

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Hipertensi

a. Pengertian

Hipertensi juga sering sering diartikan sebagai suatu keadaan di mana tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg (Haryono & Utami, 2019). Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah meningkat secara abnormal dan terus-menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan oleh beberapa faktor risiko yang tidak berjalan semestinya dalam mempertahankan tekanan darah normal (Wijaya & Putri, 2013). Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan tenang atau cukup istirahat (Sagala, 2019).

b. Etiologi

Penyebab hipertensi menurut Nurarif & Kusuma (2015) adalah terjadinya perubahan-perubahan pada:

- 1) Elastisitas dinding aorta menurun. Ketebalan dinding ventrikel cenderung meningkat akibat adanya peningkatan densitas kolagen dan hilangnya fungsi serat elastis. Sehingga dapat berdampak pada

kurangnya kemampuan jantung untuk berdistensi (Stanley & Beare, 2013).

- 2) Katub jantung menebal dan menjadi kaku. Kekakuan ini terjadi akibat meningkatnya serat kolagen dan hilangnya serat elastis dalam lapisan medial arteri (Aspirani, 2014).
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya. Katup-katup yang sulit diregangkan dapat menimbulkan peningkatan waktu pengisian dan peningkatan tekanan diastolik yang diperlukan untuk mempertahankan preload yang adekuat (Stanley & Beare, 2013).
- 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
- 5) Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer. Terjadi disfungsi endotel yang mengakibatkan terjadinya penurunan elastisitas pembuluh darah sehingga mengakibatkan peningkatan resistensi pembuluh darah perifer (Aspirani, 2014).

c. Faktor Risiko Terjadi Hipertensi

Faktor-faktor yang memengaruhi hipertensi antara lain:

1) Faktor yang dapat dikontrol

Faktor risiko hipertensi yang dapat dikontrol antara lain:

a) Obesitas (kegemukan)

Arifin *et al.*, (2016) menyatakan obesitas mempengaruhi terjadinya peningkatan kolesterol di dalam tubuh, dan akan memicu

terjadinya aterosklerosis. Aterosklerosis menyebabkan pembuluh darah menyempit sehingga meningkatkan tahanan perifer dalam pembuluh darah.

Orang dewasa yang berusia 20 tahun atau lebih, IMT ditafsirkan menggunakan kategori status berat badan standar. Kategori-kategori ini adalah sama untuk pria dan wanita dari semua jenis tubuh dan usia. Kategori status berat badan standar yang terkait dengan IMT berkisar untuk orang dewasa ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Interpretasi IMT

IMT (kg/m^2)	Status Berat Badan
< 18.5	<i>Underweight</i>
18.5-24.9	Normal
25-29.9	<i>Overweight</i>
≥ 30	Obesitas

Sumber: (*World Health Organization (WHO)*, 2021)

b) Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Kurangnya aktivitas fisik merupakan faktor risiko independen untuk penyakit kronis dan secara keseluruhan diperkirakan dapat menyebabkan kematian secara global (Iswahyuni, 2017).

c) Konsumsi Kopi

Kafein di dalam tubuh manusia bekerja dengan cara memicu produksi hormon adrenalin yang berasal dari reseptor adinosa di dalam sel saraf yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah,

pengaruh dari konsumsi kafein dapat dirasakan dalam 5-30 menit dan bertahan hingga 12 jam (Bistara & Kartini, 2018).

d) Konsumsi garam berlebihan

Penggunaan natrium yang berlebih dapat menahan air (retensi), sehingga meningkatkan jumlah volume darah. Dunia kedokteran juga telah membuktikan bahwa pembatasan konsumsi garam dapat menurunkan tekanan darah, dan pengeluaran garam (natrium) oleh obat diuretik (pelancar kencing) akan menurunkan tekanan darah lebih lanjut (Gunawan, 2015).

e) Merokok

Nikotin dalam rokok merangsang pelepasan katekolamin. Peningkatan katekolamin mengakibatkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung serta menyebabkan vasokonstriksi yang kemudian menyebabkan kenaikan tekanan darah (Talukder *et al.*, 2011).

f) Konsumsi alkohol

Alkohol memiliki efek yang hampir sama dengan karbon monoksida, yaitu dapat meningkatkan keasaman darah. Darah menjadi lebih kental dan jantung dipaksa memompa darah lebih kuat lagi agar darah sampai ke jaringan mencukupi (Komaling *et al.*, 2013).

g) Stres

Hubungan antara stres dengan hipertensi melalui saraf simpatis, dengan adanya peningkatan aktivitas saraf simpatis akan meningkatkan tekanan darah secara intermitten (Endang, 2014).

