

TESIS

**ANALISIS DETERMINAN KEPATUHAN BEROBAT
PENDERITA HIPERTENSI DI DAERAH URBAN
DAN RURAL PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Disusun dan diajukan oleh

**HASLINDAH
K012181102**

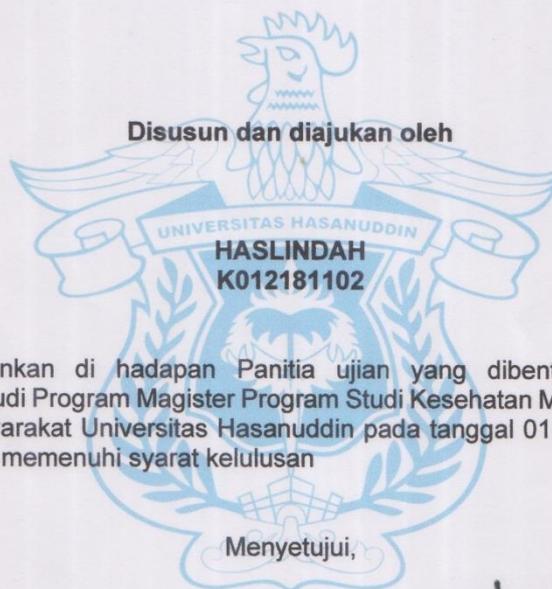


**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS DETERMINAN KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA
HIPERTENSI DI DAERAH URBAN DAN RURAL
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Disusun dan diajukan oleh



Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 01 Februari 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Dr. Ida Leida Maria, SKM., M.KM., M.Sc.PH
NIP. 19680226 199303 2 003

Pembimbing Pendamping,

Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes
NIP. 19810407 200801 2 002

Dekan Fakultas,



Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed
NIP. 19670617 199903 1 001

Ketua Program Studi,

Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : HASLINDAH
NIM : K012181102
Program studi : Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

Analisis Determinan Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 01 Februari 2021

Yang menyatakan



HASLINDAH

PRAKATA

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa pemilik Bumi dan langit serta apa yang ada di diantaranya. Berkat rahmat dan ridho_Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan hasil penelitian dengan judul *“Analisis Determinan Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan”*.

Sholawat serta salam senantiasa tercurah untuk baginda Rasulullah Muhammad shallallahu alaihi wasallam beserta keluarga, Sang pengukir sejarah terbaik di muka bumi yang merupakan sebaik-baiknya suri teladan.

Penelitian ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.KM). Pada kesempatan ini penulis memberikan rasa hormat & menghaturkan terima kasih yang sebesar-besarnya, kepada:

1. Keluarga besar saya, terkhusus untuk kedua orang tua saya, ibunda, almarhum ayahanda tercinta dan kakak yang senantiasa menjadi motivasi terbesar dan *support sistem* terbaik sepanjang hidup saya. Doa, cinta dan kasih keluarga selalu menjadi penyejuk hati dalam menjalani setiap tantangan dalam proses penelitian ini.
2. Suami tercinta Zose Wirawan, terima kasih atas doa, dukungan dan kesabarannya dalam menanti saya menyelesaikan studi ini.

3. Dr. Ida Leida M., SKM., M.KM, M.ScPH, selaku pembimbing 1 yang dengan ketulusan hatinya senantiasa memberikan semangat dan bimbingan dalam melalui tiap tahapan penelitian ini.
4. Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes, selaku pembimbing 2 yang telah penuh kesabaran dalam memberikan banyak masukan dalam mendukung ketepatan hasil penelitian ini.
5. Tim Penguji Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes, Prof. Dr. Darmawansyah, SE., M.Si, dan Dr. Wahiduddin, SKM., M.Kes yang senantiasa meluangkan waktu dalam setiap rangkaian penelitian ini, mulai dari tahap proposal hingga saat ini.
6. Kepada rekan S-2 angkatan 2018 yang senantiasa kebersamainya perjuangan dan yang senantiasa saling mendoakan.
7. Rektor & semua Civitas akademika Universitas Hasanuddin atas dukungan & bantuannya.
8. Kepada semua pihak yang telah membantu yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Dengan keterbatasan pengalaman, ilmu maupun pustaka yg ditinjau, penulis menyadari bahwa tesis ini masih banyak kekurangan & membutuhkan pengembangan lebih lanjut agar dapat lebih bermanfaat. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik & saran yang sifatnya membangun lebih tepat serta sebagai masukan bagi penulis untuk penelitian & penulisan karya ilmiah di masa yg akan datang.

Akhir kata, semoga penelitian ini akan dapat berkontribusi terhadap perkembangan ilmu pengetahuan, pelayanan kesehatan, serta penelitian- penelitian berikutnya.

Makassar, 28 Januari 2021

Haslindah

ABSTRAK

HASLINDAH. *Analisis Determinan Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan.* (Dibimbing oleh **Ida Leida M** dan **Healthy Hidayanty**)

Berdasarkan Riskesdas tahun 2018 diketahui bahwa terdapat 32,3% penderita hipertensi yang tidak patuh dalam menjalani pengobatan dan terdapat 13,3% orang yang terdiagnosis hipertensi, namun sama sekali tidak minum obat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui determinan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.

Penelitian ini menggunakan observasional analitik dengan rancangan *cross sectional study*. Populasi pada penelitian adalah penderita hipertensi di daerah urban dan rural sebanyak 5936 orang dengan sampel sebanyak 365 penderita hipertensi, yang diperoleh dengan cara *proportional stratified random sampling*. Analisis data menggunakan *SPSS statistics 22* dengan analisis bivariat *chi square* dan multivariat regresi logistik.

Hasil analisis menunjukkan bahwa determinan yang berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban yaitu pendidikan ($p=0,000$), pengetahuan ($p=0,004$), akses layanan kesehatan ($p=0,010$), dukungan keluarga ($p=0,001$), pendapatan keluarga ($p=0,003$) dan untuk daerah rural pendidikan ($p=0,000$), pengetahuan ($p=0,000$), akses layanan kesehatan ($p=0,007$), pendapatan keluarga ($p=0,000$). Determinan yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan berobat di daerah urban maupun rural adalah pendidikan (OR=12,731;95%CI=7,517-21,560). Kesimpulan penelitian ini adalah tingkat pendidikan, pengetahuan, akses layanan kesehatan dan pendapatan keluarga berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban maupun rural. Disarankan setiap puskesmas melakukan kontrol ketat terhadap kepatuhan berobat pasien yang terdiagnosa hipertensi, khususnya terhadap pasien dengan tingkat pendidikan yang rendah.

Kata Kunci : Hipertensi, Determinan, Urban, Rural, *Cross Sectional*



ABSTRACT

HASLINDAH. *Analysis of Determinants of Adherence to Treatment of Hypertension Patients in Urban and Rural Areas of South Sulawesi Province.* (Supervised by **Ida Leida M** and **Healthy Hidayanty**)

Based on Riskesdas in 2018, it is known that there are 32.3% of hypertension sufferers who do not comply with treatment and there are 13.3% of people diagnosed with hypertension, but do not take medication at all. This study aims to determine the determinants of hypertensive patients in urban and rural areas of South Sulawesi Province.

This study used an observational analytic with a cross sectional study design. The population in this study was 5936 people with hypertension in urban and rural areas with a sample of 365 hypertension sufferers, which were obtained by means of proportional stratified random sampling. Data analysis used SPSS 22 statistics with bivariate chi square analysis and multivariate logistic regression.

The analysis showed that the determinants associated with treatment services for hypertension sufferers in urban areas were education ($p = 0.000$), knowledge ($p = 0.004$), health access ($p = 0.010$), family support ($p = 0.001$), family income ($p = 0.003$ and for rural areas education ($p = 0.000$), knowledge ($p = 0.000$), access to health services ($p = 0.007$), family income ($p = 0.000$). The most influential determinations regarding medical treatment in urban or rural areas are education (OR = 12,731; 95% CI= 7,517-21,560) The conclusion of this study is the level of education, knowledge, access to health, and the relationship with people who seek treatment for hypertension sufferers in urban or rural areas. provision of treatment for patients diagnosed with hypertension, especially for patients with low educational levels.

Keywords: Hypertension, Determinant, Urban, Rural, Cross Sectional



DAFTAR ISI

	halaman
PRAKATA	iii
ABSTRAK.....	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
A. Tinjauan Umum tentang Hipertensi	13
B. Tinjauan Umum tentang Wilayah Urban dan Rural.....	23
C. Tinjauan Umum tentang Variabel yang Diteliti	26
D. Tabel Sintesa Hasil Penelitian	46
E. Kerangka Teori Penelitian.....	54
F. Kerangka Konsep Penelitian.....	55
G. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	56
H. Hipotesis Penelitian	60

BAB III METODE PENELITIAN.....	62
A. Rancangan Penelitian.....	63
B. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	64
C. Populasi dan Sampel Penelitian	66
D. Instrumen Pengumpulan Data	70
E. Teknik Pengumpulan Data.....	72
F. Pengolahan Data	74
G. Analisis Data.....	76
H. Penyajian Data	79
I. <i>Quality Control</i> Penelitian	79
K. Etika Penelitian	80
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	81
A. Hasil Penelitian	81
B. Pembahasan	111
BAB V PENUTUP	136
A. Kesimpulan	136
B. Saran.....	137
DAFTAR PUSTAKA.....	139
Lampiran.....	149

DAFTAR TABEL

nomor	halaman
1. Klasifikasi Tekanan Darah Pada Usia Dewasa >18 Berdasarkan AHA (American Heart Association) Tahun 2017	21
2. Klasifikasi Hipertensi Usia >18 Tahun Berdasarkan <i>Joint National Committee (JNC) VII</i>	21
3. Tabel Nilai/skor Kepadatan Penduduk, Persentase Rumah Tangga Pertanian, dan Keberadaan/Akses pada fasilitas Perkotaan yang dimiliki.	26
4. Metode Pengukuran Kepatuhan dalam Mengonsumsi Obat	28
5. Penilaian 8 item dari Kuesioner <i>Morisky Medication Adherence Scale</i>	30
6. Tabel Sintesa Hasil Penelitian	46
7. Jumlah Sampel Berdasarkan Puskesmas di Daerah Urban	69
8. Jumlah Sampel Berdasarkan Puskesmas di Daerah Rural	70
9. Hasil Uji Validitas Instrumen Penelitian	71
10. Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian	72
11. Tabel kontingensi 2x2 analisis <i>Chi Square</i>	77
12. Jumlah penduduk berdasarkan data Badan Pusat Statistik Kota Makassar tahun 2020	85
13. Jumlah penduduk berdasarkan data Badan Pusat Statistik Kota Makassar tahun 2020	87
14. Distribusi responden berdasarkan karakteristik responden di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan	88
15. Distribusi responden berdasarkan Puskesmas di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	89
16. Distribusi responden berdasarkan wilayah kecamatan di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	90

