

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi merupakan penyakit tidak menular yang saat ini menjadi prioritas masalah kesehatan baik di perkotaan maupun pedesaan, hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang memiliki prevalensi sangat tinggi. Oleh karena itu, perlu untuk mendapatkan perhatian yang serius dan ditangani secara nasional atau *nation wide* (Berek and Fouk, 2020).

Hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, dimana tekanan darah abnormal tinggi di dalam arteri menyebabkan meningkatnya risiko terjadinya stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal. Pada pemeriksaan tekanan darah akan didapat dua angka. Angka yang lebih tinggi diperoleh pada saat jantung berkontraksi (sistolik), angka yang lebih rendah diperoleh pada saat jantung berelaksasi (diastolik). (Indartati et al., 2024). Suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik mencapai ≥ 140 mmHg sedangkan tekanan darah diastolik ≤ 90 mmHg yang keduanya berada diatas rentang normal (Hintari and Fibriana, 2023).

Tekanan darah tinggi seringkali dikaitkan dengan penyakit degeneratif atau penyakit yang terjadi akibat penurunan fungsi jaringan dan organ tubuh secara perlahan, dulunya lebih banyak diderita oleh orang lanjut usia, namun kini banyak juga anak muda yang menderita

penyakit darah tinggi. Hal ini terkait dengan perubahan gaya hidup di berbagai sektor masyarakat, terutama pada kelompok usia produktif. Aspek penting lainnya dari peningkatan penderita hipertensi adalah bagaimana pengetahuan, sikap dan perilaku yang berhubungan dengan hipertensi (Vonsa and Anshari, 2022).

2.1.2 Gejala Hipertensi

Sebagian besar hipertensi tidak menunjukkan gejala (asimtomatik), namun gejala yang terlihat pada pengidap hipertensi adalah sakit kepala, muntah, mual, nyeri dada, kebingungan, kecemasan, mimisan, dering pada telinga, kesulitan bernapas, detak jantung abnormal, dan pandangan kabur. Hipertensi dapat menyebabkan stroke, gagal jantung, serangan jantung, serta gagal ginjal. 90% hipertensi tidak diketahui penyebabnya atau disebut juga hipertensi primer dapat diatasi dengan modifikasi pola hidup melalui penurunan berat badan, *exercise*, diet rendah garam, serta terapi farmakologik. Sedangkan hipertensi sekunder dapat disebabkan oleh penyakit ginjal, hormonal, dan obat-obatan (Soesanto, 2023).

2.1.3 Etiologi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan, yaitu: hipertensi esensial atau hipertensi primer dan hipertensi sekunder atau hipertensi renal.

a. Hipertensi Primer

Hipertensi yang paling banyak ditemui (90% dari semua kasus)

adalah hipertensi primer (hipertensi esensial) yang tidak diketahui penyebabnya. Terlepas dari komponen genetik, lebih banyak wanita daripada pria dan lebih banyak orang perkotaan daripada penduduk desa yang mengalami hipertensi primer. Hipertensi primer juga bisa disebabkan karena kebiasaan gaya hidup yang buruk seperti stres psikologis kronis, baik itu terkait pekerjaan atau terkait kepribadian (misalnya, frustrasi atau stres), hal ini dapat menyebabkan adanya hipertensi (Kemenkes RI, 2019).

b. Hipertensi Sekunder

Dalam beberapa kasus, masalah medis lain yang sudah lebih dulu menyerang bisa jadi penyebab hipertensi atau tekanan darah tinggi. Penggunaan obat-obatan tertentu juga berpotensi menjadi salah satu penyebab hipertensi atau tekanan darah tinggi jenis sekunder. Hipertensi sekunder cenderung muncul secara tiba-tiba dan dapat menjadi penyebab tekanan darah melonjak lebih tinggi dibanding hipertensi primer. beberapa kondisi yang bisa jadi penyebab hipertensi atau tekanan darah tinggi sekunder seperti masalah ginjal (penyakit parenkim ginjal, penyakit pembuluh darah ginjal, dll), endokrin (hipotiroidisme, hipertiroidisme, dll), obat-obatan dan eksogen hormon, penyebab neurologis, gangguan tidur apnea, stress akut, penyakit aorta, hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan, dan hipertensi sistolik terisolasi akibat peningkatan curah jantung (M et al., 2019).

2.1.4 Patofisiologi Hipertensi

Hipertensi merupakan proses degeneratif sistem sirkulasi yang dimulai dengan atherosklerosis, yakni gangguan struktur anatomi pembuluh darah perifer yang berlanjut dengan kekakuan pembuluh darah / arteri. Kekakuan pembuluh darah disertai dengan penyempitan dan kemungkinan pembesaran plaque yang menghambat gangguan peredaran darah perifer. Kekakuan dan kelambanan aliran darah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang akhirnya dikompensasi dengan peningkatan upaya pemompaan jantung yang berdampak pada peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi. Dengan demikian, proses patologis hipertensi ditandai dengan adanya peningkatan perifer yang berkelanjutan sehingga secara kronik dikompensasi oleh jantung dalam bentuk hipertensi (Amalia, 2020).

2.1.5 Klasifikasi Hipertensi

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut *International Society of Hypertension Global Hypertension (ISH) 2020*

Kategori	Sistolik (mmHg)	Dan	Diastolik (mmHg)
Normal	< 130	Dan	< 85
Normal Tinggi	130-139	Dan/Atau	85-89
Hipertensi Derajat 1	140-159	Dan/Atau	90-99
Hipertensi Derajat 2	≥ 160	Dan/Atau	≥ 100

Menurut (Unger et al., 2020) hipertensi dikatakan terkendali apabila tekanan darah $\leq 140/90$ mmHg dan tidak terkendali apabila tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg.

