BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah kondisi di mana tekanan darah arteri mengalami peningkatan secara terus-menerus (Dipiro *et al.,* 2018). Hipertensi ditandai dengan tekanan pembuluh darah yang meningkat secara persisten, dengan nilai tekanan sistolik mencapai ≥140 mmHg dan tekanan diastolik mencapai ≥90 mmHg (James *et al.,* 2014). Saat pemeriksaan tekanan darah, akan diperoleh dua angka yaitu angka yang lebih tinggi, tekanan sistolik, terjadi saat jantung berkontraksi, dan angka yang lebih rendah, yaitu tekanan diastolik, tercatat saat jantung berelaksasi (Manuntung, N. A., & Kep, M, 2019).

Hipertensi merupakan kondisi medis yang terbagi menjadi dua jenis utama, yaitu hipertensi primer yang tidak memiliki penyebab spesifik namun dipengaruhi oleh faktor risiko seperti usia, riwayat keluarga, obesitas, konsumsi garam berlebih, kurang aktivitas fisik, stres, dan gaya hidup tidak sehat, serta hipertensi sekunder yang disebabkan oleh kondisi medis tertentu seperti penyakit ginjal, gangguan endokrin, *sleep apnea*, gangguan tiroid, dan efek obat tertentu (Sarathy *et al.*, 2022). Kedua jenis

hipertensi ini pada umumnya tidak menunjukkan gejala pada awalnya, sehingga sering kali pasien tidak menyadari kondisinya hingga terjadi komplikasi serius seperti penyakit jantung, stroke, gagal ginjal, serta gangguan penglihatan dan kognitif. Hipertensi sering kali tidak menunjukkan gejala apa pun, namun jika tekanan darah tetap tinggi dalam jangka waktu yang lama, dapat memicu berbagai komplikasi (Yonata *et al.*, 2016).

Tujuan utama pengobatan hipertensi adalah untuk menurunkan angka kematian dan morbiditas yang terkait dengan kondisi ini. Penelitian menunjukkan bahwa penurunan tekanan darah dapat mengurangi risiko morbiditas, yang sering diukur melalui parameter seperti serangan stroke dan infark miokard akut. Meskipun tekanan darah tinggi tidak dapat disembuhkan sepenuhnya, kondisi ini dapat dikelola melalui beberapa pendekatan, termasuk perubahan gaya hidup dan, jika diperlukan, penggunaan obat-obatan (James *et al.,* 2014). Target penurunan tekanan darah berdasarkan JNC 8 dibagi menjadi dua kelompok yaitu <150/90 mmHg pada kelompok usia ≥60 tahun dan <140/90 mmHg pada kelompok usia <60 tahun (James *et al.,* 2014).

Berdasarkan pedoman terbaru *American Heart Association* (AHA) tahun 2025, target utama terapi hipertensi pada seluruh pasien dewasa adalah mencapai dan mempertahankan tekanan darah <130/80 mmHg, terlepas dari usia, dengan tujuan menurunkan risiko kejadian

kardiovaskular, stroke, gagal ginjal, gangguan kognitif, dan mortalitas. Target ini dapat disesuaikan secara individual pada pasien tertentu, seperti pasien usia lanjut dengan *frailty*, pasien dengan harapan hidup terbatas, pasien yang memerlukan perawatan institusional, serta pada kondisi khusus seperti kehamilan. Pendekatan terapi menekankan kombinasi perubahan gaya hidup dan terapi farmakologis berbasis stratifikasi risiko kardiovaskular, serta pemantauan tekanan darah secara berkala untuk memastikan pencapaian target tekanan darah yang optimal

2.1.2 Etiologi Hipertensi

Hipertensi dapat dibedakan menjadi dua kategori berdasarkan penyebabnya, yaitu hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder (non-esensial).

a. Hipertensi Primer

Hipertensi primer, atau hipertensi esensial, didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah tanpa alasan yang jelas. Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap perkembangan hipertensi primer meliputi:

1) Kelainan pada sistem hormonal yang melibatkan *Renin-Angiotensin-Aldosterone* (RAAS), hormon natriurtik, atau kondisi resistensi insulin beserta hiperinsulinemia;
2) Gangguan pada Sistem Saraf Pusat, termasuk serat saraf otonom, reseptor adrenerik, serta baroreseptor;

3) Disfungsi proses autoregulasi pada ginjal atau jaringan dalam mengatur ekskresi natrium, volume plasma, dan penyempitan arteriolar
4) Kekurangan sintesis zat vasodilatasi dalam endotelium vaskular, seperti prostacyclin, bradykinin, dan oksida nitrat, atau kelebihan zat vasokonstriktor seperti angiotensin II dan endothelin I
5) Tingginya asupan natrium atau rendahnya kalsium dalam makanan (Dipiro *et al.*, 2018).

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder tergolong kurang dari 10% dari seluruh kasus hipertensi, biasanya disebabkan oleh penyakit ginjal kronis atau kondisi renovaskular. Penyebab lain yang dapat mengarah pada hipertensi sekunder antara lain feokromasitoma, sindrom *Cushing*, hipertiroidisme, hiperparatiroidisme, aldosteron primer, kehamilan, *sleep apnea* obstruktif, dan kerusakan aorta. Selain itu, berbagai obat juga dapat meningkatkan tekanan darah, seperti kortikosteroid, estrogen, antiinflamasi non-steroid (AINS), amfetamin, sibutramin, sikloporin, takrolimus, eritropoietin, dan venlafaksin (Dipiro *et al.*, 2018).

2.1.3 Patofisiologi Hipertensi

Hipertensi adalah kondisi peningkatan tekanan darah sistemik yang berlangsung secara persisten, yang utamanya dipengaruhi oleh

curah jantung dan resistensi vaskular perifer total. Ketidakseimbangan pada salah satu atau kedua komponen ini dapat menyebabkan hipertensi. Sebanyak 90% kasus hipertensi tergolong esensial, yaitu tanpa penyebab pasti namun berkaitan erat dengan faktor genetik, peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis, aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS), dan konsumsi garam berlebih (Yogiantoro, 2006; Prayitnaningsih *et al.*, 2021). Sisanya merupakan hipertensi sekunder yang berhubungan dengan gangguan organ seperti kelainan vaskular ginjal, kelainan tiroid, serta penyakit adrenal seperti hiperaldosteronisme (Sylvestris., 2017).

Mekanisme utama terjadinya hipertensi melibatkan sistem RAAS, yang dimulai dari konversi angiotensinogen menjadi angiotensin I oleh renin dan selanjutnya menjadi angiotensin II oleh enzim ACE. Angiotensin II bersifat vasoaktif kuat yang meningkatkan tekanan darah melalui dua mekanisme utama. Pertama, ia merangsang pelepasan ADH dari hipotalamus yang menyebabkan retensi air oleh ginjal, sehingga meningkatkan volume dan tekanan darah. Kedua, ia merangsang sekresi aldosteron dari korteks adrenal yang meningkatkan reabsorpsi natrium dan air di ginjal, turut memperbesar volume darah dan tekanan.

