



**VALIDITAS DAN RELIABILITAS *ADHERENCE BARRIER*
QUESTIONNAIRE (ABQ) VERSI BAHASA INDONESIA
PADA PASIEN HIPERTENSI**

SKRIPSI

Oleh :

**Della Karissa Putri
NIM 142210101004**

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



**VALIDITAS DAN RELIABILITAS *ADHERENCE BARRIER QUESTIONNAIRE* (ABQ) VERSI BAHASA INDONESIA
PADA PASIEN HIPERTENSI**

SKRIPSI

Oleh :

**Della Karissa Putri
NIM 142210101004**

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



**VALIDITAS DAN RELIABILITAS *ADHERENCE BARRIER QUESTIONNAIRE* (ABQ) VERSI BAHASA INDONESIA
PADA PASIEN HIPERTENSI**

SKRIPSI

Diajukan untuk melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Farmasi (S1) dan mencapai gelar Sarjana Farmasi

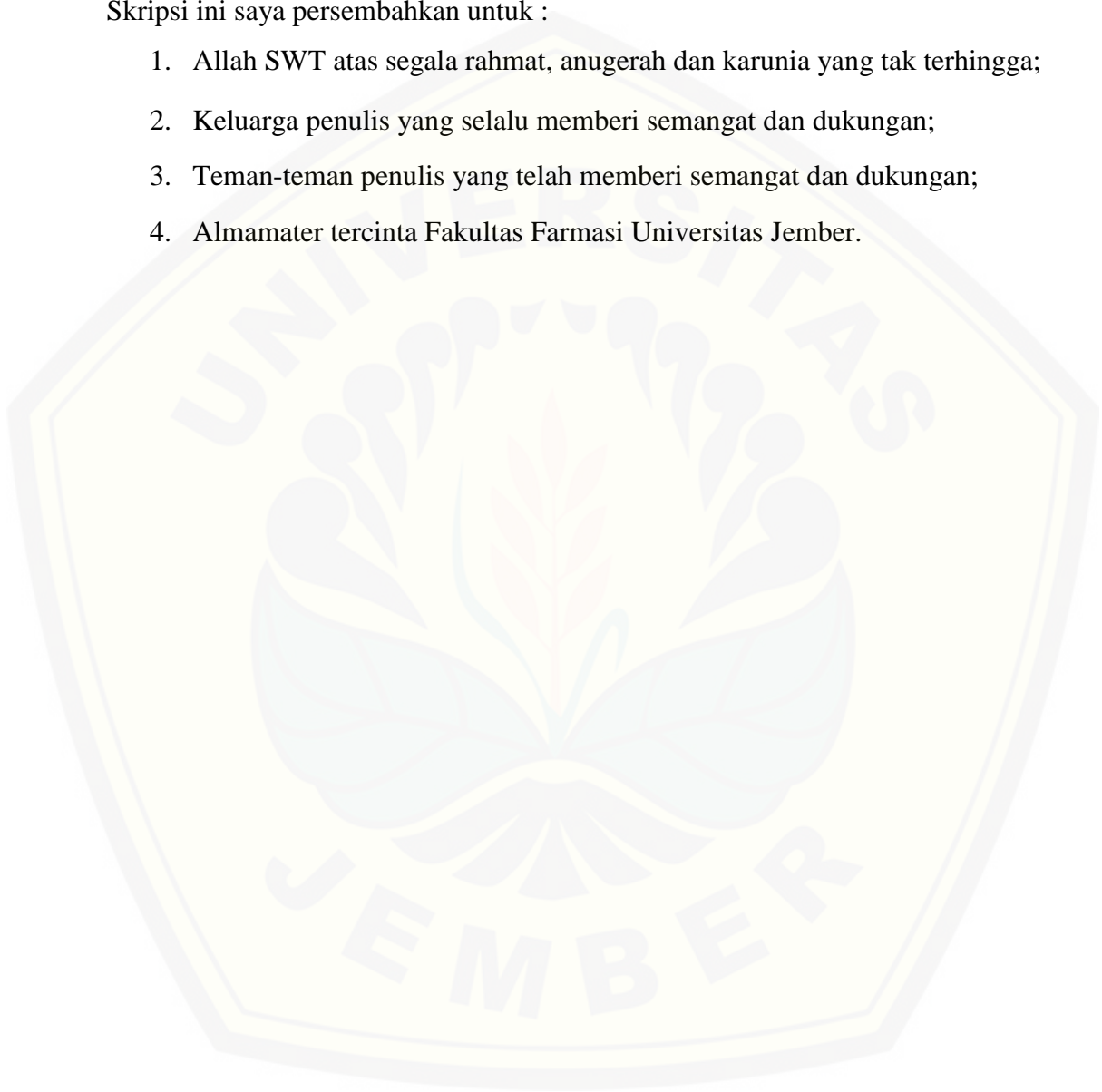
Oleh :
Della Karissa Putri
142210101004

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

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

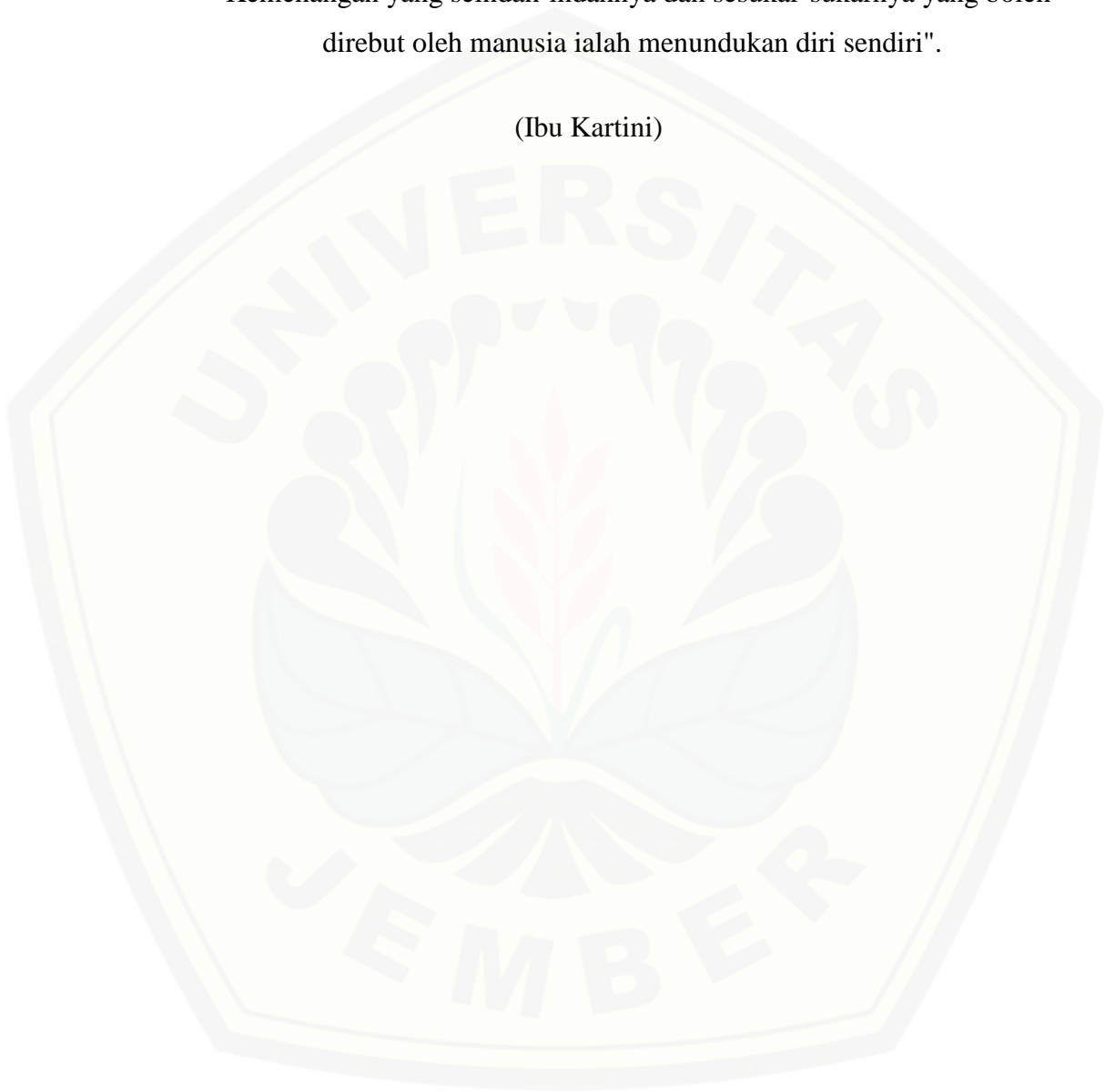
1. Allah SWT atas segala rahmat, anugerah dan karunia yang tak terhingga;
2. Keluarga penulis yang selalu memberi semangat dan dukungan;
3. Teman-teman penulis yang telah memberi semangat dan dukungan;
4. Almamater tercinta Fakultas Farmasi Universitas Jember.



MOTO

"Kemenangan yang seindah-indahnya dan sesukar-sukarnya yang boleh direbut oleh manusia ialah menundukan diri sendiri".

(Ibu Kartini)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Della Karissa Putri

NIM : 142210101004

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Validitas dan Reliabilitas *Adherence Barrier Questionnaire* (ABQ) versi Bahasa Indonesia pada pasien hipertensi” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, 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 manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Januari 2019
Yang menyatakan,

Della Karissa Putri
142210101004

SKRIPSI

**VALIDITAS DAN RELIABILITAS *ADHERENCE BARRIER QUESTIONNAIRE* (ABQ) VERSI BAHASA INDONESIA
PADA PASIEN HIPERTENSI**

Oleh:

Della Karissa Putri

NIM 142210101004

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 *Adherence Barrier Questionnaire* (ABQ) Versi Bahasa Indonesia pada Pasien Hipertensi” karya Della Karissa Putri 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. Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc., Apt.
NIP. 198309032008121001 NIP. 198403082008012003

Tim Penguji

Dosen Penguji I

Dosen Penguji II

Diana Holiday, S.F., M.Farm., Apt. Ika Norcahyanti, S.Farm., M.Sc., Apt.
NIP. 197812212005012002 NIP. 198505112014042001

Mengesahkan

Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember,

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

NIP. 197604142002122001

RINGKASAN

Validitas dan Reliabilitas *Adherence Barrier Questionnaire* (ABQ) Versi Bahasa Indonesia pada Pasien Hipertensi; Della Karissa Putri; 142210101004; 2019; 70 halaman; Fakultas Farmasi Universitas Jember.

Hipertensi merupakan tantangan kesehatan global yang penting karena dapat memicu penyakit kardiovaskular dan penyakit ginjal kronis yang dapat mematikan. Sekitar 40% dari populasi dunia yang berusia di atas 25 tahun telah didiagnosis menderita hipertensi pada tahun 2008. Kematian akibat komplikasi hipertensi menyumbang 9,4 juta kasus per tahun di seluruh dunia. Hipertensi bertanggung jawab untuk setidaknya 45% kematian akibat penyakit jantung dan 51% kematian akibat stroke.

Kepatuhan pengobatan untuk penyakit kronis seperti hipertensi merupakan tantangan bagi semua pasien. Hipertensi hanya dapat dikendalikan melalui kontrol kesehatan secara rutin dan tidak dapat disembuhkan. Hanya sekitar 30% pasien yang menjalani pengobatan dan memiliki tingkat hipertensi terkontrol. Peningkatan kepatuhan terapi hipertensi dapat menghasilkan manfaat kesehatan dan ekonomi yang sangat besar. Di Jerman sudah dikembangkan kuesioner yang mampu mengidentifikasi hambatan kepatuhan dengan nama *Adherence Barrier Questionnaire* (ABQ). Tujuan penelitian ini adalah untuk menerjemahkan ABQ ke dalam Bahasa Indonesia, menguji validitas, dan reliabilitas terhadap kuesioner tersebut.

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional dengan desain *cross-sectional*. Penelitian ini ditujukan untuk menerjemahkan kuesioner penghalang kepatuhan (ABQ) dari Bahasa Inggris ke Bahasa Indonesia. Selain itu penelitian ini juga untuk mengetahui validitas dan reliabilitas ABQ di RSD dr. Soebandi Jember. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa hipertensi yang melakukan pengobatan di RSD dr. Soebandi Jember dengan jumlah 855 pasien. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan metode *convenience sampling*. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 280 responden. Analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah menggunakan SPSS versi trial. Analisis data yang dilakukan adalah *face validity*, *internal consistency reliability*, *exploratory factor analysis*, dan *descriptive analysis*.

