

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah keadaan seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal atau lebih dari 120/80 mmHg dengan tekanan sistolik sama dengan/lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik sama dengan/lebih dari 90 mmHg (Ramadhan dan Setyowati, 2021).

Tekanan darah dibedakan menjadi tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik. Tekanan darah sistolik adalah tekanan darah maksimal yang ditimbulkan pada arteri sewaktu darah disemprotkan ke dalam pembuluh, rerata tekanan sistolik ditunjukkan (saat jantung berdetak atau bekerja) yaitu 120 mmHg. Tekanan diastolik adalah tekanan minimal didalam arteri ketika darah mengalir keluar menuju ke pembuluh yang lebih kecil dihilir waktu, rerata diastolik (saat rileksasi) yaitu 80 mmHg (Gunawan, 2020).

2.2.2 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi tekanan darah / hipertensi oleh JNC 8 berdasarkan tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik dibagi menjadi 6 klasifikasi. Klasifikasi tersebut dapat dilihat pada tabel 2.1. Pada tabel, nilai normal tekanan darah sistolik (TDS) <130 mmHg dan tekanan darah diastolik (TDD) <85 mmHg. Semakin tinggi tekanan darah, maka semakin besar risiko untuk mengalami komplikasi, karena hipertensi yang tidak terkontrol akan menyebabkan serangan jantung, stroke, gagal jantung, penyakit ginjal,

atau gagal ginjal, berkurangnya penglihatan, disfungsi seksual, angina, dan penyakit arteri perifer (James, et al., 2014).

Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	TDS (mmHg)	TDD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensi	120 - 139	85 - 89
Hipertensi Derajat I	140 - 159	90 - 99
Hipertensi Derajat II	160 - 179	100 - 109
Hipertensi Derajat III	≥ 180	≥ 110

(JNC 8, 2014)

2.2.3 Etiologi Hipertensi

Etiologi hipertensi berdasarkan penyebabnya dibagi menjadi hipertensi primer dan hipertensi sekunder.

a. Hipertensi primer atau hipertensi essensial

Lebih dari 90% pasien dengan hipertensi merupakan hipertensi essensial (hipertensi primer). Literatur lain mengatakan, hipertensi essensial merupakan 95% dari seluruh kasus hipertensi. Penyebab hipertensi essensial adalah multifaktorial meliputi faktor genetik dan lingkungan. Faktor genetik ini dapat berupa adanya riwayat penyakit kardiovaskular, sensitivitas terhadap natrium, kepekaan terhadap stres, peningkatan reaktivitas vaskular terhadap vasokonstriksi, dan resistensi insulin. Sedangkan faktor lingkungan dapat berupa makan garam berlebih, stres psikis, dan obesitas (Punan, 2016).

b. Hipertensi sekunder atau hipertensi renal

Kurang dari 10% penderita hipertensi merupakan sekunder dari penyakit komorbid atau obat-obatan tertentu yang dapat meningkatkan tekanan darah. Pada kebanyakan kasus, disfungsi renal akibat penyakit

ginjal kronis atau penyakit renovaskular adalah penyebab sekunder yang paling sering. Obat-obatan tertentu, baik secara langsung ataupun tidak, dapat menyebabkan hipertensi atau memperberat hipertensi dengan menaikkan tekanan darah (Punan, 2016).

2.2.4 Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh angiotensin I converting enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Selanjutnya hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. oleh ACE yang terdapat di paru paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama. Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon antidiuretic (ADH) dan rasa haus. ADH di produksi di hipotalamus (kelenjar pituitary) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urine. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urine yang disekresikan keluar tubuh (*antidiuresis*), sehingga menjadi pekat tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah.

Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dan korteks adrenal. Aldosterone merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Aldosterone akan mengurangi ekskresi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler

yang pada gilirannya akan meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah. Patogenesis dari hipertensi esensial merupakan multifaktoral dan sangat kompleks. Faktor faktor tersebut merubah fungsi tekanan darah terhadap perfusi jaringan yang adekuat meliputi mediator hormon, aktifitas vaskuler, volume sirkulasi darah, caliber vaskuler, viskositas darah, curah jantung, elastisitas pembuluh darah dan stimulasi neural. Patogenesis hipertensi essensial dapat dipicu oleh beberapa faktor meliputi faktor genetik, asupan garam dalam diet, tingkat stress dapat berintraksi memunculkan gejala hipertensi (Dennis, 2018).

2.2.5 Faktor Resiko Hipertensi

Faktor risiko terjadinya hipertensi dibagi menjadi dua kategori yaitu faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah (Purba, 2021).

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

1) Riwayat penyakit keluarga

Jika orang tua atau keluarga dekat memiliki tekanan darah tinggi, ada kemungkinan besar anggota keluarga lain mengalami hipertensi.

2) Usia

Semakin tua atau semakin bertambah usia, semakin besar kemungkinan terkena tekanan darah tinggi. Hal ini dapat terjadi karena pembuluh darah secara bertahap kehilangan sebagian dari kualitas elastisitas yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah.

3) Jenis kelamin

Sampai usia 45, pria lebih cenderung mendapat tekanan darah tinggi dibanding wanita. Dari usia 45 sampai 64, pria dan wanita mendapatkan tekanan darah tinggi dengan tingkat yang sama. Pada usia 65 dan lebih tua, wanita lebih cenderung terkena tekanan darah tinggi.

4) Ras

Orang Afrika-Amerika cenderung tekanan darah tinggi lebih banyak dari pada orang-orang dari latar belakang ras lain di Amerika Serikat. Bagi orang Afrika - Amerika, tekanan darah tinggi juga cenderung terjadi pada usia muda dan menjadi lebih parah.

b. Faktor risiko yang dapat diubah

1) Kurangnya aktivitas fisik

Tidak cukup melakukan aktivitas fisik yang merupakan bagian dari gaya hidup dapat meningkatkan risiko terkena tekanan darah tinggi. Aktivitas fisik sangat bagus untuk jantung dan sistem peredaran darah hal ini akan berdampak terhadap tekanan darah.

2) Diet yang tidak sehat, terutama sodium tinggi

Nutrisi yang baik dari berbagai sumber sangat penting bagi kesehatan. Diet yang terlalu tinggi dalam konsumsi garam, serta kalori, lemak jenuh dan gula, membawa risiko terhadap tekanan darah tinggi. Di sisi lain, memilih makanan sehat justru bisa membantu menurunkan tekanan darah.

3) Kelebihan berat badan atau obesitas

Berat badan yang berlebihan mengakibatkan tekanan ekstra pada jantung dan sistem peredaran darah yang dapat menyebabkan masalah kesehatan serius. Ini juga meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, diabetes dan tekanan darah tinggi.

4) Minum alkohol

Konsumsi alkohol secara teratur dan berat dapat menyebabkan banyak masalah kesehatan, termasuk gagal jantung, stroke dan detak jantung tidak teratur (aritmia). Hal ini dapat menyebabkan tekanan darah meningkat secara dramatis.

5) Merokok dan penggunaan tembakau

Menggunakan tembakau dapat menyebabkan tekanan darah dan meningkat sementara sehingga dapat menyebabkan arteri yang rusak. Perokok pasif, paparan asap orang lain, juga meningkatkan risiko penyakit jantung bagi bukan perokok.

6) Stres

Terlalu banyak stres dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah. Selain itu, terlalu banyak tekanan dapat mendorong perilaku yang meningkatkan tekanan darah, seperti pola makan yang buruk, aktivitas fisik, dan penggunaan tembakau atau minum alkohol lebih banyak dari biasanya.

2.2.6 Tanda dan Gejala Hipertensi

Tidak semua penderita hipertensi mengenali atau merasakan keluhan maupun gejala, sehingga hipertensi sering dijuluki pembunuh diam-diam

(*silent killer*). Keluhan-keluhan yang tidak spesifik pada penderita hipertensi antara lain : sakit kepala, gelisah, jantung berdebar-debar, pusing, penglihatan kabur, rasa sakit didada, mudah lelah (Puspita, 2016).