Selain RAAS, hipertensi esensial juga dipengaruhi oleh perubahan fungsi vaskular, peningkatan viskositas darah, curah jantung, penurunan elastisitas pembuluh darah, dan stimulasi saraf yang

abnormal. Faktor lingkungan seperti stres dan konsumsi garam tinggi turut memperparah keadaan. Pada hipertensi yang bersifat hormonal, kelebihan hormon seperti kortisol, aldosteron, dan katekolamin dari kelenjar adrenal dapat meningkatkan resistensi vaskular maupun volume darah, sehingga menyebabkan hipertensi (Prayitnaningsih *et al.*, 2021).

2.1.4 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi ditentukan oleh tekanan darah sistolik dan diastolik. Pembagian tingkatan hipertensi ini sangat penting, karena berkaitan langsung dengan rencana terapi yang akan diberikan oleh tenaga medis.

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Klinik

Kategori Tekanan Darah	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)
Normal	<120	<80
Tinggi	120 - 129	<80
Hipertensi Tahap 1	130 - 139	80 - 89
Hipertensi Tahap 2	≥140	≥90

(AHA 2025)

2.1.5 Tanda dan Gejala

Menurut Nurarif, A. H dan Hardhi Kusuma (2016), tanda dan gejala hipertensi dapat dibedakan menjadi dua kategori:

a. Tanpa gejala

Beberapa penderita hipertensi mengalami tekanan darah tinggi tanpa merasakan adanya perubahan dalam kondisi tubuh

mereka. Hal ini sering kali membuat banyak orang yang menderita hipertensi mengabaikan kondisi penyakit yang mereka hadapi, karena mereka tidak merasakan gejala apa pun.

b. Gejala umum

Gejala yang umum muncul bersamaan dengan hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Untuk hipertensi yang berat atau menahun, tanda dan gejalanya dapat lebih serius, seperti sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak napas, serta pernapasan yang pendek (terengah-engah). Penderita juga mungkin mengalami kegelisahan, penglihatan yang kabur atau berkunang-kunang, perubahan emosi, telinga berdengung, kesulitan tidur, tengkuk yang terasa berat, nyeri di bagian belakang kepala dan dada, otot yang lemah, pembengkakan pada kaki, keringat berlebih, denyut jantung yang kuat, impotensi, serta perdarahan pada urin dan bahkan mimisan.

2.1.6 Diagnosis

Diagnosa hipertensi dimulai dengan beberapa langkah, yaitu anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Dalam proses anamnesis dan pemeriksaan fisik, dokter akan memperhatikan tanda-tanda kerusakan organ yang mungkin muncul, menelusuri faktor risiko, meninjau riwayat pengobatan, serta melakukan skrining untuk

mendeteksi kemungkinan hipertensi sekunder. Selain itu, penting untuk memastikan tekanan darah pasien. Sementara itu, pemeriksaan penunjang bertujuan untuk mengonfirmasi adanya hipertensi sekunder dan menilai apakah terjadi kerusakan organ. Untuk menegakkan diagnosis hipertensi, pengukuran tekanan darah harus dilakukan lebih dari sekali, kecuali dalam kasus di mana saat kunjungan pertama sudah terdapat indikasi hipertensi urgensi atau emergensi, yang memungkinkan diagnosis langsung sebagai hipertensi (Perki, 2015).

2.1.7 Faktor Resiko

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013), faktor risiko hipertensi dapat dibagi menjadi dua kategori: faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah.

a. Faktor Risiko yang Tidak Dapat Diubah

1) Usia

Seiring bertambahnya usia, risiko mengidap hipertensi semakin meningkat. Pada lansia, hipertensi sering kali hanya ditandai dengan kenaikan tekanan darah sistolik. Hal ini biasanya disebabkan oleh perubahan struktural pada pembuluh darah besar.

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin juga berpengaruh terhadap risiko terjadinya hipertensi. Pria memiliki kemungkinan sekitar 2,3 kali lebih besar untuk mengalami peningkatan tekanan darah sistolik dibandingkan wanita. Namun, setelah menopause, prevalensi hipertensi pada Wanita meningkat tajam, bahkan setelah usia 65 tahun, hipertensi pada wanita dapat lebih tinggi dibandingkan pria akibat faktor hormonal.

3) Riwayat Keluarga (Genetik)

Memiliki riwayat keluarga dekat yang menderita hipertensi (faktor keturunan) dapat meningkatkan risiko hipertensi, terutama hipertensi primer (esensial). Selain faktor lingkungan, faktor genetik juga berperan dalam pengaturan metabolisme garam dan renin. Menurut Davidson, jika kedua orang tua menderita hipertensi, risiko ini dapat turun ke anak-anak mencapai sekitar 45%, sedangkan jika hanya salah satu orang tua yang menderita, risiko tersebut menjadi sekitar 30%.

b. Faktor Resiko yang Dapat Diubah

1) Kegemukan (Obesitas)

Berat badan dan indeks massa tubuh (IMT) berhubungan langsung dengan tekanan darah, terutama tekanan darah sistolik. Kondisi obesitas dapat meningkatkan volume intravaskuler dan curah jantung. Dengan demikian, daya pompa jantung dan

sirkulasi volume darah pada penderita hipertensi yang mengalami obesitas lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang memiliki berat badan normal.

2) Merokok

Zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang terkandung dalam rokok dapat masuk ke sirkulasi darah dan merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri. Hal ini dapat menyebabkan proses aterosklerosis dan peningkatan tekanan darah. Selain itu, merokok juga meningkatkan denyut jantung, sehingga kebutuhan oksigen pada otot-otot jantung bertambah.

3) Kurang Aktivitas Fisik

Melakukan olahraga secara teratur dapat membantu menurunkan tekanan darah dan bermanfaat bagi penderita hipertensi ringan. Aktivitas aerobik yang rutin dapat menurunkan tekanan darah meskipun berat badan belum tentu mengalami penurunan.

4) Konsumsi Garam Berlebihan

Garam dapat menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh dengan menarik cairan dari luar sel, sehingga meningkatkan volume darah dan tekanan darah. Penderita hipertensi disarankan untuk membatasi konsumsi garam tidak lebih dari 100

mmol/hari, yang setara dengan 2,4 gram natrium atau 6 gram natrium klorida.

5) Dislipidemia

Kadar kolesterol tinggi merupakan faktor pendukung terjadinya aterosklerosis. Tingginya kadar kolesterol dapat menyebabkan endapan kolesterol dalam dinding pembuluh darah, yang jika dibiarkan dapat menyumbat pembuluh darah dan mengganggu peredaran darah.

