LAPORAN PENELITIAN

Skema:

Penelitian Reguler

Bidang Kajian:

Kesehatan dan Gizi

****

**Judul:**

ADAPTASI DAN VALIDASI INSTRUMEN ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS) VERSI INDONESIA PADA PENDERITA HIPERTENSI

Ketua:

Apt. Dedi Hartanto, M.Sc (NIDN. 1107108502)

Anggota:

Apt. Herda Ariyani, M.Farm (NIDN. 1129109001

Tim Ahli:

Yusuf Al Arief, M.Hum (NIDK. 8811210016)

Apt. Riza Alfian, M.Sc (NIDN. 1119028901))

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN**

**2021**

# HALAMAN PENGESAHAN

Judul : ADAPTASI DAN VALIDASI INSTRUMEN ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS) VERSI INDONESIA PADA PENDERITA HIPERTENSI

Skema Kegiatan : **PENELITIAN**

Skema Pendanaan : Penelitian Reguler

Bidang Kajian : Kesehatan dan Gizi

Tahun Pelaksanaan : 2021

Nilai Dana : Rp 4.000.000

**Ketua Pelaksana**

Nama Lengkap : Apt. Dedi Hartanto, M.Sc

NIDN : 1107108502

Fakultas : Farmasi

Program Studi : S1 Farmasii

Nomer HP : +6287785066555

Alaman surel : ddyhart27@email.com

**Anggota 1**

Nama Lengkap : Apt.Herda Ariyani, M.Farm

NIDN : 1129109001

Fakultas : Farmasi

Program Studi : D3 Farmasii

**Anggota 2**

Nama Lengkap : nama lengkap pelaksana beserta gelar

NIDN : 1100000001

Fakultas : Choose an item.

Program Studi : program studi

Mengetahui, Banjarmasin, 21 Agustus 2021

Kepala LP2M UM Banjarmasin Ketua,

Dr. Muhammad Anshari, S.Si., MM., Apt. Apt. Dedi Hartanto, M.Sc

# ABSTRAK

Berisi ringkasan dari program kegiatan yang dilaksanan. Terdiri dari latar belakang, masalah, tujuan, metode, hasil dan kesimpulan dari program kegiatan. Maksimal 200 kata.

Peningkatan tekanan darah diperkirakan menyebabkan 7,5 juta kematian, sekitar 12,8% dari total seluruh kematian di seluruh dunia. Prevalensi hipertensi di Kalimantan Selatan tertinggi kedua di Indonesia (30,8%). Ketidakpatuhan selama pengobatan menjadi faktor dari gagalnya target terapi dan hasil terapi yang buruk. ARMS merupakan salah satu Instrumen untuk menilai kepatuhan minum obat yang telah terjamin kualitas dan kemanfaatannya, akan tetapi belum ada versi Bahasa Indonesia yang ditemukan teruji kevalidannya.

Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengadopsi dan memvalidasi instrumen ARMS dalam versi Bahasa Indonesia. Penelitian ini menggunakan rancangan deskripsi untuk mengukur validitas dan reliabilitas kuesioner yang menerapkan prosedur adaptasi kultural yang terdiri atas lima tahapan, yaitu: *translation*, sintesis dari translator, *back translation*, analisis dengan expertis, dan reliabilitas.

Hasil uji validitas dan reliabilitas pada 121 penderita menunjukkan bahwa kuesioner ARMS versi Indonesia telah valid dan reliabel. Hasil uji *Pearson Correlation* menunjukkan bahwa nilai r (r hitung) dari semua pertanyaan lebih dari nilai r tabel sehingga semua perntanyaan dinyatakan valid. Adapun hasil uji *Reliability Cronbach’s Alpha* menunjukkan nilai 0,788 yang melebihi batas nilai reliabilitas 0,7 sehingga semua pertanyaan pada kuesioner dinyatakan reliabel.

.

**Kata kunci:**

Berisi kata kunci atau istilah-istilah penting atau utama dalam program kegiatan yang dilaksanakan. Minimal 3 maksimal 5.

Kepatuhan, validitas, reliabilitas, adaptasi kulturall

# DAFTAR ISI

Subbab tidak dapat dirubah, untuk memperbaharui halaman klik kanan pada teks daftar isi, pilih ***update field*,** pilih ***update page number only***. Tekan **ok.**

[HALAMAN PENGESAHAN](#_Toc32351605)

[ABSTRAK i](#_Toc32351606)

[DAFTAR ISI ii](#_Toc32351607)

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_Toc32351608)

[BAB 2 METODE 2](#_Toc32351609)

[BAB 3 HASIL DAN PEMBAHASAN 3](#_Toc32351610)

[BAB 4 PENUTUP 5](#_Toc32351611)

[REFERENSI 6](#_Toc32351612)

[LAMPIRAN 7](#_Toc32351613)

# PENDAHULUAN

Latar belakang berisi tentang penjabaran mengenai dasar atau gagasan dilakukannya kegiatan (penelitian/pengabdian kepada masyarakat). Substansi dari latar belakang adalah gagasan, ide pokok kegiatan, masalah dan tujuan dari kegiatan serta referensi atau tinjauan pustaka pendukung. Tentunya disertai dengan referensi pendukung. Format sitasi pustaka atau referensi menggunakan *Harvard Syle*. Wajib menggunakan aplikasi referensi seperti Mendeley, Zotero atau MS Word.

## Secara global di dunia, peningkatan tekanan darah menyebabkan 7,5 juta kematian, tepatnya sebesar12,8% dari total seluruh kematian. Peningkatan tekanan darah merupakan faktor resiko besar terjadinya penyakit jantung dan iskemik seperti stroke hemoragik. Di Indonesia, jumlah populasi dewasa dengan hipertensi meningkat dari 8% pada tahun1995 menjadi 32% pada tahun 2008 (WHO, 2010). Data Riskesdas (2013) menyebutkan bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥18 tahun tertinggi di Bangka Belitung (30,9%), diikuti Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%) dan Jawa Barat (29,4%). Sehingga secara absolut jumlah penderita hipertensi di provinsi Kalimantan Selatan adalah sebesar 1.205.483 jiwa.

## Hipertensi sangat perlu menjadi perhatian karena penyakit ini dapat meningkatkan resiko kardiovaskular terutama pada hipertensi dengan faktor resiko seperti penggunaan rokok, tidak ada aktivitas fisik, diet yang tidak sehat, obesitas, diabetes, kolesterol tinggi, status sosial ekonomi rendah dan riwayat keluarga, serta keterbatsan akses pada pelayanan kesehatan dan obat (WHO, 2013).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan pasien pada pengobatan penyakit yang bersifat kronis pada umumnya rendah. Al-Qasem *et al* (2011) menyebutkan bahwa kepatuhan pasien dalam pengobatan dengan kondisi kronik diketahui hanya sebesar 1,4% hingga 88%. Ketidakpatuhan terhadap pengobatan berkontribusi pada kontrol hipertensi yang buruk (Fisher *et al,* 2010). Pasien hipertensi yang diketahui lupa meminum obat mereka secara signifikan memiliki kejadian kardiovaskular atau kematian dibandingkan dengan pasien yang tidak pernah lupa meminum obat mereka (Nelson *et al,* 2006).

Diperlukan peningkatan dukungan bagi pasien dan menemukan kepercayaan pasien terhadap pengobatan (Leiva *et al*, 2010). De Bemt *et al* (2009) menjelaskan faktor resiko ketidakpatuhan berhubungan dengan durasi penyakit, jumlah *side-effect* yang diterima, dan kepercayaan tentang kebutuhan terhadap obat yang lemah. Dua faktor penting lainnya adalah masalah biaya untuk pengobatan (Pittman *et al,* 2010) serta pengetahuan yang tidak memadai tentang obat-obat anti hipertensi (Hacihasanoglu dan Gozum, 2011; Abdeesco 2012).

Peneliti dan penyedia layanan kesehatan baru-baru ini mulai menilai tingkat kepatuhan pengobatan dan hambatan khusus untuk manajemen diri penderita hipertensi dalam studi klinis dan praktik mereka masing-masing. Untuk menilai kepatuhan pengobatan hipertensi, dapat dilakukan dalam berbagai cara mulai dari *self-report questionnaires, pill counts*, dsb. Dari mereka, instrumen *self-report* lebih mungkin digunakan dalam pengaturan klinis yang sibuk daripada metode lain karena lebih nyaman, layak, dan hemat biaya (Gonzalez & Schneider, 2011; Kripalani *et al.,* 2009).

Selain itu, banyak penelitian memberikan bukti yang baik laporan diri yang reliabel dan valid serupa dengan metode pengukuran objektif dalam pelaporan tingkat kepatuhan pengobatan dan mengidentifikasi kelompok risiko untuk ketidakpatuhan atau kepatuhan rendah terhadap obat. Ukuran laporan diri hipertensi yang paling banyak digunakan kepatuhan pengobatan adalah Morisky Adherence Scale (MMAS) (Morisky *et al.,* 2008). Akan tetapi, instrumen MMAS tampaknya memberikan informasi yang tidak memadai tentang kepatuhan terhadap intervensi yang ditargetkan untuk ketidakpatuhan karena terbatasnya data yang diperoleh (yaitu, *prescription refills* atau resep) dan respons rentang (yaitu, respons dikotomis) (Mayberry *et al.,* 2013).