2.1.6 Faktor Risiko Hipertensi Pada Usia Produktif

Faktor penyebab hipertensi dibagi menjadi dua yaitu, faktor yang risiko yang dapat dikendalikan dan faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan.

1. Faktor penyebab yang tidak dapat dikendalikan

Terdapat beberapa faktor penyebab hipertensi yang tidak dapat terkendali atau dimodifikasi yaitu usia, jenis kelamin, dan riwayat keturunan. Hipertensi yang tidak terkendali akan meningkatkan angka kematian dan menimbulkan komplikasi atau masalah pada beberapa organ vital seperti jantung sehingga menyebabkan penyakit jantung, infark miokard, penyakit jantung koroner, dan gagal jantung kongesif. Di otak, hal ini dapat menyebabkan stroke dan ensefalopati hipertensi. Pada ginjal dapat menyebabkan gagal ginjal kronik. Pada mata dapat menyebabkan retinopati akibat hipertensi (Lukito, 2023).

2. Faktor yang dapat dikendalikan atau dimodifikasi yaitu gaya hidup yang sehat antara lain: obesitas, kurangnya aktivitas fisik, psikososial dan stres, konsumsi garam berlebihan, merokok, konsumsi alkohol berlebihan, dan dislipidemia (Hintari and Fibriana, 2023).

2.1.7 Penatalaksanaan Hipertensi

1. Terapi Non Farmakologi

Modifikasi gaya hidup dapat mencegah terjadinya perburukan penyakit kardiovaskuler. Beberapa panduan hipertensi sepakat bahwa perlu dilakukan tindakan untuk mengontrol berat badan,

membatasi konsumsi garam, berhenti merokok, olah raga teratur, pola makan sehat, dan membatasi konsumsi alkohol dapat menurunkan tekanan darah (Lukito, 2023).

a. Penurunan berat badan

Tujuan pengendalian berat badan adalah mencegah obesitas dan menargetkan berat badan ideal (IMT 18,5 – 22,9 kg/m²) dengan lingkar pinggang < 90 cm pada laki-laki dan < 80 cm pada perempuan. Penurunan berat badan dapat meningkatkan efektivitas pengobatan tekanan darah dan profil risiko penyakit kardiovaskular. Penurunan berat badan harus menggunakan pendekatan multidisiplin yang mencakup saran nutrisi, olahraga teratur, dan motivasi (Lukito, 2023).

b. Mengurangi asupan garam

Pasien dianjurkan untuk mengurangi asupan garam, karena diet rendah garam ini juga bermanfaat untuk mengurangi dosis obat antihipertensi pada pasien hipertensi derajat ≥ 2 . Dianjurkan untuk asupan garam tidak melebihi 2 g/hari (Kemenkes RI, 2019).

c. Berhenti merokok

Walaupun sampai saat ini belum terbukti berefek langsung dapat menurunkan tekanan darah, tetapi merokok merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular dan pasien sebaiknya dianjurkan untuk berhenti merokok (Kemenkes RI, 2019).

d. Mengurangi konsumsi alkohol

Dianjurkan untuk mengurangi konsumsi alkohol, dikarenakan konsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita, dapat meningkatkan tekanan darah. Dengan demikian membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol sangat membantu dalam penurunan tekanan darah. (Kemenkes RI, 2019).

e. Pengaturan pola makan

Pasien hipertensi harus disarankan untuk konsumsi makanan sehat dan diet seimbang yang meliputi sayuran, kacang-kacangan, buah segar, produk susu rendah lemak, biji-bijian, ikan dan lemak tak jenuh dan memiliki konsumsi rendah daging merah dan asam lemak jenuh. Diet harus disertai dengan perubahan gaya hidup lainnya seperti olahraga dan penurunan berat badan (Lukito, 2023).

f. Melakukan aktivitas fisik

Pasien hipertensi disarankan untuk setidaknya melakukan 30 menit latihan aerobik dinamis intensitas sedang (berjalan, jogging, bersepeda, atau berenang) pada 5-7 hari per minggu. Pada orang dewasa yang sehat disarankan untuk meningkatkan aktivitas fisik aerobik secara bertahap menjadi 300 menit per minggu dengan aktivitas intensitas sedang atau 150 menit per minggu aktivitas untuk aerobik intensitas tinggi (Lukito, 2023).

2. Terapi Farmakologi

Menurut (Soesanto, 2023) pengobatan hipertensi dapat dilakukan dengan cara menangani hal-hal yang dapat meningkatkan tekanan darah sebagai berikut:

a. Golongan Diuretik

Diuretik bekerja dengan cara meningkatkan ekskresi natrium dan air sehingga menurunkan volume plasma yang berakibat pada menurunnya *cardiac output*, dan akhirnya menurunkan tekanan darah. Tiga obat golongan diuretik meliputi diuretik kuat, diuretik tiazid, dan diuretik hemat kalium.

Diuretik kuat (*loop diuretics*) bekerja pada *ascending loop of henle*. Diuretik kuat bekerja dengan menghambat reabsorpsi natrium dalam jumlah besar, sehingga digunakan untuk pasien oedema. Yang termasuk obat golongan diuretik kuat adalah furosemid. Obat golongan ini tidak boleh diberikan pada pasien osteoporosis karena diuretik kuat menyebabkan reabsorpsi kalsium dari urine menurun sehingga kadar kalsium di urine meningkat. Hal ini dapat memperparah osteoporosis. Diuretik kuat merupakan derivat sulfonamid, oleh karena itu harus berhati-hati pada orang yang alergi sulfonamid. Efek samping yang timbul adalah hipokalemia.

Diuretik tiazid bekerja pada tubulus kontortus distal nefron dengan cara menghambat reabsorpsi natrium dalam jumlah kecil.

