

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
EFEKTIFITAS TERAPI HIPERTENSI
DI PUSKESMAS PATTINGALLOANG
KOTA MAKASSAR
TAHUN 2013**

***THE FACTORS RELATED TO THE EFFECTIVENESS
OF THE HYPERTENSION THERAPY IN PATTINGALLOANG
COMMUNITY HEALTH
MAKASSAR IN 2013***

**M U C H L I S
P1804211505**



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
EFEKTIFITAS TERAPI HIPERTENSI
DI PUSKESMAS PATTINGALLOANG
KOTA MAKASSAR
TAHUN 2013

**THE FACTORS RELATED TO THE EFFECTIVENESS OF THE
HYPERTENSION THERAPY IN PATTINGALLOANG
COMMUNITY HEALTH MAKASSAR IN 2013.**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

MUHLIS

Kepada

**KONSENTRASI EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

LEMBAR PENGESAHAN UJIAN AKHIR MAGISTER

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN EFEKTIFITAS TERAPI
HIPERTENSI DI PUSKESMAS PATTINGALLOANG KOTA
MAKASSAR TAHUN 2013**

DISUSUN OLEH

M U C H L I S
NO.POKOK (P1804211505)

Mengetahui

Komisi Penasehat

Dr. drg. H.A. Zulkifli Abdullah, M.Kes
Ketua

Dr. Ridwan M. Thaha, MSc
Anggota

Mengetahui

Wakil Dekan 1

Ketua Konsentrasi Epidemiologi
PPS FKM Unhas

Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes

Prof.Dr.drg.H.A.Arsunan Arsin, M.Kes

KATA PENGANTAR



Alhamdulillahirobbil'alamin, segala puji dan syukur kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyusun dan menyelesaikan tesis ini. Tesis ini berjudul "Faktor yang Berhubungan dengan Efektifitas Terapi Hipertensi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013".

Penyusunan Tesis ini terselesaikan berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu dengan penuh kerendahan hati penulis menyampaikan penghargaan dan mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. drg. H. A. Zulkifli Abdullah, M.Kes selaku Ketua Komisi Penasihat, Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc selaku Anggota Komisi Penasihat, yang telah mengorbankan waktu, tenaga, memberi bimbingan serta pemikiran kepada penulis mulai dari proses perkuliahan hingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.
2. Bapak Prof.Dr. Nur Nasry Noor, MPH; Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M.Kes., M.Sc.PH; Ibu Dr. dr. H. Syamsiar S. Russeng, MS, selaku penguji yang telah banyak memberikan masukan dalam perbaikan tesis ini.
3. Segenap staf pengajar Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin khususnya

Konsentrasi Epidemiologi, yang telah memberikan tambahan pengetahuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan.

4. Walikota, Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar dan Proyek PPSDM Kementerian Kesehatan R.I yang telah memberikan izin dan bantuan dana kepada penulis untuk melanjutkan studi ke jenjang yang lebih tinggi.
5. Kepala Puskesmas Pattingalloang beserta staf yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.
6. Pasien Hipertensi yang menjadi sampel dalam penelitian ini.
7. Rekan-rekan tenaga Surveilans di Dinas Kesehatan Kota Makassar dan Provinsi Sulawesi Selatan yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.
8. Saudara-saudaraku seperjuangan Konsentrasi Epidemiologi 2011 atas kebersamaannya, khususnya Anna Widiastuty dan Laentondo Sali selama mengikuti pendidikan dan telah memberikan motivasi dan sumbangsih pemikiran selama penyusunan tesis ini.
9. Sahabatku Namchar Kautsar, Muh. Astafanus dan Hj. Hasni (beserta keluarga) serta Indra Dwinata, SKM, MPH yang telah banyak membantu penulis dalam administrasi dan finansial selama pendidikan maupun dalam pelaksanaan penelitian ini.

Selanjutnya penulis ingin mengucapkan terimakasih yang setinggi-tingginya kepada Ibunda Hj. St. Maryam dan Ayahanda H. Annas Ahmad atas kasih sayang dan motivasi yang tulus ikhlas

kepada penulis untuk selalu berjuang meniti karir. Adalah jerih payah serta doa mereka pula yang sesungguhnya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Isteriku tercinta A. Kartini, SKM, M.Kes yang selalu menemani dalam suka maupun duka, memberi motivasi bahkan mengorbankan segala daya untuk membantu menyelesaikan tesis ini. Saudari, Ipar dan Kemenakan tercinta Nasrul; Mardawiyah dan Ahmad Rasyidi Hasan, SKM, M.Kes; Muh. Jayadi; A. Aisyah, SE; Drs. A. Hasanuddin; A. Hasriansyah dan A. Nur Rezky Amalia yang telah memberikan doa dan dukungan hingga akhirnya penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna dikarenakan keterbatasan penulis, untuk itu diharapkan saran dan masukan untuk perbaikan tesis ini sehingga dapat bermanfaat bagi kita semua yang membacanya.

Makassar, Juli 2013

Penulis

ABSTRAK

MUCHLIS. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Efektifitas Terapi Hipertensi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar* (dibimbing oleh **A. Zulkifli Abdullah dan Ridwan M. Thaha**)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan efektifitas terapi Hipertensi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar.

Jenis penelitian observasional dengan rancangan studi Cross Sectional. Sampel dipilih adalah pasien yang terdiagnosa menderita Hipertensi di Puskesmas Pattingalloang pada tahun 2012. Jumlah sampel sebanyak 167 orang. Analisis data yang digunakan adalah Uji Chi Square dan regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Kepatuhan pasien Hipertensi $p=0,000$ CI 95%, sedangkan pengetahuan pasien ($p=0,000$ CI 95%), sikap pasien ($p=0,229$ CI 95%) dan peran keluarga pasien ($p=0,148$ CI 95%) merupakan faktor dari efektifitas terapi Hipertensi. Variabel yang paling berhubungan terhadap efektifitas terapi Hipertensi adalah kepatuhan pasien ($p=0,000$ CI 95%) dan pengetahuan pasien ($p=0,000$ CI 95%).

Kata kunci : Efektif terapi, Hipertensi, kepatuhan, pengetahuan.

ABSTRACT

MUCHLIS. The Factors Related to the Effectiveness of the Hypertension Therapy in Pattingalloang Community Health Center Makassar in 2013. (*supervised by A. Zulkifli Abdullah and Ridwan M. Taha*)

This research aimed to identify the factors associated with the effectiveness of the hypertension therapy in Pattingalloang Community Health, Makassar.

It was an observational research making use of the cross-sectional design. The samples consisting of 167 patients who had been diagnosed to suffer from blood hypertension in Pattingalloang Health Center in 2012. The data were then analyzed using the Chi-square and the logistic regression tests.

The research result indicated that the adherence of the hypertension patients ($p=0.000$ CI 95%), the knowledge of the patients ($p=0.000$ 95% CI), the attitudes of the patients ($p=0.229$ 95% CI) and the roles of the family of patients ($p=0.148$ 95% CI) where the factors which were associated with the effectiveness of the hypertension therapy. However, the variables which were most closely related to the effectiveness of the hypertension therapy were the patients adherence ($p=0.000$ CI 95%) and patients knowledge ($p=0.000$ CI 95%).

Keywords : Effective therapy, hypertension, adherence, knowledge

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	13
C. Tujuan Penelitian.....	14
1. Tujuan Umum.....	14
2. Tujuan Khusus.....	14
D. Manfaat Penelitian.....	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	16
A. Tinjauan Umum tentang Hipertensi.....	16
1. Definisi.....	16
2. Fisiologi Hipertensi.....	17
3. Klasifikasi Hipertensi.....	19
4. Pengukuran Tekanan Darah.....	22
5. Besarnya Masalah Hipertensi.....	24
6. Pengobatan.....	25
B. Tinjauan umum tentang Terapi Non Farmakologi dan Terapi Farmakologi.....	26
1. Terapi Non Farmakologi.....	26
2. Terapi Farmakologi.....	29
3. Terapi Kombinasi	31
C. Tinjauan Umum Tentang Efektifitas Terapi.....	32
D. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan Minum Obat...	35
1. Monitoring Kepatuhan / <i>Modification Adherence</i> dan konseling ke Pasien.....	40
2. Edukasi ke Pasien.....	42
E. Tinjauan Umum tentang Pengetahuan.....	43
F. Tinjauan Umum tentang Sikap.....	46
G. Tinjauan Umum tentang Peran Keluarga.....	50
H. Tinjauan Umum tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM).....	51
1. Pelayanan Medik Standar Pelayanan Hipertensi.....	53
2. Standar Medik Pelayanan Hipertensi oleh PT. ASKES.....	55
I. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti.....	57