Kripalani dan kolega mengembangkan instrumen *Adherence Refills and Medications Scale* (ARMS) untuk pasien dengan penyakit kronis (yaitu penyakit jantung koroner) (Kripalani *et al.* 2009). Konten awal ARMS asli dikembangkan oleh tim dengan keahlian multidisiplin dan berdasarkan literatur review untuk skala yang berkaitan dengan pengobatan yang dilaporkan sendiri (yaitu, MMAS-4, Hill-Bone Scale). 12 item yang termasuk dalam kuesioner akhir terdiri dari 2 subskala: Kepatuhan Minum Obat (8 item) dan Kepatuhan Dengan Pengulangan Resep / *Refilling of Prescriptions* (4 item).

Baru-baru ini, ARMS telah digunakan di antara pasien penderita penyakit kronis (Dharmapuri *et al.,* 2015), termasuk penyakit jantung koroner (Payne, 2009), diabetes (Mayberry *et al.,* 2013) dan kanker payudara (Rust, 2012). Selain itu, beberapa penelitian menunjukkan bahwa ARMS dapat memberikan pemahaman yang lebih baik agar patuh terhadap intervensi yang disesuaikan untuk penderita yang berperilaku tidak patuh; itu bisa mengidentifikasi berbagai hambatan / masalah dalam perilaku minum obat (Mayberry *et al.,* 2013).

Chun-Ja Kim et al. (2016) telah melakukan pengembangan validasi terhadap *Adherence to Refills and Medications Scale-Korean* (ARMS-K) yang hasilnya memenuhi penerimaan dari segi kultural dan valid digunakan untuk menilai kepatuhan pasien korea dengan diabetes melitus. Namun, hanya sedikit informasi yang tersedia tentang aplikasi dan evaluasi ARMS untuk orang Indonesia dengan Hipertensi. ARMS pada awalnya dikembangkan untuk populasi berbahasa Inggris (Kripalani *et al.* 2009). Langkah pertama dalam memperluas penggunaan ARMS adalah untuk mengembangkan versi non-bahasa Inggris yakni Indonesia yang valid dan dapat diandalkan dari instrumen ini.

## Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas maka dapat dirumuskan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana validitas dan reliabilitas dari instrumen *Adherence to Refills and Medications Scale-Indonesian* (ARMS-I) pada orang dewasa Indonesia dengan penyakit hipertensi?.

## Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengukur validitas dan reliabilitas dari instrumen *Adherence to Refills and Medications Scale-Indonesian* (ARMS-I) pada orang dewasa Indonesia dengan penyakit hipertensi.

## Hipertensi

**1. Definisi Hipertensi**

Hipertensi adalah suatu keadaan di mana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal dalam jangka waktu yang lama. Indikatornya adalah apabila diperiksa dengan tensimeter, angka tekanan darah menunjukkan diatas 130/80. Angka 130 menunjukkan angka sistolik, artinya tekanan darah pada saat jantung memompa darah ke dalam pembuluh nadi (saat jantung mengkerut), sedangkan angka 80 menunjukkan angka diastolik, artinya tekanan darah pada saat jantung mengembang dan menyedot darah kembali (pembuluh nadi mengempis kosong) (Soenanto, 2009). Alhalaiqa *et al*, (2012) mendefinisikan hipertensi sebagai kondisi di mana tekanan darah sistolik dan diastolik lebih dari 140/90 mmHg. Pasien dengan hipertensi esensial atau primer yang tidak disertai komplikasi kadang tanpa menimbulkan gejala. Manifestasi klinik yang dapat muncul antara lain sakit kepala, epitaksis, marah, telinga berdengung, rasa berat ditengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang, dan pusing (Priyanto, 2008).

1. **Klasifikasi Tekanan Darah**

Menurut JNC VII, tekanan darah dibagi dalam tiga klasifikasi yakni normal, prahipertensi, hipertensi *stage* 1, dan hipertensi *stage* 2 (tabel 1). Klasifikasi ini berdasarkan pada nilai rata-rata dari dua atau lebih pengukuran tekanan darah yang baik, yang pemeriksaannya dilakukan pada posisi duduk dalam setiap kunjungan berobat.

 Tabel 1. Klasifikasi tekanan darah untuk dewasa umur ≥ 18 tahun menurut JNC VII

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klasifikasi Tekanan Darah | Tekanan Darah Sistolik (mmHg) |  Tekanan Darah Diastolik (mmHg) |
| Normal | <120 | <80 |
| Prahipertensi | 120-139 | 80-89 |
| Hipertensi *Stage* 1 | 140-159 | 90-99 |
| Hipertensi *Stage* 2 | >160 | >100 |

Sedangkan menurut paduan baru dalam penatalaksanaan hipertensi pada dewasa yang dikeluarkan JNC 8 *(The Eight Joint National Comittee)*, klasifikasi hipertensi yang harus diberikan terapi dibedakan berdasarkan tiga kategori pasien berikut ini :

 Tabel 2. Klasifikasi tekanan darah untuk dewasa menurut JNC VIII

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kategori Pasien | Tekanan Darah Sistolik (mmHg) | Tekanan Darah Diastolik (mmHg) | Target Tekanan Darah (mmHg) |
| Usia ≥60 tahun | ≥150 | ≥90 | <150/90 |
| Usia <60 tahun | ≥140 | ≥90 | <140/90 |
| Usia ≥18 tahun dengan Ginjal Kronis atau DM | ≥140 | ≥90 | <140/90 |

(James *et al,* 2014).

1. **Etiologi**

 Penyebab hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu hipertensi essensial (primer) merupakan hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya yang disebut idiobatik, kira-kira 90% kasus. Faktor yang mempengaruhi antara lain genetik, lingkungan, hiperaktivitas sistem saraf simfatis, sistem renin angiotensin, gangguan ekskresi Natrium, peningkatan Natrium dan Kalsium intraseluler, dan faktor resiko lainnya seperti obesitas, alkohol, merokok, dan polisitemia (Priyanto, 2008). Sedangkan hipertensi sekunder atau hipertensi renal, merupakan suatu kondisi di mana terjadinya peningkatan tekanan darah tinggi sebagai akibat seseorang mengalami penyakit lainnya (Fauzi, 2014). Terdapat 5 % kasus hipertensi yang penyebabnya diketahui, seperti penggunaan estrogen, penyakit ginjal, hiperaldosteronisme primer, feokromatositomea, dan kehamilan. Hipertensi sekunder juga terinduksi karena pengunaan obat-obatan seperti amfetamin atau “anorexians” (fentermin, sibutramin), kokain, siklosporin, takrolimus, eritropoetin, NSAID, kontrasepsi oral dan pseudoefedrin (Priyanto, 2008).

**4. Patofisiologi**

Berbagai faktor yang menyebabkan perkembangan penyakit hipertensi primer antara lain (Dipiro, 2008) :

- Abnormalitas humoral yang terlibat dalam sistem renin-angiotensin-aldosteron (SRAA), hormon natriuretik, atau hiperinsulinemia.

- Gangguan patologik pada CNS, *autonomic nerve fibers*, reseptor adrenergik atau *baroreceptors.*

- Abnormalitas pada ginjal atau proses autoregulatori jaringan untuk ekskresi sodium, volume plasma, dan konstriksi arteriolar.

- Defisiensi sintesis dari substansi vasodilator pada endothelium vaskular, seperti prostasiklin, bradikinin, nitrit oksid, atau peningkatan produksi substansi vasokontriktor seperti Angiotensin II dan endothelin I.

- Tingginya asupan sodium dan peningkatan sirkulasi hormon natriuretik yang dapat menghambat transfort sodium intraseluler, sehingga meningkatkan reaktivitas vaskular dan meningkatkan tekanan darah.

- Meningkatnya konsentrasi kalsium intraseluler yang berperan mengubah fungsi otot polos vaskular dan meningkatkan resistensi perifer vaskular.

 Sistem renin-angiotensin-aldosteron (SRAA) memiliki peranan penting dalam patofisiologi terjadinya hipertensi. Sistem renin merupakan sistem pengatur tekanan darah di dalam tubuh yang bekerja dengan melepaskan protein, seperti angiotensin II (Ang II), yang dapat mempengaruhi volume darah dan kontraksi pembuluh darah (Silva, 2012).