17. Distribusi responden berdasarkan lama menderita hipertensi responden di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	91
18. Distribusi responden berdasarkan adanya komorbiditas yang dialami responden di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	92
19. Distribusi responden berdasarkan jenis komorbiditas yang dialami responden di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	92
20. Distribusi responden berdasarkan kepatuhan berobat di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	93
21. Distribusi responden berdasarkan jenjang pendidikan responden di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	94
22. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	95
23. Distribusi responden berdasarkan Pengetahuan Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	95
24. Distribusi responden berdasarkan akses layanan kesehatan di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	96
25. Distribusi responden berdasarkan kepemilikan asuransi kesehatan di daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	97
26. Distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga di daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	98
27. Distribusi responden berdasarkan Pendapatan Keluarga di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	98
28. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	99

29. Distribusi responden berdasarkan efek samping pengobatan di daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	100
30. Hubungan tingkat pendidikan terhadap kepatuhan berobat di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	101
31. Hubungan tingkat pengetahuan terhadap kepatuhan berobat di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	102
32. Hubungan akses layanan kesehatan terhadap kepatuhan berobat di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	103
33. Hubungan kepemilikan asuransi kesehatan terhadap kepatuhan berobat di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	104
34. Hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan berobat di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	105
35. Hubungan pendapatan keluarga dengan kepatuhan berobat di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	106
36. Hubungan jenis kelamin dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	107
37. Hubungan efek samping pengobatan dengan kepatuhan berobat di daerah urban Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020	108
38. Hasil analisis multivariat tahap satu terhadap kepatuhan berobat di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020 dengan metode enter	109
39. Hasil analisis multivariat tahap satu terhadap kepatuhan berobat di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020 dengan metode enter	110

DAFTAR GAMBAR

Nomor	halaman
1. Kerangka Teori	54
2. Kerangka Konsep Penelitian	55
3. Rancangan Penelitian <i>Cross Sectional</i>	63
4. Lokasi Penelitian Daerah Urban	82
5. Lokasi Penelitian Daerah Rural	84

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor		halaman
1	Lembar penjelasan untuk responden	148
2.	<i>Informed Consent</i>	149
3.	Kuesioner Penelitian	150
4.	Master tabel hasil penelitian	158
5.	<i>Output</i> hasil penelitian	181
6.	Dokumentasi penelitian	188
7.	Surat-surat penelitian	196

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang/singkatan	Arti dan Keterangan
<	Kurang dari
>	Lebih dari
≥	Lebih dari atau sama dengan
AHA	<i>American Heart Association</i>
BPS	Badan Pusat Statistik
DM	Diabetes Melitus
DTPK	Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan
MMAS	<i>Modifed Morisky Adherence Scale</i>
NCD	<i>Non Communicable Disease</i>
PMT	Pemukiman <i>Masyarakat</i> Terasing
PKM	Puskesmas
PTM	Penyakit Tidak Menular
Risikesdas	Riset Kesehatan Dasar
UMP	Upah Minum Provinsi
UPT	Unit Pemukiman Transmigrasi
WHO	<i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah pada pembuluh darah meningkat secara kronik. Pada kondisi hipertensi, terjadi gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan zat gizi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya (Kemenkes, 2013). Penyakit Tidak Menular (PTM) termasuk hipertensi, telah membunuh 41 juta orang setiap tahun, setara dengan 71% dari semua kematian di seluruh dunia. Lebih dari 85% kematian terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah, termasuk di Indonesia (WHO, 2019).

World Health Organization (WHO) melaporkan jumlah penderita hipertensi akan terus meningkat seiring dengan jumlah penduduk yang bertambah. Pada tahun 2025 mendatang, diperkirakan sekitar 29% penduduk dunia akan mengalami hipertensi. WHO menyebutkan negara ekonomi berkembang memiliki penderita hipertensi sebesar 40% sedangkan negara maju hanya 35%. Di Kawasan Asia penyakit ini telah membunuh 1,5 juta orang setiap tahunnya. Hal ini menandakan satu dari tiga orang di Asia menderita hipertensi (WHO, 2019). Beban penyakit kardiovaskular meningkat di seluruh dunia dan merupakan penyebab

utama kematian baik secara global maupun di negara-negara Asia (Nguyen *et al.*, 2014). Penyakit kardiovaskular, termasuk hipertensi, penyakit jantung, stroke dan gagal jantung juga terus menjadi penyebab utama kematian di Amerika Serikat (Go *et al.*, 2014).

Peningkatan kejadian PTM berhubungan dengan peningkatan faktor risiko akibat perubahan gaya hidup. Transisi gaya hidup yang mengalami modernisasi sering disertai dengan gaya hidup yang tidak sehat, seperti pola konsumsi yang buruk, merokok, konsumsi alkohol yang berlebihan, stres kerja dan kurangnya aktivitas fisik (Z. S. Wu, 2019). Meskipun PTM seringkali dihubungkan dengan gaya hidup makmur, namun faktanya kasus PTM cenderung meningkat di negara dengan penghasilan rendah dan menengah (WHO, 2019).

Prevalensi hipertensi berdasarkan Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) mengalami peningkatan. Hal ini dapat dilihat dari *trend* prevalensi hipertensi berdasarkan pemeriksaan tenaga kesehatan terhadap penduduk umur ≥ 18 tahun. Pada tahun 2013 prevalensi hipertensi sebanyak 25,8% kemudian meningkat di tahun 2018 menjadi 34,11%. Meningkatnya umur harapan hidup di Indonesia dari tahun 2013 yaitu 70,4 menjadi 71,2 pada tahun 2018, telah turut berkontribusi terhadap meningkatnya jumlah lanjut usia, sehingga terjadi pergeseran pola penyakit dari penyakit infeksi ke penyakit degeneratif yang berdampak terhadap peningkatan prevalensi hipertensi. Selain itu prevalensi hipertensi dipengaruhi oleh pertumbuhan penduduk Indonesia dari tahun 2013

sebanyak 248 juta jiwa meningkat menjadi 265 juta jiwa di tahun 2018. Hal ini sejalan dengan pernyataan WHO, 2019 bahwa jumlah penderita hipertensi akan terus meningkat seiring dengan jumlah penduduk yang bertambah. Untuk tahun 2018 prevalensi di daerah urban lebih tinggi 34,43% dibandingkan dengan daerah rural 33,72% (Kemenkes, 2018).

Data Riskesdas Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2013-2018 menunjukkan prevalensi hipertensi mengalami peningkatan. Berdasarkan pemeriksaan tenaga kesehatan terhadap penduduk umur ≥ 18 Tahun, prevalensi pada tahun 2013 sebanyak 29% dan meningkat menjadi 32% di tahun 2018 (Kemenkes, 2018). Hal ini juga terkait dengan jumlah penduduk yang bertambah dan umur harapan hidup Provinsi Sulawesi Selatan yang meningkat dari 67,92 di tahun 2013 menjadi 70,9 di tahun 2018.

Respon terbaik terhadap masalah kesehatan penyakit tidak menular adalah melalui *screening* dan pengobatan yang tepat. Salah satu upaya untuk mengendalikan prevalensi hipertensi adalah kepatuhan dalam menjalani pengobatan. Hipertensi tidak terkontrol dapat menyebabkan gangguan pada berbagai organ. Kondisi tekanan darah tinggi yang terus-menerus akan menyebabkan jantung bekerja lebih keras, sehingga kondisi ini akan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada pembuluh darah, jantung, ginjal, otak, dan mata (Fryar, C.D., 2012). Besarnya risiko tersebut dapat terjadi secara tidak langsung mempengaruhi produktifitas seseorang, hal ini sejalan dengan pernyataan WHO tahun 2016 dalam program *Global NCD Target Reduce High Blood Pressure* bahwa penyakit ini berdampak

pada pendapatan ekonomi dan mencegah orang di seluruh dunia untuk hidup sehat dan sejahtera.

Berdasarkan Riskesdas tahun 2018 diketahui bahwa terdapat 32,3% penderita hipertensi yang tidak patuh dalam menjalani pengobatan dan ada 13,3% orang yang terdiagnosis hipertensi namun sama sekali tidak minum obat. Hal ini menunjukkan bahwa salah satu masalah yang dihadapi terkait penyakit hipertensi adalah ketidakpatuhan dalam berobat. Hal ini terbukti dari kunjungan penderita hipertensi tidak teratur ke fasilitas layanan kesehatan mencapai 31,3% dan 8,1% tidak berobat karena tidak mampu membeli obat.

Kepatuhan berobat penderita hipertensi dapat dipengaruhi oleh multi faktor seperti jenis kelamin, pendidikan, akses layanan kesehatan, pendapatan keluarga, dukungan keluarga, kepemilikan asuransi kesehatan dan adanya efek samping pengobatan yang dirasakan (Oori, 2018).

Perbedaan pola menghadapi sakit dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin. Pada dasarnya perempuan lebih patuh mengobati dirinya dibandingkan dengan laki-laki (Notoatmodjo, 2010). Sebanyak 67% wanita lebih patuh menjalani pengobatan dibandingkan laki-laki (Majeed, 2015). Sejalan dengan penelitian Joho (2012) mengungkapkan bahwa perempuan lebih patuh 63,2% dibandingkan laki-laki 36,8%.

Kepatuhan berobat juga dapat dipengaruhi oleh pendidikan. Faktor pendidikan formal yang rendah merupakan salah satu hambatan untuk menimbulkan kesadaran terhadap faktor risiko hipertensi pada masyarakat

desa dan penduduk minoritas. Seseorang yang menempuh pendidikan formal 6,5 kali lebih tahu tentang hipertensi dibandingkan yang tidak memperoleh pendidikan formal. Oleh karena itu kesadaran untuk mengontrol hipertensi pada orang yang tidak berpendidikan juga rendah (Aung *et al.*, 2012).

Keterjangkauan terhadap akses layanan kesehatan sangat penting dalam meningkatkan kepatuhan dalam berobat. Tingkat kematian untuk beberapa penyakit tidak menular dapat dipengaruhi oleh akses terhadap diagnosis dan pengobatan. Akses ke obat-obatan penyakit tidak menular penting tersedia di semua fasilitas pelayanan kesehatan primer untuk memastikan bahwa penderita yang membutuhkan menerima pengobatan dan konseling (WHO, 2019).

Faktor lain yang turut berpengaruh adalah pendapatan keluarga. Pendapatan keluarga memengaruhi dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan, hal tersebut berhubungan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan, salah satunya berhubungan penebusan obat. Kepala keluarga dengan pendapatan yang rendah, memiliki peluang yang kecil dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan (Rabbaniyah & Nadjib, 2019).

Pengetahuan tentang hipertensi akan turut berkontribusi terhadap kepatuhan berobat penderita hipertensi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Jankowska-Polańska *et.al.*, (2016) yang membuktikan bahwa pengetahuan memiliki hubungan paling signifikan terhadap kepatuhan berobat penderita hipertensi.

