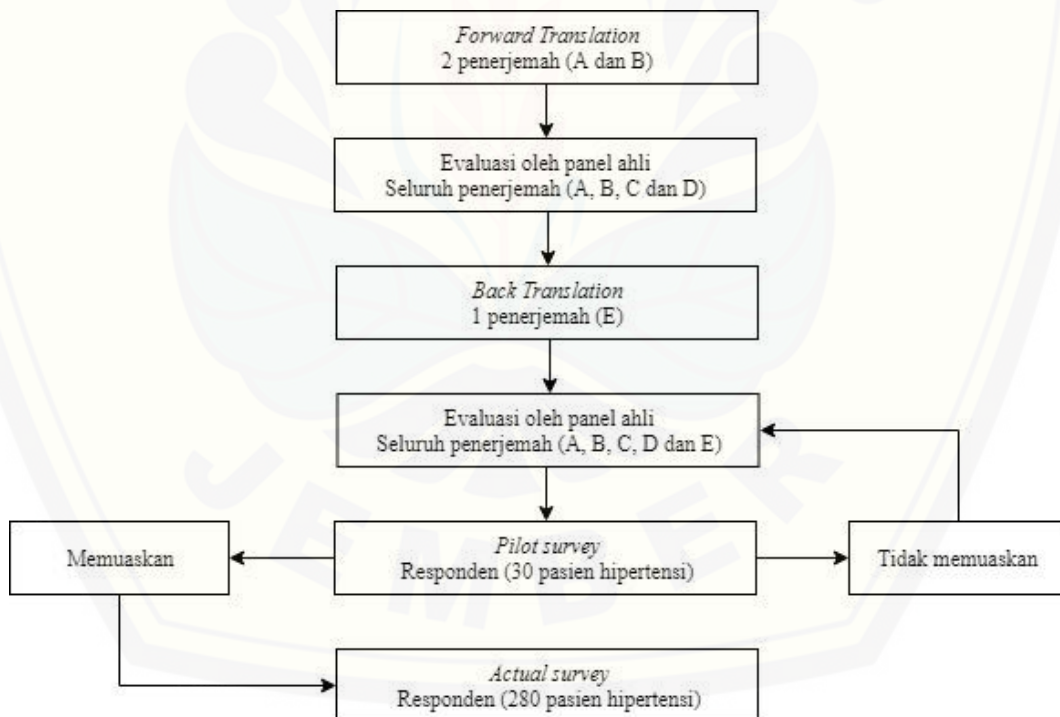
Tahap ketiga adalah *back translation*. Pada tahap ini dilakukan penerjemahan kembali dari Bahasa Indonesia ke Bahasa Inggris. WHO menyarankan agar *back translation* dilakukan oleh penerjemah yang memiliki bahasa ibu Bahasa Inggris. Namun, dalam penelitian ini saran tersebut tidak dapat dipenuhi karena pertimbangan situasi dan biaya. Tahap ini dilakukan oleh satu orang penerjemah yang berbeda dari tahap *forward translation*. Hasil terjemahan kemudian akan kembali dievaluasi kembali oleh panel ahli untuk dibandingkan dengan versi asli kuesioner. Setiap butir pertanyaan dibandingkan dengan saksama. Butir-butir pertanyaan yang dapat menimbulkan bias kemudian dikoreksi dan disesuaikan dengan budaya yang ada di Indonesia. Jika diperlukan, tahapan translasi dapat diulang sampai mendapatkan hasil yang sesuai.

Tahap keempat adalah *pre-testing/pilot survey*. Pada tahap ini kuesioner yang sudah diterjemahkan diuji coba pada sampel dalam jumlah kecil (sekitar 30-

50 responden) (Tsang dkk., 2017). Penelitian ini akan menggunakan 30 sampel responden. Setelah menyelesaikan kuesioner, responden diminta untuk menguraikan tentang pendapatnya mengenai kuesioner tersebut. Hal ini dilakukan untuk memastikan apakah butir pertanyaan terjemahan sudah sesuai dengan butir aslinya. Proses ini dapat diulang untuk menentukan versi *final* dari kuesioner.

Selanjutnya adalah *final version*. Setelah proses translasi selesai dilakukan, kuesioner *Hill-Bone* dalam versi Bahasa Indonesia sudah terbentuk dan akan diberikan kepada sejumlah responden yang telah ditentukan. Semua prosedur adaptasi tersebut harus didokumentasikan mulai dari proses *forward translation*, rekomendasi panel ahli, *back translation*, ringkasan masalah yang ditemukan selama *pilot survey* dan modifikasi yang diusulkan serta versi *final*.

Alur Penerjemahan:



Gambar 3.1 Alur Penerjemahan



### 3.10. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan mendekati pasien potensial atau pendamping pasien yang ada di ruang tunggu Poli Penyakit Dalam dan Poli Jantung di RSD dr. Soebandi Jember untuk diberikan kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia. Ketersediaan responden untuk mengikuti penelitian dibuktikan dengan kesediaan mereka mengisi *informed consent*.

### 3.11. Pengolahan Data

Setelah tahapan pengumpulan data dilakukan pengolahan data. Data akan digabungkan menurut subyek yang sama agar memudahkan peneliti untuk melakukan pengkategorian. Dilakukan proses pengkodean yaitu pada tiap subjek nantinya akan memiliki kode dengan nama yang berbeda, sehingga akan memudahkan pada saat memasukkan ke dalam program SPSS. Data verbatim atau data dari kertas kuesioner dimasukkan ke dalam program SPSS dengan dibuat tabulasi untuk memudahkan pengolahan data.

### 3.12. Analisis Data

Analisis data dilakukan untuk melihat validitas muka, validitas struktural, dan reliabilitas internal konsistensi. Validitas muka dilihat secara kualitatif dari hasil *pilot survey*, apakah ada saran perbaikan redaksional butir-butir pertanyaan atau tidak. Validitas struktural dilihat menggunakan faktor analisis, yaitu menggunakan metode *exploratory factor analysis* dengan ekstraksi *principal component analysis* dan rotasi *promax* dengan *Kaiser normalization*. Apakah tiap butir pertanyaan memiliki struktur yang sama, yang nantinya butir-butir pertanyaan akan dikelompokkan menurut jenisnya. Reliabilitas konsistensi internal dilihat dari nilai *Cronbach alpha*. Rentang *Cronbach alpha* yang diinginkan setidaknya antara  $\geq 0,70$  dan  $\leq 0,90$  nilai *Cronbach alpha* yang terlalu rendah berarti memiliki hubungan antar butir pertanyaan yang buruk sehingga harus dilakukan perbaikan,

namun nilai *alpha* yang terlalu tinggi juga tidak baik sehingga peneliti diharuskan menghapus beberapa butir pertanyaan yang menanyakan hal yang sama (Burns dkk., 2008; Tsang dkk., 2017). Selain itu analisis deskriptif juga dilakukan dari hasil skoring total kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia sehingga bisa digunakan untuk melihat profil kepatuhan pasien hipertensi di RSD dr. Soebandi Jember.





## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dari penelitian validitas dan reliabilitas kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

- a. Kuesioner final *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia adalah HBTS-I11 yaitu kuesioner yang telah diterjemahkan dan direduksi dari 14 pertanyaan menjadi 11 pertanyaan. Kuesioner HBTS-I11 dapat dinyatakan valid, dilihat dari uji *face validity* tidak adanya saran redaksional dari responden dan hasil dari uji *structural validity* dapat membentuk 3 faktor.
- b. Kuesioner HBTS-I11 dapat dikatakan reliabel karena memiliki nilai *Cronbach alpha* memenuhi persyaratan yaitu 0,742.
- c. Kepatuhan pasien hipertensi di RSD dr. Soebandi Jember diketahui cukup baik, dilihat dari analisis deskriptif total skoring kuesioner HBTS-I11 dengan nilai  $15,25 \pm 3,44$ .