Contoh obat pada golongan ini adalah hidroklorotiazid (HCT). Diuretik tiazid digunakan sebagai *first line* pengobatan hipertensi. Obat ini juga dapat diberikan pada pasien hipertensi yang juga menderita osteoporosis karena obat ini meningkatkan reabsorpsi kalsium dari urine. Diuretik tiazid juga merupakan derivat sulfonamid sehingga harus berhati-hati pada pasien yang memiliki alergi terhadap sulfonamid. Efek samping dari diuretik tiazid adalah hipokalemia. Hipokalemia akan menambah efek toksik obat digitalis yang dikonsumsi oleh penderita hipertensi yang payah jantung.

Diuretik hemat kalium, contohnya spironolakton, bekerja pada nefron bagian tubulus kolektivus dengan menghambat reabsorpsi natrium dengan jumlah sedang. Diuretik hemat kalium digunakan untuk pasien oedema dengan efek samping hiperkalemia sehingga penggunaan harus dikombinasikan dengan diuretik lain.

b. Golongan Vasodilator

Penggunaan obat golongan vasodilator akan berefek langsung pada pembuluh darah dengan cara dilatasi arteriol yang menyebabkan penurunan resistensi perifer sehingga tekanan darah menurun. Tekanan darah yang turun tiba-tiba dapat memicu terjadinya reaksi kompensasi akibat vasodilatasi berlebih sehingga jantung meningkatkan kerjanya (takikardi) dan

akibatnya tekanan darah naik lebih tinggi lagi. Oleh karena itu, penggunaan vasodilator harus dikombinasikan dengan simpatolitik (β bloker). Efek samping vasodilator adalah hipotensi dan sakit kepala. Salah satu contoh obatnya adalah penghambat kanal kalsium CCB (*calcium channel blocker*). Obat golongan penghambat kanal kalsium terdiri dari golongan dihidropiridin (DHP), seperti nifedipin dan amlodipin serta golongan non-DHP, seperti verapamil dan diltiazem. Mekanisme kerjanya adalah pada *L-type calcium channel blocker* dengan menghambat masuknya kalsium ke otot polos pembuluh darah sehingga terjadi penurunan resistensi perifer yang mengakibatkan tekanan darah menurun. Hambatan masuknya kalsium ke otot jantung akan mengakibatkan *cardiac output* menurun sehingga tekanan darah menurun.

c. Golongan Penghambat Angiotensin (Angiotensin *Inhibitor*)

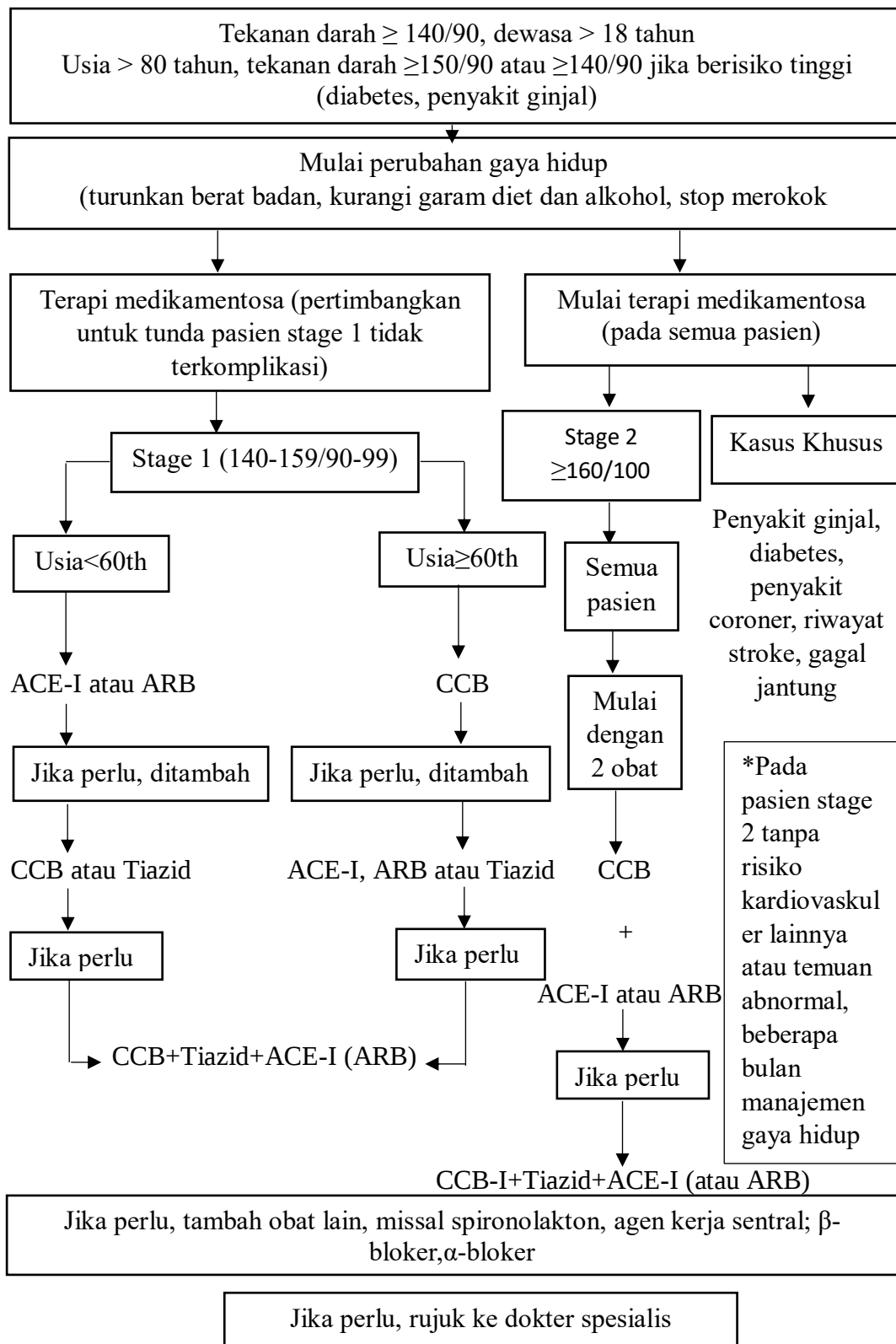
Angiotensinogen membutuhkan renin untuk dapat menjadi angiotensin I. Angiotensin I membutuhkan *Angiotensin Converting Enzyme* (ACE) untuk menjadi angiotensin II. Angiotensin II menimbulkan efek vasokonstriksi yang menyebabkan resistensi perifer meningkat dan tekanan darah menjadi tinggi. Angiotensin II juga dapat meningkatkan aldosteron yang menyebabkan terjadinya peningkatan retensi natrium dan air sehingga tekanan darah meningkat. Obat