6) Konsumsi Alkohol Berlebih

Peningkatan kadar kortisol, volume sel darah merah, dan kekentalan darah dapat berkontribusi pada peningkatan tekanan darah. Dampak terhadap tekanan darah biasanya mulai terlihat setelah konsumsi alkohol sekitar 2-3 gelas ukuran standar setiap harinya.

7) Psikososial dan Stres

Stres atau ketegangan emosional, seperti perasaan tertekan, murung, marah, dendam, rasa takut, dan rasa bersalah, dapat memicu kelenjar adrenal untuk melepaskan hormon adrenalin. Ini pada gilirannya dapat meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah.

2.2 Terapi Hipertensi

2.2.1 Terapi Farmakologi

Terdapat banyak pedoman di berbagai negara untuk mengatasi masalah hipertensi. pedoman yang sering dijadikan rujukan di Indonesia dalam mengelola hipertensi adalah dari *Joint National Committee* (JNC), yang merilis edisi kedelapan pada tahun 2014. Dalam pedoman ini, pendekatan penanganan hipertensi mencakup terapi farmakologi, yaitu penggunaan obat-obatan untuk mengontrol tekanan darah, mencegah komplikasi, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Terapi farmakologi sendiri didefinisikan sebagai penggunaan zat kimia atau obat untuk mencegah, meredakan gejala, atau menyembuhkan penyakit secara sistemik (Katzung, 2018).

Dan pedoman terbaru sekaligus di jadikan acuan oleh peneliti dari *Association/American College of Cardiology* (AHA/ACC) 2025 menetapkan target tekanan darah <130/80 mmHg pada pasien dewasa untuk menurunkan risiko kardiovaskular, stroke, penyakit ginjal, gangguan kognitif, dan kematian. Penatalaksanaan dilakukan melalui perubahan gaya hidup dan terapi obat sesuai risiko kardiovaskular, dengan pemantauan tekanan darah rutin untuk memastikan target tercapai dan dipertahankan. Obat-obatan yang dianjurkan oleh JNC 8 untuk mengatasi hipertensi dapat ditemukan pada Tabel 2.2. Beberapa kontraindikasi serta efek samping

obat berdasarkan informasi dari (Depkes RI, 2006) untuk masing-masing kategori dapat dilihat pada tabel 2.2

Tabel 2.2 Daftar Obat dan Dosis Antihipetensi

Obat Antihipertensi	Dosis awal (mg)	Target dosis review RCT (mg)	Dosis per hari
ACE inhibitor	50	150-200	2
Captopril Enalapril	5	20	1-2
Lisinopril	10	40	1
Angiotensin receptor blockers	400	600-800	1-2
Eprosartan	4	12-32	1
Candesartan	50	100	1-2
Losartan	40-80	160-320	1
Valsartan	75	300	1
Irbesartan			
B-Blockers			
Atenolol	25-50	100	1
Metoprolol	50	100-200	1-2
Calcium Channel Blockers	2,5	10	1
Amlodipine	120-180	360	1
Diltiazem SR	10	20	1-2
Nitrendipine			
Thiazide type diuretic			
Bendroflumethiazide	5	10	1
Chlorthalidone	12,5	12,5-25	1
Hidrochlortiazide	12,5-25	25-100	1-2
Indapamide	1,25	1.25-2,5	1

Tabel 2.3 Kontraindikasi dan Efek Samping Masing-Masing Golongan Obat

Golongan Obat	Kontraindikasi	Efek Samping
ACEI	Kehamilan, menyusui, hiperkalemia, hipersensitif	Batuk kering, hipotensi, gangguan fungsi ginjal, angioedema, hiperkalemia, disfungsi renal
ARB	Kehamilan, menyusui, hiperkalemia	Angioedema (jarang), hiperkalemia, hipovolemia, disfungsi renal, gagal jantung
CCB	*Heart block*, disfungsi sistolik gagal jantung (verapamil, diltiazem), hipersensitif	Sakit kepala, edema perifer, konstipasi (verapamil), palpitasi, mual, hipotensi ortostatik
Diuretik	Pirai atau gout, hiperkalsemia, hypovolemia	Hipokalemia, hiperurisemia, hiperkalsemia (thiazide), hiperlipidemia, hiponatremia
Beta Blocker	Asma, *heart block*, sindrom Raynaud's yang parah, hipersensitif, hipotensi	Bronkospasma, gagal jantung, gangguan sirkulasi perifer, insomnia, letih, bradikardi, peningkatan trigliserida, hiperglikemia
Alfa 1-Blocker	Hipotensi ortostatik, gagal jantung, diabetes	Sakit kepala, pusing, letih, hipotensi postural, hipotensi dosis pertama, hidung tersumbat
Agonis Alfa 2-Sentral	Depresi, penyakit liver (metildopa), diabetes	Sedasi, mulut kering, bradikardi, retensi natrium dan cairan, hepatitis (jarang)

(Depkes RI, 2006)

Berdasarkan mekanisme kerjanya, terapi farmakologi hipertensi dapat dibagi menjadi delapan kelompok, yaitu Diuretik, Inhibitor ACE (ACE-I), Penghambat Reseptor *Angiotensin* II (ARB), Penghambat Saluran Kalsium (CCB), Penghambat Beta (*Beta*

Blockers), Penghambat Alfa (*Alfa Blockers*), *Central α-2 Agonist*, dan Vasodilator:

a. Diuretik

Diuretik berfungsi menurunkan tekanan darah dengan cara memicu diuresis, yang menyebabkan penurunan volume plasma. Diuretik yang umumnya dipakai oleh banyak pasien hipertensi adalah diuretik thiazid (Dipiro *et al.*, 2008). Obat diuretik dikategorikan ke dalam tiga kelompok yaitu diuretik thiazid, diuretik *loop*, dan diuretik yang mempertahankan kalium.

1) Diuretik thiazide

Diuretik thiazide berfungsi dengan cara menghalangi proses transportasi bersamaan (simport) NaCl di bagian tubulus ginjal, yang mengakibatkan peningkatan pengeluaran Na^+ dan Cl^-. Dampak *thiazide* pada tubulus ginjal sangat tergantung pada seberapa banyak zat tersebut dikeluarkan, sehingga thiazide tidak sering digunakan pada pasien yang mengalami masalah pada fungsi ginjal. Beberapa contoh diuretik thiazide adalah *chlorthalidone*, *hydrochlorthiazid*, *bendroflumethiazide*, dan *indapamide* (Tanu, 2007).

2) Diuretik *loop*

Diuretik kuat bekerja pada bagian epitel tebal di ansa henle asenden dengan cara menghalangi kotransport Na+, K+, dan Cl-, serta mengurangi reabsorpsi air serta elektrolit. Contoh obat dari diuretik kuat meliputi bumetanid, furosemid, dan torasemid (Tanu, 2007).