### 5.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dari penelitian validitas dan reliabilitas kuesioner *Hill-Bone* versi Bahasa Indonesia diperoleh saran yaitu diperlukan penelitian lebih lanjut dari kuesioner *Hill-Bone* pada populasi yang lebih luas untuk menilai kepatuhan pasien hipertensi.

**DAFTAR PUSTAKA**

- AlGhurair, S. A., C. A. Hughes, S. H. Simpson, dan L. M. Guirguis. 2012. A systematic review of patient self-reported barriers of adherence to antihypertensive medications using the world health organization multidimensional adherence model. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 14:877–886.
- Ambaw, A. D., G. A. Alemie, S. M. Yohannes, dan Z. B. Mengesha. 2012. Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at university of gondar hospital, northwest ethiopia. *BMC Public Health*. 12(1):2–7.
- Arikunto. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT Rineka.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2018. Riset kesehatan dasar (risekdas) 2018. *Laporan Nasional 2018*. 1–220.
- Beavers, A. S., J. W. Lounsbury, J. K. Richards, S. W. Huck, G. J. Skolits, dan S. L. Esquivel. 2013. Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research - practical assessment, research & evaluation. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 18(6)
- Brashers, V. L. 2004. *Aplikasi Klinis Patofisiologi: Pemeriksaan & Manajemen, Ed 2 (Terjemahan)*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Burns, K. E. A., M. Duffett, M. E. Kho, M. O. Meade, N. K. J. Adhikari, T. Sinuff, dan D. J. Cook. 2008. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. 179(3):245–252.
- Dalimartha, S., B. T. Purnama, N. Sutarina, B. Mahendra, dan R. Darmawan. 2008. *Care Your Self, Hipertensi*. Jakarta: Penebar Plus+.
- Dedullah, R. F., N. S. . H. Malonda, dan W. B. S. . Joseph. 2013. Hubungan antara faktor risiko hipertensi dengan kejadian hipertensi pada masyarakat di kelurahan motoboi kecil kecamatan kotamobagu selatan kota kotamobagu
- Dehghan, M., N. D. Nayeri, dan S. Iranmanesh. 2011. Validating the persian version of the hill-bone’s scale of “compliance to high blood pressure

therapy". *British Journal of Medicine and Medical Research*. 5(2):235–246.

Dosh, S. A. 2001. The diagnosis of essential and secondary hypertension in adults. *Journal of Family Practice*. 50(8):707–712.

Elbers, R. G., E. E. H. van Wegen, J. Verhoef, dan G. Kwakkel. 2012. Reliability and structural validity of the multidimensional fatigue inventory (mfi) in patients with idiopathic parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*. 18(5):532–536.

Fitri, D. R. 2007. Diagnose enforcement and treatment of high blood pressure. *J Majority*. 4(3):47–51.

Gaili, A. A. M., S. Q. Al-ebraheem, Z. M. Metwali, N. Abdalla, dan S. Al-Akshar. 2016. The relationship between knowledge and drug adherence in hypertensive patients : a cross sectional study in uae. *American Journal of Advanced Drug Delivery*. 4(1):1–11.

Gunawan, L. 2001. *Hipertensi: Tekanan Darah Tinggi*. Yogyakarta: Percetakan Kanisus.

James, P. A. dan E. Ortiz. 2014. Evidenced-based guideline for the management of high blood pressure in adults. *JAMA*. 311(5):507–520.

Karademir, M., I. H. Koseoglu, K. Vatansever, dan M. Van Den Akker. 2009. Validity and reliability of the turkish version of the hill – bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary health care settings. *European Journal of General Practice*. 4788(15):207–211.

Kemenkes.RI. 2014. Pusdatin hipertensi. *Infodatin*. (Hipertensi):1–7.

Kim, M. T., M. N. Hill, L. R. Bone, dan D. M. Levine. 2000. Development and testing of the hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale. *Progress in Cardiovascular NURSING*. 15(3):90–96.

Kjeldsen, L. J., L. Bjerrum, H. Herborg, P. Knudsen, C. Rossing, dan B. Søndergaard. 2011. Development of new concepts of non-adherence measurements among users of antihypertensives medicines. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 33(3):565–572.

Koschack, J., G. Marx, J. Schnakenberg, M. M. Kochen, dan W. Himmel. 2010.

Comparison of two self-rating instruments for medication adherence assessment in hypertension revealed insufficient psychometric properties. *Journal of Clinical Epidemiology*. 63(3):299–306.

Krousel-Wood, M., T. Islam, L. S. Webber, R. Re, D. E. Morisky, dan P. Muntner. 2009. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. *American Journal of Managed Care*. 15(1):59–66.

Kuswardhani, R. T. 2006. Penatalaksanaan hipertensi pada lanjut usia. *Jurnal Penyakit Dalam*. 7(2):135–140.

Mamuaya, S. K., A. Asrifuddin, dan A. F. C. Kalesaran. 2017. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di desa kali kecamatan pineleng kabupaten minahasa tahun 2017. 9(1):15–20.

Muhadi. 2016. Jnc 8 : evidence-based guideline penanganan pasien hipertensi dewasa. *Cermin Dunia Kedokteran*. 43(1):54–59.

Neolaka, A. 2014. *Metode Penelitian Dan Statistik*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset.

Niven, N. 2000. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: EGC.

Notoadmojo, S. 2003. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Novitaningtyas, T. 2014. Hubungan karakteristik (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan) dan aktivitas fisik dengan tekanan darah pada lansia di kelurahan makamhaji kecamatan kartasura kabupaten sukoharjo. 8(33):44.

Perwitasari, D. A., R. Susilo, W. Supadmi, dan A. A. Kaptein. 2015. Adherence and quality of life of hypertension patients in gunung jati hospital, cirebon, indonesia. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*. 4(4):289–298.

Polit, D. F. 2015. Assessing measurement in health: beyond reliability and validity. *International Journal of Nursing Studies*. 52(11):1746–1753.

Raihan, L. N., Erwin, dan A. P. Dewi. 2014. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi primer pada masyarakat di wilayah kerja puskesmas rumbai pesisir. *Jurnal Online Mahasiswa PSIK*. 1(2):1–10.

Shima, R., H. Farizah, dan H. A. Majid. 2015. The 11-item medication adherence

reasons scale: reliability and factorial validity among patients with hypertension in Malaysian primary healthcare settings. *Singapore Medical Journal*. 56(8):460–467.

Soedirjo. 2008. *Hipertensi Dan Klinis*. Jakarta: Farmacia.

Sugiyono. 2013. *Metodelogi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: ALFABETA.

Theng, C. A., T. S. Fah, dan S.-G. Sazlina. 2015. Validity and reliability of the Malay version of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale for use in primary healthcare settings in Malaysia: a cross-sectional study. *Malay Fam Physician*. 10(2):36–44.

Tsang, S., C. F. Royse, dan A. S. Terkawi. 2017. Development and validation of Arabic version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Saudi Journal of Anesthesia*. 11(3):224–225.

Wells, B. G., J. T. Dipiro, T. L. Schwinghammer, dan C. V. Dipiro. 2009. *Pharmacotherapy Handbook (Seventh Edition)*. *Pharmacotherapy Handbook*.