 Angiotensin ([bahasa Inggris](http://id.wikipedia.org/wiki/Bahasa_Inggris): *angiotensin, hypertensin, angiotonin*) adalah sebuah [dipsogen](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Dipsogen&action=edit&redlink=1) dan [hormon](http://id.wikipedia.org/wiki/Hormon) [oligopeptida](http://id.wikipedia.org/wiki/Peptida) di dalam [serum darah](http://id.wikipedia.org/wiki/Serum_darah) yang menyebabkan [pembuluh darah](http://id.wikipedia.org/wiki/Pembuluh_darah) [mengkerut](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Vasokonstriksi&action=edit&redlink=1) hingga menyebabkan kenaikan [tekanan darah](http://id.wikipedia.org/wiki/Tekanan_darah). Angiotensin merupakan stimulan bagi sekresi [aldosteron](http://id.wikipedia.org/wiki/Aldosteron) dari [adrenal korteks](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Adrenal_korteks&action=edit&redlink=1), dan merupakan bagian dari [sistem RAA](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Sistem_RAA&action=edit&redlink=1) ([renin](http://id.wikipedia.org/wiki/Renin)-angiotensin-[aldosteron](http://id.wikipedia.org/wiki/Aldosteron)). Prekursor angiotensin adalah [angiotensinogen](http://id.wikipedia.org/wiki/Angiotensinogen) yang di[sekresi](http://id.wikipedia.org/wiki/Sekresi) oleh [hati](http://id.wikipedia.org/wiki/Hati), yang akan berubah menjadi angiotensin I dan oleh enzim ["Angiotensin Convertizing Enzim"](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=ACE&action=edit&redlink=1) akan diubah menjadi Angiotensi II. Fungsi angiotensin II adalah : Meningkatkan efek saraf simpatis diantaranya : vasokonstriksi (penyempitan pembuluh darah), yang dapat menyebabkan tekanan darah meningkat dan hipertensi; konstriksi arteriol eferen ginjal, menyebabkan tekanan perfusi meningkat pada glomeruli (Anonim, 2013).

Gambar 1. Peranan Renin-Angiotensin Aldosteron

**5. Komplikasi Hipertensi**

Hipertensi lama atau berat dapat menimbulkan komplikasi berupa kerusakan organ *(target organ damage)* pada jantung, otak, ginjal, mata dan pembuluh darah perifer. Pada jantung dapat terjadi hipertropi ventrikel kiri sampai gagal jantung, pada otak dapat terjadi strok karena pecahnya pembuluh darah serebral, dan pada ginjal dapat menyebabkan penyakit ginjal kronik sampai gagal ginjal. Pada mata dapat terjadi retinopati hipertensif berupa bercak-bercak perdarahan pada retina dan edema papil nervus optikus. Selain itu, hipertensi merupakan faktor resiko terjadinya aterosklerosis dengan akibat penyakit jantung koroner (angina pektoris sampai infark miokard) dan strok iskemik. Hipertensi yang sangat berat juga dapat menimbulkan aneurisma aorta dan robeknya lapisan intima aorta *(dissecting aneurisma)*. Pengendalian berbagai faktor resiko pada hipertensi sangat penting untuk mencegah komplikasi kardiovaskular (Nafrialdi, 2012).

**Penatalaksanaan Terapi**

**1. Tujuan Terapi**

 Tujuan dari terapi pada pasien hipertensi antara lain (Priyanto, 2008) :

1. Menurunkan morbiditas dan mortalitas
2. Menurunkan tekanan darah hingga mencapai :

- Kurang dari 140/90 mmHg pada hipertensi non komplikasi

- Kurang dari 130/85 mmHg pada pasien DM dan gagal ginjal

- Kurang dari 125/75 mmHg pada gangguan ginjal berat

- Kurang dari 140 mmHg pada hipertensi sistolik

1. **Terapi non farmakologi**

Terdapat banyak faktor dominan yang menyebabkan hipertensi. Pengendalian hipertensi dapat dilakukan dengan cara mengidentifikasi dan mengurangi faktor resiko seperti merokok, dislipedemia, diabetes melitus (DM), post menopause, riwayat keluarga menderita hipertensi, obesitas (*Body Mass Index atau BMI* ≥30 kg/m2), penyakit jantung, dan aktivitas fisik yang kurang.

Adapun modifikasi gaya hidup yang dapat dilakukan antara lain menurunkan berat badan apabila obesitas, membatasi konsumsi alkohol, meningkatkan aktivitas fisik aerobik (30-45 menit/hari), mengurangi asupan garam (2,4 g Na atau 6 g NaCl/hari), mempertahankan asupan Kalium yang adekuat, berhenti merokok dan mengurangi asupan lemak/kolesterol dalam makanan (Priyanto, 2008).

1. **Terapi Farmakologi**

Hipertensi merupakan kondisi yang paling sering ditemui pada perawatan primer dan dapat menyebabkan berbagai komplikasi seperti infark miokardium, stroke, gagal ginjal, dan kematian jika tidak dideteksi dini dan diterapi dengan tepat. JNC 8 *(The Eight Joint National Committee)* telah mengeluarkan panduan baru dalam manajemen hipertensi pada dewasa.

 “2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)”, yang telah dipublikasikan secara online pada tgl 18 Desember 2013 oleh JAMA *(Journal of the American Medical Association)* menguraikan 9 rekomendasi spesifik untuk memulai dan memodifikasi farmakoterapi untuk pasien dengan peningkatan tekanan darah. Sembilan rekomendasi utama yang baru meliputi (James *et al,* 2014) :

1. Pada pasien berusia ≥60 tahun, mulai terapi farmakologi pada tekanan darah sistolik ≥150 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥90 mmHg dan terapi hingga tekanan darah sistolik tujuan <150 mmHg dan tekanan darah diastolik tujuan <90 mmHg (rekomendasi kuat - level A). Jika terapi menyebabkan tekanan darah sistolik yang lebih rendah (misalnya <140 mmHg) dan terapi ditoleransi dengan baik tanpa efek samping pada kesehatan dan kualitas hidup, maka tidak perlu penyesuaian dosis (pendapat ahli – level E).
2. Pada pasien berusia <60 tahun, mulai terapi farmakologi pada tekanan darah diastolik ≥90 mmHg dan terapi hingga tekanan darah diastolik tujuan <90 mmHg (untuk usia 30-59 tahun, rekomendasi kuat - level A; untuk usia 18-29 tahun, pendapat ahli - level E).
3. Pada pasien berusia <60 tahun, mulai terapi farmakologi pada tekanan darah sistolik ≥140 mmHg dan terapi hingga tekanan darah sistolik tujuan <140 mmHg (pendapat ahli – level E).
4. Pada pasien berusia ≥18 tahun dengan penyakit ginjal kronik, mulai terapi farmakologi pada tekanan darah sistolik ≥140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥90 mmHg dan terapi hingga tekanan darah sistolik dan diastolik tujuan <140 mmHg dan <90 mmHg (pendapat ahli - level E).
5. Pada pasien berusia ≥18 tahun dengan diabetes, mulai terapi farmakologi pada tekanan darah sistolik ≥140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥90 mmHg dan terapi hingga tekanan darah sistolik tujuan <140 mmHg dan tekanan darah diastolik tujuan <90 mmHg (pendapat ahli - level E).
6. Pada populasi non-kulit hitam secara umum, termasuk yang mempunyai diabetes, terapi antihipertensi awal harus meliputi diuretik jenis thiazide, CCB, ACE inhibitor, atau ARB (rekomendasi sedang - level B). Rekomendasi ini berbeda dengan JNC 7 di mana panel merekomendasikan diuretik jenis thiazide sebagai terapi awal untuk sebagian besar pasien.
7. Pada populasi kulit hitam secara umum, termasuk yang mempunyai diabetes, terapi antihipertensi awal harus meliputi diuretik jenis thiazide atau CCB (untuk populasi kulit hitam secara umum: rekomendasi sedang - level B; untuk populasi kulit hitam dengan diabetes: rekomendasi lemah - level C).
8. Pada populasi berusia ≥18 tahun dengan penyakit ginjal kronik (PGK), terapi antihipertensi awal (atau *add-on*) harus meliputi ACE inhibitor atau ARB untuk memperbaiki *outcome* ginjal. Hal ini diaplikasikan pada semua pasien PGK dengan hipertensi tanpa memperhatikan ras atau status diabetes (rekomendasi sedang - level B).
9. Tujuan utama terapi hipertensi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan darah tujuan. Jika tekanan darah tujuan tidak tercapai dalam 1 bulan terapi, tingkatkan dosis obat awal atau tambahkan dengan obat kedua dari salah satu golongan obat dalam rekomendasi no.6 (diuretik jenis thiazide, CCB, ACE inhibitor, atau ARB). Dokter harus terus menilai tekanan darah dan menyesuaikan regimen terapi hingga tekanan darah tujuan tercapai. Jika tekanan darah tujuan tidak dapat tercapai dengan 2 obat, tambahkan dan titrasi obat ketiga dari daftar yang diberikan. Jangan gunakan ACE inhibitor dan ARB bersamaan pada pasien yang sama.

 Jika tekanan darah tujuan tidak dapat dicapai dengan hanya menggunakan obat dalam rekomendasi no.6 karena kontraindikasi atau kebutuhan menggunakan lebih dari 3 obat untuk mencapai tekanan darah tujuan, maka obat antihipertensi dari golongan lain dapat digunakan. Perujukan ke seorang spesialis hipertensi dapat diindikasikan untuk pasien yang tekanan darah tujuan tidak tercapai menggunakan strategi di atas atau untuk manajemen pasien dengan komplikasi yang memerlukan konsultasi klinis tambahan (pendapat ahli - level E).

