

**ANALISA PENGETAHUAN, SIKAP DAN KEPATUHAN  
PASIEN YANG MENGGUNAKAN OBAT DISLIPIDEMIA DI  
RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR  
PERIODE BULAN MARET 2020**

**SKRIPSI**



**OLEH :**

**MOCH FEBRI ISFANDI**

**1613206012**

**PROGRAM STUDI S1 FARMASI  
STIKES KARYA PUTRA BANGSA  
TULUNGAGUNG**

**2020**

**ANALISA PENGETAHUAN, SIKAP DAN KEPATUHAN  
PASIEN YANG MENGGUNAKAN OBAT DISLIPIDEMIA DI  
RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR  
PERIODE BULAN MARET 2020**

**SKRIPSI**

Diajukan untuk memenuhi syarat mencapai gelar Sarjana Farmasi (S.Farm).

Program studi S1 Farmasi

STIKes Karya Putra Bangsa Tulungagung



**OLEH :**

**MOCH FEBRI ISFANDI**

**1613206012**

**PROGRAM STUDI S1 FARMASI  
STIKES KARYA PUTRA BANGSA  
TULUNGAGUNG**

**2020**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**SKRIPSI**  
**ANALISA PENGETAHUAN, SIKAP DAN KEPATUHAN**  
**PASIEN YANG MENGGUNAKAN OBAT DISLIPIDEMIA DI**  
**RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR**  
**PERIODE BULAN MARET 2020**

Yang di ajukan oleh:

MOCH FEBRI ISFANDI

1613206012

Telah disetujui oleh:

Pembimbing Utama,

apt. Debby Christianti, M.Sc.

NIK. 779.06.0710

Pembimbing Pendamping,

apt. Ana Amalia, M.Farm.

NIDN. 07.300.394.01

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**SKRIPSI**  
**ANALISA PENGETAHUAN, SIKAP DAN KEPATUHAN**  
**PASIEN YANG MENGGUNAKAN OBAT DISLIPIDEMIA DI**  
**RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR**  
**PERIODE BULAN MARET 2020**

Oleh:

MOCH FEBRI ISFANDI

1613206012

Telah lulus uji etik dan dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi  
Program Studi S1 Farmasi STIKes Karya Putra Bangsa Tulungagung

Tanggal: 23 Juli 2020

Ketua Penguji : apt. Debby Christianti. M.Sc. ( )  
Anggota Penguji : 1. apt. Ana Amalia, M.Farm. ( )  
2. apt. Drs. Ary Kristijono, M.Farm. ( )  
3. apt. Dhanang Prawira N, M.Farm. ( )

Mengetahui,

Ketua STIKes Karya Putra Bangsa

dr. Denok Sri Utami  
NIDN.07.060.966.01

## **LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS**

### **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya tau pendapat yang pernah ditulis tau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan di terbitkan dalam daftar pustaka.

Tulungagung, Juli 2020

Penulis

**MOCH FEBRI ISFANDI**

## **KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi berjudul “Analisa Pengetahuan, Sikap, Dan Kepatuhan Pasien Yang Menggunakan Obat Dislipidemia Di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar”. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Farmasi pada Program Studi S1 Farmasi STIKes Karya Putra Bangsa Tulungagung. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna, oleh sebab itu diharapkan adanya kritik dan saran untuk perbaikan skripsi saat ini. Skripsi ini dapat diselesaikan berkat bimbingan, motivasi, petunjuk dan arahan dari berbagai pihak. Penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Ibu Debby Christianti. M.Sc., Apt., selaku Pembimbing Utama.
2. Ibu Ana Amalia, M. Farm., Apt., selaku Pembimbing Pendamping.
3. Kedua orang tua saya yang telah memberikan do'a, cinta, kasih sayang serta dukungan moril dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Seluruh keluarga besar yang telah memberi do'a, motivasi, semangat dan dukungannya dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Teman – teman Farmasi angkatan 2016 yang senantiasa memberikan semangat dan motivasi sehingga bisa menyelesaikan skripsi ini.
6. Sahabat saya Bagas, Endro, Ulil, Nurdiana, Risqo yang telah memberikan semangat dalam mengerjakan skripsi ini.
7. Adek – adek ku serta sahabat mejelis sholawat Madrasah Diniyah Roudhotul Jannah yang senantiasa memberikan do'a, dukungan, serta semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.

Atas segala masukan serta saran yang telah diberikan kepada penulis, semoga Allah SWT selalu melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita. Amin ya robbal allamin.

Tulungagung, Juli 2020,

Penulis

**ANALISA PENGETAHUAN, SIKAP DAN KEPATUHAN PASIEN YANG  
MENGUNAKAN OBAT DISLIPIDEMIA DI RSUD MARDI WALUYO  
KOTA BLITAR PERIODE BULAN MARET 2020**

**Moch Febri Isfandi  
Prodi S1 Farmasi**

**INTISARI**

Dislipidemia merupakan kelainan metabolisme lipid yang ditandai dengan terjadi peningkatan kadar kolestrol total, kadar HDL, kadar LDL, kadar Trigliserida. Berdasarkan hal tersebut perlunya dilakukan suatu pengobatan yang baik untuk mengontrol dan mengendalikan penyakit tersebut. Suatu pengobatan yang baik dapat dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap serta kepatuhan seseorang dalam minum obat. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa tingkat pengetahuan, sikap, kepatuhan pasien yang menggunakan obat dislipidemia, serta untuk mengetahui perbedaan variabel tingkat pengetahuan dengan kepatuhan, variabel tingkat sikap dengan kepatuhan dan untuk mengetahui perbedaan variabel tingkat pengetahuan, sikap, kepatuhan terhadap efektifitas terapi dislipidemia. Rancangan penelitian yang digunakan yaitu kuantitatif prospektif dengan Metode pendekatan *cross-sectional* serta desain penelitian yang bersifat deskriptif. Sedangkan populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien rawat jalan yang memiliki riwayat penyakit dislipidemia pada periode bulan maret 2020. Analisa data yang digunakan adalah analisa univariat dan bivariat dengan menggunakan uji deskriptif serta uji *chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan pasien memiliki tingkat pengetahuan, dan sikap yang baik dalam memahami dan menyikapi terkait penyakit dislipidemia, serta pasien patuh dalam menggunakan obat dislipidemia. Hasil lainnya menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan terhadap kepatuhan pasien yang memiliki pengetahuan baik maupun kurang baik, hal tersebut berbeda dengan tingkat sikap dimana terdapat perbedaan yang signifikan terhadap kepatuhan pasien yang memiliki sikap baik maupun kurang baik, serta pada efektifitas terapi dislipidemia tidak terdapat perbedaan yang signifikan terhadap tingkat pengetahuan, sikap, dan kepatuhan.

**Kata kunci:** Dislipidemia, Pengetahuan, Sikap, Kepatuhan, Efektifitas terapi.

**ANALYSIS KNOWLEDGE OF ATTITUDES AND ADHERENCE USING  
OF DYSLIPYDEMIA DRUG IN RSUD MARDI WALUYO BLITAR CITY.**

**Moch Febri Isfandi  
Prodi S1 Farmasi**

**ABSTRAC**

*Dyslipidemia is a lipid metabolism disorder characterized by increase increase total cholesterol, HDL, LDL, and triglycerida levels. Based on this need a good treatment to control disease. A good treatmen can influenced by knowledge, attitude, and patient compliance is taking medication. This study is a determine the level of the knowledge, attitude and compliance of patients using dyslipidemia drug. Is a well to the know difference in the level konowledge of adherence and the level attitude of adherence this is level a knowledge, attitude, adherence to effectiviness dyslipidemia therapy. The research design used is propective quantitative and cross-secsional method is a descriptive. while the population was all outpatients had a history of dyslipidemia in a period march 2020. Anlysis was univariate and bivariate with descriptive method and chi-square test. The result that the patient had a good level of knowledge and attitude understanding has a responding and patient is adherent using the drug dyslipidemia. The result showed that was no significant different in the compliance of patient had a good knowledge, and this is different the level of attitude there is a significnt difference of patient have a good attitude. This a effectivines of dyslipidemia therapy, there was not significant different in the level knowledge, attitude and adherence.*

**Key word :** *Dyslipidemia, knowledge, attitude, compliance, therapeutic effectivines.*



## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG	
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN ORISINALITAS .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
INTISARI.....	vi
ABSTRACT .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
2.1 Pengetahuan.....	5
2.1.1 Definisi .....	5

2.1.2	Sumber pengetahuan .....	5
2.1.3	Tingkat pengetahuan .....	6
2.1.4	Faktor pengetahuan .....	8
2.1.5	Pengukuran pengetahuan.....	9
2.2	Sikap.....	9
2.2.1	Definisi.....	9
2.2.2	Faktor pembentuk sikap.....	10
2.2.3	Komponen sikap.....	11
2.2.4	Tingkat sikap .....	12
2.3	Kepatuhan .....	13
2.3.1	Definisi.....	13
2.3.2	Faktor kepatuhan .....	13
2.3.3	Cara meningkatkan kepatuhan .....	15
2.3.4	Cara mengatasi ketidak patuhan.....	16
2.4	Disiplidemia .....	16
2.4.1	Definisi.....	16
2.4.2	Klasifikasi .....	17
2.4.3	Epidemiologi .....	18
2.4.4	Etiologi.....	18
2.4.5	Patofisiologi .....	20
2.4.6	Terapi.....	21

2.4.6.1 Terapi non farmakologi .....	21
2.4.6.2 Terapi farmakologi.....	22
2.4.6.3 Algoritma terapi .....	22
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>26</b>
3.1 Rancangan operasional.....	26
3.2 Tempat dan waktu.....	26
3.2.1 Tempat .....	26
3.2.2 Waktu.....	26
3.3 Populasi dan sampel.....	26
3.3.1 Populasi.....	26
3.3.1.1 Kriteria inklusi .....	27
3.3.2 Sampel .....	27
3.4 Definisi operasional .....	27
3.4.1 Variabel bebas .....	27
3.4.2 Variabel terikat .....	27
3.5 Pengumpulan data.....	28
3.5.1 Proses pengumpulan data.....	28
3.5.2 Instrumen penelitian .....	28
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>31</b>
4.1 Karakteristik sosiodemografi.....	31
4.2 Tingkat pengetahuan, sikap, dan kepatuhan.....	35
4.3 Perbedaan tingkat pengetahuan terhadap tingkat kepatuhan.....	39
4.4 Perbedaan tingkat sikap terhadap tingkat kepatuhan.....	41
4.5 Perbedaan pengetahuan, sikap, kepatuhan terhadap efektifitas terapi dislipidemia. ....	43

<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>47</b>
5.5 Kesimpulan.....	47
5.2 Saran.....	47
DAFTAR PUSTAKA .....	49

## DAFTAR TABEL

Tabel	Hal
2.4 Obat-obat golongan statin .....	23
4.1 Karakteristik sosiodemografi .....	31
4.2 Tingkat pengetahuan, sikap, dan kepatuhan .....	35
4.3 Hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan .....	39
4.4 Hubungan tingkat sikap dengan kepatuhan .....	41
4.5 Hubungan pengetahuan, sikap kepatuhan terhadap efektifitas terapi dislipidemia .....	43

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar	Hal
2.3 Patofisiologi Dislipidemia .....	21
2.4 algoritma terapi.....	22
3.5 Bagan pengambilan data .....	28

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Hal
Lampiran 1. Surat ijin penelitian .....	52
Lampiran 2. Surat ijin penelitian .....	53
Lampiran 3. ....	54
Lampiran 4. Kuesioner Sikap .....	55
Lampiran 5. Kuesioner Kepatuhan .....	56
Lampiran 6. Hasil Input data kuesioner .....	57
Lampiran 7. Hasil Output SPSS Kuesioner .....	58
Lampiran 8. Perizinan Penelitian .....	59
Lampiran 9. Foto Pengambilan Data .....	60
Lampiran 10. Data tingkat pengetahuan, sikap dan kepatuhan .....	62
Lampiran 11. Analisa data kuesioner .....	64
Lampiran 12. Dokumentasi penelitian .....	79

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Dislipidemia adalah kelainan metabolisme lipid yang ditandai dengan peningkatan maupun penurunan fraksi lipid dalam plasma. Dimana terjadi peningkatan kadar total kolesterol ( kolesterol total ), kadar kolesterol rendah (LDL ) dan trigliserida serta penurunan atau peningkatan kadar kolesterol tinggi (HDL). Dislipidemia merupakan salah satu faktor resiko yang paling penting bagi banyak penyakit kronis yang tidak menular dan mengakibatkan morbiditas, mortalitas. (Singh *et al.*, 2011).

Apabila dislipidemia tidak dapat dikontrol atau di atasi maka akan terjadi suatu komplikasi. Komplikasi dari penyakit dislipidemia yaitu timbulnya penyakit kardiovaskular yang menimbulkan risiko terjadinya penyakit jantung koroner, stroke, dan aterosklerosis. Dimana untuk mencegah timbulnya komplikasi dari penyakit dislipidemia perlunya kontrol kadar lipid dalam darah serta rutin melakukan aktifitas fisik dan menjaga pola hidup sehat agar dapat meminimalisir terjadinya komplikasi. Berdasarkan data tersebut maka perlunya perhatian khusus terhadap penyakit dislipidemia dimana perlunya pengobatan yang efektif dan baik serta menjaga pola hidup sehat.

Pengobatan yang efektif tidak terlepas dari suatu penggunaan obat yang baik. Penggunaan obat yang baik akan berpengaruh terhadap keberhasilan terapi serta kondisi kesehatan seseorang. Ada 3 faktor yang dapat mempengaruhi hal tersebut yaitu pengetahuan, sikap, dan kepatuhan minum obat. Faktor lain yang mengakibatkan penggunaan obat kurang baik adalah pasien yang sering lupa, pasien tidak mendengarkan nasihat dokter atau apoteker, kurangnya pengetahuan dan pemahaman dalam minum obat serta sikap seseorang terkait pengobatan dan kepatuhan pasien dalam minum obat (Herman *et al.*, 2016).



Pengetahuan seseorang terkait penggunaan obat dapat berpengaruh terhadap keberhasilan terapi. Pengetahuan tersebut akan mempengaruhi kontrol seseorang dalam mencegah komplikasi kronik. Kurangnya pengetahuan pasien mengakibatkan ketidakpahaman pasien terhadap terapi yang dijalani, sehingga menyebabkan ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obatnya (Putir Hasibuan *et al.*, 2018; Nurfitriani & Iwan, 2015).

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap juga berpengaruh terhadap keberhasilan terapi dan kepatuhan pasien dalam minum obat. Mengubah sikap seseorang bukan pekerjaan yang mudah, bahkan lebih sulit daripada meningkatkan pengetahuan. Efek sikap adalah kecenderungan yang tertata untuk berpikir, merasa, dan berperilaku terhadap suatu obyek kognitif. Menurut Muhibuddin *et al.*, (2016) sikap yang baik dapat mengontrol dan menghindari komplikasi penyakit, misalnya mereka tahu bahwa penderita perlu mengendalikan pola makannya, untuk itu mereka juga mau mengontrol makanan yang dimakan, mengajak kontrol rutin ke sarana kesehatan, berolahraga sesuai jadwal dan minum obat rutin (Hasibuan *et al.*, 2018; Nurfitriani & Iwan, 2015).

Kepatuhan adalah kesesuaian atau ketaatan pasien terhadap anjuran pengobatan yang telah disepakati dan diresepkan terkait dengan waktu minum obat, dosis, dan efek samping. Hubungan antara pasien dan petugas kesehatan serta dukungan sosial merupakan faktor penentu interpersonal yang mendasari erat dengan kepatuhan minum obat. Rendahnya kepatuhan pasien terhadap pengobatan berpotensi menjadi penghalang dalam tercapainya keberhasilan suatu terapi serta dapat mengakibatkan kondisi seseorang menjadi lebih buruk (Rasdianah *et al.*, 2016).

Penelitian ini dilakukan di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar yang merupakan rumah sakit rujukan masyarakat Kota Blitar, serta dapat menggambarkan keadaan pasien di Kota Blitar dan sekitarnya, dan belum pernah dilakukan penelitian yang sama di rumah sakit tersebut, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di tempat tersebut.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas maka rumusan masalah pada penelitian ini yaitu:

- 1.2.1 Bagaimana tingkat pengetahuan, sikap, dan kepatuhan pasien yang menggunakan obat disiplidemia di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.
- 1.2.2 Bagaimana perbedaan tingkat pengetahuan terhadap kepatuhan pasien yang menggunakan obat disiplidemia di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.
- 1.2.3 Bagaimana perbedaan tingkat sikap terhadap kepatuhan pasien yang menggunakan obat disiplidemia di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.
- 1.2.4 Bagaimana perbedaan pengetahuan, sikap, dan kepatuhan terhadap efektifitas terapi dislipidemia di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

- 1.3.1 Untuk mengetahui tingkat pengetahuan, sikap, dan kepatuhan pasien yang menggunakan obat disiplidemia di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.
- 1.3.2 Untuk mengetahui perbedaan variabel tingkat pengetahuan terhadap kepatuhan pasien yang menggunakan obat disiplidemia di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.
- 1.3.3 Untuk mengetahui perbedaan variabel tingkat sikap terhadap kepatuhan pasien yang menggunakan obat disiplidemia di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.
- 1.3.4 Mengetahui perbedaan variabel tingkat pengetahuan, sikap, dan kepatuhan terhadap efektifitas terapi dislipidemia di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Rumah Sakit.**

Dapat digunakan sebagai bahan informasi serta memberikan gambaran secara umum terkait pengetahuan, sikap, dan kepatuhan pasien dalam menggunakan obat di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.

