



**EVALUASI TINGKAT KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT
PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI INSTALASI RAWAT JALAN RSUD Dr. HARYOTO
LUMAJANG**

SKRIPSI

Oleh
Miftakhul Jannah
NIM. 132210101054

**BAGIAN FARMASI KLINIK DAN KOMUNITAS
FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**EVALUASI TINGKAT KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT
PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI INSTALASI RAWAT JALAN RSUD Dr. HARYOTO
LUMAJANG**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Farmasi (S1) dan mencapai gelar Sarjana Farmasi

Oleh
Miftakhul Jannah
NIM. 132210101054

**BAGIAN FARMASI KLINIK DAN KOMUNITAS
FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Orang tua penulis Bapak Warmono, Ibu Budiarsi dan adik Moch. Sukron Abidar atas doa, jerih payah, kasih sayang, nasihat, dukungan, dan motivasi yang selalu mengiringi setiap langkah penulis.
2. Bapak dan ibu guru TK Asy-Syafi'iyah Wonorejo, SDN Wonorejo 1, SMPN 1 Kencong, SMAN 1 Kencong serta dosen dan segenap sivitas akademika Universitas Jember khususnya Fakultas Farmasi, yang telah menjadi tempat menimba ilmu dan membimbing dengan penuh kesabaran.
3. Teman-teman Farmasi angkatan 2013 terimakasih atas dukungan dan semangat kebersamaan yang sudah diberikan.

MOTO

“Dan bahwa manusia hanya memperoleh apa yang telah diusahakannya. Dan sesungguhnya usahanya itu kelak akan diperlihatkan (kepadanya). Kemudian akan diberi balasan kepadanya dengan balasan yang paling sempurna.”
(QS. An-Najm: 39-41)



*Departemen Agama Republik Indonesia. 2005. *Al-Qur'an dan Terjemahannya*. Bandung: Penerbit Jumanatul 'Ali-Art.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Miftakhul Jannah

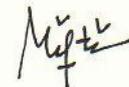
NIM : 132210101054

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Evaluasi Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah penulis sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Penulis 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 ini tidak benar.

Jember, 25 Oktober 2018

Yang menyatakan,



Miftakhul Jannah

NIM. 132210101054

SKRIPSI

**EVALUASI TINGKAT KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT
PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI INSTALASI RAWAT JALAN RSUD Dr. HARYOTO
LUMAJANG**

Oleh

Miftakhul Jannah
NIM. 132210101054

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ika Norcahyanti, S.Farm., M.Sc., Apt.

Dosen Pembimbing Anggota : Diana Holidah, S.F., M.Farm., Apt.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Evaluasi Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang” telah diuji dan disahkan pada:

Hari, tanggal : 25 Oktober 2018

Tempat : Fakultas Farmasi Universitas Jember

Tim Pembimbing

Pembimbing Utama,



Ika Norcahyanti, S.Farm., M.Sc., Apt.
NIP. 198505112014042001

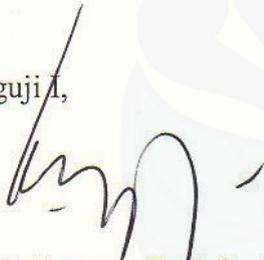
Pembimbing Anggota,



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

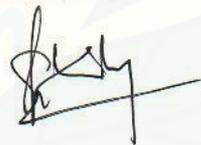
Tim Penguji

Penguji I,



Drs. Prihwanto Budi S. Apt., Sp.FRS.
NIP. 196409271992031006

Penguji II,



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

Mengesahkan

Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember



Lestyo Wulandari, S.Si., Apt., M.Farm.
NIP. 197604142002122001

RINGKASAN

Evaluasi Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang: Miftakhul Jannah, 132210101054; 2018; 76 Halaman; Fakultas Farmasi, Universitas Jember.

Diabetes melitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik kronis yang ditandai dengan tingginya kadar glukosa darah akibat terganggunya metabolisme karbohidrat, lemak dan protein. Penyakit diabetes melitus menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat dunia, dan menurut *International Diabetes Federation (IDF)*, lebih dari 371 juta orang menderita diabetes melitus dengan prevalensi 8,3%.

Berdasarkan Laporan Tahunan Rumah Sakit tahun 2012, kasus penyakit terbanyak untuk pasien rawat jalan di rumah sakit umum pemerintah tipe B dan tipe C di Provinsi Jawa Timur masih didominasi oleh penyakit diabetes melitus dengan jumlah kasus 102.399 kasus di rumah sakit umum pemerintah tipe B dan 35.028 kasus di rumah sakit umum pemerintah tipe C. Tujuan penatalaksanaan diabetes melitus termasuk pada kasus diabetes melitus tipe 2 secara umum adalah meningkatkan kualitas hidup penyandang diabetes, yang meliputi tujuan jangka pendek, tujuan jangka panjang, dan tujuan akhir pengelolaan.

Keberhasilan terapi diabetes melitus sangat dipengaruhi oleh kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Berdasarkan laporan WHO tahun 2003, rata-rata kepatuhan pasien untuk terapi jangka panjang pada penyakit kronis di negara maju mencapai 50%, sedangkan di negara berkembang lebih rendah. Rendahnya tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yakni karakteristik pengobatan dan penyakit (kompleksitas terapi, lama penyakit dan cara pemberian pelayanan), faktor intrapersonal (usia, jenis kelamin, menghargai diri sendiri, disiplin diri, stres, depresi dan penggunaan alkohol), faktor interpersonal (kualitas hubungan pasien dengan penyedia layanan kesehatan dan dukungan keluarga), serta faktor lingkungan (sistem lingkungan dan situasi berisiko tinggi).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan kuesioner kepatuhan *Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8)*. Sebelum melakukan penelitian, peneliti melakukan uji validitas dan uji reliabilitas yang dilakukan dengan pemberian kuesioner disertai tatap muka dan pendampingan tentang kuesioner tersebut kepada pasien diabetes melitus tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang sejumlah 30 orang.

Jenis penelitian ini merupakan penelitian non-eksperimental dengan pendekatan *cross-sectional*. Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 100 responden. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* yaitu menggunakan *purposive sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik pasien diabetes melitus tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang didominasi oleh pasien berusia <60 tahun dengan jenis kelamin perempuan. Ditinjau dari karakteristik pendidikan dan pekerjaan, didominasi oleh pendidikan terakhir SMA dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga. Sebagian besar pasien tidak memiliki keluarga yang bekerja di bidang kesehatan. Umumnya pasien yang melakukan pengobatan berstatus sebagai pasien JKN dan mengalami komplikasi seperti hipertensi, gangguan pada jantung, dan dislipidemia. Selain itu, pada penelitian ini juga didominasi oleh pasien yang menjalani pengobatan antidiabetik kombinasi dengan lama pengobatan <5 tahun.

Tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang sebanyak 60% memiliki tingkat kepatuhan tinggi, 34% memiliki tingkat kepatuhan sedang, dan sisanya 6% pasien memiliki tingkat kepatuhan rendah. Berdasarkan hasil penelitian, faktor jenis pengobatan ($p=0,030$) dan lama pengobatan ($p=0,009$) secara signifikan berhubungan dengan tingkat kepatuhan penggunaan obat. Sementara faktor jenis kelamin ($p=0,334$), usia ($p=1,000$), pendidikan ($p=0,779$), pekerjaan ($p=0,173$), keluarga kesehatan ($p=0,704$), status pasien ($0,359$) dan komplikasi ($1,000$) secara signifikan tidak berhubungan dengan tingkat kepatuhan penggunaan obat.

Pasien yang menjalani pengobatan monoterapi (satu jenis obat) akan lebih mudah untuk mengingat menggunakan obat karena hanya satu jenis obat, dibandingkan dengan pasien yang menjalani pengobatan kombinasi (dua jenis obat atau lebih) yang membutuhkan semangat yang tinggi dari pasien untuk menggunakan obat setiap hari. Semakin lama pasien menjalani pengobatannya, maka akan berpengaruh terhadap tingkat kepatuhannya karena efek samping yang muncul sudah terjadi, pasien sudah merasa bosan, atau pasien sudah beralih ke pengobatan alternatif sehingga jika tidak dievaluasi atau dimonitoring akan berdampak pada tingkat kepatuhan yang akan semakin turun.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Evaluasi Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Farmasi Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu, penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. Allah S.W.T, atas izin-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini untuk pencapaian gelar Sarjana Farmasi.
2. Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember, Ibu Lestyo Wulandari, S.Si., M.Farm., Apt.
3. Ibu Ika Norcahyanti, S.Farm., M.Sc., Apt. selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ibu Diana Holidah, S.F., M.Farm., Apt. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang penuh kesabaran memberikan bimbingan, dukungan, meluangkan waktu, doa dan saran kepada penulis selama penyusunan skripsi ini sehingga bisa terlaksana dengan baik.
4. Bapak Drs. Prihwanto Budi S., Apt., Sp.FRS dan Ibu Fransiska Maria C., S.Farm., M.Farm., Apt., terima kasih atas saran dan kritik yang berguna untuk penyusunan skripsi ini.
5. Ibu Ika Puspita Dewi, S.Farm., M.Biomed., Apt., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang selalu sabar memberikan bimbingan kepada penulis.
6. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Farmasi Universitas Jember yang telah memberikan ilmu, bimbingan, saran dan kritik kepada penulis.
7. Orang tua penulis Bapak Warmono dan Ibu Budiarsi dan adik Moch. Sukron Abidar yang telah memberikan semangat yang besar, perhatian, kasih sayang, tenaga, pikiran, motivasi dan doa kepada penulis terutama selama penyusunan skripsi ini.

8. Partnerku Prt. Ade Adhana, yang telah memberikan semangat yang besar, perhatian, cinta, kasih sayang, nasihat, motivasi, doa dan kesabaran dalam mendengarkan keluh kesah penulis terutama selama penyusunan skripsi ini.
9. Milly Farisa Kurnia dan Wahyu Kurnia Putri, sebagai rekan satu tim bidang Farmasi Komunitas yang memberikan bantuan, semangat, dan motivasi selama penyusunan skripsi ini.
10. Atika Sari Dyah P. dan Linda Hadi Lutfiah Sari, sebagai rekan Farmasi yang berasal dari Kencong yang memberikan semangat dan motivasi selama penyusunan skripsi ini.
11. Sahabatku, Jenar Bethari Ayu Sayekti, Retna Lorenza, Fironika Maghfiroh, Liska Fitriana, Amelia Sri Wahyuni Ningtyas, Atika Tri Ratna Sari yang memberikan semangat dan motivasi selama penyusunan skripsi ini.
12. Teman-teman kos di Lumajang, Fidyah Ayu Septiani dan Happy Yanuari Cinda, terimakasih atas bantuan selama penulis melakukan penelitian di RSUD Dr. Haryoto Lumajang.
13. Teman-teman yang menempuh skripsi di Farmasi Komunitas dan Keluarga Farmasetamol, terimakasih telah memberikan dukungan dan semangat, kepedulian dan kerjasama, dan banyak hal kepada penulis.
14. Semua responden yang telah meluangkan waktunya untuk membantu dalam penyelesaian tugas akhir ini.
15. Petugas di RSUD Dr. Haryoto Lumajang yang telah membantu selama proses penelitian.
16. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 25 Oktober 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Diabetes Melitus	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Etiologi	6
2.1.3 Patofisiologi	7
2.1.4 Gejala Klinik	7
2.1.5 Diagnosis	9

2.1.6	Komplikasi	10
2.1.7	Penatalaksanaan	10
2.2	Kepatuhan	14
2.2.1	Definisi Kepatuhan	14
2.2.2	Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kepatuhan	14
2.3	Evaluasi Tingkat Kepatuhan menggunakan Kuesioner <i>Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)</i>	15
BAB 3.	METODE PENELITIAN	18
3.1	Jenis dan Rancangan Penelitian	18
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	18
3.3	Definisi Operasional	18
3.4	Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pencuplikan	20
3.5	Kriteria Pengambilan Sampel	21
3.6	Teknik Penelitian	21
3.6.1	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	21
3.6.2	Uji Validitas	24
3.6.3	Uji Reliabilitas	24
3.7	Teknik Pengolahan dan Analisis Data	25
3.7.1	Pengolahan Data	25
3.7.2	Analisis Data	26
3.8	Pertimbangan dan Etika Penelitian	26
3.9	Alur Penelitian	27
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN	28
4.1	Jenis dan Rancangan Penelitian	28
4.1.1	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	28
4.1.2	Karakteristik Pasien	28
4.1.3	Tingkat Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2	30

4.1.4 Hubungan antara Karakteristik Pasien dengan Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat	32
4.2 Pembahasan	33
4.2.1 Karakteristik Pasien	33
4.2.2 Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat Pasien Diabetes Melitus Tipe 2	36
4.2.3 Hubungan antara Karakteristik Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat	39
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	41
5.1 Kesimpulan	41
5.2 Saran	41
DAFTAR PUSTAKA	43
LAMPIRAN	50

DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Penyajian data	22
3.2 Daftar pertanyaan dalam kuesioner penelitian	23
4.1 Karakteristik pasien	29
4.2 Persentase jawaban kuesioner kepatuhan	30
4.3 Kategori tingkat kepatuhan pasien berdasarkan skor total	30
4.4 Tingkat kepatuhan berdasarkan karakteristik pasien	31
4.5 Pengaruh karakteristik pasien terhadap tingkat kepatuhan	32

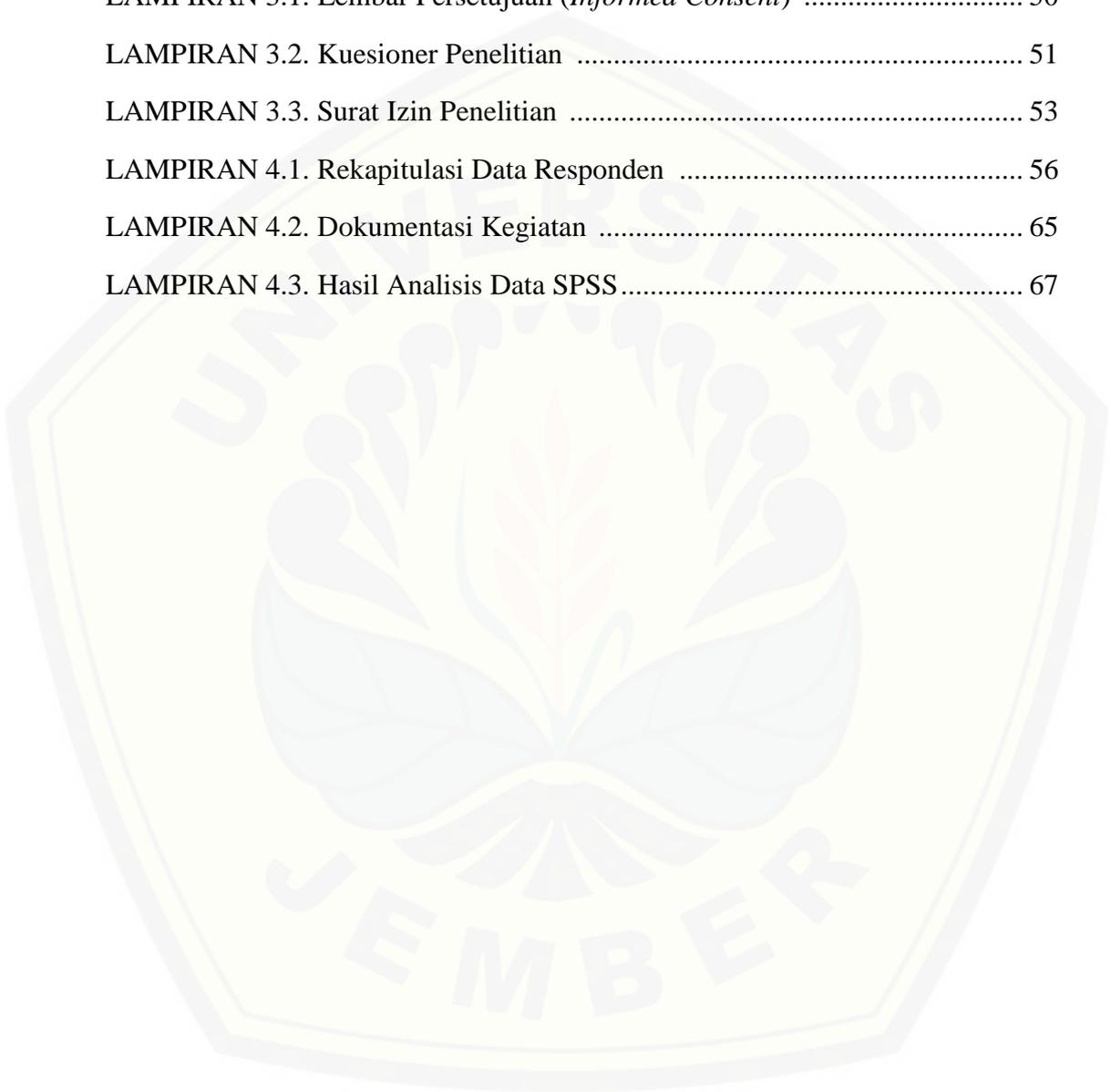
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
3.1 Skema alur penelitian	27



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
LAMPIRAN 3.1. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	50
LAMPIRAN 3.2. Kuesioner Penelitian	51
LAMPIRAN 3.3. Surat Izin Penelitian	53
LAMPIRAN 4.1. Rekapitulasi Data Responden	56
LAMPIRAN 4.2. Dokumentasi Kegiatan	65
LAMPIRAN 4.3. Hasil Analisis Data SPSS.....	67



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik kronis yang ditandai dengan tingginya kadar glukosa darah akibat terganggunya metabolisme karbohidrat, lemak dan protein (Dipiro *et al.*, 2015). Karakteristik diabetes melitus adalah hiperglikemia akibat defek sekresi insulin, fungsi insulin, atau keduanya. Hiperglikemia kronis berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi, dan kegagalan organ, terutama pada mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah (*American Diabetes Association*, 2010).

Penyakit diabetes melitus menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat dunia, dan menurut *International Diabetes Federation* (IDF), lebih dari 371 juta orang menderita diabetes melitus dengan prevalensi 8,3% (*International Diabetes Federation*, 2012). Diperkirakan jumlah penderita diabetes melitus di seluruh dunia pada usia 20-79 tahun mencapai 642 juta jiwa di tahun 2040 (*International Diabetes Federation*, 2015). Indonesia termasuk dalam sepuluh negara dengan penderita diabetes melitus pada rentang usia 20-79 tahun yang mencapai 7,6 juta jiwa dan menempati posisi ketujuh setelah Cina, India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia dan Meksiko (*International Diabetes Federation*, 2012).

Berdasarkan hasil riset Kementerian Kesehatan pada tahun 2013, terjadi peningkatan prevalensi diabetes melitus dari 1,1% pada tahun 2007 menjadi 2,1% pada tahun 2013 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Berdasarkan Laporan Tahunan Rumah Sakit tahun 2012 (per 31 Mei 2013), kasus penyakit terbanyak untuk pasien rawat jalan di rumah sakit umum pemerintah tipe B dan tipe C di Provinsi Jawa Timur masih didominasi oleh penyakit diabetes melitus dengan jumlah kasus 102.399 kasus di rumah sakit umum pemerintah tipe B dan 35.028 kasus di rumah sakit umum pemerintah tipe C (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013).

Menurut *American Diabetes Association* (2016), klasifikasi diabetes melitus meliputi: diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2, diabetes melitus

gestasional, dan diabetes melitus tipe lain (*American Diabetes Association*, 2016). Diabetes melitus tipe 2 merupakan tipe diabetes dengan jumlah penderita lebih banyak dibandingkan dengan diabetes melitus tipe 1 (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005). Penderita diabetes melitus tipe 2 mencapai 90-95% dari keseluruhan populasi penderita diabetes melitus (*American Diabetes Association*, 2015). Faktor yang cukup besar dalam menyebabkan terjadinya diabetes melitus tipe 2 yaitu faktor genetik dan pengaruh lingkungan, seperti obesitas, diet tinggi lemak dan rendah serat, serta kurang gerak badan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005).

Tujuan penatalaksanaan diabetes melitus termasuk pada kasus diabetes melitus tipe 2 secara umum yaitu meningkatkan kualitas hidup penyandang diabetes. Tujuan penatalaksanaan meliputi: tujuan jangka pendek, yaitu menghilangkan keluhan diabetes melitus, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurangi risiko komplikasi akut. Sedangkan untuk tujuan penatalaksanaan jangka panjang, yaitu mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati dan makroangiopati. Selain itu, juga terdapat tujuan akhir pengelolaan, yaitu turunnya morbiditas dan mortalitas diabetes melitus (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2015). Penatalaksanaan diabetes melitus mempunyai tujuan akhir untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas diabetes melitus, yang secara spesifik ditujukan untuk mencapai 2 target utama, yaitu: menjaga agar kadar glukosa plasma berada dalam kisaran normal dan mencegah atau meminimalkan kemungkinan terjadinya komplikasi diabetes melitus (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005).

Keberhasilan terapi diabetes melitus sangat dipengaruhi oleh kepatuhan pasien dalam menjalankan pengobatan (Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia, 2006). Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2003, rata-rata kepatuhan pasien dengan terapi jangka panjang pada penyakit kronis di negara maju mencapai 50%, sedangkan di negara berkembang lebih rendah. Rendahnya tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yakni karakteristik pengobatan dan penyakit (kompleksitas terapi, lama penyakit dan cara pemberian pelayanan), faktor

intrapersonal (usia, jenis kelamin, menghargai diri sendiri, disiplin diri, stres, depresi dan penggunaan alkohol), faktor interpersonal (kualitas hubungan pasien dengan penyedia layanan kesehatan dan dukungan keluarga), serta faktor lingkungan (sistem lingkungan dan situasi berisiko tinggi) (World Health Organization, 2003).

Tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan salah satunya dapat diukur menggunakan metode kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8). Kuesioner MMAS-8 terdiri dari tiga aspek yaitu frekuensi kelupaan dalam menggunakan obat, kesengajaan berhenti menggunakan obat tanpa diketahui oleh tim medis karena kondisi makin memburuk, dan kemampuan mengendalikan diri untuk tetap menggunakan obat. Kuesioner ini berisi 8 pertanyaan, dimana untuk pertanyaan nomor 1-7 terdapat dua kategori respon jawaban yaitu “iya” dan “tidak”, sedangkan untuk pertanyaan nomor 8 terdapat 5 kategori respon jawaban yaitu “tidak pernah”, “sesekali”, “kadang-kadang”, “biasanya”, dan “sepanjang waktu” (Krousel-Wood *et al.*, 2009). Kuesioner MMAS-8 memiliki reliabilitas tinggi ($\alpha = 0,83$) dengan nilai sensitivitas 93% dan spesifisitas 53% (Morisky, 2008).

Penelitian yang terkait dengan evaluasi tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien diabetes melitus tipe 2 menggunakan instrumen kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) pernah dilakukan oleh Rasdianah pada tahun 2016 di Puskesmas Daerah Istimewa Yogyakarta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara keseluruhan tingkat kepatuhan pasien diabetes melitus tipe 2 berada pada tingkat kepatuhan yang rendah (Rasdianah *et al.*, 2016). Penelitian lainnya dengan menggunakan metode *pill count* dan kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) pernah dilakukan oleh Rosyida pada tahun 2015 di Puskesmas Kedurus Surabaya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan pasien berada pada tingkat kepatuhan yang rendah dan tidak ada hubungan antara hasil pengukuran kepatuhan berdasarkan metode *pill count* dan metode MMAS-8 (Rosyida *et al.*, 2015).

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, peneliti akan melakukan penelitian serupa tentang evaluasi tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien

diabetes melitus tipe 2 di RSUD Dr. Haryoto Lumajang. Penelitian ini dilakukan dengan pertimbangan bahwa RSUD Dr. Haryoto Lumajang merupakan rumah sakit kelas B Non Pendidikan yang juga menjadi rumah sakit rujukan untuk masyarakat wilayah Lumajang dan juga daerah sekitar Lumajang. Selain itu, hasil studi pendahuluan menunjukkan bahwa jumlah kunjungan pasien diabetes melitus pada bulan Januari sampai Agustus 2017 mencapai 1706 pasien, dengan rata-rata kunjungan 213 pasien per bulan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Bagaimanakah karakteristik pasien diabetes melitus tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang?
- b. Bagaimanakah tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang setelah dievaluasi menggunakan kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8)?
- c. Bagaimanakah hubungan antara karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, keluarga yang bekerja di bidang kesehatan, status pengobatan, komplikasi, jenis pengobatan antidiabetik, lama pengobatan) dengan tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Menentukan karakteristik pasien diabetes melitus tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

- b. Menentukan tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang setelah dievaluasi menggunakan kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8).
- c. Menentukan hubungan antara karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, keluarga yang bekerja di bidang kesehatan, status pengobatan, komplikasi, jenis pengobatan antidiabetik, lama pengobatan) dengan tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Menambah informasi dan pengetahuan bagi penderita diabetes melitus tipe 2 tentang pentingnya kepatuhan penggunaan obat.
- b. Memberikan informasi ilmiah kepada pihak RSUD Dr. Haryoto Lumajang terkait tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani pengobatan di Instalasi Rawat Jalan.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diabetes Melitus

2.1.1 Definisi

Diabetes melitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik kronis yang ditandai dengan tingginya kadar glukosa darah akibat terganggunya metabolisme karbohidrat, lemak dan protein (Dipiro *et al.*, 2015). Menurut *American Diabetes Association* (2016), klasifikasi diabetes melitus meliputi: diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2, diabetes melitus gestasional, dan diabetes melitus tipe lain. Diabetes melitus tipe 2 dikarakteristikan dengan kombinasi tingkat resistensi insulin dan defisiensi insulin relatif (Dipiro *et al.*, 2015). Diabetes melitus tipe 2 terjadi akibat hilangnya sekresi insulin sel β secara progresif yang disebabkan oleh resistensi insulin (*American Diabetes Association*, 2017).