Pengaruh dukungan keluarga dalam kepatuhan berobat penderita hipertensi juga sangat penting. Sebuah penelitian di Nigeria yang membuktikan bahwa penderita dengan dukungan keluarga yang baik memiliki kepatuhan yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang memiliki dukungan keluarga yang buruk (Olowookere *et al.*, 2015).

Penelitian lain menunjukkan bahwa hubungan kepemilikan asuransi kesehatan berdampak terhadap kualitas kepatuhan pengobatan dan kontrol tekanan darah. Penderita dengan asuransi kesehatan memiliki peluang 2,2 kali lipat untuk mencapai kontrol tekanan darah dibandingkan dengan penderita tanpa asuransi kesehatan (Oso *et al.*, 2019).

Kepatuhan berobat penderita hipertensi juga dapat diakibatkan oleh adanya efek samping pengobatan. Dalam penelitian Lalic (2013) ditemukan sebanyak 5,29% penderita hipertensi yang menghentikan pengobatan karena adanya efek samping pengobatan yang dirasakan. Berdasarkan data riskesdas 2018, dari 32,3% penderita hipertensi yang tidak rutin mengkonsumsi obat, terdapat 4,5% diantaranya berhenti minum obat karena tidak tahan terhadap efek samping obat.

Beberapa penelitian telah menjelaskan penyebab ketidakpatuhan berobat penderita hipertensi, namun belum menganalisis penyebab ketidakpatuhan berobat yang ditinjau dari dua latar belakang kelompok masyarakat yang berbeda. Dalam penelitian ini dipilih Kota Makassar dan Toraja Utara sebagai lokasi penelitian karena hipertensi merupakan masalah kesehatan yang dihadapi di Kabupaten/Kota tersebut. Kondisi

masyarakat juga representatif menggambarkan kondisi penduduk dengan latar belakang sosial ekonomi dan pendidikan yang berbeda. Kabupaten Toraja Utara merupakan salah satu Kabupaten dengan jumlah penduduk miskin terbesar di Sulawesi Selatan mencapai 13,37%. dengan penduduk tidak tamat sekolah dasar mencapai 12,8% dan Kota Makassar dengan presentase jumlah penduduk miskin paling sedikit yaitu 4,41% penduduk. dengan jumlah penduduk tidak tamat sekolah dasar 4,28 %, termasuk salah satu yang terendah di Provinsi Sulawesi Selatan (BPS, 2019).

Kota Makassar dapat di golongan sebagai daerah urban karena memenuhi standar kepadatan penduduk >8500 jiwa per km². Laporan BPS Kota Makassar Tahun 2018 menunjukkan jumlah penduduk kota Makassar mencapai 1.508.154 jiwa. Dalam publikasi BPS sepuluh penyakit terbanyak di Kota Makassar, salah satunya adalah Hipertensi dengan jumlah 64.269 kasus. Berdasarkan Data dinas kesehatan Kota Makassar Tahun 2017, terdapat 517 orang yang meninggal karena penyakit hipertensi, dengan prevalensi mencapai 38.882 dan kasus baru sebanyak 11.483 (BPS, 2019a).

Kab.Toraja Utara dapat digolongkan sebagai daerah rural karena berdasarkan kepadatan penduduk Kab. Toraja Utara hanya 200 jiwa per km². Laporan BPS Kab. Toraja Utara menunjukkan bahwa dalam 3 tahun terakhir hipertensi merupakan salah satu dari 10 penyakit terbanyak di Wilayah Toraja Utara. Dengan kasus yang fluktuatif yaitu 9.539 kasus pada

tahun 2016 kemudian menurun 7.824 pada tahun 2017 dan kembali meningkat menjadi 9.288 di tahun 2018 (BPS, 2019b).

Kepatuhan berobat dan kontrol hipertensi sangat penting dalam mencegah komplikasi seperti stroke dan penyakit jantung koroner (Nyaaba *et al.*, 2019). Menyediakan terapi obat dan konseling untuk individu berisiko tinggi telah diidentifikasi sebagai salah satu yang paling efektif untuk mencegah serangan jantung dan stroke (WHO, 2016). Dampak yang ditimbulkan dari ketidakpatuhan berobat adalah berisiko untuk mengalami komplikasi ke penyakit yang sifatnya lebih berat seperti penyakit jantung koroner, stroke bahkan dapat menyebabkan kematian karena adanya serangan jantung untuk itu sebagai upaya untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat dan menurunkan prevalensi hipertensi harus dipastikan bahwa penderita hipertensi menjalani pengobatan dengan patuh. Adanya komplikasi kepenyakit yang lebih berat seperti stroke akan berdampak terhadap produktifitas seseorang dan akan menambah beban penderita dan keluarga dalam hal biaya perawatan dan pengobatan (Hannon, 2019).

Puskesmas merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berfungsi menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan secara paripurna. Hingga saat ini hipertensi merupakan salah satu tantangan puskesmas dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas. Tatalaksana hipertensi yang seringkali menjadi masalah adalah tingkat kepatuhan mengkonsumsi obat antihipertensi. Kepatuhan yang rendah terhadap obat

antihipertensi menjadi tantangan kesehatan masyarakat. Dengan mengetahui hambatan dan penyebab kepatuhan terhadap obat antihipertensi dapat membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan penderita hipertensi di daerah urban maupun di daerah rural sebagai upaya untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat dan menurunkan prevalensi hipertensi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diruraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Apakah pendidikan berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
2. Apakah pengetahuan berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
3. Apakah akses layanan kesehatan berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
4. Apakah kepemilikan asuransi kesehatan berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
5. Apakah dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?

6. Apakah pendapatan keluarga keluarga berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
7. Apakah jenis kelamin berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
8. Apakah efek samping pengobatan berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
9. Variabel apa yang paling berpengaruh dengan kepatuhan berobat di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?

C.Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui determinan yang berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.

3. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis hubungan pendidikan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.

- b. Untuk menganalisis hubungan pengetahuan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- c. Untuk menganalisis hubungan akses layanan kesehatan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural provinsi Sulawesi Selatan.
- d. Untuk menganalisis hubungan kepemilikan asuransi kesehatan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- e. Untuk menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- f. Untuk menganalisis hubungan pendapatan keluarga dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- g. Untuk menganalisis hubungan jenis kelamin dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- h. Untuk menganalisis hubungan efek samping pengobatan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.

- i. Untuk menganalisis variabel yang paling berpengaruh dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data awal bagi penelitian selanjutnya yang terkait dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi.

2. Manfaat Praktis

Menjadi sumber informasi bagi Dinas Kesehatan Kota Makassar dan Dinas Kesehatan Toraja Utara dalam melakukan intervensi peningkatan kepatuhan berobat penderita hipertensi.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Menambah pengalaman riset dengan melakukan penelitian, terutama dalam penyakit tidak menular khususnya hipertensi.

4. Manfaat Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi kepada masyarakat tentang pentingnya kepatuhan berobat sehingga masyarakat peduli terhadap kesehatan mereka secara mandiri.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Menurut *American Heart Association* (AHA), tekanan darah tinggi (hipertensi) adalah kekuatan darah yang mengalir tinggi melalui pembuluh darah secara konsisten. Hampir setengah dari orang dewasa Amerika memiliki tekanan darah tinggi dan banyak dari mereka tidak mengetahui mengalami tekanan darah tinggi (AHA, 2017).

Hipertensi adalah keadaan peningkatan tekanan darah yang memberi gejala yang akan berlanjut ke suatu organ target seperti stroke (untuk otak), penyakit jantung koroner (pada pembuluh darah jantung) dan *hipertropi ventrikel* kanan/ kiri untuk otot jantung (Bustan, 2007).

Hipertensi atau yang dikenal dengan nama penyakit darah tinggi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah di atas ambang batas normal yaitu 120/80 mmHg. Menurut WHO (*World Health Organization*), batas tekanan darah yang dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg (Tarigan, Lubis, & Syarifah, 2018).

2. Jenis-Jenis Hipertensi

Menurut (AHA, 2017) jenis-jenis hipertensi dibagi sebagai berikut :

- a. Hipertensi primer (esensial) adalah suatu peningkatan persisten tekanan arteri yang secara umum tidak diketahui penyebabnya.
- b. Hipertensi sekunder adalah hipertensi persisten akibat kelainan dasar selain hipertensi esensial. Hipertensi ini penyebabnya diketahui dan menyangkut lebih 10% dari kasus-kasus hipertensi.

Berdasarkan bentuk hipertensi yaitu hipertensi diastolik, sistolik dan campuran.

- a. Hipertensi *diastolik (diastolic hypertension)* yaitu peningkatan tekanan diastolik tanpa diikuti peningkatan tekanan sistolik. Paling sering ditemukan pada anak-anak dan dewasa muda.
- b. Hipertensi campuran (*sistol dan diastol yang meninggi*) yaitu peningkatan tekanan darah pada sistol dan diastol.
- c. Hipertensi sistolik (*isolated systolic hypertension*) yaitu peningkatan tekanan sistolik tanpa diikuti peningkatan tekanan diastolik. Paling umum ditemukan pada usia lanjut, yang dihasilkan oleh ketidakteraturan mekanisme kontrol homeostatik normal.

3. Patofisiologi

Hipertensi dimulai dengan gangguan struktur anatomi pembuluh darah perifer yang berlanjut dengan kekakuan pembuluh darah. Kekakuan pembuluh darah disertai dengan penyempitan dan kemungkinan pembesaran plak yang menghambat gangguan peredaran darah perifer. Kekakuan dan kelambanan aliran darah menyebabkan beban jantung menjadi lebih berat sehingga harus di kompensasi dengan peningkatan upaya pemompaan jantung yang memberikan dampak peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi (Bustan, 2007).

4. Faktor Risiko

- a. Riwayat penyakit keluarga

Jika orang tua atau keluarga dekat memiliki tekanan darah tinggi, ada kemungkinan besar anggota keluarga lain mengalami hipertensi. Hal ini terbukti dalam penelitian Santoso (2018) membuktikan bahwa adanya anggota keluarga yang menderita hipertensi merupakan faktor risiko hipertensi.

b. 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. Hasil penelitian Widjaja (2013) menemukan bahwa orang berusia dewasa muda 34,2% telah mengalami prehipertensi dan 17,1% hipertensi. Penelitian Febrianti (2019) juga menemukan bahwa usia tua lebih berisiko 2,76 kali untuk mengalami hipertensi.

c. Jenis kelamin

Sampai usia 45, pria lebih cenderung mendapat tekanan darah tinggi dibanding wanita. Dari usia 45 tahun sampai 64 tahun, pria cenderung mengalami tekanan darah tinggi dibanding wanita dengan tingkat yang sama. Pada usia 65 tahun keatas, wanita lebih cenderung terkena tekanan darah tinggi (Bustan, 2007).

d. Ras

Orang Afrika-Amerika cenderung mengalami tekanan darah tinggi yang 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. Peningkatan prevalensi di non-Hispanik Individu berkulit hitam dan lebih tua mencapai 29% (Barrows, Ramezani, & Raj, 2019). Di Amerika lebih banyak ditemukan pada orang kulit hitam dibanding orang dengan kulit putih, sementara variasi antar suku di Indonesia terendah ditemukan di lembah baliem jaya, Papua (0,6%) dan tertinggi di Sukabumi (Suku Sunda) Jawa Barat (28,6%) (Bustan, 2007).

e. Kurangnya aktivitas fisik

Kurang melakukan aktivitas fisik merupakan bagian dari gaya hidup yang dapat meningkatkan risiko terkena tekanan darah tinggi. Hasil penelitian menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara aktivitas fisik dan kejadian hipertensi dengan besar resiko mencapai 4,46 kali (Febrianti, 2019).