### **1.4.2 Bagi Bidang Akademik**

Untuk menambah wawasan civitas akademika prodi S1 Farmasi dan dapat digunakan sebagai bahan referensi untuk penelitian selanjutnya serta memberikan gambaran terkait pentingnya pengetahuan, sikap, dan kepatuhan dalam menggunakan obat yang nantinya dapat dilakukan monitoring lebih lanjut.

### **1.4.3 Bagi Penelitian selanjutnya.**

Dapat dimanfaatkan oleh civitas akademika prodi S1 farmasi sebagai bahan referensi untuk tindak lanjut penelitian selanjutnya, khususnya mengenai analisa tingkat pengetahuan, sikap dan kepatuhan dalam menggunakan obat dengan konsep yang berbeda serta pembaharuan dalam penelitian.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 PENGETAHUAN**

##### **2.1.1 Definisi**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Dari pengalaman penelitian tertulis bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoadmojo *et al.*, 2003).

##### **2.1.2 Sumber Pengetahuan**

Sumber pengetahuan yang pertama yaitu kepercayaan berdasarkan tradisi, adat dan agama, adalah berupa nilai-nilai warisan nenek moyang. Sumber ini biasanya berbentuk norma-norma dan kaidah-kaidah baku yang berlaku di dalam kehidupan sehari-hari. Di dalam norma dan kaidah terkandung pengetahuan yang kebenarannya boleh jadi tidak dapat dibuktikan secara rasional dan empiris, tetapi sulit dikritik untuk diubah begitu saja. Jadi, harus diikuti dengan tanpa keraguan, dengan percaya secara bulat. Pengetahuan yang bersumber dari kepercayaan cenderung bersifat tetap (mapan) tetapi subjektif (Suhartono *et al.*, 2008).

Sumber pengetahuan yang kedua yaitu pengetahuan yang berdasarkan pada otoritas kesaksian orang lain, juga masih diwarnai oleh kepercayaan. Pihak-pihak pemegang otoritas kebenaran pengetahuan yang dapat dipercayai adalah orangtua, guru, ulama, orang yang dituakan, dan sebagainya. Lebih dari itu, sejauh mana kesaksian pengetahuannya itu merupakan hasil pemikiran dan pengalaman yang telah teruji kebenarannya. Jika kesaksiannya adalah kebohongan, hal ini akan membahayakan kehidupan manusia dan masyarakat itu sendiri (Suhartono *et al.*, 2008).

Sumber pengetahuan yang ketiga yaitu pengalaman indriawi. Bagi manusia, pengalaman indriawi adalah alat vital penyelenggaraan kebutuhan hidup sehari-hari. Dengan mata, telinga, hidung, lidah, dan kulit, orang bisa menyaksikan secara langsung dan bisa pula melakukan kegiatan hidup (Suhartono *et al.*, 2008).

Sumber pengetahuan yang keempat yaitu akal pikiran. Berbeda dengan panca indera, akal pikiran memiliki sifat lebih rohani. Karena itu, lingkup kemampuannya melebihi panca indera, yang menembus batas-batas fisis sampai pada hal-hal yang bersifat metafisis. Kalau panca indera hanya mampu menangkap hal-hal yang fisis menurut sisi tertentu, yang satu persatu, dan yang berubah-ubah, maka akal pikiran mampu menangkap hal-hal yang metafisis, spiritual, abstrak, universal, yang seragam dan yang bersifat tetap, tetapi tidak berubah-ubah. Sumber kelima yaitu intuisi. Sumber ini berupa gerak hati yang paling dalam. Jadi, sangat bersifat spiritual, melampaui ambang batas ketinggian akal pikiran dan kedalaman pengalaman. Pengetahuan yang bersumber dari intuisi merupakan pengalaman batin yang bersifat langsung (Suhartono *et al.*, 2008).

### **2.1.3 Tingkat Pengetahuan**

Ada 6 (enam) tingkatan pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif, yaitu:

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

### 3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

### 4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

### 5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada

### 6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian/penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo *et al.*, 2003).

#### **2.1.4 Faktor yang mempengaruhi pengetahuan**

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Adapun faktor faktor tersebut diantaranya :

##### **2.1.4.1 Pendidikan**

Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang makin semakin baik pula pengetahuannya.

##### **2.1.4.2 Pengalaman**

Pengalaman merupakan guru yang terbaik. Pepatah tersebut dapat diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

##### **2.1.4.3 Usia**

Makin tua umur seseorang maka proses-proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat seperti ketika berumur belasan tahun (Singgih, 1998 dalam Hendra, 2008) Selain itu hal lain juga mengemukakan bahwa memang daya ingat seseorang itu salah satunya dipengaruhi oleh umur.

##### **2.1.4.4 Informasi**

Informasi akan memberikan pengaruh pada pengetahuan seseorang. Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya TV, radio atau surat kabar maka hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang (Hendra *et al.*, 2008).

### 2.1.5 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan pengetahuan. Ada beberapa tingkatan kedalaman pengetahuan, yaitu :

1. Pengetahuan baik, apabila responden berpengetahuan sangat baik
2. Pengetahuan cukup, apabila responden berpengetahuan sedang
3. Pengetahuan kurang, apabila responden berpengetahuan kurang baik (Notoadmojo *et al.*, 2007)

## 2.2 Sikap (*attitude*)

### 2.2.1 Definisi sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap pada umumnya sering diartikan sebagai suatu tindakan yang dilakukan individu untuk memberikan tanggapan pada suatu hal. Pengertian sikap diartikan sebagai suatu reaksi atau respon yang muncul dari seseorang individu terhadap objek yang kemudian memunculkan perilaku individu terhadap objek tersebut dengan cara-cara tertentu, (Saifudin *et al.*, 2010).

Menurut Gerungan *et al.*, (2004) pengertian sikap atau *attitude* sebagai suatu reaksi pandangan atau perasaan seorang individu terhadap objek tertentu. Walaupun objeknya sama, namun tidak semua individu mempunyai sikap yang sama, hal itu dapat dipengaruhi oleh keadaan individu, pengalaman, informasi dan kebutuhan masing-masing individu berbeda (Gerungan *et al.*, 2004).

Pengertian mengenai sikap juga disampaikan oleh Sarlito dan Eko, (2009) bahwa sikap adalah suatu proses penilaian yang dilakukan oleh seorang individu terhadap suatu objek. Objek yang disikapi individu dapat berupa benda, manusia atau informasi. Proses penilaian seorang terhadap suatu objek dapat berupa penilaian positif dan negatif. Hal lain menerangkan bahwa sikap merupakan sesuatu yang dipelajari dan menentukan bagaimana individu bereaksi terhadap situasi serta menentukan apa yang dicari oleh individu dalam hidupnya.



Berdasarkan beberapa pendapat ahli mengenai sikap, maka dapat disimpulkan bahwa sikap adalah suatu reaksi atau respon berupa penilaian yang muncul dari seorang individu terhadap suatu objek. Sikap juga dapat dikatakan sebagai suatu perwujudan adanya kesadaran terhadap lingkungannya (Sarlito *et al.*, 2009).

### **2.2.2 Faktor-faktor pembentuk Sikap**

Sikap manusia tidak terbentuk sejak manusia dilahirkan. Sikap manusia terbentuk melalui proses sosial yang terjadi selama hidupnya, dimana individu mendapatkan informasi dan pengalaman. Proses tersebut dapat berlangsung di dalam lingkungan keluarga, sekolah maupun masyarakat. Saat terjadi proses sosial terjadi hubungan timbal balik antara individu dan sekitarnya. Adanya interaksi dan hubungan tersebut kemudian membentuk pola sikap individu dengan sekitarnya. Menurut Saifudin *et al.*, (2010) faktor pembentuk sikap terdiri dari:

1. Pengalaman yang kuat,
2. Pengaruh orang lain yang dianggap penting,
3. Pengaruh kebudayaan,
4. Media masa,
5. Lembaga pendidikan dan lembaga agama,
6. Pengaruh faktor emosional.

Sarlito dan Eko, (2009) juga menjelaskan mengenai pembentukan sikap yang terdiri dari:

1. Pengondisian klasik, proses pembentukan ini terjadi ketika suatu stimulus atau rangsangan selalu diikuti oleh stimulus yang lain, sehingga rangsangan yang pertama akan menjadi isyarat bagi rangsangan yang kedua.
2. Pengondisian instrumental, yaitu apabila proses belajar yang dilakukan menghasilkan sesuatu yang menyenangkan maka perilaku tersebut akan diulang kembali, namun sebaliknya apabila perilaku mendatangkan hasil yang buruk maka perilaku tersebut akan dihindari.
3. Belajar melalui pengamatan atau observasi. Proses belajar ini berlangsung dengan cara mengamati orang lain, kemudian dilakukan kegiatan serupa.
4. Perbandingan sosial, yaitu membandingkan orang lain untuk mengecek pandangan kita terhadap suatu hal tersebut benar atau salah.

Faktor internal pembentuk sikap adalah pemilihan terhadap objek yang akan disikapi oleh individu, tidak semua objek yang ada disekitarnya itu disikapi. Objek yang disikapi secara mendalam adalah objek yang sudah melekat dalam diri individu. Individu sebelumnya sudah mendapatkan informasi dan pengalaman mengenai objek, atau objek tersebut merupakan sesuatu yang dibutuhkan, diinginkan atau disenangi oleh individu kemudian hal tersebut dapat menentukan sikap yang muncul, positif maupun negatif. Faktor eksternal mencakup dua pokok yang membentuk sikap manusia, yaitu:

1. Interaksi kelompok, pada saat individu berada dalam suatu kelompok pasti akan terjadi interaksi. Masing-masing individu dalam kelompok tersebut mempunyai karakteristik perilaku. Berbagai perbedaan tersebut kemudian memberikan informasi, atau keteladanan yang diikuti sehingga membentuk sikap.
2. Komunikasi, melalui komunikasi akan memberikan informasi. Informasi dapat memberikan sugesti, motivasi dan kepercayaan.
3. Informasi yang cenderung diarahkan.  
Informasi yang cenderung diarahkan negatif akan membentuk sikap yang negatif, sedangkan informasi yang memotivasi dan menyenangkan akan menimbulkan perubahan atau pembentukan sikap positif (Eko *et al.*, 2009).

### **2.2.3 Komponen Sikap**

Sikap yang ditunjukkan seorang individu terhadap objek, mempunyai struktur yang terdiri dari beberapa komponen. Adapun komponen-komponen dalam struktur sikap yang dipaparkan oleh Saifudin *et al.*, (2010) yaitu:

1. Komponen kognitif, yaitu suatu kepercayaan dan pemahaman seorang individu pada suatu objek melalui proses melihat, mendengar dan merasakan. Kepercayaan dan pemahaman yang terbentuk memberikan informasi dan pengetahuan mengenai objek tersebut.
2. Komponen afektif, yaitu komponen yang berhubungan dengan permasalahan emosional subjektif individu terhadap sesuatu.
3. Komponen perilaku atau konatif, yaitu kecenderungan berperilaku seorang individu terhadap objek yang dihadapinya.

Dalam penjelasan lainya juga menjelaskan bahwa sikap adalah konsep yang dibentuk oleh tiga komponen yaitu kognitif, afektif dan konatif. Komponen kognitif berisi pemikiran dan ide-ide yang berkenaan dengan objek sikap, misalnya meliputi penilaian, keyakinan, kesan, atribusi, dan tanggapan mengenai objek sikap. Komponen afektif merupakan komponen yang meliputi perasaan atau emosi seseorang terhadap objek sikap. Komponen afektif pada sikap seseorang dapat dilihat dari perasaan suka, tidak suka, senang atau tidak senang terhadap objek sikap. Sedangkan komponen konatif, dapat dilihat melalui respon subjek yang berupa tindakan atau perbuatan yang dapat diamati. dapat disimpulkan bahwa komponen sikap mencakup tiga aspek yaitu, komponen kognitif, afektif dan konatif. Komponen kognitif berupa pemahaman, pengetahuan, pandangan dan keyakinan seseorang terhadap objek sikap. Komponen afektif yaitu perasaan senang atau tidak senang terhadap objek sikap. Komponen konatif yaitu kecenderungan bertindak terhadap objek sikap yang menunjukkan intensitas sikap yaitu besar kecilnya intensitas bertindak atau berperilaku seseorang terhadap objek sikap (Sarlito *et al.*, 2009).

#### **2.2.4 Tingkatan sikap**

Menurut Sarlito *et al.*,(2009) Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu :

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

## **2.3 Kepatuhan**

### **2.2.4 Definisi**

Kepatuhan berasal dari kata patuh yang berarti taat, suka menurut dan disiplin terhadap perintah, aturan dan sebagainya. Kepatuhan adalah sebagai tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau orang lain. Kepatuhan adalah tingkat perilaku pasien yang tertuju terhadap intruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan, baik diet, latihan, pengobatan atau menepati janji pertemuan dengan dokter (Stanley *et al.*, 2007).

#### **2.3.2. Faktor kepatuhan**

Menurut Niven *et al.*, (2008) Faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan yaitu:

##### **1. Usia**

Tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja seiring dengan bertambahnya umur. Dari segi kepercayaan, masyarakat lebih mempercayai orang yang lebih dewasa daripada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini berkaitan dengan pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa seseorang, maka cara berpikir semakin matang.

##### **2. Pendidikan**

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan negara. Pendidikan seseorang dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

##### **3. Pekerjaan**

Pekerjaan merupakan tindakan yang dilakukan oleh setiap orang sebagai suatu rutinitas atau kebiasaan setiap hari dimana setiap tindakan tersebut mendapat penghargaan atau imbalan baik berupa uang ataupun barang.

#### 4. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian seseorang yang dapat mempengaruhi kepatuhan adalah jarak dan waktu. Hal ini bisa jadi sangat mempengaruhi kepatuhan seseorang.

#### 5. Dukungan keluarga

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat yang terdiri atas 2 orang atau lebih, adanya ikatan persaudaraan atau pertalian darah, hidup dalam suatu rumah tangga berinteraksi satu sama lain, dan mempertahankan kebudayaan. Dukungan positif dari keluarga dapat meningkatkan kepatuhan orang tersebut.

#### 6. Meningkatkan interaksi profesional

Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien (kualitas pelayanan) Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis.

Menurut Feuer Stein *et al.*, (2009) ada beberapa faktor yang mendukung sikap patuh, diantaranya :

##### 1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu kegiatan, usaha manusia meningkatkan kepribadian atau proses perubahan perilaku menuju kedewasaan dan penyempurnaan kehidupan manusia dengan jalan membina dan mengembangkan potensi kepribadiannya, yang berupa rohani (cipta, rasa, karsa) dan jasmani. Domain pendidikan dapat diukur dari:

- a. Pengetahuan terhadap pendidikan yang diberikan (*knowledge*).
- b. Sikap atau tanggapan terhadap materi pendidikan yang diberikan (*attitude*).
- c. Praktek atau tindakan sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan.

##### 2. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Pasien yang mandiri harus dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan.

### 3. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial.

Membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman – teman sangat penting, kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu memahami kepatuhan terhadap program pengobatan.

### 4. Perubahan model terapi,

Program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut.

### **2.3.3 Cara Meningkatkan Kepatuhan**

Sejumlah strategi telah dikembangkan untuk mengurangi ketidakpatuhan minum obat. Berikut adalah lima titik rencana yang telah diusulkan Untuk menumbuhkan kepatuhan syaratnya adalah mengembangkan tujuan kepatuhan tersebut. Seseorang akan dengan senang hati mengemukakan tujuannya mengikuti anjuran minum obat jika ia memiliki keyakinan dan sikap positif terhadap program pengobatan. Perilaku sehat yang baru perlu dipertahankan. Sikap pengontrolan diri membutuhkan pemantauan terhadap diri sendiri, evaluasi diri dan penghargaan terhadap perilaku baru tersebut (Irmawati *et al.*, 2016).

Faktor kognitif diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan. Penderita perlu mengembangkan perasaan mampu, bisa mengontrol diri dan percaya kepada diri sendiri agar tidak menimbulkan pernyataan negative dari dalam dirinya yang dapat merusak program pengobatannya. Dukungan sosial, baik dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga, teman, waktu, dan uang merupakan faktor penting dalam kepatuhan terhadap program medis. Keluarga dan teman dapat membantu mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit, menghilangkan godaan pada ketidaktaatan serta menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan. Dukungan dari professional kesehatan merupakan faktor lain yang mempengaruhi perilaku kepatuhan. Dukungan tersebut mempengaruhi perilaku penderita dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap suatu tindakan dari penderita dan terus-menerus memberikan apresiasi kepada penderita yang berhasil dalam pengobatannya (Irmawati *et al.*, 2016).

### 2.3.4 Cara Mengatasi Ketidapatuhan

Menurut Irmawati *et al.*, (2016) yang memaparkan cara-cara untuk mengatasi masalah ketidapatuhan sebagai berikut:

1. Memberikan informasi mengenai manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan.
2. Meningkatkan baik melalui telepon atau alat komunikasi lainnya, bahwa dalam melakukan segala sesuatu harus dilakukan dalam rangka mencapai keberhasilan pengobatan.
3. Menunjukkan kemasan obat yang sebenarnya atau bentuk obat aslinya.
4. Memberikan keyakinan mengenai efektivitas obat untuk penyembuhan.
5. Memberikan informasi mengenai resiko atau dampak dari ketidapatuhan minum obat.
6. Menggunakan alat bantu kepatuhan seperti multikompartemen atau sejenisnya.
7. Perlu adanya dukungan dari pihak keluarga, teman dan kerabat terdekat untuk meningkatkan kepatuhan minum obat.