Hasil penelitian menunjukkan ABQ memiliki nilai reliabilitas 0,685 sehingga dapat dikatakan bahwa kuesioner ini reliabel. ABQ memiliki validitas muka yang baik yang dapat dibuktikan dengan tidak adanya saran redaksional dari responden. Validitas struktural ABQ versi Bahasa Indonesia dapat memisahkan 4 faktor pembentuk kuesioner tetapi tidak dapat mengidentifikasi hambatan kepatuhan karena tidak diketahui cara pengkodean untuk menilai butir pertanyaan.

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Validitas dan Reliabilitas *Adherence Barrier Questionnaire* (ABQ) Versi Bahasa Indonesia pada Pasien Hipertensi”. Skripsi ini disusun guna memenuhi tugas akhir dan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) Fakultas Farmasi Universitas Jember.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan dan sumbangan pemikiran dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Lestyo Wulandari, S.Si., M.Farm., Apt. selaku Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember;
2. Bapak Antonius N. W. P, S.Farm., M.P.H., Apt. dan Ibu Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc., Apt. selaku Dosen Pembimbing yang senantiasa sabar dalam membimbing penulis.
3. Ibu Diana Holiday, S.F., M.Farm., Apt. dan Ibu Ika Norcahyanti, S.Farm.,M.Sc., Apt. selaku Dosen Penguji yang dengan penuh kesabaran memberikan masukan kepada penulis
4. Seluruh Dosen Fakultas Farmasi Universitas Jember yang telah memberi ilmu selama masa perkuliahan, juga staf dan karyawan atas segala bantuan yang diberikan selama penulis menjadi mahasiswa.
5. Keluarga dan seluruh mahasiswa Farmasi Universitas Jember angkatan 2014 yang telah memberi dukungan dan semangat kepada penulis.

Jember, Januari 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
HALAMAN RINGKASAN	vii
HALAMAN PRAKATA	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian	3
1.3. Manfaat Penelitian	3
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1. Penyakit Hipertensi	4
2.1.1. Definisi Hipertensi.....	4
2.1.2. Gejala Hipertensi	4
2.1.3. Patofisiologi Hipertensi	4
2.1.4 Pencegahan Hipertensi.....	5
2.1.5. Penalaksanaan Hipertensi	6

2.2. Kepatuhan Berobat	7
2.2.1. Besarnya Masalah Kepatuhan.....	7
2.2.2. Faktor Kepatuhan.....	8
2.3. Kuesioner	10
2.3.1. Definisi Kuesioner	10
2.3.2. Kelebihan Kuesioner.....	11
2.3.3. Kekurangan Kuesioner	11
2.3.4. Adherence Barrier Questionnaire	11
2.4. Translasi Adherence Barrier Questionnaire (ABQ) versi Bahasa Indonesia	13
2.5. Tinjauan Validitas	13
2.5.1. Definisi Validitas	13
2.5.2. <i>Face Validity</i>	14
2.5.3. <i>Structural validity</i>	14
2.6. Tinjauan Reliabilitas	14
2.6.1. Definisi Reliabilitas	14
2.6.2. Macam Reliabilitas	15
BAB 3. METODE PENELITIAN	16
3.1. Rancangan Penelitian	16
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian	16
3.3. Populasi, Sampel, dan Besar Sampel	16
3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	17
3.5. Variabel Penelitian	17
3.6. Definisi Operasional	17
3.7. Translasi <i>Adherence Barrier Questionnaire</i> (ABQ) Versi Indonesia ..	18

3.8. Instrumen Penelitian	20
3.9. Prosedur Pengumpulan Data	20
3.10. Pengolahan Data	20
3.11. Analisis Data	21
3.12. Pertimbangan Etika Penelitian	22
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	23
4.1. Hasil Penelitian	23
4.1.1. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas setelah <i>Pilot Survey</i>	23
4.1.2. Karakteristik Responden	23
4.1.3. Reliabilitas dan Validitas Struktural setelah <i>Actual Survey</i>	26
4.2. Pembahasan	30
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	36
5.1. Kesimpulan	36
5.2. Saran	36
DAFTAR PUSTAKA	36
LAMPIRAN	42

DAFTAR TABEL

	Halaman
4. 1. Karakteristik responden	24
4. 2. Obat yang Digunakan Sebagai Obat Antihipertensi	24
4. 3. Obat atau Pengobatan Alternatif yang Digunakan.....	25
4. 4. Penyakit Penyerta Berdasarkan Diagnosa Dokter.....	26
4. 5. Hasil <i>Structural Validity</i> ABQ 16 versi Bahasa Indonesia	27
4. 6. Hasil <i>Structural Validity</i> ABQ 15 versi Bahasa Indonesia	28
4. 7. Hasil <i>Structural Validity</i> ABQ 14 versi Bahasa Indonesia	29
4. 8. Persentase Nilai Hambatan Kepatuhan	30

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
3.1. Alur Penerjemahan Kuesioner	19



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
3. 1. Surat Pengantar Penelitian	42
3. 2. Surat Pengantar Penelitian	43
3. 3. Surat Pengantar Penelitian	44
3. 4. Surat Ijin Penelitian.....	45
3. 5. <i>Informed Consent</i>	46
3. 6. Kuesioner Penelitian	47
3. 7. Dokumentasi Penelitian	49
4. 1. Data Pilot Survey	50
4. 2. Hasil Uji Reliabilitas <i>Pilot Survey</i>	51
4. 3. Hasil <i>Descriptive Analysis</i>	52
4. 4. Hasil Uji Reliabilitas <i>Actual Survey</i> 16 Pernyataan (Sebelum Reduksi)	59
4. 5. Hasil Uji Reliabilitas <i>Actual Survey</i> 15 Pernyataan (Reduksi no 12)	60
4. 6. Hasil Uji Reliabilitas <i>Actual Survey</i> 14 Pernyataan (Reduksi no 12 dan 6) .	61
4. 7. Hasil Uji <i>Structural Validity</i> ABQ 16 pernyataan (sebelum direduksi)	62
4. 8. Hasil Uji <i>Structural Validity</i> ABQ 15 pernyataan (reduksi no 12).....	64
4. 9. Hasil Uji <i>Structural Validity</i> ABQ 14 pertanyaan (reduksi no 12 dan 6)	66
4. 10. Persentase Nilai Hambatan Kepatuhan	68

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Hipertensi merupakan tantangan kesehatan global yang penting karena dapat memicu penyakit kardiovaskular dan penyakit ginjal kronis yang dapat mematikan. Hipertensi juga memiliki prevalensi yang tinggi. Di seluruh dunia, hipertensi merupakan faktor risiko utama yang dapat dicegah untuk kematian dan kecacatan dini (Mills dkk., 2016). Sekitar 40% dari populasi dunia yang berusia di atas 25 tahun telah didiagnosis menderita hipertensi pada tahun 2008. Kematian akibat komplikasi hipertensi menyumbang 9,4 juta kasus per tahun di seluruh dunia. Hipertensi bertanggung jawab untuk setidaknya 45% kematian akibat penyakit jantung dan 51% kematian akibat stroke (*World Health Organization*, 2013).

Prevalensi hipertensi di negara berpenghasilan tinggi cenderung stabil atau menurun, tetapi di negara berpenghasilan rendah dan menengah meningkat (Mills dkk., 2016). Di Indonesia prevalensi hipertensi menurun dari 31,7% pada tahun 2007 menjadi 26,5% tahun 2013. Alat pengukur tensi yang berbeda sampai kemungkinan masyarakat sudah mulai sadar akan bahaya hipertensi bisa menjadi asumsi penurunan tersebut (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013).

Hipertensi hanya dapat dikendalikan melalui kontrol kesehatan secara rutin dan tidak dapat disembuhkan. Namun mengonsumsi obat secara teratur dan melakukan diet rendah garam dapat mengurangi risiko komplikasi pada kardiovaskular dan organ lain yang ada pada diri pasien (Evadewi dan Sukmayanti, 2013). Hanya sekitar 30% pasien yang menjalani pengobatan dan memiliki tingkat hipertensi terkontrol (Alfian, 2014). Penelitian lain juga menyebutkan bahwa sekitar 50% dari pasien dengan penyakit kronis diperkirakan tidak patuh terhadap pengobatannya (Brown dan Bussell, 2011).

Kunci keberhasilan pengobatan hipertensi terletak pada pemilihan obat dan penggunaan obat secara patuh (Handayani dkk., 2014). Kepatuhan merupakan perilaku pasien yang sesuai dengan instruksi dan disepakati oleh penyedia layanan kesehatan dalam pengambilan obat (Müller dkk., 2015). Kepatuhan pengobatan untuk penyakit kronis seperti hipertensi merupakan tantangan bagi semua pasien (Traylor dkk., 2010). Kompleksitas regimen obat, perilaku, biaya obat, usia, rendahnya dukungan sosial, dan problem kognitif diduga menjadi alasan ketidakpatuhan (Lailatushifah, 2012). Selain itu menurut Krousel-Wood dkk (2009) rendahnya kepatuhan pengobatan juga dapat dikaitkan dengan peningkatan biaya perawatan kesehatan, peningkatan penyakit kardiovaskular, dan lamanya rawat inap.

Ketidakpatuhan pengobatan sangat memengaruhi kesembuhan dan meningkatkan mortalitas pasien. Peningkatan kepatuhan terapi hipertensi dapat menghasilkan manfaat kesehatan dan ekonomi yang sangat besar. Untuk itu, diperlukan pemahaman penyebab multifaktorial untuk meningkatkan kepatuhannya (Brown dan Bussell, 2011). Menurut *World Health Organization* (2003) penyebab rendahnya kepatuhan pengobatan dapat diklasifikasikan menjadi 5 dimensi yaitu faktor terkait pasien, faktor terkait terapi, faktor terkait penyakit, faktor terkait tim tenaga kesehatan dan sistem kesehatan, serta faktor sosioekonomi.

Pasien yang tidak patuh pada akhirnya akan berhenti mengonsumsi obat (Brown dan Bussell, 2011). Kepatuhan terapi pasien hipertensi sendiri cenderung rendah. Diduga penderita hipertensi cenderung mengabaikan terapi selama belum ada komplikasi dari penyakit yang dialaminya (Sarampang dkk., 2014). Hal serupa juga diungkapkan oleh Evadewi dan Sukmayanti (2013) bahwa pasien hipertensi baru kembali mengonsumsi obat hipertensi jika timbul keluhan seperti sakit kepala, jantung berdebar, dan pengelihatn kabur.

Saat ini belum ada kuesioner berbahasa Indonesia yang sudah tervalidasi dan populer untuk menilai faktor-faktor yang menghambat kepatuhan pasien hipertensi. Di Jerman, Muller dkk (2015) sudah mengembangkan kuesioner yang mampu mengidentifikasi hambatan kepatuhan dengan nama *Adherence Barrier*

Questionnaire (ABQ). Dibandingkan dengan kuesioner seperti MMAS dan Hill-bone yang menilai kepatuhan pasien dalam berobat, ABQ dapat menilai hambatan kepatuhan pasien. Untuk itu dapat dilakukan penerjemahan ke dalam Bahasa Indonesia, uji validitas, dan reliabilitas terhadap kuesioner tersebut.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, dapat dirumuskan beberapa permasalahan sebagai berikut:

- a. Bagaimana validitas *Adherence Barrier Questionnaire* versi Bahasa Indonesia pada pasien hipertensi ?
- b. Bagaimana reliabilitas *Adherence Barrier Questionnaire* versi Bahasa Indonesia pada pasien hipertensi ?
- c. Bagaimana hambatan kepatuhan pada pasien hipertensi ?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian meliputi:

- a. Untuk mengetahui nilai validitas *Adherence Barrier Questionnaire* pada pasien hipertensi.
- b. Untuk mengetahui nilai reliabilitas *Adherence Barrier Questionnaire* pada pasien hipertensi.
- c. Untuk mengetahui hambatan kepatuhan pada pasien hipertensi

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian meliputi:

- a. Memberikan pengetahuan tentang validitas *Adherence Barrier Questionnaire* berbahasa Indonesia pada pasien hipertensi.
- b. Menjadi dasar untuk diaplikasikannya *Adherence Barrier Questionnaire* di Indonesia.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Penyakit Hipertensi

2.1.1. Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah penyakit yang membutuhkan pengobatan lama bahkan seumur hidup karena merupakan penyakit kronis dengan karakteristik tekanan darah cenderung naik turun (Pratiwi, 2015). Penyakit ini menyebabkan peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg serta tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg dalam pengukuran keadaan tenang/istirahat dengan pengulangan pengukuran dua kali (Kemenkes, 2014). Peningkatan tekanan darah yang berlangsung lama dapat menyebabkan jantung koroner, gagal jantung, stroke, penyakit ginjal kronik, kerusakan retina maupun penyakit vaskular perifer (Yulanda dan Lisiswanti, 2017).