penghambat angiotensin bekerja dengan menghambat pembentukan ACE (ACE inhibitor) dan menghambat reseptor angiotensin II (Angiotensin Reseptor Bloker/ARB).

ACE inhibitor bekerja dengan cara menghambat *Angiotensin Converting Enzyme* (ACE) sehingga mencegah pembentuk angiotensin I menjadi angiotensin II, lalu terjadi vasodilatasi yang menyebabkan penurunan resistensi perifer sehingga tekanan darah menurun. Selain itu, tidak terbentuknya aldosteron menyebabkan penurunan retensi natrium dan air yang juga akan menurunkan tekanan darah. Contoh obat pada golongan ini adalah kaptopril, lisinopril, dan enalapril. Efek samping ACE inhibitor adalah batuk kering. Umumnya, ACE inhibitor merupakan prodrug, kecuali kaptopril dan lisinopril sehingga obat baru dapat menjadi bentuk aktif setelah melewati proses enzimatik di hati.

ARB (*Angiotensin II Reseptor Bloker*) merupakan inhibitor kompetitif atau antagonis reseptor angiotensin II tipe 1. Dengan tidak terbentuknya angiotensin II, maka terjadi vasodilatasi yang menyebabkan penurunan resistensi perifer sehingga tekanan darah menurun. Selain itu tidak terbentuknya aldosteron menyebabkan penurunan retensi natrium dan air yang juga akan menurunkan tekanan darah. Contoh obat pada golongan ini adalah losartan, valsartan, telmisartan.

2.1.8 Algoritma Terapi Pasien Hipertensi



Bagan 1.1 Algoritma Terapi Pasien Hipertensi Menurut (Kemenkes RI, 2019)

1.2 Kepatuhan

1.2.1 Definisi Kepatuhan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kepatuhan berarti menaati, tunduk, atau mematuhi suatu perintah atau aturan yang ada. Sehingga, kepatuhan merupakan bagian penting di dalam kehidupan. Kepatuhan berperan penting dalam terapi pasien, ketidakpatuhan memberikan konsekuensi klinis terhadap hasil terapi. Menurut (Permatasari, 2020), kepatuhan pengobatan hipertensi merupakan sejauh mana perilaku seseorang menggunakan pengobatannya sesuai dengan rekomendasi yang disepakati dari penyedia layanan kesehatan atau resep dari dokter, kepatuhan dalam pengobatan dapat memberikan efek klinis dan ekonomis. Berdasarkan faktor ketidakpatuhan pada pengobatan hipertensi dapat dikembangkan intervensi atau cara untuk meningkatkan kepatuhan melalui beberapa metode diantaranya intervensi edukasi atau pendidikan (*education intervention*) yang dapat diberikan melalui pamflet, brosur ataupun penyuluhan. Intervensi yang lain diantaranya upaya merubah perilaku (*behavior intervention*) yakni memberikan cara atau instrument untuk meningkatkan kepatuhan dapat berupa alat pengingat agar pasien mengkonsumsi obat sesuai jadwalnya.

Komponen kepatuhan dalam penggunaan obat terdiri tiga fase yaitu: Inisiasi, implementasi, dan diskontinuitas atau *continued adherence*. Tingkat kepatuhan pasien dengan dosis pertama obat yang diresepkan

disebut inisiasi. Kesesuaian obat yang diberikan kepada pasien dari fase inisiasi sampai dosis akhir disebut implementasi. Persetujuan pasien untuk melanjutkan pengobatan dikenal dengan diskontinuitas atau *continued adherence* (Edi, 2020).

1.2.2 Metode Meningkatkan Kepatuhan

Metode yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan, antara lain (Osterberg and Terrence, 2005):

- a. Pemberian edukasi kepada pasien, anggota keluarga atau keduanya mengenai penyakit dan pengobatannya. Edukasi dapat diberikan secara individu maupun kelompok, dan dapat diberikan melalui tulisan, telepon, email atau datang ke rumah.
- b. Meningkatkan komunikasi antara pasien dan petugas kesehatan.
- c. Mengefektifkan jadwal pendosisan melalui penyederhanaan regimen dosis harian, menggunakan kotak pil untuk mengatur jadwal dosis harian, dan menyertakan anggota keluarga berpartisipasi dalam mengingatkan pasien untuk minum obat

1.2.3 Metode Pengukuran Kepatuhan

Tingkat kepatuhan terhadap pengobatan dapat diukur melalui dua metode yaitu (Osterberg and Terrence, 2005):

- a. Metode langsung

Pengukuran kepatuhan melalui metode langsung dapat dilakukan dengan beberapa cara, seperti mengukur konsentrasi obat atau metabolit obat di dalam darah atau urin, mengukur atau

mendeteksi penanda biologi di dalam tubuh. Metode ini umumnya mahal, memberatkan tenaga kesehatan, dan rentan terhadap penolakan oleh pasien.

b. Metode tidak langsung

Pengukuran kepatuhan melalui metode tidak langsung dapat dilakukan dengan bertanya kepada pasien tentang penggunaan obat, menggunakan kuesioner, menilai respon klinik pasien, menghitung jumlah pil obat, dan menghitung tingkat pengambilan kembali resep obat.