	J. Kerangka Teori.....	58
	K. Kerangka Konsep.....	59
	L. Hipotesis Penelitian	60
	M. Defenisi Operasional dan Kriteria Obyektif.....	60
BAB III	METODE PENELITIAN.....	64
	A. Rancangan Penelitian.....	64
	B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	66
	C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	66
	D. Jenis dan Cara Pengumpulan Data	69
	E. Instrumen Penelitian.....	70
	F. Pengolahan dan Analisis Data	71
	
	G. Penyajian Data	72
	
	H. Kontrol Kualitas	72
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	74
	A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	74
	B. Hasil Penelitian	75
	C. Pembahasan	93
	D. Keterbatasan Penelitian.....	107
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	109
	A. Kesimpulan	109
	B. Saran	110
	DAFTAR PUSTAKA.....	xvi
	LAMPIRAN.....	xxv

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Klasifikasi tekanan darah menurut Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment Of High Blood Pressure, 1997.....	23
2. Modifikasi, Rekomendasi dan Range penurunan tekanan darah yang sesuai dengan rekomendasi JNC VII.....	32
3. Pelayanan Medik Standar Pelayanan Hipertensi.....	56
4. Jenis, Fungsi dan Contoh Obat dalam terapi Hipertensi.....	59
5. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013.....	77
6. Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013.....	78
7. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013.....	79
8. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013.....	80
9. Distribusi Responden Berdasarkan Lokasi Tempat Tinggal di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013.....	81
10. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Layanan Kepesertaan di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013.....	82
11. Efektifitas Terapi Hipertensi berdasarkan Kepatuhan Pasien di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013.....	84
12. Efektifitas Terapi Hipertensi berdasarkan Pengetahuan Pasien di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013.....	85
13. Efektifitas Terapi Hipertensi berdasarkan Sikap Pasien di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013.....	86
14. Efektifitas Terapi Hipertensi berdasarkan Peran Keluarga Pasien di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013.....	88
15. Hasil Analisis Bivariat untuk Menilai Variabel yang diikuti dalam Analisis Multivariat.....	89
16. Hubungan empat variabel independen secara bersama-sama dengan Efektifitas Terapi pada pasien Hipertensi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013.....	90
17. Hubungan Pengetahuan Pasien, Sikap Pasien dan Peran Keluarga Pasien terhadap Efektifitas Terapi Hipertensi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013.....	91

18. Distribusi Pasien Hipertensi Berdasarkan Kepatuhan terhadap Efektifitas Terapi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013..... Lampiran
19. Distribusi Pasien Hipertensi Berdasarkan Pengetahuan terhadap Efektifitas Terapi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013..... Lampiran
20. Distribusi Pasien Hipertensi Berdasarkan Sikap terhadap Efektifitas Terapi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013..... Lampiran
21. Distribusi Pasien Hipertensi Berdasarkan Peran Keluarga terhadap Efektifitas Terapi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013..... Lampiran
22. Distribusi Pasien Hipertensi Berdasarkan Efektifitas Terapi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013..... Lampiran

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Tekanan Darah Pada Manusia.....	26
2. Kombinasi yang memungkinkan dari kelas yang berbeda.....	35
3. Kerangka Teori Terapi Penyakit Hipertensi.....	61
4. Skema Hubungan Variabel Independen dan Dependen.....	62
5. Bagan Rancang Penelitian.....	68

DAFTAR LAMPIRAN

1. Pernyataan Kesiediaan Menjadi Responden
2. Kuesioner Penelitian
3. Ijin Penelitian dari Program Pasca Sarjana UNHAS
4. Ijin Penelitian dari Gubernur Sulawesi Selatan
5. Ijin Penelitian dari Walikota Makassar
6. Ijin Penelitian dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar
7. Master Tabel Hasil Penelitian
8. Hasil Pengolahan Data Dengan Menggunakan Program STATA dan SPSS
9. Distribusi Pasien Hipertensi Berdasarkan Kepatuhan terhadap Efektifitas Terapi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013
10. Distribusi Pasien Hipertensi Berdasarkan Pengetahuan terhadap Efektifitas Terapi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013
11. Distribusi Pasien Hipertensi Berdasarkan Sikap terhadap Efektifitas Terapi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013
12. Distribusi Pasien Hipertensi Berdasarkan Peran Keluarga terhadap Efektifitas Terapi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013
13. Distribusi Pasien Hipertensi Berdasarkan Efektifitas Terapi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar Tahun 2013

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Muchlis
Nomor Pokok : P 180 421 1505
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Dengan ini menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Makassar, Juli 2013

Yang Menyatakan

MUHLIS

P 1804211505

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Tekanan darah tinggi (hipertensi) adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam *arteri*. Secara umum, hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, dimana tekanan yang abnormal tinggi di dalam arteri menyebabkan meningkatnya risiko terhadap stroke, *aneurisma*, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal. Hipertensi seringkali disebut sebagai "*Silent Killer*", karena seringkali tidak muncul gejala apapun sampai terjadi kerusakan organ vital yang cukup berat (Anies, 2006).

Penyakit hipertensi yang tidak terkontrol, dari beberapa penelitian dapat menyebabkan peluang 7 kali lebih besar terkena stroke, 6 kali lebih besar terkena *congestive heart failure* dan 3 kali lebih besar terkena serangan jantung. Menurut WHO dan *the International Society of Hypertension* (ISH), saat ini terdapat 600 juta penderita hipertensi di seluruh dunia dan 3 juta di antaranya meninggal setiap tahunnya. Tujuh dari setiap 10 penderita tersebut tidak mendapatkan pengobatan secara adekuat (Ekowati.R. dkk, 2009). Penelitian oleh Hanns (2006) menunjukkan bahwa 40% dari orang pensiun dini adalah akibat penyakit kardiovaskuler, dimana tekanan darah tinggi sering menjadi penyebabnya.

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2007) di Indonesia menyatakan bahwa stroke merupakan penyebab kematian terbesar di Indonesia untuk penduduk umur 15 tahun ke atas di perdesaan maupun di perkotaan. Riskesdas juga melaporkan bahwa prevalensi nasional untuk penyakit sendi sebesar 30,3%, Hipertensi pada penduduk umur 18 tahun ke atas adalah 31,7%, Stroke 0,8%, Asma 4,0%, Kanker 0,4%, Jantung 7,2% dan Diabetes melitus 5,7% (biomedis). Prevalensi beberapa faktor risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti Obesitas umum sebesar 10,3%, Obesitas Sentral 18,8%, Toleransi Gula Terganggu (TGT) 10,2%, kurang makan buah dan sayur 93,6%, kebiasaan minum beralkohol 4,6%, kurang aktivitas fisik 48,2% dan merokok 23,7%. Penderita Hipertensi misalnya, secara nasional terdapat 10 kabupaten/kota dengan prevalensi Hipertensi sekitar 50% pada penduduk umur >18 tahun.

Hipertensi merupakan salah satu PTM yang dimasyarakat sebagai implikasi dari mengadopsi gaya hidup tidak sehat misalnya merokok, kurang aktivitas fisik, makanan banyak lemak, kalori tinggi, natrium dan kolesterol, minum minuman alkohol dan segudang perilaku yang mengacu pada timbulnya penyakit degeneratif (Depkes RI, 2007a).

Penelitian di India menemukan bahwa merokok dapat menyebabkan hipertensi (Kumar,2005). Selain itu sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh (Nicholson,1983) bahwa pengaruh rokok terhadap hipertensi sangat besar. Hal ini didukung oleh

pendapat S.Kanna (1992), bahwa rokok menyebabkan kenaikan tekanan darah dalam 2-10 menit setelah diisap (Nasmuryanto. D,2008).

Obesitas dan hipertensi merupakan dua keadaan yang sering ditemukan bersama-sama. Penurunan berat badan 2 kg akan menurunkan tekanan darah sistolik 2,5 mmHg dan tekanan diastolik 1,5 mmHg. Hal ini sesuai dengan penelitian di Amerika dimana pria yang obesitas setelah diamati beberapa tahun cenderung menderita hipertensi (Rebecca, 2008).

Alkohol merupakan faktor risiko kejadian hipertensi. Hal ini sesuai dengan penelitian di Jawa Bali yang menemukan bahwa minum minuman alkohol secara bermakna merupakan faktor risiko terjadinya hipertensi (Yulianti, 2003).

Penatalaksanaan terapi penyakit hipertensi bertujuan untuk mengendalikan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit hipertensi dengan cara seminimal mungkin menurunkan gangguan terhadap kualitas hidup penderita. Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan terapi farmakologi melalui obat antihipertensi dan non farmakologi melalui modifikasi gaya hidup (Depkes. RI, 2006).