2.1.2. Gejala Hipertensi

Orang yang menderita hipertensi bertahun-tahun sering tidak merasakan suatu gejala, oleh karena itu hipertensi sering disebut sebagai "*silent killer*" (pembunuh diam-diam). Saat hipertensi sudah semakin lama dan memburuk, gejala seperti pusing, sakit kepala dan gangguan penglihatan sering dirasakan. Selain itu tekanan darah juga menunjukkan angka yang tinggi (Pratiwi, 2015). Menurut Kemenkes RI (2014) gejala hipertensi setiap individu tidak sama dan mirip dengan gejala penyakit lain. Gejala tersebut misalnya vertigo, rasa berat di bagian tengkuk, jantung berdegub kencang (palpitasi), penglihatan kabur, perdarahan dari hidung (mimisan), cepat lelah, dan telinga berdenging.

2.1.3. Patofisiologi Hipertensi

Patofisiologi hipertensi menurut Adnyana dkk (2008) dibedakan berdasarkan jenis hipertensi yaitu sekunder dan primer. Hipertensi sekunder disebabkan oleh sesuatu yang spesifik misalnya sindrom chusing, hipertiroid, hiperparatiroid, kehamilan, dan kerusakan organ aorta. Hipertensi primer,

mekanisme patofisiologi belum diketahui penyebabnya. Menurut Beevers dkk (2001) penyebab hipertensi primer meliputi faktor curah jantung, resistensi perifer, sistem renin-angiotensin-aldosteron, sistem saraf otonom dan faktor lain seperti bradikinin, endotelin, *Endothelium Derived Relaxing Factor* (EDRF), *Atrial natriuretic peptide* (ANP) dan Ouabain.

Menurut Bell dkk (2015) hipertensi primer disebabkan dua faktor utama yaitu hormon (*natriuretic*, renin, angiotensin, dan aldosteron) dan gangguan elektrolit. Hormon *natriuretic* akan meningkatkan konsentrasi natrium sehingga tekanan darah juga meningkat. Sistem renin, angiotensin, dan aldosteron (RAAS) akan mengatur natrium, kalium, dan volume darah sehingga akan menyebabkan perubahan tekanan darah di arteri. Angiotensin II akan mempersempit pembuluh darah, meningkatkan pelepasan bahan kimia yang dapat meningkatkan tekanan darah sehingga meningkatkan produksi aldosterone. Aldosteron akan membuat natrium dan air tinggal di dalam darah yang membuat volume darah bertambah sehingga meningkatkan tekanan darah dan jantung.

2.1.4. Pencegahan Hipertensi

Banyak cara yang dapat dilakukan untuk pencegahan hipertensi di antaranya pengendalian berat badan agar tidak obesitas, pola makan yang baik dan benar, memperbanyak aktivitas fisik dan menghindari rokok (Rahajeng dan Tuminah, 2009). Pencegahan juga dapat dilakukan dengan merubah kebiasaan mengonsumsi makanan asin dan yang mengandung lemak jenuh. Mengganti minyak jenuh dengan minyak tak jenuh juga dapat mengurangi risiko hipertensi. Minyak jenuh sangat berbahaya bagi tubuh karena dapat meningkatkan kolesterol total dan LDL. Selain itu menggunakan minyak goreng berulang juga berbahaya bagi tubuh karena mengandung lemak jenuh (Sugiharto, 2013).

2.1.5. Penatalaksanaan Hipertensi

Fokus utama penanganan hipertensi menurut The Seventh Report of the Joint National Committee (2003) yaitu mengurangi tekanan darah sehingga mencapai $<140/90$ mmHg. Sedangkan pada pasien hipertensi dengan penyakit penyerta seperti diabetes dan ginjal adalah $<130/80$ mmHg. Sehingga angka morbiditas dan mortalitas penyakit tersebut dapat berkurang. Cara untuk mencapai target tersebut dapat dilakukan dengan terapi non-farmakologi dan terapi farmakologi.

Menurut The Seventh Report of the Joint National Committee (2003) terapi non-farmakologi yang dapat dilakukan untuk pasien hipertensi adalah menghilangkan kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol, menjaga berat badan agar tidak obesitas, pembatasan asupan garam dan kolesterol, meningkatkan makan makanan sehat seperti buah dan sayur serta olahraga. Lebih lanjut Kemenkes RI (2014) juga menambahkan olahraga yang baik untuk pasien hipertensi adalah jalan kaki, jogging, bersepeda (20-25 menit) 3-5 kali per minggu juga istirahat cukup (6-8 jam/hari). Makanan yang harus dijaga oleh pasien hipertensi seperti makanan berlemak jenuh (paru, ginjal, otak dan minyak kelapa), makanan dengan tinggi garam natrium (biskuit, keripik, dan makanan kering yang asin), makanan dan minuman kaleng (*soft drink*, sarden, sosis dll), makanan dengan pengawetan (asinan sayur/buah, udang kering, ikan asin, abon dll), protein hewani tinggi kolesterol (kuning telur, kulit ayam, mentega, keju, mayonnaise dll), makanan yang mengandung alkohol seperti durian, tape, dan bumbu-bumbu yang mengandung natrium seperti kecap asin dan penyedap rasa.

Pengobatan hipertensi ringan dinilai lebih efektif dengan kombinasi pengobatan farmakologi dan perubahan gaya hidup daripada perubahan gaya hidup saja (Whelton dkk., 1998). Menurut *Eighth Joint National Committee* (2013) terapi farmakologi hipertensi untuk populasi kulit putih termasuk komplikasi diabetes adalah *thiazide diuretic*, *calcium channel blocker* (CCB), *angiotensin-converting enzyme* (ACE) *inhibitor*, atau *angiotensin receptor blocker* (ARB). Sedangkan untuk populasi kulit hitam pengobatan hipertensi awal maupun dengan komplikasi diabetes adalah *thiazide diuretic* atau CCB. Dosis

awal bisa ditingkatkan atau obat kedua harus ditambahkan (*diuretik thiazide, calcium channel blocker, ACE inhibitor* atau ARB dan jangan menggabungkan *inhibitor ACE* dengan ARB) jika dalam satu bulan pengobatan target tekanan darah tidak tercapai. Pemantauan tekanan darah harus dilakukan sampai mencapai target tekanan darah. Obat kelas lain seperti *beta-blocker* dan *aldosterone antagonist* (AA) dapat digunakan jika target tekanan darah tidak tercapai dengan kelas obat yang telah tercantum diatas. Pasien hipertensi dengan komplikasi *chronic kidney disease* (CKD) disarankan menggunakan *ACE inhibitor* atau ARB sebagai rujukan pertama terapi atau tambahan.

Jika seorang pernah didiagnosis hipertensi, terapi yang baik adalah keduanya yaitu farmakologi dan non-farmakologi (Bell dkk., 2015). Dengan mengetahui gejala dan faktor risiko terjadinya hipertensi diharapkan penderita dapat melakukan pencegahan dan penatalaksanaannya. Memodifikasi diet/gaya hidup ataupun obat-obatan bisa dilakukan agar komplikasi seperti serangan jantung, gangguan fungsi ginjal bahkan stroke dapat dihindarkan (Kemenkes, 2014).

2.2. Kepatuhan Berobat

2.2.1. Besarnya Masalah Kepatuhan

Masalah terapi farmakologi yang sering terjadi pada pasien adalah kepatuhan (Yap dkk., 2016). Kepatuhan merupakan suatu bentuk konsistensi modifikasi gaya hidup yang disarankan dan bukan hanya mengambil obat yang diresepkan saja. Sifat hipertensi yang bersifat seumur hidup dan tanpa gejala adalah faktor nyata dari ketidakpatuhan pasien terhadap terapi (Dennis dkk., 2011). Sebanyak 30-50% obat tidak diambil sesuai dengan petunjuk dokter (Lehane dan McCarthy, 2007). Untuk pasien lansia mereka kemungkinan lebih besar mendapat resep polifarmasi karena tak jarang komplikasi penyakit yang diderita. Dibanding dengan pasien yang lebih muda tingkat kepatuhan lansia cenderung lebih rendah (Yap dkk., 2016).

Untuk mengurangi tingginya angka penyakit hipertensi dibutuhkan peningkatan kepatuhan pasien (Perwitasari dkk., 2015). Disamping untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan, kepatuhan juga berperan penting dalam biaya pengobatan dan keselamatan pasien. Kebalikannya, ketidakpatuhan memiliki hasil yang buruk untuk sistem kesehatan dan kesehatan perorangan (Lau dkk., tanpa tahun).

2.2.2. Faktor Kepatuhan

Banyak keyakinan yang mempercayai bahwa kepatuhan merupakan hanya tanggung jawab pasien. Tidak adanya pemahaman faktor lain yang turut berperan mempengaruhi kepatuhan pasien. Menurut *World Health Organization* (2003) dan AlGhurair dkk (2012) ada lima dimensi penyebab rendahnya kepatuhan pengobatan yang dapat diklasifikasikan menjadi 5 dimensi yaitu faktor terkait pasien, faktor terkait terapi, faktor terkait penyakit, faktor terkait tim tenaga kesehatan dan sistem kesehatan, dan faktor sosioekonomi.

Faktor sosioekonomi mencakup semua keadaan sosial dan ekonomi pasien. Status sosial ekonomi belum bisa konsisten untuk memprediksi kepatuhan secara individual (AlGhurair dkk., 2012). Tapi di negara berkembang, rendahnya status sosial membuat pasien harus memiliki prioritas yang berbeda untuk masalah kesehatan. Prioritas tersebut membuat sumber dana yang ada untuk pemenuhan kepentingan anggota keluarga. Faktor-faktor yang memiliki dampak yang tinggi terhadap kepatuhan adalah rendahnya sosial ekonomi, buta huruf, pendidikan yang rendah, jauhnya sarana kesehatan, biaya pengobatan yang relative tidak murah, sampai minimnya pengetahuan tentang penyakit dan pengobatannya (World Health Organization, 2003).

Faktor tim tenaga kesehatan dan sistem kesehatan akan berhubungan dengan kepatuhan pasien. Semakin baik hubungan keduanya, maka kepatuhan pasien cenderung baik pula. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya adalah perkembangan layanan kesehatan yang kurang baik, distribusi obat yang kurang baik, rendahnya pengetahuan dan kurangnya pelatihan pelayanan dalam

menangani penyakit kronis, konsultasi yang terlalu singkat dan terburu-buru, umpan balik untuk kinerja pekerja yang buruk, lamanya jam kerja penyedia layanan kesehatan, sampai minimnya pengetahuan dan cara efektif untuk meningkatkan pelayanan kesehatan (World Health Organization, 2003). Selain itu menurut AlGhurair dkk (2012) faktor ini juga mencakup asuransi kesehatan dan penggantian obat-obatan.

Faktor terkait penyakit bisa menjadi penuntut yang berkaitan dengan suatu penyakit yang diderita pasien. Faktor yang menentukan kepatuhan secara kuat adalah yang berhubungan dengan tingkat keparahan gejala, tingkat ketidaksempurnaan (fisik, psikologis maupun sosial), tingkat keganasan penyakit, dan adanya perawatan yang cenderung kurang efektif (World Health Organization, 2003). Selain itu AlGhurair dkk (2012) juga menambahkan penyakit penyerta dan kebutuhan terkait penyakit. Hal tersebut berakibat pada cara pandang pasien terhadap penyakitnya, pentingnya perawatan lanjutan, dan tentunya prioritas kepatuhan berobat.

Faktor terkait terapi yang berkaitan dengan kepatuhan memiliki jumlah yang tidak sedikit. Misalnya adalah kerumitan rejimen pemberian obat dan efek samping obat (AlGhurair dkk., 2012). Selain itu World Health Organization (2003) juga menambahkan waktu berobat yang tidak sebentar, kegagalan pengobatan sebelumnya, sering terjadi perubahan dalam pengobatan, dan ketersediaan dukungan medis untuk menangani pasien. Tindakan campur tangan antara tenaga medis dan pasien juga harus disesuaikan agar lebih efektif. Terapi efektif adalah yang tidak melebihkan faktor terkait kepatuhan, tetapi bisa memodifikasi pengaruhnya.