**Kepatuhan *(Adherence)***

**1. Definisi Kepatuhan**

 Meskipun telah dibuat rencana pelayanan kefarmasian terbaik dan peresepan paling tepat, tetapi jika penderita tidak patuh terhadap pengobatannya maka hasil terapi yang optimal tidak akan tercapai. Haynes dan Rand mendefinisikan kepatuhan sebagai seberapa jauh perilaku seseorang (dalam hal menggunakan obat, mengikuti diet, atau mengubah gaya hidup) sesuai dengan rekomendasi yang disepakati di penyedia layanan kesehatan. Ketidakpatuhan dan ketidaksepahaman (*non corcondance*) penderita dalam menjalankan terapi merupakan salah satu penyebab kegagalan terapi (Depkes RI, 2006).

**2. Pengukuran Kepatuhan**

Tabel 3. Keuntungan dan Kerugian berbagai Metode Pengukuran Kepatuhan

| **Pengukuran** | **Keuntungan** | **Kekurangan** |
| --- | --- | --- |
| **Langsung**Observasi terapi secara langsung | Paling akurat | Penderita dapat menyembunyikan pil dalam mulut dan kemudian membuangnya |
| Pengukuran kadar obat atau metabolit dalam darah | Obyektif | Variasi metabolisme dapat memberikan penafsiran yang salah terhadap kepatuhan, mahal |
| Pengukuran penanda biologis dalam darah | Obyektif | Memerlukan adanya pengujian kuantitatif yang mahal dan pengumpulan cairan tubuh |
| **Tidak langsung**Kuesioner | Sederhana dan tidak mahal, metode yang paling berguna dalam penentuan klinis | Rentan terhadap kesalahan dengan kenaikan waktu antara kunjungan; hasilnya mudah terdistorsi oleh penderita |
| Menghitung pil | Obyektif dan mudah dilakukan | Data mudah diubah oleh penderita |
| Monitor obat secara elektronik | Tepat, hasilnya mudah diukur | Mahal, memerlukan kunjungan kembali dan pengambilan data |
| Pengukuran penanda fisiologis | Biasanya mudah untuk dilakukan | Penanda menjadi tidak dapat mengenali penyebab lain  |
| Buku harian penderita | Memperbaiki ingatan yang lemah | Mudah diubah oleh penderita |
| Jika penderita anak-anak, kuesioner untuk orang tua | Sederhana, obyektif | Rentan terhadap distorsi |
| Kecepatan menebus resep kembali | Obyektif, mudah diperoleh data | Resep yang diambil tidak sama dengan obat yang dikonsumsi |
| Penilaian respon klinis penderita | Sederhana, umumnya mudah melakukannya | Faktor lain dari kepatuhan pengobatan dapat berefek pada respon klinik |

(Osterberg & Blaschke, 2005).

.

# METODE

Metode atau cara untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan atau direncanakan. Bagian ini dilengkapi dengan prosedur lengkap program yang menggambarkan apa yang sudah dilaksanakan dan yang akan dikerjakan selama waktu yang diusulkan atau diresncanakan.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan lintas budaya untuk adaptasi dan validasi instrument. Tahapan dalam uji coba instrumen menurut Beaton *et al.* (2000)menggunakan lima tahapan yang meliputi:

**Tahap Translasi/ Penerjemahan**

Pada tahap translasi, sesuai dengan Beaton *et al.* proses translasi dilakukan oleh dua orang *translator. Translator* yang pertama merupakan orang yang memahami konsep atau prosedur yang akan dilakukan adaptasi untuk mendapatkan perspektif yang sesuai. Sedangkan *translator* yang kedua adalah orang yang tidak memiliki latar belakang kesehatan atau tidak memahami sama sekali tentang konsep atau prosedur dari objek adaptasi atau disebut dengan *naïve translator*. Tujuan dari *naïve translator* adalah agar *translator* ini dapat menghasilkan bahasa yang mudah dipahami oleh orang awam. Translator merupakan orang dengan keahliannya dan bersertifikasi.

**Tahap Sintesa Hasil Terjemahan**

Hasil terjemahan oleh dua orang *translator* selanjutnya dianalisis untuk menjadi satu terjemahan. Semua isu yang muncul misal adanya perbedaan makna dan pilihan kata didiskusikan dan dibuat kesepakatan. Seluruh proses ini harus terdokumentasikan secara jelas agar mudah dalam validasi.

**Tahap *Back Translation***

Hasil penggabungan translasi selanjutnya diterjemahkan kembali ke bahasa asal. Hal ini bertujuan sebagai pengecekan validitas bahasa. Apakah hasil translasi memiliki arti dan bahasa yang sama dengan kuesioner versi asli. Pengecekan ini dilakukan oleh *native* atau orang yang memiliki Bahasa Inggris sebagai bahasa ibu namun juga memiliki kemampuan dalam bahasa yang dijadikan subjek adaptasi, dalam hal ini adalah Bahasa Indonesia. Selain itu, *back translator* juga tidak memiliki pengetahuan tentang konsep dari objek yang diadaptasi. Hasil dalam proses ini dapat disebut dengan *draft* kuesioner.

**Analisis oleh *Expertist***

Draft kuesioner selanjutnya akan dilakukan review. Proses review ini melibatkan beberapa orang yang paham terkait metodologi penelitian, konsep dalam bidang kesehatan, dan bahasa. Tim ahli ini dapat berjumlah minimal tiga orang dan maksimal enam orang. Penelitian ini akan melibatkan 2 orang pakar (doktor) dan 3 orang apoteker. Hasil analisis selanjutnya akan diuji menggunakan content validity index (CVI) sebagai uji validitas. Uji content dan uji konstrak biasa digunakan dalam penelitian adaptasi lintas budaya (Janssens *et al.,* 2015). Masing-masing dari mereka menilai relevansi setiap item pertanyaan yang ada dalam kuesioner menggunakan skala Likert dengan pilihan: 1 untuk tidak relevan, 2 kurang relevan, 3 cukup relevan, dan, 4 sangat relevan. Apabila nilai CVI < 0.6 maka kuesioner versi Bahasa Indonesia harus direvisi. Selanjutnya peneliti merevisi kuesioner sesuai dengan saran dan masukan para pakar. Sehingga disepakati bersama oleh seluruh pakar adanya perubahan tersebut dan hasil akhir yang diperoleh kemudian dilanjutkan ke tahap back translation. Kemudian dari 2 orang translator bersertifikat melakukan penilaian untuk membandingkan tingkat kemaknaan (berbeda atau tidak ada perbedaan signifikan) antara kuesioner hasil akhir dengan kuesioner asli (berbahasa Inggris).

**Validitas dan Reliabilitas**

Uji validitas dilakukan dengan Pearson Correlation, di mana syarat validitas tiap pertanyaan harus memiliki nilai r lebih dari 0,179 (r tabel). Uji reliabilitas dilakukan terhadap alat ukur dalam bentuk kuesioner untuk mengetahui sejauh mana tingkat konsistensi atau kepercayaan hasil suatu pengukuran atau sejauh mana pertanyaan dapat dipahami sehingga tidak menyebabkan perbedaan interpretasi dalam memahami pertanyaan (McDowell, 2006). Uji reliabilitas dalam proses adaptasi sebaiknya diujicobakan pada paling tidak 30 – 40 subjek dari pasien atau target sampel yang diinginkan. Target sampel dalam penelitian ini adalaah sebanyak 121 subjek. Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan *Cronbach alfa* dengan nilai > 0.6. Responden dalam uji reliabilitas penelitian ini melibatkan penderita hipertensi di RS Islam Banjarmasin dengan rentang waktu Juli – Agustus 2021.

**Jenis dan Sumber Data**

Jenis data dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer meliputi nama pasien, alamat pasien, riwayat penyakit diperoleh melalui wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Sedangkan data sekunder meliputi karakteristik pasien tekanan darah diambil dari catatan rekam medik.

**Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini antara lain :

1. Form pengambilan data, dipergunakan untuk melengkapi data-data sekunder meliputi umur, jenis kelamin, status, pendidikan, pekerjaan, penanggung biaya pengobatan, dan data-data laboratorium.
2. Kuesioner yang digunakan terdiri dari :
	* Lembar *informed consent*, yang berisikan informasi mengenai tujuan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti dan permintaan kesediaan subjek untuk mengisi kuisioner.
	* Lembar data subjek, yang berisikan data diri subjek yang diperlukan untuk melihat kesesuaian dengan kriteria subjek yang telah ditetapkan oleh peneliti
	* Kuisioner kepatuhan menggunakan ARMS hasil translasi

Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dengan kriteria inklusi yaitu penderita hipertensi rawat jalan di RS Islam Banjarmasin, tidak buta dan tidak tuli. Sedangkan kriteria eksklusinya adalah penderita hipertensi yang menolak untuk menjadi responden penelitian. Analisis data dalam penelitian ini berbentuk laporan, dimana hasil dari setiap tahap didokumentasikan dan digunakan sebagai bahan bandingan dan juga diskusi dalam tahap selanjutnya*.*

**Kriteria Inklusi dan Eksklusi**

Kriteria-kriteria dari populasi target anta lain :

1. Kriteria Inklusi
	* + 1. Pasien dewasa baik laki-laki dan perempuan yang berusia 18-65 tahun.
			2. Pasien Hipertensi yang melakukan kontrol dan mendapatkan obat antihipertensi di poliklinik penyakit dalam RS Islam Banjarmasin
			3. Pasien terdiagnosa menderita Hipertensi dengan atau tanpa komplikasi penyakit lain.
			4. Tidak buta huruf dan memiliki *handphone* yang dapat dihubungi
			5. Pasien bersedia mengikuti penelitian dengan menandatangani *informed consent*.
2. Kriteria Ekslusi
	* + 1. Hamil
			2. Tuli
			3. Pasien pendatang di luar Banjarmasin yang sedang menjalani pengobatan tetapi menetap sementara waktu



**Pembagian tugas penelitian dan luaran penelitian**

Pembagian tugas penelitian adalah sebagai berikut:

Ketua penelitian : Apt. Dedi Hartanto, M.Sc

Alokasi waktu : 12 jam/ minggu

Bidang keahlian : Farmasi Umum - Apoteker

Uraian tugas :Mengkordinir pelaksanaan penelitian, menganalisis data, menyusun rancangan penelitian dan hasil (luaran penelitian), menyusun laporan penelitian, publikasi penelitian.