## 2.4 Dislipidemia

### 2.4.1 Definisi

Dislipidemia didefinisikan sebagai kelainan metabolisme lipid yang ditandai dengan peningkatan maupun penurunan fraksi lipid dalam plasma. Kelainan fraksi lipid yang utama adalah kenaikan kadar kolesterol total, LDL (LDL), dan trigliserida (TG), serta penurunan kadar HDL (HDL). Salah satu dampak akibat dislipidemia adalah timbulnya aterosklerosis. Dalam proses terjadinya aterosklerosis semuanya mempunyai peran yang penting dan erat kaitannya satu dengan yang lain. Agar lipid dapat larut dalam darah, molekul lipid harus terikat pada molekul protein (yang dikenal dengan nama apoprotein, yang sering disingkat dengan nama Apo. Senyawa lipid dengan apoprotein dikenal sebagai lipoprotein. Tergantung dari kandungan lipid dan jenis apoprotein yang terkandung maka dikenal lima jenis lipoprotein yaitu kilomikron, *very low density lipoprotein* (VLDL), *intermediate density lipoprotein* (IDL), *low density*

*lipoprotein* (LDL), dan *high density lipoprotein* (HDL) (Arsana *et al.*, 2015).

Lipoprotein merupakan makromolekul yang mengandung lipid dan protein yang disebut apolipoprotein (apoprotein). Unsur pokok lipid meliputi kolesterol bebas dan kolesterol teresterifikasi, trigliserida, dan fosfolipid. Apoprotein sangat penting karena menstabilkan struktur lipoprotein. Sejumlah lipoprotein berfungsi sebagai kofaktor dalam proses enzimatik yang mengatur metabolisme lipoprotein. Dalam semua lipoprotein berbentuk sferis, lipid yang sangat tidak larut air (ester kolesterol dan trigliserida) merupakan komponen inti, sedangkan komponen yang larut dalam air dan lebih polar (apoprotein, fosfolipid, dan kolesterol tak teresterifikasi) terletak pada permukaan (Mahley *et al.*, 2002).

#### **2.4.2 Klasifikasi**

Klasifikasi dislipidemia berdasarkan proses terjadinya penyakit yaitu :

##### **1. Dislipidemia Primer**

Dislipidemia primer yaitu dislipidemia yang disebabkan karena kelainan penyakit genetik dan bawaan yang dapat menyebabkan kelainan kadar lipid dalam darah. Dislipidemia primer yang berhubungan dengan obesitas ditandai dengan peningkatan trigliserida, penurunan kadar HDL, LDL, dan komposisi abnormal (Grundy *et al.*, 2004).

##### **2. Dislipidemia Sekunder**

Dislipidemia Sekunder yaitu dislipidemia yang disebabkan oleh suatu keadaan seperti hiperkolesterolemia yang diakibatkan oleh hipotiroidisme, sindrom nefrotik, kehamilan, anoreksia nervosa, dan penyakit hati obstruktif. Hipertrigliserida disebabkan oleh konsumsi alkohol, gagal ginjal kronik, miokard infark, dan kehamilan. Selain itu dislipidemia dapat disebabkan oleh gagal ginjal akut, dan penyakit hati. Pengelolaan penyakit primer akan memperbaiki dislipidemia (Grundy *et al.*, 2004).



### 2.4.3 Epidemiologi

Data dari *American Heart Association* tahun 2014 memperlihatkan prevalensi dari berat badan berlebih dan obesitas di Amerika adalah 154,7 juta orang berarti sebanyak 68,2% dari penduduk di Amerika yang berusia diatas 18 tahun mengalami obesitas. Sebanyak 31,9 juta orang di Amerika atau sebesar 13,8% mengalami peningkatan kadar kolestrol abnormal yaitu diatas 240 mg/dl. Di Indonesia menunjukkan hasil dari riset yang dilakukan pada tahun 2013 menunjukkan 35,9 % penduduk Indonesia yang berusia  $\geq 18$  tahun memiliki kadar kolesterol abnormal yaitu diatas 200 mg/dl. Dimana perempuan lebih banyak menderita penyakit dislipidemia dibandingkan laki-laki dan perkotaan lebih banyak dari di pedesaan. Data RISKEDAS 2013 juga menunjukkan 35,9 % penduduk indonesia yang berusia diatas 15 tahun mempunyai proporsi LDL yang sangat tinggi, mempunyai kadar HDL yang rendah dan memiliki kadar trigliserida yang sangat tinggi. Jawa Timur menunjukkan dari hasil riset yang dilakukan pada tahun 2017 menunjukkan bahwa penduduk jawa timur memiliki penyakit dislipidemia disertai dengan obesitas sebesar 20,7% atau 14,729 penduduk. Dimana perempuan lebih banyak yaitu sebesar (RISKESDAS, 2013).

### 2.4.4 Etiologi Dislipidemia

Etiologi dislipidemia yaitu disebabkan karena kelebihan berat badan atau obesitas, banyak mengkonsumsi makanan berlemak, minum alkohol berlebihan serta pola makan yang kurang teratur. Adapun faktor resiko lain yang dapat mempengaruhi terjadinya dislipidemia diantaranya yaitu :

#### 1. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor yang berhubungan dengan rendahnya kolesterol HDL. Resiko terjadinya dislipidemia pada wanita lebih besar daripada pria. Hal ini disebabkan sebelum masa menopause hormon estrogen optimal dalam mengatur keseimbangan kolestrol dan profil lipid darah, setelah masa memasuki masa menopause kadar hormon estrogen berkurang sehingga terjadi peningkatan kadar kolesterol total, LDL, dan HDL (Djauzi *et al.*, 2005).

## 2. Usia

Semakin tua usia seseorang maka fungsi organ tubuhnya semakin menurun, begitu juga dengan penurunan aktivitas reseptor LDL, sehingga bercak perlemakan dalam tubuh semakin meningkat dan menyebabkan kadar kolesterol total lebih tinggi, sedangkan kolesterol HDL relative tidak berubah. Pada usia 10 tahun bercak perlemakan sudah dapat ditemukan di pembuluh darah. Prevalensi hiperkolesterolemia pada kelompok usia 25-34 tahun adalah 9,3% dan meningkat sesuai dengan pertambahan usia hingga 15,5% pada kelompok usia 55-64 tahun (Djauzi *et al.*, 2005).

## 3. Kegemukan

Salah satu penyebab kolesterol naik adalah karena kelebihan berat badan atau juga bisa disebut dengan penyakit obesitas. Kelebihan berat badan ini juga bisa disebabkan oleh makanan yang terlalu banyak yang mengandung lemak jahat tinggi di dalamnya. Kelebihan berat badan dapat meningkatkan trigliserida dan dapat menurunkan HDL (Djauzi *et al.*, 2005).

## 4. Olahraga

Manfaat berolahraga secara teratur dapat membantu untuk meningkatkan kadar kolesterol baik atau HDL dalam tubuh. Selain itu berolahraga mampu memproduksi enzim yang berperan untuk membantu proses memindahkan kolesterol LDL dalam darah terutama pada pembuluh arteri kemudian dikembalikan menuju ke hati untuk diubah menjadi asam empedu. Asam empedu ini diperlukan melancarkan proses pencernaan kadar lemak dalam darah. Semakin rutin berolahraga dengan teratur maka kadar kolesterol LDL dalam tubuh akan semakin berkurang sampai menuju ke titik normal (Djauzi *et al.*, 2005).

## 5. Merokok

Merokok dapat meningkatkan kadar kolesterol total, kolesterol LDL, trigliserida, dan menurunkan kolesterol HDL. Ketika pengguna rokok menghisap rokok maka secara otomatis akan memasukkan karbon monoksida ke dalam paru-paru dan akan merusak dinding pembuluh darah. Nikotin yang terkandung dalam

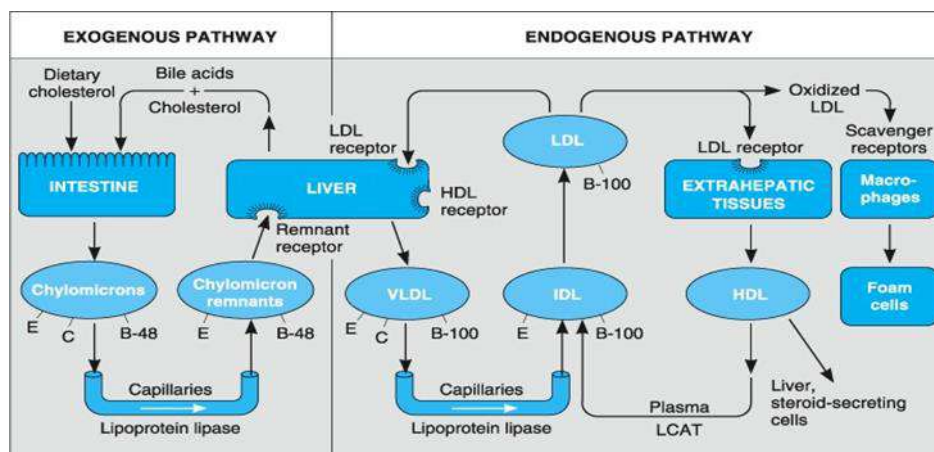
asap rokok akan merangsang hormone adrenalin, sehingga akan mengubah metabolisme lemak yang dapat menurunkan kadar kolesterol HDL dalam darah (Djauzi *et al.*, 2005).

#### 6. Makanan

Konsumsi tinggi kolesterol menyebabkan hiperkolesterolemia. Sehingga mempunyai resiko terjadinya dislipidemia (Djauzi *et al.*, 2005).

#### 2.4.5 Patofisiologi

Patofisiologi terjadinya dislipidemia berkaitan dengan metabolisme dalam tubuh. Secara umum, lemak di metabolisme di hati. Asupan lemak berlebih menyebabkan terjadinya gangguan proses metabolisme kolestrol yang berujung penumpukan kolestrol di hati. Sehingga kolestrol tidak dapat di alirkan ke hati dan darah atau seluruh tubuh. Kolesterol, trigliserida, dan fosfolipid diangkut dalam darah sebagai kompleks lipid dan protein (lipoprotein). Lipid dalam darah diangkut dengan 2 cara yaitu jalur eksogen dan jalur endogen. Jalur eksogen yaitu trigliserida dan kolesterol yang berasal dari makanan dalam usus. Selain kolesterol yang berasal dari makanan dalam usus juga terdapat kolesterol dari hati yang diekskresi bersama empedu ke usus halus. Baik lemak di usus halus yang berasal dari makanan maupun yang berasal dari hati disebut lemak eksogen. Jalur endogen yaitu trigliserida dan kolesterol yang disintesis oleh hati mengalami hidrolisis dalam sirkulasi oleh lipoprotein lipase yang juga menghidrolisis kilomikron menjadi partikel lipoprotein yang lebih kecil. LDL merupakan lipoprotein yang mengandung kolesterol paling banyak (60-70%). Lipoprotein dikelompokkan menjadi 6 kategori yaitu : I (Kilomikron), IIa (LDL), IIb (LDL+very-low-density lipoprotein [VLDL]), III (*intermediate density* lipoprotein), IV (VLDL), V (VLDL+kilomikron) (Dipiro *et al.*, 2015).



**Gambar 2.3** Patofisiologi dislipidemia (Adam *et al.*, 2014).

## 2.4.6 Terapi

Menurut Sugiarto *et al.*, (2015) terapi dislipidemia merupakan terapi yang memiliki tujuan yaitu menurunkan kadar LDL, trigliserida, serta dapat meningkatkan kadar kolesterol HDL. Tujuan terapi dislipidemia yang lain yaitu untuk mengurangi faktor resiko terjadinya penyakit jantung koroner, gagal jantung dan bentuk penyakit lain seperti arteri perifer, stenosis karotis dan aneurisma aorta. Terapi dislipidemia dibagi menjadi 2 yaitu terapi non farmakologi dan terapi farmakologi.

### 2.4.6.1 Terapi Non Farmakologi

#### A. Terapi Nutrisi Medis

Pasien dengan penyakit dislipidemia dianjurkan untuk mengurangi asupan lemak jenuh dan lemak trans tidak jenuh sampai < 7-10% total energi. Penggantian makanan sumber kolesterol dan lemak jenuh dengan makanan alternative lainnya misal produk susu rendah lemak. Pasien disarankan mengonsumsi makanan padat gizi (sayuran, kacang-kacangan, dan buah) serta dianjurkan untuk menghindari makanan tinggi kalori (makanan berminyak) konsumsi makanan suplemen contohnya asam lemak omega 3, makanan tinggi serat dan sterol. Meskipun begitu, upaya perubahan pola diet harus dilakukan secara bertahap (Sugiarto *et al.*, 2015).

## B. Aktivitas Fisik

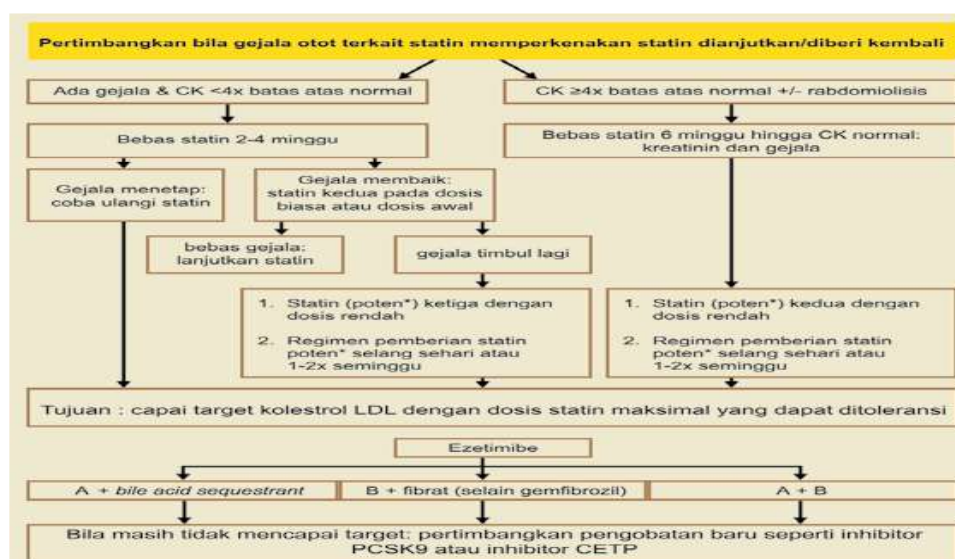
Aktivitas fisik yang dianjurkan merupakan program latihan yang mencakup setidaknya 30 menit aktivitas fisik dengan intensitas sedang (menurunkan 4-7 kkal/menit) 4 sampai 6 kali seminggu, dengan pengeluaran minimal 200 kkal/hari. Kegiatan yang disarankan meliputi jalan cepat, bersepeda, dan berenang. Aktifitas atau olah raga dalam sehari minimal 10 menit (Sugiarto *et al.*, 2015).

### 2.4.6.2 Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu terapi dalam jangka pendek dan jangka panjang. Tujuan dari terapi farmakologi dislipidemia dalam jangka pendek adalah untuk mengontrol kadar LDL dan HDL dalam darah. Tujuan jangka panjang untuk mencegah terjadinya jantung koroner. Cara penanganannya dengan menormalkan kadar kolesterol LDL dan kolesterol HDL dalam darah. (Anwar *et al.*, 2004).

### 2.4.6.3 Algoritma Terapi Dislipidemia.

Lini pertama terapi dislipidemia adalah statin dimana golongan statin dinilai dapat menurunkan kadar kolestrol total, kadar LDL, dan kadar HDL serta dapat mengurangi faktor resiko terjadinya dislipidemia. Berikut adalah algoritma terapi dislipidemia.



**Gambar 2.4** Algoritma terapi dislipidemia (Adam *et al.*, 2014).

Semua statin kecuali pravastatin, rosuvastatin, dan pitavastatin mengalami metabolisme di hati melalui isoenzim sitokrom sehingga akan berinteraksi dengan obat yang di metabolisme melalui enzim tersebut. Interaksi dengan berbagai obat berpotensi meningkatkan risiko efek samping statin berupa miopati dan rabdomiolisis. Terapi statin hendaknya dihentikan pada pasien dengan jejas hepar serius yang disertai keluhan klinis atau hiperbilirubinemia serta ikterus. Kenaikan transaminase lebih dari 3 kali batas atas normal merupakan indikasi untuk menghentikan terapi statin. Terapi statin dapat dilanjutkan jika konsentrasi transaminase sudah turun menjadi kurang dari 3 kali batas atas normal. Berikut obat - obat yang digunakan pada terapi dislipidemia.

#### A. Statin (inhibitor HMG-CoA reduktase)

Statin adalah obat penurun lipid yang berfungsi untuk menurunkan kolesterol LDL. Selain berfungsi untuk menurunkan kolesterol LDL, statin juga mempunyai fungsi lain yaitu meningkatkan kolesterol HDL dan menurunkan TG. Berbagai jenis statin dapat menurunkan kolesterol LDL 18-55%, meningkatkan kolesterol HDL 5-15%, dan menurunkan TG 7-30%. Mekanisme kerja statin adalah mengurangi pembentukan kolestrol di hati dengan cara menghambat kerja HMG-CoA reduktase. Pengurangan konsentrasi kolestrol intraseluler meningkatkan ekspresi reseptor LDL pada permukaan hepatosit yang berakibat meningkatnya pengeluaran LDL-C dari darah dan penurunan konsentrasi LDL-C dan liprotein. Efek samping menyebabkan penurunan konsentrasi kolesterol LDL dan VLDL. Diketahui obat golongan statin dapat meningkatkan regulasi reseptor kolesterol LDL sehingga dapat meningkatkan pembersihan kolesterol LDL. Dalam keadaan hipertrigliseridemia, statin dapat membersihkan kolesterol VLDL. Studi awal yang penggunaan statin untuk menurunkan kolesterol LDL menunjukkan penurunan laju PJK dan mortalitas total serta berkurangnya infark miokard, prosedur revaskularisasi, stroke, dan penyakit vaskular perifer. Statin hendaknya diresepkan sampai dosis maksimal yang direkomendasikan atau yang dapat ditoleransi untuk mencapai target. Obat-obat yang digunakan untuk dislipidemia golongan statin dapat dilihat pada tabel 2.4.