Faktor terkait pasien merupakan faktor terkait dengan sumber daya, pengetahuan, sikap, kepercayaan, persepsi dan harapan pasien terhadap pengobatan. Sampai saat ini belum sepenuhnya dapat dipahami untuk mempengaruhi perilaku kepatuhan. Faktor-faktor terkait pasien yang diduga terkait perilaku kepatuhan adalah lupa, stress psikososial, cemas berlebih tentang efek samping pengobatannya, motivasi diri yang buruk, minimnya pengetahuan dalam mengelola gejala dan pengobatan penyakit, pikiran negatif tentang

pengobatan, hingga kesalahpahaman petunjuk pengobatan (World Health Organization, 2003). Kepercayaan yang tidak akurat tentang penyakit dan obat-obatan juga memiliki dampak pada kepatuhan pasien (AlGhurair dkk., 2012). Membangun motivasi intrinsik dengan pasien mungkin bisa membantu meningkatkan kepatuhan pengobatan juga.

Beragam campur tangan telah dilakukan oleh beberapa pihak seperti pelaku pelayanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut tidak semuanya memiliki tanggung jawab langsung, setiap pasien bisa jadi berbeda. Tetapi masing-masing faktor itu tetap memiliki porsi yang berbeda untuk memberikan peningkatan kepatuhan berobat.

2.3. Kuesioner

2.3.1. Definisi Kuesioner

Kuesioner adalah teknik pengumpulan informasi sehingga memungkinkan analisis perilaku dan karakteristik beberapa orang dalam suatu kelompok yang bisa terpengaruh oleh sistem yang sudah ada atau yang diajukan (Yola dan Budianto, 2013). Kuesioner bisa menjadi teknik pengumpulan data yang baik jika peneliti tahu apa yang bisa diharapkan dari responden dan variabelnya tepat (Sugiyono, 2006). Kuesioner yang baik harus memiliki dua persyaratan yaitu valid dan reliabel. Pengujian kuesioner bertujuan untuk mengetahui data yang dihasilkan dari alat ukur tersebut dapat menjamin kualitas penelitian sehingga didapat kesimpulan hubungan antar variabel yang akurat (Rahayu dan Lingga, 2009).

Menurut (Arikunto, 2006) kuesioner dapat dibedakan menjadi siapa yang menjawab dan cara menjawabnya. Dilihat dari sisi siapa yang menjawab, kuesioner dibagi menjadi dua yaitu kuesioner langsung dan tidak langsung. Kuesioner langsung adalah kuesioner yang diisi langsung oleh responden. Kuesioner tidak langsung adalah jika yang mengisi bukan orang yang ingin dicari keterangannya, misalnya para orang tua peserta didik. Dilihat dari sisi cara menjawab, kuesioner dibedakan menjadi kuesioner tertutup dan terbuka. Menurut

Hidayati (tanpa tahun) kuesioner tertutup adalah kuesioner dengan jawaban yang sudah disiapkan sehingga responden tinggal memilih jawaban menurut mereka. Kuesioner terbuka menuntun responden untuk memberikan jawaban sesuai kehendak mereka.

2.3.2. Kelebihan Kuesioner

Kelebihan kuesioner adalah jika penelitian dilakukan dalam ruang yang relatif kecil pengirimannya kepada responden tidak perlu melalui pos sehingga tidak memerlukan waktu yang lama (Sugiono,2006). Melalui kuesioner pengumpulan data dinilai lebih praktis, menghemat waktu dan tenaga karena penilai langsung bertemu dengan responden seperti metode wawancara (Mania, 2008).

2.3.3. Kekurangan Kuesioner

Kekurangan kuesioner yaitu jawaban yang diperoleh sering tidak valid karena tidak sesuai fakta dan cenderung subyektif. Apalagi jika pertanyaan dalam kuesioner tidak spesifik sehingga diperkirakan besar peluang responden yang memberikan jawaban di pihak penilai (Mania, 2008). Selain itu responden sering melewatkan satu atau beberapa pertanyaan karena tidak teliti. Jika kuesioner dikirim melalui pos, tingkat pengembaliannya cenderung rendah (Arikunto, 2006).

2.3.4. Adherence Barrier Questionnaire

Adherence Barrier Questionnaire merupakan kuesioner untuk menilai penghalang kepatuhan. Saat ini ABQ sudah diterjemahkan ke dalam Bahasa Jerman. Kuesioner ini terdiri dari 16 butir pernyataan yaitu :

1. *I fully understand what my doctor, nurse or the people at my pharmacy have explained to me so far.*
2. *I can mention the names of my medicines without hesitation.and their scope*

3. *I trust my doctor and agree to my therapy plan together with him.*
4. *My medications help me only if I take them absolutely regularly as recommended.*
5. *Medicines are all poisonous. You should avoid taking medicines at all if possible.*
6. *I feel basically healthy. Therefore I am sometimes unsure whether I really have to take my medicines daily.*
7. *I take my medicines every day automatically at a fixed time or on fixed occasions.*
8. *I feel that co-payments for medicines are a great burden.*
9. *I frequently forget things on an everyday basis.*
10. *Generally I often feel bad, and sometimes I feel discouraged and depressed.*
11. *I frequently have problems taking my medications or it is difficult for me to keep me on the accompanying conditions of the medication intake.*
12. *I have to overcome obstacles to my healthcare.*
13. *I really would need help on an everyday basis (and particularly related to my treatment with medicines). But I do not get any help.*
14. *I am really frightened of the side effects of my medicines.*
15. *In case I already noticed or in case I would notice side effects related to my medicines: I have talked or would talk to my doctor about them as soon as possible.*
16. *In case I already noticed or in case I would notice side effects related to my medicines: I have stopped/would stop my medications or took/would take less of them.*

Kuesioner tersebut terdiri dari empat pilihan jawaban yaitu sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju, dan sangat setuju. Skor untuk masing-masing jawaban adalah 4,3,2 dan 1 (Muller dkk., 2015).

2.4. Translasi Adherence Barrier Questionnaire (ABQ) versi Bahasa Indonesia

Proses translasi dilakukan dengan mengacu pada panduan World Health Organization (tanpa tahun). Tahapan yang dilakukan adalah *forward translation* dimana kuesioner diterjemahkan dari Bahasa Inggris ke Bahasa Indonesia menggunakan dua orang translator. Hasil terjemahan dalam Bahasa Indonesia tersebut dievaluasi dan didiskusikan bersama panel ahli. Tahap selanjutnya adalah *back-translation* yaitu menerjemahkan ulang kuesioner Bahasa Indonesia ke Bahasa Inggris. Kuesioner dapat diterjemahkan berulang kali dengan evaluasi bersama panel ahli sampai mendapatkan versi terbaik. Setelah kuesioner jadi, dilakukan *pilot study* untuk mengetahui hasil terjemahan memuaskan atau tidak. Jika memuaskan dapat dilanjutkan dengan *actual survey*.

2.5. Tinjauan Validitas

2.5.1. Definisi Validitas

Secara umum validitas dapat diartikan cerminan konstruk kuesioner untuk mengukur sejauh mana pengukuran dari survey dapat dikatakan akurat (Groves dkk., 2004). Menurut Golafshani (2003) validitas adalah seberapa jujur hasil penelitian untuk mengukur keabsahannya. Validitas umumnya dapat ditentukan dengan mengajukan serangkaian pertanyaan dan mencari jawaban dalam penelitian orang lain.

Jadi validitas terkait pada gambaran isi konstruk yang diukur secara akurat. Penelitian dapat dikatakan valid atau sah jika ukuran tersebut dapat mewakili konstruk instrumen (Silalahi, 2015). Apabila instrumen dapat mengukur dengan tepat dan memberikan hasil sesuai dengan tujuan pengukuran, instrumen tersebut dapat dikatakan punya validitas yang tinggi (Matodang, 2004). Validitas berhubungan dengan ketelitian dan ketepatan. Instrumen dapat disebut teliti jika mempunyai kemampuan menunjukkan secara cermat dan teliti ukuran sampel yang diukur. Instrumen dikatakan tepat jika instrumen tersebut tertuju pada sasaran penelitian dengan tepat (Silalahi, 2015).

2.5.2. *Face Validity*

Face validity merupakan aspek penilaian yang subyektif. Validitas tersebut akan mengevaluasi sejauh mana kuesioner dapat memberi penilaian tentang apa yang ingin diukur (Burns dkk., 2008). Menurut Hardesty dan Bearden (2004) *face validity* juga disebut sebagai tingkat dimana responden atau pengguna menilai bahwa item instrumen penilaian sesuai dengan konstruk yang ditargetkan dan tujuan penilaian.

2.5.3. *Structural validity*

Structural validity dapat diartikan sebagai tingginya nilai instrumen pengukuran yang merupakan gambaran yang sesuai dengan dimensi dari konstruk yang diukur (Aertssen dkk., 2016). *Structural validity* dari ABQ akan dinilai dengan *exploratory factor analysis* menggunakan SPSS versi trial. Penilaian tersebut merupakan korelasi dari masing-masing komponen kuesioner. Menurut Headley dkk (2012) *factor analysis* adalah struktur faktor dalam kuesioner yang dapat dibandingkan antara versi bahasa target dengan bahasa asli. Analisis ini akan menghasilkan kelompok-kelompok pertanyaan berdasarkan faktor kesamaan. Sehingga dapat digunakan untuk menetapkan apakah kelompok item tersebut dapat mewakili faktor yang diharapkan (Rattray dan Jones, 2007).

2.6. Tinjauan Reliabilitas

2.6.1. Definisi Reliabilitas

Reliabilitas adalah pengulangan percobaan secara konseptual yang merupakan hasil pengukuran variabilitas jawaban (Groves dkk., 2004). Joppe (2000) dalam (Golafshani, 2003; Silalahi, 2015) mengartikan reliabilitas sebagai konsistensi hasil dari suatu instrumen dengan representasi total populasi yang akurat dengan pengulangan dari waktu ke waktu. Jika metodologi dapat dilakukan kembali dari hasil penelitian tersebut, maka instrumen dapat dikatakan reliabel atau andal. Reliabilitas merupakan acuan untuk mengukur konstruk yang sama dalam konsistensi pengukuran lintas kesempatan dan item (Groves dkk., 2004).

Penilaian keandalan adalah bagian dari evaluasi ketat dari kuesioner baru (Cheong dkk., 2015).

2.6.2. Macam Reliabilitas

Menurut Cheong dkk. (2015) reliabilitas dibagi menjadi 3 yaitu *test-retest reliability*, *interrater reliability*, dan *internal consistency*. Metode *test-retest reliability* digunakan untuk memperoleh hasil yang konsisten dengan mengajukan pertanyaan yang sama pada individu yang sama dalam waktu berbeda. *Interrater reliability* akan menilai instrumen dilihat dari responden yang berbeda apakah didapat jawaban yang sama.

Internal consistency reliability memberikan gambaran tentang kolerasi item antar kuesioner. Ketika instrumen diukur dalam konstruk yang sama, apakah mereka konsisten (Tsang dkk., 2017). Peneliti akan menilai korelasi tiap-tiap item jawaban ke dalam konstruk (Cheong dkk., 2015). Umumnya *internal consistency reliability* disimbolkan dengan koefisien alpha (α) (Tsang dkk., 2017). Jika hasil uji reliabilitas menunjukkan $0,7 \leq \alpha \leq 0,9$ maka instrumen tersebut dianggap baik dan layak digunakan sebagai ukuran untuk penelitian (Burns dkk., 2008; Tsang dkk., 2017).

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional dengan desain *cross-sectional*. Penelitian ini ditujukan untuk menerjemahkan kuesioner penghalang kepatuhan (*ABQ*) dari Bahasa Inggris ke Bahasa Indonesia. Selain itu penelitian ini juga untuk mengetahui validitas dan reliabilitas *ABQ* pada pasien hipertensi di RSD dr. Soebandi Jember.

3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Universitas Jember dan RSD dr. Soebandi Jember. Pengambilan data dilakukan di Poli Jantung dan Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember selama 1 bulan mulai bulan November-Desember 2018. Pengolahan dan analisis data dilakukan di Universitas Jember selama 1 bulan dari bulan Desember-Januari 2018.

3.3. Populasi, Sampel, dan Besar Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa hipertensi yang melakukan pengobatan di RSD dr. Soebandi Jember dengan jumlah 855 pasien (Rekam medis RSD Dr. Soebandi, 2018). Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan metode *convenience sampling*. Besar sampel dalam penelitian ini mengacu pada artikel Tsang dkk (2017) yang menyebutkan bahwa besar sampel yang digunakan adalah 20:1 terhadap jumlah item kuesioner. Karena dalam *ABQ* terdapat 16 item pernyataan, jumlah sampel yang dibutuhkan adalah 20×16 pernyataan = 320 sampel. Dalam artikel tersebut dijelaskan bahwa ukuran sampel 50 dianggap sebagai sangat kurang, 100 sebagai kurang, 200 cukup, 300 baik, 500 sangat baik, dan 1000 atau lebih baik sekali. Tidak ada aturan mutlak ukuran

sampel yang diperlukan untuk memvalidasi kuesioner karena variasi dalam jenis kuesioner yang digunakan.