Anggota Penelitian 1 : Apt. Herda Ariyani, M.Farm

Alokasi waktu : 10 jam/minggu

Bidang keahlian : Farmasi Klinis

Uraian tugas : Membantu ketua peneliti dalam pelaksanaan penelitian, membantu menyiapkan instrumen penelitian dan pengambilan data, membantu publikasi penelitian.

Tim Penunjang/Ahli

1. Apt. Riza Alfian, M.Sc

Bidang keahlian : Farmasi Klinik

Uraian tugas : translator ke 1 merupakan dosen yang mengerti tentang instrumen ini (versi 1) dan membantu ketua peneliti dalam menganalisa hasil validitas serta reliabilitas instrumen penelitian.

2. Yusuf Al Arief, M.Hum

Bidang keahlian : Translator Bahasa (Bersertifikasi)

Uraian tugas : menerjemahkan kuesioner ARMS dalam bahasa Indonesia/ translator ke 2 (versi 2).

Adapun luaran penelitian yang dihasilkan adalah sebagai berikut:

Luaran wajib : Publikasi Ilmiah Jurnal terkareditasi

Tabel 3. Jadwal Pelaksanaan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Nama Kegiatan | Bulan |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Translasi instrumen penelitian |  | ✓ | ✓ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Sintesa Hasil Terjemahan |  |  | ✓ | ✓ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Translasi Kembali |  |  |  | ✓ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Analisis oleh Expertist |  |  |  | ✓ | ✓ |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Revisi dan Persiapan Uji Coba Lapangan |  |  |  |  | ✓ |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Uji Coba Lapangan |  |  |  |  | ✓ | ✓ |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Input data dan analisis data penelitian |  |  |  |  |  |  | ✓ | ✓ |  |  |  |  |
| 8 | Penyusunan laporan penelitian |  |  |  |  |  |  |  | ✓ | ✓ |  |  |  |
| 9 | Penyusunan dan submit luaran |  |  |  |  |  |  |  |  | ✓ | ✓ |  |  |

.

.

# HASIL DAN PEMBAHASAN

Berisi tentang penjabaran seluruh hasil yang ddapatkan baik dalam bentuk table, grafik, bagan, gambar ataupun secara deskriptif. Hasil juga memuat analisis data jika diperlukan. Pembahasan ulasan hasil penelitian dan hasil analisis data, dibahas dengan ditelaah menggunakan referensi terkait. Hasil temuan dari program kegiatan dijabarkan pada bagian ini

1. **Tahap Translasi/ Penerjemahan**

Pada tahap translasi, *translator* yang dipilih merupakan orang dengan keahliannya dan bersertifikasi. *Translator* yang pertama merupakan orang yang memahami konsep atau prosedur yang akan dilakukan adaptasi untuk mendapatkan perspektif yang sesuai. Sedangkan translator kedua merupakan *naïve translator*. Tujuan dari *naïve translator* adalah agar *translator* ini dapat menghasilkan bahasa yang mudah dipahami oleh orang awam. Hasil terjemahan oleh dua orang *translator* selanjutnya dianalisis untuk menjadi satu terjemahan. Hasil translasi dapat dilihat pada Lampiran 1 hingga lampiran 3.

1. **Analisis oleh *Expertist***

Draft kuesioner selanjutnya akan dilakukan review. Proses review ini melibatkan beberapa orang yang paham terkait metodologi penelitian, konsep dalam bidang kesehatan, dan bahasa serta orang awam (pasien). Penelitian ini melibatkan 2 orang pakar (doktor), 3 orang apoteker. Hasil analisis selanjutnya akan diuji menggunakan content validity index (CVI) sebagai uji validitas. Uji content dan uji konstrak biasa digunakan dalam penelitian adaptasi lintas budaya (Janssens *et al.,* 2015). Masing-masing dari mereka menilai relevansi setiap item pertanyaan yang ada dalam kuesioner menggunakan skala *Likert* dengan pilihan: 1 untuk tidak relevan, 2 kurang relevan, 3 cukup relevan, dan, 4 sangat relevan melalui pengisian *Google Form.* Apabila nilai CVI < 0.6 maka kuesioner versi Bahasa Indonesia harus direvisi. Selanjutnya peneliti merevisi kuesioner sesuai dengan saran dan masukan para pakar. Sehingga disepakati bersama oleh seluruh pakar adanya perubahan tersebut (lihat lampiran 4).

Berdasarakan penelitian Hendryadi (2017) menyebutkan bahwa tidak ada teknik yang baku dalam pengujian validitas konten. Para peneliti dapat menggunakan pendekatan kualitatif, kuantitatif, atau gabungan keduanya. Adapun teknik kualitatif yang umum dipergunakan adalah melalui wawancara mendalam atau FGD dengan pakar (logical validity) atau pengguna (face validity). Sedangkan teknik statistik yang umum dipergunakan dalam pengujian validitas isi dalam sepuluh tahun terakhir adalah content validity index (CVI) yang didasarkan pada tingka kesepakatan para ahli pada item, atau S-CVI pada kuesioner secara keseluruhan.

Jika reliabilitas menyangkut isu-isu konsistensi, maka validitas menentukan akurasi test. Validitas mengacu pada aspek ketepatan dan kecermatan hasil pengukuran. Pengukuran sendiri dilakukan untuk mengetahui seberapa banyak aspek (dalam arti kuantitatif) suatu aspek psikologis terdapat dalam diri seseorang, yang dinyatakan oleh skornya pada instrument pengukur yang bersangkutan. Dalam konteks Teori Skor-murni Klasik, Azwar (2012) lebih lanjut menjelaskan bahwa makna validitas dapat dinyatakan sebagai sejauhmana besaran skor-tampak X mampu mendekati besaran skor-murni T. Semakin skor-tampak mendekati skor-murni berarti semakin tinggi validitas dan sebaliknya sebaliknya, semakin rendah validitas hasil pengukuran berarti semakin besar perbedaan skor-tampak dari skor-murni.

Uji Validitas merupakan upaya peneliti untuk mengevaluasi kegunaan dan kelayakan instrumen ARMS dalam menilai kepatuhan pasien terutama penderita hipertensi. Mengukur dan melaporkan validitas konten instrumen ini adalah urgent, karena jenis uji validitas ini juga dapat membantu memastikan validitas konstruk dan memberi kepercayaan kepada pembaca dan peneliti tentang instrument karena melibatkan pakar-pakar untuk memeriksa kelayanan instrument. Validitas isi dikenal dengan istilah lain yakni *content related validity, intrinsic validity, relevance validity, representative validity dan logical atau sampling validity.* Menurut Growth-Marnat (2010), konseptualisasi dan operasionalisasi merupakan tahap awal pengembangan kuesioner.

Salah satu pendekatan yang juga direkomendasikan untuk mengevaluasi validitas isi adalah content validity index (CVI). Pendekatan ini melibatkan tim ahli untuk menentukan apakah setiap item dalam skala susah sesuai atau relevan dengan konstraknya, menghitung persentase item yang dianggap relevan untuk setiap pakar, dan kemudian mengambil rata-rata persentase di antara pakar. Sebagai contoh, misalnya dengan tiga ahli, jika Expert 1 memberikan nilai kesesuaian sekumpulan item dengan kostruknya sebesar 90%, Expert 2 memberikan nilai kesesuaian 100%, dan Expert 3 memberi nilai 90%, maka nilai indeks ini adalah 93%. Ini disebut sebagai persentase kongruensi rata-rata (average congruency percentage - ACP). Nilai ACP disarankan lebih besar dari 90 sebagai syarat diterimanya sebuah instrumen (Popham, 1978, Waltz et al., 2005)

Content validity index (CVI) merupakan salah satu teknik yang paling banyak digunakan dalam riset keperawatan (Polit dan Beck, 2006). Teknik ini dikembangkan oleh Martuza (1977), seorang spesialis pendidikan. Meski demikian, CVI telah memiliki banyak kritik, dan kemudian Lynn (1986), dalam penelitiannya menghitung dua jenis CVI. Tipe pertama melibatkan validitas isi item individual (i-CVI) dan yang kedua melibatkan validitas konten dari skala keseluruhan (s-CVI). Lynn (1986) menganjurkan minimal menggunakan tiga ahli, namun mengindikasikan bahwa lebih dari 10 mungkin tidak perlu. Skala pengukuran yang disarankan adalah skala ordinal 4 titik untuk poin untuk menghindari titik tengah netral dan ambivalen. Beberapa label yang sering sering digunakan: 1 = tidak relevan, 2 = agak relevan, 3 = cukup relevan, 4 = sangat relevan. Kemudian, untuk setiap item, I-CVI dihitung sebagai jumlah ahli yang memberikan penilaian baik yaitu 3 atau 4 (dengan demikian dikotomisasi skala ordinal menjadi relevan = 1 dan tidak relevan= 0), dibagi dengan jumlah total ahli. Misalnya, item yang dinilai cukup atau sangat relevan oleh empat dari lima penilai akan memiliki I-CVI sebesar 0,80 (Polit dan Beck, 2006).