3) Diuretik hemat kalium

Diuretik yang mempertahankan kalium memiliki mekanisme kerja yang menghalangi reseptor mineral kortikoid dan aliran natrium melalui saluran ion di membran lumen pada tubulus distal akhir dan duktus kolektivus. Diuretik ini termasuk kategori diuretik lemah dan biasanya digabungkan dengan obat antihipertensi lainnya, seperti ACE inhibitor, beta blocker, dan ARB untuk meningkatkan efektivitasnya. Contoh obat dalam kelompok ini adalah amiloride, triamterene, dan spironolakton (Tanu, 2007).

b. *Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor (ACE-I)*

Penghambat ACE bertindak dengan memblokir proses perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II. Angiotensin II adalah senyawa yang kuat dalam menyebabkan penyempitan pembuluh darah yang dapat merangsang sekresi aldosteron. Selain itu, penghambat ACE juga mencegah kerusakan bradikinin serta

merangsang produksi zat-zat vasodilator seperti prostaglandin E2 dan prostasiklin. Peningkatan kadar bradikinin dapat menimbulkan efek tertentu. Samping seperti batuk yang tidak menghasilkan dahak. Beberapa contoh obat dari kelompok ini meliputi Captopril, Enalapril, lisinopril, ramipril, dan fosinopril (Dipiro *et al.*, 2008).

c. *Angiotensin II Receptor Blockers (ARB)*

ARB berfungsi dengan cara menghalangi reseptor angiotensin tipe 1 (AT1), yang bisa menyebabkan penyempitan pembuluh darah, pelepasan aldosteron, aktivasi sistem saraf simpatik, pelepasan hormon antidiuretik, dan penyempitan arteriol eferen dari glomerulus. Akibat dari penghambatan reseptor AT1 ini adalah vasodilatasi, pengurangan retensi natrium, dan peningkatan kadar kalium dalam darah. Berbeda dengan penghambat ACE yang menghalangi enzim pengubah angiotensin, ARB tidak mengganggu degradasi bradikinin, sehingga bradikinin tetap menjadi metabolit yang tidak aktif. Inilah sebabnya mengapa ARB tidak memicu efek samping berupa batuk kering. Beberapa obat yang termasuk dalam kelompok ini adalah candesartan, losartan, valsartan, irbesartan, dan lainnya (Dipiro *et al.*, 2008).

d. *Calcium Channel Blockers (CCB)*

CCB berperan dengan cara merelaksasi otot jantung dengan menghalangi masuknya kalsium ke dalam pembuluh darah, di mana kalsium diperlukan untuk kontraksi otot. Pada otot polos, terjadi pengurangan aliran kalsium karena saluran kalsium yang terhambat, sehingga mengakibatkan tonus otot menjadi lemah dan relaksasi pada otot polos vaskular, yang pada gilirannya menurunkan tekanan darah.

Golongan CCB terbagi menjadi dua kategori, yaitu dihidropiridin dan non-dihidropiridin. Kategori dihidropiridin bersifat selektif terhadap pembuluh darah, sedangkan kategori non-dihidropiridin memiliki selektivitas terhadap jantung. Kategori dihidropiridin bekerja dengan cara menghambat saluran kalsium pada otot polos vaskular lebih dibandingkan dengan otot jantung, sehingga obat-obat ini lebih umum digunakan dalam terapi antihipertensi. Contoh Obat yang termasuk dalam golongan dihidropiridin meliputi amlodipin, nifedipin, felodipin, dan lainnya. Sementara itu, obat dari golongan non-dihidropiridin berfungsi dengan cara menghambat saluran kalsium di otot jantung, sehingga obat ini tidak disarankan untuk pasien yang menderita gagal jantung. Contoh obat dalam kategori non-

dihidropiridin termasuk verapamil dan diltiazem (Dipiro *et al.*, 2008).

e. *Beta Blockers* (Penghambat Reseptor Adrenalin β)

Obat beta blocker berfungsi dengan cara mengurangi iskemia dan angina, yang berasal dari efek utama sebagai inotropik dan kronotropik negatif. Dengan menurunnya detak jantung, waktu pengisian diastolik untuk perfusi koroner menjadi lebih lama. Jenis obat ini tidak dianjurkan bagi pasien yang sudah diketahui mengalami masalah pernapasan seperti asma bronkhial. Beberapa contoh obat dalam golongan ini meliputi atenolol, bisoprolol, metoprolol, dan lain-lain (Perki, 2015).

f. *Alfa Blockers* (Penghambat Reseptor Adrenalin α)

Obat dari kelompok ini bekerja pada pembuluh darah perifer dengan menghambat penyerapan katekolamin pada sel otot halus. Ini mengakibatkan vasodilatasi yang berfungsi menurunkan tekanan darah. Efek samping dari jenis obat ini dapat menyebabkan beberapa gejala seperti pusing, palpitasi, dan pingsan ketika dosis pertama kali digunakan. Obat ini juga dapat menimbulkan efek samping pada sistem saraf pusat seperti kehilangan energi, kelelahan, dan depresi. Contoh obat dalam

golongan ini termasuk prazosin, terazosin, dan doxazosin (Depkes RI, 2006).

g. *Central α-2 Agonist*

Cara kerja dari agonis α 2 sentral adalah menurunkan tekanan darah secara umum dengan cara merangsang reseptor α 2 adrenergik di otak, yang mengurangi aktivitas simpatetik dari pusat vasomotor dan meningkatkan tonus vagal. Stimulasi reseptor α 2 presinaptik di perifer mengakibatkan penurunan tonus. simpatetik. Contoh obat agonis α 2 sentral antara lain klonidin, guanabenz, guanfasin dan methildopa (Sukandar *et al.*, 2013).

h. Vasodilator

Vasodilator berfungsi menurunkan tekanan darah dengan cara memengaruhi ginjal untuk mengeluarkan kelebihan natrium dari aliran darah. Ini meningkatkan produksi urin dan frekuensi berkemih, sehingga mengurangi volume air dalam tubuh dan membantu menurunkan tekanan darah. Beberapa contoh obat yang tergolong vasodilator adalah hidralazin dan minoksidil (Depkes RI, 2006).

2.2.2 Terapi Non Farmakologi

Beberapa pola hidup sehat yang dianjurkan oleh berbagai pedoman, seperti yang disebutkan dalam (Perki, 2015) antara lain:

a. Penurunan berat badan

Mengganti makanan tidak sehat dengan meningkatkan asupan sayuran dan buah-buahan dapat memberikan berbagai manfaat selain menurunkan tekanan darah, seperti mencegah diabetes dan dislipidemia.

b. Mengurangi asupan garam

Diet rendah garam dianjurkan untuk pasien hipertensi derajat ≥2, dengan batasan asupan garam tidak melebihi 2 gram per hari.

c. Olahraga secara teratur

Melakukan aktivitas fisik selama 30-60 menit setiap hari, setidaknya tiga kali seminggu, dapat membantu menurunkan tekanan darah.

d. Mengurangi konsumsi alkohol

Mengkonsumsi alkohol lebih dari dua gelas per hari untuk pria dan satu gelas per hari untuk wanita dapat meningkatkan tekanan darah. Oleh karena itu, membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol sangat bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah.