3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi adalah pasien yang menjalani pengobatan hipertensi di RSD dr. Soebandi Jember, berusia ≥ 18 tahun bisa membaca dan menulis, bersedia mengikuti penelitian dengan *informed consent* serta pendamping pasien yang mengetahui kondisi pasien, bisa membaca dan menulis. Kriteria eksklusi penelitian yaitu pasien yang menjalani pengobatan hipertensi pertama kali, memiliki penyakit penyerta lebih dari dua dan pasien yang tidak menyelesaikan kuesioner.

3.5. Variabel Penelitian

Variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini meliputi butir-butir pernyataan hasil terjemahan, usia, pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin, dan jaminan pelayanan kesehatan. Variabel terikat meliputi *face validity*, *structural validity*, *internal consistency reliability*, dan kepatuhan pasien.

3.6. Definisi Operasional

1. Validitas yang diuji pada penelitian ini adalah *face validity* dan *structural validity*.
2. Reliabilitas yang diuji pada penelitian ini adalah *internal consistency reliability* dengan mengetahui nilai *Cronbach Alpha coefficient*.
3. Kuesioner Penghalang Kepatuhan (ABQ) yang diterjemahkan ke Bahasa Indonesia adalah versi Bahasa Inggris dari penelitian Muller dkk (2015).
4. Pasien hipertensi adalah pasien yang pernah didiagnosis oleh dokter menderita hipertensi yang ditunjukkan oleh tekanan sistolik >140 mmHg dan/atau tekanan diastolik <90 mmHg.

3.7. Translasi *Adherence Barrier Questionnaire* (ABQ) Versi Indonesia

Pada penelitian ini dilakukan penerjemahan kuesioner dari Bahasa Inggris ke Bahasa Indonesia. Penerjemahan dilakukan lebih secara kontekstual daripada tekstual/kata per kata. Menurut World Health Organization (tanpa tahun) metode ini memiliki 4 tahapan (Gambar 3.1).

Tahapan pertama adalah *forward translation* yang merupakan penerjemahan dari bahasa negara asal ke bahasa negara target. Dibutuhkan satu penerjemah profesional dari bidang kesehatan dan memiliki pengetahuan tentang Bahasa Inggris yang baik tetapi bahasa ibunya harus menjadi bahasa utama dari negara target (Bahasa Indonesia). Tetapi dalam penelitian ini menggunakan dua penerjemah *forward translation* agar ada variasi dan hasil lebih baik.

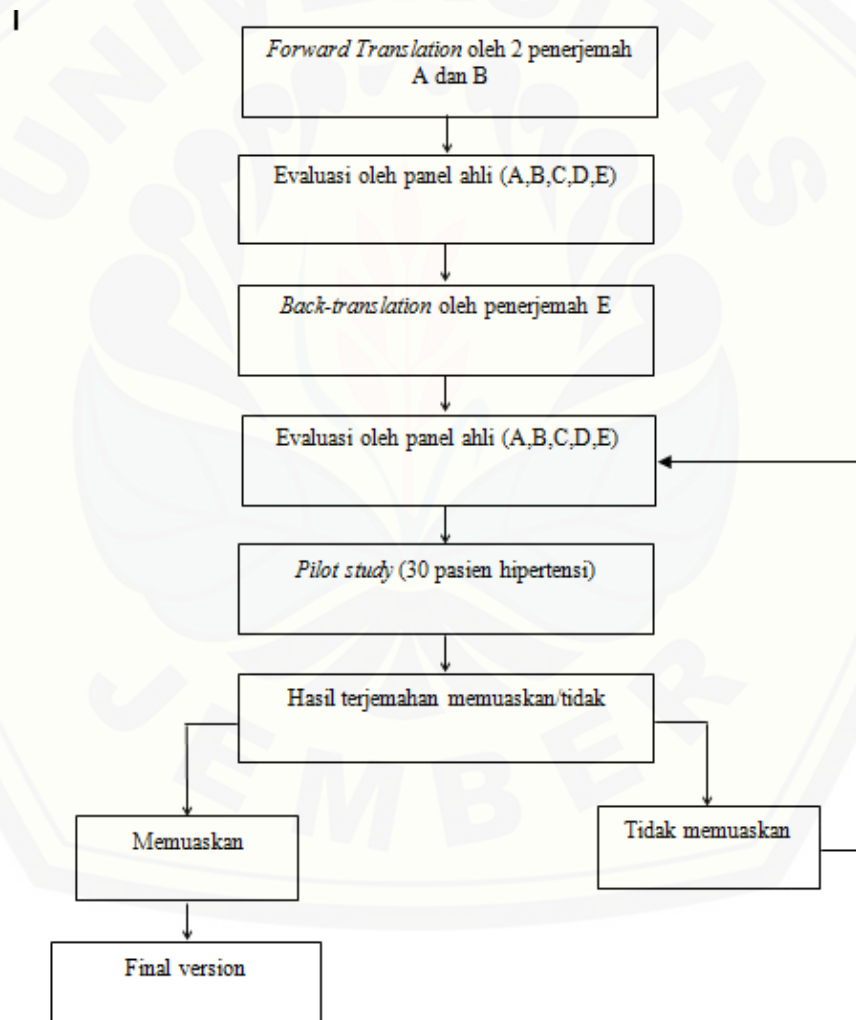
Tahap kedua membutuhkan panel ahli yang mahir berbahasa Inggris maupun Indonesia. Penelitian ini akan melibatkan penerjemah *forward translation* dan dosen pembimbing. Tugas panel ahli ini adalah evaluasi hasil terjemahan *forward translation* dan *back-translation*. Jumlah ahli bahasa dapat bervariasi. Secara umum, dibutuhkan penerjemah asli, ahli kesehatan, serta ahli dalam pengembangan instrumen dan terjemahan.

Tahap ketiga yaitu *back-translation*. Instrumen diterjemahkan kembali dari Bahasa Indonesia ke Bahasa Inggris oleh penerjemah independen. World Health Organization (tanpa tahun) menyarankan agar *back-translation* dilakukan oleh penerjemah dengan bahasa ibu Bahasa Inggris. Namun dalam penelitian ini saran tersebut tidak dapat dipenuhi karena pertimbangan situasi dan biaya. Penerjemah yang akan melakukan *back-translation* adalah yang paham kuesioner dan mengerti Bahasa Inggris dan Indonesia. Penerjemahan dapat diulang sebanyak yang diperlukan sampai didapat versi yang terbaik.

Tahap keempat adalah *pre-testing and cognitive interviewing*. Kuesioner yang sudah diterjemahkan diuji coba pada sampel dalam jumlah kecil (sekitar 30-50 responden) (Tsang dkk., 2017). *Pilot study* penelitian ini menggunakan 30 sampel responden pasien hipertensi. Sebelum dilakukan *pilot study*, perlu ditentukan responden yang dapat mewakili laki-laki dan perempuan dengan usia 18 tahun atau lebih tua dan dari kelompok sosioekonomi yang berbeda.

Responden diminta pendapat mengenai kuesioner tersebut untuk mengetahui apakah butir-butir pernyataan sudah dapat di mengerti.

Setelah proses translasi selesai dilakukan, kuesioner versi Bahasa Indonesia telah siap disebarakan ke sejumlah responden yang telah ditentukan sebelumnya. Semua prosedur adaptasi tersebut harus di dokumentasikan mulai dari proses *forward translation*, ringkasan rekomendasi panel ahli, *back-translation*, ringkasan masalah yang ditemukan selama *pilot study* dan modifikasi yang diusulkan serta versi terakhir.



Gambar 3. 1 Alur Penerjemahan Kuesioner

3.8. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan adalah *Adherence Barrier Questionnaire* versi Bahasa Indonesia. Kuesioner tersebut telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Jerman dalam penelitian Muller (2015). *ABQ* digunakan untuk menilai hambatan kepatuhan pengobatan yang terdiri dari 14 pertanyaan.

3.9. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan mendekati pasien potensial di ruang tunggu Poli Penyakit Dalam, Poli Jantung dan Apotek Rawat Jalan RSD dr. Soebandi Jember. Jika pasien tidak memungkinkan untuk dimintai mengisi kuesioner dan ada keluarga/pendamping pasien yang merasa lebih nyaman untuk mengisi kuesioner boleh diwakilkan kepada yang bersangkutan. Pengumpulan data ini ditargetkan selesai dalam tiga minggu. Oleh karena itu untuk mencapai 280 responden diperlukan target 17 responden per hari. Kesiapan responden untuk mengikuti penelitian dibuktikan dengan kesiapan mereka mengisi *informed consent*.

3.10. Pengolahan Data

Setelah semua data terkumpul dilakukan pengolahan data yang diawali dengan pengecekan atau pengoreksian data untuk menghilangkan kesalahan saat pencatatan di lapangan. Dilakukan pengkodean untuk setiap data yang akan dimasukkan ke dalam program SPSS seperti nama pasien, jenis kelamin, pengelompokan data untuk usia, dan jawaban dengan skala Likert. Data verbatim berupa sosiodemografi dan masing-masing skor dari kuesioner tersebut dimasukkan ke dalam program SPSS dengan dibuat tabulasi untuk memudahkan pengolahan data.

3.11. Analisis Data

Analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah menggunakan SPSS versi trial. Analisis data yang dilakukan adalah *face validity*, *internal consistency reliability*, *exploratory factor analysis*, dan *descriptive analysis*. *Face validity* dilihat secara kualitatif dari hasil *pilot study*, apakah ada saran perbaikan redaksional butir-butir pertanyaan. *Internal consistency reliability* dilihat dari nilai *Cronbach Alpha*. Jika hasil uji reliabilitas menunjukkan $0,7 \leq \alpha \leq 0,9$ maka dianggap bagus dan instrumen tersebut layak digunakan sebagai instrumen ukuran untuk penelitian (Burns dkk, 2008; Tsang dkk, 2017).

Exploratory factor analysis dilakukan dengan tahapan ekstraksi menggunakan *principal component analysis* (PCA). Nilai *Kaiser Meyer Olkin* (KMO) dan *Bartlett* digunakan untuk melihat apakah data bisa dilakukan analisis lebih lanjut. Syarat nilai KMO adalah diatas 0,5. Syarat nilai Bartlett adalah jika memiliki nilai yang sangat mendekati nol (Beavers dkk, 2013). Setelah itu dapat dilihat jumlah faktor yang terbentuk pada *scree plot*. Jika ada komponen yang memiliki *eigenvalue* >1 maka dapat membentuk faktor. Setelah terbentuk faktor, dapat dilihat *loading factor* untuk menentukan pernyataan kuesioner tersebut termasuk faktor mana. Syarat *loading factor* adalah harus lebih besar atau sama dengan 0,5 (Sufren dan Yonathan, 2014). Selanjutnya dilakukan perhitungan total *variance* untuk mengetahui seberapa banyak nilai faktor yang dapat menjelaskan secara keseluruhan. Syarat *variance* yang baik adalah lebih dari 50% (Cheong dkk, 2015).

Penentuan komponen dari faktor yang terbentuk dapat dilihat pada *pattern matrix*. Dari *pattern matrix* bisa dipilih *loading factor* terbesar untuk penentuan faktor. Syarat *loading factor* adalah harus lebih besar atau sama dengan 0,5 (Sufren dan Yonathan, 2014). Reduksi faktor dapat dilakukan jika terdapat *loading factor* yang berdiri sendiri, memiliki *loading factor* minus atau dibawah 0,5.

Descriptive analysis digunakan untuk melihat sosiodemografi pasien seperti usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, obat antihipertensi, pengobatan alternatif,

tekanan darah, dan penyakit penyerta. *Descriptive analysis* dapat mengetahui nilai rata-rata, tertinggi, dan terendah.