Hipertensi tidak menimbulkan gejala atau *symptom* pada tingkat awal. Kebanyakan orang beranggapan bahwa sakit kepala terutama pada pagi hari, pusing, jantung berdebar-debar dan telinga berdengung merupakan gejala dari hipertensi. Namun tanda tersebut sebenarnya dapat terjadi pada tekanan darah normal bahkan sering kali tekanan darah relatif tinggi tidak memiliki gejala atau tanda-tanda tersebut. Cara satu-satunya untuk mengetahui apakah seseorang mengalami hipertensi adalah dengan mengukur tekanan darahnya (Supratman, 2019).

2.2.7 Penatalaksanaan Hipertensi

Tujuan dari pengobatan hipertensi yaitu mengendalikan tekanan darah untuk mencegah terjadinya komplikasi. Adapun penatalaksanaan pada penderita hipertensi yaitu :

a. Terapi Non-Farmakologi

Modifikasi pola hidup (terapi non-farmakologi) berguna untuk menurunkan tekanan darah tinggi dan merupakan bagian dari pengelolaan pasien hipertensi. Modifikasi pola hidup dapat dilakukan dengan penurunan berat badan pada orang-orang yang kelebihan berat badan atau obesitas, menyarankan pola makan DASH yaitu diet yang kaya dengan buah, sayur, dan produk susu rendah lemak dengan kadar total lemak dan lemak jenuh berkurang, mengurani garam, aktifitas fisik, dan mengkonsumsi alkohol sedikit saja. Modifikasi gaya hidup

saja cukup untuk kebanyakan pasien dengan prehipertensi, namun tidak memadai untuk pasien dengan hipertensi yang disertai kerusakan organ-organ target.

Menerapkan pola hidup sehat telah banyak terbukti dapat menurunkan tekanan darah dan menurunkan risiko permasalahan kardiovaskular. Pada pasien yang menderita hipertensi derajat 1 tanpa faktor risiko kardiovaskular lain, maka strategi pola hidup sehat merupakan tatalaksana tahap awal, yang harus dijalani setidaknya selama 4-6 bulan. Bila setelah jangka waktu tersebut, tidak didapatkan penurunan tekanan darah yang diharapkan atau didapatkan faktor risiko kardiovaskular lain, maka sangat dianjurkan untuk memulai dengan terapi farmakologi.

b. Terapi Farmakologi

Menurut JNC 8 yang dibuat berdasarkan bukti dan temuan ilmiah dari beberapa studi acak yang terkontrol. Berikut ini adalah rekomendasi pemberian obat untuk penanganan hipertensi :

Tabel 2. 2 Terapi Farmakologi Antihipertensi Menurut JNC 8

Obat antihipertensi	Dosis harian (mg)	Dosis target berdasarkan penelitian RCT (mg)	Dosis per hari
ACE Inhibitor			
<i>Captopril</i>	50	150-200	2
<i>Analopril</i>	5	20	1-2
<i>Lisinopril</i>	10	40	1
Angiotensis receptor blocker			
<i>Eprosartan</i>	400	600-800	1-2
<i>Candesartan</i>	4	12-32	
<i>Losartan</i>	50	100	1-2
<i>Valsartan</i>	40-80	160-320	1
<i>Irbesartan</i>	75	300	1
B blocker			
<i>Atenol</i>	25-50	100	1
<i>Metoprolol</i>	50	100-200	1-2
Calcium channel blockers			
<i>Amlodipine</i>	2,5	10	1
<i>Diltiazem extended release</i>	120-180	3600	1
<i>Nitrendipine</i>	10	2	1-2
Thiazide type diuretics			
<i>Bendroflumethiazide</i>	5	10	1
<i>Chlorthalidone</i>	12,5	12,5-25	1
<i>Hydrochlorothiazide</i>	12,5-25	25-100	1-2
<i>Indapamide</i>	1,25	1,25-2,5	1

(JNC 8, 2014)

Jenis-jenis obat antihipertensi yang digunakan untuk terapi farmakologis hipertensi yang dianjurkan oleh JNC VIII yaitu *angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitor*, *angiotensin II receptor blocker (ARB)*, *beta blocker*, *calcium channel blocker (CCB)*, dan *diuretika (terutama jenis Thiazide atau Aldosteron Antagonist)* (Huseini, 2021).