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya. Kuesioner terbuka memberi kesempatan kepada responden untuk menjawab dengan kalimatnya sendiri. Kuesioner tertutup sudah disediakan jawabannya, sehingga responden tinggal memilih. Kuesioner langsung yaitu responden menjawab tentang dirinya. Kuesioner tidak langsung yaitu jika responden menjawab tentang orang lain. Menurut bentuknya, kuesioner dibedakan menjadi kuesioner pilihan ganda, kuesioner isian, *check list*, dan *rating-scale* (Syamil et al, 2023).

Salah satu kuesioner yang biasa digunakan untuk mengukur kepatuhan pasien adalah kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) dirilis oleh Dr. Morisky pada tahun 1986. Kuesioner

MMAS, awalnya berisi empat pertanyaan (MMAS-4) mengenai alasan kesalahan penggunaan obat, yaitu: lupa, tidak peduli terhadap pengobatan, berhenti minum obat saat merasa kondisi membaik, dan mulai minum obat jika merasa sakit. Pada tahun 2008, dilakukan modifikasi MMAS-4 menjadi MMAS-8. Pada kuesioner MMAS-8, ditambahkan 4 pertanyaan mengenai usaha untuk mengidentifikasi dan mengendalikan diri untuk tetap mengonsumsi obat. Kuesioner MMAS-8 memiliki sensitivitas sebesar 93%, spesifisitas 53%. dan reliabilitas alpha cronbach 0,83 (Tan, 2014).

Kuesioner MMAS-8 juga digunakan WHO untuk menilai kepatuhan pengobatan pasien dengan penyakit kronik, seperti hipertensi. Kuesioner MMAS-8 sudah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dan sudah divalidasi. Skor penilaian MMAS-8 dibagi menjadi 3, yaitu kepatuhan rendah dengan skor <6 kepatuhan sedang dengan skor 6 hingga <8, dan kepatuhan tinggi dengan skor 8 (Morisky and Munter, 2009) Nilai MMAS-8 yang tinggi menunjukkan tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan adalah rendah (Morisky and Dimatteo, 2011).

Wawancara adalah suatu teknik pengumpulan data untuk mendapatkan informasi yang digali dari sumber data langsung melalui percakapan atau tanya jawab. Wawancara dibedakan menjadi wawancara terstruktur, wawancara tidak terstruktur,

wawancara mendalam, dan wawancara berbingkai (Syamil et al, 2023).

1. Wawancara terstruktur, pewawancara telah menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis yang alternatif jawabannya juga telah disiapkan, serta dapat menggunakan alat bantu seperti tape recorder, gambar, brosur dan material lain yang dapat membantu pelaksanaan wawancara menjadi lancar (Syamil et al, 2023).

Dalam melakukan wawancara terstruktur, fungsi peneliti sebagian besar hanya mengajukan pertanyaan dan subjek penelitian hanya bertugas menjawab pertanyaan saja. Terlihat adanya garis yang tegas antara peneliti dengan subjek penelitian. Selama proses wawancara harus sesuai dengan pedoman wawancara (*guideline interview*) yang telah dipersiapkan (Ridwan and Novalita, 2024)

2. wawancara semi struktur adalah diaman peneliti diberi kebebasan sebeb-bebasnya dalam bertanya dan memiliki kebebasan dalam engatur alur dan setting wawancara. Tidak ada pertanyaan yang sudah disusun sebelumnya, penelti hanya mengandalkan guidline wawancara sebagai pedoman penggalian data. Beberapa ciri dari wawancara semi terstruktur adalah pertanyaan terbuka yang berarti bahwa jawaban yang diberikan oleh subjek penelitian tidak dibatasi sehingga subjek

dapat lebih bebas mengumumkan jawaban apapun sepanjang tidak keluar dari konteks pembicaraan, kecepatan wawancara dapat diprediksi, fleksibel tapi terkontrol dalam hal pertanyaan atau jawaban, ada pedoman wawancara dijadikan patokan dalam membuat pertanyaan wawancara yang disesuaikan dengan tema-tema yang telah dibuat, dan tujuan wawancara adalah untuk memahami suatu fenomena (Ridwan and Novalita, 2024).

3. Wawancara tidak terstruktur adalah wawancara yang bebas di mana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya (Syamil et al, 2023).

Wawancara tidak terstruktur hampir mirip dengan bentuk wawancara semi terstruktur, hanya saja wawancara tidak terstruktur memiliki kelonggaran dalam banyak hal termasuk dalam hal pedoman wawancara. Salah satu kelemahan wawancara tidak terstruktur adalah pembicaraan akan mudah menjadi "ngalor-ngidul" dengan batasan pembahasan yang kurang tegas. Jenis wawancara ini lebih tepat digunakan pada konteks wawancara santai dengan tujuan yang tidak terlalu terfokus, konteks *talk-show*, konteks seminar atau kuliah umum, dan konteks lainnya yang bertujuan untuk mencari keluasan bahasan (Ridwan and Novalita, 2024).