Perubahan gaya hidup yang efektif dapat menurunkan tekanan darah setara dengan masing-masing obat antihipertensi. Kombinasi dari dua atau lebih perubahan gaya hidup dapat memberikan hasil lebih baik (Depkes, 2008a). Dianjurkan perubahan gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah, sebelum memulai terapi obat. Dalam

Pedoman *British Hypertension Society* 2004 (Williams.B,2004), mengajukan perubahan gaya hidup untuk pencegahan utama bagi hipertensi adalah sebagai berikut, menjaga berat badan normal (misalnya, indeks massa tubuh 20–25 kg/m²), mengurangi asupan diet yang mengandung natrium sampai <100 mmol/ hari (<6 g natrium klorida atau <2,4 g natrium per hari), melakukan aktivitas fisik aerobik secara teratur, misalnya jalan cepat (≥30 menit per hari, pada hampir setiap hari dalam seminggu), batasi konsumsi alkohol tidak lebih dari 3 unit/hari pada laki-laki dan tidak lebih dari 2 unit/hari pada perempuan dan mengonsumsi makanan yang kaya buah dan sayuran (misalnya, sedikitnya lima porsi per hari).

Diperlukan usaha yang cukup besar untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi obat demi mencapai target tekanan darah yang diinginkan. Paling sedikit 50% pasien yang diresepkan obat antihipertensi tidak meminumnya sesuai dengan yang di rekomendasikan. Satu studi menyatakan kalau pasien yang menghentikan terapi antihipertensinya lima kali lebih besar kemungkinan terkena stroke. Kurangnya *adherence* mungkin disengaja atau tidak disengaja. Strategi yang paling efektif adalah dengan kombinasi beberapa strategi seperti edukasi, modifikasi sikap dan sistem yang mendukung (Depkes, 2008b).

Penelitian yang dilakukan di Nigeria pada penderita hipertensi di daerah Kano di dapatkan tingkat kepatuhan pasien yang menjalani

terapi (54,2%). Kepatuhan pasien akan perubahan gaya hidup sehat masih sangat kurang dan merupakan hambatan utama dalam pendekatan terapi hipertensi, sebagaimana yang dilakukan penelitian oleh Costa, F.V (2002) masih sangat kurang efektif. Hal ini terlihat pada penelitian M. Kabir, Z. *et.al.* (2004) bahwa kepatuhan pasien wanita untuk di evaluasi perubahan gaya hidupnya hanya dibawah 10% tingkat kepatuhannya, yaitu pada pengurangan lemak total, NaCl, peningkatan serat, dll). Sehingga masalah kepatuhan ini sangat kompleks dan membutuhkan kerjasama yang ketat antara dokter dan pasien. Penelitian yang sama oleh Lin, Y.P.*et.al.*(2007) di kota Tainan, menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan minum obat adalah 57,6% dan berhubungan secara signifikan dengan frekuensi dosis harian, keyakinan akan kemanjuran obat antihipertensi, tidak adanya efek samping dari reaksi obat yang merugikan dalam 6 bulan terakhir. Pada tahun 2007, penelitian oleh Fung, V menunjukkan bahwa 87,3% dari subyek yang patuh terhadap ≥ 1 obat hipertensi dan 72,1% patuh terhadap regimen penuh (aturan minum obat) mereka.

Hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Jaya Bakti Kota Depok, menyebutkan bahwa upaya pencegahan penurunan tekanan darah pasien yaitu pemberian konseling pada pasien dapat meningkatkan kepatuhan pasien minum obat ($p = 0,000$) dan menurunkan nilai tekanan darah sistolik ($p = 0,010$) dan diastolik

pasien ($p = 0,018$) tersebut secara bermakna (Risani, Andaliasia P, 2012).

Efektifitas terapi penyakit hipertensi juga dipengaruhi oleh pengetahuan pasien. Penelitian Erkoc, S. *et.al* (2012) menunjukkan bahwa kurangnya pengetahuan tentang hipertensi mempengaruhi perilaku dan kesadaran pasien untuk berobat. Penelitian lain dari Godfrey B.S. *et.al* (2010), pada pasien hipertensi di Sub Urban Komunitas Nigeria, bahwa pengetahuan untuk terlalu banyak berfikir, kekhawatiran, stres dan lain-lainnya ($p=0,000$), juga pengetahuan pasien dari penyakit hipertensi yang memiliki risiko komplikasi seperti stroke ($p=0,000$).

Demikian pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Arazeem A.A. *et.al* (2011) bahwa responden yang memiliki pengetahuan yang cukup dapat mengetahui komplikasi dari penyakit hipertensi, namun sikap dari faktor risiko yang ditimbulkan pada hipertensi masih sangat kurang.

Sikap pasien terhadap terapi penyakit hipertensi, dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Goldfrey, B.S. *et.al* (2010) di komunitas sub urban Nigeria, bahwa sikap pasien hipertensi dalam terapi obat-obatan dan mengunjungi klinik secara teratur ($p=0,000$), tidak merokok ($p=0,000$), serta mengonsumsi banyak sayuran ($p=0,000$). Demikian pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Patriani, I, (2012) menyebutkan bahwa sikap pasien yang positif terhadap terapi penyakit hipertensi di Rumah Sakit Mataram adalah sikap keterbukaan dalam

komunikasi dokter dan pasien ($p=0,000$) dapat meningkatkan keberhasilan tujuan terapi hipertensi secara efektif.

Sistem peran keluarga dapat menurunkan tekanan darah pasien yang berhubungan dengan masalah psikososial/keluarga. Oleh karena itu, tekanan darah didalam anggota keluarga hipertensi harus dipantau selama pengobatan. Kenaikan sementara tekanan darah tampaknya kerugian yang sangat kecil jika dibandingkan dengan potensi keuntungan jangka panjang yang mungkin akan diterima pada pasien dan keluarganya. Peran keluarga, bisa dinyatakan dapat mempertahankan, memperburuk atau berkontribusi terhadap pengalaman pasien hipertensi. Dari hasil penelitian didapatkan peran keluarga sebagai pemberi perawatan adalah cukup baik, peran keluarga sebagai pendidik adalah sebagian besar cukup baik namun keluarga belum mengajarkan penderita. Peran keluarga sebagai konselor sudah baik. Diharapkan keluarga dapat meningkatkan perannya dalam hal mengawasi minum obat, mengajarkan pola hidup sehat misalnya tidak merokok, mengurangi konsumsi garam, dan lain-lainnya. selain itu juga diharapkan agar keluarga dapat memberikan semangat dan dukungan pada pasien agar mau berobat teratur sehingga dengan adanya dukungan keluarga, pasien merasa diperhatikan untuk sembuh (Fabie E. D, *et.al.*1994).

Penelitian lain tentang peran keluarga oleh Afriani, F (2009) di Poliklinik Jantung RS Dr M Djamil Padang menunjukkan bahwa kepatuhan menjalani perawatan pada penderita hipertensi

menunjukkan sebanyak 62,3 % keluarga memberikan dukungan emosional penderita hipertensi dan menunjukkan hubungan yang bermakna antara dukungan emosional keluarga/peran keluarga dengan kepatuhan menjalani perawatan. Mengingat pentingnya perawatan pada penderita hipertensi, diperlukan dukungan keluarga pasien agar dapat patuh menjalani perawatan sesuai dengan yang telah ditentukan. Hasil penelitian oleh Delima Fitri, (tanpa tahun) menunjukkan ada hubungan yang signifikan ($p=0,0017$) antara dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan diit rendah garam.

Angka prevalensi hipertensi didunia diperkirakan terus meningkat. Di Canada tercatat prevalensi 22%, lalu 26% di Mesir dan di Cina sebesar 13,6%, (Sharma,2006). Angka prevalensi hipertensi di Amerika Serikat menunjukkan kisaran antara 15-22%. Di Amerika diperkirakan sekitar 64 juta atau lebih penduduknya yang berusia antara 18 sampai 75 tahun menderita hipertensi dan dengan kematian hampir 14 ribu pria Amerika setiap tahunnya. Di negara tersebut, diperkirakan 1 dari 4 orang dewasa menderita hipertensi (Vitahealth, 2005).

Prevalensi hipertensi di dunia sebagaimana yang dihimpun dan dilaporkan oleh (Kearney, *et.al.*2005) adalah sekitar 26% pada orang dewasa dengan berbagai perbedaan antar-negara. Hasil terapi terhadap hipertensi masih sangat tidak memuaskan. Pada survei terhadap pengobatannya dengan target 140/90, kontrol hipertensi hanya dapat dicapai pada 29% di Amerika Serikat, 17% di Kanada dan

10% di 5 negara Eropa yaitu, Inggris, Jerman, Italia, Spanyol dan Swedia (Lumbantobing, 2008).

Prevalensi hipertensi di Indonesia tergolong tinggi, pada daerah urban dan rural berkisar antara 17-21% (Depkes RI, 2007b). Prevalensi hipertensi pada kelompok masyarakat perkotaan dilaporkan oleh Susalit E (2003), yang menyelidiki di pinggiran kota Jakarta dan didapatkan 11,58%. Sedangkan laporan lain dikemukakan oleh Harmaji dan kawan-kawan yang mendapatkan prevalensi 9,3% untuk kelompok masyarakat di pinggiran kota Semarang. Penyelidikan lain yang dilakukan pada kelompok masyarakat yang tinggal di daerah terisolasi seperti di Lembah Baliem Irian Jaya menunjukkan prevalensi 0,65%.