2) Faktor yang tidak dapat dikontrol

Faktor risiko hipertensi yang tidak dapat dikontrol antara lain:

a) Usia

Terdapat perubahan khas pada tekanan darah seiring bertambahnya usia, di mana risiko hipertensi menjadi lebih besar. Oleh karena itu, kebutuhan perawatan hipertensi pada orang yang lebih tua juga berbeda (Weber, 2019). Sebuah penelitian menunjukkan prevalensi hipertensi pada orang dewasa di Afrika sekitar 2 hingga 4 kali lebih banyak dibandingkan pada remaja (Bosu *et al.*, 2019).

b) Jenis kelamin

Penelitian tentang Kejadian Hipertensi pada Petani Padi di Desa Gringsing Kecamatan Gringsing Kabupaten Batang menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi pada laki-laki lebih banyak lebih besar jika dibandingkan dengan perempuan yaitu sebesar 60% (Louisa *et al.*, 2018). Secara umum pria lebih berisiko mengalami penyakit kardiovaskular dibandingkan wanita. Insiden hipertensi tidak terkontrol juga lebih tinggi pada kelompok pria dibandingkan wanita. Namun setelah menopause, tekanan darah

meningkat pada wanita. Hormon androgen seperti testosteron memegang peranan penting dalam mekanisme peningkatan tekanan darah yang dikaitkan dengan jenis kelamin (Reckelhoff, 2014).

c) Keturunan (genetik)

Jika orang tua atau kerabat dekat memiliki tekanan darah tinggi, risiko menderita hipertensi semakin meningkat (AHA, 2017). Sebuah penelitian di wilayah Miyun, China menunjukkan bahwa seseorang dengan riwayat keluarga hipertensi 4 kali lebih berisiko mengalami hipertensi (Liu *et al.*, 2015).

d. Jenis dan Klasifikasi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibedakan menjadi 2 jenis klasifikasi, yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Jenis hipertensi menurut Nurarif dan Kusuma (2015) antara lain:

1) Hipertensi Primer (Esensial)

Hipertensi primer juga disebut juga sebagai hipertensi idiopatik karena hipertensi ini memiliki penyebab yang belum jelas atau belum diketahui tersebut sering dihubungkan dengan faktor gaya hidup yang kurang sehat. Hipertensi primer merupakan paling banyak terjadi yaitu sekitar 90% dari kejadian hipertensi (Indah, 2017).

2) Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah suatu kondisi dimana terjadinya peningkatan tekanan darah tinggi sebagai akibat seseorang mengalami atau menderita penyakit lainnya seperti gagal jantung, gagal ginjal,

atau kerusakan sistem hormon tubuh. Hipertensi sekunder disebabkan oleh penggunaan estrogen, penyakit ginjal, *sindrom cushing* dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan (Nurarif & Kusuma, 2015).

Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia (PERHI) (2021) menyatakan bahwa batas normal tekanan darah adalah tekanan darah sistolik kurang dari 130 mmHg dan tekanan darah diastolik kurang dari 85 mmHg. Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia (PERHI) dan *International Society of Hypertension* (ISH) mengklasifikasikan hipertensi sebagai berikut :

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi

ACC/AHA	TDS (mmHg)	TDD (mmHg)
Normal	<30	<85
Normal-Tinggi	130-139	85-89
Hipertensi Derajat I	140-159	90-99
Hipertensi Derajat II	≥ 160	≥ 100

Sumber : (Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia (PERHI), 2021)

e. Penatalaksanaan

Terapi pada pasien hipertensi meliputi terapi norfarmakologis dan farmakologis (Yogiantoro, 2016). Tindakan farmakologi dengan pemberian obat anti hipertensi efektif dapat menurunkan tekanan darah. Penatalaksanaan medikamentosa pada penderita hipertensi merupakan upaya untuk menurunkan tekanan darah secara efektif dan efisien. Pemberian obat antihipertensi bukan selalu merupakan langkah pertama dalam penatalaksanaan hipertensi (Perhimpunan Dokter Hipertensi

Indonesia (PERHI), 2021). Penatalaksanaan hipertensi menurut PERHI (2021) antara lain:

1) Intervensi Pola Hidup Sehat

Pola hidup sehat dapat mencegah ataupun memperlambat awitan hipertensi dan dapat mengurangi risiko kardiovaskular. Pola hidup sehat juga dapat memperlambat ataupun mencegah kebutuhan terapi obat pada hipertensi derajat 1. Pola hidup sehat telah terbukti menurunkan tekanan darah yaitu pembatasan konsumsi garam dan alkohol, peningkatan konsumsi sayuran dan buah, penurunan berat badan dan menjaga berat badan ideal, aktivitas fisik teratur, serta menghindari rokok.