2.3 Kepatuhan Pasien

2.3.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan merupakan tingkat sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan anjuran atau instruksi tenaga kesehatan, termasuk dalam hal mengonsumsi obat, mengikuti diet, serta melakukan perubahan gaya hidup yang dianjurkan. Kepatuhan memiliki peran yang sangat penting dalam keberhasilan terapi, terutama pada penyakit kronis seperti hipertensi. Ketidakpatuhan dapat menyebabkan kekambuhan, komplikasi, bahkan kegagalan pengobatan. Dalam konteks pelayanan kesehatan, kepatuhan tidak hanya berkaitan dengan tindakan pasien secara individual, tetapi juga dipengaruhi oleh kualitas hubungan antara pasien dan tenaga kesehatan serta pemahaman pasien terhadap penyakit yang dideritanya (Putra *et al.*, 2021).

Keberhasilan terapi hipertensi sangat bergantung pada sejauh mana pasien mampu menjalani regimen terapi yang telah ditetapkan. Selain konsumsi obat yang rutin, kepatuhan terhadap pola hidup sehat seperti diet rendah garam, aktivitas fisik teratur, dan pengelolaan stres juga menjadi aspek penting dalam pengendalian tekanan darah (Yuliana *et al.*, 2021). Tingkat kepatuhan terhadap pola hidup sehat terbukti memiliki pengaruh signifikan terhadap efektivitas terapi pada pasien hipertensi (Khotimah *et al.*, 2019).

Namun demikian, ketidakpatuhan sering kali terjadi secara tidak sengaja, misalnya akibat kelalaian dalam minum obat atau menjalani kontrol tekanan darah. Sebagian pasien juga menunjukkan keengganan untuk menjalani perubahan gaya hidup yang diperlukan, seperti menjaga pola makan atau rutin berolahraga. Kurangnya dukungan dari keluarga dapat memperparah kondisi ini, karena pasien tidak mendapatkan pengingat atau motivasi untuk mematuhi anjuran medis secara konsisten (Mertens *et al.*, 2016).

2.3.2 Jenis-Jenis Kepatuhan

Jenis jenis kepatuhan menurut Cramer (1991) dalam penelitian R. Sitepu (2015), kepatuhan pasien dalam pengobatan dapat dibagi menjadi beberapa kategori, yaitu:

a. Kepatuhan Penuh (Total *Compliance*)

Pada kategori ini, pasien tidak hanya menjalani pengobatan secara teratur sesuai dengan petunjuk waktu yang diberikan, tetapi juga sangat disiplin dalam mengonsumsi obat pada waktu yang dianjurkan.

b. Tidak Patuh (Non *Compliance*)

Pada kategori ini, pasien tidak mengikuti jadwal konsumsi obat yang telah diatur dan bahkan dapat menghentikan pengobatan secara sepihak.

2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Dalam penelitian Heri *et al.*, (2014) yang dikutip oleh Susanto *et al.*, (2019), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat, antara lain:

a. Usia

Usia merupakan jangka waktu dari kelahiran hingga saat ini, yang berpengaruh pada tingkat kematangan dan kekuatan berpikir responden. Dalam hal ini, individu yang sudah dewasa cenderung menunjukkan tingkat pemikiran yang lebih matang dan pengambilan keputusan yang lebih baik, serta memiliki rasa tanggung jawab yang lebih besar dibandingkan mereka yang masih muda.

b. Ekonomi

Faktor ekonomi memiliki peran yang sangat penting dalam kepatuhan minum obat, terutama bagi pasien hipertensi. Kondisi ekonomi yang memadai akan memfasilitasi pasien dalam membeli obat atau melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Oleh karena itu, aspek ekonomi menjadi salah satu faktor kunci dalam mendorong kepatuhan pasien terhadap pengobatan.

c. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan juga menjadi motivasi yang signifikan dalam pengobatan pasien hipertensi. Semakin tinggi pengetahuan yang dimiliki

seseorang, semakin baik pula pemahaman dan kepatuhannya dalam mengikuti pengobatan yang dianjurkan.

d. Efikasi Diri

Efikasi diri, atau *self-efficacy*, merujuk pada keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam mencapai tujuan tertentu. Keyakinan ini dapat memengaruhi pilihan, kekuatan, dan aspirasi responden dalam melaksanakan tugas, sebagaimana dijelaskan oleh Shen *et al.*, (2020).

2.3.4 Cara Mengukur Tingkat Kepatuhan

Pengukuran kepatuhan dapat dilakukan lewat penggunaan kuesioner, yang bertujuan untuk mengumpulkan data yang diperlukan dalam mengukur indikator-indikator yang telah ditetapkan. Indikator-indikator ini sangat penting sebagai ukuran tidak langsung terhadap standar dan masalah yang dihadapi, melalui berbagai tolok ukur yang digunakan untuk menentukan kriteria kepatuhan. Sebagai variabel yang terukur, indikator dapat membantu dalam menetapkan kriteria kepatuhan. Selain itu, indikator memiliki karakteristik yang sejalan dengan standar, seperti harus jelas, mudah diterapkan, sesuai dengan kenyataan, dan dapat diukur (Utami, 2017).

Dalam penelitian ini, alat ukur kepatuhan yang digunakan adalah *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8), yang terdiri atas 8 pertanyaan mengenai penggunaan obat dengan respon berupa “ya” atau “tidak”. Pada skala Morisky 8 item, pertanyaan nomor 1 hingga 4 dan 6

hingga 7 menggunakan skala guttman, di mana jika dijawab “ya” akan mendapatkan skor 0, sedangkan jika dijawab “tidak” akan mendapat skor 1. Untuk pertanyaan nomor 5, jawaban “ya” diberikan skor 1 dan jawaban “tidak” mendapatkan skor 0. Item ke-8 menggunakan skala Likert 5 poin (0-4). Berdasarkan skor yang diperoleh, MMAS-8 dikategorikan menjadi tiga tingkat kepatuhan: kepatuhan tinggi (skor 8), kepatuhan sedang (skor 6-7), dan kepatuhan rendah (skor 0-5).

Instrumen MMAS-8 ini telah dinyatakan valid dengan nilai r > 0,361 dan reliabel dengan nilai reliabilitas sebesar 0,715 (>0,6), sebagaimana digunakan dalam penelitian “Hubungan Dukungan Keluarga dan Kepatuhan Pengobatan dengan Status Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi” oleh Wati *et al.,* (2023) di Puskesmas Walikukun. Kuesioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi perilaku pasien terkait kepatuhan pengobatan. Oleh karena itu, kuesioner MMAS-8 juga dianggap layak dan dapat digunakan dalam penelitian ini untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien di Puskesmas Purwosari.