**Tabel 2.4** Obat-obat golongan statin (Dipiro *et al.*, 2015).

<b>Statin</b>	<b>Bentuk Sediaan</b>	<b>Kekuatan</b>	<b>Dosis LAZIM</b>
<b>Lovastatin</b>	Tablet	10mg, 20mg, 40mg	20mg/hari
<b>Pravastatin</b>	Tablet	10mg, 20mg, 40mg, 80mg	10mg - 20mg/hari
<b>Simvastatin</b>	Tablet	5mg, 10mg, 20mg	10mg/hari
<b>Fluvastatin</b>	Kapsul / Tablet	20mg, 40mg, 80mg	20mg – 40mg/hari
<b>Atorvastatin</b>	Tablet	10mg, 20mg , 40mg	10mg - 20mg/hari

Semua statin kecuali pravastatin, rosuvastatin, dan pitavastatin mengalami metabolisme di hati melalui isoenzim sitokrom sehingga akan berinteraksi dengan obat yang dimetabolisme melalui enzim tersebut (Dipiro *et al.*, 2015).

#### B. Ezetimibe

Ezetimibe merupakan obat yang berfungsi untuk mengatasi kadar kolesterol tinggi dengan cara mengurangi kadar kolesterol yang diserap oleh tubuh. Dosis ezetimibe yang direkomendasikan adalah 10 mg/hari. Tidak diperlukan penyesuaian dosis bagi pasien dengan gangguan hati ringan atau insufisiensi ginjal berat. Mekanisme kerja obat ezetimibe yaitu dengan cara mengurangi penyerapan kolesterol dalam usus. Kombinasi statin dengan ezetimibe dapat menurunkan kolesterol LDL lebih baik. Ezetimibe dapat dikombinasikan dengan golongan obat statin seperti simvastatin. Efek samping Ezetimibe yaitu dapat mengalami gangguan gastrointestinal (GI), sakit kepala, kelelahan, miopati, hepatitis, (Dipiro *et al.*, 2015).

#### C. Bile acid resint

BARs (Bile acid resint) merupakan obat pengikat asam empedu yang digunakan untuk mengobati hiperkolesterolemia primer. Dosis harian

Cholestyramine yaitu 4 mg – 24 mg, Colestipol 5 mg – 30 mg, dan Colesevalam 3,8 mg - 4,5 mg. Penggunaan dosis tinggi Cholestyramine atau Colestipol dapat menurunkan konsentrasi LDL sebesar 18%-25%. Mekanisme kerja pada obat ini yaitu dengan cara mengikat asam empedu di dalam usus dan meningkatkan LDL. Efek samping BARS yaitu konstipasi, kembung, obstruksi GI, dan mengurangi bioavailabilitas obat seperti warfarin, asam nikotinat, asetaminofen, loperamid, hydrocortison (Dipiro *et al.*, 2015).

#### D. Asam nikotinat (niasin)

Niacin merupakan obat penurun lipid yang dapat mengurangi sintesis dalam hati dari VLDL. Niacin juga dapat meningkatkan HDL dengan mengurangi katabolisme. Penggunaan Niacin digunakan untuk terapi dislipidemia campuran atau sebagai kombinasi untuk hiperkolesterolemia. Dosis maksimum Niacin diberikan dengan makanan secara perlahan-lahan untuk meminimalkan dosis Niacin. Dosis pada obat ini yaitu 500mg, 750mg, 1000mg. Mekanisme kerja pada obat ini yaitu asam nikotinat menghambat mobilisasi asam lemak bebas dari jaringan lemak perifer ke hepar sehingga sintesis TG dan sekresi kolesterol VLDL di hepar berkurang. Mencegah konversi kolesterol VLDL menjadi kolesterol LDL, mengubah kolesterol LDL dari partikel kecil (small, dense) menjadi partikel besar, dan menurunkan konsentrasi. Asam nikotinat meningkatkan kolesterol HDL melalui stimulasi produksi di hepar. Efek samping yang muncul pada obat ini adalah diare, mual, muntah, (Dipiro *et al.*, 2015).

#### E. Fibrat

Fibrat adalah suatu obat yang bekerja untuk menurunkan kadar trigliserida, obat tersebut memiliki efek yang berbeda-beda terhadap kadar lipid dalam darah. Obat golongan fibrat dinilai dapat menurunkan faktor resiko terjadinya dislipidemia, menurunkan kadar HDL Dan Trigliserida. Fibrat juga dapat dipertimbang sebagai terapi lini pertama pada pasien yang memiliki nilai kadar trigliserida yang tinggi. Efek samping dari penggunaan fibrat adalah dapat menyebabkan sindrom menyerupai miositis serta terjadi fungsi ginjal terganggu. Adapun obat golongan fibrat yaitu benzafibrat, gemfibrozil, (Dipiro *et al.*, 2015).



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Rancangan Penelitian atau Desain Penelitian**

Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif prospektif dengan metode *cross - secsional* dimana peneliti melakukan pendekatan terhadap sampel atau populasi berdasarkan kriteria yang telah di tentukan yaitu kriteria inklusi.

Desain penelitian ini bersifat deskriptif dimana peneliti tidak melakukan intervensi atau perlakuan terhadap variabel dan subjek penelitian, serta digunakan untuk mengetahui gambaran fenomena yang terjadi di dalam suatu populasi tertentu. (Sastroasmoro, 2014).

Jenis penelitian ini adalah deskriptif yaitu peneliti ingin menggambarkan suatu fenomena serta untuk mengetahui pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat.

#### **3.2 Tempat dan waktu penelitian**

##### **3.2.1 Tempat**

Penelitian dilakukan di Poli Penyakit Dalam RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.

##### **3.2.2 Waktu**

Dilakukan pada bulan Maret 2020.

#### **3.3 Populasi dan Sampel**

##### **3.3.1 Populasi**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono *et al.*, 2005). Populasi yang digunakan pada penelitian ini sesuai dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

### **3.3.2 Kriteria Inklusi**

1. Pasien dislipidemia di Poli penyakit dalam yang menjalani rawat jalan di RSUD Mardi Waluyo.
2. Pasien yang bersedia menjadi responden, serta mengisi informed consent dan kuesioner dengan lengkap.
3. Pasien yang bersedia menjadi responden, namun tidak bisa membaca dan menulis tetapi ada perwakilan atau pendamping dari keluarga yang membantu untuk mengisi kuisisioner.

### **3.3.3 Sampel**

Sampel merupakan subyek dari populasi, yang terdiri dari beberapa anggota populasi. Pengambilan sampel dilakukan secara menyeluruh terhadap pasien dislipidemia sesuai dengan kriteria inklusi yang dilakukan pada bulan maret 2020.

## **3.4 Definisi Operasional Variabel**

Definisi operasional variabel adalah variabel yang diungkapkan dalam konsep tersebut, secara operasional, secara praktik, secara nyata dalam lingkup obyek penelitian atau obyek yang diteliti. Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah variabel bebas dan variabel terikat.

### **3.3.3 Variabel Bebas (*Independent Variable*)**

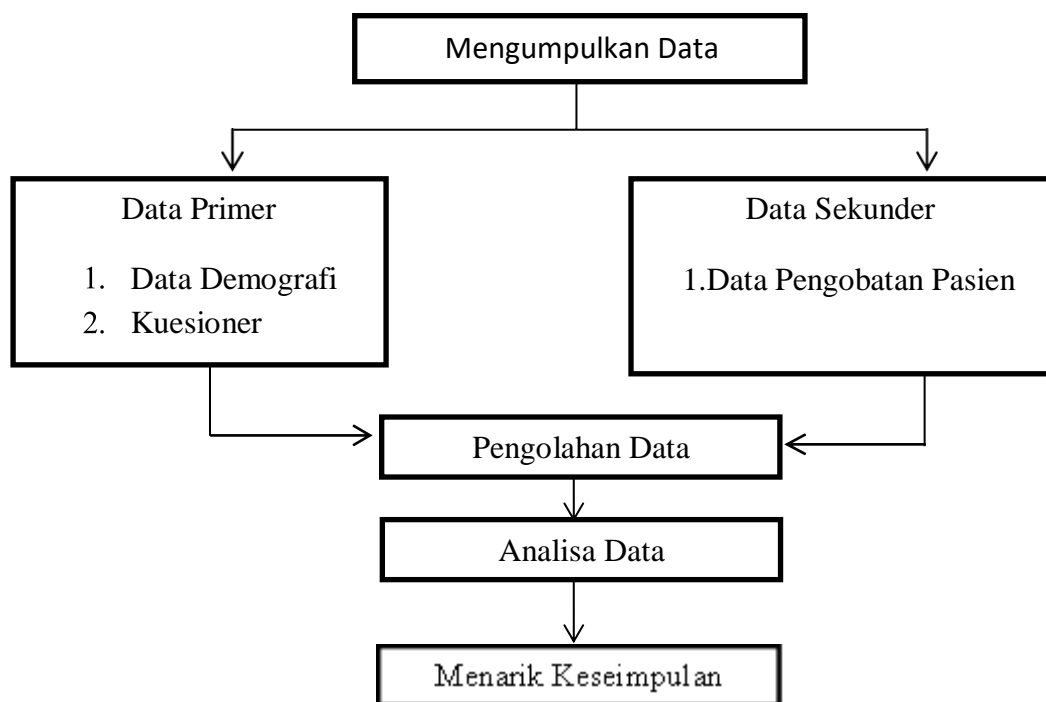
Variabel bebas pada penelitian ini adalah pasien yang menderita dislipidemia.

### **4.3.3 Variabel Terikat (*Dependent Variable*)**

Variabel terikat pada penelitian ini adalah pengetahuan, sikap, dan kepatuhan pasien yang menggunakan obat dislipidemia.

### 3.5 Pengumpulan data

Data penelitian diperoleh melalui pengumpulan data primer dan data sekunder. Sebelum melakukan pengumpulan data primer maka terlebih dahulu dilakukan penjelasan kepada responden mengenai penelitian yang akan dilakukan. Responden akan memberikan tanda tanganya dalam *informed consent* sebagai bentuk persetujuan untuk menjadi responden pada penelitian. Berikut alur pengumpulan data pada penelitian ini.



#### 3.5.1 Instrumen Penelitian

##### 3.5.1.1 Data Demografi

Data demografi adalah data yang menjelaskan terkait karakteristik pasien. Pada penelitian ini data demografi meliputi jenis kelamin, umur, daerah tempat tinggal, pendidikan terakhir, pekerjaan riwayat penyakit terdahulu dan penghasilan, ( dapat dilihat pada lampiran 2).

### 3.5.1.2 Kuesioner

Kuesioner merupakan pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari pasien yang meliputi data responden, pengetahuan, sikap dan kepatuhan, kuesioner yang digunakan yaitu mengacu pada kuesioner cripalani *et al.*, (2009) ( dapat dilihat pada lampiran 3, 4, dan 5).

## 3.6 Pengolahan Data dan Analisa Data

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan teknik skoring yang kemudian data hasil skoring di analisa dengan tujuan untuk mengetahui jawaban dari masalah yang dibahas pada penelitian. Berikut ini adalah tahapan dari pengolahan data pada penelitian ini :

### 3.6.1 *Coding*

Pengelompokan data serta pemberian kode atau nilai pada pertanyaan – pertanyaan yang di jawab oleh responden. Tujuannya adalah untuk mempermudah dalam memasukan data dan analisis data.

### 3.6.2 *Editing*

Meneliti kembali apa yang yang telah diisi oleh responden yang bertujuan untuk menghindari kesalahan dalam analisa data.

### 3.6.3 *Entry Data*

Menginput atau memasukan data yang telah diperoleh ke dalam aplikasi SPSS yang kemudian dilakukan analisis.

### 3.6.4 *Tabulating*

Menyusun tabel untuk kemudian dilakukan analisa sesuai yang dibutuhkan.

### 3.6.5 *Analysis*

Data yang diperoleh dalam penelitian ini selanjutnya dianalisis menggunakan *Statistical Package Social Sciences* (SPSS) versi perangkat lunak 16.0. Tahapan analisis sebagai berikut :

a. Analisa validitas kuesioner

Suatu analisa yang digunakan untuk mengukur serta menilai kevalidan dari masing – masing butir pertanyaan pada kuesioner. Suatu pertanyaan dikatakan valid apabila nilai  $r$  hitung yang merupakan *nilai Corrected-item Total* lebih besar dari nilai  $r$  tabel.

b. Analisa univariat dilakukan dengan menggunakan uji deskriptif. Dimana uji ini bertujuan untuk mendeskripsikan distribusi dari masing-masing variabel yang meliputi :

1. Karakteristik sosiodemografi (jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pekerjaan, penyakit lain yang diderita, dan lama mnderita penyakit)
2. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan, sikap, dan kepatuhan pasien yang menggunakan obat dislipidemia.

c. Analisa bivariat dilakukan dengan menggunakan uji *chi-square*. Dimana uji ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan antar variabel.

1. Untuk mengetahui perbedaan antara variabel pengetahuan terhadap variabel kepatuhan.
2. Untuk mengetahui perbedaan antara variabel sikap terhadap kepatuhan pasien yang menggunakan obat dislipidemia.
3. Untuk mengetahui perbedaan antara variabel pengetahuan, sikap, dan kepatuhan terhadap efektifitas terapi dislipidemia.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Karakteristik Sociodemografi

Karakteristik sosiodemografi atau karakteristik responden merupakan gambaran dari sampel penelitian yang disesuaikan dengan kriteria yang telah ditentukan dalam penelitian. Karakteristik sosiodemografi pada penelitian ini meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pekerjaan, penyakit lain yang diderita, dan lama menderita.

**Tabel 4.1** Karakteristik Sociodemografi.

Karakteristik sosiodemografi	Jumlah pasien N = 22 (%)
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki – laki	9 (40,9)
Perempuan	13 (59,1)
<b>Usia</b>	
26 – 45 tahun (dewasa)	3 (13,6)
46 – 55 tahun (lansia awal)	3 (13,6)
56 – 65 tahun (lansia akhir)	10 (45,5)
65 tahun – atas (manula)	6 (27,3)
<b>Pendidikan terakhir</b>	
SD	5 (22,7)
SMP	7 (31,8)
SMA	8 (36,4)
S1/D3	2 (9,1)
<b>Pekerjaan</b>	
PNS/pensiun	2 (9,1)
Wiraswasta/petani	10 (45,5)
Buruh/karyawan	3 (13,6)
Ibu rumah tangga	7 (31,8)
<b>Penyakit lain yang diderita</b>	
Ada	12 (54,5)
Tidak ada	10 (45,5)
<b>Lama menderita penyakit</b>	
durasi pendek (0 – 5 tahun)	5 ( 22,7)
durasi sedang ( 6 – 10 tahun)	15 (68,2)
Durasi panjang (> 10 tahun)	2 (9,1)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa jumlah responden yang menggunakan obat dislipidemia di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar pada penelitian ini sebanyak 22 responden. Berdasarkan data sosiodemografi tersebut responden pada penelitian ini adalah laki – laki dan perempuan dengan jumlah laki – laki sebanyak 9 orang dengan persentase 40,9 %, dan perempuan sebanyak 13 orang dengan prosentase 59,1 %. Menurut penelitian Lestari *et al.*, (2016) menunjukkan hasil responden terbanyak adalah perempuan. Hal tersebut bisa terjadi karena berkurangnya aktifitas hormon estrogen pada perempuan yang telah memasuki masa menopause. Hormon estrogen berfungsi sebagai antioksidan dan mencegah terjadinya oksidasi kolesterol LDL sehingga dapat mengurangi plak pada pembuluh darah. Menurut penelitian Lestari *et al.*, (2016) menunjukkan hasil yaitu terdapat hubungan antara jenis kelamin terhadap kejadian dislipidemia. Dimana kejadian dislipidemia lebih banyak terjadi pada perempuan. Menurut penelitian Nurzahman *et al.*, (2013) menunjukkan hasil perempuan yang telah mengalami atau memasuki masa menopause lebih beresiko menderita dislipidemia daripada perempuan yang belum memasuki masa menopause (Ujiani *et al.*, 2014).

Karakteristik usia responden pada penelitian ini berdasarkan tabel diatas dibagi menjadi empat yaitu dewasa, lansia awal, lansia akhir, dan manula. Responden dengan usia dewasa yaitu sebanyak 3 orang (13,6 %), lansia awal 3 orang (13,6 %), lansia akhir 10 orang (45,5 %), dan manula 6 orang (27,3 %). Dari data tersebut diketahui responden yang memiliki penyakit dislipidemia yaitu pada rentang usia 56 – 65 tahun ke atas atau pada masa lansia akhir sampai manula. Hal tersebut terjadi karena pada usia yang semakin tua fungsi organ akan menurun yang berdampak terhadap penurunan aktifitas reseptor LDL serta membuat kadar kolesterol meningkat dan kadar HDL relatif tidak berubah. Menurut penelitian Lestari *et al.*, (2016) menunjukkan hasil yaitu terdapat hubungan antara usia terhadap kejadian dislipidemia pada lansia. Dimana lansia beresiko 3,347 kali menderita dislipidemia. Menurut penelitian Sugeha *et al.*, (2012) menunjukkan hasil peningkatan usia (Lansia) beresiko 3,25 kali untuk terkena dislipidemia (Yustiana *et al.*, 2012).