a) Pembatasan konsumsi garam

Terdapat bukti hubungan antara konsumsi garam dan hipertensi. Konsumsi garam berlebih terbukti meningkatkan tekanan darah dan meningkatkan prevalensi hipertensi. Rekomendasi penggunaan natrium (Na) sebaiknya tidak lebih dari 2 gram/hari (setara dengan 5-6 gram NaCl perhari atau 1 sendok teh garam dapur). Sebaiknya menghindari makanan dengan kandungan tinggi garam.

b) Perubahan pola makan

Pasien hipertensi disarankan untuk konsumsi makanan seimbang yang mengandung sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan segar, produk susu rendah lemak, gandum, ikan, dan asam

lemak tak jenuh (terutama minyak zaitun), serta membatasi asupan daging merah dan asam lemak jenuh.

c) Penurunan berat badan dan menjaga berat badan ideal

Terdapat peningkatan prevalensi obesitas dewasa di Indonesia dari 14,8% berdasarkan data Riskesdas 2013, menjadi 21,8% dari data Riskesdas 2018. Tujuan pengendalian berat badan adalah mencegah obesitas (IMT >25 kg/m²), dan menargetkan berat badan ideal (IMT 18,5 – 22,9 kg/m²) dengan lingkaran pinggang <90 cm pada laki-laki dan <80 cm pada perempuan.

d) Olahraga teratur

Olahraga aerobik teratur bermanfaat untuk pencegahan dan pengobatan hipertensi, sekaligus menurunkan risiko dan mortalitas kardiovaskular. Olahraga teratur dengan intensitas dan durasi ringan memiliki efek penurunan TD lebih kecil dibandingkan dengan latihan intensitas sedang atau tinggi, sehingga pasien hipertensi disarankan untuk berolahraga setidaknya 30 menit latihan aerobik dinamik berintensitas sedang (seperti: berjalan, jogging, bersepeda, atau berenang) 5-7 hari per minggu.

e) Berhenti merokok

Merokok merupakan faktor risiko vaskular dan kanker, sehingga status merokok harus ditanyakan pada setiap kunjungan pasien dan penderita hipertensi yang merokok harus diedukasi untuk berhenti merokok.

2) Penatalaksanaan Farmakologis

Strategi pengobatan yang dianjurkan pada panduan penatalaksanaan hipertensi saat ini adalah dengan menggunakan terapi obat kombinasi pada sebagian besar pasien, untuk mencapai tekanan darah sesuai target. Bila tersedia luas dan memungkinkan, maka dapat diberikan dalam bentuk pil tunggal berkombinasi (*single pill combination*), dengan tujuan untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan (Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia (PERHI), 2021)

a) Obat-obat untuk penatalaksanaan hipertensi

Lima golongan obat antihipertensi utama yang rutin direkomendasikan yaitu: ACEi, ARB, beta bloker, CCB dan diuretik (PERHI, 2021). Jenis-jenis obat anti hipertensi untuk terapi farmakologis hipertensi yang dianjurkan oleh JNC 8 adalah: diuretika, terutama jenis *thiazide* atau agonis aldosteron, *beta blocker* (BB), *calcium channel blocker*, *angiotensin converting enzyme inhibitor* (ACEI) dan *angiotensin ii receptor blocker* (ARB) (James *et al.*, 2014).

JNC VIII merekomendasikan untuk pasien yang mengalami gagal jantung menggunakan obat golongan diuretik, *beta blocker*, ACEI. Untuk pasien dengan infark miokard direkomendasikan penggunaan *beta blocker*, ACEI dan antagonis aldosteron. Pasien hipertensi disertai diabetes mellitus direkomendasikan semua

golongan obat kecuali ARB. Pasien dengan gagal ginjal kronis dianjurkan penggunaan golongan ACEI dan ARB dan untuk pasien dengan stroke direkomendasikan penggunaan diuretik dan ACEI (Maddens *et al.*, 2014).

b) Algoritma terapi obat untuk hipertensi

Algoritma farmakoterapi telah dikembangkan untuk memberikan rekomendasi praktis pengobatan hipertensi. Beberapa rekomendasi utama, yaitu:

- 1) Inisiasi pengobatan pada sebagian besar pasien dengan kombinasi dua obat. Bila memungkinkan dalam bentuk SPC, untuk meningkatkan kepatuhan pasien.
- 2) Kombinasi dua obat yang sering digunakan adalah RAS blocker (*Renin-angiotensin system blocker*), yakni ACEi atau ARB, dengan CCB atau diuretik.
- 3) Kombinasi beta bloker dengan diuretik ataupun obat golongan lain dianjurkan bila ada indikasi spesifik, misalnya angina, pasca IMA, gagal jantung dan untuk kontrol denyut jantung.
- 4) Pertimbangkan monoterapi bagi pasien hipertensi derajat 1 dengan risiko rendah (TDS <150mmHg), pasien dengan tekanan darah normal-tinggi dan berisiko sangat tinggi, pasien usia sangat lanjut (≥ 80 tahun) atau ringkih.