2.4 Keberhasilan Terapi Hipertensi

2.4.1 Definisi Keberhasilan Terapi

Keberhasilan terapi adalah keadaan di mana tujuan pengobatan tercapai secara optimal, baik dalam hal penanganan gejala klinis,

peningkatan kualitas hidup pasien, maupun pencegahan komplikasi dari penyakit. Penilaian keberhasilan ini didasarkan pada kombinasi antara respons klinis pasien, kepatuhan dalam menjalani pengobatan, serta minimnya efek samping atau risiko yang muncul dari terapi yang diberikan. Selain itu, keberhasilan terapi juga dipengaruhi oleh adanya komunikasi yang baik antara pasien dan tenaga medis, serta dukungan berkelanjutan dari sistem layanan kesehatan (Nguyen *et al.*, 2022; Mekonnen *et al.*, 2021). Dengan demikian, keberhasilan terapi tidak hanya bergantung pada efektivitas obat dari segi farmakologis, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor psikososial dan sistem yang membantu proses penyembuhan pasien.

2.4.2 Indikator Keberhasilan Terapi

Indikator keberhasilan terapi hipertensi menurut pedoman *American Heart Association/American College of Cardiology* (AHA/ACC) tahun 2025, keberhasilan terapi hipertensi tidak hanya dinilai dari penurunan tekanan darah semata, tetapi dari pencapaian tujuan klinis yang komprehensif. Indikator utama keberhasilan terapi adalah tercapainya rata-rata tekanan darah <130/80 mmHg yang diukur dengan metode yang terstandarisasi dan dikonfirmasi melalui pemantauan berkala, baik di klinik maupun dengan *home blood pressure monitoring* (HBPM) atau *ambulatory blood pressure monitoring* (ABPM). Pencapaian target

tekanan darah tersebut bertujuan untuk menurunkan risiko kejadian kardiovaskular mayor, termasuk penyakit jantung koroner, stroke iskemik maupun hemoragik, gagal jantung, serta penurunan mortalitas total.

Selain itu, keberhasilan terapi juga ditandai dengan pencegahan atau perlambatan progresi kerusakan organ target, terutama pada sistem kardiovaskular, ginjal, dan sistem saraf pusat. Hal ini tercermin dari stabilitas atau perbaikan parameter fungsi ginjal seperti laju filtrasi glomerulus (eGFR) dan albuminuria, serta penurunan risiko gangguan kognitif dan demensia yang berhubungan dengan hipertensi. Pedoman ini juga menekankan bahwa terapi dinilai berhasil apabila dapat dijalankan secara berkelanjutan, ditunjang oleh kepatuhan pasien terhadap perubahan gaya hidup dan terapi farmakologis, dengan profil keamanan dan tolerabilitas obat yang baik, sehingga pengendalian tekanan darah dapat dipertahankan dalam jangka panjang dan memberikan manfaat klinis yang optimal

2.4.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Terapi

Keberhasilan terapi sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik dari aspek pasien, tenaga kesehatan, maupun sistem pelayanan kesehatan. Salah satu faktor utama adalah kepatuhan pasien terhadap pengobatan, yang sangat menentukan efektivitas terapi, terutama pad penyakit kronis. Selain itu, komunikasi antara pasien dan tenaga kesehatan sangat

penting dalam meningkatkan pemahaman pasien tentang pengobatan yang dijalani Faktor lain yang juga penting adalah pemilihan terapi yang sesuai, termasuk dalam hal dosis, lama pengobatan, dan bentuk obat yang sesuai dengan kondisi kesehatan pasien. Tak kalah pentingnya, dukungan psikososial, seperti peran keluarga dan keadaan mental pasien, juga memengaruhi suksesnya terapi. Penelitian yang dilakukan oleh Al-Saeedi *et al.*, (2021) menunjukkan bahwa keberhasilan terapi berkaitan erat dengan ketaatan pasien, dukungan dari orang-orang di sekitar, serta pendekatan yang disesuaikan dalam perawatan penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi, di mana partisipasi aktif pasien dalam pengambilan keputusan mengenai terapi menjadi faktor kunci keberhasilan.

2.5 Hubungan Kepatuhan dengan Keberhasilan Terapi

Kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan memiliki dampak yang besar terhadap suksesnya terapi, terutama pada penyakit kronis yang memerlukan perawatan dalam waktu lama. Penelitian yang dilakukan oleh Sumiasih *et al.,* (2020) di Puskesmas Prambanan Sleman menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kepatuhan minum obat dengan keberhasilan terapi pada pasien hipertensi, dengan nilai sigifikasin p = 0,037. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi kepatuhan pasien terhadap pengobatan,

kemungkinan terapi untuk mencapai hasil yang diharapkan. Penelitian serupa oleh Istiqomah *et al.,* (2020) di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sruweng, yang menemukan bahwa pasien dengan tingkat kepatuhan tinggi terhadap pengobatan memiliki peluang yang lebih besar dalam mencapai kesembuhan dibandingkan pasien yang tidak patuh, dengan hasil analisis yang menunjukkan nilai p <0,05. Kedua studi ini menegaskan pentingnya upaya peningkatan kepatuhan pasien sebagai bagian dari strategi untuk mengoptimalkan keberhasilan terapi.

2.6 Penggunaan Obat Rasional

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tahun (2011) Penggunaan Obat dikatakan Rasional jika memenuhi kriteria:

a. Tepat Diagnosis

Penggunaan obat disebut rasional jika diberikan dengan diagnosis yang tepat. Jika diagnosis tidak ditegakkan dengan benar, maka pemilihan obat akan terpaksa mengacu pada diagnosis yang keliru tersebut. Akibatnya obat yang diberikan juga tidak akan sesuai dengan indikasi yang seharusnya.

b. Tepat Indikasi Penyakit

Tepat indikasi adalah kesesuaian pemberian obat antara indikasi dengan diagnosa dokter. Setiap obat memiliki spektrum terapi yang spesifik. Antibiotik, misalnya di indikasikan untuk infeksi bakteri. Pemberian obat ini hanya di anjurkan untuk pasien yang benar gejala adanya infeksi bakteri.

c. Tepat Pemilihan Obat

Keputusan untuk melakukan upaya terapi diambil setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Obat yang dipilih harus yang memiliki efek terapi sesuai dengan spektrum penyakit. Tepat obat adalah kesesuaian pemberian obat suatu penyakit yang dapat ditimbang dari ketepatan kelas lini terapi, jenis dan kombinasi obat bagi pasien.

d. Tepat Dosis

Tepat dosis adalah kesesuaian pemberian dosis obat dengan rentang dosis terapi, ditinjau dari dosis penggunaan per hari dengan didasari pada kondisi khusus pasien. Dosis, cara dan lama pemberian obat sangat berpengaruh terhadap efek terapi obat. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya untuk obat dengan rentang terapi yang sempit sangat beresiko timbulnya efek samping. Sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak akan menjamin tercapainya kadar terapi yang diharapkan.