Karakteristik tingkat pendidikan responden berdasarkan tabel diatas ada 4 tingkatan yaitu SD, SMP, SMA, dan S1/D3. Dimana jumlah responden dengan tingkat pendidikan SD sebanyak 5 orang (22,7 %), SMP 7 orang (31,8 %), SMA 8 orang (36,4 %) dan S1/D3 sebanyak 2 orang (9,1 %). Berdasarkan data tersebut diketahui tingkat pendidikan responden tertinggi yang menggunakan obat dislipidemia adalah SMA. Hal tersebut serupa dengan penelitian sebelumnya diketahui bahwa tingkat pendidikan responden tertinggi adalah SMA. Menurut penelitian Ida *et al.*, (2012) menyatakan semakin tinggi tingkat pendidikan akan berpengaruh terhadap seseorang dalam menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dapat dimiliki. Sebaliknya bila tingkat pendidikan rendah akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai yang baru dikenal, karena pendidikan formal yang dimiliki seseorang akan mempengaruhi pengetahuan dan kemampuan seseorang dalam menerima informasi (Fitriani *et al.*, 2015).

Karakteristik pekerjaan responden pada penelitian ini dari hasil wawancara yang dilakukan diketahui pekerjaan responden meliputi PNS/Pensiunan, Wiraswasta/Petani, Buruh/Karyawan, dan Ibu rumah tangga. Dimana jumlah responden yang bekerja sebagai PNS/Pensiunan sebanyak 3 orang (9,1 %), Wiraswasta/petani 10 orang (45,5 %) Buruh/Karyawan 3 orang (13,6 %) dan Ibu rumah tangga 7 orang (31,8 %). Dari data tersebut responden yang menggunakan obat serta memiliki penyakit dislipidemia yaitu sebagian besar memiliki pekerjaan sebagai wiraswasta/petani. Hal tersebut bisa terjadi karena seorang bisa saja mengalami stress ringan ataupun berat pada pekerjaanya yang dapat mengakibatkan perubahan jumlah hormon kortisol. Menurut penelitian Fitriani *et al.*, (2015) menunjukan ibu rumah tangga atau orang yang memiliki pekerjaan yang sibuk juga rentan terkena penyakit dislipidemia karena kurangnya menjaga pola makan serta jarang melakukan olahraga. Hal lain juga menyebutkan orang yang paling berisiko terkena penyakit dislipidemia adalah mereka yang tidak menerapkan pola makan yang teratur serta makan - makanan yang mengandung lemak jenuh tinggi. Apabila kondisi ini berlangsung terus menerus maka akan mengakibatkan tubuh kesulitan membersihkan kelebihan bahan bakar metabolik.



Sehingga akan memicu terjadinya penyakit dislipidemia dan timbulnya penyakit lain ( Rahmawati *et al.*, 2013).

Karakteristik kormobiditas responden atau penyakit lain yang diderita pada penelitian ini diketahui bahwa ada responden yang memiliki penyakit penyerta selain dislipidemia dan ada yang tidak memiliki penyakit penyerta. Sebanyak 12 responden (54,5 %) memiliki penyakit penyerta dan 10 responden (45, 5 %) tidak memiliki penyakit penyerta. Adapun beberapa penyakit penyerta pada responden yaitu dm, hipertensi, maag, asma, dan asam urat. dari data tersebut rata-rata responden memiliki penyakit penyerta lainya selain dislipidemia. Salah satu faktor yang bisa menyebabkan timbul penyakit dislipidemia adalah diabetes militus, hal tersebut karena terjadi resistensi insulin yang menimbulkan perubahan dalam metabolisme lipid dan komposisi lipoprotein sehingga menyebabkan kadar LDL menjadi patogenik. Dislipidemia juga dikaitkan erat dengan penyakit hipertensi dan diketahui keduanya memiliki hubungan. Pada sebuah penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa sebanyak 88,9 % orang yang menderita hipertensi mengalami dislipidemia, hal tersebut bisa terjadi karena ada indikasi dari meningkatnya kejadian sindrom metabolik yang merupakan faktor yang menimbulkan penyakit lain muncul. Beberapa studi yang dilakukan disebutkan bahwa pada penderita dislipidemia abnormalitas lipid dapat menyebabkan kerusakan endotel dan mengganggu aktivitas vasomotor secara fisiologis sehingga mampu meningkatkan tekanan darah (Nurul *et al.*, 2013).

Data karakteristik responden berdasarkan lama menderita pada penelitian ini dibagi dalam tiga durasi yaitu durasi pendek 0 – 5 tahun , durasi sedang 6 – 10 tahun, dan durasi panjang diatas 10 tahun. Dari data yang telah diperoleh diketahui sebanyak 5 responden (22,7 %) memiliki lama menderita dengan durasi pendek, sebanyak 15 responden (68,2 %) memiliki lama menderita dengan durasi sedang, dan sebanyak 2 responden (9,1 %) memiliki lama menderita dengan durasi diatas 10 tahun. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa rata – rata responden memiliki lama menderita dengan durasi sedang yaitu antara 6 – 10 tahun, hal ini menunjukkan responden telah menderita penyakit tersebut sejak lama. Keadaan ini terjadi karena responden kurang memperdulikan kondisi

mereka dan mengontrol pola diet serta aktifitas yang di jalani. Seseorang yang sedang mengalami penyakit kronis dalam waktu yang lama akan mempengaruhi pengalaman dan pengetahuan individu tersebut dalam pengobatan. Penurunan fungsi organ pada responden bisa dikarenakan sifat dari penyakit yang kronik sehingga dapat berpengaruh terhadap terapi pengobatan yang sedang di jalani ( Rahmat *et al.*, 2010).

#### **4.2 Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Kepatuhan pasien yang menggunakan obat dislipidemia**

Pada tabel ini merupakan gambaran dari frekuensi responden berdasarkan tingkat pengetahuan, sikap, dan kepatuhan. Responden akan diukur serta dinilai dari tingkat pengetahuan terkait dislipidemia, sikap responden terhadap penyakit tersebut dan kepatuhan pasien dalam minum obat. Dimana skala pada pengukurannya dilakukan dengan responden mengisi kuesioner. Kemudian setelah data terkumpul maka dilakukan input data dan kemudian diolah dengan menggunakan aplikasi spss versi 16.0.

**Tabel 4.2** Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Kepatuhan.

<b>Variabel</b>	<b>Jumlah N (%)</b>
<b>Pengetahuan</b>	
baik	18 (81,8)
kurang baik	4 (18,2)
<b>Sikap</b>	
baik	17 (77,3)
kurang baik	5 (22,7)
<b>Kepatuhan</b>	
Patuh	13 (59,1)
tidak patuh	9 (40,9)

Berdasarkan tabel di atas responden yang menggunakan obat dislipidemia di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar. Diketahui dari 22 responden yaitu sebanyak 18 responden (81,2 %) memiliki tingkat pengetahuan baik dan sebanyak 4 responden (18,2 %) memiliki tingkat pengetahuan kurang baik. Hal tersebut serupa dengan

penelitian Fitriani *et al.*, (2016) menunjukkan hasil rata-rata responden memiliki pengetahuan baik. Pengetahuan yang baik dapat dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal terdiri dari pendidikan, motivasi, dan persepsi. Sedangkan faktor eksternal yaitu informasi dari media masa seperti televisi, radio, koran, majalah, internet, dan sebagainya. Banyak penelitian menemukan fakta bahwa seseorang yang berpengetahuan baik belum tentu memiliki cara pandang yang sama dengan orang yang berpengetahuan kurang baik. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan salah satunya lingkungan, ekonomi, gaya hidup, dan kepercayaan (Sunarti *et al.*, 2010).

Hasil penelitian juga diketahui beberapa responden memiliki pengetahuan kurang baik. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain kepercayaan, keyakinan, budaya, tradisi, dan sebagainya dimana hal tersebut bisa menjadikan seseorang berpengetahuan baik ataupun kurang baik. Tergantung seseorang tersebut menyikapi suatu hal baru yang belum mereka kenal sebelumnya. Pengetahuan seseorang terkait suatu penyakit yang dialami merupakan aspek penting dalam mencapai derajat kesehatan. Berbagai upaya dapat dilakukan oleh responden untuk memperoleh pengetahuan antara lain dengan bertanya pada orang lain yang lebih tahu. Selain itu pengalaman yang dimiliki juga dapat digunakan untuk mendapatkan pengetahuan, pengalaman terdahulu dapat digunakan sebagai gambaran untuk memperoleh pengetahuan (Budiman *et al.*, 2013).

Sikap responden merupakan gambaran dari responden dalam penggunaan obat seperti kapan obat akan diminum, aturan pakai obat serta sikap responden terhadap efek samping yang ditimbulkan obat tersebut. Pada penelitian ini dari total 22 responden menunjukkan hasil sebanyak 17 responden (77,3 %) memiliki sikap baik dan 5 responden (22,7 %) memiliki sikap kurang baik. Hasil penelitian ini serupa dengan Fitriani *et al.*, (2015) yang menunjukkan sebagian besar responden memiliki persepsi dan pandangan yang baik serta positif terhadap penggunaan obat dislipidemia. Sikap baik dan positif seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang di

anggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama (Azwar *et al.*, 2013).

Pada hasil penelitian ini beberapa responden memiliki sikap kurang baik. Berdasarkan beberapa hal di atas sikap responden tergantung pada faktor yang mempengaruhi. Apabila faktor yang mempengaruhi cenderung positif maka responden akan memiliki sikap baik, namun sebaliknya apabila faktor tersebut cenderung negatif maka responden akan memiliki sikap kurang baik. Sikap merupakan suatu bentuk kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Output sikap pada setiap individu dapat berbeda jika suka atau setuju terhadap suatu obyek maka akan mendekat, mencari tahu, dan bergabung, sebaliknya apabila tidak suka maka akan menjauh dan menghindar. Perubahan sikap dapat dipengaruhi oleh faktor pembelajaran, proses sosial, informasi, budaya, dan pengalaman yang baru diperoleh. Menurut Riswandi *et al.*, (2016) sikap juga di bentuk melalui kejadian dan peristiwa yang terjadi secara berulang – ulang dalam waktu yang lama. Sikap merupakan salah satu predisposisi yang cukup stabil dalam waktu lama dan akan mempengaruhi perilaku seseorang. Sikap terbentuk karena adanya interaksi sosial dengan orang lain dalam waktu yang lama dan berkelanjutan (Budiman *et al.*, 2013).

Kepatuhan merupakan suatu gambaran bagi responden dalam penanganan penyakit kronis. Hal yang dimaksud adalah kepatuhan dalam mengkonsumsi obat yang bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan atau target terapi yang di telah ditentukan. Dalam hal ini dapat dilihat dari sejauh mana responden mengikuti atau mentaati perencanaan pengobatan yang telah disepakati oleh responden dan juga dokter ataupun apoteker untuk dapat menghasilkan efek terapi yang maksimal dan baik (Fatmah *et al.*, 2012).

Pada penelitian ini pengukuran kepatuhan responden dalam menggunakan obat dislipidemia di ukur dengan kuesioner dimana penilaiannya adalah patuh dan tidak patuh. Berdasarkan hasil yang diperoleh diketahui 59,1 % responden patuh dalam menggunakan obat dislipidemia. Hasil tersebut serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Ramdani *et al.*, (2016) diketahui sebanyak 26 responden (70,27 %) patuh dalam mengkonsumsi obat dan 11 responden (29,72 %) tidak

patuh dalam mengkonsumsi obat. Diharapkan dengan pasien semakin patuh dalam pengobatan maka akan menjamin pencapaian outcome terapi yang diinginkan yaitu berupa terkendalinya kadar lipid darah. Pengendalian kadar lipid darah sangat penting guna untuk menghindari resiko terjadinya penyakit lain yang akan ditimbulkan. Dalam kepatuhan minum obat pasien akan mengikuti anjuran klinis dari dokter dan apoteker. Kepatuhan responden dalam pengobatan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu yang pertama faktor predposisi yang merupakan pendahulu perilaku seseorang yang akan mendorong untuk berperilaku, pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan nilai, dan persepsi yang mendorong seseorang atau kelompok melakukan tindakan. Faktor yang kedua adalah faktor pendukung atau pendorong adalah faktor yang memotivasi individu untuk melakukan tindakan. Faktor yang ke tiga adalah faktor penguat yang mencakup sikap dan dukungan keluarga, teman, serta tenaga kesehatan untuk selalu patuh dalam melakukan pengobatan dengan salah satunya patuh dalam minum obat (Hapsari *et al.*, 2015).

Pada penelitian ini ditemukan responden yang tidak patuh dalam menggunakan obat dislipidemia. Hal tersebut disebabkan karena responden sering lupa minum obat, responden berhenti minum obat apabila kondisinya lebih baik, lupa atau tidak menebus obat, hal tersebut di perkuat dengan jawaban responden pada kuesioner. Keadaan tersebut dapat terjadi karena kurangnya pengetahuan terhadap suatu penyakit yang di alami dan sikap responden dalam menggunakan obat. Ada faktor yang dapat mempengaruhi ketidak patuhan responden dalam menggunakan obat atau mengkonsumsi obat yaitu perilaku dan sikap yang kurang baik, komunikasi antara petugas kesehatan yang kurang baik sehingga informasi tidak dapat tersampaikan dengan baik, responden sering lupa dalam mengkonsumsi obat, tidak ingin melanjutkan terapi pengobatan dalam hal ini adalah berhenti minum obat. Adapun cara untuk meningkatkan kepatuhan yaitu memberikan informasi kepada responden akan manfaat dan pentingnya kepatuhan minum obat, mengingatkan responden atau pasien untuk melakukan segala sesuatu demi keberhasilan pengobatan melalui telpon atau sms, memberikan keyakinan kepada pasien atau responden akan efektifitas obat dalam

penyembuhan, dukungan keluarga, teman, dan orang – orang disekitarnya untuk selalu mengingatkan pasien atau responden agar patuh minum obat demi tercapainya keberhasilan terapi (Siti *et al.*, 2015).

### 4.3 Hubungan tingkat pengetahuan terhadap tingkat kepatuhan

Tabel hubungan variabel tingkat pengetahuan terhadap tingkat kepatuhan pasien yang menggunakan obat dislipidemia bertujuan untuk mengetahui ada atau tidak hubungan diantara kedua variabel tersebut jika saling dikaitkan. Dalam hal ini dilakukan untuk mengetahui hubungan diantara kedua variabel tersebut dimana pada penelitian ini menggunakan uji *chi-square* dengan aplikasi spss versi 16.0.

**Tabel 4.3** Hubungan tingkat pengetahuan terhadap tingkat kepatuhan.

Pengetahuan	Kepatuhan		Jumlah	<i>P</i>
	Patuh N (%)	Tidak Patuh N (%)		
Baik	9 (50,0)	9 (50,0)	18	0,066
Kurang baik	4 (100)	0	4	
Jumlah	13 (59,1)	9 (40,9)	22	

Dari hasil uji yang telah dilakukan diketahui bahwa responden dengan pengetahuan baik yang patuh dan tidak patuh dalam menggunakan obat dislipidemia sebanyak 9 responden sedangkan responden dengan pengetahuan kurang baik sebanyak 4 responden patuh dalam menggunakan obat dislipidemia. Hal tersebut berarti ada kemungkinan responden bepengetahuan baik untuk tidak patuh dan ada kemungkinan responden dengan pengetahuan baik untuk patuh. Berdasarkan hasil uji yang telah dilakukan diperoleh perbedaan nilai pengetahuan dengan kepatuhan sebesar 0,066 lebih besar dari 0,05. Jadi hasil yang diperoleh dapat dikatakan  $H_{a1}$  di tolak dan  $H_{o1}$  diterima sehingga dapat diartikan tidak terdapat perbedaan yang signifikan terhadap kepatuhan responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik dan kurang baik. Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Mahayati *et al.*, (2016) terkait hubungan pengetahuan, sikap, dan motivasi terhadap kepatuhan minum obat dislipidemia diperoleh hasil yaitu terjadi

hubungan signifikan antara tingkat pengetahuan terhadap kepatuhan dimana nilai p value yang diperoleh yaitu 0,032 lebih kecil dari nilai  $\lambda = 0,05$ . Dari hasil tersebut penelitian ini tidak serupa dengan penelitian sebelumnya dimana tidak ada hubungan antara pengetahuan dan kepatuhan terhadap pasien yang menggunakan obat dislipidemia. Ada faktor yang mengakibatkan tidak terdapatnya hubungan antara tingkat pengetahuan terhadap tingkat kepatuhan pasien yang menggunakan obat dislipidemia. Salah satu faktor yang berpengaruh adalah kurangnya pendidikan kesehatan dimana hal tersebut merupakan kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak saja hanya sadar, tahu, dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan dan kepatuhan dalam minum obat. Pendidikan kesehatan memiliki tujuan spesifik yaitu perubahan pengetahuan (kognitif), sikap (pengertian dan motivasi), atau praktis (akses informasi dan menggunakan informasi) untuk mempertahankan kesehatan. Peneliti juga berpendapat bahwa selain kurangnya pendidikan kesehatan pada responden peneliti melihat pada responden hanya berkaca kepada pengalaman yang mereka miliki serta responden kurang dalam menerima informasi dari tenaga kesehatan. Responden hanya diberikan informasi secara lisan sehingga informasi yang didapatkan kurang efektif. Oleh sebab itu pentingnya diberikan pendidikan kesehatan kepada responden yaitu untuk memberikan informasi kepada responden tentang mengkonsumsi obat yang baik sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan responden dalam minum obat yang baik dan benar serta sesuai anjuran yang ditentukan (Fitriani *et al.*, 2011).

Meski hasil yang didapatkan pada penelitian ini tidak signifikan tetapi peneliti masih meyakini bahwa dengan memahami serta mengaplikasikan pengetahuannya dengan baik, hal tersebut akan mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien. Menurut penelitian Notoadmojo *et al.*, (2010) menunjukkan hasil bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan hal yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan. Pengetahuan tersebut dapat membantu individu untuk beradaptasi dengan penyakitnya, mencegah komplikasi dan mematuhi program terapi

sehingga harapannya semakin tinggi tingkat pengetahuannya yang dimiliki pasien tentang penyakit dislipidemia semakin tinggi pula tingkat kepatuhan responden dalam mengkonsumsi obat dislipidemia (Notoadmojo *et al.*, 2010).