- a. *Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitor*, cara kerja dari obat ini dengan menghambat sistem renin-angiotensin-aldosteron menyebabkan tekanan darah turun. Inhibitor ACE dapat menghambat enzim dengan mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II.

- b. *Angiotensin II Receptor Blockers (ARB)* yang dihasilkan oleh sistem renin angiotensin (yang melibatkan ACE) dan jalur alternatif yang menggunakan enzim lain seperti chymases, ACEI memblokir hanya jalur renin - angiotensin, sedangkan ARB memblokir reseptor angiotensin II sehingga angiotensin II tidak dapat berikatan dengan reseptornya.
- c. *Beta Blocker*, obat ini selektif memblokir reseptor beta-1 dan beta-2. Kinerja obat ini tidak terlalu memblokir beta-2 namun memblokir beta-1 sehingga mengakibatkan bronkodilatasi dalam paru. Agens tersebut tidak dianjurkan pada pasien asma, dan lebih cocok pada penderita diabetes dan penyakit vaskuler perifer.
- d. *Calcium Channel Blocker (CCB)*, cara kerja dari obat ini yaitu memblokir atau mencegah masuknya ion kalsium ke dalam sel yang mengakibatkan terjadinya dilatasi koroner dan penurunan tahanan perifer dan koroner.
- e. *Diuretik*, bekerja dengan cara mengeluarkan natrium tubuh dan mengurangi volume darah. Contohnya: Tiazid dapat menurunkan TPR sedangkan non- tiazid digunakan untuk pengobatan hipertensi esensial dengan mengurangi *sympathetic outflow* dari sistem saraf autonom.

2.2 Kepatuhan

2.1.1 Definisi Kepatuhan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), patuh berarti mengikuti, menaati, atau mengikuti suatu perintah atau aturan yang berlaku. Kepatuhan minum obat adalah istilah yang didefinisikan sebagai perilaku pasien yang berhubungan dengan perawatan pasien (minum obat, mematuhi diet yang dianjurkan, perubahan gaya hidup, atau mengunjungi fasilitas

pelayanan kesehatan) (Dwajani S, 2018). Kepatuhan terhadap pengobatan merupakan salah satu penentu utama keberhasilan pengobatan, dan kegagalan untuk mematuhi pengobatan merupakan masalah serius yang mempengaruhi tidak hanya sistem perawatan kesehatan yang diberikan, tetapi juga kesehatan pasien (Jimmy & Jose, 2011).

Kepatuhan terhadap penggunaan obat mencerminkan kepatuhan pasien terhadap rekomendasi penyedia layanan kesehatan mengenai waktu, dosis, dan frekuensi pengobatan selama masa pengobatan yang direkomendasikan. Sebaliknya, kegigihan mengacu pada kelanjutan pengobatan selama periode waktu tertentu dan dengan demikian dapat didefinisikan sebagai total waktu pasien meminum obat, dibatasi oleh waktu antara dosis pertama dan terakhir. Kepatuhan pasien memiliki tiga fase : inisiasi, implementasi, dan penghentian. 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 istilah penghentian (Edi, 2020).