Widoyoko, E. P. 2012. *Teknik Penyusunan Instrumen Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Williams, B., A. Onsmann, dan T. Brown. 2010. Exploratory factor analysis: a five-step guide for novices. *Journal of Emergency Primary Health Care*. 8(3)

World Health Organization. 2013. A global brief on hypertension - world health day 2013. *World Health Organization*. 1–40.

World Health Organization. tanpa tahun. Process of Translation and Adaptation of Instruments.  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)

Yassine, M., A. Al-Hajje, S. Awada, S. Rachidi, S. Zein, W. Bawab, M. Bou Zeid, M. El Hajj, dan P. Salameh. 2016. Evaluation of medication adherence in Lebanese hypertensive patients. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 6(3):157–167.



LAMPIRAN

LAMPIRAN 3.1. Surat Perijinan dari Fakultas ke Bakesbangpol



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS FARMASI

Jalan Kalimantan Nomor 37 - Kampus Bumi Tegalboto Kotak Pos 159 Jember 68121  
Telepon 0331-324736 Fax: 0331-324736  
Laman : [www.farmasi.unej.ac.id](http://www.farmasi.unej.ac.id)

Nomor : 2753/UN25.13/LL/2018

26 Oktober 2018

Lampiran : -

Perihal : Izin Penelitian

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa & Politik  
Kabupaten Jember

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian Skripsi Mahasiswa Fakultas Farmasi Universitas Jember, bersama ini dengan hormat kami sampaikan permohonan kesediaan untuk dapatnya memberikan izin penelitian di RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember untuk mahasiswa kami sebagai berikut :


1. Nama : Della Karissa Putri  
NIM : 142210101004  
No. Hp : 081332963980  
E-mail : dellakarissa@gmail.com  
Judul/Tema : Validitas dan Reliabilitas *Adherence Barrier Questionnaire* (ABQ) Versi Bahasa Indonesia pada Pasien Hipertensi.  
Pembimbing : Antonius Nugraha Widhi Pratama, S.Farm., M.P.H., Apt.
2. Nama : Fitri Fauziah  
NIM : 142210101102  
No. Hp : 082132498112  
E-mail : fitrifauziah27@gmail.com  
Judul/Tema : Validitas dan Reliabilitas Kuesioner *Hill-Bone* Versi Bahasa Indonesia pada Pasien Hipertensi.  
Pembimbing : Antonius Nugraha Widhi Pratama, S.Farm., M.P.H., Apt.

Demikian permohonan kami, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.



Diana Holidah, S.F., M.Farm., Apt.  
NIP. 197812212005012002

## LAMPIRAN 3.2. Surat Perijinan Penelitian dari Bakesbangpol



**PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

---

Kepada  
 Yth. Sdr. Direktur RSD. dr. Soebandi Jember  
 di -  
 J E M B E R

**SURAT REKOMENDASI**  
 Nomor : 072/2556/415/2018

Tentang  
**PENELITIAN**

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;  
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember tanggal 26 Oktober 2018 Nomor : 2753/UN25.13/LL/2018 perihal Penelitian

**MEREKOMENDASIKAN**

Nama / NIM. : Fitri Fauziah / 142210101102  
 Instansi : Fakultas Farmasi Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember  
 Keperluan : Mengadakan penelitian untuk penyusunan skripsi yang berjudul :  
 "Validitas dan Reliabilitas Kuesioner *Hill-Bone* Versi Bahasa Indonesia pada Pasien Hipertensi"  
 Pembimbing : Antonius Nugraha Widhi Pratama, S.Farm., M.P.H. Apt.  
 Lokasi : RSD. dr. Soebandi Jember  
 Waktu Kegiatan : Nopember s/d Desember 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.


1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 29-10-2018  
 An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER  
 Sekretaris  
  
 Drs. HERY WIDODO  
 Pembina Tk. I  
 NIP. 1961127195812 1 001

Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Dekan Fak. Farmasi Univ. Jember;  
 2. Yang Bersangkutan.

**LAMPIRAN 3.3. Surat Perijinan dari Fakultas ke RSD dr. Soebandi Jember**


	<b>KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI</b> <b>UNIVERSITAS JEMBER</b> <b>FAKULTAS FARMASI</b> Jalan Kalimantan Nomor 37 - Kampus Bumi Tegalboto Kotak Pos 159 Jember 68121 Telepon 0331-324736 Fax: 0331-324736 Laman : <a href="http://www.farmasi.unej.ac.id">www.farmasi.unej.ac.id</a>
Nomor : 2749/UN25.13/LL/2018	25 Oktober 2018
Lampiran : -	
Perihal : Izin Penelitian	

Yth. Direktur RSD dr. Soebandi  
Kabupaten Jember

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian Skripsi Mahasiswa Fakultas Farmasi Universitas Jember, bersama ini kami sampaikan permohonan permohonan penelitian di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember untuk mahasiswa kami sebagai berikut :

1. Nama : Della Karissa Putri  
NIM : 142210101004  
Judul/Tema : Validitas dan Reliabilitas *Adherence Barrier Questionnaire* (ABQ) Versi Bahasa Indonesia pada Pasien Hipertensi.  
No. Hp : 081332963980  
E-mail : dellakarissa@gmail.com  
Pembimbing : Antonius Nugraha Widhi Pratama, S.Farm., M.P.H., Apt.
2. Nama : Fitri Fauziah  
NIM : 142210101102  
Judul/Tema : Validitas dan Reliabilitas Kuesioner *Hill-Bone* Versi Bahasa Indonesia pada Pasien Hipertensi.  
No. Hp : 082132498112  
E-mail : fitrifauziah27@gmail.com  
Pembimbing : Antonius Nugraha Widhi Pratama, S.Farm., M.P.H., Apt.

Demikian permohonan kami, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

  
a.n. Dekan,  
Wakil Dekan I,  
Diana Holidah, S.F., M.Farm., Apt.  
NIP. 19781221200501200



## LAMPIRAN 3.4. Surat Perijinan dari RSD dr. Soebandi Jember



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER**  
 Jl.Dr.Soebandi 124 Telp. (0331) 487441 – 422404 Fax. (0331) 487564  
**JEMBER**



---

Jember, 14 Nopember 2018

Nomor : 423.4/ 3235 /610/2018  
 Sifat : Penting  
 Perihal : Permohonan Penelitian

Kepada  
 Yth. Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember  
 Jl.Kalimantan No.37 Jember  
 Di  
 JEMBER

Menindak lanjuti surat permohonan saudara Nomor :  
 2753/UN25.13/LL/2018 Tanggal 26 Oktober 2018 perihal tersebut pada  
 pokok surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami  
 menyetujui permohonan saudara untuk **Ijin Penelitian** di RSD dr. Soebandi  
 Jember, kepada :

Nama : Fitri Fauziah  
 NIM : 142210101102  
 Fakultas : Fakultas Farmasi Universitas Jember  
 Judul Penelitian : Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Hill-Bone Versi –  
 Bahasa Indonesia pada pasien Hipertensi.

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan  
 Bidang Diklat.

Demikian untuk diketahui,atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.



Direktur  
dr. Hendro Soelistijono, MM.M.Kes  
 NIP. 19660418 200212 1 001

Tembusan Yth:

1. Wadir Pelayanan
2. Wadir Umum &Keuangan
3. Ka.Bag/Kabid/Ka.Inst.terkait ....
4. Ka.Ru terkait .....
5. Arsip

**LAMPIRAN 3.5. Dokumentasi**



Kepala Bagian Poli Jantung RSD dr. Soebandi Jember, Ibu Titik



Kegiatan Wawancara dengan Responden





Kegiatan Wawancara dengan Responden



Kegiatan Wawancara dengan Responden

**LAMPIRAN 3.6. *Informed Consent* yang diberikan pada Responden****LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....