#### 4.4 Hubungan tingkat sikap terhadap tingkat kepatuhan

Tabel hubungan variabel tingkat sikap terhadap tingkat kepatuhan pasien yang menggunakan obat dislipidemia bertujuan untuk mengetahui ada atau tidak hubungan diantara kedua variabel tersebut jika saling dikaitkan. Dalam hal ini dilakukan uji untuk mengetahui hubungan diantara kedua variabel tersebut dimana pada penelitian ini digunakan uji *chi-square* menggunakan aplikasi spss versi 16.0

**Tabel 4.4** Hubungan tingkat sikap terhadap tingkat kepatuhan.

Sikap	Kepatuhan		Jumlah	P
	Patuh N (%)	Tidak Patuh N (%)		
Baik	8 (47,1)	9 (52,9)	17	0,034
Kurang baik	5 (100)	0	5	
Jumlah	13 (59,1)	9 (40,9)	22	

Pada hubungan variabel tingkat sikap terhadap tingkat kepatuhan responden diketahui bahwa responden dengan sikap baik yang patuh dalam menggunakan obat dislipidemia sebanyak 8 responden dan yang tidak patuh sebanyak 9 responden. Sedangkan responden dengan sikap kurang baik keseluruhan patuh dalam menggunakan obat dislipidemia. Dari hasil tersebut diketahui terjadi kemungkinan pada responden dengan sikap baik untuk tidak patuh dan responden dengan sikap kurang baik patuh dalam menggunakan obat dislipidemia. Hasil uji *chi-square* yang dilakukan diperoleh nilai p value = 0,034 jika dibandingkan dengan nilai  $\lambda = 0,05$  hasil tersebut dapat di artikan terdapat perbedaan yang signifikan terhadap kepatuhan pasien yang memiliki sikap baik dan kurang baik. Menurut penelitian Fitriani *et al.*, (2015) menunjukkan hasil terdapat perbedaan antara sikap dengan ketepatan penggunaan obat dislipidemia. Dari hasil tersebut juga dapat dikatakan sikap responden yang baik dalam menggunakan obat dislipidemia akan meningkatkan kepatuhan dalam minum obat. Sikap merupakan keteraturan antara komponen - komponen pemikiran



(kognitif), hal perasaan (afektif), dan prediposisi tindakan (konatif) yang saling berinteraksi dalam memahami, merasakan, dan berperilaku terhadap suatu objek dilingkungan sekitar. Sikap yang buruk akan berkontribusi juga terhadap perilaku responden dalam minum obat (Yuni *et al.*, 2013).

Sikap berperan dalam seseorang berperilaku dan mengambil keputusan dalam proses kesembuhannya. Selain itu sikap yang baik ataupun positif yang dimiliki seseorang terhadap penyakitnya akan mengarahkan pada *healt seeking beviour* yang baik dan positif. Sehingga dengan sikap yang baik akan mendorong seseorang atau responden untuk selalu patuh dalam minum obat. selain hal tersebut ada faktor lain yang mengakibatkan terjadinya perbedaan atau pebngaruh terhadap kedua variabel tersebut yaitu faktor penguat berupa dukungan dari keluarga atau orang terdekat serta pengetahuan berfikir, dan keyakinan. Dalam hal ini sikap dapat memainkan peran kunci bagi seseorang dalam memutuskan kapan dan dimana dalam usaha untuk melakukan pengobatan (Notoadmojo *et al.*, 2010).

Sikap yang ada pada diri seseorang merupakan jalan bagi individu untuk mengekspresikan nilai yang ada pada dirinya. Menurut penelitian Sity *et al.*, (2014) menjelaskan ada hubungan antara sikap dan kepatuhan minum obat. Hal tersebut bisa terjadi karena sikap terwujud dalam sebuah tindakan yang bergantung pada situasi saat itu atau situasi responden tersebut serta pengalaman yang terjadi pada seseorang yang mengacu dari pengalaman orang lain. Dari hasil penelitian meskipun mayoritas responden memiliki sikap baik akan tetapi masih ada responden yang memiliki sikap kurang baik dan tidak patuh dalam pengobatan. Kondisi ini dipengaruhi oleh kurangnya sikap kepedulian terhadap pengobatan yang dijalani. Hal ini di dukung dengan jawaban responden pada kuesioner dalam penelitian ini. Menurut asumsi peneliti sikap yang baik akan sangat mempengaruhi kepatuhan minum obat pada pasien yang menggunakan obat dislipidemia. Sikap yang baik akan menjadi pendukung untuk menjalani perilaku pengobatan yang baik (Ghendis *et al.*, 2011).

#### 4.5 Hubungan tingkat pengetahuan, sikap, kepatuhan terhadap efektifitas terapi dislipidemia

Tabel hubungan variabel tingkat pengetahuan, sikap, kepatuhan terhadap efektifitas terapi dislipidemia bertujuan untuk mengetahui ada atau tidak hubungan antara variabel tersebut jika dikaitkan dengan efektifitas terapi. Dalam hal ini dilakukan uji untuk mengetahui hubungan dimana pada penelitian ini digunakan uji chi-square menggunakan aplikasi spss versi 16.0

**Tabel 4.5** Hubungan tingkat pengetahuan, sikap, kepatuhan terhadap efektifitas terapi.

variabel	Efektivitas terapi dislipidemia								
	LDL			HDL			TG		
	Normal N (%)	Tinggi N (%)	<i>P</i>	Normal N (%)	Rendah N (%)	<i>P</i>	Normal N (%)	Tinggi N (%)	<i>P</i>
Pengetahuan									
Kurang baik	4 (100)	0	0,629	4 (100)	0	0,230	4 (100)	0	0,484
Baik	17(94,4)	1 (5,6)		13 (72,2)	5 (27,8)		16 (88,9)	2 (11,1)	
Sikap									
Kurang baik	5 (100)	0	0,579	5 (100)	0	0,164	5 (100)	0	0,421
baik	16 (94,1)	1 (5,9)		12 (70,6)	5 (29,4)		15 (88,2)	2 (11,8)	
Kepatuhan									
Tidak patuh	9 (8,6)	0	0,394	5(56,6)	4 (44,4)	0,043	8 (88,9)	1 (11,1)	0,784
Patuh	12 (92,3)	1 (7,7)		12 (92,3)	1(7,7)		12 (92,3)	1 (7,7)	

Uji hubungan variabel tingkat pengetahuan, sikap, dan kepatuhan terhadap efektifitas terapi dislipidemia bertujuan untuk mengetahui berpengaruh atau tidak jika tiga variabel tersebut dikaitkan dengan efektifitas terapi dislipidemia. Efektivitas terapi dislipidemia dilihat dari nilai kadar LDL, HDL, dan Triglicerida. Berdasarkan data yang diperoleh diketahui rata – rata responden memiliki nilai kadar yang normal. Dari hasil uji yang dilakukan diperoleh nilai perbedaan pengetahuan dengan efektifitas terapi dislipidemia lebih besar dari nilai  $\lambda = 0,05$  maka dapat diartikan tidak terdapat perbedaan yang signifikan terhadap efektifitas terapi dislipidemia dengan pengetahuan pasien yang baik dan kurang baik. Hal serupa terjadi pada perbedaan antara variabel sikap dengan efektifitas terapi dislipidemia, dari hasil uji yang telah dilakukan tidak terdapat perbedaan yang signifikan terhadap efektifitas terapi dislipidemia dengan sikap pasien yang baik dan kurang baik. Dimana nilai perbedaan antara masing - masing variabel lebih besar dari nilai signifikansi yaitu sebesar 0,05.

Menurut penelitian yang dilakukan Mahayati *et al.*, (2016) menunjukkan terdapat perbedaan antara pengetahuan dengan kepatuhan mengontrol kadar kolestrol sedangkan pada variabel sikap dengan kepatuhan mengontrol kadar kolestrol tidak terdapat hubungan. Hal ini menunjukkan perbedaan dimana ada faktor yang berpengaruh yaitu pengendalian kadar kolestrol. Menurut penelitian Yuliana *et al.*, (2014) Menunjukkan hasil terdapat pengaruh baik dengan memberikan edukasi dan konseling terhadap kadar kolestrol seseorang. Menurut penelitian Herlina *et al.*, (2013) menunjukkan hasil bahwa aktifitas olahraga yang efektif akan membantu mengendalikan kadar kolestrol. Pada penelitian ini dapat dilihat rata-rata responden memiliki tingkat kadar LDL, HDL, Trigliserida yang normal. Hal ini menunjukkan bahwa diluar dari pengetahuan, sikap, dan kepatuhan responden dalam minum obat. Responden dapat mengotrol serta mengendalikan kadar kolestrol dengan sendirinya. Cara mengendalikan kadar kolestrol bagi responden adalah dimana responden sering melakukan pemeriksaan rutin yang bisa dilakukan sendiri dengan bantuan alat tes atau datang ke tempat kesehatan dan klinik, melakukan home visit dan SMS *gateway* untuk meningkatkan kepatuhan (Davit *et al.*, 2016).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kokkinos *et al.*, (2010) menyatakan bahwa kelompok responden yang melakukan olahraga secara teratur dan aktif secara fisik memiliki kadar HDL yang baik. Hal ini serupa dengan penelitan ini dimana rata-rata responden memiliki nilai kadar HDL normal walaupun masih ada beberapa responden yang memiliki nilai kadar HDL rendah. Salah satu faktor yang menyebabkan hal tersebut adalah tingkat kepedulian responden terhadap kondisi mereka yang kurang baik, hal ini diperkuat dengan jawaban responden pada kuesioner (Nurul dina *et al.*, 2013).

Pada hubungan variabel tingkat kepatuhan terhadap efektifitas terapi dislipidemia diketahui responden yang patuh maupun tidak patuh sebagian besar memiliki nilai kadar yang normal. Dari hasil uji *chi - square* diperoleh nilai perbedaan tingkat kepatuhan dengan efektifitas terapi dislipidemia dengan kadar LDL dan Trigliserida lebih dari nilai  $\lambda = 0,05$  maka dapat diartikan tidak terdapat perbedaan yang signifikan terhadap efektifitas terapi dengan tingkat kepatuhan

yang patuh dan tidak patuh. Sedangkan pada variabel tingkat kepatuhan terhadap kadar HDL menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan terhadap efektifitas terapi dislipidemia dengan kepatuhan pasien yang patuh dan tidak patuh. Dimana hasil tersebut tidak serupa dengan penelitian Fitriani *et al.*, (2015) terhadap kepatuhan mengontrol kadar HDL dan Trigliserida pada guru. Menunjukkan hasil dimana tidak terdapat perbedaan antara kepatuhan terhadap kontrol kadar HDL dan Trigliserida. Kepatuhan penggunaan obat atihiperkolestolemia terhadap efektifitas terapi menunjukkan hasil bahwa tidak terdapat perbedaan atau korelasi antara kepatuhan pasien dalam menggunakan obat antihiperkolestolemia dengan efektifitas terapi. Dimana hasil tersebut dapat dipengaruhi beberapa faktor antara lain kontrol aktifitas fisik responden dimana hal tersebut bisa menjadi pemicu seseorang dapat meningkatkan dan mengontrol kadar kolestrol. Pada hasil penelitian kali ini rata-rata responden memiliki tingkat kadar kolestrol normal akan tetapi ada beberapa responden yang memiliki tingkat kadar yang tinggi atau rendah. Hal tersebut dikarenakan responden kurang memperhatikan kondisinya dan motivasi responden terhadap kontrol kadar kolestrol kurang begitu baik sehingga meyebabkan kondisi semakin buruk dan berpengaruh terhadap efektifitas terapi dislipidemia (Fitriani *et al.*, 2015).

Penelitian ini diketahui terdapat beberapa responden yang memiliki tingkat efektifitas terapi kurang baik dimana terdapat responden memiliki tingkat kadar tinggi dan rendah. Hal tersebut bisa terjadi karena kurangnya motivasi dalam pengobatan, ketidakpatuhan dalam pengobatan, kurangnya aktifitas fisik serta kurangnya mengontrol pola makan. Motivasi pada dasarnya merupakan interaksi seseorang dengan situasi tertentu yang di hadapinya, di dalam diri seseorang terdapat kebutuhan atau keinginan terhadap objek. Motivasi adalah suatu alasan untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan, motivasi dalam sebuah pengobatan sangat penting dimana hal tersebut akan berpengaruh terhadap efektifitas terapi, seseorang dengan motivasi tinggi akan memberikan sugesti terhadap individu yang berpengaruh terhadap sikap dimana seseorang akan merasa percaya diri dan yakin terhadap terapi pengobatan yang dijalani. Ketidakpatuhan seseorang dalam pengobatan akan membuat kondisi seseorang

akan semakin buruk tidak terkecuali terhadap efektifitas terapi. Hal yang dapat membuat seseorang tidak patuh adalah seseorang merasa bosan terhadap pengobatan yang dijalannya, kurangnya pemahaman yang mengakibatkan seseorang berhenti dalam mengkonsumsi obat. Dari hal tersebut hendaknya perlu dukungan dan kesadaran dari individu itu sendiri untuk meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan dengan selalu patuh dan mentaati saran serta anjuran yang di berikan oleh dokter sehingga efektifitas terapi dapat tercapai dengan baik. Aktifitas fisik merupakan salah satu indikator untuk mengontrol kadar kolestrol, diluar dari pengobatan dengan menggunakan obat aktifitas fisik bertujuan untuk menjaga kadar kolestrol agar tetap normal dan stabil. Aktifitas fisik yang rutin akan membantu dalam mencapai *outcome* efektifitas terapi. Pola makan pada seseorang yang sedang menjalani terapi pengobatan akan memberikan pengaruh terhadap efektifitas terapi. Pola makan hendaknya di kontrol dan di perhatikan khususnya untuk seseorang yang memiliki penyakit dislipidemia itu sangat penting dimana faktor makanan yang tidak terkontrol akan membuat kondisi kurang baik pada kesehatannya. Pada seorang yang mengalami dislipidemia hendaknya mengurangi makanan yang mengandung lemak tinggi karena hal tersebut dapat memicu kadar kolestrol menjadi tidak terkontrol. Sebaiknya pola makan yang baik pada seseorang yang memiliki riwayat penyakit dislipidemia adalah mengkonsumsi makanan yang berserat seperti sayuran, buah - buahan dan lain sebagainya, sehingga diharapkan dengan menjaga pola makan yang teratur mampu meningkatkan dan mengontrol kadar kolestrol serta dapat tercapainya *outcome* efektifitas terapi pengobatan (Aswan *et al.*, 2016).

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terkait analisa pengetahuan, sikap, dan kepatuhan pasien yang menggunakan obat dislipidemia di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar. Dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebesar 81,8% responden memiliki tingkat pengetahuan baik dan 77,3% responden memiliki tingkat sikap baik. Serta 59,1% responden patuh dalam menggunakan obat dislipidemia.
2. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan terhadap kepatuhan pasien yang memiliki pengetahuan baik dan kurang baik, dimana nilai yang diperoleh adalah  $P = 0,066$
3. Terdapat perbedaan yang signifikan terhadap kepatuhan pasien yang memiliki tingkat sikap baik atau kurang baik, dimana nilai yang diperoleh adalah  $P = 0,034$ .
4. Tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap efektifitas terapi dislipidemia dengan pengetahuan, sikap, kepatuhan pasien, dimana nilai yang diperoleh adalah  $P$  lebih besar dari nilai signifikansi 0,05.

#### 5.2 Saran

##### 5.2.1 Bagi Rumah Sakit

- a. Perlunya pendidikan kesehatan dan edukasi dari tenaga kesehatan terhadap pasien yang memiliki tingkat pengetahuan, sikap yang kurang baik sehingga dapat meningkatkan tingkat pengetahuan dan sikap pasien menjadi lebih baik.
- b. Perlunya dukungan dan motivasi terhadap pasien yang tidak patuh dalam menggunakan obat dislipidemia agar senantiasa dapat meningkatkan kepatuhan sehingga dapat tercapai tujuan terapi yang diharapkan.

### **5.2.2 Bagi Bidang Akademik**

Menambah kepustakaan yang bisa dimanfaatkan oleh civitas akademika sebagai bahan referensi untuk tindak lanjut penelitian selanjutnya. Serta dapat untuk meningkatkan teori dan konsep tentang pengetahuan, sikap, dan kepatuhan sebagai upaya untuk pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan.

### **5.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya**

Mencari tahu lebih lanjut terkait hal – hal penyebab kurangnya tingkat pengetahuan, sikap dan kepatuhan pasien yang menggunakan obat dislipidemia dengan jumlah sampel lebih besar dan tempat penelitian yang berbeda.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adam, John. MF. 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi VI. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen FK UI. P. 49-58.
- Anwar, B. (2004). *Dislipidemia Sebagai Faktor Resiko Penyakit Jantung Koroner*. *Jurnal Kesehatan*. Sumatera Utara. Hal. 1.
- Arsana, P.M., 2015. *Panduan Pengelolaan Dislipidemia di Indonesia*. Penerbit: PB PERKENI.Jakarta. Hal. 30.
- Ayuning Lestari, Myrnawati Crie Handini, (2017). *Faktor resiko kejadian dislipidemia pada lansia*. Vol.3 No. 2.
- Azwar Saifudin (2013) *Sikap dan pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Budiman dan Riyanto. (2013) *Pengetahuan dan Sikap dalam penelitian kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Davit (2016). *Faktor – faktor yang mempengaruhi kadar kolestrol*. UMS. Semarang.
- Dipiro C. V.M, 2015. *Pharmacotherapy Handbook*., Ninth Edit., McGraw-Hill Education Companies, Inggris.
- Fitriani Rahmatismi (2017). *Hubungan gaya hidup dengan dislipidemia guru sekolah menengah yang mengalami gula darah puasa terganggu*. Universitas hasanudin.
- Gendis Indra Dhewi. (2015). *Hubungan pengetahuan, sikap serta dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat di BKPM Pati*.
- Grundy, S, M., (2004). *Obesity, Metabolic Syndrome, And Cardiovascular disease*. *J Clin Endocrinol Metab*, 89(6) : 2595-2600.
- Hasniatisari, Kusman Ibrahim. 2016. *Hubungan Pengetahuan Terhadap Kepatuhan Menjalani Pola Hidup sehat pada Pasien Pasca Intervensi Koroner Perkutan di RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG*.
- Herman, I, Muhammad, S, Efrida, 2015, *Hubungan factor resiko dengan kejadian penyakit penyakit jantung koroner*, di RS Dr. M. Jamil Padang, vol, 4, no,2.
- Mahley, R.W. dan Thomas. (2012). *Dasar Farmakologi Terapi* Edisi 10, volume 2. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran. Hal. 943.
- Mahayati (2016). *Hubungan pengetahuan, sikap, dan motivasi terhadap kepatuhan*. Vol, No 2.