3.2.1 Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Dalam Menjalani Pengobatan Hipertensi

3.2.1.1 Jenis Kelamin

Perbedaan jenis kelamin yang ditentukan secara biologis, yang secara fisik melekat pada masing-masing jenis kelamin, laki-laki dan perempuan (Artaria, 2016). Jenis kelamin berkaitan dengan peran kehidupan dan perilaku yang berbeda antara laki-laki dan perempuan dalam masyarakat. Dalam hal menjaga kesehatan, biasanya kaum perempuan lebih memperhatikan kesehatannya dibandingkan dengan laki-laki. Perbedaan pola perilaku sakit juga dipengaruhi oleh jenis kelamin, perempuan lebih sering mengobati dirinya dibandingkan dengan laki-laki (Puspita, 2019). Sampai dengan umur 55 tahun, laki-laki lebih banyak menderita hipertensi dibanding perempuan. Dari umur 55 s/d 74 tahun, sedikit lebih banyak perempuan dibanding laki-laki yang menderita hipertensi. Pada populasi lansia (umur ≥ 60 tahun), prevalensi untuk hipertensi sebesar 65.4 % (Muchid, 2006:2). Penelitian yang dilakukan oleh (Alphonse Joho, 2021) menunjukkan jenis kelamin berhubungan dengan tingkat kepatuhan pengobatan hipertensi ($p=0,044$).

3.2.1.2 Tingkat Pendidikan Terakhir

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, diselenggarakan dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (UU RI no. 20 tahun, 2003:1).

Pendidikan menuntut manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupannya yang dapat digunakan untuk mendapatkan informasi sehingga meningkatkan kualitas hidup. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan memudahkan seseorang menerima informasi sehingga meningkatkan kualitas hidup dan menambah luas pengetahuan. Pengetahuan yang baik akan berdampak pada penggunaan komunikasi secara efektif. Menurut (UU RI no. 20 tahun, 2003:1) tentang sistem pendidikan Nasional terdapat 3 tingkatan dalam proses pendidikan yaitu:

1. Tingkat pendidikan dasar yaitu tidak sekolah, pendidikan dasar (SD/SMP/Sederajat)
2. Tingkat pendidikan menengah yaitu SMA dan sederajat
3. Tingkat pendidikan tinggi yaitu perguruan tinggi atau akademi.

Menurut penelitian yang dilakukan (Ekarini, 2011a) dan (Mubin et al., 2010) menunjukkan tingkat pendidikan

berhubungan dengan tingkat kepatuhan pasien hipertensi dalam menjalani pengobatan. Responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi sebagian besar memiliki kepatuhan dalam menjalani pengobatan

3.2.1.3 Status Pekerjaan

Menurut Thomas yang dikutip oleh Nursalam, (2003) pekerjaan adalah sesuatu yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan keluarga. Orang yang bekerja cenderung memiliki sedikit waktu untuk mengunjungi fasilitas kesehatan (Notoadmojo, 2016). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Su-Jin Cho dalam Listiana et al., (2020) pekerjaan memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan pasien hipertensi dalam menjalani pengobatan ($p=0,006$). Dimana pasien yang bekerja cenderung tidak patuh dalam menjalani pengobatan dibanding dengan mereka yang tidak bekerja

3.2.1.4 Lama Menderita Hipertensi

Tingkat kepatuhan penderita hipertensi di Indonesia untuk berobat dan kontrol cukup rendah. Semakin lama seseorang menderita hipertensi maka tingkat kepatuhannya makin rendah, hal ini disebabkan kebanyakan penderita akan merasa bosan untuk berobat (Ketut et al., 2014a). Penelitian yang dilakukan oleh Suwarso dalam (Listiana et al., 2020a) menunjukkan ada

hubungan yang signifikan antara lama menderita hipertensi dengan ketidakpatuhan pasien penderita hipertensi dalam menjalani pengobatan ($p=0,040$). Dimana semakin lama seseorang menderita hipertensi maka cenderung untuk tidak patuh karena merasa jenuh menjalani pengobatan atau meminum obat sedangkan tingkat kesembuhan yang telah dicapai tidak sesuai dengan yang diharapkan.

3.2.1.5 Keikutsertaan Asuransi Kesehatan

Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia berjalan sangat lambat dibandingkan dengan perkembangan asuransi kesehatan di beberapa negara tetangga di ASEAN. Asuransi kesehatan merupakan hal yang relatif baru bagi kebanyakan penduduk Indonesia karena istilah asuransi/jaminan kesehatan belum menjadi perbendaharaan umum. Sangat sedikit orang Indonesia yang mempunyai asuransi kesehatan. Salah satu penyebabnya adalah, karena asuransi masih dianggap sebagai barang mewah. Selain itu penduduk Indonesia pada umumnya merupakan risk taker untuk kesehatan dan kematian, sakit dan mati dalam kehidupan masyarakat Indonesia yang religius merupakan takdir Tuhan dan karena banyak anggapan yang tumbuh dikalangan masyarakat Indonesia bahwa membeli asuransi sama dengan menentang takdir Thabrany dalam (Puspita, 2019).

Berdasarkan *Global Medical Trends Survey Report 2011* dari Towers Watson, biaya pengobatan di Indonesia telah meningkat 10 hingga 14 persen dalam tiga tahun terakhir. Saat ini dikalangan masyarakat ada berbagai macam cara yang digunakan untuk melakukan pembayaran pengobatan, ada yang dibayar langsung oleh pasien ataupun dibayar secara tidak langsung oleh penyelenggara jaminan pembiayaan kesehatan.

Ketersediaan atau keikutsertaan asuransi kesehatan berperan sebagai faktor kepatuhan berobat pasien, dengan adanya asuransi kesehatan didapatkan kemudahan dari segi pembiayaan sehingga lebih patuh dibandingkan dengan yang tidak memiliki asuransi kesehatan (Budiman et al., 2013).

3.2.1.6 Tingkat Pengetahuan Tentang Hipertensi

Pengetahuan adalah hasil penginderaan, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah ingatan, kesaksian, minat, rasa ingin tahu, pikiran dan penalaran, logika, bahasa dan kebutuhan manusia (Chusniah, 2019). Penelitian yang dilakukan (Ekarini, 2011) menunjukkan pengetahuan berhubungan dengan tingkat kepatuhan pengobatan penderita hipertensi ($p=0,002$). Semakin baik pengetahuan seseorang,

maka kesadaran untuk berobat ke pelayanan kesehatan juga semakin baik.