Aktivitas fisik memengaruhi tekanan darah melalui peningkatan ataupun penurunan aktivitas saraf simpatis. Aktivitas olahraga juga akan cenderung meningkatkan frekuensi denyut jantung sehingga otot jantung harus bekerja lebih keras pada tiap kontraksi. Makin keras dan sering otot jantung memompa maka makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri. Olahraga teratur bisa membuat jantung kita sehat sehingga terhindar dari hipertensi karena penyakit hipertensi

merupakan peningkatan tekanan darah yang memberi gejala yang berlanjut untuk suatu target organ, seperti stroke pada otak, penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah jantung dan otot jantung. Olahraga bermanfaat untuk meningkatkan kerja dan fungsi jantung, paru, dan pembuluh darah yang ditandai dengan denyut nadi istirahat menurun, penumpukan asam laktat berkurang, meningkatkan HDL kolesterol, dan mengurangi aterosklerosis (PERKI, 2015).

f. Diet yang tidak sehat

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. Diet yang tidak sehat berisiko untuk menyebabkan hipertensi (Z. S. Wu, 2019).

g. 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. Hipertensi banyak ditemukan pada orang yang mengalami kegemukan dibanding orang kurus (Bustan, 2007).

h. Konsumsi alkohol

Konsumsi alkohol dapat menyebabkan banyak masalah kesehatan, termasuk gagal jantung, stroke dan detak jantung tidak teratur (aritmia). Hal ini dapat menyebabkan tekanan darah meningkat secara dramatis. Bahkan dosis rendah alkohol dapat menyebabkan perkembangan hipertensi, terutama pada pria Asia (Jung *et al.*, 2019).

i. Merokok dan penggunaan tembakau

Menggunakan tembakau dapat menyebabkan tekanan darah meningkat sementara sehingga dapat menyebabkan arteri yang rusak. Perokok pasif, paparan asap orang lain, juga meningkatkan risiko penyakit jantung bagi bukan perokok. Merokok adalah faktor risiko utama untuk penyakit jantung dan hipertensi (Dikalov *et al.*, 2019).

Kebiasaan merokok ini berperan menyebabkan hipertensi karena rokok mengandung nikotin dan karbondioksida yang memengaruhi tekanan darah. Nikotin dapat meningkatkan asam lemak, mengaktifasi trombosit, memicu aterosklerosis, dan penyempitan pembuluh darah. Karbon monoksida dapat mengakibatkan hemoglobin dalam darah rusak sehingga menumpuk di membran pembuluh kapiler dan menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah. Selain itu juga terdapat zat-zat kimia lain dalam asap rokok, nikotin diserap oleh pembuluh-pembuluh darah amat kecil di dalam paru-paru dan diedarkan ke aliran darah. Hanya dalam beberapa detik nikotin sudah mencapai otak. Otak bereaksi terhadap nikotin dengan memberi sinyal

pada kelenjar adrenal untuk melepas epinefrin (adrenalin). Hormon yang kuat ini akan menyempitkan pembuluh darah dan memaksa jantung untuk bekerja lebih berat karena tekanan yang lebih tinggi serta peran karbonmonoksida yang dapat menggantikan oksigen dalam darah dan memaksa jantung memenuhi kebutuhan oksigen tubuh (Al Bannay, 2014).

j. 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.

5. Klasifikasi Hipertensi

Untuk mendiagnosa seseorang menderita penyakit hipertensi atau tidak, maka dibutuhkan standar nilai ukur dari tensi atau tekanan darah. Ada beberapa standar terkait dengan klasifikasi hipertensi, salah satunya dari American Heart Association 2017, dengan klasifikasi sebagai berikut :

Tabel 1. Klasifikasi Tekanan Darah Pada Usia Dewasa >18 Berdasarkan AHA (American Heart Association) 2017

Kategori Tekanan Darah	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre Hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi Derajat 2	≥ 160	≥100
Hipertensi Krisis	>180	>110

Sumber : American Heart Association, 2017

Standar yang berbeda tentang klasifikasi hipertensi dari *Joint National Committee (JNC) VII* sebagai berikut :

Tabel 2. Klasifikasi Hipertensi Usia >18 Tahun Berdasarkan *Joint National Committee (JNC) VII*

Klasifikasi Tekanan Darah	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Normal	<120	dan	<80
Pre Hipertensi	120-139	atau	80-89
Hipertensi Derajat 1	140-159	atau	90-99
Hipertensi Derajat 2	≥ 160	atau	≥100

Sumber : Chobanian *et al.*, 2003

6. Tanda dan gejala

Menurut *American Heart Association* (AHA) tahun 2017 pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat dapat ditemukan edema pupil (edema pada diskus optikus).

7. Pencegahan

Berikut adalah pedoman tatalaksana pencegahan Hipertensi oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI, 2015)

a. Penurunan berat badan

Mengganti makanan tidak sehat dengan memperbanyak asupan sayuran dan buah-buahan dapat memberikan manfaat yang lebih selain penurunan tekanan darah, seperti menghindari diabetes dan dislipidemia.

b. Mengurangi asupan garam

Di negara Indonesia, makanan tinggi garam dan lemak merupakan makanan tradisional pada kebanyakan daerah. Tidak jarang pula penderita tidak menyadari kandungan garam pada makanan cepat saji, makanan kaleng, daging olahan dan sebagainya. Tidak jarang, diet rendah garam ini juga bermanfaat untuk mengurangi dosis obat antihipertensi pada penderita hipertensi derajat ≥ 2 dianjurkan untuk asupan garam tidak melebihi 2 gr/ hari.

c. Olahraga

Olah raga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30-60 menit/ hari, minimal 3 hari/ minggu, dapat membantu penurunan tekanan darah. Terhadap penderita yang tidak memiliki waktu untuk berolahraga secara khusus, sebaiknya harus tetap dianjurkan untuk berjalan kaki, mengendarai sepeda atau menaiki tangga dalam aktifitas rutin mereka di tempat kerjanya.

d. Mengurangi konsumsi alkohol

Walaupun konsumsi alkohol belum menjadi pola hidup yang umum di negara Indonesia, namun konsumsi alkohol semakin hari semakin meningkat seiring dengan perkembangan pergaulan dan gaya hidup, terutama di kota besar. Konsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita, dapat meningkatkan tekanan darah. Dengan demikian membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol sangat membantu dalam penurunan tekanan darah.

e. Berhenti merokok

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

B. Tinjauan Umum tentang Wilayah Urban dan Rural

1. Tinjauan umum tentang wilayah perkotaan (urban)

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, kawasan perkotaan (urban) adalah kawasan yang mempunyai kegiatan utama bukan pertanian, dengan susunan fungsi kawasan sebagai tempat permukiman perkotaan, pemusatan dan distribusi pelayanan jasa pemerintahan, pelayanan sosial, dan kegiatan ekonomi.

2. Tinjauan umum tentang wilayah pedesaan (rural)

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, kawasan pedesaan (rural) adalah kawasan yang mempunyai kegiatan utama pertanian, termasuk pengelolaan sumber daya alam, dengan susunan fungsi kawasan sebagai tempat permukiman perdesaan, pelayanan jasa pemerintahan, pelayanan sosial, dan kegiatan ekonomi.

Berdasarkan Badan Pusat Statistik Tahun 2010 daerah rural adalah suatu wilayah administratif setingkat pedesaan/kelurahan yang belum memenuhi persyaratan tertentu dalam hal kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan aksesibilitas sejumlah fasilitas perkotaan, seperti jalan raya, sarana pendidikan formal, sarana kesehatan umum dan sebagainya yang relatif sulit yang ditinjau dari segi jarak.

3. Kriteria penentuan wilayah urban dan rural

Perkotaan adalah status suatu wilayah administrasi setingkat desa/kelurahan yang memenuhi kriteria klasifikasi wilayah perkotaan. Sedangkan perdesaan adalah status suatu wilayah administrasi setingkat desa/kelurahan yang belum memenuhi kriteria klasifikasi wilayah perkotaan. Desa adalah wilayah administrasi terendah dalam hierarki pembagian wilayah administrasi Indonesia di bawah kecamatan. Kelurahan adalah wilayah administrasi terendah dalam hierarki pembagian wilayah administrasi Indonesia di bawah

kecamatan. Wilayah administrasi terendah dalam hierarki pembagian wilayah administrasi Indonesia di bawah kecamatan, selain desa/kelurahan adalah Nagari, Unit Pemukiman Transmigrasi dan Pemukiman Masyarakat Terasing (PMT) (BPS, 2010).

Kriteria penentuan wilayah perkotaan (urban) atau wilayah pedesaan (rural) berdasarkan beberapa kriteria seperti kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan, yang dimiliki suatu desa/kelurahan untuk menentukan status perkotaan suatu desa/kelurahan. Fasilitas perkotaan sebagaimana dimaksud adalah adanya sekolah taman kanak-kanak (TK), Sekolah Menengah Pertama, Sekolah Menengah Umum, pasar, pertokoan, bioskop, rumah sakit, hotel/bilyar/diskotek/panti pijat/salon, persentase rumah tangga yang menggunakan telepon dan persentase rumah tangga yang menggunakan listrik. Penentuan nilai/skor untuk menetapkan sebagai wilayah perkotaan dan pedesaan atas desa/kelurahan, yaitu:

- a. Wilayah perkotaan, apabila dari kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan yang dimiliki mempunyai total nilai/skor 10 atau lebih;
- b. Wilayah pedesaan, apabila dari kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan yang dimiliki mempunyai total nilai/skor di bawah 10.

Tabel 3. Nilai/skor kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan yang dimiliki.