Alamat : .....

Kode Responden

Bersedia untuk dijadikan subjek dalam penelitian yang berjudul:

**“VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER *HILL-BONE* VERSI BAHASA INDONESIA PADA PASIEN HIPERTENSI”** yang dilakukan oleh:

Nama : Fitri Fauziah

NIM : 142210101102

Fakultas : Farmasi

**“VALIDITAS DAN RELIABILITAS *ADHERENCE BARRIER QUESTIONNAIRE (ABQ)* VERSI BAHASA INDONESIA PADA PASIEN HIPERTENSI”** yang dilakukan oleh:

Nama : Della Karissa Putri

NIM : 142210101004

Fakultas : Farmasi

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun terhadap saya dan keluarga saya. Saya telah diberikan penjelasan bahwa peneliti akan menjamin kerahasiaan identitas saya dengan mengubah nama dalam bentuk kode responden berupa huruf dan angka pada saat penyajian data. Informasi dan keterangan yang saya berikan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Kuesioner asli akan disimpan oleh peneliti dan hanya diketahui oleh peneliti dan dosen pembimbing. Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang benar dan jelas.

Dengan ini saya menyatakan dengan sukarela untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

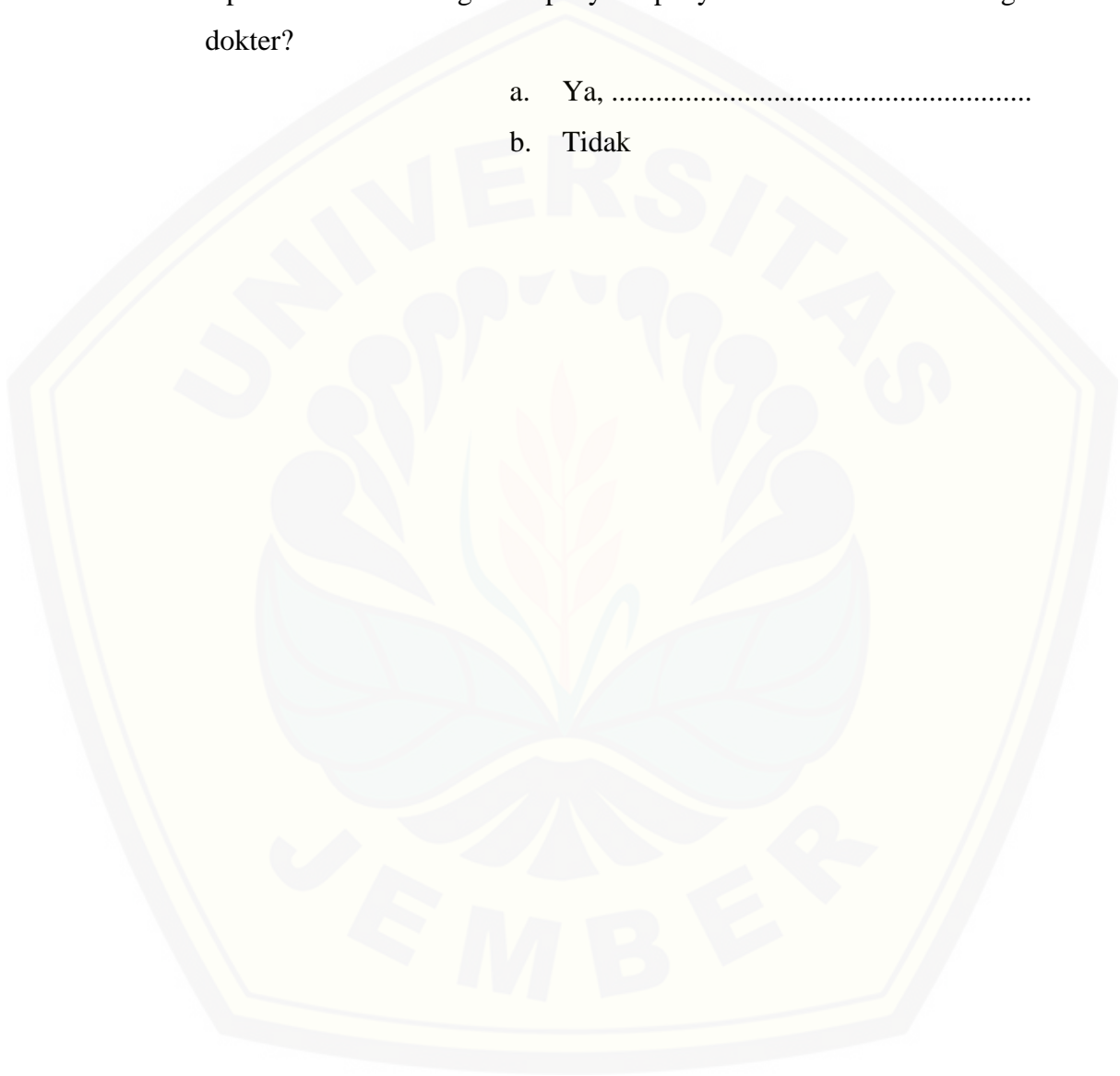
Jember, ..... 2018

tanda tangan

**LAMPIRAN 3.7 Data Sosiodemografi yang diberikan kepada Responden****I. Data Sosiodemografi**

1. Bulan dan tahun lahir
  - a. Bulan:.....
  - b. Tahun:.....
2. Jenis kelamin
  - a. Perempuan
  - b. Laki-laki
3. Pendidikan terakhir
  - a. Tidak sekolah
  - b. SD atau sederajat
  - c. SMP atau sederajat
  - d. SMA atau sederajat
  - e. Perguruan tinggi (Diploma, S1, S2, S3)
4. Status perkawinan
  - a. Sudah menikah
  - b. Belum menikah
5. Pekerjaan
  - a. Bekerja atau berwirausaha
  - b. Tidak bekerja
  - c. Mengurus rumah tangga
6. Apakah saudara menggunakan jaminan kesehatan?
  - a. Ya, .....
  - b. Tidak
7. Sudah berapa lama menderita tekanan darah tinggi? .....  
bulan/tahun
8. Berapa tekanan darah Saudara terakhir kali periksa? ..... / .....  
mmHg
9. Apakah obat darah tinggi yang Saudara gunakan?
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
  - d. ....

10. Apakah Saudara menggunakan **obat/pengobatan alternatif** untuk tekanan darah tinggi sebagai terapi tambahan obat darah tinggi?
- Ya, .....
  - Tidak
11. Apakah Saudara mengalami penyakit penyerta lain berdasarkan diagnosis dokter?
- Ya, .....
  - Tidak



**LAMPIRAN 3.8. Kuesioner Hill-Bone yang disebarakan pada Responden****KUESIONER HILL-BONE**

*TP: tidak pernah; K: kadang; Srg: sering; Sll: selalu; TB: tidak berlaku; TT: tidak tahu*