Tabel 1. Data CVI dari 5 Ahli

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Expert1** | **Expert2** | **Expert3** | **Expert 4** | **Expert 5** | **Jumlah Kesetujuan** | **I-CV** |
| 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4/5 = 0.8 |
| 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4/5 = 0.8 |
| 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4/5 = 0.8 |
| 4 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4/5 = 0.8 |
| 5 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4/5 = 0.8 |
| 6 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4/5 = 0.8 |
| 7 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4/5 = 0.8 |
| 8 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4/5 = 0.8 |
| 9 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4/5 = 0.8 |
| 10 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4/5 = 0.8 |
| 11 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4/5 = 0.8 |
| 12 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4/5 = 0.8 |
| Sigma | 0 | 12 | 12 | 12 | 12 | Mean I-CVI | 0.8 |
| Proporsi Relevan | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |  |  |

Mean I-CVI, item-level content validity index rata-rata = 0.8. Proporsi rata-rata item dinilai relevan oleh empat ahli =1 dan ada pula Proporsi rata-rata item dinilai relevan oleh 1 ahli lainnya = 0. Nilai I-CVI harus 1,00 bila ada lima atau lebih sedikit penilai. Bila ada enam atau lebih penilai, standarnya bisa lebih longgar, tapi Lynn (1986) merekomendasikan I-CVI tidak lebih rendah dari 0,78. Dapat disimpulkan bahwa item pertanyaan hasil translasi di atas harus direvisi.

1. ***Back Translation***

Selanjutnya peneliti merevisi kuesioner hasil translasi sesuai dengan saran dan masukan para pakar. Sehingga disepakati bersama oleh seluruh pakar adanya perubahan tersebut dan hasil akhir yang diperoleh kemudian dilanjutkan ke tahap *back translation*. Sebanyak 2 orang translator bersertifikat melakukan penilaian untuk membandingkan tingkat kemaknaan (berbeda atau tidak ada perbedaan signifikan) antara kuesioner hasil akhir dengan kuesioner asli (berbahasa Inggris).

Pengecekan ini dilakukan oleh 2 orang *native* tersebut merupakan orang yang memiliki Bahasa Inggris sebagai bahasa ibu namun juga memiliki kemampuan dalam bahasa yang dijadikan subjek adaptasi, dalam hal ini adalah Bahasa Indonesia. Selain itu, *back translator* juga tidak memiliki pengetahuan tentang konsep dari objek yang diadaptasi. Hasil dalam proses ini dapat disebut dengan *draft* kuesioner. Adapun hasil dari penilaian translator dapat dilihat pada lampiran 5.

**Validitas dan Reliabilitas**

Kuesioner ARMS telah diuji validitas dengan uji Pearson Correlation dan realibilitasnya dengan uji Reliability Cronbach’s Alpha. Sampel yang digunakan berjumlah 121 pasien hipertensi dengan syarat validitas tiap pertanyaan harus memiliki nilai r lebih dari 0,179 (r tabel). Hasil uji Pearson Correlation menunjukkan bahwa nilai r (r hitung) dari semua pertanyaan lebih dari nilai r tabel sehingga semua perntanyaan dinyatakan valid. Hasil uji Reliability Cronbach’s Alpha menunjukkan nilai 0,788 yang melebihi batas nilai reliabilitas 0,7 sehingga semua pertanyaan pada kuesioner dinyatakan reliable (hasil terlampir pada lampiran 6).

# PENUTUP

Berisi mengenai simpulan hasil program kegiatan yang dilakukan serta ringkasan temuan atau karya yang dihasilkan. Dapat dijabarkan berupa paragraph ataupun perpoin.

Hasil uji validitas dan reliabilitas pada 121 penderita menunjukkan bahwa kuesioner ARMS versi Indonesia telah valid dan reliabel. Hasil uji *Pearson Correlation* menunjukkan bahwa nilai r (r hitung) dari semua pertanyaan lebih dari nilai r tabel sehingga semua perntanyaan dinyatakan valid. Adapun hasil uji *Reliability Cronbach’s Alpha* menunjukkan nilai 0,788 yang melebihi batas nilai reliabilitas 0,7 sehingga semua pertanyaan pada kuesioner dinyatakan reliabel.

# REFERENSI

Berisi daftar referensi yang digunakan dalam penyusunan usulan/laporan program. Format *style* yang digunakan adalah ***Harvard Style***. Wajib menggunakan aplikasi referensi. Aplikasi yang disarankan digunakan adalah *Mendeley, Zotero,* dan/atau aplikasi bawaan MS Word. Hapus dulu format referensi yang telah ada baru gunakan aplikasi yang biasa anda gunakan

Abdeesco, C., 2012, Effectiveness of health instruction related to diet and drug in increasing the level of knowledge on hypertensive patients associated with cardiac problems. *Indian Streams Research Journal*, 2(11), 1-6.

Alhaiqa, F., Deane, K.H.O., Nawafleh, A.H., Clark, A., Gray, R., 2012, Adherence therapy for medication non compliant patients with hypertension: a randomised controlled trial*,* *Journal of Human Hypertension* 26, 117–126

Al-Qasem, F. Smith & S. Clifford., 2011, Review Adherence to medication among chronic patients in Middle Eastern countries: review of studies*.* Vol. 17  No. 4, *Eastern Mediterranean Health Journal.*

Anonim, 2013, Angiotensin

<http://id.wikipedia.org/wiki/Angiotensin>

diakses tanggal 9 Januari 2021

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines For The Process Of Cross-Cultural Adaptation Of Self-Report Measures. Spine (Phila Pa 1976). 2000;25(24):3186–91.

Chun-Ja Kim, Eunyoung Park, Elizabeth A. Schlenk, Moonsun Kim, Dae Jung Kim. 2016, Psychometric Evaluation of a Korean Version of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) in Adults With Type 2 Diabetes, The Diabetes EDUCATOR, Volume 42, Number 2, April 2016

Departemen Kesehatan RI, 2006, *Pharmaceutical Care untuk Penyakit Hipertensi.* Deptemen Kesehatan R, Jakarta.

De Bemt, Bt JF van den.,Hanneke E Zwikker and Cornelia HM van den Ende, 2012, Medication adherence in patients with rheumatoid Arthritis: a critical appisal of the existing liteture. *Expert Rev. Clin. Immunol*. 8(4), 337–351 (2012). www.expert-reviews.com ISSN 1744-666X

Dharmapuri S, Best D, Kind T, Silber TJ, Simpson P, D’Angelo L. Health literacy and medication adherence in adolescents. J Pediatr. 2015;166:378-382.

Dipiro, Joseph T, barbara G. Wells, Terry L. S., Cecily V. Dipiro, 2009, *Pharmacotherapy a pathophysiologic approach seventh edition.* American Pharmacist Association, Washington DC.

Fisher MA, Stedman MR, Lii J., 2010, Primary medication non adherence : analysis of 195,930 electronic prescriptions. *J Gen Intern Med* ; 25;284-90.

Hacihasanoğlu, R., & Gözüm, S., 2011, The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting*. Journal Of Clinical Nursing*, 20(5/6), 692-705.

James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J., 2014, Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. doi:10.1001/jama.2013.284427.

Janssens A, Rogers M, Coon JT, Allen K, Green C, Jenkinson C, et al. A Systematic Review of Generic Multidimensional Patient-Reported Outcome Measures For Children , Part II : Evaluation Of Psychometric Performance Of English-Language Versions In A General Population. Value Heal [Internet]. 2015;18(2):334–45. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2015.01.004

Kemenkes RI, 2013, Riset Kesehatan Dasar. Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan. Kemnkes RI.

Leiva, Alfonso., Marta Fajó, Luís Escriche, Francisco J Audera, Sara López, Ma Carmén Martín, Rosa González, Gaspar Tamborero, Elena M García, Rosa Duro, Ramón Orueta, Francisca Serra, Pilar D’agosto P, Jerónima Miralles, Patricia Lorente, Joan Llobera, Ana Aurelia Iglesias, Ruth Fernández, María M Colom, Aina M Buades, Lucía Moreno, Clara Vidal., 2010, Efficacy of a brief multifactorial adherence-based intervention on reducing the blood pressure of patients with poor adherence: protocol for a randomized clinical trial.The ADHERENCE group. *BMC Cardiovascular Disorders*, 10:44

Mayberry LS, Gonzalez JS, Wallston KA, Kripalani S, Osborn CY. The ARMS-D out performs the SDSCA, but both are reliable, valid, and predict glycemic control. Diabetes Res Clin Pract. 2013;102:96-104.