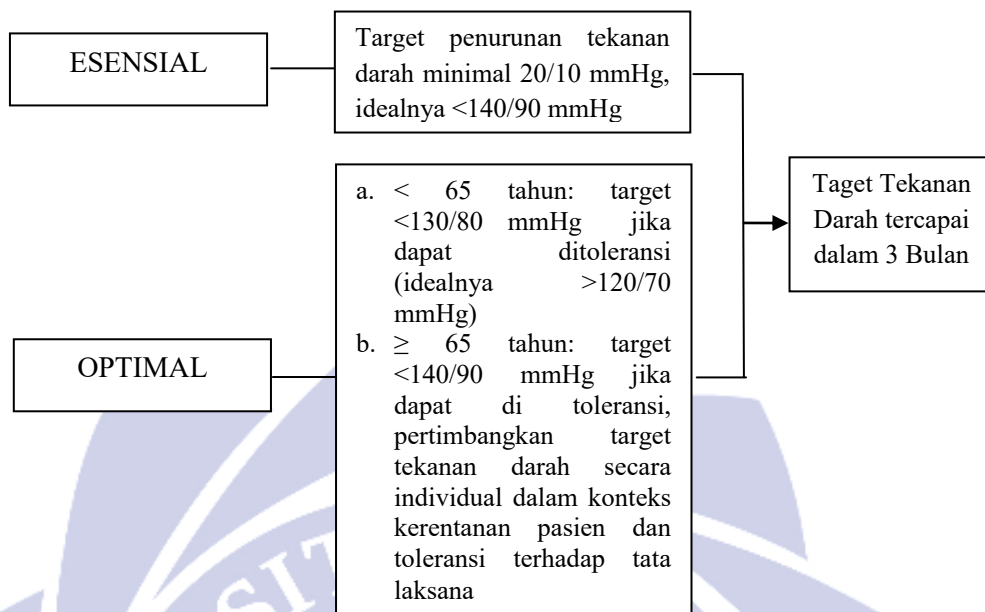
5) Penggunaan kombinasi tiga obat yang terdiri dari RAS blocker (ACEi atau ARB), CCB, dan diuretik jika TD tidak terkontrol oleh kombinasi dua obat.

6) Penambahan spironolakton untuk pengobatan hipertensi resisten, kecuali ada kontraindikasi.

7) Penambahan obat golongan lain pada kasus tertentu bila TD belum terkendali dengan kombinasi obat golongan di atas.

c) Target Pengobatan Hipertensi

Salah satu pertimbangan untuk memulai terapi medikamentosa adalah nilai atau ambang tekanan darah. Pada Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi PERHI tahun 2019, disepakati bahwa target tekanan darah adalah $<140/90$ mmHg, tidak tergantung kepada jumlah penyakit penyerta dan nilai risiko kardiovaskularnya. Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi 2021, disepakati target tekanan darah seperti tercantum pada diagram berikut ini:



Gambar 2.1 Target Tekanan Darah dalam 3 Bulan
Sumber: PERHI (2021)

2. Prolanis

a. Pengertian Prolanis

Prolanis adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (BPJS Kesehatan, 2014).

b. Tujuan Prolanis

Mendorong peserta penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke Faskes Tingkat Pertama memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2 dan Hipertensi sesuai

Panduan Klinis terkait sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi penyakit (BPJS Kesehatan, 2014).

c. Persiapan Pelaksanaan Prolanis

Persiapan Pelaksanaan prolanis yaitu: (BPJS Kesehatan, 2014)

- 1) Melakukan identifikasi data peserta sasaran berdasarkan:
 - a) Hasil Skrining Riwayat Kesehatan dan atau
 - b) Hasil Diagnosa Diabetes Mellitus dan Hipertensi (pada Faskes Tingkat Pertama maupun RS)
- 2) Menentukan target sasaran
- 3) Melakukan pemetaan Faskes Dokter Keluarga/ Puskesmas berdasarkan distribusi target sasaran peserta
- 4) Menyelenggarakan sosialisasi prolanis kepada Faskes Pengelola
- 5) Melakukan pemetaan jejaring Faskes Pengelola (Apotek, Laboratorium)
- 6) Permintaan pernyataan kesediaan jejaring Faskes untuk melayani peserta prolanis
- 7) Melakukan sosialisasi prolanis kepada peserta (instansi, pertemuan kelompok pasien kronis di RS, dan lain-lain)
- 8) Penawaran kesediaan terhadap peserta penyandang Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi untuk bergabung dalam prolanis
- 9) Melakukan verifikasi terhadap kesesuaian data diagnosa dengan form kesediaan yang diberikan oleh calon peserta Prolanis