2.1.2 Etiologi

Sebagian besar pasien yang menderita diabetes melitus tipe 2 berkaitan dengan kegemukan. Pengaruh genetik juga menentukan kemungkinan seseorang menderita diabetes melitus tipe 2. Adanya sifat genetik yang belum teridentifikasi yang dapat menyebabkan pankreas mengeluarkan insulin yang berbeda, atau menyebabkan reseptor insulin tidak dapat berespon terhadap insulin secara adekuat. Adanya kemungkinan lain karena kaitan rangkai genetik yang berhubungan dengan kegemukan dan rangsangan reseptor insulin yang berkepanjangan, sehingga menyebabkan penurunan jumlah reseptor insulin yang terdapat di sel tubuh, penurunan ini disebut *downregulation* (Corwin, 2009). Etiologi diabetes melitus tipe 2 merupakan multifaktor yang belum sepenuhnya terungkap dengan jelas. Faktor genetik dan pengaruh lingkungan cukup besar dalam menyebabkan terjadinya diabetes melitus tipe 2, antara lain obesitas, diet tinggi lemak dan rendah serat, serta kurang gerak badan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005).

2.1.3 Patofisiologi

Diabetes melitus tipe 2 disebabkan oleh dua hal yaitu karena resistensi insulin atau penurunan respon jaringan perifer terhadap insulin dan terjadinya penurunan fungsi sel β pankreas secara relatif dalam mensekresi insulin (Bastaki, 2005). Fakta bahwa pada sekitar 80% penderita diabetes melitus tipe 2 terdapat hubungan antara diabetes melitus tipe 2 dengan obesitas, terutama obesitas daerah perut. Lemak pada bagian perut menyebabkan pelepasan jumlah asam lemak bebas secara berlebihan. Kadar asam lemak bebas yang tinggi menyebabkan resistensi insulin pada hati dan sel otot. Hal ini menyebabkan peningkatan glukoneogenesis di hati dan menghambat penyerapan glukosa oleh sel otot, yang menghasilkan peningkatan sirkulasi glukosa. Jika adiposit terlalu besar maka tidak dapat menyimpan lemak lagi. Lemak disimpan pada sel otot, hati dan pankreas yang memperburuk resistensi insulin pada organ-organ ini (Hackett dan Jacques, 2009). Resistensi insulin dimanifestasikan dengan peningkatan lipolisis dan produksi asam lemak bebas, peningkatan produksi glukosa hepatic, dan penurunan serapan otot skeletal terhadap glukosa (Dipiro *et al.*, 2015). Sel β akan meningkatkan jumlah insulin yang disekresikan untuk mengatasi resistensi insulin (Baynest, 2015). Pada akhirnya, kadar insulin yang tinggi tidak dapat dipertahankan dan fungsi sel β mulai memburuk, menyebabkan penurunan produksi insulin. Kemudian terjadi hiperglikemia dan biasanya gejala diabetes melitus tipe 2 mulai terlihat jelas. Pada saat diagnosis, penderita diabetes melitus tipe 2 sering kehilangan sekitar 50% fungsi sel β (Hackett dan Jacques, 2009).

2.1.4 Gejala Klinik

Diabetes melitus seringkali muncul tanpa gejala. Namun, ada beberapa gejala yang harus diwaspadai sebagai tanda kemungkinan menderita diabetes melitus. Gejala tipikal yang sering dirasakan penderita diabetes melitus antara lain: poliuria (sering buang air kecil), polidipsia (sering haus), dan polifagia (banyak makan/mudah lapar). Selain itu, sering muncul keluhan penglihatan kabur, koordinasi gerak anggota tubuh terganggu, kesemutan pada tangan atau

kaki, timbul gatal-gatal yang seringkali sangat mengganggu (pruritus), dan berat badan menurun tanpa sebab yang jelas. Gejala yang dikeluhkan pada diabetes melitus tipe 2 umumnya hampir tidak ada. Diabetes melitus tipe 2 seringkali muncul tanpa diketahui, serta penanganan baru dilakukan beberapa tahun kemudian setelah penyakit sudah berkembang dan komplikasi sudah terjadi. Pada penderita diabetes melitus tipe 2, umumnya lebih mudah terkena infeksi, sukar sembuh dari luka, daya penglihatan makin buruk, dan umumnya menderita hipertensi, hiperlipidemia, obesitas, serta komplikasi pada pembuluh darah dan syaraf (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005). Menurut Kowalak *et al.* (2011), tanda dan gejala diabetes melitus meliputi:

- a. Poliuria dan polidipsia yang disebabkan oleh osmolalitas serum yang tinggi akibat kadar glukosa serum yang tinggi
- b. Anoreksia (sering terjadi) atau polifagia (kadang-kadang terjadi)
- c. Penurunan berat badan karena tidak terdapat metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang normal sebagai akibat fungsi insulin yang rusak atau tidak ada
- d. Sakit kepala, rasa cepat lelah, mengantuk, tenaga yang berkurang, gangguan pada kinerja pekerjaan; disebabkan oleh kadar glukosa intrasel yang rendah
- e. Kram otot, iritabilitas, dan emosi yang labil akibat ketidakseimbangan elektrolit
- f. Gangguan penglihatan, seperti penglihatan kabur, akibat pembengkakan yang disebabkan glukosa
- g. Patirasa (baal) dan kesemutan akibat kerusakan jaringan saraf
- h. Gangguan rasa nyaman dan nyeri pada abdomen akibat neuropati otonom yang menimbulkan gastroparesis dan konstipasi
- i. Mual, diare, atau konstipasi akibat dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit maupun neuropati otonom
- j. Infeksi atau luka pada kulit yang lambat sembuhnya; rasa gatal pada kulit
- k. Infeksi kandida yang rekuren pada vagina atau anus.

2.1.5 Diagnosis

Kriteria diagnosis diabetes melitus adalah sebagai berikut:

- a. HbA1C > 6,5%.
- b. Kadar gula darah puasa (tidak ada asupan kalori minimal 8 jam) > 126 mg/dL.
- c. Kadar gula darah 2 jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) > 200 mg/dL yang dilakukan dengan menggunakan beban glukosa yang mengandung glukosa anhidrat 75 g yang terlarut dalam air.
- d. Pasien dengan gejala klasik hiperglikemia atau krisis hiperglikemia dengan kadar gula darah sewaktu > 200 mg/dL.

Dengan tidak adanya hiperglikemia yang tegas, kriteria a-c harus dikonfirmasi dengan tes ulang (Dipiro *et al.*, 2015).

American Diabetes Association (ADA) 2017 merekomendasikan untuk pemeriksaan diabetes melitus tipe 2 adalah sebagai berikut:

- a. Deteksi dini untuk diabetes melitus tipe 2 dengan penilaian terhadap faktor risiko atau alat yang divalidasi harus dipertimbangkan pada orang dewasa tanpa gejala.
- b. Pemeriksaan diabetes melitus tipe 2 pada penderita tanpa gejala harus dipertimbangkan pada orang dewasa dari semua usia yang mengalami kelebihan berat badan atau obesitas, serta yang memiliki satu atau lebih faktor risiko diabetes.
- c. Untuk semua orang, pemeriksaan harus mulai dilakukan pada usia 45 tahun.
- d. Jika tes menunjukkan hasil yang normal, pemeriksaan berulang dilakukan dengan jangka waktu minimal 3 tahun.
- e. Untuk tes diabetes melitus tipe 2, glukosa darah puasa, glukosa darah 2 jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) 75 g, dan A1C sama-sama tepat.
- f. Pada penderita diabetes, kenali dan obati faktor risiko penyakit kardiovaskuler lainnya.
- g. Pemeriksaan diabetes melitus tipe 2 harus dipertimbangkan pada anak-anak dan remaja yang kelebihan berat badan atau obesitas, serta yang memiliki dua atau lebih faktor risiko diabetes.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi diabetes melitus diklasifikasikan menjadi 2 kelompok besar, yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis. Komplikasi akut terjadi akibat ketidakseimbangan akut kadar glukosa darah, yaitu: hipoglikemia, diabetik ketoasidosis dan hiperglikemia hiperosmolar non ketosis. Sedangkan untuk komplikasi kronis terdiri dari komplikasi makrovaskuler (penyakit arteri koroner, penyakit cerebrovaskuler dan penyakit vaskuler perifer Smeltzer), mikrovaskuler (retinopati, nefropati) dan neuropati (Damayanti, 2015). Menurut Kowalak *et al.* (2011) komplikasi diabetes melitus meliputi:

- a. Penyakit mikrovaskuler, meliputi retinopati, nefropati, dan neuropati
- b. Dislipidemia
- c. Penyakit makrovaskuler, meliputi penyakit arteri koroner, arteri perifer, dan arteri serebri
- d. Ketoasidosis diabetik
- e. Sindrom hiperosmoler hiperglikemik nonketotik
- f. Kenaikan berat badan yang berlebihan
- g. Ulserasi kulit
- h. Gagal ginjal kronis.

2.1.7 Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan diabetes melitus yaitu meningkatkan kualitas hidup penyandang diabetes, yang meliputi: tujuan jangka pendek, yaitu menghilangkan keluhan diabetes melitus, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurangi risiko komplikasi akut; serta tujuan jangka panjang, yaitu mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati dan makroangiopati; dan tujuan akhir pengelolaan, yaitu turunya morbiditas dan mortalitas diabetes melitus (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2015). Terapi diabetes melitus dibedakan menjadi 2, yaitu terapi non farmakologi dan terapi farmakologi (National Diabetes Control Programme, 2010).

a. Terapi Non-Farmakologi

1) Manajemen Diet

Tujuan penatalaksanaan diet pada pasien diabetes melitus antara lain, memberikan makanan sesuai kebutuhan, mempertahankan kadar gula darah sampai normal atau mendekati normal, mempertahankan berat badan menjadi normal, mencegah terjadinya kadar gula darah terlalu rendah yang dapat menyebabkan pingsan, serta mengurangi atau mencegah komplikasi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011). Diet yang dianjurkan yaitu dengan mengonsumsi makanan dengan komposisi yang seimbang sesuai dengan kecukupan gizi, yaitu karbohidrat 60-70%, protein 10-15% dan lemak 20-25% (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005).

2) Latihan Fisik

Latihan fisik atau olahraga secara teratur dapat menurunkan dan menjaga kadar gula darah tetap normal. Beberapa contoh latihan fisik yang disarankan bagi penderita diabetes melitus antara lain, jalan atau lari pagi, bersepeda, berenang dan lain sebagainya (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005). Latihan fisik dapat membantu mencegah dan memperlambat onset penyakit diabetes melitus tipe 2 dan mengontrol kadar gula darah (Kurniawan dan Wuryaningsih, 2016).

b. Terapi Farmakologi

1) Terapi Insulin

Tujuan terapi insulin adalah menjaga kadar gula darah normal atau mendekati normal (Damayanti, 2015). Pada diabetes melitus tipe 2, insulin diperlukan pada keadaan: HbA1c > 9% dengan kondisi dekompensasi metabolik, penurunan berat badan yang cepat, hiperglikemia berat yang disertai ketosis, krisis hiperglikemia, gagal dengan kombinasi obat hipoglikemi oral dosis optimal, stres berat (infeksi sistemik, operasi besar, infark miokard akut, stroke), kehamilan dengan diabetes melitus gestasional yang tidak terkontrol dengan perencanaan makan, gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat, kontraindikasi dan atau alergi terhadap obat hipoglikemi oral, serta kondisi perioperatif sesuai dengan indikasi (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2015).