No	Pertanyaan/Pernyataan	TP (1)	K (2)	Srg (3)	Sll (4)
1	Seberapa sering Anda lupa minum obat darah tinggi Anda?	1	2	3	4
2	Seberapa sering Anda sengaja tidak minum obat darah tinggi Anda?	1	2	3	4
3	Seberapa sering Anda makan makanan asin?	1	2	3	4
4	Seberapa sering Anda menambahkan garam pada makanan sebelum dimakan?	1	2	3	4
5	Seberapa sering Anda makan makanan cepat saji?	1	2	3	4
6	Seberapa sering Anda menjadwalkan kontrol selanjutnya sebelum pulang dari dokter?	1	2	3	4
7	Seberapa sering Anda melewatkan jadwal kontrol?	1	2	3	4
8	Seberapa sering Anda lupa tidak menebus obat?	1	2	3	4
9	Seberapa sering Anda kehabisan obat darah tinggi?	1	2	3	4
10	Seberapa sering Anda sengaja tidak minum obat darah tinggi sebelum ke dokter?	1	2	3	4
11	Seberapa sering Anda sengaja tidak minum obat darah tinggi ketika sudah merasa sehat?	1	2	3	4
12	Seberapa sering Anda sengaja tidak minum obat darah tinggi ketika merasa sakit?	1	2	3	4
13	Seberapa sering Anda minum obat darah tinggi milik orang lain?	1	2	3	4
14	Seberapa sering Anda ceroboh tidak minum obat?	1	2	3	4



**LAMPIRAN 4.1 Hasil Uji Reliabilitas 30 Responden pada *Pilot Survey*****Reliability****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

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

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.773	14

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
HB1. Seberapa sering Anda lupa minum obat darah tinggi Anda?	16.20	11.269	.223	.782
HB2. Seberapa sering Anda sengaja tidak minum obat darah tinggi Anda?	16.63	10.585	.766	.731
HB3. Seberapa sering Anda makan makanan asin?	15.90	10.714	.382	.762
HB4. Seberapa sering Anda menambahkan garam pada makanan sebelum dimakan?	16.50	9.569	.814	.712
HB5. Seberapa sering Anda makan makanan cepat saji?	16.57	11.357	.490	.754

HB6. Seberapa sering Anda menjadwalkan kontrol selanjutnya sebelum pulang dari dokter?	16.53	9.775	.611	.733
HB7. Seberapa sering Anda melewatkan jadwal kontrol?	16.53	11.085	.319	.768
HB8. Seberapa sering lupa tidak menebus obat?	16.73	12.754	.000	.778
HB9. Seberapa sering Anda kehabisan obat darah tinggi?	16.47	11.637	.298	.767
HB10. Seberapa sering Anda sengaja tidak minum obat darah tinggi sebelum ke dokter?	16.57	10.668	.622	.739
HB11. Seberapa sering Anda sengaja tidak minum obat darah tinggi ketika merasa sehat?	15.93	9.857	.445	.759
HB12. Seberapa sering Anda sengaja tidak minum obat darah tinggi ketika merasa sakit?	16.70	12.976	-.194	.786
HB13. Seberapa sering Anda minum obat darah tinggi milik orang lain?	16.70	12.769	-.037	.781
HB14. Seberapa sering Anda ceroboh tidak minum obat?	16.57	11.633	.378	.761

**LAMPIRAN 4.2 Hasil Uji *face validity* 30 Responden**

No.	KR	JK	TL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.	1	P	Jul-55	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2
2.	2	L	Mar-67	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1
3.	3	L	Feb-61	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
4.	4	L	Sep-50	3	3	3	3	2	3	2	1	2	2	2	1	1	2
5.	5	P	Mei-70	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
6.	6	P	Jul-69	2	1	2	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	1
7.	7	L	Jul-68	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1
8.	8	L	Nov-62	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9.	9	L	Jan-70	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
10.	10	P	Des-72	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
11.	11	P	Okt-71	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
12.	12	P	Agu-66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
13.	13	P	Sep-69	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
14.	14	L	Nov-71	1	2	2	3	2	2	2	1	2	2	4	1	1	2
15.	15	P	Des-72	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1
16.	16	L	Agu-65	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17.	17	P	Apr-69	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18.	18	P	Jan-73	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
19.	19	L	Okt-88	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
20.	20	L	Nov-75	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
21.	21	L	Apr-78	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22.	22	P	Mei-74	1	1	2	2	2	4	1	1	1	3	2	1	1	1
23.	23	L	Jul-80	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1
24.	24	L	Mei-66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25.	25	L	Jul-77	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
26.	26	P	Jun-70	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1
27.	27	P	Agu-74	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1
28.	28	L	Des-55	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
29.	29	P	Mar-69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30.	30	P	Sep-72	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1

Keterangan:

KR: Kode Responden

JK: Jenis Kelamin

TL: Tanggal Lahir

### LAMPIRAN 4.3 Hasil Uji Reliabilitas 280 Responden pada *Actual Survey 14* Pertanyaan

#### Reliability

##### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	280	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	280	100.0

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

##### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.719	14

##### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Lupa minum obat HT	16.77	9.942	.322	.707
Sengaja tidak minum obat HT	17.06	9.570	.596	.671
Sering makan makanan asin	16.37	10.076	.247	.721
Sering menambahkan garam pada makanan	17.12	10.425	.344	.702
Sering makan makanan cepat saji	17.03	10.361	.384	.698
Menjadwalkan kontrol selanjutnya	17.10	9.693	.422	.691
Melewatkan jadwal kontrol	17.11	10.161	.428	.693
Sering kehabisan obat HT	17.03	10.490	.325	.704
Sengaja tidak minum obat sebelum ke dokter	17.12	10.083	.513	.685
Sengaja tidak minum obat ketika sehat	16.47	8.809	.392	.705
Sengaja tidak minum obat ketika sakit	17.30	11.858	-.107	.728

Minum obat HT milik orang lain	17.29	11.746	-.010	.726
Ceroboh tidak minum obat	17.10	10.169	.537	.685
Sering lupa tidak menebus obat HT	17.31	11.736	.042	.723

#### LAMPIRAN 4.4 Hasil Uji Reliabilitas 280 Responden pada *Actual Survey 13* Pertanyaan

##### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.728	13

##### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Lupa minum obat HT	15.74	10.005	.327	.717
Sengaja tidak minum obat HT	16.04	9.662	.593	.683
Sering makan makanan asin	15.34	10.133	.254	.730
Sering menambahkan garam pada makanan	16.10	10.506	.346	.713
Sering makan makanan cepat saji	16.01	10.452	.382	.709
Menjadwalkan kontrol selanjutnya	16.07	9.773	.423	.702
Melewatkan jadwal kontrol	16.08	10.241	.430	.703
Sering kehabisan obat HT	16.01	10.573	.326	.715
Sengaja tidak minum obat sebelum ke dokter	16.09	10.185	.507	.697
Sengaja tidak minum obat ketika sehat	15.45	8.879	.395	.716
Minum obat HT milik orang lain	16.26	11.835	-.009	.736
Ceroboh tidak minum obat	16.08	10.256	.536	.696
Sering lupa tidak menebus obat HT	16.29	11.826	.042	.733



**LAMPIRAN 4.5 Hasil Uji Reliabilitas 280 Responden pada *Actual Survey 12* Pertanyaan**

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.733	12

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Lupa minum obat HT	14.74	9.966	.330	.722
Sengaja tidak minum obat HT	15.03	9.641	.590	.688
Sering makan makanan asin	14.34	10.102	.254	.736
Sering menambahkan garam pada makanan	15.09	10.472	.347	.718
Sering makan makanan cepat saji	15.00	10.416	.384	.714
Menjadwalkan kontrol selanjutnya	15.06	9.738	.424	.707
Melewatkan jadwal kontrol	15.08	10.220	.427	.709
Sering kehabisan obat HT	15.00	10.552	.323	.721
Sengaja tidak minum obat sebelum ke dokter	15.09	10.150	.509	.702
Sengaja tidak minum obat ketika sehat	14.44	8.864	.392	.722
Minum obat HT milik orang lain	15.25	11.803	-.009	.742
Ceroboh tidak minum obat	15.07	10.221	.538	.701