- 10) Mendistribusikan buku pemantauan status kesehatan kepada peserta terdaftar prolanis
 - 11) Melakukan rekapitulasi data peserta terdaftar
 - 12) Melakukan entri data peserta dan pemberian flag peserta prolanis
 - 13) Melakukan distribusi data peserta Prolanis sesuai Faskes Pengelola
 - 14) Bersama dengan Faskes melakukan rekapitulasi data pemeriksaan status kesehatan peserta, meliputi pemeriksaan GDP, GDPP, Tekanan Darah, IMT, HbA1C. Bagi peserta yang belum pernah dilakukan pemeriksaan, harus segera dilakukan pemeriksaan
 - 15) Melakukan rekapitulasi data hasil pencatatan status kesehatan awal peserta per Faskes Pengelola (data merupakan luaran Aplikasi P-Care)
 - 16) Melakukan Monitoring aktivitas prolanis pada masing-masing Faskes Pengelola:
 - a) Menerima laporan aktivitas prolanis dari Faskes Pengelola
 - b) Menganalisa data
 - 17) Menyusun umpan balik kinerja Faskes prolanis
 - 18) Membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional/Kantor Pusat
- d. Bentuk Kegiatan prolanis

Untuk mencapai tujuannya dalam prolanis terdapat enam kegiatan pokok yang harus dilaksanakan secara teratur oleh FKTP yang bersangkutan, adapun kegiatan prolanis adalah sebagai berikut: (BPJS Kesehatan, 2014)

1) Konsultasi Medis Peserta Prolanis

Konsultasi medis ini berkaitan dengan peserta yang ingin berkonsultasi mengenai keluhan yang dialami dengan dokter. Jadwal konsultasi medis disepakati bersama dengan peserta dengan fasilitas kesehatan pengelola.

2) Edukasi Kelompok Peserta Prolanis

Edukasi kelompok peserta (klub) Prolanis adalah kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan status kesehatan bagi peserta prolanis. Sasaran dari kegiatan edukasi klub Prolanis ini adalah terbentuknya Klub Prolanis minimal 1 fasilitas kesehatan pengelola 1 klub. Pengelompokan diutamakan berdasarkan kondisi kesehatan peserta dan kebutuhan edukasi.

3) *Reminder Melalui SMS Gateway*

Reminder adalah kegiatan untuk memotivasi peserta untuk melakukan kunjungan rutin kepada Faskes Pengelola melalui pengingatan jadwal konsultasi ke fasilitas kesehatan pengelola tersebut. Adapun sasaran dari kegiatan *reminder SMS gateway* adalah tersampainya reminder jadwal konsultasi peserta ke masing-masing fasilitas kesehatan pengelola.

4) *Home Visit*

Home Visit adalah kegiatan pelayanan kunjungan ke rumah Peserta Prolanis untuk pemberian informasi/edukasi kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta Prolanis dan keluarga. Adapun sasaran dari kegiatan *Home Visit* adalah peserta prolanis dengan kriteria peserta baru terdaftar, peserta tidak hadir terapi di Dokter Praktek Perorangan/Klinik/Puskesmas 3 bulan berturut-turut, peserta dengan GDP/GDPP di bawah standar 3 bulan berturut-turut, peserta dengan Tekanan Darah tidak terkontrol 3 bulan berturut-turut, dan peserta pasca opname.

5) Aktivitas Klub

Aktivitas klub di masing-masing FKTP memiliki aktivitas yang berbeda namun tetap mengacu pada tujuan program. Aktivitas klub dilakukan sesuai dengan inovasi dari masing-masing FKTP. Salah satu aktivitas klub yang dilaksanakan adalah senam.

6) Pemantauan Status Kesehatan

Pemantauan status kesehatan dilakukan oleh FKTP kepada peserta terdaftar yang meliputi pemeriksaan tekanan darah dan pemeriksaan kadar gula darah oleh tenaga kesehatan. Jadwal pemeriksaan disesuaikan dengan masing-masing FKTP. Pelaksanaan kegiatan-kegiatan Prolanis dilakukan pencatatan dan pelaporan terkait hasil dari pelaksanaan Prolanis tersebut untuk dijadikan dokumentasi dan pertanggungjawaban kepada pihak penyelenggara yaitu BPJS

Kesehatan. Pencatatan dan pelaporan Prolanis menggunakan aplikasi pelayanan primer (*P-Care*).