2) Obat Hipoglikemi Oral

Obat hipoglikemi oral untuk diabetes melitus tipe 2 seperti yang tercantum pada Dipiro *et al.*, (2015) dan *Pharmaceutical Care* untuk Penyakit *Diabetes Mellitus* (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005) adalah sebagai berikut:

a) Sulfonilurea

Golongan sulfonilurea bekerja dengan cara merangsang sekresi insulin pada kelenjar pankreas, sehingga obat ini hanya efektif pada penderita diabetes yang sel β pankreasnya masih berfungsi dengan baik. Contoh obat golongan sulfonilurea beserta dosis maksimum per hari adalah:

- (1) Asetoheksamid (1500 mg)
- (2) Klorpropamid (500 mg)
- (3) Tolazamid (1000 mg)
- (4) Tolbutamid (3000 mg)
- (5) Glipizid (40 mg)
- (6) Gliburid (20 mg)
- (7) Glimepirid (8 mg)

b) *Short-acting insulin secretagogues*

Obat hipoglikemik oral ini bekerja dengan cara merangsang sekresi insulin pada kelenjar pankreas dan meningkatkan kecepatan sintesis insulin oleh pankreas. Umumnya dipakai dalam bentuk kombinasi dengan obat antidiabetik oral lainnya. Contoh obat golongan *short-acting insulin secretagogues* beserta dosis maksimum per hari adalah Nateglinide (120 mg tiga kali sehari) dan Repaglinide (16 mg).

c) Biguanida

Golongan biguanida bekerja langsung pada hati (hepar), dengan menurunkan produksi glukosa hati dan tidak merangsang sekresi insulin oleh kelenjar pankreas. Contoh obat golongan biguanida beserta dosis maksimum per hari adalah Metformin (2550 mg).

d) Tiazolidindion

Golongan tiazolidindion bekerja meningkatkan kepekaan tubuh terhadap insulin, dengan cara berikatan dengan PPAR γ (*peroxisome proliferator activated receptor-gamma*) di otot, jaringan lemak dan hati untuk menurunkan resistensi insulin, dan juga menurunkan kecepatan glikoneogenesis. Contoh obat golongan tiazolidindion beserta dosis maksimum per hari adalah Pioglitazone (45 mg) dan Rosiglitazone (8 mg/hari atau 4 mg dua kali sehari).

e) Inhibitor α -glukosidase

Obat inhibitor α -glukosidase bekerja dengan menghambat kerja enzim pencernaan yang mencerna karbohidrat, sehingga memperlambat absorpsi glukosa ke dalam darah. Contoh obat golongan inhibitor α -glukosidase beserta dosis maksimum per hari adalah Acarbose (25-100 mg tiga kali sehari) dan Miglitol (25-100 mg tiga kali sehari).

f) *Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors (DPP-4 inhibitor)*

Obat *dipeptidyl peptidase-4 inhibitors (DPP-4 inhibitor)* bekerja dengan mengurangi sebagian glukagon yang tidak tepat secara postprandial dan merangsang sekresi insulin yang terikat pada glukosa. Contoh obat golongan *dipeptidyl peptidase-4 inhibitors (DPP-4 inhibitor)* beserta dosis maksimum per hari adalah:

- (1) Sitagliptin (100 mg)
- (2) Saxagliptin (5 mg)
- (3) Linagliptin (5 mg)
- (4) Alogliptin (25 mg)

g) Contoh produk kombinasi

Contoh produk kombinasi beserta dosis maksimum per hari adalah:

- (1) Gliburid (20 mg) / Metformin (2000 mg)
- (2) Glipizid (20 mg) / Metformin (2000 mg)
- (3) Rosiglitazon (8 mg) / Metformin (2000 mg)

2.2 Kepatuhan

2.2.1 Definisi

Kepatuhan merupakan keterlibatan pasien secara aktif dan sukarela dalam pengelolaan penyakitnya, dengan mengikuti alur pengobatan yang telah disepakati bersama, serta saling bertanggung jawab antara pasien dengan penyedia layanan kesehatan (World Health Organization, 2003). Kepatuhan terhadap pengobatan dapat diartikan sebagai kesesuaian perilaku pasien dengan instruksi yang diberikan oleh tenaga medis mengenai penyakit dan pengobatannya. Tingkat kepatuhan pasien digambarkan dengan persentase jumlah obat yang diminum setiap harinya dan waktu minum obat dalam jangka waktu tertentu (Osterberg dan Blaschke, 2005).

2.2.2 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kepatuhan

Faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan adalah segala sesuatu yang dapat meningkatkan atau menurunkan kepatuhan penderita terhadap pengobatan. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita diabetes melitus dikelompokkan ke dalam empat jenis (Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia, 2006):

1. Karakteristik dari penyakit dan pengobatannya

Hubungan antara tiga elemen dari pengobatan (kompleksitas terapi, lama penyakit dan cara pemberian pelayanan) dan penyakit itu akan memengaruhi kepatuhan pasien. Semakin kompleks regimen pengobatan, maka kemungkinan pasien akan mematuhi akan semakin kecil. Semakin lama pasien menderita diabetes melitus, maka semakin kecil pasien tersebut patuh terhadap pengobatannya. Pasien yang dilayani pada klinik dokter keluarga, lebih banyak mengunjungi dokternya dengan tujuan untuk mendapatkan konseling terapinya daripada untuk memeriksakan dirinya karena terserang penyakit akut.

2. Faktor intra-personal

Faktor-faktor penting intra-personal yang berhubungan dengan kepatuhan yaitu usia, jenis kelamin, penghargaan terhadap diri sendiri, disiplin diri, stres,

depresi dan penyalahgunaan alkohol. Pasien yang lebih muda lebih banyak melakukan terapi fisik daripada pasien yang lebih tua, serta orang dewasa tua lebih mematuhi regimen pengobatannya daripada dewasa muda.

3. Faktor inter-personal

Faktor penting inter-personal yaitu kualitas hubungan antara pasien dengan petugas pelayanan kesehatan dan dukungan keluarga. Komunikasi yang baik antara pasien dengan petugas kesehatan dapat meningkatkan kepatuhan pasien.

4. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang berhubungan dengan buruknya kepatuhan pasien diabetes melitus yakni sistem lingkungan dan situasi dengan risiko tinggi. Situasi dengan risiko tinggi merupakan situasi yang dapat menyebabkan terjadinya ketidakpatuhan. Sistem lingkungan yang berpengaruh terhadap kepatuhan pasien misalnya sistem ekonomi, sistem politik, budaya, ekologi, geografi, dan sistem kesehatan.

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005), faktor-faktor yang dapat memengaruhi kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan antara lain:

- a. Kurangnya pengetahuan pasien terhadap penyakitnya
- b. Kurangnya keyakinan pasien terhadap pengobatan
- c. Kurangnya pemahaman tentang petunjuk cara minum obat
- d. Biaya pengobatan yang cukup tinggi bagi pasien
- e. Adanya gangguan psikologi terutama depresi
- f. Adanya gangguan kognitif
- g. Kurangnya dukungan sosial dari keluarga atau kerabat.

2.3 Evaluasi Tingkat Kepatuhan menggunakan Kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)*

Kepatuhan pasien dalam menggunakan obat dapat diketahui dari metode yang digunakan untuk mengukurnya. Menurut Osterberg dan Blaschke (2005), tingkat kepatuhan terhadap pengobatan dapat diukur melalui dua metode, yang

meliputi: metode langsung, dapat dilakukan dengan mengukur konsentrasi obat atau metabolit obat didalam urin, dan mendeteksi atau mengukur penanda biologis dalam darah; dan metode tidak langsung, dapat dilakukan dengan bertanya kepada pasien tentang penggunaan obat, menilai respon klinik pasien, menghitung jumlah pil obat, menghitung tingkat pengambilan kembali resep obat, dan menggunakan kuesioner. Sedangkan berdasarkan perkembangannya, metode untuk mengukur kepatuhan pasien dibagi menjadi 2 jenis, yaitu metode tradisional dan metode modern. Metode tradisional meliputi: Laporan Pasien dan Apoteker (*Patient and Caregiver Self-Report*), Catatan Resep Ulangan (*Prescription Refill*), dan Perhitungan Obat Sisa (*Pill Counts*). Sedangkan metode modern meliputi: *The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised* (REALM-R), Survei Pengetahuan Pengobatan (*The Medication Knowledge Survey*), dan Metode Skala Morisky Termodifikasi (*The Modified Morisky Scale*) (Fauzi dan Nishaa, 2018).

Salah satu metode tidak langsung pada pengukuran tingkat kepatuhan terhadap pengobatan yaitu dengan menggunakan kuesioner. Menurut Lam dan Fresco (2015), kuesioner yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan terhadap pengobatan yaitu: *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), *Hill-Bone Compliance Scale* (Hill-Bone), *Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8), *Medication Adherence Questionnaire* (MAQ), *The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale* (SEAMS), dan *Medication Adherence Report Scale* (MARS). Keuntungan kuesioner MMAS-8 yaitu memiliki validitas dan reliabilitas tinggi pada pasien dengan penyakit kronis dibandingkan dengan kuesioner MAQ, serta kuesioner MMAS-8 tidak memiliki kelemahan dibandingkan dengan kelima kuesioner yang lain.

Pada tahun 1986, Dr. Morisky dan rekan-rekannya menerbitkan instrumen kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) yang pertama kali divalidasi dan digunakan pada pasien hipertensi yang menjalani pengobatan rawat jalan. Kuesioner Morisky ini memiliki 4 item dengan kategori dua macam jawaban 'ya' atau 'tidak'. Kekurangan kuesioner Morisky 4 item ini tidak menunjukkan nilai psikometrik yang baik, dengan nilai sensitivitas (81%), spesifisitas (44%), dan Cronbach's $\alpha = 0,61$ yang berada dibawah nilai ketentuan

(0,7). Pada tahun 2008, kuesioner Morisky 4 item kemudian dimodifikasi menjadi 8 item *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8). Tujuh item pertama merupakan kategori dua macam jawaban ‘ya’ atau ‘tidak’ dan item terakhir merupakan jawaban *Likert* lima poin. Dibandingkan dengan kuesioner Morisky 4 item, Morisky 8 item ini memiliki kelebihan antara lain: 1) Empat item yang ditambahkan untuk mengidentifikasi dan mengatasi keadaan atau situasi yang berkaitan dengan perilaku kepatuhan; 2) Memiliki nilai psikometrik yang jauh lebih baik, dengan nilai sensitivitas (93%), spesifisitas (53%), dan Cronbach’s $\alpha = 0,83$ yang berada diatas nilai ketentuan. Setelah itu MMAS-8 menjadi populer dan umum digunakan untuk penelitian klinis dan populasi yang berbeda (Tan *et al.*, 2014).

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) juga telah divalidasi untuk digunakan di beberapa negara dengan beberapa golongan pasien dan merupakan skala yang *valid* dan *reliable* untuk mengukur kepatuhan pada pasien hipertensi, diabetes, osteoporosis, epilepsi, infark miokard dan pasien yang menggunakan warfarin (Plakas *et al.*, 2016). MMAS-8 juga telah diterjemahkan dan divalidasi untuk menguji kepatuhan pasien diabetes melitus tipe 2 di Malaysia (223 pasien) dan China (41 pasien) (Vika *et al.*, 2016).

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian non eksperimental dengan rancangan deskriptif *cross-sectional*. Penelitian ini dilakukan dengan memberikan kuesioner MMAS-8 pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Pengambilan data dilakukan di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang pada bulan April – Juni 2018. Analisis data dilakukan di Fakultas Farmasi Universitas Jember.

3.3 Definisi Operasional

a. Pasien Diabetes Melitus Tipe 2

Pasien diabetes melitus tipe 2 adalah pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani pengobatan rawat jalan dan pernah menjalani pengobatan sebelumnya di RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

b. Karakteristik Pasien

Karakteristik pasien diabetes melitus tipe 2 adalah karakteristik pasien yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, keluarga yang bekerja di bidang kesehatan, status pasien, komplikasi, jenis pengobatan antidiabetik, dan lama pengobatan.

c. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah jenis kelamin pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani pengobatan rawat jalan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

d. Pendidikan

Pendidikan adalah jenjang pendidikan terakhir yang telah diselesaikan oleh pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani pengobatan rawat jalan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

e. Pekerjaan

Pekerjaan adalah kegiatan sehari-hari yang dilakukan pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani pengobatan rawat jalan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang untuk mendapatkan gaji atau upah.

f. Keluarga yang Bekerja di Bidang Kesehatan

Keluarga yang bekerja di bidang kesehatan adalah karakteristik pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani pengobatan rawat jalan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang yang merujuk pada apakah pasien memiliki keluarga yang bekerja di bidang kesehatan sebagai seorang tenaga kesehatan.

g. Status Pasien

Status pasien adalah status pengobatan pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani pengobatan rawat jalan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang yaitu pasien berobat secara umum dan menggunakan JKN.

h. Komplikasi

Komplikasi adalah karakteristik pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani pengobatan rawat jalan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang yang merujuk pada komplikasi pasien diabetes melitus tipe 2.

i. Jenis Pengobatan Antidiabetik

Jenis pengobatan antidiabetik adalah karakteristik pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani pengobatan rawat jalan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang yang merujuk pada pasien menjalani pengobatan secara monoterapi dan kombinasi.

j. Lama Pengobatan

Lama pengobatan adalah karakteristik pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani pengobatan rawat jalan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang yang merujuk pada lama pengobatan yang dijalani oleh pasien. Dalam penelitian

ini mengacu pada penelitian sebelumnya oleh bahwa lama pengobatan dibedakan atas <5 tahun dan ≥ 5 tahun.

k. Usia Pasien

Usia pasien adalah usia pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani pengobatan rawat jalan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang yang berusia ≥ 17 tahun.

l. Tingkat Kepatuhan Pasien

Tingkat kepatuhan pasien adalah tingkat kepatuhan pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani pengobatan rawat jalan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang setelah dievaluasi menggunakan kuesioner MMAS-8. Tingkat kepatuhan pasien dapat dikategorikan sebagai tingkat kepatuhan tinggi, sedang, dan rendah.