Prevalensi hipertensi meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Dari berbagai penelitian di Indonesia, menunjukkan 1,8-28,4% penduduk yang berusia diatas 20 tahun adalah penderita hipertensi (Gunawan, 2005). Penyakit ini lebih banyak menyerang pria dan wanita pasca menopause. Sejarah keluarga yang memiliki hipertensi mempertinggi risiko adanya penyakit ini. (Bangun, 2002).

Seseorang dengan sifat genetik hipertensi esensial (primer) bila dibiarkan secara alami tanpa intervensi bersama lingkungannya akan menyebabkan hipertensi dalam waktu sekitar 30-35 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian di Spanyol yang menemukan hubungan riwayat keluarga terhadap hipertensi (Alonso, 2005). Penelitian yang dilakukan di R.S A. Wahab Syahrane di Kota Samarinda menemukan

bahwa tidak adanya hubungan antara pekerjaan dengan kejadian hipertensi (Dayang, S, 2005).

Data Riskesdas tahun 2007, menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia adalah 32,2% dan 76% kasus hipertensi di masyarakat belum terdiagnosis. Hal ini terlihat dari hasil pengukuran tekanan darah pada usia 18 tahun ke atas ditemukan prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 31,7%. Prosentase prevalensi hipertensi tersebut, yang sudah mengetahui memiliki tekanan darah tinggi (hipertensi) berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah 7,2%. Sementara dari kasus tersebut yang sadar dan menjalani pengobatan hipertensi hanya 0,4% (Arieska, 2008).

Data tersebut diatas menunjukkan bahwa masalah hipertensi perlu mendapatkan perhatian, sehingga diperlukan upaya-upaya untuk menanggulangi prevalensi penyakit hipertensi yaitu dengan bentuk konseling pada pasien hipertensi, seperti nilai *adherence* pada setiap kunjungan, mendiskusikan dengan pasien motivasi dan pendapatnya, melibatkan pasien dalam penanganan masalah kesehatannya, menggunakan keahlian mendengarkan secara aktif sewaktu pasien menjelaskan masalahnya, membicarakan keluhan pasien tentang terapi, membantu pasien dengan cara tertentu untuk tidak lupa meminum obatnya, menyederhanakan regimen obat (seperti mengurangi frekuensi minum, produk kombinasi), minum obat disesuaikan dengan kebiasaan pasien sehari-hari, memberikan informasi tentang keuntungan pengontrolan tekanan darah,

memberitahukan perkiraan efek samping obat yang mungkin terjadi, memberitahukan informasi tertulis mengenai hipertensi dan obatnya bila memungkinkan, mempertimbangkan penggunaan alat pengukur tekanan darah di rumah supaya pasien dapat terlibat dalam penanganan hipertensinya, memberikan pendidikan kepada keluarga pasien tentang penyakit dan regimen obatnya, melibatkan keluarga dan kerabatnya tentang adherence minum obat dan terhadap gaya hidup sehat, meyakinkan regimen obat dapat dijangkau biayanya oleh pasien, bila memungkinkan telepon pasien untuk meyakinkan pasien mengikuti rencana pengobatannya (Depkes RI, 2008b).

Kegiatan workshop hipertensi juga telah dilakukan dan sudah berjalan baik yang dilakukan di beberapa daerah di Indonesia, dimana kegiatan itu adalah kerjasama dengan beberapa instansi untuk mengupas masalah terbaru terkait hipertensi. Selama ini nilai tekanan darah absolute dianggap penting dalam memprediksi risiko. Penelitian-penelitian membuktikan bahwa variabilitas tekanan darah ternyata tidak kalah penting dalam memprediksi risiko (Arieska, 2008).

Namun, dari berbagai rekomendasi dalam diagnosis dan pengelolaan penyakit hipertensi, masih berdasarkan pengukuran tekanan darah klinis secara terisolasi. Evaluasi risiko kardiovaskular yang terkait tekanan darah, didasarkan pada pengukuran tekanan darah rerata. Tujuan pengobatan pada hipertensi adalah mengurangi risiko dan kerusakan organ terhadap kualitas hidup pasien melalui kepatuhan pengobatan. Menurunkan tekanan darah dan

mengontrolnya sesuai target penurunan darah adalah salah satu cara mengurangi risiko kematian dan penyakit penyerta hipertensi, seperti penyakit jantung, gagal ginjal dan stroke (Deedwania. P, 2008).

Prevalensi penderita hipertensi untuk wilayah Provinsi Sulawesi Selatan (Riskesdas, 2007) adalah 29,0% dengan cakupan proporsi pelayanan hipertensi yang terdiagnosis yaitu 20,3%. Data dari Puskesmas Sentinel untuk 49 kabupaten/kota Sulawesi Selatan yang melaporkan situasi penyakit tidak menular menunjukkan bahwa kasus hipertensi esensial (Primer) untuk puskesmas rawat jalan sebesar 73.516 penderita (tahun 2009), 74.826 penderita (tahun 2010) dan 58.756 penderita (tahun 2011), sedangkan puskesmas rawat inap sebesar 3.010 penderita (tahun 2009), 8.088 penderita (tahun 2010) dan 7.545 penderita (tahun 2011).

Sementara data kesehatan Kota Makassar tahun 2012 menunjukkan penyakit hipertensi untuk pasien rawat inap yang dilayani di puskesmas sentinel dengan jumlah 2.244 kasus penderita baru dan 2.118 kasus penderita lama dengan kematian 44 kasus, sedangkan rawat jalan jumlahnya 11.794 kasus penderita baru dan 25.896 kasus penderita lama dengan kematian 323 kasus.

Data penyakit dari Puskesmas Pattingalloang, Hipertensi menempati 10 jenis penyakit utama dimana setiap tahunnya mengalami peningkatan yaitu 2.815 penderita (tahun 2010). 3.281 penderita (tahun 2011) dan 3.519 penderita (tahun 2012). Walaupun

demikian, tidak tercatat kasus kematian yang disebabkan oleh penyakit hipertensi.

Berkaitan dengan latar belakang di atas dan melihat angka penderita hipertensi dengan jumlah yang cukup besar serta begitu banyaknya faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi, maka perlu dilakukan penelitian mengenai efektifitas terapi penyakit hipertensi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar agar dapat dilaksanakan upaya-upaya penanggulangan secara efektif.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut yang telah dipaparkan diatas, maka dirumuskan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana hubungan antara kepatuhan pasien terhadap efektifitas terapi penyakit hipertensi?
2. Bagaimana hubungan antara pengetahuan pasien terhadap efektifitas terapi penyakit hipertensi?
3. Bagaimana hubungan antara sikap pasien terhadap efektifitas terapi penyakit hipertensi?
4. Bagaimana hubungan antara peran keluarga pasien terhadap efektifitas terapi penyakit hipertensi?
5. Faktor apakah yang paling kuat hubungannya terhadap efektifitas terapi penyakit hipertensi?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan efektifitas terapi penyakit hipertensi di Puskesmas Pattingalloang Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis hubungan antara kepatuhan pasien terhadap efektifitas terapi penyakit hipertensi.
- b. Untuk menganalisis hubungan antara pengetahuan pasien terhadap efektifitas terapi penyakit hipertensi.
- c. Untuk menganalisis hubungan antara sikap pasien terhadap efektifitas terapi penyakit hipertensi.
- d. Untuk menganalisis hubungan antara peran keluarga pasien terhadap efektifitas terapi penyakit hipertensi.
- e. Untuk menganalisis variabel yang mana yang paling kuat hubungannya terhadap efektifitas terapi penyakit hipertensi.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi dan bahan informasi dan bahan kajian ilmiah bagi peneliti berikutnya tentang efektifitas terapi penyakit hipertensi.

2. Manfaat Praktis

- a. Diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi instansi terkait dalam rangka penentuan kebijakan dalam upaya penanggulangan masalah hipertensi.
- b. Penulis mendapat tambahan wawasan ilmu pengetahuan tentang efektifitas terapi penyakit hipertensi.
- c. Masyarakat dapat lebih mengenal dan memahami penyakit hipertensi dan akibat yang ditimbulkan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi juga dikenal dengan nama tekanan darah tinggi adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi, yang dibawa oleh darah, terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. Tubuh akan bereaksi lapar, yang mengakibatkan jantung harus bekerja lebih keras untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Bila kondisi tersebut berlangsung lama dan menetap maka timbullah gejala yang disebut sebagai penyakit tekanan darah tinggi (Susalit. E, 2003).

Hipertensi seringkali disebut pembunuh gelap (*the silent killer*) karena termasuk penyakit yang mematikan tanpa disertai dengan gejala-gejalanya lebih dahulu sebagai peringatan bagi korbannya. Kalaupun muncul, gejala tersebut seringkali dianggap sebagai gangguan biasa sehingga korbannya terlambat menyadari datangnya penyakit.