McDowell, I. 2006. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires. OXFORD, Third.

Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008;10:348-354.

Nafrialdi. 2012. *Farmakologi dan TerapiEdisi 5 : Antihipertensi.* Departemen Farmakologi dan Terapeutik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta

Nelson MR, Reid CM, Ryan P., 2006, Self reported adherence with medication and cardiovascular disease outcomes in the Second Australian National Blood Pressure Study (ANBP2*)*. *Med J Aust*; 185:487-8.

Osterberg, Ls M.D & T. Blaschke, M.D*.,* 2005*,* Drug Therapy : Adherence to Medication. *The new england journal of medicine*.

Payne GH. An Exploratory Model of Medication Refill Adherence Behavior [dissertation]. Atlanta: Georgia State University; 2009.

Pittman, D. G., Tao, Z., Chen, W., & Stettin, G. D., 2010, Antihypertensive medication adherence and subsequent healthcare utilization and costs*. American Journal Of Managed Care*, 16(8), 568-576.

Priyanto, 2008, *Farmakoterapi dan Terminologi Medis*. Penerbit : Leskonfi Jakta.Silva, Roberto de Barros, 2012, Hypertension and Renin-Angiotensin System, Antihypertensive Drugs, Prof. Hossein Babaei (Ed.)

<http://www.intechopen.com/books/antihypertensive-drugs/hypertension-and-renin-angiotensin-system>

diakses tanggal 9 Maret 2015

Rust CJ. Medication Adherence and Self-efficacy Among African American Breast Cancer Survivors [dissertation]. Knoxville: University of Tennessee; 2012.

Soenanto, Hardi., 2009, *100 Resep Sembuhkan Hipertensi Obesitas, dan Asam Urat.* PT Elex Media Komputindo, Jakarta.

World Health Organization, 2010, Global status report on noncommunicable diseases 2010*.* Geneva, World Health Organization, 2010.

World Health Organization, 2013, A global brief on Hyper tension Silent Killer, Global Public Health Crisis.

Hendryadi, 2017, VALIDITAS ISI: TAHAP AWAL PENGEMBANGAN KUESIONER, Jurnal Riset Manajemen dan Bisnis (JRMB) Fakultas Ekonomi UNIAT Vol.2, No.2, Juni 2017: 169 - 178 ISSN 2527 – 7502

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Research in nursing & health, 29(5), 489-497. Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Research in nursing & health, 30(4), 459-467.

Azwar, S. (2012). Reliabiltas dan Validitas. Edisi 4. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

Yalow, E. S., & Popham, W. J. (1983). Content validity at the crossroads. Educational Researcher, 12(8), 10-21.

Growth – Marnat, G. (2010). Handbook of Psychological Assessment. Terj. Soetjipto, H.P & Soetjipto, S.M. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

# LAMPIRAN

Berisi mengenai data-data pelengkap tambahan yang diperlukan untuk dicantumkan seperti data-data yang tidak dapat ditampilkan di dalam isi laporan, surat menyurat, perijinan, hasil lab dan dokumen terkait lainnya.

1.Hasil Translasi oleh Translator ke 1

***ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)***

KEPATUHAN DALAM MENGAMBIL RESEP ULANGAN OBAT (ARMS)

*Lumrah terjadi ketika orang sering tidak minum obat atau meminumnya dengan cara berbeda dari yang seharusnya dilakukan. Saya ingin bertanya tentang bagaimana Anda minum obat. Tidak ada jawaban benar atau salah. Untuk setiap pertanyaan, silakan jawab "tidak pernah", "kadang-kadang", "sering", atau "selalu".*

Tidak

Pernah

Kadang-kadang

Sering

Selalu

1. Apakah Anda sering lupa minum obat?
2. Apakah Anda sering memutuskan untuk tidak minum obat?
3. Apakah Anda sering lupa meminta dokter menuliskan resep untuk Anda?
4. Apakah Anda sering kehabisan obat?
5. Apakah Anda sering tidak minum obat sebelum pergi menemui dokter untuk berobat?
6. Apakah Anda sering tidak minum obat setelah merasa lebih sehat?
7. Apakah Anda sering tidak minum obat saat merasa kurang sehat?
8. Apakah Anda sering tidak minum obat karena teledor? 3 4
9. Apakah Anda sering mengganti dosis obat sesuai dengan kebutuhan Anda (misalnya

minum obat lebih sedikit atau lebih banyak dibandingkan dengan yang diresepkan)?

1. Apakah Anda sering lupa minum obat ketika obat tersebut seharusnya diminum

lebih dari sekali dalam sehari?

1. Apakah Anda sering menunda untuk mengisi ulang obat karena harganya terlalu mahal?
2. Apakah Anda sering merencanakan dan mengisi ulang obat sebelum kehabisan?

Copyright © 2009 Emory University

Skor:

Setiap item pertanyaan mendapatkan skor dalam rentang 1-4. Skor 1 apabila menjawab “tidak”, skor 2 apabila menjawab “kadang-kadang”, skor 3 apabila menjawab ”sering”, dan skor 4 apabila menjawab “selalu”. Penilaian khusus untuk item pertanyaan nomer 12 harus dihitung terbalik, kemudian ditambahkan poinnya. Kisaran skor yang memungkinkan adalah dari angka 12 hingga 48. Skor yang lebih rendah menunjukkan tingkat kepatuhan yang lebih baik. Skor dapat digunakan sebagai ukuran kontinu atau dikotomi dengan gambaran 12 atau > 12

1. Hasil Translasi Oleh Translator ke 2

***ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)***

KEPATUHAN TERHADAP ISI ULANG DAN SKALA OBAT (ARMS)

*Lumrah terjadi ketika orang sering tidak minum obat atau meminumnya dengan cara berbeda dari yang seharusnya dilakukan. Saya ingin bertanya tentang bagaimana Anda minum obat. Tidak ada jawaban benar atau salah. Untuk setiap pertanyaan, silakan jawab "tidak pernah", "kadang-kadang", "sering", atau "selalu".*

Tidak

Pernah

Kadang-kadang

Sering

Selalu

1. Apakah Anda sering lupa minum obat?
2. Apakah Anda sering memutuskan untuk tidak minum obat?
3. Apakah Anda sering lupa meminta dokter menuliskan resep untuk Anda?
4. Apakah Anda sering kehabisan obat?
5. Apakah Anda sering tidak minum obat sebelum pergi menemui dokter untuk berobat?
6. Apakah Anda sering tidak minum obat setelah merasa lebih sehat?
7. Apakah Anda sering tidak minum obat saat merasa kurang sehat?
8. Apakah Anda sering tidak minum obat karena teledor? 3 4
9. Apakah Anda sering mengganti dosis obat sesuai dengan kebutuhan Anda (misalnya

minum obat lebih sedikit atau lebih banyak dibandingkan dengan yang diresepkan)?

1. Apakah Anda sering lupa minum obat ketika obat tersebut seharusnya diminum

lebih dari sekali dalam sehari?

1. Apakah Anda sering menunda untuk mengisi ulang obat karena harganya terlalu mahal?
2. Apakah Anda sering merencanakan dan mengisi ulang obat sebelum kehabisan?

Copyright © 2009 Emory University

Skor: Penilaian untuk item 12 harus dihitung terbalik, kemudian ditambahkan poinnya. Kisaran skor yang memungkinkan adalah dari angka 12 hingga 48. Skor yang lebih rendah menunjukkan tingkat kepatuhan yang lebih baik. Skor dapat digunakan sebagai ukuran kontinu atau dikotomi dengan gambaran 12 atau> 12

1. **Sintesa Hasil Terjemahan (Draft Kuesioner)**

***ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)***

KEPATUHAN DALAM MENGAMBIL RESEP ULANGAN OBAT (ARMS)

*Lumrah terjadi ketika orang sering tidak minum obat atau meminumnya dengan cara berbeda dari yang seharusnya dilakukan. Saya ingin bertanya tentang bagaimana Anda minum obat. Tidak ada jawaban benar atau salah. Untuk setiap pertanyaan, silakan jawab "tidak pernah", "kadang-kadang", "sering", atau "selalu".*

Tidak

Pernah

Kadang-kadang

Sering

Selalu

1. Apakah Anda sering lupa minum obat?
2. Apakah Anda sering memutuskan untuk tidak minum obat?
3. Apakah Anda sering lupa meminta dokter menuliskan resep untuk Anda?
4. Apakah Anda sering kehabisan obat?
5. Apakah Anda sering tidak minum obat sebelum pergi menemui dokter untuk berobat?
6. Apakah Anda sering tidak minum obat setelah merasa lebih sehat?
7. Apakah Anda sering tidak minum obat saat merasa kurang sehat?
8. Apakah Anda sering tidak minum obat karena teledor? 3 4
9. Apakah Anda sering mengganti dosis obat sesuai dengan kebutuhan Anda (misalnya

minum obat lebih sedikit atau lebih banyak dibandingkan dengan yang diresepkan)?

1. Apakah Anda sering lupa minum obat ketika obat tersebut seharusnya diminum

lebih dari sekali dalam sehari?