3.2.1.7 Dukungan Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat. Untuk mencapai perilaku sehat masyarakat, maka harus dimulai pada masing-masing tatanan keluarga. Dalam teori pendidikan dikatakan, bahwa keluarga adalah tempat pesemaian manusia sebagai anggota masyarakat. Karena itu bila persemaian itu jelek maka jelas akan berpengaruh pada masyarakat. Agar masing-masing keluarga menjadi tempat yang kondusif untuk tempat tumbuhnya perilaku sehat bagi anak-anak sebagai calon anggota masyarakat, maka promosi sangat berperan (Puspita, 2019).

Dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan terhadap penderita yang sakit. Hipertensi memerlukan pengobatan seumur hidup, dukungan sosial dari orang lain sangat diperlukan dalam menjalani pengobatannya. Dukungan dari keluarga dan teman-teman dapat membantu seseorang dalam menjalankan program-program kesehatan dan juga secara umum orang yang menerima penghiburan, perhatian dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang atau kelompok biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis (Suprianto et al, 2009) Penelitian

yang dilakukan (Trianni et al, 2013) menunjukkan dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan berobat pada pasien hipertensi ($p=0,000$).

3.2.1.8 Peran Tenaga Kesehatan

Dukungan dari tenaga kesehatan profesional merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan. Pelayanan yang baik dari petugas dapat menyebabkan berperilaku positif. Perilaku petugas yang ramah dan segera mengobati pasien tanpa menunggu lama-lama, serta penderita diberi penjelasan tentang obat yang diberikan dan pentingnya makan obat yang teratur.

Peran serta dukungan petugas kesehatan sangatlah besar bagi penderita, dimana petugas kesehatan adalah pengelola penderita sebab petugas adalah yang paling sering berinteraksi, sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis menjadi lebih baik dan dapat mempengaruhi rasa percaya dan menerima kehadiran petugas kesehatan dapat ditumbuhkan dalam diri penderita dengan baik (Puspita, 2019). Selain itu peran petugas kesehatan (perawat) dalam pelayanan kesehatan dapat berfungsi sebagai comforter atau pemberi rasa nyaman, *protector*, dan *advocate* (pelindung dan pembela), *communicator*, *mediator*, dan *rehabilitator*. Peran petugas kesehatan juga dapat berfungsi sebagai konseling

kesehatan, dapat dijadikan sebagai tempat bertanya oleh individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat untuk memecahkan berbagai masalah dalam bidang kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat (Puspita, 2019).

3.2.1.9 Motivasi Berobat

Motivasi berasal dari bahasa latin *moreve* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku (*reasoning*) seseorang untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan hidupnya. Pengertian motivasi tidak terlepas dari kata kebutuhan atau keinginan. Motivasi pada dasarnya merupakan interaksi seseorang dengan situasi tertentu yang dihadapinya (Puspita, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Ekarini, (2011) menunjukkan tingkat motivasi berhubungan dengan tingkat kepatuhan klien hipertensi dalam menjalani pengobatan ($p=0,001$). Dengan adanya kebutuhan untuk sembuh maka klien hipertensi akan terdorong untuk patuh dalam menjalani pengobatan. Motivasi yang tinggi dapat terbentuk karena adanya hubungan antara kebutuhan, dorongan dan tujuan. Dengan adanya kebutuhan untuk sembuh, maka klien hipertensi akan terdorong untuk patuh dalam menjalani pengobatan, dimana tujuan ini merupakan akhir dari siklus motivasi.

3.2.2 Ketidakpatuhan yang disengaja dan Ketidakpatuhan yang tidak disengaja

Menurut Permatasari, (2020) ketidakpatuhan terdiri dari 2 jenis di antaranya ketidakpatuhan yang disengaja dan ketidakpatuhan yang tidak disengaja, ada pun penjelasan dari keduanya adalah sebagai berikut:

a. Ketidakpatuhan yang disengaja

Ketidakpatuhan yang disengaja merupakan ketidakpatuhan yang berasal dari pasien. Ketidakpatuhan tipe ini merupakan ketidaktaatan pengobatan yang lebih sulit diperbaiki dibanding ketidakpatuhan yang tidak disengaja. Kondisi ini perlu dilakukan analisa untuk melihat faktor dari diri pasien yang memengaruhi kepatuhan. Hal-hal yang seringkali menjadi alasan ketidakpatuhan yang disengaja adalah ketidakpercayaan pada penyedia layanan kesehatan atau keyakinan yang salah tentang kondisi kesehatan atau rejimen pengobatan seseorang.

b. Ketidakpatuhan yang tidak disengaja

Ketidakpatuhan yang tidak sengaja dapat terjadi saat pasien berusaha untuk mematuhi rejimen pengobatan sesuai arahan dari dokter atau tenaga kesehatan, tetapi berjuang atau berusaha untuk mengingat minum obat atau memiliki hambatan lain untuk mencapai kepatuhan yang baik (seperti akses yang buruk ke apotek, ketidakmampuan untuk membeli obat).

3.3 Usia Produktif

Konsep penduduk usia produktif yang biasanya digunakan oleh BPS dan sebagian besar masyarakat di Indonesia adalah penduduk yang berada pada rentangan usia 15-64 tahun. Berdasarkan hasil sensus Penduduk tahun 2010, kelompok penduduk usia produktif merupakan kelompok umur dengan jumlah yang paling besar di Indonesia yaitu sekitar 157.053.112 ribu jiwa dan diketahui bahwa hampir semua provinsi di Pulau Jawa memiliki penduduk usia produktif lebih dari 10.000.000 jiwa (Goma et al., 2021). Menurut BKKBN, (2023) penduduk usia produktif merupakan penduduk dengan rentang umur 15- 64 tahun. Umumnya, kejadian hipertensi terjadi pada kelompok lanjut usia namun pada kelompok usia produktif yang termasuk remaja dan dewasa juga berisiko mengalami hipertensi. Kelompok usia produktif berisiko terkena hipertensi karena pada usia tersebut merupakan usia dimana seseorang menghadapi banyaknya kesibukan berupa pekerjaan atau kegiatan lain (Hintari and Fibriana, 2023).