2.1.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Azzahra (2021) terdapat 3 faktor yang menentukan kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat :

a. Faktor dari pasien

Beberapa faktor yang berhubungan dengan pasien adalah kurangnya pemahaman mengenai penyakit, pasien tidak terlibat dalam mengambil keputusan pengobatan yang akan dijalani, dan literasi medis atau

pengetahuan yang kurang optimal menyebabkan ketidakpatuhan pengobatan. Pemahaman yang kurang mengenai instruksi pengobatan dan ketiadaan dukungan dari keluarga memiliki pengaruh dalam kepatuhan minum obat. Selain itu, rendahnya keyakinan dan sikap pasien tentang keefektifan pengobatan, pengalaman terapi sebelumnya, dan kurangnya motivasi juga berpengaruh pada tingkat kepatuhan pasien.

Harga obat yang cenderung mahal, transportasi yang tidak memadai untuk menuju fasilitas kesehatan, dan waktu tunggu lama saat di apotek juga berpengaruh pada kepatuhan minum obat pada pasien. Penyakit yang diderita pasien juga mempengaruhi tingkat kepatuhan minum obat. Pasien penderita penyakit kronis dalam jangka waktu lama cenderung rendah tingkat kepatuhan minum obatnya. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ihwatun dkk. (2020) menyebutkan semakin lama pasien menderita hipertensi maka akan menurunkan tingkat kepatuhan dalam pengobatannya

b. Faktor terkait tenaga medis

Tenaga medis seringkali tidak mengenali ketidakpatuhan minum obat pada pasien. Dokter seringkali tidak menjelaskan efek samping dan manfaat pengobatan dengan baik dan dalam memberikan resep obat tidak mempertimbangkan biaya yang akan dikeluarkan oleh pasien sehingga pasien merasa terbebani. Komunikasi yang buruk antara

tenaga medis dengan pasien dapat menyebabkan ketidakpatuhan pengobatan.

c. Faktor terkait sistem kesehatan

Sistem perawatan kesehatan rumit menghambat kepatuhan pengobatan dengan membatasi koordinasi perawatan dan akses pasien ke perawatan. Teknologi informasi kesehatan yang terbatas dan tidak merata menyebabkan dokter tidak mendapat informasi mengenai pasien dari berbagai tempat sehingga menyebabkan keterlambatan dalam penanganan atau pengobatan. Hal tersebut dapat menimbulkan kurangnya keterlibatan pasien dalam diskusi mengenai strategi keberhasilan pengobatannya.

Hasil penelitian Rasajati dkk. (2015), faktor yang berpengaruh pada kepatuhan minum obat penderita hipertensi adalah pekerjaan, jarak rumah dengan fasilitas kesehatan, pengetahuan pasien tentang pengobatan hipertensi, motivasi dari diri pasien untuk melakukan pengobatan, dan dukungan dari kerabat. Jenis kelamin, pendidikan formal dari pasien, dan keadaan ekonomi keluarga tidak berhubungan terhadap kepatuhan minum obat. Pasien yang mengikuti program jaminan kesehatan akan meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sehingga tekanan darah dapat terkontrol secara baik serta menurunkan morbiditas dan mortalitas akibat hipertensi.

2.1.3 Cara Mengukur Kepatuhan

Beberapa metode untuk mengukur kepatuhan minum obat menurut Agustina sebagai berikut :