1. Apakah Anda sering menunda untuk mengisi ulang obat karena harganya terlalu mahal?
2. Apakah Anda sering merencanakan dan mengisi ulang obat sebelum kehabisan?

Copyright © 2009 Emory University

Skor:

Setiap item pertanyaan mendapatkan skor dalam rentang 1-4. Skor 1 apabila menjawab “tidak”, skor 2 apabila menjawab “kadang-kadang”, skor 3 apabila menjawab ”sering”, dan skor 4 apabila menjawab “selalu”. Penilaian khusus untuk item pertanyaan nomer 12 harus dihitung terbalik, kemudian ditambahkan poinnya. Kisaran skor yang memungkinkan adalah dari angka 12 hingga 48. Skor yang lebih rendah menunjukkan tingkat kepatuhan yang lebih baik. Skor dapat digunakan sebagai ukuran kontinu atau dikotomi dengan gambaran 12 atau > 12.

1. **Hasil Revisi dari Draft Kuesioner Berdasarkan Masukan dari Para Ahli**

***ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)***

KEPATUHAN DALAM MENGAMBIL RESEP ULANGAN OBAT (ARMS)

*Lumrah terjadi ketika orang sering tidak minum obat atau meminumnya dengan cara berbeda dari yang seharusnya dilakukan. Saya ingin bertanya tentang bagaimana Anda minum obat. Tidak ada jawaban benar atau salah. Untuk setiap pertanyaan, silakan jawab "tidak pernah", "kadang-kadang", "sering", atau "selalu".*

Tidak

Pernah

Kadang-kadang

Sering

Selalu

1. Apakah Anda pernah lupa minum obat?
2. Apakah Anda pernah memutuskan untuk tidak minum obat?
3. Apakah Anda pernah lupa meminta dokter menuliskan resep untuk Anda?
4. Apakah Anda pernah kehabisan obat?
5. Apakah Anda pernah tidak minum obat sebelum pergi menemui dokter untuk berobat?
6. Apakah Anda pernah tidak minum obat setelah merasa lebih sehat?
7. Apakah Anda pernah tidak minum obat saat merasa kurang sehat?
8. Apakah Anda pernah tidak minum obat karena teledor? 3 4
9. Apakah Anda pernah mengganti dosis obat sesuai dengan kebutuhan Anda (misalnya

minum obat lebih sedikit atau lebih banyak dibandingkan dengan yang diresepkan)?

1. Apakah Andapernah lupa minum obat ketika obat tersebut seharusnya diminum

lebih dari sekali dalam sehari?

1. Apakah Anda pernah menunda untuk menebus resep ulangan obat karena harganya terlalu mahal?
2. Apakah Anda pernah merencanakan dan menebus resep ulangan sebelum kehabisan?

Copyright © 2009 Emory University

Skor:

Setiap item pertanyaan mendapatkan skor dalam rentang 1-4. Skor 1 apabila menjawab “tidak”, skor 2 apabila menjawab “kadang-kadang”, skor 3 apabila menjawab ”sering”, dan skor 4 apabila menjawab “selalu”. Penilaian khusus untuk item pertanyaan nomer 12 harus dihitung terbalik, kemudian ditambahkan poinnya. Kisaran skor yang memungkinkan adalah dari angka 12 hingga 48. Skor yang lebih rendah menunjukkan tingkat kepatuhan yang lebih baik. Skor dapat digunakan sebagai ukuran kontinu atau dikotomi dengan gambaran 12 atau > 12.

1. **Hasil Penilaian Translator**
2. **Hasil Uji Validitas dan Realiabilitas**

| **Correlations** |
| --- |
|  |  | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | P10 | P11 | P12 | TOTAL |
| P1 | Pearson Correlation | 1 | .039 | .087 | .219\* | .079 | -.096 | .087 | .453\*\* | .079 | .204\* | .148 | -.096 | .295\*\* |
| Sig. (2-tailed) |  | .668 | .345 | .016 | .390 | .294 | .345 | .000 | .390 | .025 | .105 | .294 | .001 |
| N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| P2 | Pearson Correlation | .039 | 1 | .250\*\* | .284\*\* | .004 | .565\*\* | .250\*\* | .132 | .004 | .325\*\* | .411\*\* | .565\*\* | .587\*\* |
| Sig. (2-tailed) | .668 |  | .006 | .002 | .964 | .000 | .006 | .150 | .964 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| P3 | Pearson Correlation | .087 | .250\*\* | 1 | .243\*\* | .014 | .430\*\* | 1.000\*\* | .244\*\* | .014 | .194\* | .463\*\* | .430\*\* | .684\*\* |
| Sig. (2-tailed) | .345 | .006 |  | .007 | .876 | .000 | .000 | .007 | .876 | .033 | .000 | .000 | .000 |
| N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| P4 | Pearson Correlation | .219\* | .284\*\* | .243\*\* | 1 | .203\* | .271\*\* | .243\*\* | .307\*\* | .203\* | .198\* | .577\*\* | .271\*\* | .586\*\* |
| Sig. (2-tailed) | .016 | .002 | .007 |  | .026 | .003 | .007 | .001 | .026 | .030 | .000 | .003 | .000 |
| N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| P5 | Pearson Correlation | .079 | .004 | .014 | .203\* | 1 | .165 | .014 | .152 | 1.000\*\* | -.119 | -.024 | .165 | .426\*\* |
| Sig. (2-tailed) | .390 | .964 | .876 | .026 |  | .070 | .876 | .095 | .000 | .192 | .796 | .070 | .000 |
| N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| P6 | Pearson Correlation | -.096 | .565\*\* | .430\*\* | .271\*\* | .165 | 1 | .430\*\* | .052 | .165 | .120 | .250\*\* | 1.000\*\* | .719\*\* |
| Sig. (2-tailed) | .294 | .000 | .000 | .003 | .070 |  | .000 | .574 | .070 | .190 | .006 | .000 | .000 |
| N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| P7 | Pearson Correlation | .087 | .250\*\* | 1.000\*\* | .243\*\* | .014 | .430\*\* | 1 | .244\*\* | .014 | .194\* | .463\*\* | .430\*\* | .684\*\* |
| Sig. (2-tailed) | .345 | .006 | .000 | .007 | .876 | .000 |  | .007 | .876 | .033 | .000 | .000 | .000 |
| N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| P8 | Pearson Correlation | .453\*\* | .132 | .244\*\* | .307\*\* | .152 | .052 | .244\*\* | 1 | .152 | .134 | .256\*\* | .052 | .449\*\* |
| Sig. (2-tailed) | .000 | .150 | .007 | .001 | .095 | .574 | .007 |  | .095 | .144 | .005 | .574 | .000 |
| N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| P9 | Pearson Correlation | .079 | .004 | .014 | .203\* | 1.000\*\* | .165 | .014 | .152 | 1 | -.119 | -.024 | .165 | .426\*\* |
| Sig. (2-tailed) | .390 | .964 | .876 | .026 | .000 | .070 | .876 | .095 |  | .192 | .796 | .070 | .000 |
| N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| P10 | Pearson Correlation | .204\* | .325\*\* | .194\* | .198\* | -.119 | .120 | .194\* | .134 | -.119 | 1 | .209\* | .120 | .330\*\* |
| Sig. (2-tailed) | .025 | .000 | .033 | .030 | .192 | .190 | .033 | .144 | .192 |  | .021 | .190 | .000 |
| N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| P11 | Pearson Correlation | .148 | .411\*\* | .463\*\* | .577\*\* | -.024 | .250\*\* | .463\*\* | .256\*\* | -.024 | .209\* | 1 | .250\*\* | .578\*\* |
| Sig. (2-tailed) | .105 | .000 | .000 | .000 | .796 | .006 | .000 | .005 | .796 | .021 |  | .006 | .000 |
| N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| P12 | Pearson Correlation | -.096 | .565\*\* | .430\*\* | .271\*\* | .165 | 1.000\*\* | .430\*\* | .052 | .165 | .120 | .250\*\* | 1 | .719\*\* |
| Sig. (2-tailed) | .294 | .000 | .000 | .003 | .070 | .000 | .000 | .574 | .070 | .190 | .006 |  | .000 |
| N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| TOTAL | Pearson Correlation | .295\*\* | .587\*\* | .684\*\* | .586\*\* | .426\*\* | .719\*\* | .684\*\* | .449\*\* | .426\*\* | .330\*\* | .578\*\* | .719\*\* | 1 |
| Sig. (2-tailed) | .001 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 |  |
| N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| \*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**TABEL RANGKUMAN UJI VALIDITAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pertanyaan** | **Sig** | **R** |
| **1** | **0,000** | **0,295** |
| **2** | **0,000** | **0,587** |
| **3** | **0,000** | **0,684** |
| **4** | **0,000** | **0,586** |
| **5** | **0,000** | **0,426** |
| **6** | **0,000** | **0,719** |
| **7** | **0,000** | **0,684** |
| **8** | **0,000** | **0,449** |
| **9** | **0,000** | **0,426** |
| **10** | **0,000** | **0,330** |
| **11** | **0,000** | **0,578** |
| **12** | **0,000** | **0,719** |

**HASIL UJI RELIABILITAS**

| **Reliability Statistics** |
| --- |
| Cronbach's Alpha | N of Items |
| .788 | 12 |