3.4 Gambaran Umum Lokasi Penelitian



Gambar 3.1 Gedung Instalasi Rawat Jalan RSI PKU Muhammadiyah Tegal

Penelitian ini berlokasi di wilayah kerja RSI PKU Muhammadiyah Tegal yang terletak di Jl. Singkil Kecamatan Adiwena Kabupaten Tegal. Ditinjau dari letaknya RSI PKU Muhammadiyah Tegal cukup strategis dengan luas wilayah kerja 1,2 hektar. Rumah sakit ini telah beroperasi sejak 24 Desember 1989.

Rumah sakit ini menyediakan berbagai layanan kesehatan, termasuk poliklinik. Poliklinik yang terdapat di instalasi rawat jalan meliputi poli gigi, fisioterapi, klinik umum, poli anak, bedah syaraf, bedah umum, jantung, kandungan dan kebidanan, kedokteran jiwa, konservasi gigi, kulit dan kelamin, mata, orthopaedi, paru, penyakit dalam, radiologi, syaraf, THT, urologi, dan rehabilitasi medik. Instalasi Farmasi Rawat Jalan di RSI PKU Muhammadiyah Tegal berfungsi sebagai unit pelayanan kefarmasian yang menyediakan obat-obatan bagi pasien rawat jalan. Layanan ini meliputi penerimaan resep dari dokter, penyiapan dan penyerahan obat, serta pemberian informasi terkait penggunaan obat kepada pasien. Layanan farmasi rawat jalan di rumah sakit serupa beroperasi selama jam kerja poliklinik dan mungkin memiliki jam layanan yang diperpanjang untuk memenuhi kebutuhan pasien.

3.5 Landasan Teori

Penelitian Syamsudin et al., (2022) tentang analisis faktor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Puskesmas Cilamaya Kabupaten Karawang mengatakan bahwa sebanyak 120 responden terdapat pengaruh antara variabel pengetahuan, sikap, motivasi, dukungan keluarga, dan peran petugas kesehatan terhadap kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Puskesmas Cilamaya Kabupaten Karawang.

Sedangkan penelitian Edi, (2020), mengatakan bahwa dari 97 orang sampel, 62 (63.9%) sampel memiliki kepatuhan rendah dan 36.1% sampel memiliki kepatuhan tinggi terhadap pengobatan hipertensi. Hasil uji statistik pada faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan menunjukkan hasil yang signifikan pada tingkat pengetahuan, motivasi, dukungan petugas dan dukungan keluarga.

Hasil penelitian Pramestutie and Silviana, (2016), tingkat pengetahuan pasien hipertensi tentang pengobatannya di Puskesmas Kota Malang dibagi menjadi 3 kategori yaitu baik, cukup dan buruk. Kategori dari tingkat pengetahuan pasien hipertensi tentang pengobatannya dihitung dari kuesioner yang telah terisi kemudian dibandingkan dengan skor ideal dan diubah menjadi persentase. Dari hasil skor tersebut kemudian dikategorikan menjadi baik, cukup dan buruk. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh hasil sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan cukup yaitu sebanyak 69 responden (72.63%) Responden dengan tingkat pengetahuan baik, yaitu 26 responden (27.37%). Tidak ada responden dengan tingkat pengetahuan buruk mengenai pengobatan hipertensi.

Data hasil penelitian yang diperoleh Tumundo et al., (2021), pada pasien hipertensi di Puskesmas Kema Kabupaten Minahasa Utara. Periode Februari Maret 2021. diketahui bahwa dari 40 responden jumlah responden perempuan sebanyak 28 orang (70%) dan responden laki-laki sebanyak 12 orang (30%), dimana responden perempuan lebih banyak dibandingkan responden laki-laki. Perbedaan jumlah berdasarkan jenis kelamin ini sesuai dengan Riskedastahun 2018 dimana penyakit hipertensi sebagian besar dapat dijumpai pada

perempuan dibandingkan pada laki-laki. Hal ini disebabkan karena wanita memiliki hubungan erat dengan hipertensi yang disebabkan oleh faktor hormonal, wanita sering mengalami hipertensi setelah menopause. Tekanan darah wanita khususnya sistolik meningkat lebih tajam sesuai usia. Data hasil penelitian yang didapat yaitu lebih dari separuh total responden memiliki tingkat kepatuhan yang rendah yaitu sebanyak 23 orang (57%), untuk kepatuhan sedang ada sebanyak 8 orang (20%), dan untuk kepatuhan tinggi sebanyak 9 orang (22.5%).

Hasil serupa dapat ditemukan dalam penelitian yang dilakukan oleh Rahmad and Purnama, (2022) di RSUD dr. T.C. Hillers, setengah dari total pasien yang diteliti tidak memiliki kepatuhan minum obat yang tinggi yaitu hanya 42.1% saja, 9,5% pasien memiliki tingkat kepatuhan minum obat yang sedang, dan 48.4% memiliki tingkat kepatuhan minum obat yang rendah

3.6 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

H1: Ada pengaruh antara kepatuhan dengan tingkat pengetahuan, dukungan keluarga, peran tenaga kesehatan, dan motivasi berobat pasien hipertensi usia produktif di RSI PKU Muhammadiyah Tegal.

H0: Tidak ada pengaruh antara kepatuhan dengan tingkat pengetahuan, dukungan keluarga, peran tenaga kesehatan, dan motivasi berobat pasien hipertensi usia produktif di RSI PKU Muhammadiyah Tegal.