Hipertensi adalah kelainan yang sering ditemukan pada manusia yang disebabkan oleh peningkatan tekanan darah sistemik, tekanan darah yang normal pada manusia diukur pada posisi

berbaring dan duduk dimana tekanan darahnya adalah 120 mm Hg untuk tekanan darah sistolik dan 80 mm Hg tekanan darah diastolik.

Hipertensi adalah keadaan peningkatan tekanan darah yang memberi gejala yang akan berlanjut untuk suatu target organ seperti stroke untuk otak, penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah jantung dan *left ventricle hypertrophy* untuk otot jantung. Menurut Sidabutar RP (1990), hipertensi adalah keadaan tekanan darah sistolik dan atau diastolik yang menetap.

Berdasarkan penyebabnya (Depkes, 2008), hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu:

- a. Hipertensi primer yaitu hipertensi yang belum diketahui dengan pasti atau idiopatik. Selain itu hipertensi ini belum dapat dijelaskan mekanismenya dengan tepat. Tidak diketahui dengan pasti mengapa sampai orang terkena hipertensi ini.
- b. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang disebabkan penyakit lain. Adapun beberapa penyakit itu adalah Penyakit Ginjal, Penyakit Endokrin akibat pemakaian obat dan lainnya.

2. Fisiologi Hipertensi

Tekanan darah dapat ditentukan dengan tekanan darah ke dalam arteri oleh kontraksi jantung, volume cairan dalam vaskuler (tergantung dari konsentrasi sodium dalam darah) dan resisten dari dinding otot pembuluh darah perifer (*arterioles*).

Berbagai mekanisme yang mempengaruhi terjadinya tekanan darah yang normal termasuk ginjal dengan sekresi hormon dan keseimbangan atau penyesuaian ekskresi air dan sodium dalam sistem saraf simpatik. Apabila kontrol ini tidak dapat berfungsi atau tidak dapat dipertahankan, terjadilah hipertensi.

Jelasnya hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah dalam merespon peningkatan tekanan otot pada arterioles yang mempercepat tekanan normal ke aliran darah. Penyempitan arterioles akan menekan ventikel kiri dari jantung sehingga meningkatkan usaha dalam memompa darah ke seluruh sistem yang akhirnya dapat menyebabkan *Congestive heart failure* (kegagalan jantung akibat pembesaran jantung). Peninggian tekanan darah seringkali merupakan satu-satunya gejala pada hipertensi esensial.

Kadang-kadang hipertensi esensial berjalan tanpa gejala dan baru timbul gejala setelah terjadi komplikasi pada organ sasaran seperti pada ginjal, mata, otak dan jantung. Gejala-gejala seperti sakit kepala, mimisan, pusing atau migren sering ditemukan sebagai gejala klinis hipertensi esensial. Pada individu gejala hipertensi bervariasi dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Adapun gejala-gejalanya sebagai berikut:

- a. Pusing (sakit kepala)
- b. Wajah memerah
- c. Telinga berdengung (Tinnitus)

- d. Hidung berdarah (jarang)
- e. Sukar tidur
- f. Sulit bernafas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat
- g. Dunia terasa berputar (vertigo)
- h. Mudah lelah
- i. Mata berkunang-kunang

Gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai adalah :

- a. Gangguan penglihatan
- b. Gangguan saraf
- c. Gagal jantung
- d. Gangguan fungsi ginjal
- e. Gangguan serebral (otak) yang mengakibatkan kejang dan pendarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan, gangguan kesadaran hingga koma.

Hipertensi juga dapat menyebabkan terjadinya arteriosklerosis melalui melemahnya dinding pembuluh darah dan tekanan yang berlebihan pada derajat tertentu dan mempermudah terjadinya invasi lemak atau bahan lainnya pada dinding pembuluh darah. Dalam hubungannya dengan terjadinya hal ini dapat mengakibatkan stroke, penyakit ginjal, dan penyakit jantung koroner.

3. Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi tekanan darah yang banyak digunakan adalah klasifikasi menurut komite ahli WHO yang dipublikasikan pada tahun 1978 (WHO, 1978).

- a. Normotension, tekanan darah sistolik < 140 mm Hg dan tekanan darah diastolik < 90 mm Hg.
- b. *Borderline Hypertension* (hipertensi terisolasi), tekanan darah sistolik 141-159 mm Hg dan tekanan darah diastolik 91-94 mm Hg.
- c. *Hypertension*, tekanan darah sistolik >160 mm Hg atau tekanan darah diastolik >95 mm Hg.

Berdasarkan berat dan ringannya hipertensi WHO memakai batasan sebagai berikut :

- a. Hipertensi ringan, bila tekanan darah diastolik 90-110 mm Hg.
- b. Hipertensi sedang, bila tekanan darah diastolik >110-130 mm Hg.
- c. Hipertensi berat, bila tekanan darah diastolik lebih dari >130 mmHg.

Klasifikasi tekanan darah untuk orang dewasa berusia 18 tahun atau lebih menurut Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment Of High Blood Pressure, November 1997 sebagai berikut :

Tabel 1. Klasifikasi tekanan darah menurut Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment Of High Blood Pressure, 1997

Kategori	Sistolik (mm Hg)	Diastolik (mm Hg)
Optimal	< 120	<80
Normal	<130	<85
Normal tinggi	130-139	85-89
Hipertensi		
- Tingkat I	140-159	90-99
- Tingkat II	160-179	100-109
- Tingkat III	≥ 180	≥110

Sumber: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/archives/jnc6/jnc6archive.pdf>

Penyakit tekanan darah dapat diklasifikasikan menurut jenis macamnya yaitu :

- a. Hipertensi sistolik. Pada hipertensi ini hanya tekanan sistolik yang meningkat ini disebabkan oleh :
 - 1) Karena akibat kekuatan denyut jantung kiri yang meningkat.
 - 2) Aorta yang menjadi kaku, karena adanya degenerasi dari dindingnya, arteriosklerosis.
 - 3) Kapasitas yang mengurang dari aorta pada coartation dari aorta.
- b. Hipertensi dengan peningkatan sistolik dan diastolik. Jenis ini dibagi dalam beberapa bagian yaitu :
 - 1) Hipertensi sekunder
 - 2) *Coartation aorta*
 - 3) *Phaeochromocytoma*
 - 4) Sindrom cushing
 - 5) Aldosteronisme primer

6) Toxaemia dan kehamilan

7) Berbagai macam penyakit mengenai sistem urat saraf

Sedangkan klasifikasi tekanan darah menurut tingkatan klinisnya dibagi dalam dua macam yaitu :

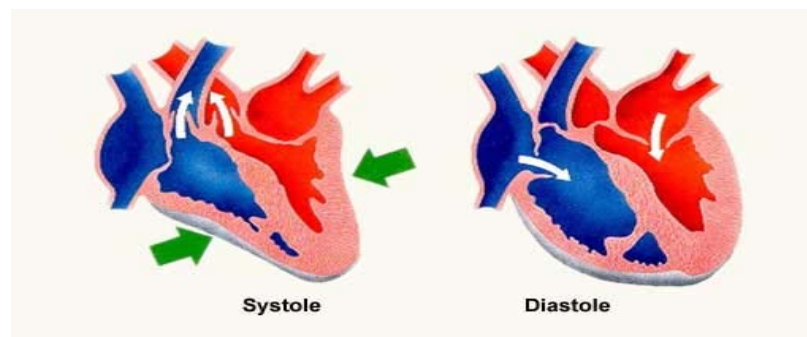
- a. Fase benigna, dan fase ini tekanan darah sistolik maupun diastoliknya belum begitu meningkat, bersifat ringan atau sedang dan belum tampak kelainan atau kerusakan dari target organ mata, otak, jantung dan ginjal.
- b. Fase meligna. Dan fase ini tekanan darah diastoliknya terus menerus meningkat, biasanya ini lebih dari 130 mm Hg dan terdapat kelainan dan kerusakan dari target organ yang bersifat progresif, biasanya terdapat papil oedem dan kelainan penglihatan, uraemia dan bahkan bisa terjadi peradangan di otak.

4. Pengukuran Tekanan Darah

Cara terbaik memastikan hipertensi adalah dengan melakukan pengukuran tekanan darah karena seringkali hipertensi muncul dengan tanpa gejala. Tekanan darah adalah kekuatan darah mengalir di dinding pembuluh darah yang keluar dari jantung (pembuluh arteri) dan yang kembali ke jantung (pembuluh balik). Karena itu dokter akan memeriksa tekanan dari dua bacaan.