3.4 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pencuplikan

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani pengobatan rawat jalan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang. Sampel dalam penelitian ini merupakan bagian dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi yang telah ditentukan. Populasi dalam penelitian ini tidak diketahui dalam jumlah angka yang pasti, sehingga untuk menentukan besar sampel digunakan rumus sebagai berikut (Lemeshow *et al.*, 1990):

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

$Z_{1-\alpha/2}^2$ = nilai standar normal, jika $\alpha = 5\%$ maka $Z\alpha = 1,96$

P = proporsi dari kategorik variabel yang diteliti, jika belum ada penelitian sebelumnya, ditetapkan 50% (0,5)

d = kesalahan yang dapat ditolerir, sebesar 10% (0,1)

Sehingga dari rumus tersebut didapatkan besar sampel sebagai berikut:

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (1- 0,5)}{(0,1)^2}$$

$$n = 96,04$$

Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 100 responden. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* yaitu menggunakan *purposive sampling*.

3.5 Kriteria Pengambilan Sampel

Kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini dilakukan untuk menetapkan batasan-batasan pengambilan sampel. Kriteria inklusi adalah kriteria sampel yang akan dimasukkan dalam penelitian dan kriteria eksklusi adalah kriteria sampel yang tidak masuk dalam penelitian. Adapun kriteria inklusi yang ditentukan ialah:

- a. Pasien yang dinyatakan menderita diabetes melitus tipe 2 dengan atau tanpa komplikasi
- b. Berusia ≥ 17 tahun
- c. Pasien yang saat itu melakukan kontrol dan sebelumnya telah menjalani pengobatan dalam waktu minimal 1 bulan menggunakan obat antidiabetik oral
- d. Bersedia menjadi responden

Sedangkan kriteria eksklusi yang ditentukan adalah: pasien diabetes melitus tipe 2 yang tidak mengisi kuesioner secara lengkap.

3.6 Teknik Penelitian

3.6.1 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

Cara perolehan data akan dilakukan melalui dua tahapan, yaitu dengan penyebaran kuesioner MMAS-8 dan dilanjutkan dengan pencatatan data. Penyebaran kuesioner dilakukan secara langsung kepada responden. Data yang

Tabel 3.2 Daftar pertanyaan dalam kuesioner penelitian

No.	Daftar pertanyaan kuesioner asli dari jurnal <i>Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting</i>	Daftar pertanyaan kuesioner yang digunakan dan disesuaikan dengan kebutuhan penelitian
1.	<i>Do you sometimes forget to take your high blood pressure pills?</i>	Apakah Anda terkadang lupa meminum obat DM?
2.	<i>Over the past two weeks, were there any days when you did not take your high blood pressure medicine?</i>	Kadang kala orang tidak minum obat bukan karena lupa. Coba Anda ingat selama dua minggu terakhir, apakah Anda pernah tidak minum obat DM?
3.	<i>Have you ever cut back or stopped taking your medication without telling your doctor because you felt worse when you took it?</i>	Apakah Anda pernah berhenti minum obat DM tanpa memberi tahu dokter karena kondisi Anda malah memburuk setelah minum obat DM?
4.	<i>When you travel or leave home, do you sometimes forget to bring along your medications?</i>	Ketika bepergian atau meninggalkan rumah, apa terkadang Anda lupa membawa obat DM?
5.	<i>Did you take your high blood pressure medicine yesterday?</i>	Apakah Anda meminum semua obat DM satu hari yang lalu?
6.	<i>When you feel like your blood pressure is under control, do you sometimes stop taking your medicine?</i>	Ketika keluhan yang Anda rasakan sudah bisa diatasi, apakah Anda menghentikan minum obat DM?
7.	<i>Taking medication everyday is a real inconvenience for some people. Do you ever feel hassled about sticking to your blood pressure treatment plan?</i>	Meminum obat DM setiap hari bagi sebagian orang adalah hal yang tidak nyaman. Apakah Anda merasa kesulitan atau terbebani untuk patuh dengan rencana pengobatan Anda saat ini?
8.	<i>How often do you have difficulty remembering to take all your blood pressure medication?</i>	Seberapa sering Anda kesulitan mengingat untuk minum obat DM?

3.6.2 Uji Validitas

Uji validitas perlu dilakukan pada penelitian ini untuk mengetahui apakah kuesioner dapat benar-benar mengukur apa yang seharusnya diukur. Kuesioner yang digunakan dapat dikatakan valid apabila validitas yang dimiliki oleh kuesioner itu tinggi. Cara penilaian uji validitas yang akan dilakukan pada penelitian ini yaitu *content validity* dan *face validity*. *Content validity* merupakan ketepatan pengukuran didasarkan pada isi (*content*) kuesioner untuk memastikan bahwa item skala yang digunakan sudah memenuhi keseluruhan isi konsep dan kesesuaian item. Kuesioner yang telah dibuat dikoreksi terlebih dahulu oleh pembimbing hingga kuesioner dianggap layak dan valid untuk dijadikan sebuah alat ukur dalam penelitian. Beberapa hal yang dinilai oleh pembimbing antara lain pertanyaan dalam kuesioner. *Face validity* merupakan ketepatan susunan kata dan kalimat agar responden paham dan tidak menimbulkan makna ganda dalam penafsiran pernyataan di dalam kuesioner (Burns *et al.*, 2008). Metode ini dilakukan dengan pemberian kuesioner disertai tatap muka dan pendampingan tentang kuesioner tersebut kepada pasien diabetes melitus tipe 2 di RSUD Dr. Haryoto Lumajang sejumlah 30 orang (Umar, 2002).

3.6.3 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas pada penelitian ini dilakukan untuk melihat sejauh mana suatu alat pengukur dapat diandalkan dan dipercaya. Uji reliabilitas merupakan sejauh mana hasil pengukuran dalam penelitian ini tetap sama hasilnya, bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih pada gejala yang sama. Untuk melihat konsistensi internal, pada penelitian ini menggunakan metode *Cronbach Alpha* dengan program SPSS. Setelah diuji dengan *Cronbach Alpha*, peneliti selanjutnya membandingkan nilai reliabilitas yang dihasilkan. Bila koefisien reliabilitas $\alpha \geq 0,70$ maka suatu kuesioner dikatakan reliabel yang artinya kuesioner layak dan dapat digunakan. Sedangkan bila koefisien reliabilitas $\alpha < 0,70$ maka kuesioner dinyatakan tidak reliabel yang artinya kuesioner tidak layak dan tidak dapat digunakan (Burns *et al.*, 2008).

3.7 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1 Pengolahan Data

Data yang masih mentah (*raw data*) diolah sedemikian rupa agar bisa menjadi informasi, sehingga dapat digunakan untuk menjawab penelitian. Tahapan pengolahan data dapat dilakukan dengan *editing* dan *entry*. *Editing* merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian kuesioner untuk memastikan tidak terdapat *missing*. *Entry* merupakan pemasukan data berdasarkan variabel yang diteliti.

Dalam perhitungan data, dilakukan koding terlebih dahulu terhadap pilihan jawaban pada identitas responden agar dapat mempermudah dalam memasukkan data, meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, keluarga yang bekerja di bidang kesehatan, status pengobatan pasien, ada tidaknya komplikasi, jenis pengobatan antidiabetik, dan lama pengobatan. Jawaban dari masing-masing karakteristik pasien akan dihubungkan dengan kepatuhan pengobatan yang digunakan untuk menjawab rumusan masalah.

Kuesioner kepatuhan pasien menggunakan kuesioner MMAS-8. MMAS-8 merupakan kuesioner berisi 8 pertanyaan dengan kategori respon jawaban “IYA” dan “TIDAK” untuk pertanyaan nomor 1-7. Pertanyaan 1-4 dan 6-7 bernilai 1 jika jawaban “TIDAK” dan 0 jika jawaban “IYA”. Pertanyaan 5 bernilai 1 jika jawaban “IYA” dan bernilai 0 jika jawaban “TIDAK”. Pertanyaan 8 dinilai dengan empat skala sesuai dengan jawaban responden yakni bernilai 1 jika “TIDAK PERNAH”, bernilai 0,75 jika “SESEKALI”, bernilai 0,5 jika “KADANG-KADANG”, bernilai 0,25 jika “BIASANYA”, dan bernilai 0 jika “SEPANJANG WAKTU”. Sistem *scoring* untuk kuesioner kepatuhan pasien terbagi menjadi tiga kategori yakni: patuh ($x = 8$), sedang ($6 < x < 8$) dan tidak patuh ($x < 6$). MMAS-8 memiliki reliabilitas tinggi ($\alpha = 0,83$) dengan nilai sensitivitas 93% dan spesifisitas 53% (Morisky, 2008).

3.7.2 Analisis Data

Data diambil dari kuesioner yang sudah disebarakan kepada responden. Sesuai dengan rancangan penelitian survei analitik untuk data ordinal, maka data yang diperoleh, dikelompokkan, dan diklasifikasikan berdasarkan variabel yang akan diteliti. Pengolahan data dilakukan setelah data terkumpul. Data yang diperoleh dianalisis secara statistik menggunakan uji *Chi Square* dengan uji alternatif *Fisher Exact* dengan nilai signifikansi 95% ($p < 0,05$). Teknik analisis ini digunakan untuk menggambarkan hubungan antara satu variabel dengan variabel yang lain. Jika nilai $p > 0,05$ menunjukkan tidak terdapat hubungan antara variabel bebas dan variabel tergantung, jika $p < 0,05$ menunjukkan adanya hubungan antara variabel bebas dan variabel tergantung. Variabel bebas merupakan karakteristik responden, sedangkan variabel tergantung merupakan tingkat kepatuhan.

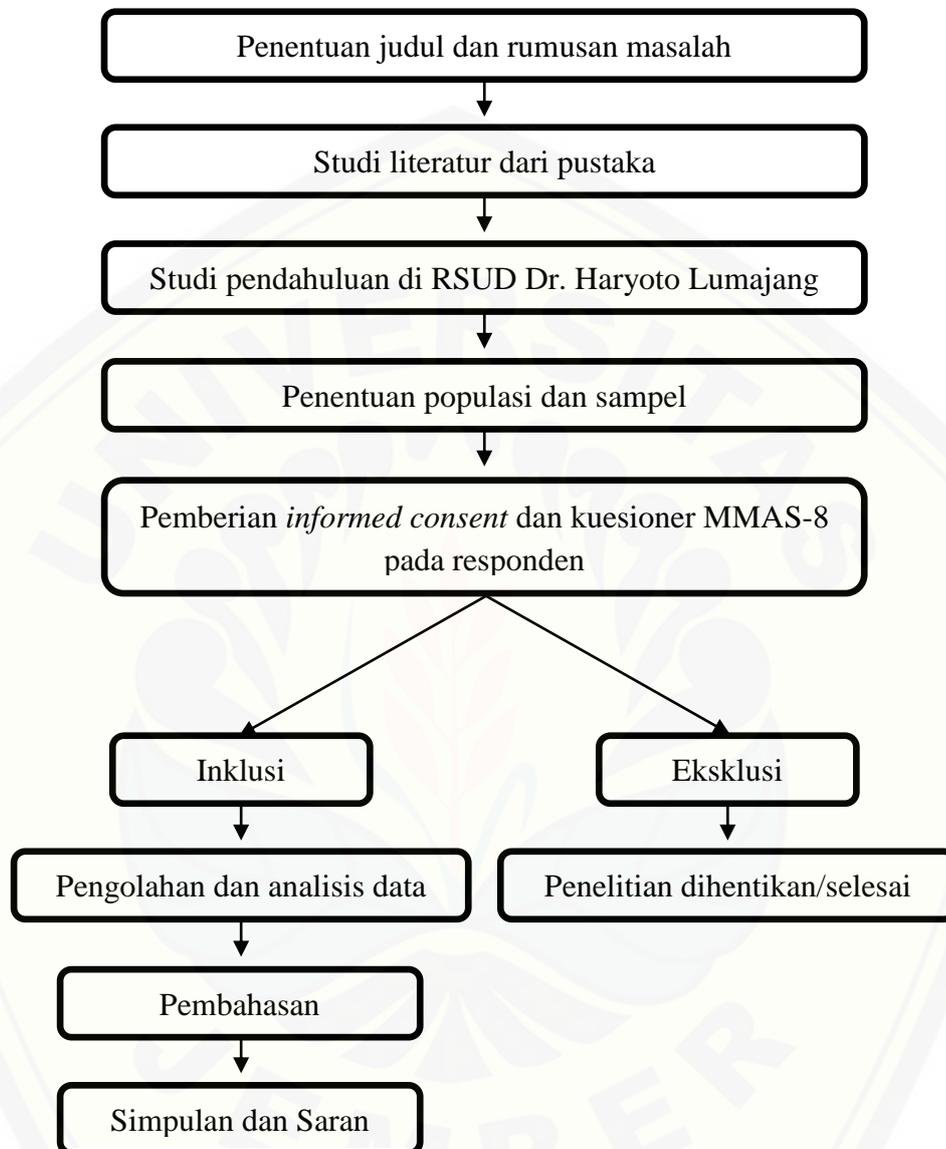
3.8 Pertimbangan dan Etika Penelitian

Etika dalam penelitian yang perlu diperhatikan sebelum melaksanakan penelitian adalah sebagai berikut:

- a. Melaporkan, menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta mengurus perizinan kepada pihak RSUD Dr. Haryoto Lumajang serta meminta lembar persetujuan (*informed consent*) kepada responden.
- b. Data yang telah dikumpulkan dijaga kerahasiaan dan dipertahankan tanpa memberikan informasi tersebut kepada orang lain. Data penelitian hanya dapat diakses oleh peneliti dan dosen pembimbing.