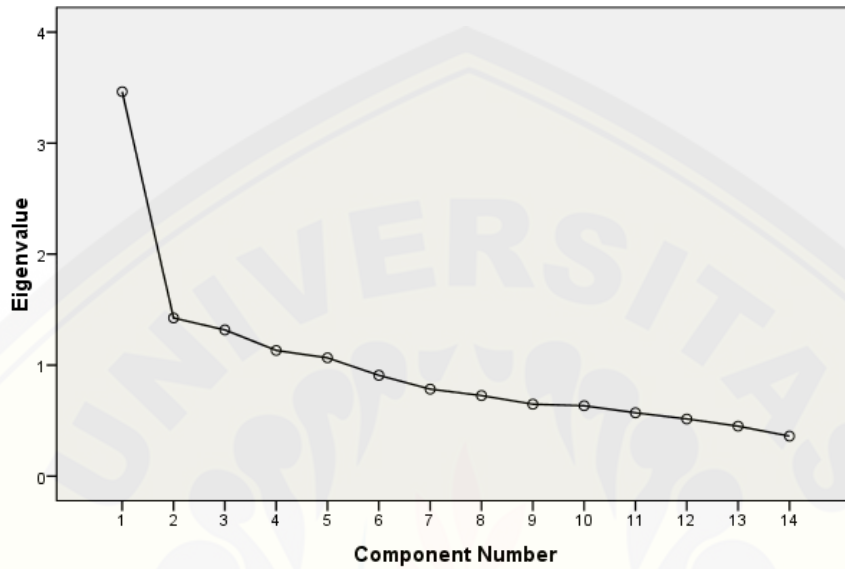
**LAMPIRAN 4.6 Hasil Uji Reliabilitas 280 Responden pada *Actual Survey 11* Pertanyaan**

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.742	11

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Lupa minum obat HT	13.70	9.974	.322	.734
Sengaja tidak minum obat HT	13.99	9.620	.590	.698
Sering makan makanan asin	13.30	10.032	.265	.745
Sering menambahkan garam pada makanan	14.06	10.441	.350	.728
Sering makan makanan cepat saji	13.96	10.400	.382	.725
Menjadwalkan kontrol selanjutnya	14.03	9.698	.429	.717
Melewatkan jadwal kontrol	14.04	10.210	.423	.720
Sering kehabisan obat HT	13.96	10.565	.311	.732
Sengaja tidak minum obat sebelum ke dokter	14.05	10.112	.515	.711
Sengaja tidak minum obat ketika sehat	13.41	8.823	.396	.732
Ceroboh tidak minum obat	14.03	10.196	.540	.711

**LAMPIRAN 4.7 Hasil Validitas Struktural Kuesioner *Hill-Bone* 14 Pertanyaan****Scree Plot****KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.762
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	692.916
	df	91
	Sig.	.000

## Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings <sup>a</sup>
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	3.464	24.739	24.739	3.464	24.739	24.739	3.197
2	1.425	10.179	34.918	1.425	10.179	34.918	1.890
3	1.317	9.411	44.329	1.317	9.411	44.329	1.547
4	1.133	8.090	52.419	1.133	8.090	52.419	1.350
5	1.066	7.611	60.030	1.066	7.611	<b>60.030</b>	1.349
6	.908	6.489	66.519				
7	.784	5.599	72.118				
8	.726	5.183	77.301				
9	.648	4.627	81.929				
10	.634	4.527	86.456				
11	.571	4.075	90.531				
12	.515	3.679	94.210				
13	.450	3.217	97.427				
14	.360	2.573	100.000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Pattern Matrix<sup>a</sup>

	Component				
	1	2	3	4	5
HB1. Lupa minum obat HT	-.072	<b>.866</b>	.103	.168	-.237
HB2. Sengaja tidak minum obat HT	<b>.591</b>	.347	-.031	-.004	.050
HB3. Sering makan makanan asin	.039	.174	<b>.681</b>	-.324	.071
HB4. Sering menambahkan garam pada makanan	.371	-.132	<b>.620</b>	.000	-.128
HB5. Sering makan makanan cepat saji	<b>.652</b>	-.277	.254	.090	-.122
HB6. Menjadwalkan kontrol selanjutnya	<b>.689</b>	-.063	.058	-.096	-.042
HB7. Melewatkan jadwal kontrol	<b>.445</b>	-.005	.093	.200	.363
HB8. Sering lupa tidak menebus obat HT	-.138	-.104	.053	-.122	<b>.928</b>
HB9. Sering kehabisan obat HT	.352	.045	-.094	<b>.456</b>	.287
HB10. Sengaja tidak minum obat sebelum ke dokter	<b>.818</b>	.049	-.216	-.114	-.013
HB11. Sengaja tidak minum obat ketika sehat	.133	<b>.645</b>	.055	-.214	.159
HB12. Sengaja tidak minum obat ketika sakit*	.320	-.164	-.626	-.250	-.152
HB13. Minum obat HT milik orang lain	-.106	-.004	-.019	<b>.874</b>	-.139
HB14. Ceroboh tidak minum obat HT	<b>.609</b>	.298	-.008	.030	-.156

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

### Keterangan:

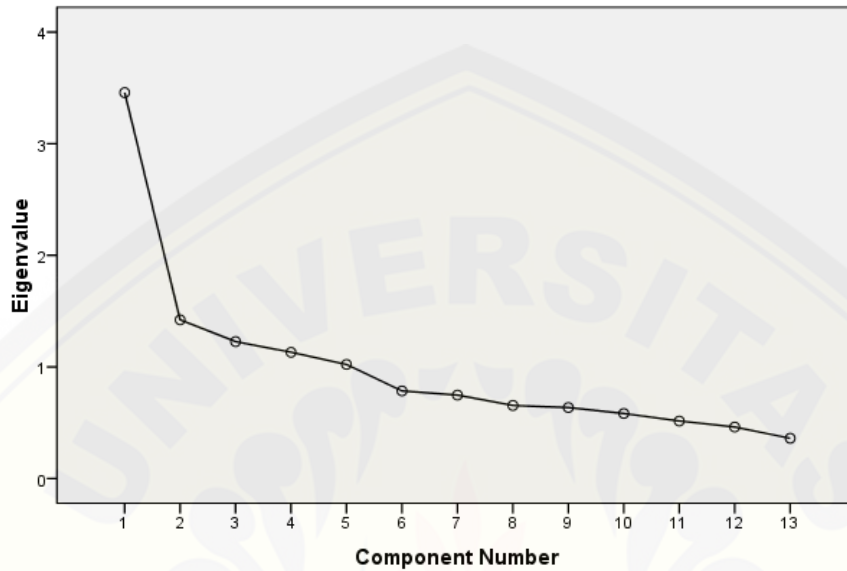
Pada bagian dengan tulisan tebal merupakan butir dengan nilai *loading factor* >0,4

\*dilakukan penghapusan pada butir tersebut pada uji analisis faktor selanjutnya



**LAMPIRAN 4.8 Hasil Validitas Struktural Kuesioner *Hill-Bone* 13 Pertanyaan**

**Scree Plot**



**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.766
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	675.866
	df	78
	Sig.	.000

## Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings <sup>a</sup>
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	3.458	26.597	26.597	3.458	26.597	26.597	3.155
2	1.422	10.937	37.534	1.422	10.937	37.534	1.869
3	1.227	9.438	46.971	1.227	9.438	46.971	1.805
4	1.131	8.700	55.672	1.131	8.700	55.672	1.390
5	1.022	7.860	63.532	1.022	7.860	<b>63.532</b>	1.347
6	.785	6.035	69.567				
7	.747	5.748	75.315				
8	.654	5.033	80.348				
9	.636	4.889	85.237				
10	.583	4.481	89.718				
11	.515	3.963	93.681				
12	.461	3.548	97.229				
13	.360	2.771	100.000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Pattern Matrix<sup>a</sup>