Tabel 2. 3 Metode-metode untuk mengukur Kepatuhan Minum Obat

No.	Metode	Kekuatan	Kelemahan
1.	Metode Langsung		
	Observasi Langsung	Paling akurat	Pasien dapat menyembunyikan pil dalam mulut, kemudian membuangnya, kurang praktis untuk penggunaan rutin
	Mengukur tingkat metabolise dalam tubuh	Objektif	Variasi – variasi dalam metabolisme bisa membuat impresi yang salah, mahal
	Mengukur aspek biologis darah	Objektif, dalam penelitian klinis, dapat juga digunakan untuk mengukur placebo	Memerlukan perhitungan kuantitatif yang mahal
2.	Metode Tidak Langsung		
	Kuesioner kepada pasien/ pelaporan diri pasien	Simpel, tidak mahal, paling banyak dipakai dalam setting klinis	Sangat mungkin terjadi kesalahan, dalam waktu antar kunjungan dapat terjadi distorsi
	Jumlah pil/obat yang dikonsumsi	Objektif, kuantitatif dan mudah untuk dilakukan	Data dapat dengan mudah diselewengkan oleh pasien
	Rate beli ulang resep	Objektif, mudah untuk mengumpulkan data	Kurang ekuivalen dengan perilaku minum obat, memerlukan sistem farmasi yang lebih tertutup
	Assesmen terhadap respon klinis pasien	Simpel, umumnya mudah digunakan	Faktor-faktor lain selain pengobatan tidak dapat dikendalikan
	Monitoring pengobatan secara elektronik	Sangat akurat, hasil mudah dikuantifikasi, pola minum obat dapat diketahui	Mahal
	Mengukur ciri- ciri fisiologis (misal detak jantung)	Sering mudah untuk dilakukan	Ciri-ciri fisiologis mungkin tidak nampak karena alasan-alasan tertentu
	Kuesioner terhadap orang-orang terdekat Pasien	Simpel, objektif	Terjadi distorsi

(Agustina, 2019)

2.1.4 Kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale 8 (MMAS-8)*

Morisky et al mengembangkan MMAS untuk mengetahui kepatuhan pasien dengan menggunakan kuesioner. MMAS pertama kali diaplikasikan untuk mengetahui *compliance* pada pasien hipertensi pada *pre* dan *post* interview. Morisky et al mempublikasikan versi terbaru pada tahun 2008

yaitu MMAS-8 dengan reliabilitas yang lebih tinggi yaitu 0,83 serta sensitivitas dan spesifitas yang lebih tinggi pula. Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengonsumsi obat yang dinamakan *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS), dengan 8 *items* yang berisi pernyataan-pernyataan yang menunjukkan frekuensi kelupaan dalam minum obat, kesengajaan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, kemampuan untuk mengendalikan dirinya untuk tetap minum obat (Menurut Morisky and Munter 2008, dalam Agustina, 2019).

Salah satu metode pengukuran kepatuhan pasien secara tidak langsung adalah dengan menggunakan kuesioner. Metode ini dinilai cukup sederhana dan murah dalam pelaksanaannya. Salah satu model kuesioner yang telah tervalidasi untuk menilai kepatuhan terapi jangka panjang adalah *Morisky 8-items*. Pada mulanya Morisky mengembangkan beberapa pertanyaan singkat (4 butir pertanyaan) untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien diabetes mellitus. Modifikasi kuesioner *Morisky 8-items* tersebut saat ini telah dapat digunakan untuk pengukuran kepatuhan pengobatan penyakit yang memerlukan terapi jangka panjang.

Menurut morisky et al (2008), saat ini kuesioner *Morisky Scale* telah dimodifikasi menjadi 8 pertanyaan dengan modifikasi beberapa pertanyaan sehingga lebih lengkap dalam penelitian kepatuhan. Modifikasi kuesioner *Morisky Scale* tersebut saat ini dapat digunakan untuk pengukuran kepatuhan dan ketidakpatuhan pengobatan penyakit yang memerlukan

terapi jangka panjang seperti diabetes mellitus, jantung koroner dan hipertensi. Berikut pertanyaan pada *Morisky Scale* :

Tabel 2. 4 Pertanyaan pada Morisky Scale

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah anda kadang-kadang lupa minum obat?		
2.	Selama dua minggu terakhir, pernahkah anda dengan sengaja tidak minum obat?		
3.	Pernahkah anda mengurangi atau berhenti minum obat tanpa memberitahu dokter karena merasa kondisi anda bertambah parah jika minum obat?		
4.	Ketika anda melakukan perjalanan atau berpergian, apakah anda kadang-kadang lupa membawa obat?		
5.	Apakah anda kemarin minum obat?		
6.	Saat merasa keadaan membaik, apakah anda terkadang memilih untuk berhenti meminum obat?		
7.	Apakah meminum obat setiap hari membuat anda terganggu dalam mematuhi pengobatan?		
8.	Seberapa sering anda mengalami kesulitan minum obat anda? a. Tidak pernah b. Beberapa kali c. Kadang-kadang d. Sering e. Selalu		

(Morisky et al., 2008)

2.3 Puskesmas

2.3.1 Definisi Puskesmas

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintahan daerah dan atau masyarakat (Kemenkes RI, 2014). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, pengertian Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan

lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2019).