Kepadatan Penduduk per Km ²	Skor	Persentase RT Pertanian	Fasilitas Perkotaan	Kriteria	Skor
<500	1	>70,00	TK	a) Ada atau ≤2,5 Km	1
500-1249	2	30,00-49,00	SMP	b) >2,5 Km	0
1250-2499	3	50,00-69,99	SMU	a) Ada atau ≤2,5 Km	1
2500-3999	4	20,00-29,99	Pasar	b) >2,5 Km	0
4000-5999	5	15,00-19,99	Pertokoan	a) Ada atau ≤5 Km	1
6000-7499	6	10,00-14,99	Bioskop	b) >5 Km	0
7500-8499	7	5,00-9,99	RS	a) Ada	1
>8500	8	<5,00	Hotel/Salon/ Panti Pijat	b) Tidak Ada	0
			RT Telepon	a) ≥8,00	1
				b) <8,00	0
			RT Listrik	a) ≥90,0	1
				b) <90,0	0

Sumber : Badan Pusat Statistik, 2010

C. Tinjauan Umum tentang Variabel yang Diteliti

1. Variabel Dependen (Kepatuhan Berobat)

a. Definisi

Kepatuhan berobat adalah perilaku mengkonsumsi obat sesuai kesepakatan antara penderita dengan pemberi resep (Horne, 2006). Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat atau dikenal dengan istilah *adherence* dapat dimaknai sebagai perilaku untuk menaati saran-saran atau prosedur dari dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya

didahului oleh proses konsultasi antara penderita dengan dokter sebagai penyedia jasa medis. Kepatuhan terhadap terapi farmakologi atau terapi obat pada penderita hipertensi merupakan kunci untuk pengendalian hipertensi karena tujuan pengobatan penderita hipertensi tidak hanya untuk menghilangkan rasa sakit tetapi juga untuk menghindari efek jangka panjang dari hipertensi yaitu timbulnya komplikasi. Kepatuhan pengobatan merupakan perilaku kesehatan yang sifatnya multifaktor (Liberty, 2017).

b. Cara mengukur kepatuhan berobat

Pengukuran kepatuhan berobat dapat dilakukan dengan dua cara yaitu pengukuran secara langsung dan pengukuran secara tidak langsung (Osterberg & Blaschke, 2005). Kedua metode pengukuran tersebut memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing yang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. Metode Pengukuran Kepatuhan dalam Mengonsumsi Obat

Pengukuran	Kelebihan	Kekurangan
Pengukuran Langsung		
Observasi	Paling Akurat	Penderita dapat menyembunyikan pil dalam mulut dan kemudian membuangnya
Pengukuran kadar obat	Objektif	Variasi metabolisme dapat memberikan penafsiran yang

Penanda biologis dalam darah	Objektif	salah terhadap kepatuhan dan memerlukan biaya yang lebih Memerlukan pengujian kuantitatif yang mahal dan pengumpulan cairan tubuh
------------------------------	----------	--

Pengukuran Tidak Lansung

Kuesioner	Sederhana, murah, metode paling berguna dalam penentuan klinis	Rentang terhadap kesalahan, hasilnya mudah terdistorsi oleh penderita
Menghitung pil	Objektif dan mudah	Data mudah diubah oleh penderita
Monitoring obat elektronik	Akurat dan mudah	Mahal, memerlukan kunjungan kembali dalam pengambilan data

Pengukuran	Kelebihan	Kekurangan
-------------------	------------------	-------------------

Pengukuran Tidak Lansung

Penanda fisiologis	Mudah	Penanda dapat tidak mengenali penyebab lain
Buku harian penderita	Mengandalkan ingatan	Mudah diubah oleh penderita
Kuesioner untuk orang	Sederhana dan objektif	Rentang terhadap distorsi

terdekat

penderita

Kecepatan menebus resep obat	Objektif dan mudah	Resep yang diambil tidak sama dengan obat yang dikonsumsi
------------------------------	--------------------	---

Penilaian respon klinis penderita	Sederhana dan mudah	Faktor lain dari kepatuhan pengobatan dapat berefek pada respon klinis
-----------------------------------	---------------------	--

Sumber : Osterberg dan Blaschke, 2005

Metode pengukuran tidak langsung melalui kuesioner merupakan metode yang dinilai cukup sederhana, murah dan mudah dalam pelaksanaannya. Salah satu kuesioner yang dibuat oleh Morisky yaitu *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) adalah kuesioner yang telah tervalidasi untuk menilai kepatuhan terapi jangka panjang pada penyakit kronik. Salah satu penelitian yang telah memvalidasi kuesioner ini adalah yang dilakukan oleh De Oliveira *et al.*, (2014) dan menyatakan bahwa kuesioner ini valid untuk digunakan mengukur kepatuhan berobat. Morisky, *et al.*, (2008) pada awalnya merumuskan MMAS atas empat butir pertanyaan, namun saat ini telah dikembangkan menjadi delapan pertanyaan dengan modifikasi beberapa pertanyaan sehingga lebih lengkap dalam penilaian kepatuhan. Delapan pertanyaan tersebut mencakup frekuensi lupa minum obat, kesengajaan berhenti minum obat

tanpa sepengetahuan dokter dan kemampuan untuk mengendalikan dirinya untuk tetap minum obat (Morisky & Munther dalam Jaya, 2009).

Kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)* yang telah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia terdiri dari 8 pertanyaan dengan standar penilaian sebagai berikut :

Tabel 5. Penilaian 8 item dari Kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale*

Item MMAS-8	Ya	Tidak
Apakah Bapak/Ibu/Saudara/terkadang lupa minum obat ?	0	1
Selama dua minggu terakhir, adakah Bapak/Ibu pada suatu hari tidak meminum obat ?	0	1
Apakah Bapak/Ibu pernah mengurangi atau menghentikan penggunaan obat tanpa Memberi tahu ke dokter karena merasakan kondisi lebih buruk/tidak nyaman saat menggunakan obat ?	0	1
Saat melakukan perjalanan atau meninggalkan rumah, apakah Bapak/Ibu terkadang lupa untuk membawa serta obat ?	0	1
Apakah Bapak /Ibu kemarin meminum semua obat ?	1	0
Item MMAS-8	Ya	Tidak
Saat merasa keadaan membaik, apakah Bapak/Ibu terkadang memilih untuk berhenti meminum obat ?	0	1
Sebagian orang merasa tidak nyaman jika harus meminum obat setiap hari, apakah Bapak/Ibu pernah merasa terganggu karena keadaan seperti itu?	0	1
Seberapa sering Bapak/Ibu lupa minum obat ?		
1) Tidak pernah	= 1	
2) Sese kali	= 0,75	
3) Kadang-kadang	= 0,5	
4) Biasanya	= 0,25	
5) Selalu	= 0	

Sumber : De Oliveira *et al.*, (2014)

Penilaian kategori kepatuhan berobat :

Kepatuhan Rendah ≤ 6

Kepatuhan Tinggi > 6

2. Variabel Independen

Penderita hipertensi yang tidak rutin melakukan pengobatan dan kontrol tekanan darah berpotensi untuk memiliki penyakit penyerta atau komplikasi dengan penyakit yang lebih berat, seperti stroke.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat sebagai berikut :

a. Pendidikan

Responden yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan responden yang tingkat pendidikannya rendah. Sehingga secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap kepatuhan berobat. Klasifikasi pendidikan jenjang formal berdasarkan BPS, terbagi atas dua yaitu pendidikan dasar SD/ sederajat dan SMP/ sederajat, dan jenis pendidikan tinggi SMA/ sederajat dan perguruan tinggi.

b. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga

(Notoatmodjo, 2014). Pengetahuan akan membentuk keyakinan tertentu yang pada akhirnya seseorang akan berperilaku sesuai dengan keyakinannya. Pengetahuan yang baik tentang hipertensi akan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku terhadap penyakit hipertensi, baik dari segi pencegahan maupun pengobatan.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoatmodjo, 2014), yaitu:

1) Tahu (*know*)

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

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*application*)

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

4) Analisis (analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (synthesis)

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

6) Evaluasi (evaluation)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan menggunakan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan

yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Tarigan *et al.* (2018) diketahui bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik tentang pengertian diet hipertensi (pengaturan asupan makanan) dan asupan makanan penderita hipertensi mempunyai peluang 45 kali pelaksanaan diet hipertensi dengan baik.

Sebuah penelitian membuktikan bahwa pengetahuan atau pendidikan untuk penderita dengan hipertensi dapat meningkatkan kepatuhan penderita dan kontrol darah yang lebih baik dengan tekanan darah yang lebih baik (J. Wu, Liu, Jing, & Gang, 2019).

Penelitian lain juga menemukan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang tatalaksana hipertensi dengan kepatuhan pengobatan. Dibuktikan bahwa sebanyak 86,4% yang tidak patuh melakukan pengobatan adalah penderita yang tingkat pengetahuannya tergolong rendah (Rasajati *et al.*, 2015). Orang yang memiliki pengetahuan yang tinggi tentang kesehatan lebih memungkinkan untuk patuh dalam melakukan pengobatan (Ahn & Ham, 2016).

Dalam penelitian ini pengetahuan akan akan diukur dengan sejumlah pertanyaan yang telah disusun dengan masing-masing jawaban benar akan diberi nilai 1.

c. Akses layanan kesehatan

Akses layanan kesehatan adalah kemampuan setiap individu untuk mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Untuk mengukur akses pelayanan kesehatan berdasarkan pemanfaatannya, tergantung pada keterjangkauan, aksesibilitas fisik, dan pelayanan yang diterima, bukan hanya pada masalah kecukupan *supply*. Pelayanan kesehatan yang tersedia harus relevan dan efektif jika bertujuan untuk mendapatkan akses ke hasil kesehatan yang memuaskan. Ketersediaan pelayanan (*supply*) dan hambatan (*barrier*) terhadap akses harus dipertimbangkan dalam konteks perspektif yang berbeda, kebutuhan pelayanan kesehatan dan perbekalan kesehatan (*demand*), serta kesesuaian budaya berbagai kelompok dalam masyarakat. Gulliford berpendapat bahwa pemerataan akses dapat diukur dari segi ketersediaan (*supply*), pemanfaatan atau hasil pelayanan (*demand*). (Gulliford *et al.*, 2002).

Berdasarkan hasil penelitian, akses layanan untuk kepatuhan berobat yang dilakukan di Puskesmas Tegallalang didapatkan 87,8% memiliki tingkat kepatuhan yang rendah, 12,2% memiliki tingkat kepatuhan sedang, dan tidak didapatkan tingkat kepatuhan yang tinggi. Terdapat 75% penderita dengan kepatuhan rendah memiliki penyakit penyerta (Purwanto & Sari, 2016).

Aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh banyak hal yang sangat multidimensional. Aksesibilitas tidak hanya dipengaruhi oleh faktor *supply* semacam ketersediaan tenaga kesehatan dan fasilitas, tetapi juga dipengaruhi

oleh beberapa hal yang justru bisa menjadi hambatan bila tidak dikelola dan diantisipasi dengan baik. Misalnya, kondisi geografis dan cakupan kepemilikan jaminan kesehatan. Diperlukan strategi yang perlu memperhatikan secara komprehensif setiap faktor yang menjadi determinan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Beberapa hal bisa diupayakan dan dimodifikasi. Sedangkan hal lain yang tidak bisa dimodifikasi (geografis), tetapi harus diantisipasi dengan baik.