3.12. Pertimbangan Etika Penelitian

Peneliti memberikan lembar persetujuan (*informed consent*) kepada responden sebelum melakukan penelitian. Lembar persetujuan tersebut diberikan untuk menjaga kerahasiaan identitas pasien seperti nama pasien yang disimpan dalam bentuk inisial dan informasi lainnya. Data dari kuesioner yang telah diisi pasien hanya diketahui oleh peneliti dan pembimbing peneliti. Prosedur penelitian ini telah disetujui Komite Etik Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember dengan No. 182/UN25.8/KEPK/DL/2018

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dari validitas dan reliabilitas *Adherence Barrier Questionnaire* (ABQ) versi Bahasa Indonesia pada pasien hipertensi dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

- a. ABQ memiliki *face validity* yang baik yang dapat dibuktikan dengan tidak adanya saran redaksional dari responden dan dari *structural validity* dapat memisahkan 5 faktor pembentuk kuesioner.
- b. ABQ memiliki nilai reliabilitas 0,598 sehingga dapat dikatakan bahwa kuesioner ini tidak reliabel.
- c. Hambatan kepatuhan pasien hipertensi terbesar adalah mengenai kurangnya pengetahuan efek samping obat.

5.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, saran yang diberikan oleh penulis yaitu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai reliabilitas dan validitas ABQ dengan responden yang berbeda dengan jumlah responden yang lebih beragam.

DAFTAR PUSTAKA

- Adnyana, I. K., R. Andrajati, A. P. Setiadi, J. I. Sigit, dan E. Y. Sukandar. 2008. *ISO Farmakoterapi*. Jakarta: PT ISFI Penerbitan.
- Aertssen, W. F. M., G. D. Ferguson, dan B. C. M. Smits-Engelsman. 2016. Reliability and structural and construct validity of the functional strength measurement in children aged 4 to 10 years. *Physical Therapy*. 96(6):888–897.
- Alfian, R. 2014. Layanan pesan singkat pengingat untuk meningkatkan kepatuhan dan menurunkan tekanan darah pasien hipertensi di rsud dr. h. moch ansari saleh. *Media Farmasi*. 11(2):189–196.
- 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.
- Anggara, F. H. dan N. Prayitno. 2013. Faktor-faktor yang berhubungan dengan tekanan darah di puskesmas telaga murni cikarang barat tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. volume 5(1):20–25.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. Riset kesehatan dasar (riskesdas) 2013. *Laporan Nasional 2013*. 1–384.
- 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. *Tabachnick & Fidell*. 18(6)

- Beevers, G., G. Y. H. Lip, E. O. Brien, dan A. No. 2001. The pathophysiology of hypertension. *322(April):912–916*.
- Bell, K., J. Twiggs, dan B. R. Olin. 2015. Hypertension : the silent killer : updated jnc-8 guideline recommendations. *Alabama Pharmacy Association*. 1–8.
- Brown, M. T. dan J. K. Bussell. 2011. Medication adherence: who cares? *Mayo Clinic Proceedings*. 86(4):304–314.
- 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. *Cmaj*. 179(3):245–252.
- Cheong, A. T., S. F. Tong, 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. *Malaysian Family Physician*. 10(2):36–44.
- Dennis, T., N. K. Meera, K. Binny, M. S. Sekhar, G. Kishore, dan S. Sasidharan. 2011. Medication adherence and associated barriers in hypertension management in india. *CVD Prevention and Control*. 6(1):9–13.
- Eighth Joint National Committee. 2013. JNC 8 guidelines for the management of hypertension in adults. *America Medical Association*
- Evadewi, P. K. R. dan L. M. K. Sukmayanti. 2013. Kepatuhan mengonsumsi obat pasien hipertensi di denpasar ditinjau dari kepribadian tipe a dan tipe b. *Psikologi Udayana*. 1(1):32–42.
- Golafshani, N. 2003. Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report* 8:4. 8(4):597–607.
- Groves, R. M., F. J. Fowler Jr., M. P. Couper, J. M. Lepkowski, E. Singer, dan R. Tourangeau. 2004. *Survey Methodology*
- Handayani, D. S., R. Rusli, dan A. Ibrahim. 2014. Analisis karakteristik dan

kejadian drug related problems pada pasien hipertensi di puskesmas temindung samarinda. *Jurnal Sains*. 75–81.

Hardesty, D. M. dan W. O. Bearden. 2004. The use of expert judges in scale development implications for improving face validity of measures of unobservable constructs. 57:98–107.

Hidayati, K. tanpa tahun. Validasi instrumen non tes dalam penelitian pendidikan matematika. 503–511.

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

Krousel-Wood, M., T. Islam, L. S. Webber, R. N. 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.

Lailatushifah, S. N. F. 2012. Kepatuhan pasien yang menderita penyakit kronis dalam mengonsumsi obat harian. *Fakultas Psikologi Universitas Mercu Buana Yogyakarta*. 1–7.

Lehane, E. dan G. McCarthy. 2007. An examination of the intentional and unintentional aspects of medication non-adherence in patients diagnosed with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*. 16(4):698–706.

Lewa, A. F., I. D. P. Pramantara, dan B. Rahayujati. 2010. Faktor-faktor risiko hipertensi sistolik terisolasi pada lanjut usia. 26(4):171–178.

Mania, S. 2008. Teknik non tes: telaah atas fungsi wawancara dan kuesioner dalam evaluasi pendidikan. 45–54.

Matodang, Z. 2004. Validitas dan reliabilitas suatu instrumen penelitian. *Jurnal Tabularasa PPS UNIMED*. 6(9):81.

Mills, K. T., J. D. Bundy, T. N. Kelly, J. E. Reed, P. M. Kearney, K. Reynolds, J. Chen, dan J. He. 2016. Global disparities of hypertension prevalence and

control. *Circulation*. 134(6):441–450.

Müller, S., T. Kohlmann, dan T. Wilke. 2015. Validation of the adherence barriers questionnaire - an instrument for identifying potential risk factors associated with medication-related non-adherence quality, performance, safety and outcomes. *BMC Health Services Research*. 15(1)

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

Ohrbach, R., J. Bjoner, Q. Metric, M. Jezewski, M. T. John, dan F. Lobbezoo. 2012. *Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments*. 4. *Australian Journal of Guidance and Counselling*.

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.

Pratiwi, D. 2015. Gambaran pengetahuan pasien hipertensi terhadap penyakit hipertensi dan obat antihipertensi golongan ace-inhibitor dan diuretik. I:40–48.

Rahajeng, E. dan S. Tuminah. 2009. Prevalensi hipertensi dan determinannya di Indonesia. *Majalah Kedokteran Indonesia*. 59(12):580–587.

Rahayu, S. dan I. S. Lingga. 2009. Pengaruh modernisasi sistem administrasi perpajakan terhadap kepatuhan wajib pajak (survei atas wajib pajak badan pada kpp pratama Bandung " x "). *Jurnal Akuntansi*. 1(2):119–138.

Rattray, J. dan M. C. Jones. 2007. Essential Elements of Questionnaire Design and Development. *Journal of Clinical Nursing*. 2007.

Rekam medis RSD Dr.Soebandi. 2018. *No Title*

Sarampang, Y. T., H. M. Tjitrosantoso, dan G. Citraningtyas. 2014. Hubungan

pengetahuan pasien hipertensi tentang obat golongan ace inhibitor dengan kepatuhan pasien dalam pelaksanaan terapi hipertensi di rsup prof. dr. rd. kandou manado. *Jurnal Ilmiah Farmasi*. 3(3):225–229.

Sari, D. P. dan M. T. Listya. 2016. Pengaruh keikutsertaan pasien pada program jaminan kesehatan terhadap keberhasilan kontrol tekanan darah pada penderita hipertensi. 4(2):125–129.

Silalahi, U. 2015. *Metode Penelitian Sosial Kuantitatif*. Bandung: PT Refika Aditama.

Sufren dan Yonathan. 2014. *Belajar Otodidak SPSS Pasti Bisa*. Jakarta: PT Alex Media Komputindo.

Sugiharto, A. 2013. Faktor-Faktor Risiko Hipertensi Grade II Pada Masyarakat (Studi Kasus Di Kabupaten Karanganyar)

Sugiyono. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sutomo, B. 2008. *Menu Sehat Penakluk Hipertensi*. Jakarta: DeMedia.

The Seventh Report of the Joint National Committee. 2003. Prevention, detection, evaluation , and treatment of high blood pressure. *Blood Pressure*. 289(19):1206–1252.

Traylor, A. H., J. A. Schmittdiel, C. S. Uratsu, C. M. Mangione, dan U. Subramanian. 2010. Adherence to cardiovascular disease medications: does patient-provider race/ethnicity and language concordance matter? *Journal of General Internal Medicine*. 25(11):1172–1177.

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.

Whelton, P. K., L. J. Appel, M. A. Espeland, W. B. Applegate, W. H. Ettinger, J.

B. Kostis, S. Kumanyika, C. R. Lacy, K. C. Johnson, S. Folmar, dan J. A. Cutler. 1998. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (tone). *Jama*. 279(11):839–846.

Widharto. 2007. *Bahaya Hipertensi*. Jakarta: PT Sunda Kelapa.

World Health Organization. 2003. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Switerland: WHO. 4. *European Journal of Cardiovascular Nursing*.

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/). 4–7.


Yap, A. F., T. Thirumoorthy, dan Y. H. Kwan. 2016. Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 7(2):64–67.

Yola, M. dan D. Budianto. 2013. Analisis kepuasan konsumen terhadap kualitas pelayanan dan harga produk pada supermarket dengan menggunakan metode importance performance analysis (ipa). *Jurnal Optimasi Sistem Industri*. 12(12):301–309.

Yulanda, G. dan R. Lisiswanti. 2017. Penatalaksanaan hipertensi primer treatment of primary hypertension. *Medical Journal of Lampung University*. 6:25–33.

LAMPIRAN

Lampiran 3. 1. Surat Pengantar Penelitian

 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

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.


Wakil Dekan I,
Diana Holidah, S.F., M.Farm., Apt.
NIP. 197812212005012002

Lampiran 3. 2. Surat Pengantar Penelitian

 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

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 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.


Diana Holidah, S.F., M.Farm., Apt.
NIP. 19781221200501200

Lampiran 3. 3. Surat Pengantar Penelitian



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. : Della Karissa Putri / 142210101004
 Instansi : Fakultas Farmasi Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan penelitian untuk penyusunan skripsi yang berjudul :
 "Validitas dan Reliabilitas *Adherence Barrier Questionnaire* (ABQ) 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

D. H. WIDODO
 NIP. 19611225198812 1 001

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

Lampiran 3. 4. Surat Ijin Penelitian

 **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 : 423.4/3236 /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 : Della Karissa Putri
NIM : 142210101004
Fakultas : Fakultas Farmasi Universitas Jember
Judul Penelitian : Validitas dan Reliabilitas Adherence Barrier Question-
naire (ABQ) 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. Informed Consent

Kode Responden

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Bersedia untuk dijadikan subjek dalam penelitian yang berjudul:

“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. 6. Kuesioner Penelitian

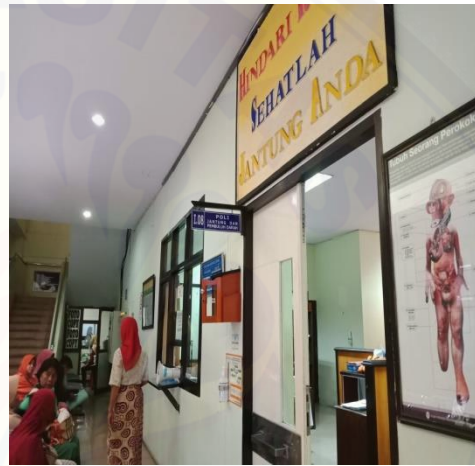
I. DATA SOSIODEMOGRAFI

1. Bulan dan tahun lahir
 - a. Bulan..... b. Tahun
2. Jenis kelamin
 - a. Perempuan
 - b. Laki-laki
- d. Pendidikan terakhir
 - a. Tidak sekolah
 - b. SD atau sederajat
 - c. SMP atau sederajat
 - d. SMA atau sederajat
 - e. Perguruan tinggi (Diploma, S1, S2, S3)
- e. Status perkawinan
 - a. Sudah menikah
 - b. Belum menikah
- f. Pekerjaan
 - a. Bekerja atau berwirausaha
 - b. Tidak bekerja
 - c. Mengurus rumah tangga
- g. Apakah saudara menggunakan jaminan kesehatan?
 - a. Ya,
 - b. Tidak
- h. Sudah berapa lama menderita tekanan darah tinggi? bulan/tahun
- i. Berapa tekanan darah Saudara terakhir kali periksa? / mmHg
- j. Apakah obat darah tinggi yang Saudara gunakan?
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.
- k. Apakah Saudara menggunakan **obat/pengobatan alternatif** untuk tekanan darah tinggi sebagai terapi tambahan obat darah tinggi?
 - a. Ya,
 - b. Tidak
- l. Apakah Saudara mengalami penyakit penyerta lain berdasarkan diagnosis dokter?
 - a. Ya,
 - b. Tidak