2.3.2 Tugas Puskesmas

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Kemenkes RI, 2019).

2.3.3 Fungsi Puskesmas

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/II/2014 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat fungsi puskesmas yaitu :

a. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggara pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggara setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

b. Pusat pemberdaya masyarakat

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki

kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

c. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama

Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi :

1) Pelayanan kesehatan perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dari pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut yaitu rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah rawat inap.

2) Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa

mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, pennehyat lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya (Kemenkes RI, 2014).

2.3.4 Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas

Standar pelayanan kefarmasian adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian. Standar pelayanan kefarmasian di puskesmas meliputi standar pengelolaan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai dan pelayanan farmasi klinik (Kemenkes RI, 2016).

Pengelolaan sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai meliputi : perencanaan kebutuhan, permintaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, pencatatan, pelaporan, pengarsipan, pemantauan dan evaluasi pengelolaan. Pelayanan farmasi klinik merupakan bagian dari pelayanan kefarmasian yang langsung dan bertanggungjawab kepada pasien berkaitan dengan obat dan bahan medis habis pakai dengan maksud mencapai hasil; yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Pelayanan farmasi klinik bertujuan untuk :

- a. Meningkatkan mutu dan memperluas cakupan pelayanan kefarmasian di puskesmas.
- b. Memberikan pelayanan kefarmasian yang dapat menjamin efektivitas, keamanan, bahan medis habis pakai dan efisien obat.

- c. Meningkatkan kerjasama dengan profesi kesehatan lain dan ketaatan pasien yang terkait dengan pelayanan kefarmasian.
- d. Melaksanakan kebijakan obat di puskesmas dalam rangka meningkatkan penggunaan obat secara tepat.

Pelayanan farmasi klinik meliputi : pengkajian dan pelayanan resep, pelayanan informasi obat (PIO), konseling, visite pasien (khusus puskesmas rawat inap), monitoring efek samping obat (MESO), pemantauan terapi obat (PTO) dan evaluasi penggunaan obat (Kemenkes RI, 2016).

2.4 Landasan Teori

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah keadaan seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal atau lebih dari 120/80 mmHg dengan tekanan sistolik sama dengan/lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik sama dengan/lebih dari 90 mmHg (Ramadhan dan Setyowati, 2021).

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), patuh berarti mengikuti, menaati, atau mengikuti suatu perintah atau aturan yang berlaku. Kepatuhan minum obat adalah istilah yang didefinisikan sebagai perilaku pasien yang berhubungan dengan perawatan pasien (minum obat, mematuhi diet yang dianjurkan, perubahan gaya hidup, atau mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan) (Dwajani S, 2018).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, pengertian Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif

dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2019).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Nanurlaili (2014) kepatuhan pasien hipertensi dalam minum obat juga terbukti cukup buruk, jumlah responden yang memiliki kategori kepatuhan rendah yaitu 107 orang (42%), jumlah responden yang memiliki kategori kepatuhan sedang 67 orang (26,8%), dan jumlah responden yang memiliki kategori kepatuhan tinggi 76 orang (30,4%). Dari hasil penelitian tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai Gambaran Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Musuk I Boyolali. Pada penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi ditinjau dari kriteria tingkat kepatuhan rendah, sedang dan tinggi.

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

2.6 Keterangan Empiris

Keterangan empiris yang diperoleh dari penelitian adalah terdapat gambaran tingkat kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Puskesmas Musuk I Boyolali yang meliputi tingkat kepatuhan tinggi, sedang dan rendah.