3.9 Alur Penelitian

Tahapan rencana penelitian ini direncanakan sebagai berikut:



Gambar 3.1 Skema alur penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang diperoleh, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Karakteristik pasien diabetes melitus tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang didominasi oleh pasien pada rentang usia <60 tahun, dengan jenis kelamin perempuan. Ditinjau dari karakteristik pendidikan dan pekerjaan didominasi dengan pendidikan terakhir SMA dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga. Sebagian besar pasien tidak memiliki keluarga yang bekerja di bidang kesehatan. Umumnya pasien yang melakukan pengobatan berstatus sebagai pasien JKN dan pasien mengalami komplikasi seperti hipertensi, gangguan pada jantung, dan dislipidemia. Selain itu, pada penelitian ini juga didominasi oleh pasien yang menjalani pengobatan antidiabetik kombinasi dengan lama pengobatan <5 tahun.
- b. Pasien diabetes melitus tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Lumajang yang memiliki tingkat kepatuhan penggunaan obat tinggi sebesar 60%.
- c. Karakteristik pasien yang berpengaruh signifikan secara statistik terhadap tingkat kepatuhan penggunaan obat yaitu jenis pengobatan antidiabetik dan lama pengobatan.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil dan kesimpulan yang diperoleh, penulis menyarankan:

- a. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor pengetahuan serta perilaku pasien diabetes melitus tipe 2 yang dapat memengaruhi tingkat kepatuhan berobatnya.
- b. RSUD Dr. Haryoto Lumajang tetap mendukung tingkat kepatuhan penggunaan obat yang sudah tinggi, serta terus berupaya memberikan

edukasi terkait pentingnya penggunaan obat pada pasien diabetes melitus tipe 2.



DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association. 2010. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*.
- American Diabetes Association. 2015. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*. 38 (1).
- American Diabetes Association. 2016. Standards of medical care in diabetes 2016. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*. 39 (1).
- American Diabetes Association. 2017. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*. 40 (1).
- Awodele, O., dan J. A. Osuolale. 2015. Medication adherence in type 2 diabetes patients: study of patients in Alimosho General Hospital, Ingado, Lagos, Nigeria. *African Health Sciences*. 15 (2): 513-522.
- Bangun, A. V. 2009. Faktor-Faktor yang Berkontribusi terhadap Kepatuhan Pasien DM Tipe 2 dalam Konteks Asuhan Keperawatan di Poliklinik Endokrin RSHS Bandung. *Tesis*. Depok: Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Bastaki, S. 2005. Diabetes mellitus and its treatment. *International Journal Diabetes & Metabolism*. 13: 111-134.
- Baynest, H. W. 2015. Classification, pathophysiology, diagnosis and management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolism*. 6 (5).
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. 2014. Panduan Praktis PROLANIS (Program Pengelolaan Penyakit Kronis). <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/06-PROLANIS.pdf>. [Diakses pada 2 Agustus 2018].

Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia. 2006. *Kepatuhan Pasien: Faktor Penting dalam Keberhasilan Terapi*. 7 (5) September 2006. Jakarta: Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia.

Burns, K. E. A., M. Duffet, M. E. Kho, M. O. Meade, N. K. J. Adhikari, dan D. J. Cook. 2008. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *Canadian Medical Association*. 179 (3): 245-252.

Corwin, J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi Edisi revisi 3*. Jakarta: EGC.

Dailey, G., M. S. Kim, dan J. F. Lian. 2001. Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: evaluation of a medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus. *Clinical Therapeutics*. 23 (8): 1311-1320.

Damayanti, S. 2015. *Diabetes Mellitus dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Departemen Kesehatan RI. 2005. *Pharmaceutical Care untuk Penyakit Diabetes Mellitus*. Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2013. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Dipiro, J. T., B. G. Wells, T. L. Schwinghammer, dan C. V. Dipiro. 2015. *Pharmacotherapy Handbook. Ninth Edition*. New York: MC Graw Hill Education.

Fauzi, R. dan K. Nishaa. 2018. *Apoteker Hebat, Terapi Taat, Pasien Sehat Panduan Sempel Mengelola Kepatuhan Terapi*. Yogyakarta: Stiletto Indie Book.

Hackett, E., dan N. Jacques. 2009. Type 2 diabetes pathophysiology and clinical features. *Clinical Pharmacist*. 1: 475-478.

- Halim, A. 2015. Kepatuhan Penggunaan Obat Antidiabetes pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Kalijudan Wilayah Surabaya Timur. *Skripsi*. Surabaya: Fakultas Farmasi Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya.
- Heriani, P. 2013. Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Penyakit Diabetes Melitus terhadap Mekanisme Koping Pasien Diabetes melitus Tipe 2 di RSUD Teluk Kuantan. *Skripsi*. Riau: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau.
- Hu, F. B., J. E. Manson, M. J. Stampfer, G. Colditz, S. Liu, C. G. Solomon, dan W. C. Willet. 2001. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *The New England Journal of Medicine*. 345 (11): 790-797.
- International Diabetes Federation. 2012. IDF Diabetes Atlas 5th Edition 2012. <http://www.indiaenvironmentportal.org.in/files/file/diabetes%20atlas%202012.pdf>. [Diakses pada 13 Oktober 2017].
- International Diabetes Federation. 2015. IDF Diabetes Atlas 7th Edition 2015. http://www.dmthai.org/sites/default/files/idf_atlas_2015_uk_0.pdf. [Diakses pada 13 Oktober 2017].
- Irawan, D. Prevalensi dan Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 di Daerah Urban Indonesia (Analisa Data Sekunder Riskesdas 2007). *Tesis*. Depok: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Jin, J., G. E. Sklar, V. M. S. Oh, dan S. C. Li. 2008. Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 4 (1): 269-286.
- Kautzky-Willer, A., J. Harreiter, dan G. Pacini. 2016. Sex and gender differences in risk, pathophysiology and complications of type 2 diabetes mellitus. *Endocrine Reviews*. 37 (3): 278-316.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Diet Diabetes Melitus*. Direktorat Bina Gizi Subdit Bina Gizi Klinik Kementerian Kesehatan RI.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013)*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kowalak, Welsh, dan Mayer. 2011. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Kristianingrum, Y., dan K. Budiyan. 2011. Dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat pada orang dengan diabetes melitus. *Psycho Idea*. 9 (2): 47-59.
- 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. *The American Journal of Managed Care*. 15 (1): 59-66.
- Kurniawan, A. A., dan Y. N. S. Wuryaningsih. 2016. Rekomendasi latihan fisik untuk diabetes melitus tipe 2. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana*. 1 (3).
- Lam, W. Y., dan P. Fresco. 2015. Review article medication adherence measures: an overview. *BioMed Research International*.
- Lemeshow, S., D. W. Hosmer Jr, J. Klar, dan S. K. Lwanga. 1990. *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Liberty, I. A., Pariyana, E. Roflin, dan L. Waris. 2017. Determinan kepatuhan berobat pasien hipertensi pada fasilitas kesehatan tingkat i. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. 1 (1): 58-65.
- Luntungan, A. H. 2014. Hubungan Antara Asupan Lemak dengan Kadar Adiponektin Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Kota Manado. *Skripsi*. Manado: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi.
- Mbakurawang, I. N., dan U. Agustine. 2015. Kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi yang berobat ke balai pengobatan yayasan pelayanan kasih A dan A rahmat Waingpau. 144-122.

- Morisky, D. E., A. Ang, M. Krousel-Wood, dan H. J. Ward. 2008. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 10 (5): 348–354.
- National Diabetes Control Programme. 2010. *National Clinical Guidelines for Management of Diabetes Mellitus*. Kenya: Ministry of Public Health and Sanitation.
- Ohishi, M. 2017. Hypertension with diabetes mellitus: physiology and pathology. *Hypertension Research*. 389-398.
- Osterberg, L., dan T. Blaschke. 2005. Adherence to medication. *N Eng J Med*. 353 (5): 486-491.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013. *Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*. 12 November 2013. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. 2015. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2015*. Jakarta: Pengurus Besar Perkumpulan Endokrinologi Indonesia.
- Plakas, S., D. Mastrogiannis, M. Mantzorou, T. Adamakidou, G. Fouka, A. Bouziou, C. Tsiou, dan D. E. Morisky. 2016. Validation of the 8-item morisky medication adherence scale in chronically III ambulatory patients in rural greece. *Open Journal of Nursing*. 6: 158-169.
- Polonsky, W. H., dan R. R. Henry. 2016. Poor medication adherence in type 2 diabetes: recognizing the scope of the problem and its key contributors. *Patient Preference and Adherence*. 10: 1299-1307.
- Pradana, I. P. A. 2015. Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan dalam menjalani terapi diabetes melitus di Puskesmas Tembuku 1 Kabupaten Bangli Bali 2015. 8 (1).

- Pujasari, A., H. Setyawan, dan A. Udiyono. 2015. Faktor-faktor internal ketidakpatuhan pengobatan hipertensi di Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*. 3 (3): 99-108.
- Purwanti, E. 2016. Gambaran Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Melitus Tipe II di Rawat Jalan RSUD Banyudono. *Skripsi*. Surakarta: Program Studi Keperawatan Stikes Kusuma Husada.
- Puspita, E. 2016. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Penderita Hipertensi dalam Menjalani Pengobatan. *Skripsi*. Semarang: Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.
- Putra, Z. F. S., M. Sholeh, dan N. Widyastuti. 2014. Analisis kualitas layanan website BTKP-DIY menggunakan metode Wbqual 4.0. *Jurnal Jarkom*. 1 (2): 174-184.
- Rasdianah, N., S. Martodiharjo, T. M. Andayani, dan L. Hakim. 2016. Gambaran kepatuhan pengobatan pasien diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*. 5 (4): 249-257.
- Rosyida, L., Y. Priyandani, A. Sulistyarini, dan Y. Nita. 2015. Kepatuhan pasien pada penggunaan obat antidiabetes dengan metode *Pill-Count* dan MMAS-8 di Puskesmas Kedurus Surabaya. *Jurnal Farmasi Komunitas*. 2 (2): 36-41.
- Setyaningrum, D. E. 2011. Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe II pada Usia Kurang dari 45 Tahun di RSUD Tugurejo Semarang. *Skripsi*: Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro.
- Sharma, T., J. Kalra, D. C. Dhasmana, dan H. Basera. 2014. Poor Adherence to treatment: a major challenge in diabetes. *Journal Indian Academy of Clinical Medicine*. 15 (1): 26-29.
- Srikartika, V. M., A. D. Cahya, dan R. S. W. Hardiati. 2016. Analisis faktor yang memengaruhi kepatuhan penggunaan obat pasien diabetes melitus tipe 2. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*. 6 (3): 205-212.

- Susilowati, S., dan W. P. Rahayu. 2010. Identifikasi drug related problems (DRPs) yang potensial mempengaruhi efektivitas terapi pada pasien diabetes mellitus tipe ii rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang periode 2007-2008. *Jurnal Ilmu Farmasi dan Klinik*. 7 (2): 1-7.
- Tan, X., I. Patel, dan J. Chang. 2014. Review of the four item morisky medication adherence scale (MMAS-4) and eight item morisky medication adherence scale (MMAS-8). *Inov Pharm*. 5 (3).
- Umar, H. 2002. *Metode Riset Bisnis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Vika., M. Siagian, dan G. Wangge. 2016. Validity and reability of morisky medication adherence scale 8 bahasa version to measure statin adherence among military pilots. *Health Science Journal of Indonesia*. 7 (2): 129-133.
- World Health Organization. 2003. *Adherence To Long-Term Therapies*. Switzerland: WHO Library Cataloguing.
- Wijaya, I. N., A. Faturrohmah, W. W. Agustin, T. G. Soesanto, D. Kartika, dan H. Prasasti. 2015. Profil kepatuhan pasien diabetes melitus Puskesmas Wilayah Surabaya Timur dalam menggunakan obat dengan metode Pill Count. *Jurnal Farmasi Komunitas*. 2 (1): 18-22.
- Zimmet, P. 2009. Preventing diabetic complications: a primary care perspective. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 107-116.

LAMPIRAN 3.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)**LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat:

Kode Responden

Bersedia untuk dijadikan subjek dalam penelitian yang berjudul
“EVALUASI TINGKAT KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI INSTALASI RAWAT JALAN RSUD Dr. HARYOTO LUMAJANG” yang dilakukan oleh:

Nama : Miftakhul Jannah

NIM : 132210101054

Institusi Asal : Fakultas Farmasi Universitas Jember

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 dimengeti dan telah mendapatkan jawaban yang benar dan jelas.

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

Lumajang, 2018

(.....)