II. KUESIONER HAMBATAN KEPATUHAN

No	Pertanyaan/Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
		(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Saya sangat memahami apa yang dijelaskan oleh dokter, perawat, atau petugas apotek kepada saya selama ini.	1	2	3	4
2.	Saya dapat menyebutkan nama obat dan gunanya tanpa ragu.	1	2	3	4
3.	Saya percaya dokter saya dan setuju pada rencana terapi yang direncanakan bersamanya.	1	2	3	4
4.	Obat saya membantu saya hanya ketika saya meminumnya secara teratur sesuai anjuran.	1	2	3	4
5.	Semua obat beracun. Saudara seharusnya menghindari minum obat jika memungkinkan.	1	2	3	4
6.	Saya sebetulnya sehat. Oleh karena itu, saya terkadang ragu apakah saya memang harus minum obat setiap hari.	1	2	3	4
7.	Saya minum obat setiap hari secara otomatis pada waktu atau kondisi yang tetap.	1	2	3	4
8.	Saya merasa biaya tambahan di luar asuransi untuk menebus obat sangat memberatkan.	1	2	3	4
9.	Saya sering lupa sesuatu sehari-harinya.	1	2	3	4
10.	Secara umum saya sering merasa sedih dan kadang saya merasa putus asa dan tertekan.	1	2	3	4
11.	Saya sering memiliki masalah minum obat atau sulit bagi saya untuk memenuhi kondisi penyerta yang dibutuhkan untuk minum obat.	1	2	3	4
12.	Saya harus mengatasi masalah kesehatan saya.	1	2	3	4
13.	Saya sangat membutuhkan bantuan setiap hari (dan terutama terkait terapi dengan obat). Tetapi saya tidak mendapatkan bantuan apapun.	1	2	3	4
14.	Saya sangat takut dengan efek samping obat saya.	1	2	3	4
15.	Ketika saya sudah tahu atau akan tahu efek samping terkait obat saya: saya sudah atau akan membicarakannya dengan dokter saya secepat mungkin.	1	2	3	4
16.	Ketika saya sudah tahu atau akan tahu efek samping terkait obat saya: saya berhenti/akan berhenti minum obat atau mengurangi/akan mengurangi dosis obat tersebut.	1	2	3	4

Lampiran 3. 7. Dokumentasi Penelitian



Lampiran 4. 1. Data Pilot Survey

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

Keterangan :

KR : Kode Responden

JK : Jenis Kelamin

BTL : Bulan Tahun Lahir

Lampiran 4. 2. Hasil Uji Reliabilitas *Pilot Survey***Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha ^a	N of Items
-.194	16

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ABQ1	35.00	4.759	-.231	-.045 ^a
ABQ2	34.17	4.833	-.257	-.029 ^a
ABQ3	35.17	4.764	-.233	-.092 ^a
ABQ4	35.10	4.231	.006	-.211 ^a
ABQR5	33.47	5.085	-.342	.025
ABQR6	33.83	4.695	-.199	-.088 ^a
ABQ7	34.93	4.340	-.037	-.183 ^a
ABQR8	33.47	4.189	-.062	-.164 ^a
ABQR9	33.90	3.679	.298	-.408 ^a
ABQR10	33.97	3.482	.280	-.452 ^a
ABQR11	33.90	3.472	.416	-.496 ^a
ABQR12	32.90	3.610	.336	-.436 ^a
ABQR13	33.80	3.683	.299	-.407 ^a
ABQR14	33.53	4.533	-.191	-.042 ^a
ABQ15	34.87	4.602	-.169	-.095 ^a
ABQR16	33.50	4.603	-.179	-.079 ^a

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Lampiran 4. 3. Hasil *Descriptive Analysis***Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Usia	320	22	83	54.28	9.893
Lama menderita hipertensi (bulan)	320	0	324	72.91	62.204
Tekanan darah sistolik	317	95	220	149.69	17.009
Tekanan darah diastolik	158	60	120	80.32	9.049
Valid N (listwise)	158				

Tingkat Pendidikan terakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak sekolah	17	5.3	5.3	5.3
SD sederajat	96	30.0	30.0	35.3
SMP sederajat	62	19.4	19.4	54.7
SMA sederajat	106	33.1	33.1	87.8
Perguruan tinggi	39	12.2	12.2	100.0
Total	320	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Perempuan	167	52.2	52.2	52.2
Laki-laki	153	47.8	47.8	100.0
Total	320	100.0	100.0	

Status Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sudah menikah	320	100.0	100.0	100.0

Jenis Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid bekerja atau berwirausaha	129	40.3	40.3	40.3
tidak bekerja	109	34.1	34.1	74.4
mengurus rumah tangga	82	25.6	25.6	100.0
Total	320	100.0	100.0	

Jaminan Kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	29	9.1	9.1	9.1
	Ya	291	90.9	90.9	100.0
	Total	320	100.0	100.0	

Obat atau Pengobatan Alternatif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	275	85.9	85.9	85.9
	Ya	45	14.1	14.1	100.0
	Total	320	100.0	100.0	

Nama Obat Antihipertensi 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		123	38.4	38.4	38.4
	Amlodipin	134	41.9	41.9	80.3
	Bisoprolol	3	.9	.9	81.2
	Candesartan	1	.3	.3	81.6
	Captopril	38	11.9	11.9	93.4
	Furosemid	3	.9	.9	94.4
	Losartan	1	.3	.3	94.7
	Ramipril	12	3.8	3.8	98.4
	Simvastatin	1	.3	.3	98.8
	Valsartan	4	1.2	1.2	100.0
	Total	320	100.0	100.0	

Nama Obat Antihipertensi 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	262	81.9	81.9	81.9
Amlodipin	14	4.4	4.4	86.2
Bisoprolol	25	7.8	7.8	94.1
Candesartan	2	.6	.6	94.7
Captopril	4	1.2	1.2	95.9
Furosemid	4	1.2	1.2	97.2
Irbesartan	1	.3	.3	97.5
Ramipril	3	.9	.9	98.4
Valsartan	5	1.6	1.6	100.0
Total	320	100.0	100.0	

Nama Obat Antihipertensi 3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	308	96.2	96.2	96.2
Bisoprolol	3	.9	.9	97.2
Candesartan	1	.3	.3	97.5
Furosemid	1	.3	.3	97.8
Irbesartan	1	.3	.3	98.1
Ramipril	1	.3	.3	98.4
Simvastatin	1	.3	.3	98.8
Telmisartan	1	.3	.3	99.1
Valsartan	3	.9	.9	100.0
Total	320	100.0	100.0	

Detail obat atau pengobatan alternatif 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	275	85.9	85.9	85.9
air rebusan daun kersen	1	.3	.3	86.2
air rebusan daun seledri	1	.3	.3	86.6
air rebusan daun sirsak	6	1.9	1.9	88.4
air rebusan pare	1	.3	.3	88.8
akupuntur	4	1.2	1.2	90.0
avokad	1	.3	.3	90.3
bekam	1	.3	.3	90.6
buah mengkudu	3	.9	.9	91.6
cuka apel	1	.3	.3	91.9
jamu beras kencur	1	.3	.3	92.2
jamu bubuk	1	.3	.3	92.5
jamu gendong	2	.6	.6	93.1
jamu kunir	1	.3	.3	93.4
jamu pegel linu	1	.3	.3	93.8
jamu racikan buat sendiri	1	.3	.3	94.1
jeruk	1	.3	.3	94.4
mentimun	6	1.9	1.9	96.2
neurodex	1	.3	.3	96.6
pijat	4	1.2	1.2	97.8
semangka	2	.6	.6	98.4
spirulina	1	.3	.3	98.8
teh hijau	1	.3	.3	99.1
temulawak	2	.6	.6	99.7
wedang kayu manis	1	.3	.3	100.0
Total	320	100.0	100.0	

Detail obat atau pengobatan alternatif 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	310	96.9	96.9	96.9
air rebusan daun seledri	1	.3	.3	97.2
Akupunktur	1	.3	.3	97.5
bawang putih	2	.6	.6	98.1
Cincau	1	.3	.3	98.4
jamu kunir	1	.3	.3	98.8
Kalsium	1	.3	.3	99.1
Madu	2	.6	.6	99.7
Semangka	1	.3	.3	100.0
Total	320	100.0	100.0	

Penyakit Penyerta Berdasarkan Diagnosis Dokter

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	144	45.0	45.0	45.0
Ya	176	55.0	55.0	100.0
Total	320	100.0	100.0	

Nama penyakit penyerta 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	143	44.7	44.7	44.7
asam urat	5	1.6	1.6	46.2
Asma	2	.6	.6	46.9
Aterosklerosis	1	.3	.3	47.2
batu ginjal	6	1.9	1.9	49.1
benign prostatic hyperplasia	2	.6	.6	49.7
Diabetes	18	5.6	5.6	55.3
gagal ginjal	16	5.0	5.0	60.3
gagal jantung	62	19.4	19.4	79.7
jantung koroner	32	10.0	10.0	89.7
kanker tiroid	1	.3	.3	90.0
Kista	2	.6	.6	90.6
Kolesterol	16	5.0	5.0	95.6
lemah jantung	1	.3	.3	95.9
Liver	5	1.6	1.6	97.5
Maag	2	.6	.6	98.1
spondylosis lumbal	1	.3	.3	98.4
Stroke	2	.6	.6	99.1
Tiroid	2	.6	.6	99.7
Tumor	1	.3	.3	100.0
Total	320	100.0	100.0	

Nama penyakit penyerta 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	295	92.2	92.2	92.2
asam urat	4	1.2	1.2	93.4
batu empedu	1	.3	.3	93.8
benign prostatic hyperplasia	1	.3	.3	94.1
Diabetes	3	.9	.9	95.0
gagal ginjal	1	.3	.3	95.3
gagal jantung	1	.3	.3	95.6
jantung koroner	2	.6	.6	96.2
Kolesterol	7	2.2	2.2	98.4
omi anteroseptal	1	.3	.3	98.8
paru-paru	2	.6	.6	99.4
Stroke	1	.3	.3	99.7
Tumor	1	.3	.3	100.0
Total	320	100.0	100.0	

Lampiran 4. 4. Hasil Uji Reliabilitas *Actual Survey* 16 Pernyataan (Sebelum Reduksi)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.611	16

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ABQ1	34.9938	16.759	.005	.623
ABQ2	33.9125	16.174	.060	.624
ABQ3	35.1188	16.857	.025	.616
ABQ4	35.0656	16.695	.050	.616
ABQR5	33.3531	13.383	.417	.557
ABQR6	33.5781	14.044	.340	.575
ABQ7	35.0406	16.710	.037	.617
ABQR8	33.5531	13.094	.474	.544
ABQR9	33.7375	15.141	.324	.582
ABQR10	33.7813	14.598	.378	.572
ABQR11	34.2531	14.886	.498	.565
ABQR12	32.4438	17.144	-.080	.628
ABQR13	33.7938	13.462	.476	.547
ABQR14	32.9031	14.414	.283	.587
ABQ15	34.9844	16.950	-.038	.627
ABQR16	33.1438	15.584	.143	.612

Lampiran 4. 5. Hasil Uji Reliabilitas *Actual Survey* 15 Pernyataan (Reduksi no 12)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.628	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ABQ1	31.1938	16.777	.025	.638
ABQ2	30.1125	16.263	.061	.641
ABQ3	31.3188	16.920	.039	.632
ABQ4	31.2656	16.791	.050	.633
ABQR5	29.5531	13.464	.418	.577
ABQR6	29.7781	14.230	.324	.598
ABQ7	31.2406	16.748	.054	.633
ABQR8	29.7531	13.071	.493	.560
ABQR9	29.9375	15.294	.311	.603
ABQR10	29.9813	14.733	.369	.592
ABQR11	30.4531	14.901	.520	.582
ABQR13	29.9938	13.567	.473	.568
ABQR14	29.1031	14.563	.274	.608
ABQ15	31.1844	16.884	.003	.640
ABQR16	29.3438	15.769	.128	.632

Lampiran 4. 6. Hasil Uji Reliabilitas *Actual Survey* 14 Pernyataan (Reduksi no 12 dan 6)