	Component				
	1	2	3	4	5
HB1. Lupa minum obat HT	-.096	<b>.882</b>	.036	.215	-.195
HB2. Sengaja tidak minum obat HT	<b>.556</b>	.328	.054	.027	.064
HB3. Sering makan makanan asin	-.160	.237	<b>.728</b>	-.233	.133
HB4. Sering menambahkan garam pada makanan	.058	-.065	<b>.830</b>	.121	-.030
HB5. Sering makan makanan cepat saji	<b>.496</b>	-.265	.425	.116	-.096
HB6. Menjadwalkan kontrol selanjutnya	<b>.776</b>	-.104	.035	-.195	-.115
HB7. Melewatkan jadwal kontrol	<b>.428</b>	.003	.073	.178	.345
HB8. Sering lupa tidak menebus obat HT*	-.185	-.077	.032	-.055	<b>.949</b>
HB9. Sering kehabisan obat HT	.366	.047	-.135	<b>.425</b>	.269
HB10. Sengaja tidak minum obat sebelum ke dokter	<b>.906</b>	-.009	-.153	-.177	-.070
HB11. Sengaja tidak minum obat ketika sehat	.180	<b>.637</b>	<b>-.018</b>	-.200	.155
HB13. Minum obat HT milik orang lain	-.252	.050	.022	<b>.925</b>	-.070
HB14. Ceroboh tidak minum obat HT	<b>.614</b>	.269	.041	.016	-.166

Extraction Method: Principal Component Analysis.

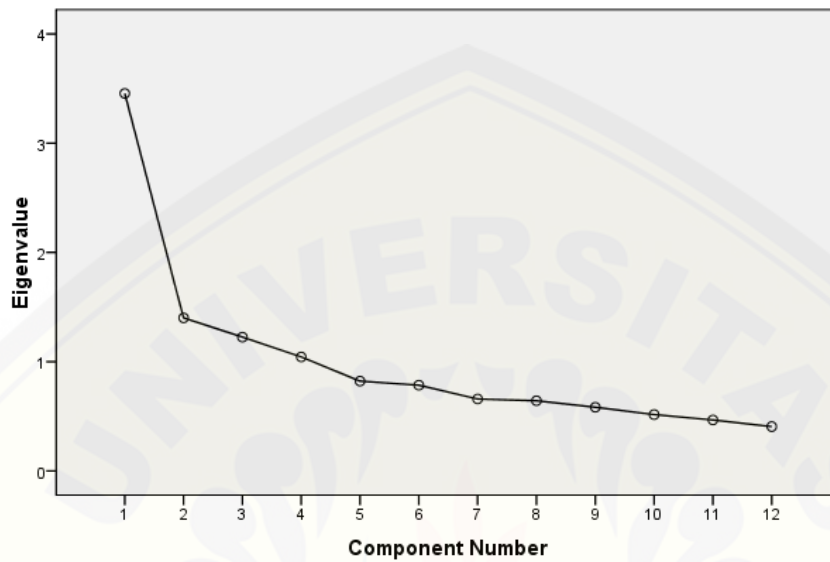
Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

### Keterangan:

Pada bagian dengan tulisan tebal merupakan butir dengan nilai *loading factor* >0,4

\*dilakukan penghapusan pada butir tersebut pada uji analisis faktor selanjutnya

**LAMPIRAN 4.9 Hasil Validitas Struktural Kuesioner *Hill-Bone* 12 Pertanyaan****Scree Plot****KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.793
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	643.660
	df	66
	Sig.	.000

## Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings <sup>a</sup>
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	3.456	28.796	28.796	3.456	28.796	28.796	3.150
2	1.401	11.673	40.469	1.401	11.673	40.469	1.821
3	1.225	10.207	50.676	1.225	10.207	50.676	1.810
4	1.043	8.695	59.371	1.043	8.695	59.371	1.294
5	.821	6.844	66.215				
6	.784	6.537	72.752				
7	.658	5.484	78.235				
8	.642	5.350	83.585				
9	.583	4.855	88.440				
10	.515	4.293	92.734				
11	.466	3.886	96.620				
12	.406	3.380	100.000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.



Pattern Matrix<sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
HB1. Lupa minum obat HT	-.093	<b>.841</b>	.061	.197
HB2. Sengaja tidak minum obat HT	<b>.579</b>	.321	.071	.033
HB3. Sering makan makanan asin	-.145	.283	<b>.673</b>	-.221
HB4. Sering menambahkan garam pada makanan	.051	-.059	<b>.846</b>	.124
HB5. Sering makan makanan cepat saji	.463	-.281	<b>.470</b>	.113
HB6. Menjadwalkan kontrol selanjutnya	<b>.705</b>	-.130	.079	-.198
HB7. Melewatkan jadwal kontrol	<b>.558</b>	.060	.005	.185
HB9. Sering kehabisan obat HT	<b>.508</b>	.081	-.176	.423
HB10. Sengaja tidak minum obat sebelum ke dokter	<b>.861</b>	-.029	-.126	-.183
HB11. Sengaja tidak minum obat ketika sehat	.222	<b>.658</b>	-.060	-.191
HB13. Minum obat HT milik orang lain*	-.150	.022	.058	<b>.903</b>
HB14. Ceroboh tidak minum obat HT	<b>.570</b>	.229	.093	.007

Extraction Method: Principal Component Analysis.

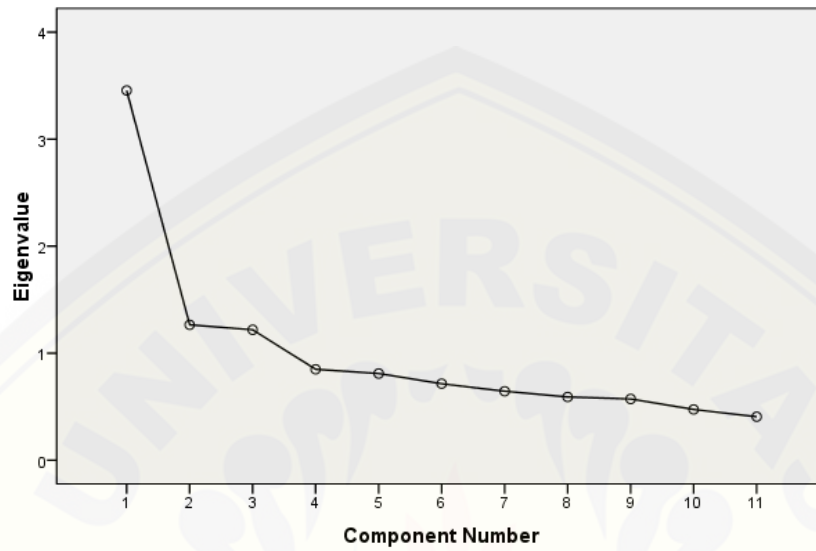
Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

**Keterangan:**

Pada bagian dengan tulisan tebal merupakan butir dengan nilai *loading factor* >0,4

\*dilakukan penghapusan pada butir tersebut pada uji analisis faktor selanjutnya

**LAMPIRAN 4.10 Hasil Validitas Struktural Kuesioner *Hill-Bone* 11  
Pertanyaan****Scree Plot****KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.812
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	606.586
	df	55
	Sig.	.000

## Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings <sup>a</sup>
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	3.455	31.414	31.414	3.455	31.414	31.414	3.157
2	1.265	11.501	42.914	1.265	11.501	42.914	1.904
3	1.219	11.079	53.993	1.219	11.079	53.993	1.740
4	.849	7.719	61.712				
5	.810	7.363	69.075				
6	.715	6.496	75.571				
7	.644	5.859	81.430				
8	.590	5.367	86.797				
9	.572	5.202	91.999				
10	.474	4.308	96.307				
11	.406	3.693	100.000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Pattern Matrix<sup>a</sup>

	Component		
	1	2	3
HB1. Lupa minum obat HT	-.022	.028	<b>.845</b>
HB2. Sengaja tidak minum obat HT	<b>.587</b>	.084	.316
HB3. Sering makan makanan asin	-.237	<b>.764</b>	.279
HB4. Sering menambahkan garam pada makanan	.063	<b>.766</b>	-.031
HB5. Sering makan makanan cepat saji	<b>.464</b>	<b>.434</b>	-.273
HB6. Menjadwalkan kontrol selanjutnya	<b>.618</b>	.194	-.156
HB7. Melewatkan jadwal kontrol	<b>.622</b>	-.074	.072
HB9. Sering kehabisan obat HT	<b>.661</b>	-.361	.110
HB10. Sengaja tidak minum obat sebelum ke dokter	<b>.797</b>	-.031	-.052
HB11. Sengaja tidak minum obat ketika sehat	.160	.080	<b>.628</b>
HB14. Ceroboh tidak minum obat HT	<b>.568</b>	.109	.224

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

**Keterangan:**

Pada bagian dengan tulisan tebal merupakan butir dengan nilai *loading factor* >0,4

**LAMPIRAN 4.11 Hasil Sociodemografi Responden****Usia Responden****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Usia	280	22	83	53.91	9.726
Valid N (listwise)	280				

**Jenis Kelamin Responden****Jenis Kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Perempuan	148	52.9	52.9	52.9
Laki-laki	132	47.1	47.1	100.0
Total	280	100.0	100.0	

**Pendidikan Tertinggi Terakhir Responden****Tingkat Pendidikan terakhir**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah	15	5.4	5.4	5.4
SD sederajat	85	30.4	30.4	35.7
SMP sederajat	50	17.9	17.9	53.6
SMA sederajat	99	35.4	35.4	88.9
Perguruan tinggi	31	11.1	11.1	100.0
Total	280	100.0	100.0	



**Status Perkawinan Responden****Status Perkawinan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sudah menikah	280	100.0	100.0	100.0

**Status Pekerjaan Responden****Jenis Pekerjaan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid bekerja atau berwirausaha	118	42.1	42.1	42.1
tidak bekerja	86	30.7	30.7	72.9
mengurus rumah tangga	76	27.1	27.1	100.0
Total	280	100.0	100.0	

**Status Jaminan Kesehatan Responden****Jaminan Kesehatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	24	8.6	8.6	8.6
Ya	256	91.4	91.4	100.0
Total	280	100.0	100.0	

### Lama Menderita Hipertensi, Tekanan Darah Sistolik dan Diastolik Responden

#### Statistics

		Lama menderita hipertensi (bulan)	Tekanan darah sistolik	Tekanan darah diastolik
N	Valid	280	277	137
	Missing	0	3	143
Mean		72.02	149.81	80.22
Median		60.00	150.00	80.00
Std. Deviation		61.293	17.487	9.101
Minimum		0	95	60
Maximum		324	220	120

### Pengobatan Alternatif Responden

#### obat atau pengobatan alternatif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	245	87.5	87.5	87.5
	Ya	35	12.5	12.5	100.0
Total		280	100.0	100.0	

## Detail Pengobatan Alternatif

## Detail obat atau pengobatan alternatif 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	246	87.9	87.9	87.9
air rebusan daun seledri	1	.4	.4	88.2
air rebusan daun sirsak	1	.4	.4	88.6
air rebusan pare	1	.4	.4	88.9
air timun	2	.7	.7	89.6
akupuntur	3	1.1	1.1	90.7
alpokat	1	.4	.4	91.1
bekam	1	.4	.4	91.4
buah mengkudu	2	.7	.7	92.1
buah pace	1	.4	.4	92.5
cuka apel	1	.4	.4	92.9
daun kersen	1	.4	.4	93.2
daun sirsak	1	.4	.4	93.6
jamu beras kencur	1	.4	.4	93.9
jamu bubuk	1	.4	.4	94.3
jamu daun sirsak	1	.4	.4	94.6
jamu gendong	1	.4	.4	95.0
jamu kunir	1	.4	.4	95.4
jamu pegel linu	1	.4	.4	95.7
jamu racikan buat sendiri	1	.4	.4	96.1
jeruk	1	.4	.4	96.4
pijat	1	.4	.4	96.8
rebusan daun sirsak	1	.4	.4	97.1
semangka	1	.4	.4	97.5
spirulina	1	.4	.4	97.9
teh hijau	1	.4	.4	98.2
temulawak	2	.7	.7	98.9
timun	2	.7	.7	99.6
wedang kayu manis	1	.4	.4	100.0
Total	280	100.0	100.0	

## Detail obat atau pengobatan alternatif 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	270	96.4	96.4	96.4
air jahe merah jeruk limun dan madu	1	.4	.4	96.8
air rebusan daun seledri	1	.4	.4	97.1
akupuntur	1	.4	.4	97.5
bawang putih	2	.7	.7	98.2
cincau	1	.4	.4	98.6
kalsium	1	.4	.4	98.9
kunir putih	1	.4	.4	99.3
madu	1	.4	.4	99.6
semangka kuning	1	.4	.4	100.0
Total	280	100.0	100.0	

## Penyakit Penyerta Responden

## Penyakit penyerta berdasar diagnosis dokter

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	130	46.4	46.4	46.4
Ya	150	53.6	53.6	100.0
Total	280	100.0	100.0	

## Detail Penyakit Penyerta

## Nama penyakit penyerta 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	129	46.1	46.1	46.1
asam urat	5	1.8	1.8	47.9
asma	2	.7	.7	48.6
batu ginjal	4	1.4	1.4	50.0
BPH	1	.4	.4	50.4
diabetes	16	5.7	5.7	56.1
gagal ginjal	11	3.9	3.9	60.0
gagal jantung	51	18.2	18.2	78.2
ginjal	1	.4	.4	78.6
jantung	3	1.1	1.1	79.6
jantung koroner	25	8.9	8.9	88.6
jantung membesar	1	.4	.4	88.9
kanker tiroid	1	.4	.4	89.3
kista	2	.7	.7	90.0
kolesterol	15	5.4	5.4	95.4
lambung	1	.4	.4	95.7
lemah jantung	1	.4	.4	96.1
liver	3	1.1	1.1	97.1
maag	1	.4	.4	97.5
penyempitan pembuluh darah	1	.4	.4	97.9
penyumbatan pembuluh darah	1	.4	.4	98.2
spondylosis lumbal	1	.4	.4	98.6
stroke	1	.4	.4	98.9
tifoid	1	.4	.4	99.3
tiroid	1	.4	.4	99.6
tumor mammae	1	.4	.4	100.0
Total	280	100.0	100.0	



## Nama penyakit penyerta 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	260	92.9	92.9	92.9
asam urat	3	1.1	1.1	93.9
batu empedu	1	.4	.4	94.3
BPH	1	.4	.4	94.6
diabetes	2	.7	.7	95.4
gagal ginjal	1	.4	.4	95.7
jantung	2	.7	.7	96.4
kolesterol	5	1.8	1.8	98.2
omi anteroseptal	1	.4	.4	98.6
paru-paru	2	.7	.7	99.3
stroke	1	.4	.4	99.6
tumor dibawah telinga	1	.4	.4	100.0
Total	280	100.0	100.0	