3. Kepatuhan

a. Pengertian

Kepatuhan (*adherence*) adalah suatu bentuk perilaku yang timbul akibat adanya interaksi antara petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien mengerti rencana dengan segala konsekuensinya dan menyetujui rencana tersebut serta melaksanakannya (Kemenkes R.I, 2011). Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Pakpahan *et al.*, 2021).

Kepatuhan individu yang berdasarkan rasa terpaksa atau ketidakpahaman tentang pentingnya perilaku yang baru, dapat disusul dengan kepatuhan yang berbeda jenisnya, yaitu kepatuhan demi menjaga hubungan baik dengan tokoh yang menganjurkan perubahan tersebut (*change agent*). Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses internalisasi dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi diri individu itu sendiri dan diintegrasikan dengan nilai-nilai lain dari hidupnya (Al-Assaf, 2019).

b. Jenis-Jenis Kepatuhan

Jenis-jenis kepatuhan menurut Sitepu (2015) kepatuhan dibagi menjadi beberapa bagian yaitu:

1) Kepatuhan Penuh (*Total Compliance*)

Jenis kepatuhan ini pasien tidak hanya melakukan pengobatan secara teratur sesuai petunjuk waktu yang diberikan melainkan juga sangat patuh terhadap waktu minum obat sesuai dengan anjuran yang telah diberikan.

2) Tidak Patuh (*Non Compliance*)

Pada jenis kepatuhan ini pasien tidak melakukan konsumsi obat yang telah diatur waktu pengonsumsiannya bahkan melakukan henti minum obat.

c. Tipe Kepatuhan

Tipe kepatuhan pasien menurut Triwibawa (2018) dibagi menjadi lima tipe yaitu:

- 1) *Otoritarian* merupakan suatu tipe kepatuhan yang tanpa *reserve*, kepatuhan dan dapat dikatakan “ikut-ikutan” atau sering disebut juga “*bebekisme*”.
- 2) *Conformist* merupakan suatu tipe kepatuhan yang memiliki 3 bentuk meliputi
 - a) *Conformist* yang *directed*, penyesuaian diri terhadap masyarakat atau orang lain,
 - b) *Conformist hedonist*, kepatuhan yang berorientasi pada “*untung-ruginya*” bagi diri sendiri, dan
 - c) *Conformist integral*, adalah kepatuhan yang menyesuaikan kepentingan diri sendiri dengan kepentingan masyarakat.

- 3) *Compulsive deviant* merupakan suatu tipe kepatuhan yang tidak konsisten, atau apa yang sering disebut “*plin plan*”.
- 4) *Hedonic psikopatic*. merupakan suatu tipe kepatuhan yang berpusat pada kekayaan tanpa memperhitungkan kepentingan orang lain.
- 5) *Supra moralist* merupakan suatu tipe kepatuhan yang memiliki keyakinan tinggi pada nilai-nilai moral.

d. Faktor-Faktor Kepatuhan

1) Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu bentuk usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana pembelajaran agar setiap peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya agar memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, diselenggarakan dalam wilayah NKRI atau Negara Kesatuan Republik Indonesia (UU RI no. 20 tahun 2003).

Pendidikan menuntut setiap manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan sehingga dapat digunakan untuk mendapat informasi meningkatkan kualitas hidup. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan memudahkan seseorang menerima suatu informasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup maupun menambah luas pengetahuan seseorang tersebut. Menurut Hidayat (2015) pengetahuan yang baik akan berdampak pada penggunaan

komunikasi secara efektif. Adapun menurut UU Nomor 20 tahun 2003 tentang sistem pendidikan Nasional terdapat 3 tingkatan dalam proses pendidikan yaitu:

- a) Tingkat pendidikan dasar yaitu tidak sekolah, pendidikan dasar (SD/SMP/Sederajat)
 - b) Tingkat pendidikan menengah seperti SMA dan sederajat
 - c) Tingkat pendidikan tinggi seperti perguruan tinggi atau akademi.
- 2) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan atau dapat juga disebut sebagai hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya berupa mata, hidung, telinga, dan sebagainya. Pengetahuan pada seseorang terhadap suatu objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda, hal tersebut dapat dibagi menjadi 6 tingkat pengetahuan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, evaluasi (Pakpahan *et al.*, 2021). Pengetahuan tentang tata cara memelihara kesehatan meliputi:

- a) Pengetahuan mengenai penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit dan tanda-tandanya, cara penularannya, cara pencegahannya, cara mengatasi atau menangani sementara)
- b) Pengetahuan mengenai faktor-faktor yang terkait dan/atau mempengaruhi kesehatan antara lain: gizi makanan, sarana air bersih, pembuangan air limbah, pembuangan kotoran manusia,

pembuangan sampah, perumahan sehat, polusi udara, dan sebagainya.

c) Pengetahuan mengenai fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun tradisional.

d) Pengetahuan yang diupayakan untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, maupun kecelakaan lalu lintas, dan tempat-tempat umum.