Ada dua jenis tekanan yang direkam oleh petugas kesehatan saat melakukan pengukuran, yaitu tekanan darah saat jantung memompa (*systolic pressure*) dan tekanan darah balik setelah

memompa (*diastolic pressure*). Jika petugas kesehatan merekam tekanan darah dengan 115/90, ini berarti sistolik adalah 115 dan tekanan diastolik adalah 90. Sistolik (angka yang lebih besar) menunjukkan tekanan yang terjadi bila otot jantung berdenyut memompa untuk mendorong darah keluar melalui arteri. Angka itu menunjukkan seberapa kuat jantung memompa untuk mendorong darah melalui pembuluh darah. Tekanan diastolik adalah tekanan darah terendah saat otot jantung beristirahat membiarkan darah kembali masuk ke jantung. Angka itu menunjukkan berapa besar hambatan dari pembuluh darah terhadap aliran darah balik ke jantung. Tekanan darah yang melampaui kisaran normal ini disebut tekanan darah tinggi.



Gambar 1. Tekanan Darah Pada Manusia

Adapun hal-hal yang harus diperhatikan dalam pengukuran tekanan darah (Depkes RI,2008a), adalah sebagai berikut :

a. Ruang Pemeriksaan

Suhu ruang dan keadaan ruang periksa yang kurang nyaman, suhu udara yang terlalu dingin dapat meningkatkan tekanan darah.

b. Alat

Sebaiknya digunakan *Sphygmomanometer* dengan pipa air raksa yang tegak lurus dengan bidang horisontal. Hindari paralaks waktu membaca permukaan air raksa.

c. Persiapan

Bila diperlukan dan keadaan pasien memungkinkan, sebaiknya dipersiapkan dalam keadaan basal, karena biasanya hanya diperlukan nilai tekanan darah “sewaktu” maka pengaruh kerja jasmani, makan, merokok dihilangkan terlebih dahulu sebelum diukur.

d. Jumlah pengukuran

Pengukuran dilakukan sebanyak tiga kali, untuk diambil nilai rata-ratanya.

e. Tempat Pengukuran

Pengukuran dilakukan pada lengan kanan dan kiri bila dicurigai terdapat peningkatan tekanan darah. Kesenjangan nilai lengan kanan dan lengan kiri dapat ditimbulkan karena *coarelation aorta*.

f. Posisi orang yang diperiksa

Untuk keperluan skrining dapat dilakukan dalam posisi duduk. Dalam hal ini lengan bawah sedikit rileks serta lengan atas setinggi jantung. Hindari posisi duduk yang menekan perut, lebih-lebih pada orang yang gemuk (*obes*).

Untuk pasien hipertensi terutama yang sedang dalam pengobatan perlu diukur dalam posisi berbaring dan pada waktu 1-5

menit setelah berdiri. Pemompaan dan pengempesan manset dilakukan sebelum mengukur tekanan darah. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahan nilai karena rangsang atau obstruksi sirkulasi darah.

5. Besarnya Masalah Hipertensi

Diperkirakan sebesar 15 juta bangsa Indonesia menderita hipertensi tetapi hanya 4% yang merupakan hipertensi terkontrol (Bustan, 1997).

Sebagai gambaran umum masalah hipertensi adalah :

- a. Prevalensi 6-15% pada orang dewasa, sebagai suatu proses degeneratif, hipertensi tentu hanya ditemukan pada golongan dewasa, kecenderungan meningkat prevalensinya menurut peningkatan usia.
- b. 50% penderita hipertensi tidak menyadari dirinya menderita hipertensi, karena itu mereka cenderung menderita hipertensi yang lebih berat karena tidak berupaya menghindari faktor risiko.
- c. 70% penderita hipertensi adalah penderita hipertensi ringan, karena itu banyak diabaikan sampai saat menjadi ganas (hipertensi *maligna*).
- d. 90% penderita hipertensi adalah penderita hipertensi primer yang tidak diketahui seluk beluk penyebabnya, artinya sulit untuk mencari bentuk intervensi dan pengobatannya.

6. Pengobatan

Dokter akan memilih obat anti hipertensi apa yang sebaiknya diresepkan agar dapat mengembalikan tekanan darah pasiennya menjadi 140/90 dan lebih rendah lagi bila pasien juga menderita diabetes dan penyakit ginjal.

Obat- obatan itu diantara lain :

- a. *Diuretik*, Jenis obat ini menolong dengan cara membuang kelebihan cairan (air dan natrium) dari sistem peredaran darah melalui buang air kecil yang sering agar beban jantung dapat dikurangi.
- b. *Beta Blocker*, fungsinya mengurangi denyut jantung dan keluaran total darah dari jantung. Bekerja menurunkan impuls saraf di jantung dan aliran darah sehingga kerja jantung menjadi lebih lambat dari sedikit tenaga yang diperlukannya.
- c. *Vasodilator*, fungsinya melebarkan pembuluh darah agar darah dapat mengalir dengan lancar serta menghambat kerja enzim angiotensin.
- d. *Inhibitor saraf simpatik*, fungsinya mencegah pengerutan atau penyempitan pembuluh darah dengan menghambat kalsium memasuki sel otot pembuluh darah.
- e. *Alpha Blocker*, fungsinya menghambat produksi adrenalin (penyebab naiknya tekanan darah) sehingga dapat menurunkan kembali tekanan darah.

B. Tinjauan Umum Tentang Terapi Non Farmakologi dan Terapi Farmakologi

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan:

1. Terapi Non farmakologi
2. Terapi Farmakologi

Berikut ini akan di uraikan penatalaksanaan terapi hipertensi, yaitu:

1. Terapi Non Farmakologi

Menerapkan gaya hidup sehat bagi setiap orang sangat penting untuk mencegah tekanan darah tinggi dan merupakan bagian yang penting dalam penanganan hipertensi. Semua pasien dengan prehipertensi dan hipertensi harus melakukan perubahan gaya hidup. Perubahan yang sudah terlihat menurunkan tekanan darah dapat terlihat pada tabel 2 sesuai dengan rekomendasi dari JNC VII.

Disamping menurunkan tekanan darah pada pasien-pasien dengan hipertensi, modifikasi gaya hidup juga dapat mengurangi berlanjutnya tekanan darah ke hipertensi pada pasien-pasien dengan tekanan darah prehipertensi. Modifikasi gaya hidup yang penting yang terlihat menurunkan tekanan darah adalah mengurangi berat badan untuk individu yang obes atau gemuk; mengadopsi pola makan DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) yang kaya akan kalium dan kalsium; diet rendah natrium; aktifitas fisik; dan mengonsumsi alkohol sedikit saja.

Pada sejumlah pasien dengan pengontrolan tekanan darah cukup baik dengan terapi satu obat antihipertensi; mengurangi garam dan berat badan dapat membebaskan pasien dari menggunakan obat. Program diet yang mudah diterima adalah yang didisain untuk menurunkan berat badan secara perlahan-lahan pada pasien yang gemuk dan obes disertai pembatasan pemasukan natrium dan alkohol. Untuk ini diperlukan pendidikan ke pasien, dan dorongan moril.

Fakta-fakta berikut dapat diberitahukan kepada pasien supaya pasien mengerti rasionalitas intervensi diet, yaitu:

- a. Hipertensi 2–3 kali lebih sering pada orang gemuk dibanding orang dengan berat badan ideal
- b. Lebih dari 60 % pasien dengan hipertensi adalah gemuk (*overweight*)
- c. Penurunan berat badan, hanya dengan 10 pound (4.5 kg) dapat menurunkan tekanan darah secara bermakna pada orang gemuk
- d. Obesitas abdomen dikaitkan dengan sindroma metabolik, yang juga prekursor dari hipertensi dan sindroma resisten insulin yang dapat berlanjut ke DM tipe 2, dislipidemia, dan selanjutnya ke penyakit kardiovaskular.
- e. Diet kaya dengan buah dan sayuran dan rendah lemak jenuh dapat menurunkan tekanan darah pada individu dengan hipertensi.
- f. Walaupun ada pasien hipertensi yang tidak sensitif terhadap garam, kebanyakan pasien mengalami penurunan tekanan darah sistolik dengan pembatasan natrium.

JNC VII menyarankan pola makan DASH yaitu diet yang kaya dengan buah, sayur, dan produk susu rendah lemak dengan kadar total lemak dan lemak jenuh berkurang. Natrium yang direkomendasikan <2.4 g (100 mEq)/hari.

Aktifitas fisik dapat menurunkan tekanan darah. Olah raga aerobik secara teratur paling tidak 30 menit/hari beberapa hari per minggu ideal untuk kebanyakan pasien. Studi menunjukkan kalau olah raga aerobik, seperti jogging, berenang, jalan kaki, dan menggunakan sepeda, dapat menurunkan tekanan darah. Keuntungan ini dapat terjadi walaupun tanpa disertai penurunan berat badan. Pasien harus konsultasi dengan dokter untuk mengetahui jenis olah-raga mana yang terbaik terutama untuk pasien dengan kerusakan organ target.

Merokok merupakan faktor resiko utama independen untuk penyakit kardiovaskular. Pasien hipertensi yang merokok harus dikonseling berhubungan dengan risiko lain yang dapat diakibatkan oleh merokok.