LAMPIRAN 3.2 Kuisisioner Penelitian**LEMBAR KUESIONER PENELITIAN****EVALUASI TINGKAT KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT PADA PASIEN
DIABETES MELITUS TIPE 2 DI INSTALASI RAWAT JALAN
RSUD Dr. HARYOTO LUMAJANG****A. Identitas Responden**

1. Nomor Responden :
2. Nama Responden :
3. Usia : tahun
4. Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan
5. Pendidikan Terakhir : Tidak Sekolah SMA
 SD Perguruan Tinggi
 SMP
6. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga PNS
 Wiraswasta Lain-Lain:
 Pegawai Swasta
7. Apakah Anda memiliki keluarga dengan latar belakang pekerjaan di bidang kesehatan:
 Ya: Tidak
8. Status Responden:
 Umum JKN
9. Apakah Anda memiliki penyakit penyerta lain:
 Ya: Tidak
10. Jenis pengobatan antidiabetik oral yang dipakai:
 Monoterapi Kombinasi
11. Berapa lama Anda menjalani pengobatan DM:
 < 5 tahun ≥ 5 tahun

B. Kepatuhan Pasien

Mohon diisi dengan memilih salah satu jawaban “Ya” atau “Tidak” dengan memberikan tanda centang (√) pada kolom yang telah disediakan.

No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah Anda terkadang lupa minum obat DM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Kadang kala orang tidak minum obat DM bukan karena lupa. Coba Anda ingat selama dua minggu terakhir, apakah Anda pernah tidak minum obat DM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Apakah Anda pernah berhenti minum obat DM tanpa memberi tahu dokter karena kondisi Anda malah memburuk setelah minum obat DM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ketika bepergian atau meninggalkan rumah, apa terkadang Anda lupa membawa obat DM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Apakah Anda minum semua obat DM satu hari yang lalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ketika keluhan yang Anda rasakan sudah bisa diatasi, apakah Anda menghentikan minum obat DM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Minum obat DM setiap hari bagi sebagian orang adalah hal yang tidak nyaman. Apakah Anda merasa kesulitan/terbebani untuk patuh dengan rencana pengobatan Anda saat ini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Seberapa sering Anda kesulitan mengingat untuk minum obat DM?		
	A. Tidak pernah		
	B. Sesekali waktu		
	C. Kadang-kadang		
	D. Biasanya		
	E. Sepanjang waktu		

LAMPIRAN 3.3 Surat Izin Penelitian

1. Surat Izin Penelitian Fakultas Farmasi

**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 : 428/UN25.13/LL/2018
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

13 Februari 2018

Yth. Direktur RSU dr. Haryoto
Kabupaten Lumajang

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

1. Nama : Wahyu Kurnia Putri
NIM : 132210101008
Judul/Tema : Evaluasi Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan terhadap Kualitas Pelayanan Instalasi Farmasi Rumah Sakit di Kabupaten Lumajang.
Email : wahyukurniaputri@gmail.com
No. Hp : 082301271666
Pembimbing : Antonius Nugraha Widhi Pratama, S.Farm., M.P.H., Apt.
2. Nama : Miftakhul Jannah
NIM : 132210101054
Judul/Tema : Evaluasi Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSU dr. Haryoto Lumajang.
Email : miftajannah273@gmail.com
No. Hp : 082199396727
Pembimbing : Ika Norcahyanti, S.Farm., M.Sc., Apt

Demikian permohonan kami, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.



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



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 : 720/UN25.13/LL/2018
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

16 Maret 2018

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa & Politik
Kabupaten Lumajang

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

1. Nama : Wahyu Kurnia Putri
NIM : 132210101008
Judul/Tema : Evaluasi Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan terhadap Pelayanan Instalasi Farmasi Rumah Sakit di Kabupaten Lumajang.
Email : wahyukurniaputri@gmail.com
No. Hp : 082301271666
Pembimbing : Antonius Nugraha Widhi Pratama, S.Farm., M.P.H., Apt.
2. Nama : Miftakhul Jannah
NIM : 132210101054
Judul/Tema : Evaluasi Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 RSUD dr. Haryoto Lumajang.
Email : miftajannah273@gmail.com
No. Hp : 082199396727
Pembimbing : Ika Norcahyanti, S.Farm., M.Sc., Apt.

Demikian permohonan kami, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.



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

2. Surat Izin Penelitian Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN

Nomor : 072/728/427.75/2018

- 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 Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat dari Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember Nomor: 720/UN25.13/LL/2018 tanggal 16 Maret 2018 perihal Permohonan Ijin Penelitian atas nama MIFTAKHUL JANNAH.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : MIFTAKHUL JANNAH
2. Alamat : Dusun Krajan B RT 1 RW 20 Desa Wonorejo -Kencong
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember/ 1322101010 54
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Evaluasi Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD dr. Haryoto Lumajang
2. Tujuan : Penelitian
3. Bidang Penelitian : Farmasi
4. Penanggungjawab : Diana Holiday, S.F., M.Farm., Apt.
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 30 April 2018 s/d 30 Juli 2018
7. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab. Lumajang, RSUD dr. haryoto Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnyanya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 12 April 2018

Tembusan Yth. :

1. Plt. Bupati Lumajang (*sebagai laporan*).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang,
6. Sdr. Dekan Fakultas Farmasi, Univ. Jember,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK



Lampiran 4.1 Rekapitulasi Data Responden

No.	Kode Responden	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Keluarga	Status	Komplikasi	Jenis Pengobatan	Lama Pengobatan	Skor	Keterangan
1.	001	≥ 60	Perempuan	SD	Lain-lain	Ya	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	7	Sedang
2.	002	< 60	Perempuan	SMP	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
3.	003	< 60	Perempuan	SMA	Ibu Rumah Tangga	Ya	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	6,75	Sedang
4.	004	< 60	Perempuan	Tidak Sekolah	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
5.	005	≥ 60	Perempuan	SMP	Ibu Rumah Tangga	Ya	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
6.	006	< 60	Perempuan	SMP	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	7	Sedang
7.	007	≥ 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Ya	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
8.	008	≥ 60	Perempuan	SMA	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
9.	009	< 60	Laki-laki	SMP	Wiraswasta	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
10.	010	< 60	Laki-laki	SMA	Wiraswasta	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
11.	011	< 60	Perempuan	SD	Wiraswasta	Ya	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	7	Sedang

No.	Kode Responden	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Keluarga	Status	Komplikasi	Jenis Pengobatan	Lama Pengobatan	Skor	Keterangan
12.	012	< 60	Laki-laki	SMP	Wiraswasta	Ya	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
13.	013	≥ 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Ya	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	6,75	Sedang
14.	014	< 60	Perempuan	SD	Wiraswasta	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	6,75	Sedang
15.	015	< 60	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Ya	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	6,75	Sedang
16.	016	< 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	7	Sedang
17.	017	< 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Tidak	Monoterapi	< 5	8	Tinggi
18.	018	< 60	Perempuan	SD	Lain-lain	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
19.	019	≥ 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	7	Sedang
20.	020	≥ 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Tidak	JKN	Ya	Monoterapi	< 5	8	Tinggi
21.	021	≥ 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
22.	022	< 60	Perempuan	SMP	Ibu Rumah Tangga	Ya	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
23.	023	< 60	Perempuan	SMA	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	6	Rendah

No.	Kode Responden	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Keluarga	Status	Komplikasi	Jenis Pengobatan	Lama Pengobatan	Skor	Keterangan
24.	024	< 60	Perempuan	SD	Wiraswasta	Tidak	Umum	Tidak	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
25.	025	< 60	Perempuan	Tidak Sekolah	Lain-lain	Tidak	Umum	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
26.	026	≥ 60	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Ya	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
27.	027	< 60	Laki-laki	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	7	Sedang
28.	028	< 60	Laki-laki	SMA	Lain-lain	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
29.	029	≥ 60	Laki-laki	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Ya	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	7	Sedang
30.	030	< 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
31.	031	< 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
32.	032	< 60	Laki-laki	SMA	Lain-lain	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	7	Sedang
33.	033	≥ 60	Perempuan	SMA	Lain-lain	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
34.	034	≥ 60	Laki-laki	SMA	Wiraswasta	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	7	Sedang
35.	035	< 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi

No.	Kode Responden	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Keluarga	Status	Komplikasi	Jenis Pengobatan	Lama Pengobatan	Skor	Keterangan
36.	036	< 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Monoterapi	≥ 5	6	Rendah
37.	037	≥ 60	Perempuan	SMP	Wiraswasta	Ya	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
38.	038	< 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	PNS	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
39.	039	≥ 60	Laki-laki	SMP	Wiraswasta	Tidak	Umum	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
40.	040	≥ 60	Perempuan	SMP	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Tidak	Monoterapi	≥ 5	6	Rendah
41.	041	< 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Monoterapi	< 5	8	Tinggi
42.	042	≥ 60	Laki-laki	SD	Wiraswasta	Ya	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
43.	043	< 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	PNS	Ya	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	6,75	Sedang
44.	044	< 60	Perempuan	SMA	Ibu Rumah Tangga	Ya	JKN	Ya	Monoterapi	< 5	8	Tinggi
45.	045	< 60	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Ya	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
46.	046	≥ 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Ya	JKN	Tidak	Monoterapi	≥ 5	8	Tinggi
47.	047	≥ 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	7	Sedang

No.	Kode Responden	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Keluarga	Status	Komplikasi	Jenis Pengobatan	Lama Pengobatan	Skor	Keterangan
48.	048	< 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	PNS	Ya	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
49.	049	≥ 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Tidak	JKN	Ya	Monoterapi	≥ 5	6,75	Sedang
50.	050	≥ 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	6,75	Sedang
51.	051	≥ 60	Laki-laki	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
52.	052	≥ 60	Perempuan	SMP	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
53.	053	≥ 60	Laki-laki	SMA	Wiraswasta	Ya	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	7	Sedang
54.	054	≥ 60	Laki-laki	SD	Wiraswasta	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
55.	055	< 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Ya	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
56.	056	< 60	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	6,75	Sedang
57.	057	≥ 60	Perempuan	SMP	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
58.	058	< 60	Laki-laki	SMA	Wiraswasta	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	7	Sedang
59.	059	< 60	Laki-laki	Perguruan Tinggi	PNS	Ya	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi

No.	Kode Responden	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Keluarga	Status	Komplikasi	Jenis Pengobatan	Lama Pengobatan	Skor	Keterangan
60.	060	< 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Tidak	Umum	Tidak	Monoterapi	< 5	8	Tinggi
61.	061	< 60	Perempuan	SMP	Ibu Rumah Tangga	Tidak	Umum	Tidak	Monoterapi	< 5	8	Tinggi
62.	062	≥ 60	Laki-laki	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
63.	063	< 60	Laki-laki	SMP	Wiraswasta	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	6,75	Sedang
64.	064	< 60	Perempuan	Tidak Sekolah	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	6,75	Sedang
65.	065	< 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	PNS	Ya	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
66.	066	< 60	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
67.	067	≥ 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Ya	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	6	Rendah
68.	068	≥ 60	Laki-laki	Perguruan Tinggi	Lain-lain	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
69.	069	< 60	Laki-laki	SD	Wiraswasta	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	7	Sedang
70.	070	< 60	Perempuan	SMA	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
71.	071	≥ 60	Perempuan	SMP	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi

No.	Kode Responden	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Keluarga	Status	Komplikasi	Jenis Pengobatan	Lama Pengobatan	Skor	Keterangan
72.	072	< 60	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	6,75	Sedang
73.	073	< 60	Laki-laki	SMA	Wiraswasta	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
74.	074	< 60	Laki-laki	Perguruan Tinggi	PNS	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
75.	075	< 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Ya	JKN	Tidak	Monoterapi	≥ 5	8	Tinggi
76.	076	< 60	Perempuan	Tidak Sekolah	Ibu Rumah Tangga	Tidak	Umum	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
77.	077	< 60	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Tidak	JKN	Tidak	Monoterapi	< 5	8	Tinggi
78.	078	< 60	Perempuan	SMP	Ibu Rumah Tangga	Ya	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
79.	079	< 60	Perempuan	SMA	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	6,75	Sedang
80.	080	≥ 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
81.	081	< 60	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
82.	082	< 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	7	Sedang
83.	083	< 60	Perempuan	SMP	Wiraswasta	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	7	Sedang

No.	Kode Responden	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Keluarga	Status	Komplikasi	Jenis Pengobatan	Lama Pengobatan	Skor	Keterangan
84.	084	< 60	Laki-laki	Perguruan Tinggi	PNS	Ya	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
85.	085	< 60	Perempuan	SMA	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	6	Rendah
86.	086	≥ 60	Laki-laki	SMA	Wiraswasta	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	7	Sedang
87.	087	< 60	Perempuan	Tidak Sekolah	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
88.	088	< 60	Perempuan	SMP	Wiraswasta	Tidak	Umum	Tidak	Monoterapi	< 5	8	Tinggi
89.	089	< 60	Laki-laki	SMA	Wiraswasta	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
90.	090	< 60	Perempuan	SMP	Wiraswasta	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	6,75	Sedang
91.	091	< 60	Perempuan	SMA	Ibu Rumah Tangga	Tidak	Umum	Tidak	Kombinasi	< 5	7	Sedang
92.	092	< 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	6	Rendah
93.	093	< 60	Perempuan	Perguruan Tinggi	PNS	Ya	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
94.	094	< 60	Laki-laki	SMP	Wiraswasta	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
95.	095	< 60	Perempuan	SMA	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	7	Sedang