Penelitian di Uganda tahun 2008 menunjukkan bahwa masyarakat miskin yang rentan terhadap penyakit, memiliki akses yang lebih rendah terhadap pelayanan kesehatan daripada masyarakat yang tidak miskin. Hambatan terhadap akses timbul dari kedua penyedia layanan dan konsumen. Jarak ke titik-titik fasilitas pelayanan kesehatan, persepsi kualitas perawatan dan ketersediaan obat merupakan penentu utama pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Hambatan lain yang juga dirasakan masyarakat adalah kurangnya spesialis di fasilitas umum, arahan, sikap petugas kesehatan, biaya perawatan, dan kurangnya pengetahuan pada masyarakat (Kiwanuka *et al.*, 2008).

Hambatan geografis merupakan salah satu yang paling dominan mempengaruhi aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Hal ini merupakan konsekuensi sebagai negara dengan wilayah yang sangat luas. Pemerintah bahkan secara khusus merilis kebijakan tentang hambatan geografis melalui Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya

Kesehatan Nomor HK.03.05/II/2485/2012 dikeluarkan kebijakan tentang Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Aksesibilitas geografis yang lebih besar ke perawatan primer berhubungan dengan penurunan risiko hipertensi. Untuk mencapai kesetaraan kesehatan harus membangun dan mempertahankan aksesibilitas yang sama ke layanan kesehatan (Okuyama *et al.*, 2019).

Hubungan antara akses ke layanan kesehatan terhadap kepatuhan berobat juga telah dibuktikan dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara jarak rumah terhadap pelayanan kesehatan dengan kepatuhan pengobatan. Ditemukan bahwa 100% penderita hipertensi yang tidak patuh dalam menjalani pengobatan adalah penderita yang jarak rumahnya dengan fasilitas kesehatan tergolong jauh (Rasajati, Raharjo, & Ningrum, 2015). Akses kelayanan kesehatan adalah langkah-langkah yang memungkinkan penderita untuk melakukan kontak dan mendapatkan perawatan kesehatan. Menurut Levesque, Harris, and Russell (2013) dalam akses layanan ada 5 dimensi penting yaitu kemudahan akses, penerimaan, ketersediaan akomodasi, keterjangkauan dan kesesuaian.

d. Kepemilikan asuransi kesehatan

Asuransi kesehatan merupakan asuransi yang obyeknya adalah jiwa, tujuan asuransi kesehatan adalah memeralihkan risiko biaya sakit dari tertanggung (pemilik) kepada penanggung. Sehingga

kewajiban penanggung adalah memberikan pelayanan (biaya) perawatan kesehatan kepada tertanggung apabila sakit (UU No.40 Tahun, 2014).

Ketersediaan atau keikutsertaan asuransi kesehatan berperan dalam kepatuhan berobat penderita, dengan adanya asuransi kesehatan didapatkan kemudahan dari segi pembiayaan sehingga lebih patuh dibandingkan dengan yang tidak memiliki asuransi kesehatan. Status kepemilikan asuransi dapat mempengaruhi penderita dalam mengatur dirinya sebagai upaya pencegahan ataupun memilih tempat layanan kesehatan untuk menjalani pengobatan. Ada pengaruh antara kepersertaan asuransi dengan kepatuhan berobat antihipertensi di Rumah Sakit Korean Medical Panel Cho *et al* (2014). Penelitian lain menunjukkan bahwa hubungan kepemilikan asuransi kesehatan berdampak terhadap kualitas kepatuhan pengobatan dan kontrol tekanan darah. Penderita dengan asuransi kesehatan memiliki peluang 2,2 kali lipat untuk mencapai kontrol tekanan darah dibandingkan dengan penderita tanpa asuransi kesehatan ($p=0,025$). Selanjutnya, jumlah obat anti hipertensi yang digunakan secara signifikan terkait dengan kepemilikan asuransi kesehatan. Penderita yang menggunakan lebih dari tiga obat anti hipertensi memiliki peluang penurunan 58% untuk mencapai kontrol tekanan darah yang optimal dibandingkan dengan penderita yang menggunakan satu obat ($p=0,039$). Penelitian ini mengungkapkan jumlah bahwa jumlah obat

anti hipertensi yang digunakan dan status asuransi kesehatan, adalah faktor yang terkait dengan pencapaian kontrol tekanan darah yang optimal (Oso et al., 2019).

Dalam penelitian ini akan ditanyakan status kepemilikan asuransi kesehatan yang dimiliki oleh responden selama menjalani pengobatan antihipertensi. Asuransi kesehatan yang dimaksud adalah asuransi kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan asuransi kesehatan lainnya.

e. Dukungan keluarga

1) Definisi keluarga dan dukungan keluarga.

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2010).

2) Bentuk dukungan keluarga menurut Friedman (2010) :

a) Dukungan emosional

Dukungan emosional adalah keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat serta pemulihan dan membantu penguasaan terhadap emosi. Dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk adanya kepercayaan dan perhatian.

b) Dukungan penghargaan

Dukungan penilaian adalah keluarga yang bertindak membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian.

c) Dukungan informasional

Dukungan adalah keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, dimana keluarga menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah.

d) Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental adalah keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya adalah dalam hal kebutuhan keuangan, makan, minum dan istirahat.

3) Penelitian terkait dengan dukungan keluarga

Keluarga dapat membantu dalam melakukan perawatan hipertensi yaitu dalam meningkatkan kesadaran penderita agar selalu rutin dalam memeriksa tekanan darah. Dukungan keluarga mempunyai hubungan

sangat kuat dengan kepatuhan dan terdapat hubungan searah, sehingga semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin tinggi kepatuhan. Besarnya biaya layanan kesehatan membuat masyarakat miskin memiliki peluang yang kecil dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan. Dalam penelitian Sheilini *et al.* (2019) ditemukan bahwa dukungan keluarga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan minum obat di antara hipertensi yang dialami oleh lansia.

Keluarga dapat membantu dalam melakukan perawatan hipertensi yaitu dalam meningkatkan kesadaran penderita agar selalu rutin dalam memeriksa tekanan darah. Dukungan sosial fungsional secara signifikan dan positif terkait dengan kepatuhan dalam berobat (Magrin *et al.*, 2014). Dalam penelitian lain juga menemukan bahwa kepatuhan berobat secara positif terjadi karena adanya dukungan sosial yang diterima oleh penderita (Gulcan Bahcccioglu Turan, Meyreme Aksoy, & Bahar C jftc j, 2019).

Dukungan keluarga dalam penelitian ini akan diukur berdasarkan dengan dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasional dan dukungan instrumental.

f. Pendapatan Keluarga

Penelitian Kiwanuka, 2008 menjelaskan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin adalah faktor pembiayaan. Pendapatan kepala keluarga mempengaruhi dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan, hal

tersebut berhubungan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan, salah satunya berhubungan penebusan obat. Kepala keluarga dengan pendapatan yang rendah, memiliki peluang yang kecil dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan (Rabbaniyah & Nadjib, 2019).

Ketidaksamaan sosial ekonomi signifikan terhadap kejadian hipertensi (Biswas *et al.* 2016). Status sosial ekonomi rendah dan kepatuhan yang rendah terhadap pengobatan antihipertensi terkait dengan peningkatan mortalitas dan risiko penyakit kardiovaskular, tetapi penderita dengan pendapatan rendah memiliki risiko yang lebih besar karena ketidakpatuhan. Untuk itu penting mempromosikan kepatuhan pengobatan untuk pengurangan risiko, terutama pada penderita berpenghasilan rendah dengan hipertensi (Lee, Park, Floyd, Park, & Kim, 2019).

Dalam penelitian ini akan digunakan nilai UMK masing-masing kabupaten. Daerah Urban sebesar Rp3.191.270 dan daerah rural Rp4.200.479 dan memperhatikan UMP Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020 yaitu Rp3.103.800 menyesuaikan instruksi dari Surat Edaran Menteri Ketenagakerjaan Nomor B-m/308/HI.01.00/X/2019 tanggal 15 Oktober 2019 yang menetapkan kenaikan UMP/UKM sebesar 8,51 persen.

g. Jenis Kelamin

Terdapat sedikit perbedaan kepatuhan pada wanita dan pria. Beberapa perbedaan kepatuhan terjadi pada saat menjalani

rekomendasi khusus. Perbedaan pola menghadapi sakit juga dipengaruhi oleh jenis kelamin, perempuan lebih patuh mengobati dirinya dibandingkan dengan laki-laki (Notoatmodjo, 2010). Sebuah penelitian telah membuktikan bahwa perempuan memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki (Sinuraya *et al.*, 2018).

h. Efek samping pengobatan

Berdasarkan data riskesdas tahun 2018, dari 32,3% penderita hipertensi yang tidak rutin mengkonsumsi obat, terdapat 4,5% diantaranya berhenti minum obat karena tidak tahan terhadap efek samping obat. Secara umum obat antihipertensi yang digunakan di tingkat puskesmas adalah kaptopril dan amlodipin dan beberapa obat antihipertensi lainnya.

Efek samping dari obat antihipertensi kaptopril (Diatmika *et.al.*, 2018) dapat berupa :

- 1) Batuk Kering.
- 2) Pusing.
- 3) Konstipasi.
- 4) Bercak Gatal.
- 5) Kemerahan pada kulit.
- 6) Mulut kering.
- 7) Gangguan pengecap.

Sebanyak 5,29% penderita hipertensi yang menghentikan pengobatan, karena adanya efek samping yang dirasakan selama menjalani pengobatan antihipertensi (Lalić *et al.*, 2013). Dalam penelitian ini efek samping pengobatan dinilai dengan adanya gejala efek samping yang dirasakan responden selama menjalani proses pengobatan hipertensi.

Dalam beberapa kasus hipertensi yang diperhatikan dari aspek efek samping obat, menunjukkan pasien yang merasakan efek samping kebanyakan 55,5% tidak mengetahui bahwa efek samping yang dirasakan seperti batuk kering ataupun gatal-gatal (ruam merah) pada kulit disebabkan dari obat antihipertensi yang diminum (Ajeng Pujasari *et al.*, 2015).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Usmanyunita, (2020) menemukan bahwa penggunaan Captopril dari 34 pasien yang menjadi responden didapatkan hasil yang dapat disimpulkan bahwa efek samping yang ditimbulkan dengan pemakaian antihipertensi Captopril dalam jangka waktu yang lama, paling banyak adalah kelelahan dan efek yang paling kecil adalah infeksi.