e. Tepat Cara Pemberian

Obat antasida seharusnya dikunyah dulu baru ditelan. Demikian pula antibiotik tidak boleh dicampur dengan susu, karena akan membentuk ikatan. Sehingga menjadi tidak dapat di absorpsi dan menurunkan efektivitasnya.

f. Tepat Interval Waktu Pemberian

Cara pemberian obat hendaknya dibuat sederhana mungkin dan praktis, agar mudah ditaati oleh pasien. Makin sering frekuensi pemberian obat per hari (misalnya 4 kali sehari), semakin rendah tingkat ketaatan

minum obat. Obat yang harus diminum 3 x sehari harus diartikan bahwa obat tersebut harus diminum dengan interval setiap 8 jam.

g. Tepat Lama Pemberian

Lama pemberian obat harus tepat sesuai penyakitnya masingmasing. Untuk tuberkulosis dan kusta, lama pemberian paling singkat adalah 6 bulan. Lama pemberian kloramfenikol pada demam tifoid adalah 10-14 hari. Pemberian obat yang terlalu singkat atau terlalu lama dari yang seharusnya akan berpengaruh terhadap hasil pengobatan.

h. Waspada Terhadap Efek Samping

Pemberian obat potensial menimbulkan efek samping, yaitu efek tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi, karena itu muka merah setelah pemberian atropin bukan alergi, tetapi efek samping sehubungan vasodilatasi pembuluh darah wajah. Misalnya pemberian tetrasiklin tidak boleh dilakukan pada anak kurang dari 12 tahun, karena menimbulkan kelainan pada gigi dan tulang yang sedang tumbuh.

i. Tepat Penilaian Kondisi Pasien

Respon individu terhadap efek obat sangat beragam. Hal ini lebih jelas terlihat pada beberapa jenis obat seperti teofilin dan aminoglikosida. Pada penderita dengan kelainan ginjal, pemberian aminoglikosida sebaiknya dihindarkan, karena netrotoksisitas pada kelompok ini meningkat secara bermakna.

j. Tepat Informasi

Informasi yang tepat dan benar dalam penggunaan obat sangat penting dalam menunjang keberhasilan terapi.

k. Tepat Tindak Lanjut *(follow-up)*

Pada saat memutuskan pemberian terapi harus sudah dipertimbangkan upaya tindak lanjut yang diperlukan, misalnya jika pasien tidak sembuh atau mengalami efek samping.

l. Tepat Penyerahan Obat (*dispensing*)

Penggunaan obat rasional melibatkan juga dispenser sebagai penyerah obat dan pasien sendiri sebagai konsumen. Pada saat resep dibawa ke apotek atau tempat penyerahan obat di Puskesmas, apoteker/asisten apoteker menyiapkan obat yang dituliskan peresep pada lembar resep untuk kemudian diberikan kepada pasien. Proses penyiapan dan penyerahan harus dilakukan secara tepat, agar pasien mendapatkan obat sebagaimana harusnya. Dalam menyerahkan obat juga petugas harus memberikan informasi yang tepat kepada pasien.

m. Pasien patuh terhadap perintah pengobatan yang dibutuhkan, ketidaktaatan minum obat umumnya terjadi pada keadaan berikut:

1) Jenis sediaan obat terlalu beragam.
2) Jenis dan jumlah obat yang diberikan terlalu banyak.
3) Frekuensi pemberian obat per hari terlalu sering.

4) Pasien tidak mendapatkan informasi/penjelasan yang cukup mengenai cara minum/menggunakan obat.
5) Pemberian obat dalam jangka panjang tanpa informasi.
6) Timbulnya efek samping (misalnya ruam kulit dan nyeri lambung), atau efek ikutan (urine menjadi merah karena minum rifampisin) tanpa diberikan penjelasan terlebih dahulu.

2.7 Puskesmas

2.7.1 Definisi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 mengenai Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas adalah fasilitas yang menyediakan layanan kesehatan dengan fokus pada upaya kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan individu tingkat pertama. Puskesmas lebih mengutamakan kegiatan promotif dan preventif untuk mencapai tingkat kesehatan masyarakat yang optimal di area kerjanya. Kegiatan kesehatan yang dilaksanakan meliputi empat pilar, yaitu upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Kemenkes RI, 2019).

2.7.2 Fungsi

Menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, fungsi puskesmas mencakup:

a. Pusat Penggerak Pembangunan Berbasis Kesehatan

Puskesmas selalu berupaya menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan pembangunan yang melibatkan berbagai sektor, termasuk masyarakat dan sektor bisnis di area kerjanya, sehingga tetap berorientasi pada kesehatan dan mendukung upaya pembangunan kesehatan. Selain itu, puskesmas juga aktif dalam memantau dan melaporkan dampak kesehatan yang dihasilkan dari setiap program pembangunan kesehatan. Fokus puskesmas adalah pada pemeliharaan kesehatan serta pencegahan penyakit, sambil tetap memperhatikan penyembuhan dan pemulihan kesehatan.

b. Pusat Pemberdayaan Masyarakat

Puskesmas selalu berusaha agar setiap individu, terutama tokoh masyarakat, keluarga, dan sektor bisnis, memiliki kesadaran, keinginan, dan kemampuan untuk menjaga kesehatan diri sendiri dan masyarakat. Mereka juga diharapkan berperan aktif dalam memperjuangkan kesehatan termasuk dalam hal sumber pembiayaannya, serta turut berpartisipasi dalam menentukan, melaksanakan, dan memantau program-program kesehatan. Proses pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat ini dilaksanakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya konteks sosial budaya di wilayah setempat.

c. Pusat Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Puskesmas bertanggung jawab untuk memberikan layanan kesehatan tingkat pertama secara komprehensif, terintegrasi, dan berkelanjutan. Layanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas mencakup:

1) Layanan Kesehatan Individu

   Layanan kesehatan individu adalah layanan yang berdimensi pribadi *(private goods)* dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan pribadi, tanpa mengesampingkan upaya pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Layanan individual ini termasuk perawatan rawat jalan dan pada puskesmas tertentu, dapat ditambah dengan layanan rawat inap.

2) Layanan Kesehatan Masyarakat

   Layanan kesehatan masyarakat adalah layanan yang bersifat umum *(public goods)* dengan tujuan utama untuk memelihara, meningkatkan kesehatan, serta mencegah penyakit tanpa mengesampingkan penyembuhan dan pemulihan kesehatan. Layanan kesehatan masyarakat mencakup berbagai kegiatan seperti promosi kesehatan, pengendalian penyakit, sanitasi lingkungan, perbaikan gizi, meningkatkan kesehatan keluarga, program keluarga

berencana, kesehatan mental masyarakat, serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya (Kemenkes, 2004).