No.	Kode Responden	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Keluarga	Status	Komplikasi	Jenis Pengobatan	Lama Pengobatan	Skor	Keterangan
96.	096	< 60	Laki-laki	Perguruan Tinggi	PNS	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	6,75	Sedang
97.	097	< 60	Laki-laki	SD	Wiraswasta	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	< 5	8	Tinggi
98.	098	< 60	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	< 5	7	Sedang
99.	099	< 60	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Tidak	JKN	Ya	Kombinasi	≥ 5	8	Tinggi
100.	100	< 60	Laki-laki	SD	Wiraswasta	Tidak	JKN	Tidak	Kombinasi	≥ 5	7	Sedang

LAMPIRAN 4.2 Dokumentasi Kegiatan





LAMPIRAN 4.3 Hasil Analisis Data SPSS

1. Nilai Reliabilitas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.732	.798	7

2. Hasil Analisis Usia dengan Kepatuhan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jenis_kelamin * kepatuhan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
usia * kepatuhan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
pendidikan * kepatuhan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
pekerjaan * kepatuhan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
keluarga_kesehatan * kepatuhan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
status * kepatuhan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
penyakit_penyerta * kepatuhan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
jenis_pengobatan * kepatuhan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
lama_pengobatan * kepatuhan	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

usia * kepatuhan

Crosstab

			kepatuhan			Total
			patuh	sedang	tidak patuh	
usia	<60	Count	41	24	4	69
		Expected Count	41.4	23.5	4.1	69.0
		% within usia	59.4%	34.8%	5.8%	100.0%
>60	Count	19	10	2	31	
	Expected Count	18.6	10.5	1.9	31.0	
	% within usia	61.3%	32.3%	6.5%	100.0%	
Total	Count	60	34	6	100	
	Expected Count	60.0	34.0	6.0	100.0	
	% within usia	60.0%	34.0%	6.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.068 ^a	2	.967	1.000		
Likelihood Ratio	.068	2	.967	1.000		
Fisher's Exact Test	.207			1.000		
Linear-by-Linear Association	.008 ^b	1	.927	1.000	.539	.140
N of Valid Cases	100					

- a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,86.
- b. The standardized statistic is -.092.

3. Hasil Analisis Jenis Kelamin dengan Kepatuhan

jenis_kelamin * kepatuhan

Crosstab

			kepatuhan			Total
			patuh	sedang	tidak patuh	
jenis_kelamin	laki-laki	Count	17	11	0	28
		Expected Count	16.8	9.5	1.7	28.0
		% within jenis_kelamin	60.7%	39.3%	.0%	100.0%
	perempuan	Count	43	23	6	72
		Expected Count	43.2	24.5	4.3	72.0
		% within jenis_kelamin	59.7%	31.9%	8.3%	100.0%
Total		Count	60	34	6	100
		Expected Count	60.0	34.0	6.0	100.0
		% within jenis_kelamin	60.0%	34.0%	6.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.656 ^a	2	.265	.294		
Likelihood Ratio	4.256	2	.119	.200		
Fisher's Exact Test	2.339			.334		
Linear-by-Linear Association	.471 ^b	1	.492	.586	.312	.118
N of Valid Cases	100					

- a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,68.
- b. The standardized statistic is ,686.

4. Hasil Analisis Pendidikan dengan Kepatuhan

pendidikan * kepatuhan**Crosstab**

			kepatuhan			Total
			patuh	sedang	tidak patuh	
pendidikan	tidak sekolah	Count	4	1	0	5
		Expected Count	3.0	1.7	.3	5.0
		% within pendidikan	80.0%	20.0%	.0%	100.0%
SD		Count	15	8	2	25
		Expected Count	15.0	8.5	1.5	25.0
		% within pendidikan	60.0%	32.0%	8.0%	100.0%
SMP		Count	14	4	1	19
		Expected Count	11.4	6.5	1.1	19.0
		% within pendidikan	73.7%	21.1%	5.3%	100.0%
SMA		Count	13	13	2	28
		Expected Count	16.8	9.5	1.7	28.0
		% within pendidikan	46.4%	46.4%	7.1%	100.0%
perguruan tinggi		Count	14	8	1	23
		Expected Count	13.8	7.8	1.4	23.0
		% within pendidikan	60.9%	34.8%	4.3%	100.0%
Total		Count	60	34	6	100
		Expected Count	60.0	34.0	6.0	100.0
		% within pendidikan	60.0%	34.0%	6.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4.969 ^a	8	.761	.785		
Likelihood Ratio	5.330	8	.722	.812		
Fisher's Exact Test	4.961			.779		
Linear-by-Linear Association	.459 ^b	1	.498	.506	.273	.043
N of Valid Cases	100					

a. 7 cells (46,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,30.

b. The standardized statistic is ,678.

5. Hasil Analisis Pekerjaan dengan Kepatuhan

pekerjaan * kepatuhan

Crosstab

			kepatuhan			Total
			patuh	sedang	tidak patuh	
pekerjaan	ibu rumah tangga	Count	24	9	5	38
		Expected Count	22.8	12.9	2.3	38.0
		% within pekerjaan	63.2%	23.7%	13.2%	100.0%
	wiraswasta	Count	18	15	0	33
		Expected Count	19.8	11.2	2.0	33.0
		% within pekerjaan	54.5%	45.5%	0%	100.0%
	PNS	Count	7	2	0	9
		Expected Count	5.4	3.1	.5	9.0
		% within pekerjaan	77.8%	22.2%	0%	100.0%
lain-lain	Count	11	8	1	20	
	Expected Count	12.0	6.8	1.2	20.0	
	% within pekerjaan	55.0%	40.0%	5.0%	100.0%	
Total	Count	60	34	6	100	
	Expected Count	60.0	34.0	6.0	100.0	
	% within pekerjaan	60.0%	34.0%	6.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	9.624 ^a	6	.141	.135		
Likelihood Ratio	11.340	6	.078	.105		
Fisher's Exact Test	8.308			.173		
Linear-by-Linear Association	.131 ^b	1	.718	.752	.384	.040
N of Valid Cases	100					

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,54.

b. The standardized statistic is -,361.

6. Hasil Analisis Keluarga yang Bekerja di Bidang Kesehatan dengan Kepatuhan

keluarga_kesehatan * kepatuhan

Crosstab

			kepatuhan			Total
			patuh	sedang	tidak patuh	
keluarga_kesehatan	ya	Count	18	8	1	27
		Expected Count	16.2	9.2	1.6	27.0
		% within keluarga_kesehatan	66.7%	29.6%	3.7%	100.0%
	tidak	Count	42	26	5	73
		Expected Count	43.8	24.8	4.4	73.0
		% within keluarga_kesehatan	57.5%	35.6%	6.8%	100.0%
Total	Count	60	34	6	100	
	Expected Count	60.0	34.0	6.0	100.0	
	% within keluarga_kesehatan	60.0%	34.0%	6.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.807 ^a	2	.668	.704		
Likelihood Ratio	.841	2	.657	.704		
Fisher's Exact Test	.657			.704		
Linear-by-Linear Association	.798 ^b	1	.372	.462	.242	.103
N of Valid Cases	100					

- a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,62.
- b. The standardized statistic is ,894.

7. Hasil Analisis Status Responden dengan Kepatuhan

status * kepatuhan

Crosstab

			kepatuhan			Total
			patuh	sedang	tidak patuh	
status	umum	Count	7	1	0	8
		Expected Count	4.8	2.7	.5	8.0
		% within status	87.5%	12.5%	.0%	100.0%
JKN	JKN	Count	53	33	6	92
		Expected Count	55.2	31.3	5.5	92.0
		% within status	57.6%	35.9%	6.5%	100.0%
Total	Total	Count	60	34	6	100
		Expected Count	60.0	34.0	6.0	100.0
		% within status	60.0%	34.0%	6.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.800 ^a	2	.247	.253		
Likelihood Ratio	3.503	2	.173	.253		
Fisher's Exact Test	2.038			.359		
Linear-by-Linear Association	2.622 ^b	1	.105	.135	.084	.071
N of Valid Cases	100					

- a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48.
- b. The standardized statistic is 1,619.

8. Hasil Analisis Komplikasi dengan Kepatuhan

komplikasi * kepatuhan

Crosstab

		kepatuhan			Total	
		tinggi	sedang	rendah		
komplikasi	ya	Count	33	18	3	54
		Expected Count	32.4	18.4	3.2	54.0
		% within komplikasi	61.1%	33.3%	5.6%	100.0%
	tidak	Count	27	16	3	46
		Expected Count	27.6	15.6	2.8	46.0
		% within komplikasi	58.7%	34.8%	6.5%	100.0%
Total		Count	60	34	6	100
		Expected Count	60.0	34.0	6.0	100.0
		% within komplikasi	60.0%	34.0%	6.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.078 ^a	2	.962	1.000		
Likelihood Ratio	.078	2	.962	1.000		
Fisher's Exact Test	.185			1.000		
Linear-by-Linear Association	.076 ^b	1	.782	.870	.455	.125
N of Valid Cases	100					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,76.

b. The standardized statistic is ,276.

9. Hasil Analisis Jenis Pengobatan Antidiabetik dengan Kepatuhan

jenis_pengobatan * kepatuhan

Crosstab

		kepatuhan			Total	
		patuh	sedang	tidak patuh		
jenis_pengobatan	monoterapi	Count	10	1	2	13
		Expected Count	7.8	4.4	.8	13.0
		% within jenis_pengobatan	76.9%	7.7%	15.4%	100.0%
	kombinasi	Count	50	33	4	87
		Expected Count	52.2	29.6	5.2	87.0
		% within jenis_pengobatan	57.5%	37.9%	4.6%	100.0%
Total		Count	60	34	6	100
		Expected Count	60.0	34.0	6.0	100.0
		% within jenis_pengobatan	60.0%	34.0%	6.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5.948 ^a	2	.051	.056		
Likelihood Ratio	6.549	2	.038	.033		
Fisher's Exact Test	6.316			.030		
Linear-by-Linear Association	.228 ^b	1	.633	.809	.422	.180
N of Valid Cases	100					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,78.

b. The standardized statistic is ,478.

10. Hasil Analisis Lama Pengobatan dengan Kepatuhan

lama_pengobatan * kepatuhan

Crosstab

		kepatuhan			Total
		patuh	sedang	tidak patuh	
lama_pengobatan <5	Count	37	17	0	54
	Expected Count	32.4	18.4	3.2	54.0
	% within lama_pengobatan	68.5%	31.5%	.0%	100.0%
>5	Count	23	17	6	46
	Expected Count	27.6	15.6	2.8	46.0
	% within lama_pengobatan	50.0%	37.0%	13.0%	100.0%
Total	Count	60	34	6	100
	Expected Count	60.0	34.0	6.0	100.0
	% within lama_pengobatan	60.0%	34.0%	6.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	8.682 ^a	2	.013	.009		
Likelihood Ratio	10.974	2	.004	.006		
Fisher's Exact Test	8.713			.009		
Linear-by-Linear Association	6.650 ^b	1	.010	.013	.008	.005
N of Valid Cases	100					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,76.

b. The standardized statistic is 2,579.

11. Frekuensi Kepatuhan Responden

Statistics

kepatuhan

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		1.46
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.610
Sum		146

kepatuhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	60	60.0	60.0	60.0
	sedang	34	34.0	34.0	94.0
	rendah	6	6.0	6.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

12. Frekuensi Total Jawaban Responden

Statistics

		P_1	P_2	P_3	P_4	P_5	P_6	P_7	P_8
N	Valid	100	100	100	100	100	100	100	100
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		.63	1.00	1.00	.95	.96	1.00	1.00	.9650
Median		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.0000
Mode		1	1	1	1	1	1	1	1.00
Std. Deviation		.485	.000	.000	.219	.197	.000	.000	.08718
Minimum		0	1	1	0	0	1	1	.75
Maximum		1	1	1	1	1	1	1	1.00
Sum		63	100	100	95	96	100	100	96.50

13. Frekuensi Jawaban Pertanyaan 1

P_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	37	37.0	37.0	37.0
	tidak	63	63.0	63.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

14. Frekuensi Jawaban Pertanyaan 2

P_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	100	100.0	100.0	100.0

15. Frekuensi Jawaban Pertanyaan 3

P_3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	100	100.0	100.0	100.0

16. Frekuensi Jawaban Pertanyaan 4

P_4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	5	5.0	5.0	5.0
tidak	95	95.0	95.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

17. Frekuensi Jawaban Pertanyaan 5

P_5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	4	4.0	4.0	4.0
ya	96	96.0	96.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

18. Frekuensi Jawaban Pertanyaan 6

P_6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	100	100.0	100.0	100.0

19. Frekuensi Jawaban Pertanyaan 7

P_7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	100	100.0	100.0	100.0

20. Frekuensi Jawaban Pertanyaan 8

P_8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sesekali	14	14.0	14.0	14.0
tidak pernah	86	86.0	86.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