D. Tabel Sintesa Hasil Penelitian

Tabel 6. Tabel sintesa hasil penelitian

Jurnal	Judul	Penulis	Metodologi	Variabel		HASIL
				Dependen	Independen	
International Journal of Cardiology Hypertension (2019)	<i>Health Insurance Status Affects Hypertension Control In A Hospital Based Internal Medicine Clinic</i>	(Oso et al., 2019)	Case Control	Tekanan darah terkontrol	Kepemilikan asuransi kesehatan,	Penderita dengan asuransi kesehatan memiliki peluang 2,2 kali lipat untuk mencapai kontrol tekanan darah dibandingkan dengan penderita tanpa asuransi kesehatan ($p = 0,025$).
Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal), vol. 8, no. 1, pp. 114-121, (2020)	Determinan Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat I	(Nurhani, Susanto, & Udiyono, 2020)	Cros Sectional	kepatuhan minum obat antihipertensi	Pengetahuan, Dukungan petugas kesehatan	Pengetahuan berhubungan dengan kepatuhan berobat anti hipertensi dengan (nilai $p = 0,001$), Dukungan petugas kesehatan berhubungan dengan kepatuhan berobat dengan nilai ($p=0,000$)

Jurnal	Judul	Penulis	Metodologi	Variabel		HASIL
				Dependen	Independen	
<i>Nursing and Health Sciences</i> 16, 461–467 (2014),	Factors Associated With Nonadherence To Antihypertensive Medication	(Cho & Kim, 2014)	Survei	Kepatuhan Berobat	Status demografis, sosial ekonomi, asuransi kesehatan	Status Kepemilikan Asuransi dapat mempengaruhi penderita dalam mengatur dirinya dalam upaya pencegahan ataupun memilih tempat layanan kesehatan untuk menjalani pengobatan
<i>International Biology and Medicine</i> (2019)	<i>Effectiveness Evaluation of Drug Compliance Health Education for Hypertensive Patients in Qiqihar City</i>	(J. Wu et al., 2019).	Eksperimen	Kepatuhan Berobat	Pendidikan kesehatan sistematis	Pendidikan kesehatan yang sistematis untuk penderita hipertensi dapat meningkatkan kesesuaian penderita dan kontrol tekanan darah yang lebih baik.

Jurnal	Judul	Penulis	Metodologi	Variabel		Hasil
				Dependen	Independen	
Jurnal Farmasi Klinik Indonesia Volume 7, Nomor 2, Juni (2018)	Pengukuran Tingkat Kepatuhan Pengobatan Penderita Hipertensi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kota Bandung	(Sinuraya, Destiani, Puspitawati, & Diantini, 2018)	<i>Cross-sectional</i>	Kepatuhan Berobat	Riwayat keluarga, kejadian komplikasi, dan pengalaman mendapatkan informasi terkait hipertensi dan diet.	Tingkat kepatuhan rendah sebesar 53%, kepatuhan sedang sebesar 32,3%, dan kepatuhan tinggi sebesar 14,2%. Tingkat kepatuhan penderita berkorelasi secara bermakna ($p < 0,05$) dengan gender, tingkat pendidikan, status pekerjaan, riwayat keluarga, kejadian komplikasi, dan pengalaman mendapatkan informasi terkait hipertensi dan diet.

Jurnal	Judul	Penulis	Metodologi	Variabel		Hasil
				Dependen	Independen	
Jurnal JKFT: Universitas Muhammadiyah Tangerang Vol. 2, Juli – Desember 14-28 (2017)	Pengaruh Demografi, Psikososial Dan Lama Menderita Hipertensi Primer Terhadap Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi	(Wahyudi, Ratnawati, & Made, 2018)	<i>Cross-sectional</i>	Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi	Pengaruh Demografi, Psikososial Dan Lama Menderita Hipertensi Primer	Psikososial yang paling berhubungan dengan kepatuhan minum obat dengan p value $0,001 < 0,05$. Nilai OR terbesar yang diperoleh yaitu 21,860 artinya sikap baik yang dimiliki responden mempunyai peluang 21,860 kali untuk patuh minum obat antihipertensi.
Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal) Volume 6, Nomor 5, (2018)	Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penderita Hipertensi Dalam Melakukan Terapi Di Puskesmas Pandanaran Semarang	(Sukma, Widjanarko, & Riyanti, 2018)	<i>Cross-sectional</i>	Kepatuhan Penderita Hipertensi Dalam Melakukan Terapi	Pendidikan pengetahuan, motivasi, dukungan keluarga	Ada hubungan antara tingkat pendidikan ($p = 0,008$), pengetahuan ($p = 0,007$), kepercayaan ($p = 0,017$), motivasi ($p = 0,04$), dan dukungan keluarga ($p = 0,006$) dengan kepatuhan penderita.

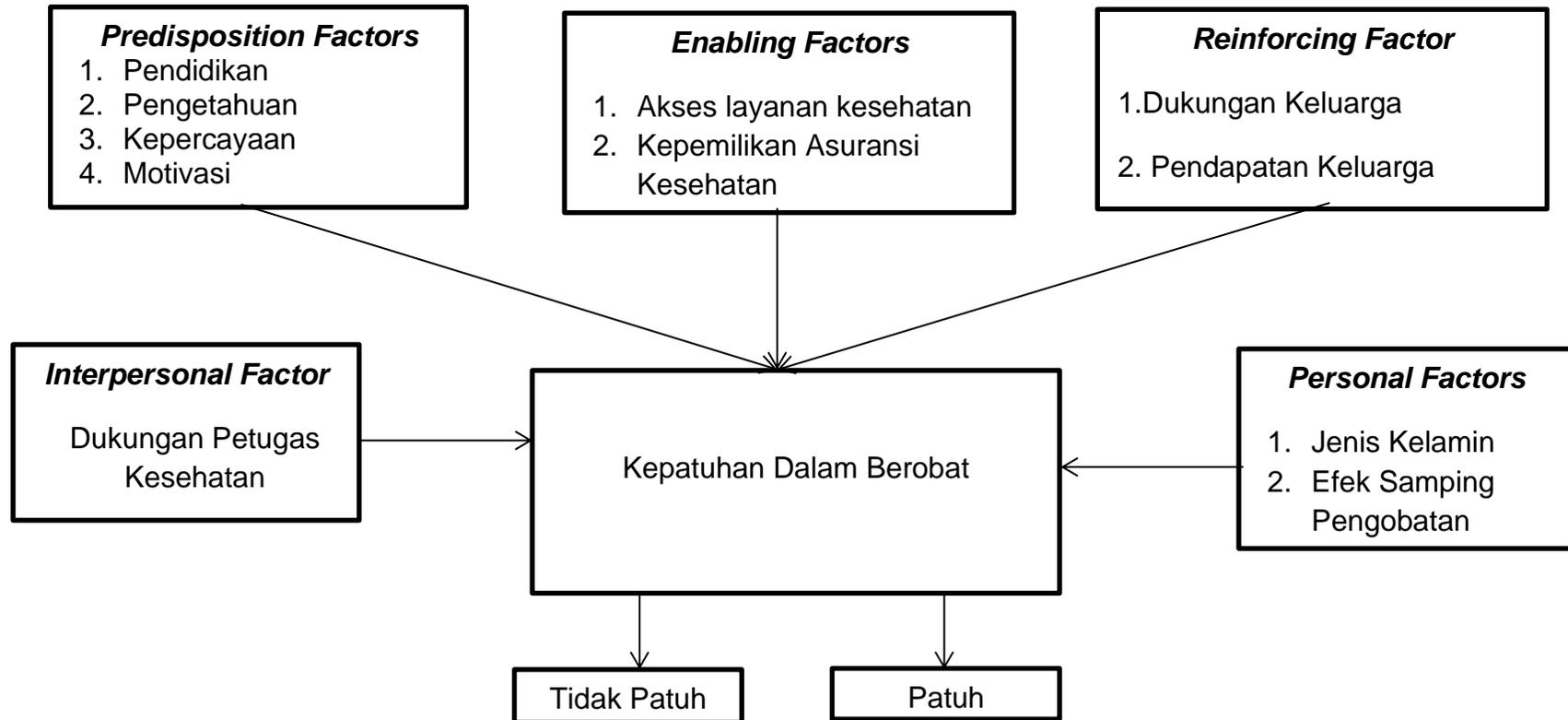
Jurnal	Judul	Penulis	Metodologi	Variabel		Hasil
				Dependen	Independen	
<i>Western Journal of Nursing Research (2016)</i>	<i>Factors Associated With Medication Adherence Among Medical-Aid Beneficiaries With Hypertension</i>	Ahn & Ham (2016)	<i>Cross Sectional</i>	Kepatuhan Berobat	Pengetahuan dan Motivasi	34,6% memiliki pengetahuan yang rendah dan memiliki kepatuhan berobat yang rendah
<i>PLOS ONE www.plosone.org 1 June 2013 Volume 8 Issue 6 (2013)</i>	<i>Prevalence of Hypertension in China: A Cross-Sectional Study</i>	(Gao et al., 2013)	<i>Cross Sectional</i>	Prevalensi Hipertensi	Tempat tinggal urban-rural	Prevalensi hipertensi secara signifikan lebih tinggi di pedesaan dibandingkan di antara penduduk perkotaan (31,3% vs 29,2%, $p = 0,001$).

Jurnal	Judul	Penulis	Metodologi	Variabel		Hasil
				Dependen	Independen	
<i>PLOS ONE</i> https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213098 March 4, (2019)	<i>Effect of geographic accessibility to primary care on treatment status of hypertension</i>	(Okuyama et al., 2019)	<i>Cross sectional,</i> 52.029 sampel	Efek geografis terhadap pelayanan primer	Jenis kelamin, Umur, BMI, Merokok, Alkohol, rata-rata pendapatan	Aksesibilitas geografis yang lebih besar ke perawatan primer berhubungan dengan penurunan risiko hipertensi. Untuk mencapai kesetaraan kesehatan harus membangun dan mempertahankan aksesibilitas yang sama ke layanan kesehatan,
<i>PLOS ONE</i> https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193273 March 7, (2018)	<i>impact of universal medical insurance system on the accessibility of medical service supply and affordability of patients in China</i>	(Xiong et al., 2018)	Time Series	Dampak asuransi kesehatan terhadap layanan kesehatan	Kuantitas pelayanan, Kualitas pelayanan	1. Kunjungan rawat jalan dan rawat inap per tahun meningkat dibandingkan dengan periode pra program universal medical insurance system (UMIS) 2. Ada penambahan tenaga dokter dan perawat per 1000 penduduk. 3. Rata-rata fatalitas disebabkan oleh miokard akut.