Tabel 2. Modifikasi, Rekomendasi dan Range penurunan tekanan darah. yang sesuai dengan rekomendasi JNC VII

Modifikasi	Rekomendasi	Kira-kira penurunan tekanan darah, range
Penurunan Berat Badan (BB)	Pelihara berat badan normal (BMI 18,5 – 24,9)	5-20 mm Hg/10-kg penurunan BB
Adopsi pola makan DASH	Diet kaya dengan buah, sayur, dan produk susu rendah lemak	8-14 mm Hg
Diet rendah sodium	Mengurangi diet sodium, tidak lebih	2-8 mm Hg

	dari 100meq/L (2,4 g sodium atau 6 g sodium klorida)	
Aktifitas fisik	Regular aktifitas fisik aerobik seperti jalan kaki 30 menit/hari. Beberapa hari/minggu	4-9 mm Hg
Minum alkohol sedikit saja	Limit minum alkohol tidak lebih dari 2/ hari (30 ml etanol mis.720 ml beer, 300 ml wine) untuk laki-laki dan 1/hari untuk perempuan	2-4 mm Hg

Singkatan : BB, Berat Badan, BMI, Body Mass Index , DASH, Dietary Approach to stop Hypertension.

2. Terapi Farmakologi

Ada 9 kelas obat antihipertensi yaitu diuretik, penyekat beta, penghambat enzim konversi angiotensin (ACEI), penghambat reseptor angiotensin (ARB) dan antagonis kalsium dianggap sebagai obat antihipertensi utama (tabel 3). Obat-obat ini baik sendiri atau dikombinasi, harus digunakan untuk mengobati mayoritas pasien dengan hipertensi karena bukti menunjukkan keuntungan dengan kelas obat ini. Beberapa dari kelas obat ini (misalnya diuretik dan antagonis kalsium) mempunyai subkelas dimana perbedaan yang bermakna dari studi terlihat dalam mekanisme kerja, penggunaan klinis atau efek samping. Penyekat alfa, agonis alfa 2 sentral, penghambat adrenergik, dan vasodilator digunakan sebagai obat alternatif pada pasien-pasien tertentu disamping obat utama.

Evidence-based medicine adalah pengobatan yang didasarkan atas bukti terbaik yang ada dalam mengambil keputusan saat memilih

obat secara sadar, jelas, dan bijak terhadap masing-masing pasien dan/atau penyakit. Praktek evidence-based untuk hipertensi termasuk memilih obat tertentu berdasarkan data yang menunjukkan penurunan mortalitas dan morbiditas kardiovaskular atau kerusakan target organ akibat hipertensi.

Bukti ilmiah menunjukkan kalau sekadar menurunkan tekanan darah, tolerabilitas, dan biaya saja tidak dapat dipakai dalam seleksi obat hipertensi. Dengan mempertimbangkan faktor-faktor ini, obat-obat yang paling berguna adalah diuretik, penghambat enzim konversi angiotensin (ACEI), penghambat reseptor angiotensin (ARB), penyekat beta dan antagonis kalsium (CCB).

Mencapai tekanan darah pada masing-masing pasien. Kebanyakan pasien dengan hipertensi memerlukan dua atau lebih obat antihipertensi untuk mencapai target tekanan darah yang diinginkan. Penambahan obat kedua dari kelas yang berbeda dimulai apabila pemakaian obat tunggal dengan dosis lazim gagal mencapai target tekanan darah. Apabila tekanan darah melebihi 20/10 mm Hg diatas target, dapat dipertimbangkan untuk memulai terapi dengan dua obat. Yang harus diperhatikan adalah risiko untuk hipotensi ortostatik, terutama pada pasien-pasien dengan diabetes, disfungsi autonomik dan lansia.

3. Terapi Kombinasi

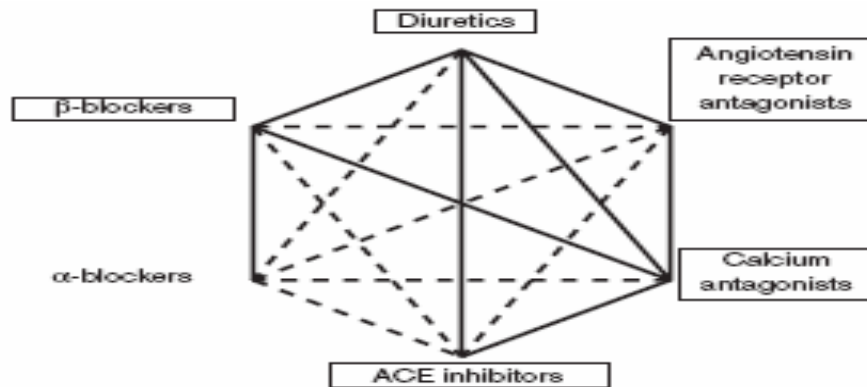
Rasional kombinasi obat antihipertensi. Terdapat 6 (enam) alasan mengapa pengobatan kombinasi pada hipertensi dianjurkan:

1. Mempunyai efek aditif
2. Mempunyai efek sinergisme
3. Mempunyai sifat saling mengisi
4. Penurunan efek samping masing-masing obat
5. Mempunyai cara kerja yang saling mengisi pada organ target tertentu
6. Adanya "*fixed dose combination*" akan meningkatkan kepatuhan pasien (*adherence*).

Fixed-dose combination yang paling efektif adalah sebagai berikut:

1. Penghambat enzim konversi angiotensin (ACEI) dengan diuretik
2. Penyekat reseptor angiotensin II (ARB) dengan diuretik
3. Penyekat beta dengan diuretik
4. Diuretik dengan agen penahan kalium
5. Penghambat enzim konversi angiotensin (ACEI) dengan antagonis kalsium
6. Agonis α -2 dengan diuretik
7. Penyekat α -1 dengan diuretic

Menurut European Society of Hypertension 2003, kombinasi dua obat untuk hipertensi ini dapat dilihat pada gambar 3 dimana kombinasi obat yang dihubungkan dengan garis tebal adalah kombinasi yang paling efektif.



Gambar 2. Kombinasi yang memungkinkan dari kelas yang berbeda.

C. Tinjauan Umum Tentang Efektifitas Terapi

Pengertian efektif menurut kamus Bahasa Indonesia adalah kegiatan yang memberikan hasil yang memuaskan dengan memanfaatkan waktu dan cara dengan sebaik-baiknya. Dengan demikian efektifitas pada dasarnya menunjuk kepada suatu ukuran perolehan yang memiliki kekesesuaian antara hasil yang di capai dengan hasil yang diharapkan, sebagaimana telah terlebih dahulu ditetapkan. Hal ini dapat di simpulkan bahwa efektifitas adalah suatu hal yang bersangkutan paut dengan keberhasilan, manfaat dan seberapa target (kuantitas, kualitas dan waktu) yang telah dicapai dari suatu perlakuan yang ditetapkan kepada subjek penelitian (William A, 1994).

Menurut Slamet Suyono (2001), evaluasi pasien hipertensi mempunyai tiga tujuan:

- a. Mengidentifikasi penyebab hipertensi.
- b. Menilai adanya kerusakan organ target dan penyakit kardiovaskuler, beratnya penyakit, serta respon terhadap pengobatan.
- c. Mengidentifikasi adanya faktor risiko kardiovaskuler yang lain atau penyakit penyerta, yang ikut menentukan prognosis dan ikut menentukan panduan pengobatan.

Menurut Depkes dalam Pedoman *Pharmaceutical Care* Untuk penyakit hipertensi mengatakan bahwa terapi nonfarmakologi memerlukan perhatian yang cukup besar oleh profesi kesehatan agar berhasil. Terapi nonfarmakologi memerlukan perubahan sikap, dorongan dan nasihat yang terus menerus. Dengan membantu pasien bagaimana melibatkan perubahan/modifikasi kedalam gaya hidupnya dapat membantu pasien mencapai tujuan ini. Misalnya mendiskusikan mengenai olahraga, menurunkan berat badan, dan berhenti merokok (Depkes RI, 2008b). Sehingga efektifitas terapi hipertensi adalah terapi yang dilakukan dengan bentuk kombinasi terapi Farmakologi dan terapi non farmakologi yaitu pengobatan pasien hipertensi dengan pemberian obat-obatan untuk terapi penyakit yang dideritanya, serta pemberian konseling untuk menghindari faktor risiko gaya hidup yang memicu akan terjadinya hipertensi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi dibagi dalam dua kelompok besar yaitu faktor yang melekat atau tidak dapat diubah seperti jenis kelamin, umur, genetik dan faktor yang dapat diubah seperti pola makan, kebiasaan olah raga dan lain-lain. Untuk

terjadinya hipertensi perlu peran faktor risiko tersebut secara bersama sama (*common underlying risk factor*), atau dengan kata lain satu faktor risiko saja belum cukup menyebabkan timbulnya hipertensi (Depkes, 2003).