Reliability Statistics

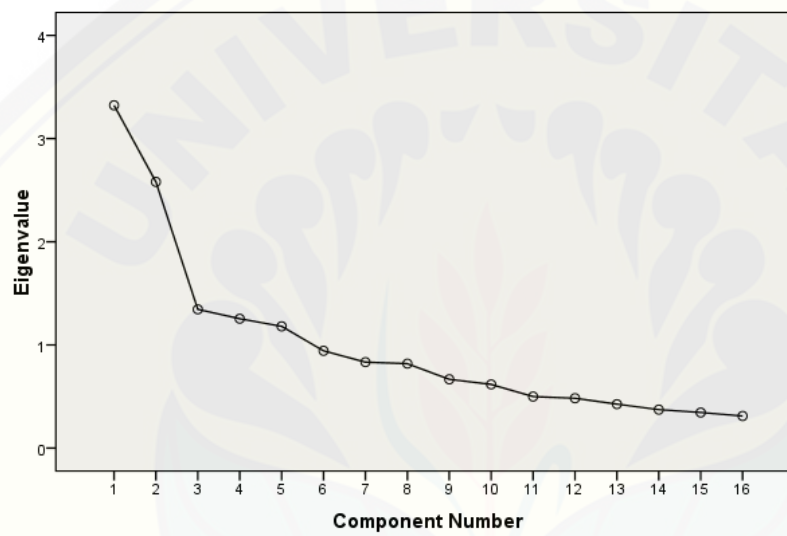
Cronbach's Alpha	N of Items
.598	14

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ABQ1	28.5281	13.648	.084	.602
ABQ2	27.4469	13.282	.080	.610
ABQ3	28.6531	13.908	.081	.599
ABQ4	28.6000	13.702	.112	.597
ABQR5	26.8875	11.392	.319	.562
ABQ7	28.5750	13.718	.094	.599
ABQR8	27.0875	10.550	.482	.518
ABQR9	27.2719	12.644	.281	.572
ABQR10	27.3156	12.022	.366	.555
ABQR11	27.7875	12.118	.538	.539
ABQR13	27.3281	10.967	.469	.526
ABQR14	26.4375	12.084	.229	.584
ABQ15	28.5188	13.799	.049	.606
ABQR16	26.6781	13.253	.069	.614

Lampiran 4. 7. Hasil Uji *Structural Validity* ABQ 16 pernyataan (sebelum direduksi)**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.705
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1.246E3
	df	120
	Sig.	.000



Total Variance Explained

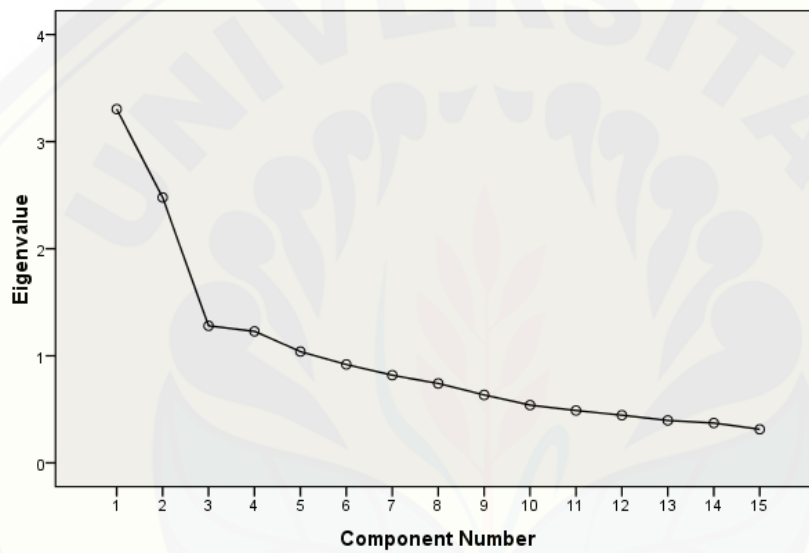
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings ^a
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	3.323	20.766	20.766	3.323	20.766	20.766	2.916
2	2.580	16.128	36.893	2.580	16.128	36.893	2.430
3	1.345	8.404	45.298	1.345	8.404	45.298	2.072
4	1.254	7.837	53.135	1.254	7.837	53.135	2.107
5	1.181	7.378	60.513	1.181	7.378	60.513	1.988
6	.943	5.893	66.407				
7	.833	5.207	71.614				
8	.818	5.115	76.729				
9	.667	4.168	80.896				
10	.617	3.859	84.756				
11	.500	3.123	87.878				
12	.484	3.023	90.901				
13	.426	2.665	93.566				
14	.373	2.331	95.897				
15	.345	2.158	98.055				
16	.311	1.945	100.000				

Pattern Matrix^a

	Component				
	1	2	3	4	5
ABQ1	-.235	.112	.630	.021	.071
ABQ2	.111	-.013	.777	.028	-.167
ABQ3	.011	-.153	.774	-.034	.087
ABQ4	.074	.026	.247	.731	-.101
ABQR5	.703	-.099	.013	-.193	.295
ABQR6	.565	.096	-.063	-.173	-.058
ABQ7	.067	-.034	-.140	.876	.092
ABQR8	.252	.349	.058	-.200	.443
ABQR9	-.236	.942	-.165	-.056	-.175
ABQR10	.001	.858	.091	.033	-.299
ABQR11	.341	.340	-.071	.228	.390
ABQR12	.076	.355	.019	-.004	-.889
ABQR13	.500	.313	.128	.113	.064
ABQR14	.766	-.141	.044	.142	-.132
ABQ15	-.333	.039	-.043	.445	.554
ABQR16	.682	-.135	-.171	.181	-.337

Lampiran 4. 8. Hasil Uji *Structural Validity* ABQ 15 pernyataan (reduksi no 12)**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.713
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1.146E3
	df	105
	Sig.	.000



Total Variance Explained

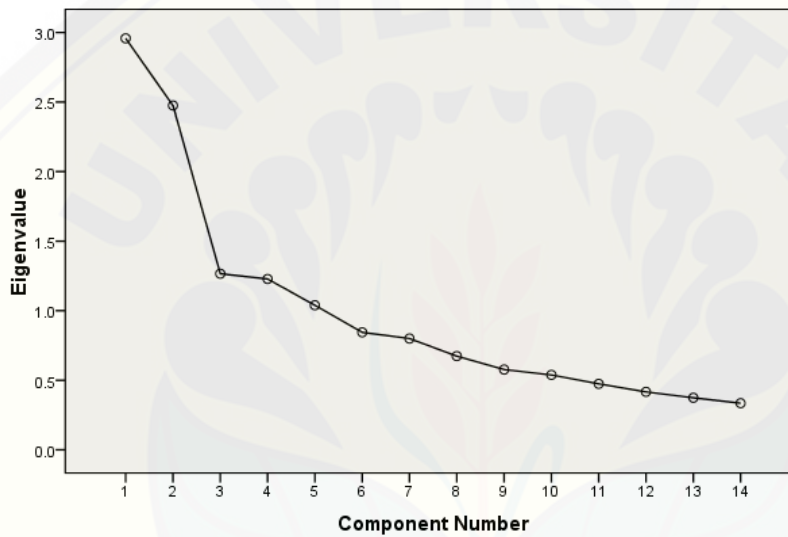
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings ^a
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	3.303	22.022	22.022	3.303	22.022	22.022	2.752
2	2.478	16.523	38.545	2.478	16.523	38.545	2.227
3	1.280	8.532	47.077	1.280	8.532	47.077	2.033
4	1.229	8.191	55.267	1.229	8.191	55.267	2.236
5	1.040	6.930	62.197	1.040	6.930	62.197	1.760
6	.919	6.127	68.325				
7	.819	5.459	73.784				
8	.742	4.946	78.730				
9	.634	4.230	82.960				
10	.539	3.597	86.556				
11	.489	3.259	89.815				
12	.446	2.971	92.786				
13	.396	2.641	95.427				
14	.372	2.482	97.909				
15	.314	2.091	100.000				

Pattern Matrix^a

	Component				
	1	2	3	4	5
ABQ1	-.085	.056	.646	-.146	.190
ABQ2	-.008	-.014	.776	.115	.004
ABQ3	.084	-.025	.755	-.085	-.129
ABQ4	.040	.707	.230	.091	-.098
ABQR5	.727	-.172	-.022	.218	-.215
ABQR6	.326	-.188	-.055	.398	.087
ABQ7	-.080	.936	-.114	.214	.025
ABQR8	.775	-.141	.027	-.190	.137
ABQR9	.070	-.055	-.129	-.081	.819
ABQR10	.040	-.002	.149	.187	.799
ABQR11	.772	.266	-.099	-.070	.076
ABQR13	.652	.076	.103	.147	.057
ABQR14	.179	.123	.077	.700	-.024
ABQ15	.206	.573	-.060	-.428	-.015
ABQR16	-.138	.136	-.105	.839	.080

Lampiran 4. 9. Hasil Uji *Structural Validity* ABQ 14 pertanyaan (reduksi no 12 dan 6)**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.693
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	998.151
	df	91
	Sig.	.000



Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings ^a
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	2.958	21.128	21.128	2.958	21.128	21.128	2.558
2	2.475	17.679	38.807	2.475	17.679	38.807	2.089
3	1.266	9.044	47.851	1.266	9.044	47.851	1.984
4	1.228	8.773	56.624	1.228	8.773	56.624	1.863
5	1.039	7.421	64.046	1.039	7.421	64.046	1.741
6	.845	6.034	70.079				
7	.800	5.713	75.793				
8	.674	4.812	80.604				
9	.577	4.121	84.725				
10	.538	3.845	88.570				
11	.474	3.388	91.959				
12	.416	2.975	94.934				
13	.374	2.673	97.607				
14	.335	2.393	100.000				

Pattern Matrix^a

	Component				
	1	2	3	4	5
ABQ1	-.099	.061	.654	-.140	.183
ABQ2	-.009	-.015	.764	.086	-.002
ABQ3	.077	-.022	.753	-.096	-.136
ABQ4	.022	.696	.243	.088	-.104
ABQR5	.738	-.190	-.056	.170	-.206
ABQ7	-.098	.925	-.114	.169	.018
ABQR8	.769	-.155	.022	-.172	.145
ABQR9	.053	-.050	-.138	-.103	.822
ABQR10	.048	-.018	.150	.206	.803
ABQR11	.764	.241	-.092	-.036	.084
ABQR13	.663	.046	.106	.185	.066
ABQR14	.232	.080	.052	.682	-.020
ABQ15	.150	.589	-.052	-.461	-.021
ABQR16	-.080	.098	-.130	.815	.085

Lampiran 4. 10. Persentase Nilai Hambatan Kepatuhan**ABQ1_MORETHAN2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	310	96.9	96.9	96.9
	1	10	3.1	3.1	100.0
	Total	320	100.0	100.0	

ABQ2_MORETHAN2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	196	61.2	61.2	61.2
	1	124	38.8	38.8	100.0
	Total	320	100.0	100.0	

ABQ3_MORETHAN2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	319	99.7	99.7	99.7
	1	1	.3	.3	100.0
	Total	320	100.0	100.0	

ABQ4_MORTEHAN2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	315	98.4	98.4	98.4
	1	5	1.6	1.6	100.0
	Total	320	100.0	100.0	

ABQ5_MORETHAN2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	109	34.1	34.1	34.1
	1	211	65.9	65.9	100.0
	Total	320	100.0	100.0	

ABQ6_MORETHAN2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	154	48.1	48.1	48.1
	1	166	51.9	51.9	100.0
	Total	320	100.0	100.0	

ABQ7_MORETHAN2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	314	98.1	98.1	98.1
1	6	1.9	1.9	100.0
Total	320	100.0	100.0	

ABQR8_MORETHAN2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	119	37.2	37.2	37.2
1	201	62.8	62.8	100.0
Total	320	100.0	100.0	

ABQR9_MORETHAN2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	151	47.2	47.2	47.2
1	169	52.8	52.8	100.0
Total	320	100.0	100.0	

ABQR10_MORETHAN2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	159	49.7	49.7	49.7
1	161	50.3	50.3	100.0
Total	320	100.0	100.0	

ABQR11_MORETHAN2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	282	88.1	88.1	88.1
1	38	11.9	11.9	100.0
Total	320	100.0	100.0	

ABQR12_MORETHAN2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	3	.9	.9	.9
1	317	99.1	99.1	100.0
Total	320	100.0	100.0	

ABQR13_MORETHAN2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	158	49.4	49.4	49.4
1	162	50.6	50.6	100.0
Total	320	100.0	100.0	

ABQR14_MORETHAN2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	73	22.8	22.8	22.8
1	247	77.2	77.2	100.0
Total	320	100.0	100.0	

ABQR15_MORETHAN2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	311	97.2	97.2	97.2
1	9	2.8	2.8	100.0
Total	320	100.0	100.0	

ABQR16_MORETHAN2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	70	21.9	21.9	21.9
1	250	78.1	78.1	100.0
Total	320	100.0	100.0	