2.8 Rekam Medis

Rekam medis adalah dokumen yang mencakup catatan serta informasi mengenai data diri pasien, hasil pemeriksaan, terapi, intervensi, dan layanan lain yang telah diterima oleh pasien (Depkes RI, 2004). Berdasarkan Kemenkes pada tahun 2008, rekam medis merupakan dokumen yang mencakup catatan serta informasi seperti identitas pasien, hasil diagnosis, terapi yang telah dilaksanakan, serta intervensi dan layanan lain yang diberikan kepada pasien. Informasi yang terdapat dalam rekam medis dipisahkan berdasarkan pasien yang ditangani di unit rawat jalan, rawat inap, dan unit gawat darurat (Kemenkes, 2008).

2.9 Landasan Teori

Menurut Nurrahmani (2018) Hipertensi sering disebut *the silent killer*, karena sebagian besar penderita yang mengalami hipertensi tidak merasakan dan menunjukkan gejala apapun, walaupun tidak menunjukkan adanya gejala penyakit hipertensi dapat menjadi penyakit yang berbahaya karena dapat menjadi penyebab dari penyakit lain seperti, stroke, jantung, dan gagal ginjal. Komplikasi akibat hipertensi dapat mempengaruhi berbagai organ sasaran seperti jantung, otak, ginjal, mata, dan arteri di bagian luar. Penurunan tekanan darah sistolik seharusnya menjadi fokus utama, karena biasanya tekanan diastolik akan terjaga seiring

dengan pengendalian tekanan sistolik (Nugroho *et al.,* 2016). Penelitian Muhadi (2016) menunjukkan bahwa pengurangan rata-rata tekanan darah sistolik dapat menurunkan kemungkinan kematian akibat penyakit jantung sistemik atau stroke.

Penatalaksanaan hipertensi dibagi menjadi 2 kategori, yaitu nonfarmakologi dan farmakologi. Penanganan hipertensi dimulai dengan perubahan gaya hidup; jika terapi nonfarmakologi tidak menunjukkan hasil yang memuaskan, maka akan dilanjutkan dengan terapi farmakologi. Terapi farmakologi ini dimulai dengan monoterapi, dan jika pilihan monoterapi tidak berhasil, maka pasien harus segera diberi terapi kombinasi. Pemilihan kombinasi obat memerlukan pemahaman yang baik tentang jenis-jenis obat, cara kerja, serta kemungkinan efek samping yang bisa muncul pada pasien, mengingat terapi hipertensi biasanya bersifat jangka panjang (Johnson *et al.,* 2015).

Kepatuhan pasien terhadap pengobatan merupakan salah satu faktor penting yang menentukan keberhasilan terapi, terutama pada penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, dan tuberkulosis. Ketika pasien mengikuti regimen terapi sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan, efektivitas pengobatan akan meningkat, risiko komplikasi menurun, dan kualitas hidup pasien pun cenderung membaik. Sebaliknya, ketidakpatuhan dapat menyebabkan kegagalan terapi, peningkatan angka kekambuhan, serta pemborosan sumber daya kesehatan. Oleh karena itu, pemantauan dan peningkatan kepatuhan terapi menjadi bagian integral dalam manajemen penyakit kronis yang berkelanjutan (Putri *et al.,* 2021).

Puskesmas adalah suatu unit pelaksanaan fungsional yang berfungsi sebagai pusat pengembangan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam aspek kesehatan, serta penyedia pelayanan kesehatan primer yang menjalankan programnya secara komprehensif, terintegrasi, dan terus-menerus di wilayah tertentu di mana masyarakat tinggal (Azwar, 2010). Sebagai bagian utama dalam penyediaan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat di area kerjanya, berperan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, motivasi, serta kemampuan individu untuk hidup sehat demi mencapai tingkat kesehatan yang terbaik (Kemenkes RI, 2019).

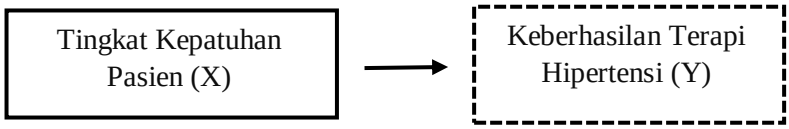
Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sumiasih *et al.,* (2020) mengenai Hubungan Tingkat Kepatuhan Minum Obat dengan Pengendalian Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Prambanan Sleman menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan pasien terhadap minum obat antihipertensi dengan keberhasilan pengendalian tekanan darah, dengan nilai signifikansi p = 0,037, menandakan hubungan signifikan antara kepatuhan minum obat dan keberhasilan terapi. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pasien dengan tingkat kepatuhan tinggi memiliki tekanan darah yang lebih terkontrol dibandingkan dengan pasien yang tidak patuh.

Selain itu, penelitian oleh Istiqomah *et al.,* (2022) di RS PKU Muhammadiyah Sruweng menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara tingkat kepatuhan penggunaan obat dengan keberhasilan terapi pada pasien

hipertensi. Pasien dengan kepatuhan tinggi lebih banyak mencapai keberhasilan terapi dibandingkan pasien dengan kepatuhan rendah. Hasil analisis statistik menunjukkan nilai *p-value* 0,000 (<0,05) yang menandakan hubungan bermakna secara statistik.

Penelitian ini memberikan gambaran bahwa kepatuhan pasien sangat berpengaruh terhadap hasil terapi, khususnya pada pasien hipertensi yang membutuhkan pengobatan jangka panjang dan pemantauan rutin. Pasien yang tidak patuh berisiko mengalami tekanan darah tidak terkontrol, yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi seperti stroke dan penyakit jantung. Selain itu, ketidakpatuhan juga dapat menurunkan kualitas hidup pasien serta meningkatkan beban biaya kesehatan. Penelitian ini menegaskan bahwa peran tenaga kesehatan sangat penting dalam meningkatkan kepatuhan pasien melalui edukasi, motivasi, dan pemantauan rutin. upaya tersebut dapat dilakukan dengan konseling yang sesuai kebutuhan pasien, dukungan keluarga, pemantauan tekanan darah mandiri, serta kemudahan akses layanan dan penyederhanaan terapi. Dengan kolaborasi yang baik, pengendalian hipertensi dapat dicapai secara lebih efektif dan berkelanjutan.

2.10 Kerangka Konsep



Keterangan:

: Variabel bebas

: Variabel terikat

2.1 Kerangka Konsep

2.11 Hipotesis

a. Hipotesis nol (H_0):

Tidak terdapat hubungan signifikan antara tingkat kepatuhan dengan keberhasilan terapi pada pasien hipertensi di Puskesmas Purwosari.

b. Hipotesis Alternatif (H_a):

Terdapat hubungan signifikan antara tingkat kepatuhan dengan keberhasilan terapi pada pasien hipertensi di Puskesmas Purwosari