3) Jenis Kelamin

Perbedaan pada jenis kelamin ditentukan secara biologis dimana secara fisik melekat pada masing-masing jenis kelamin yaitu laki-laki dan perempuan (Rostyaningsih, 2018). Jenis kelamin berkaitan erat dengan peran kehidupan dan perilaku yang berbeda antara laki-laki maupun perempuan dalam masyarakat. Dalam hal menjaga kesehatan, biasanya perempuan lebih memperhatikan kesehatannya dibandingkan dengan laki-laki, pada pola perilaku sakit pun juga dipengaruhi oleh jenis kelamin dimana perempuan cenderung lebih sering mengobati dirinya dibandingkan dengan laki-laki (Pakpahan *et al.*, 2021).

4) Ketersediaan Pelayanan Kesehatan

Perilaku dan usaha yang dilakukan seseorang dalam menghadapi kondisi sakit, salah satu adalah alasan untuk tidak bertindak karena jarak fasilitas kesehatan yang cukup jauh (Pakpahan *et al.*, 2021). Akses pelayanan kesehatan dapat dikatakan

sebagai tersedianya suatu sarana kesehatan seperti rumah sakit, klinik, puskesmas, tersedianya tenaga kesehatan, dan tersedianya obat-obatan. Pelayanan kesehatan yang dikatakan baik merupakan pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau oleh seluruh pasien atau masyarakat, hal ini juga dapat dilihat dari sumber daya dan karakteristik pengguna pelayanan kesehatan. Keterjangkauan akses yang dimaksud adalah dari segi jarak, waktu tempuh dan kemudahan transportasi untuk mencapai pelayanan kesehatan, semakin jauh suatu jarak rumah pasien dari tempat pelayanan kesehatan ditambah dengan sulitnya transportasi maka, akan berhubungan dengan keteraturan pasien dalam melakukan pengobatan (Yulisetyaningrum, 2019).

5) Lama Menderita Penyakit

Salistyaningsih (2021), menyatakan bahwa semakin lama pasien menjalani pengobatan semenjak terdiagnosis, maka pasien tersebut akan semakin menurun tingkat kepatuhan. Hal ini mungkin dikarenakan merasa jenuh menjalani pengobatan atau meminum obatnya sedangkan tingkat kesembuhan yang telah dicapai tidak sesuai dengan yang diharapkan. Pendapat ini juga diperkuat oleh Gama (2019), yang menyatakan semakin lama seseorang pasien menderita hipertensi maka tingkat kepatuhan makin rendah yang disebabkan karena kebanyakan penderita akan merasa bosan untuk berobat.

6) Status Pekerjaan

Pekerjaan merupakan sesuatu yang harus dilaksanakan karena untuk menunjang kehidupan dan keluarga (Nursalam, 2015). Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang, dan banyak tantangan. Orang yang bekerja cenderung memiliki sedikit waktu untuk mengunjungi fasilitas kesehatan (Pakpahan *et al.*, 2021).

7) Keikutsertaan Asuransi

Biaya pengobatan di Indonesia telah meningkat 10 sampai 14 persen dalam tiga tahun terakhir, saat ini kalangan masyarakat ada berbagai macam cara yang digunakan untuk melakukan pembayaran pengobatan, ada yang dibayar langsung atau dibayar secara tidak langsung oleh penyelenggara jaminan pembiayaan kesehatan. Ketersediaan dan keikutsertaan asuransi kesehatan berperan sebagai salah satu faktor kepatuhan berobat pasien, dengan adanya suatu asuransi kesehatan akan didapatkan kemudahan dari segi pembiayaan sehingga akan lebih patuh dibandingkan dengan yang tidak memiliki asuransi kesehatan (Budiman, 2018).

8) Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan suatu sikap, tindakan dan penerimaan terhadap seseorang yang sedang sakit. Dukungan dari keluarga dan teman-teman dapat memberikan dorongan seseorang

dalam menjalankan 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 yang diberikan oleh tenaga kesehatan (Suprianto et al, 2019).

9) Peran Tenaga Kesehatan

Dukungan dari tenaga kesehatan profesional merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan seseorang. Pelayanan yang baik dari petugas kesehatan juga dapat menimbulkan suatu perilaku positif. Perilaku petugas yang ramah dan segera mengobati pasien tanpa menunggu lama-lama, serta penderita diberi penjelasan tentang apa obat yang diberikan dan pentingnya mengonsumsi obat secara teratur.