Jurnal	Judul	Penulis	Metodologi	Variabel		Hasil
				Dependen	Independen	
<i>International Journal of General Medicine</i> 2012:5 553–561	<i>Assessing awareness and knowledge of hypertension in an at-risk population in the Karen ethnic rural community, Thasongyang, Thailand</i>	(Aung et al., 2012)	<i>cross-sectional survey of 298 rural Karen residents</i>	Hipertensi pada komunitas pedesaan etnis Karen	Kesadaran dan pengetahuan	Mereka yang memiliki pendidikan sekolah dasar lebih mungkin mewaspadai hipertensi dibandingkan mereka yang tidak memiliki pendidikan sekolah dasar (OR 6,5, CI 1,9-22,24).
<i>Patient preference and adherence</i> Volume 10 2437	<i>Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension</i>	(Jankowska-Polańska, Uchmanowicz, Dudek, & Mazur, 2016)	<i>cross-sectional, 233 penderita</i>	Kepatuhan berobat penderita hipertensi	Pengetahuan	Faktor yang paling signifikan mempengaruhi kepatuhan berobat adalah pengetahuan ($p = 0,03$ $P < 0,001$)

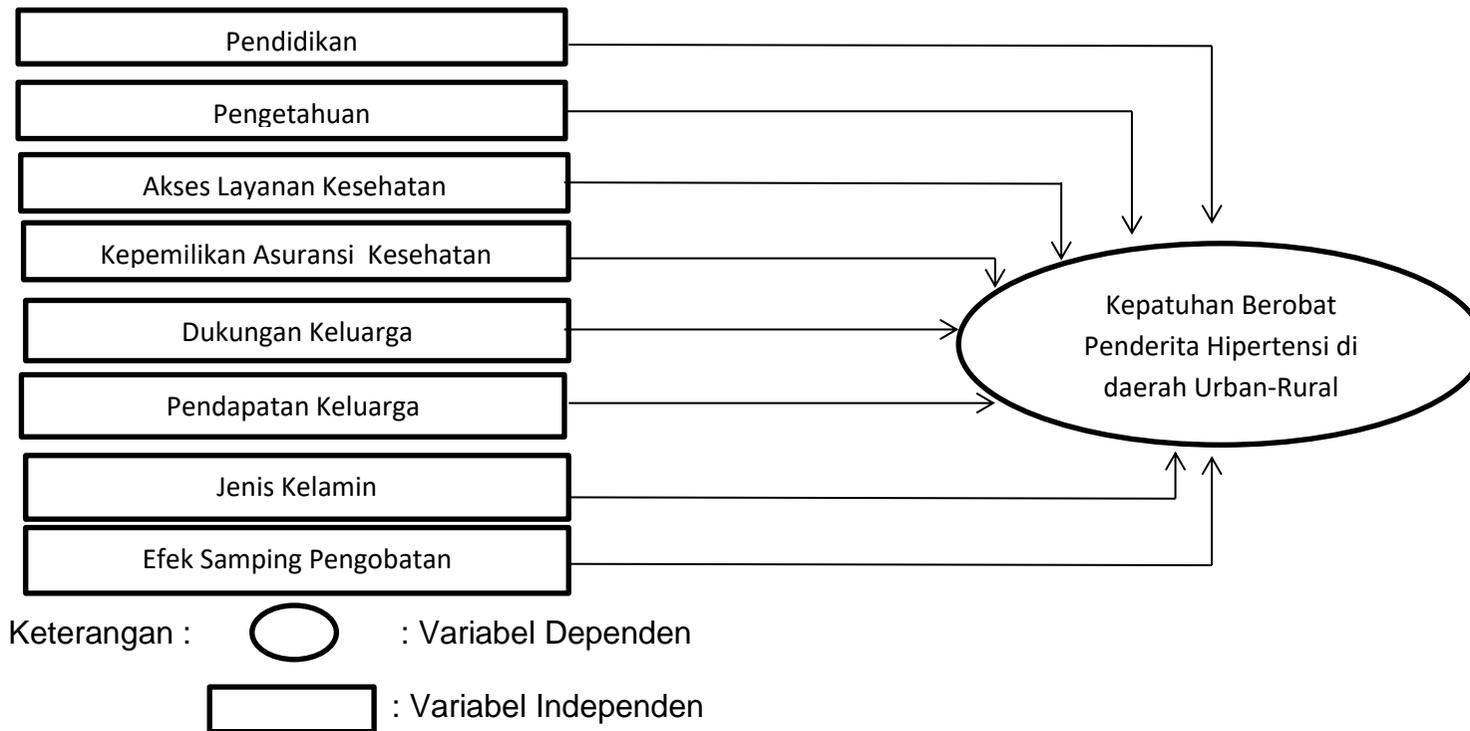
Jurnal	Judul	Penulis	Metodologi	Variabel		Hasil
				Dependen	Independen	
<i>Journal of Human Hypertension</i> (2015) 29, 198–203	<i>The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community</i>	Hu et al., 2015	<i>cross-sectional</i> 318 responden	Perawatan diri penderita hipertensi	Dukungan sosial keluarga	Dukungan sosial keluarga berhubungan positif dengan pertimbangan pengobatan dan kontrol tekanan darah secara rutin
<i>Annals of Tropical Medicine and Public Health</i> . Volume 8 Issu 6 page 241 2015	<i>Perceived family support and factors influencing medication adherence among hypertensive patients attending a Nigerian tertiary hospital</i>	Olowookere, 2015	<i>cross-sectional</i> 420 responden	Kepatuhan berobat	Dukungan Keluarga	Penderita dengan dukungan keluarga yang baik memiliki kepatuhan yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang memiliki dukungan keluarga yang buruk (P <0,05).

E. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 1 : Kerangka Teori Modifikasi Laurance Green dalam Notoatmojo, 2003, Oori, 2018, Levesque, 2013.

F. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2: Kerangka Konsep Penelitian

G. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1. Variabel Dependen

a. Kepatuhan Berobat

Definisi Operasional :

Kepatuhan minum obat dalam penelitian ini adalah tingkat kepatuhan penderita hipertensi dalam mengonsumsi obat secara rutin sesuai dengan anjuran yang diberikan oleh dokter. Kepatuhan minum obat diukur dengan menggunakan *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8 items) dengan delapan item pertanyaan (De Oliveira-Filho, 2014).

Kriteria Objektif :

Patuh : Jika responden memiliki total skor lebih dari enam dari pertanyaan tentang kepatuhan minum obat.

Tidak Patuh : Jika responden memiliki total skor sama dengan atau kurang dari enam dari pertanyaan tentang kepatuhan minum obat.

2. Variabel Independen

a. Pendidikan

Definisi Operasional :

Pendidikan yang dimaksud adalah tingkat pendidikan yang ditamatkan oleh responden secara formal (BPS, 2019).

Kriteria Objektif :

- Tinggi : Jika responden tamat pendidikan terakhir pada tingkat Sekolah Menengah Atas (SMA) keatas.
- Rendah : Jika responden tamat pendidikan terakhir pada tingkat Sekolah Menengah Pertama (SMP) kebawah.

b. Pengetahuan

Definisi Operasional :

Pengetahuan responden tentang cara pencegahan, penanganan hipertensi dan dampak yang ditimbulkan terhadap ketidakpatuhan berobat (Tarigan *et al.*, 2018).

Kriteria Objektif :

- Tinggi : Pengetahuan dinilai rendah, jika memperoleh nilai lebih kecil dari nilai median dari seluruh responden yaitu 11.
- Rendah : Pengetahuan dinilai rendah, jika memperoleh nilai lebih kecil dari nilai median dari seluruh responden yaitu 11.

c. Akses layanan kesehatan

Definisi Operasional :

Akses layanan kesehatan adalah kemampuan responden untuk mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan yang diukur berdasarkan keterjangkauan, ketersediaan obat-obatan, kemudahan

memperoleh informasi, dan kemudahan memperoleh layanan kesehatan (Gulliford *et al.*, 2002).

Kriteria Objektif :

Mudah : Akses layanan kesehatan dapat dinilai mudah, jika skor jawaban responden memenuhi 5 item pertanyaan.

Sulit : Akses layanan kesehatan dapat dinilai sulit, jika skor jawaban responden tidak memenuhi 5 item pertanyaan

d. Kepemilikan asuransi kesehatan

Definisi Operasional :

Kepemilikan asuransi kesehatan yang dimaksud adalah asuransi kesehatan JKN atau asuransi kesehatan lainnya yang dimanfaatkan dalam proses pengobatan oleh responden (UU No.40 Tahun, 2014).

Kriteria Objektif :

Memiliki : Jika responden menyatakan bahwa memiliki asuransi kesehatan JKN atau asuransi kesehatan lainnya.

Tidak Memiliki: Jika responden menyatakan bahwa tidak memiliki asuransi kesehatan JKN atau asuransi kesehatan lainnya.

e. Dukungan keluarga

Definisi Operasional :

Dukungan keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini adalah dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasional

dan dukungan instrumental dalam keterlibatan keluarga terhadap kepatuhan berobat penderita hipertensi (Friedman, 2010).

Kriteria Objektif :

Baik : Dukungan keluarga dapat dinilai baik, jika jawaban responden memperoleh nilai sama dengan atau lebih dari nilai median seluruh responden yaitu 15.

Kurang : Dukungan keluarga dapat dinilai kurang, jika jawaban responden lebih kecil dari nilai median dari seluruh responden yaitu 15.

f. Pendapatan keluarga

Definisi Operasional :

Pendapatan keluarga adalah total penghasilan keluarga dalam 1 bulan yang diukur berdasarkan nilai UMK masing-masing kabupaten. Daerah urban (Rp3.191.270) dan daerah rural (Rp4.200.479) (Disnaker, 2020).

Kriteria Objektif :

Tinggi : Pendapatan keluarga dapat dinilai tinggi, jika total pendapatan keluarga sama dengan atau lebih dari upah minimum kabupaten/kota.

Rendah : Pendapatan keluarga dapat dinilai rendah, jika total pendapatan keluarga kurang dari upah minimum kabupaten/kota.

g. Jenis Kelamin

Definisi Operasional :

Jenis kelamin yang dimaksud dalam penelitian ini adalah identitas jenis kelamin yang tercatat dalam kartu rekam medis penderita (Sinuraya *et al.*, 2018).

Kriteria Objektif :

Perempuan : Jika responden berjenis kelamin perempuan sesuai dengan catatan kartu rekam medis penderita atau dibuktikan dengan kartu identitas pengenal lainnya.

Laki-laki : Jika responden berjenis kelamin laki-laki sesuai dengan catatan kartu rekam medis atau dibuktikan dengan kartu identitas pengenal lainnya.

h. Efek Samping Pengobatan

Definisi Operasional :

Efek samping pengobatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah jika responden menyatakan ada efek samping selama menjalani pengobatan obat antihipertensi (Diatmika *et.al.*, 2018).

Kriteria Objektif :

Tidak ada : Jika responden menyatakan tidak ada efek samping selama menjalani pengobatan obat antihipertensi.

Ada : Jika responden menyatakan ada efek samping selama menjalani pengobatan obat antihipertensi.

H. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Ada hubungan pendidikan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
2. Ada hubungan pengetahuan responden dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
3. Ada hubungan akses layanan kesehatan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
4. Ada hubungan kepemilikan asuransi kesehatan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
5. Ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
6. Ada hubungan pendapatan keluarga dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
7. Ada hubungan jenis kelamin dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
8. Ada hubungan efek samping pengobatan dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.