- Nita.,FM.Saputra, Damayanti,PI. Pratiwi, 2018. *Medication adherence in the elderly with cronic disease using the Adherence to Refill Medication Scale.(ARMS)*. ISBN 978 Vol 1.
- Nurfitriani, Liza Pristianti, 2015, *Analisis faktor-faktor perilaku yang berpengaruh terhadap ketepatan penggunaan obat dislipidemia, di Apotek kecamatan klojen, malang*. Vol 48.
- Nurzahman (2013). *Faktor resiko pasien dislipidemia di RS Arifin Achmad Pekanbaru Riau*. Vol.3. No. 2.
- Notoatmodjo, Suekijo,2013. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*.Jakarta: Rineka Cipta. Hal 43.
- Nurul Dina Rahmawati., Ratu Ayu Dewi Sartika. (2013) *analisis faktor – faktor resiko terhadap kejadian dislipidemia pada karyawan*. Fakultas Kesehatan UI.
- Parkeni (2015). *Panduan pengelolaan dislipidemia di indonesia*. Jakarta ;hal 45-50
- Putir Hasibuan, 2018., *Evaluasi penggunaan dislipidemia rawat jalan di RSUD Dr pirngadi kota medan*.
- Rahmat, W.P. (2010) *Hubungan lama menderita dengan kualitas hidup pasien di Kec. Kebak kramat*.
- Rahmawati., Rezal (2017). *Pengaruh konseling terhadap peningkatan pengetahuan, sikap di puskesmas puwatu kota kendari*.
- RISKESDAS.2013. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI. Hal:88.
- RISKESDAS.2018. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI. Hal:88.
- Riswandi. (2016) *Hubungan Pengetahuan dan sikap pada penyakit di Sidomulyo Pekanbaru*.
- Rian, Saputro (2014). *Sikap mahasiswa pendidikan ips terhadap pemanfaatan laboratorium outdorr*. Universitas Negeri Yogyakarta.
- Rusvellia Andriani. 2014., *Pengaruh Home Pharmacy Care Terhadap Pengetahuan Tentang Obat Dislipidemia dan Penggunaanya yang Benar*. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Saifudin, A. (2010). *Sikap Manusia, Teori Dan Pengukuranya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Siti Julaiha (2019). *Analisis faktor kepatuhan berobat*. Politeknik Tanjung Karang.
- Sarwono, Sarlito W. & Eko A. Meinarno. (2019). *Psikologi sosial*. Jakarta: Penerbit Salemba Humanika.
- Ujiani, Sri.(2014) *Hubungan antara usia dan jenis kelamin kadar kolestrol penderita obesitas RSUD Abdul Moelok Lampung*.
- Yustiana, 2012. *Dislipidemia pada obesitas dan tidak obesitas di RSUP dr. Kariadi dan laboratorium klinik swasta di Kota Semarang*. Universitas diponegoro.
- Yusup, F. (2018). *Uji Validitas Dan Reliabilitas Instrumen Penelitian Kuantitatif. Jurnal Tarbiyah: Jurnal Ilmiah Kependidikan*, 7(1), 17–23. <https://doi.org/10.18592/Tarbiyah.V7i1.2100>.

## LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat ijin penelitian.

PEMERINTAH KOTA BLITAR RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR		
Jalan Kalimantan No. 113 Kode Pos 66131 Telp. (0342) 801118 - Fax 809740 Website: www.rsudmardiwaluyo.com Email: rsudmardiwaluyo@yahoo.com BLITAR		
LEMBAR DISPOSISI		
Korlat Dari: <i>SAWA KEMAKMUCAPAN KOTA BLITAR</i>	Diterima Tanggal: <i>9 - 12 - 2019</i>	
Tanggal Surat: <i>9 - 12 - 2019</i>	Nomor Agenda: <i>1410.208/2019</i>	
Nomor Surat: <i>090/396/10.204/2019</i>	Sifat: <input type="checkbox"/> Sangat Segera <input type="checkbox"/> Segera <input type="checkbox"/> Rahasia <input type="checkbox"/> Biasa	
Perihal: <i>SURAT REKOMENDASI PESEGTIAN /u - MELY. FEBRI ISFANDI (SI TRANSASI)</i>		
DISPOSISI	DITERUSKAN KEPADA	
Direktur	1. Wadir Umum & Keuangan	2. Wadir Pelayanan & Penunjang Medik
	Diteruskan kepada : 1. Kabag Program & Kepegawaian 2. Kabag Keuangan 3. Kabag Umum & Humas <i>16/12</i>	Diteruskan kepada : 1. Kabid Pelayanan Medik 2. Kabid Keperawatan 3. Kabid Penunjang Medik Mdm. dengan masalah data saat penelitian di 1. Mdm. Rekam Medik 2. Klinik ppsd Dalem <i>16/12</i>

## Lampiran 2. Surat ijin penelitian.

**PEMERINTAH KOTA BLITAR**  
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN**  
**PENANGGULANGAN BENCANA DAERAH KOTA BLITAR**  
 Jalan Anjasmoro No. 53 Blitar Telp./Fax (0342) 804063  
 email : bakesbangpol-pb@blitarkota.go.id

---

**SURAT REKOMENDASI PENELITIAN**  
 Nomor : 070/1410.204/2020

**UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/RESEARCH**

Memperhatikan : Surat dari Ka Prodi S1 Farmasi STIKes Karya Putra Bangsa Tulungagung Nomor : 160/SKPB,FAR/XI/2019 Tanggal 29 November 2019 Perihal Permohonan Ijin Penelitian/Survey/Research/PKL/PPL/ Magang /Pengambilan Data/KPL/ Observasi.  
 Dengan ini menyatakan tidak keberatan Penelitian/Survey/Research/Riset/ PKL/ PPL/Magang /Pengambilan Data dilakukan oleh :

Nama : **MOCH.FEBRI ISFANDI**

NIM : 1613206012

Prodi /Fakultas : S1 Farmasi STIKes Karya Putra Bangsa

Alamat : Dusun Wonorejo Rt.003/001 Desa/Kel.Plandirejo Kec.Bakung Kab Blitar

Judul : "Analisis pengetahuan,sikap,dan kepatuhan pasien yang menggunakan obat dislipidemia di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar"

Tempat Pelaksanaan : Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar

Waktu Pelaksanaan : 3 Maret s/d 30 April 2020

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati segala ketentuan yang berlaku ditempat Penelitian / Survey / Research / Magang.
2. Dalam setiap melakukan kegiatan selalu menggunakan identitas yang berlaku.
3. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar ketentuan yang telah ditetapkan sebagaimana tersebut diatas.
4. Setelah selesai melakukan kegiatan dimaksud, diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintah (Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Penanggulangan Bencana Daerah Kota Blitar) mengenai hasil pelaksanaan kegiatan dimaksud.
5. Surat Keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat keterangan ini tidak memenuhi ketentuan-ketentuan sebagaimana tersebut diatas.

Blitar , 2 Maret 2020



An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA,  
 POLITIK DAN PENANGGULANGAN BENCANA  
 DAERAH KOTA BLITAR  
 Sekretaris

*[Signature]*

**Dr. YUDHA BUDIONO, MM**  
 Pembina Tingkat I  
 NIP. 19660326 198803 1 011

Tembusan di Sampaikan Kepada Yth :

1. Direktur RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar
2. Ketua Prodi S1 Farmasi STIKes Karya Putra Bangsa Tulungagung
3. Yang bersangkutan

Lampiran 3. Lembar *informed consent*.  
Lembar persetujuan keikutsertaan dalam penelitian.

**STIKES KARYA PUTRA BANGSA  
PRODI S1 FARMASI**

Jl. Tulungagung - Blitar No.KM 4, Sumbergempol(0355) 331080 Tulungagung

---

***INFORMED CONSENT***

**ANALISA PENGETAHUAN, SIKAP DAN KEPATUHAN PASIEN YANG  
MENGUNAKAN OBAT DISIPLIDEMIA DI RSUD MARDI WALUYO  
KOTA BLITAR**

(Studi Kasus RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....

Alamat : .....

No.Telepon/HP : .....

Bersedia/Tidak bersedia : .....

menjadi (responden) dalam penelitian skripsi yang berjudul “Analisa Pengetahuan,Sikap Dan Kepatuhan Pasien Yang Menggunakan Obat Dislipidemia Di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar (Studi kasus RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar)”. Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan risiko atau dampak apapun terhadap saya dan keluarga saya. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut diatas dan saya diberi kesempatan menanyakan hal – hal yang belum jelas dan telah diberikan jawaban dengan jelas dan benar.

Dengan ini, saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut serta sebagai subjek (responden) dalam penelitian ini.

Blitar, ..... 2020

Saksi

Responden

(.....)

(.....)

## Lampiran 4. Pengumpulan data pasien.

## Lembar pengumpulan data pasien.

Nomor:	Tanggal:
<b>Karakteristik Responden</b>	
Nama	
Umur	
Alamat	Ds. Kec.
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki – laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pendidikan Terakhir	<input type="checkbox"/> Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan.....
Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan.....
Komorbidity	
Lama menderita	
1. Nilai kadar kolestrol total	1. ....
2. Nilai kadar LDL.....	2. ....
3. Nilai kadar HDL.....	3. ....
4. Nilai kadar trigliserida.....	4. ....
Obat yang dikonsumsi :	

## Lampiran 5. Kuesioner pengetahuan.

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	
		IYA	TIDAK
1	Dislipidemia adalah terjadinya peningkatan kadar kolesterol diatas nilai normal.		
2	Dikatakan dislipidemia apabila kadar kolesterol diatas 200 mg/dL		
3	Berolahraga dapat menurunkan kadar kolesterol.		
4	Menurunkan berat badan sama dengan menurunkan kadar kolesterol.		
5	Kelebihan berat badan adalah salah satu faktor resiko terjadinya penyakit dislipidemia		
6	Riwayat keluarga adalah salah satu faktor resiko terjadinya penyakit dislipidemia.		
7	Peningkatan kadar kolesterol yang tidak terkontrol dapat menyebabkan gangguan pencernaan tidak lancar.		
8	Peningkatan kadar kolesterol yang tidak terkontrol dapat menyebabkan gagal ginjal.		
9	Peningkatan kadar kolesterol yang tidak terkontrol dapat menyebabkan penyakit jantung koroner.		
10	Peningkatan kadar kolesterol yang tidak terkontrol dapat menyebabkan penyakit stroke.		

## Lampiran 6. Kuesioner sikap.

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	
		IYA	TIDAK
1	Saya harus minum obat dislipidemia setiap hari		
2	Saya harus minum obat sesuai dengan anjuran dokter		
3	Pengobatan dislipidemia memerlukan waktu jangka panjang		
4	Saya harus mengikuti aturan pakai penggunaan obat dalam satu hari penuh		
5	Obat dislipidemia tetap diminum walaupun sudah sembuh		
6	Ketika kadar kolesterol normal saya tidak perlu minum obat dislipidemia		
7	Saya harus rutin memeriksakan kadar kolesterol saya		
8	minum obat dislipidemia dalam jangka panjang akan menimbulkan efek samping.		
9	Saya mengkonsultasikan kepada tenaga kesehatan apabila muncul efek samping		



NO	PERTANYAAN	JAWABAN			
		TIDAK PERNAH	TERKADANG	SERING	SELALU
1	Seberapa sering anda lupa minum obat dislipidemia.				
2	Seberapa sering anda memutuskan untuk tidak minum obat dislipidemia.				
3	Seberapa sering anda lupa menebus resep obat dislipidemia.				
4	Seberapa sering anda kehabisan obat dislipidemia.				
5	Seberapa sering anda melewati minum obat dislipidemia sebelum kontrol ke dokter.				
6	Seberapa sering anda tidak minum obat dislipidemia ketika anda sudah merasalebih baik.				
7	Seberapa sering anda melewati minum obat dislipidemia ketika anda masih merasa sakit.				
8	Seberapa sering anda melewati minum obat dislipidemia ketika anda kurang memperdulikan kondisi anda.				
9	Seberapa sering anda mengubah dosis obat dislipidemia agar sesuai dengan kebutuhan anda.				
10	Seberapa sering anda lupa minum obat dislipidemia yang seharusnya diminum lebih dari satu kali sehari				
11	Seberapa sering anda berencana dan menebus resep obat dislipidemia. anda sebelum kehabisan.				
12	Seberapa sering anda tidak menebus resep obat dislipidemia karena harganya mahal.				

Lampiran 8. Data pasien penelitian

## DATA PASIEN PENELITIAN

NO	NAMA	UMUR	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN TERAKHIR	PEKERJAAN	KOMORBIDITAS	LAMA MENDERIT	KOLESTROL TOT.	LDL	HDL	TG	OBAT YANG DIKONSUMSI
1	SUNARTI	60	PEREMPUAN	SMA	WIRASWASTA	DM	1 TH	~	74 mg/dl	47 mg/dl	58 mg/dl	SIMVASTATIN,
2	MINDATI	47	PEREMPUAN	SMA	WIRASWASTA	DM	17 TH	~	135 mg/dl	33 mg/dl	178 mg/dl	SIMVASTATIN
3	JUMIYEM	62	PEREMPUAN	SD	PETANI	DM, HIPERTENSI	1 TH	~	101 mg/dl	50 mg/dl	110 mg/dl	SIMVASTATIN,
4	SUYANTO	42	LAKI-LAKI	SD	WIRASWASTA	DM, ASAM URAT	1 TH <	~	130 mg/dl	40 mg/dl	180 mg/dl	SIMVASTATIN,
5	SURAJI	63	LAKI-LAKI	SD	BURUH	DM, MAAG, HIPERTENSI	7 TH	~	90 mg/dl	45 mg/dl	64 mg/dl	SIMVASTATIN, ENZETIMIBE
6	KUSTINAH	67	PEREMPUAN	S1	PNS	HIPERTENSI	1 TH	~	162 mg/dl	50 mg/dl	45 mg/dl	SIMVASTATIN
7	H. SUPRIYATNO	75	LAKI-LAKI	D3	PENSIUNAN	HIPERTENSI	2 TH	~	90 mg/dl	55 mg/dl	78 mg/dl	LOVASTATIN
8	MUSANI	60	LAKI-LAKI	SMA	WIRASWASTA	DM	5 TH	~	127 mg/dl	43 mg/dl	212 mg/dl	ATORVASTATIN
9	SURYADI	62	LAKI-LAKI	SMA	WIRASWASTA	HIPERTENSI	1 TH	~	76 mg/dl	36 mg/dl	94 mg/dl	SIMVASTATIN
10	NOERWOKO	74	LAKI-LAKI	SMA	WIRASWASTA	~	2 TH	~	89 mg/dl	56 mg/dl	46 mg/dl	LOVASTATIN
11	DWI AGUS BASUKI	61	LAKI-LAKI	SMA	WIRASWATA	~	1 TH	~	119 mg/dl	44 mg/dl	64 mg/dl	SIMVASTATIN, ENZETIMIBE
12	SITI MUSTAFIAH	60	PEREMPUAN	SMP	IBU RUMAH TANGGA	~	1 TH	~	78 mg/dl	44 mg/dl	99 mg/dl	SIMVASTATIN
13	RIZKI NUR ILHAM	30	LAKI-LAKI	SMA	KARYAWAN	~	1 TH <	~	158 mg/dl	51 mg/dl	88 mg/dl	ATROVASTATIN
14	YUNING SETYANI	40	PEREMPUAN	SMA	KARYAWAN	~	1 TH	~	74 mg/dl	35 mg/dl	68 mg/dl	SIMVASTATIN
15	SRI SUMARTI	62	PEREMPUAN	SMP	IBU RUMAH TANGGA	~	1 TH <	~	68 mg/dl	37 mg/dl	65 mg/dl	SIMVASTATIN
16	FATOKAH	68	PEREMPUAN	SMP	IBU RUMAH TANGGA	HIPERTENSI	1 TH <	~	137 mg/dl	59 mg/dl	65 mg/dl	SIMVASTATIN
17	KATIMAH	67	PEREMPUAN	SD	PETANI	ASMA	1 TH <	~	114 mg/dl	47 mg/dl	127 mg/dl	ATORVASTATIN
18	MARSITI	56	PEREMPUAN	SMP	IBU RUMAH TANGGA	~	1 TH	~	115 mg/dl	47 mg/dl	134 mg/dl	ENZETIMIBE
19	TUKIRIN	78	LAKI-LAKI	SMP	WIRASWASTA	~	1 TH	~	121 mg/dl	53 mg/dl	65 mg/dl	SIMVASTATIN
20	SRI YUNAN	57	PEREMPUAN	SD	IBU RUMAH TANGGA	DM, HIPERTENSI	2 TH	~	121 mg/dl	42 mg/dl	134 mg/dl	ATORVASTATIN
21	MUSILAH	52	PEREMPUAN	SMP	IBU RUMAH TANGGA	~	1 TH	~	148 mg/dl	59 mg/dl	196 mg/dl	SIMVASTATIN
22	MARTIYAH	54	PEREMPUAN	SMP	IBU RUMAH TANGGA	~	2 TH	~	47 mg/dl	32 mg/dl	448 mg/dl	LOVASTATIN

Lampiran 9. Nilai validitas kuesioner.