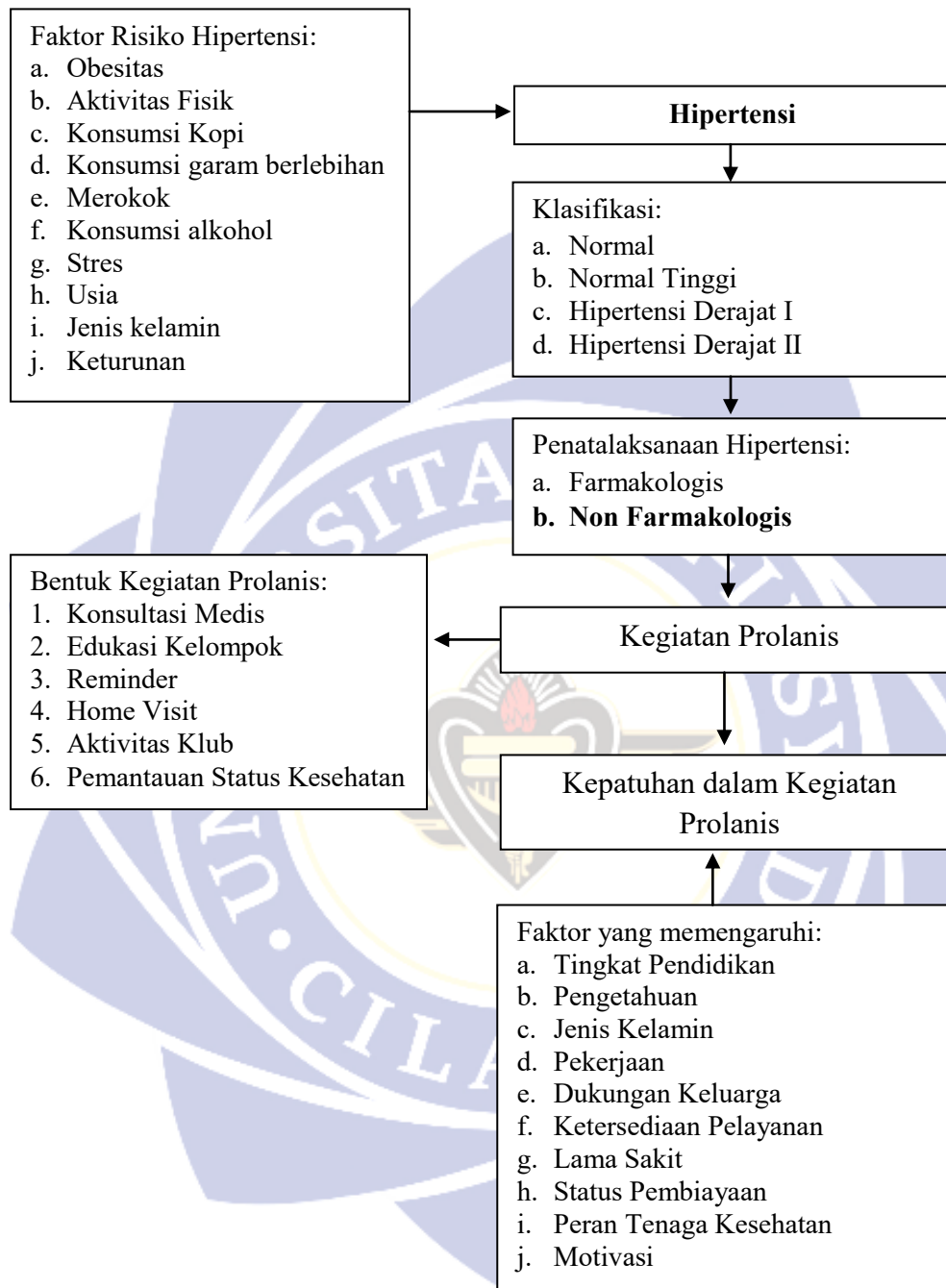
Peran dan juga dukungan petugas kesehatan sangatlah berpengaruh besar bagi penderita, dimana petugas kesehatan adalah pengelola penderita sebab petugas merupakan seseorang yang paling sering berinteraksi, sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis menjadi lebih baik dan dapat mempengaruhi rasa percaya dan menerima kehadiran petugas kesehatan dapat ditumbuhkan dalam diri penderita dengan baik (Arista, 2014). Selain itu peran tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan dapat berfungsi sebagai *comforter* atau pemberi rasa nyaman, *protector*, dan *advocate* (pelindung dan pembela), *communicator*, *mediator*, dan

rehabilitator, 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 (Mubarak, 2009).

10) 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 (Pakpahan *et al.*, 2021). 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

B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber: Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia (PERHI) (2021), Nurarif dan Kusuma (2015), Pakpahan *et al.*, (2021), Ekawati *et al.*, (2021)