## NILAI VALIDITAS KUESIONER PENGETAHUAN

NO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TOTAL
1	4	5	5	4	5	4	5	3	4	5	44
2	5	5	4	5	4	4	5	5	3	5	45
3	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	45
4	5	5	5	4	5	3	4	5	4	5	45
5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	46
6	4	5	5	4	5	3	5	4	5	5	45
7	5	5	4	5	3	4	4	5	4	5	44
8	5	5	5	4	5	4	3	5	5	4	45
9	4	5	5	5	5	3	5	4	5	5	46
10	5	4	5	5	4	5	5	5	4	4	46
11	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	46
12	4	5	5	4	5	5	4	5	4	5	46
13	5	4	4	5	4	5	5	5	5	4	46
14	5	5	5	4	5	5	4	3	3	5	44
15	5	5	4	5	4	5	4	4	5	5	46
16	3	4	5	4	5	4	5	5	5	4	44
17	5	5	5	5	3	4	5	5	5	3	45
18	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	46
19	5	5	5	4	4	4	5	3	5	4	44
20	4	5	5	3	5	5	5	4	4	5	45

## NILAI VALIDITAS KESIONER SIKAP

No	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	TOTAL
1	5	5	5	5	5	5	5	5	4	44
2	5	5	5	4	5	5	5	5	4	43
3	4	4	4	2	4	4	4	4	2	32
4	5	3	4	5	5	5	4	4	4	39
5	4	4	5	3	4	3	4	5	4	36
6	5	5	4	5	5	5	5	4	4	42
7	5	5	5	5	5	5	5	5	4	44
8	5	3	3	3	5	5	3	3	3	33
9	4	4	5	3	4	5	4	5	4	38
10	5	3	4	5	5	5	4	4	5	40
11	4	5	4	5	5	4	3	4	3	37
12	5	4	4	5	5	4	4	4	3	38
13	3	4	4	3	4	4	4	4	3	33
14	5	5	5	5	5	5	5	5	4	44
15	5	5	5	5	5	5	5	5	4	44
16	4	4	4	5	4	5	4	4	3	37
17	5	4	4	5	5	4	4	4	4	39
18	5	4	4	4	5	4	4	4	4	38
19	5	5	5	4	5	5	5	5	4	43
20	5	5	4	4	5	4	5	4	3	39

## NILAI VALIDITAS KUESIONER KEPATUHAN

NO	k1	k2	k3	k4	k5	k6	k7	k8	k9	k10	k11	k12	TOTAL
1	5	5	5	5	4	3	2	4	3	5	5	5	51
2	4	5	4	4	3	3	4	3	3	4	5	4	46
3	4	4	5	4	5	4	5	5	4	4	4	4	52
4	4	4	5	4	3	4	5	3	4	4	4	4	48
5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	56
6	4	4	5	4	4	3	3	4	3	4	4	4	46
7	3	5	5	3	3	4	5	3	4	3	5	3	46
8	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	56
9	4	4	3	4	2	3	3	2	3	4	4	4	40
10	5	5	5	5	3	4	5	3	4	5	5	5	54
11	4	3	3	4	3	2	3	3	2	4	3	4	38
12	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	50
13	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	58
14	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	49
15	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	44
16	4	5	4	4	5	3	4	5	3	4	5	4	50
17	4	5	4	4	2	4	4	2	4	4	5	4	46
18	5	5	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	54
19	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	58
20	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	56

Lampiran 10. Nilai tingkat pengetahuan, dan kepatuhan pasien

### Nilai pengetahuan pasien

No	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
3	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	7
4	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	4
5	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
9	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	8
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
12	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	4
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
14	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
15	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	7
16	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	7
17	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	4
18	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8
19	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	7
20	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	4
21	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	7
22	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9

### Nilai sikap pasien

No	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	TOTAL	
1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	7
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
3	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	7
4	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4
5	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	7
6	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	7
7	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8
8	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8
9	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	7
10	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	7
11	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	4
12	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4
13	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8
14	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8
15	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8
16	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8
17	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4
18	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8
19	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
20	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	4
21	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8
22	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	7

### Nilai kepatuhan pasien

NO	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	TOTAL
1	1	1	3	3	1	2	3	3	1	1	1	1	21
2	2	3	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	18
3	1	1	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	16
4	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	15
5	1	2	1	1	1	1	1	3	1	2	2	1	17
6	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	15
7	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	14
8	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	14
9	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	15
10	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	15
11	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	15
12	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	15
13	2	2	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	18
14	2	1	3	2	1	3	1	3	2	1	1	2	22
15	1	2	3	1	2	2	1	3	1	1	1	2	20
16	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	3	1	19
17	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	15
18	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	13
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	13
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	13
21	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	15
22	2	3	1	1	3	3	2	1	2	3	2	2	25

Lampiran 11. Analisa data kuesioner.

### ANALISA DATA VALIDITAS KUESIONER

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	40.5500	.892	-.522	-3.345 <sup>a</sup>
P2	40.4000	.989	-.595	-3.088 <sup>a</sup>
P3	40.4500	1.103	-.672	-2.631 <sup>a</sup>
P4	40.7000	.642	-.358	-5.072 <sup>a</sup>
P5	40.6500	.976	-.580	-2.826 <sup>a</sup>
P6	40.8000	.800	-.521	-3.582 <sup>a</sup>
P7	40.6000	1.095	-.632	-2.510 <sup>a</sup>
P8	40.8500	.871	-.546	-3.222 <sup>a</sup>
P9	40.7500	.829	-.510	-3.543 <sup>a</sup>
P10	40.6000	.989	-.577	-2.896 <sup>a</sup>

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
S1	34.5000	12.263	.550	.807
S2	34.8500	11.924	.476	.816
S3	34.8000	12.168	.576	.804
S4	34.9000	10.726	.507	.822
S5	34.4000	12.989	.526	.813
S6	34.6000	12.674	.425	.820
S7	34.8500	11.292	.713	.787
S8	34.8000	12.168	.576	.804
S9	35.5000	11.842	.559	.805

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
K1	45.6000	28.674	.609	.860
K2	45.4000	29.726	.398	.870
K3	45.4000	27.621	.640	.856
K4	45.6000	28.674	.609	.860
K5	46.0500	25.734	.600	.860
K6	46.2500	26.618	.650	.855
K7	45.7000	27.379	.486	.867
K8	46.0500	25.734	.600	.860
K9	46.2500	26.618	.650	.855
K10	45.6000	28.674	.609	.860
K11	45.4000	29.726	.398	.870
K12	45.6000	28.674	.609	.860

## ANALISA DESKRIPTIF KARAKTERISTIK PASIEN

## jenis kelamin responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki laki	9	40.9	40.9	40.9
perempuan	13	59.1	59.1	100.0
Total	22	100.0	100.0	

## Umur pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 26 – 45 tahun (dewasa)	3	13.6	13.6	13.6
46 – 55 tahun (lansia awal)	3	13.6	13.6	27.3
56 – 65 tahun (lansia akhir)	10	45.5	45.5	72.7
65 tahun – atas (manula)	6	27.3	27.3	100.0
Total	22	100.0	100.0	



**Pendidikan terakhir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sd	5	22.7	22.7	22.7
	smp	7	31.8	31.8	54.5
	sma	8	36.4	36.4	90.9
	d3/s1	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

**Pekerjaan responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pns/pensiun	2	9.1	9.1	9.1
	wiraswasta/petani	10	45.5	45.5	54.5
	buruh/karyawan	3	13.6	13.6	68.2
	ibu rumah tangga	7	31.8	31.8	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

**penyakit lain yang diderita**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	12	54.5	54.5	54.5
	Tidak ada	10	45.5	45.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

**Lama menderita**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	durasi pendek 0 -5 tahun	5	22.7	22.7	22.7
	durasi sedang 6 – 10 tahun	15	68.2	68.2	90.9
	durasi panjang > 10 tahun	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

**ANALISA DESKRIPTIF TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP, DAN KEPATUHAN.**

**Pengetahuan responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang baik	4	18.2	18.2	18.2
baik	18	81.8	81.8	100.0
Total	22	100.0	100.0	

**Sikap responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang baik	5	22.7	22.7	22.7
baik	17	77.3	77.3	100.0
Total	22	100.0	100.0	

**Kepatuhan responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid patuh	13	59.1	59.1	59.1
tidak patuh	9	40.9	40.9	100.0
Total	22	100.0	100.0	

**ANALISA *CHI-SQUARE* TINGKAT PENGETAHUAN TERHADAP  
KEPATUHAN.**

**Pengetahuan responden \* Kepatuhan responden Crosstabulation**

			Kepatuhan responden		Total
			patuh	tidak patuh	
Pengetahuan responden	kurang baik	Count	4	0	4
		Expected Count	2.4	1.6	4.0
		% within Pengetahuan responden	100.0%	.0%	100.0%
	baik	Count	9	9	18
		Expected Count	10.6	7.4	18.0
		% within Pengetahuan responden	50.0%	50.0%	100.0%
Total	Count	13	9	22	
	Expected Count	13.0	9.0	22.0	
	% within Pengetahuan responden	59.1%	40.9%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.385 <sup>a</sup>	1	.066		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.632	1	.201		
Likelihood Ratio	4.814	1	.028		
Fisher's Exact Test				.115	.098
Linear-by-Linear Association	3.231	1	.072		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	22				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,64.

b. Computed only for a 2x2 table

**ANALISA *CHI-SQUARE* TINGKAT SIKAP TERHADAP KEPATUHAN.**

**Sikap responden \* Kepatuhan responden Crosstabulation**

			Kepatuhan responden		Total
			patuh	tidak patuh	
Sikap responden	kurang baik	Count	5	0	5
		Expected Count	3.0	2.0	5.0
		% within Sikap responden	100.0%	.0%	100.0%
	baik	Count	8	9	17
		Expected Count	10.0	7.0	17.0
		% within Sikap responden	47.1%	52.9%	100.0%
Total	Count	13	9	22	
	Expected Count	13.0	9.0	22.0	
	% within Sikap responden	59.1%	40.9%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.480 <sup>a</sup>	1	.034		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2.557	1	.110		
Likelihood Ratio	6.259	1	.012		
Fisher's Exact Test				.054	.049
Linear-by-Linear Association	4.276	1	.039		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	22				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,05.

b. Computed only for a 2x2 table

**ANALISA *CHI-SQUARE* TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP,  
KEPATUHAN TERHADAP EFEKTIFITAS TERAPI DISLIPIDEMIA**

- Pengetahuan dengan kadar Ldl

Crosstab

			kadar ldl		Total
			normal	tinggi	
Pengetahuan responden	kurang baik	Count	4	0	4
		Expected Count	3.8	.2	4.0
		% within Pengetahuan responden	100.0%	.0%	100.0%
	baik	Count	17	1	18
		Expected Count	17.2	.8	18.0
		% within Pengetahuan responden	94.4%	5.6%	100.0%
Total	Count	21	1	22	
	Expected Count	21.0	1.0	22.0	
	% within Pengetahuan responden	95.5%	4.5%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.233 <sup>a</sup>	1	.629		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.412	1	.521		
Fisher's Exact Test				1.000	.818
Linear-by-Linear Association	.222	1	.637		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	22				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

b. Computed only for a 2x2 table

- Pengetahuan dengan kadar hdl

Crosstab

			kadar hdl		Total
			rendah	normal	
Pengetahuan responden	kurang baik	Count	0	4	4
		Expected Count	.9	3.1	4.0
		% within Pengetahuan responden	.0%	100.0%	100.0%
	baik	Count	5	13	18
		Expected Count	4.1	13.9	18.0
		% within Pengetahuan responden	27.8%	72.2%	100.0%
Total	Count	5	17	22	
	Expected Count	5.0	17.0	22.0	
	% within Pengetahuan responden	22.7%	77.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.438 <sup>a</sup>	1	.230		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.291	1	.589		
Likelihood Ratio	2.312	1	.128		
Fisher's Exact Test				.535	.325
Linear-by-Linear Association	1.373	1	.241		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	22				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,91.

b. Computed only for a 2x2 table

- Pengetahuan dengan kadar trigliserida (tg)

Crosstab

			kadar tg		Total
			normal	tinggi	
Pengetahuan responden	kurang baik	Count	4	0	4
		Expected Count	3.6	.4	4.0
		% within Pengetahuan responden	100.0%	.0%	100.0%
	baik	Count	16	2	18
		Expected Count	16.4	1.6	18.0
		% within Pengetahuan responden	88.9%	11.1%	100.0%
Total	Count	20	2	22	
	Expected Count	20.0	2.0	22.0	
	% within Pengetahuan responden	90.9%	9.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.489 <sup>a</sup>	1	.484		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.846	1	.358		
Fisher's Exact Test				1.000	.662
Linear-by-Linear Association	.467	1	.495		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	22				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

b. Computed only for a 2x2 table

- Sikap dengan kadar Idl

Crosstab

			kadar Idl		Total
			normal	tinggi	
Sikap responden	kurang baik	Count	5	0	5
		Expected Count	4.8	.2	5.0
		% within Sikap responden	100.0%	.0%	100.0%
	baik	Count	16	1	17
		Expected Count	16.2	.8	17.0
		% within Sikap responden	94.1%	5.9%	100.0%
Total	Count	21	1	22	
	Expected Count	21.0	1.0	22.0	
	% within Sikap responden	95.5%	4.5%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.308 <sup>a</sup>	1	.579		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.530	1	.467		
Fisher's Exact Test				1.000	.773
Linear-by-Linear Association	.294	1	.588		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	22				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

b. Computed only for a 2x2 table



- Sikap dengan kadar hdl

Crosstab

			kadar hdl		Total
			rendah	normal	
Sikap responden	kurang baik	Count	0	5	5
		Expected Count	1.1	3.9	5.0
		% within Sikap responden	.0%	100.0%	100.0%
	baik	Count	5	12	17
		Expected Count	3.9	13.1	17.0
		% within Sikap responden	29.4%	70.6%	100.0%
Total	Count	5	17	22	
	Expected Count	5.0	17.0	22.0	
	% within Sikap responden	22.7%	77.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.903 <sup>a</sup>	1	.168		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.597	1	.440		
Likelihood Ratio	2.985	1	.084		
Fisher's Exact Test				.290	.235
Linear-by-Linear Association	1.817	1	.178		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	22				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,14.

b. Computed only for a 2x2 table

- Sikap dengan kadar trigliserida (tg)

Crosstab

			kadar tg		Total
			normal	tinggi	
Sikap responden	kurang baik	Count	5	0	5
		Expected Count	4.5	.5	5.0
		% within Sikap responden	100.0%	.0%	100.0%
	baik	Count	15	2	17
		Expected Count	15.5	1.5	17.0
		% within Sikap responden	88.2%	11.8%	100.0%
Total	Count	20	2	22	
	Expected Count	20.0	2.0	22.0	
	% within Sikap responden	90.9%	9.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.647 <sup>a</sup>	1	.421		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	1.089	1	.297		
Fisher's Exact Test				1.000	.589
Linear-by-Linear Association	.618	1	.432		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	22				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

b. Computed only for a 2x2 table

- Kepatuhan dengan kadar Idl

Crosstab

			kadar Idl		Total
			normal	tinggi	
Kepatuhan responden	patuh	Count	12	1	13
		Expected Count	12.4	.6	13.0
		% within Kepatuhan responden	92.3%	7.7%	100.0%
	tidak patuh	Count	9	0	9
		Expected Count	8.6	.4	9.0
		% within Kepatuhan responden	100.0%	.0%	100.0%
Total	Count	21	1	22	
	Expected Count	21.0	1.0	22.0	
	% within Kepatuhan responden	95.5%	4.5%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.725 <sup>a</sup>	1	.394		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	1.085	1	.298		
Fisher's Exact Test				1.000	.591
Linear-by-Linear Association	.692	1	.405		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	22				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

b. Computed only for a 2x2 table

- Kepatuhan dengankadar hdl

Crosstab

			kadar hdl		Total
			rendah	normal	
Kepatuhan responden	patuh	Count	1	12	13
		Expected Count	3.0	10.0	13.0
		% within Kepatuhan responden	7.7%	92.3%	100.0%
	tidak patuh	Count	4	5	9
		Expected Count	2.0	7.0	9.0
		% within Kepatuhan responden	44.4%	55.6%	100.0%
Total	Count		5	17	22
	Expected Count		5.0	17.0	22.0
	% within Kepatuhan responden		22.7%	77.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.090 <sup>a</sup>	1	.043		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2.265	1	.132		
Likelihood Ratio	4.166	1	.041		
Fisher's Exact Test				.116	.067
Linear-by-Linear Association	3.904	1	.048		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	22				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,05.

b. Computed only for a 2x2 table

- Kepatuhan dengan kadar trigliserida (tg)

Crosstab

			kadar tg		Total
			normal	tinggi	
Kepatuhan responden	patuh	Count	12	1	13
		Expected Count	11.8	1.2	13.0
		% within Kepatuhan responden	92.3%	7.7%	100.0%
	tidak patuh	Count	8	1	9
		Expected Count	8.2	.8	9.0
		% within Kepatuhan responden	88.9%	11.1%	100.0%
Total	Count		20	2	22
	Expected Count		20.0	2.0	22.0
	% within Kepatuhan responden		90.9%	9.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.075 <sup>a</sup>	1	.784		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.074	1	.785		
Fisher's Exact Test				1.000	.662
Linear-by-Linear Association	.072	1	.789		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	22				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 12. Dokumentasi penelitian.