Saat ini terdapat kecenderungan pada masyarakat perkotaan lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan masyarakat pedesaan. Hal ini antara lain dihubungkan dengan adanya gaya hidup masyarakat kota yang berhubungan dengan risiko hipertensi seperti stres, obesitas (kegemukan), kurangnya olah raga, merokok, alkohol dan makan makanan yang tinggi kadar lemaknya. Perubahan gaya hidup seperti perubahan pola makan menjurus kesajian siap santap yang mengandung banyak lemak, protein dan garam tinggi tetapi rendah serat pangan, membawa konsekuensi sebagai salah satu faktor berkembangnya penyakit degeneratif seperti hipertensi (Yundini, 2006).

D. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan Minum Obat

Perkembangan Ilmu pengetahuan dan teknologi memberikan pemahaman baru tentang proses dasarnya fisiologi maupun patologis pada manusia sampai ketinggian molekuler, namun seringkali dokter atau tenaga kesehatan gagal mencapai tujuan terapi yang diinginkan (Palaiyan, Pabhu & Shankar, 2006). Pada kondisi seperti ini, ketidakpatuhan pasien terhadap rejimen pengobatan adalah penyebab utama kegagalan terapi (*National Institute for Health and Clinical*

Excellence, 2009, WHO, 2003a). WHO Menjelaskan ketidakpatuhan merupakan penyebab utama tidak terkontrolnya tekanan darah pada pasien dan diperhitungkan 50-70% pasien tidak menggunakan antihipertensi sesuai dengan aturan yang ditentukan oleh dokter (WHO,2003b).

Kepatuhan biasanya menjadi masalah pada pasien-pasien penyakit kronik yang membutuhkan modifikasi gaya hidup dan terapi jangka panjang. Ketidakpatuhan pada pasien secara potensial dapat meningkatkan morbiditas, mortalitas dan biaya perawatan (Ogedegbe, *et al.*, 2009). Beberapa alasan pasien tidak menggunakan obat antihipertensi adalah dikarenakan sifat penyakit yang secara alami tidak menimbulkan gejala, terapi jangka panjang, efek samping obat, regimen terapi yang kompleks, pemahaman yang kurang tentang pengelolaan dan risiko hipertensi serta biaya pengobatan yang relatif tinggi (Morgado, Rolo & Branco 2011, dalam Risani, A.P. 2012).

Kepatuhan menjadi hal yang sangat penting bagi pasien hipertensi dalam mengontrol tekanan darah. Menurut *National Health and Nutrition Examination Survey (NHNES III)* paling sedikit 30% pasien hipertensi di Amerika tidak menyadari kondisi mereka, dan hanya 31% pasien yang diobati mencapai target tekanan darah yang diinginkan dibawah 140/90 mm Hg (Hajjar & Kotchen,2003). Risiko terjadinya komplikasi kardiovaskuler dan kematian meningkat pada pasien yang tidak patuh terhadap rejimen terapinya (Nelson, Reid, Ryan, Wilson & Yelland, 2006).

Di Indonesia dengan tingkat kesadaran yang lebih rendah, jumlah pasien yang tidak menyadari bahwa dirinya menderita hipertensi dan tidak mematuhi minum obat lebih besar (Depkes, 2008b). *The Cochrane Collaboration* menganjurkan perlunya pendekatan yang lebih komprehensif dan intensif guna mencapai pengontrolan tekanan darah yang optimal (Glynn, Murphy, Smith, Schroeder & Fahey, 2010).

Horne, *et.al.* (2006), memberikan istilah kepatuhan dalam mengkonsumsi obat dengan istilah *adherence* yaitu keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan tentang hal-hal yang pasien inginkan atau harapkan dan keputusan yang wajar tentang pengobatan yang dibuat oleh dokter, Oesterberg dan Blaschke (2005), juga menyarankan penggunaan istilah *adherence*, karena di dalam pengertian *adherence* juga terdapat pengertian *compliance*, dengan tambahan pengertian bahwa di dalam *adherence* peran pasien cenderung aktif dan terdapat kontrak terapeutik yang terjadi setelah melalui proses komunikasi dan pada akhirnya terjadi kesepakatan antara kedua belah pihak. Dari pengertian diatas istilah (*adherence*) kepatuhan dalam mengkonsumsi obat dapat disimpulkan sebagai perilaku untuk mentaati saran-saran atau prosedur dari dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului oleh proses konsultasi pasien (dan atau keluarga pasien sebagai orang kunci dalam kehidupan pasien) dengan dokter sebagai penyedia jasa medis.

Perilaku kepatuhan dalam mengonsumsi obat harian merupakan faktor psikologis penting dalam menentukan tingkat kesembuhan pasien yang menderita penyakit kronis, sehingga para penyedia jasa layanan kesehatan, khususnya dokter dan perawat serta keluarga pasien harus berusaha keras agar perilaku patuh yang ditunjukkan oleh pasien muncul berdasarkan atas komitmen yang sebelumnya telah disepakati oleh dokter dan pasien (Lailatushifah, S, tanpa tahun).

Horne, *et.al* (2006), mengemukakan 4 hal yang mempengaruhi kepatuhan dalam mengonsumsi obat yaitu :

- a. Persepsi dan perilaku pasien (misal: persepsi berat ringannya penyakit, variabel sosiodemografis, trait kepribadian, termasuk keyakinan, sikap dan harapan-harapan yang akhirnya mempengaruhi motivasi pasien untuk mulai dan menjaga perilaku minum obat selama proses pengobatan berlangsung).
- b. Interaksi antara pasien dan dokter dan komunikasi medis antara kedua belah pihak (misal ketrampilan dalam memberi konsultasi dapat memperbaiki kepatuhan, dan pesan-pesan yang berbeda dari sumber yang berbeda ternyata dapat mempengaruhi pasien dalam minum obat).
- c. Kebijakan dan praktek pengobatan di publik yang dibuat oleh pihak yang berwenang (misal: sistem pajak dalam resep, deregulasi tentang resep dan hak-hak konsumen dalam proses pembuatan resep).

- d. Berbagai intervensi yang dilakukan agar terjadi kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat (misal: intervensi yang diterapkan dalam rumah sakit saat perawat kunjungan ke bangsal, perawat meminta pasien mengingat tentang peraturan dalam mengkonsumsi obat, untuk mengecek ingatan dan juga pemahaman pasien akan informasi yang diberikan, dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan stimulan).

Cara-cara meningkatkan kepatuhan (Depkes, 2008) yaitu:

- a. Memberikan informasi kepada pasien akan manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan.
- b. Mengingatkan pasien untuk melakukan segala sesuatu yang harus dilakukan demi keberhasilan pengobatan melalui telepon atau alat komunikasi lain.
- c. Menunjukkan kepada pasien kemasan obat yang sebenarnya atau dengan cara menunjukkan obat aslinya.
- d. Memberikan keyakinan kepada pasien akan efektifitas obat dalam penyembuhan.
- e. Memberikan informasi risiko ketidakpatuhan.
- f. Memberikan layanan kefarmasian dengan observasi langsung, mengunjungi rumah pasien dan memberikan konsultasi kesehatan.
- g. Menggunakan alat bantu kepatuhan seperti multikompartemen atau sejenisnya.

- h. Adanya dukungan dari pihak keluarga, teman dan orang-orang disekitarnya untuk selalu mengingatkan pasien, agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan.
- i. Apabila obat yang digunakan hanya di konsumsi sehari satu kali, kemudian pemberian obat yang digunakan lebih dari satu kali dalam sehari mengakibatkan pasien sering lupa, akibatnya menyebabkan tidak teratur minum obat.

Ada 3 tujuan evaluasi pasien dengan hipertensi:

1. Menilai gaya hidup dan identifikasi faktor-faktor resiko kardiovaskular atau penyakit penyerta yang mungkin dapat mempengaruhi prognosis sehingga dapat memberi petunjuk dalam pengobatan.
2. Mencari penyebab tekanan darah tinggi.
3. Menentukan ada tidaknya kerusakan organ target dan penyakit kardiovaskular data diperoleh melalui anamnesis mengenai keluhan pasien, riwayat penyakit dahulu dan penyakit keluarga, pemeriksaan fisik, tes laboratorium rutin, dan prosedur diagnostik lainnya. Pemeriksaan fisik termasuk pengukuran tekanan darah yang benar, pemeriksaan funduskopi, perhitungan BMI (*Body Massa Index*) yaitu berat badan (kg) dibagi dengan tinggi badan (meter kuadrat), auskultasi arteri karotis, abdominal, dan bruit arteri femoralis; palpasi pada kelenjar tiroid; pemeriksaan lengkap jantung dan paru-paru; pemeriksaan abdomen untuk melihat pembesaran ginjal, massa intra abdominal, dan pulsasi aorta yang abnormal; palpasi

ekstremitas bawah untuk melihat adanya edema dan denyut nadi, serta penilaian neurologis.

Diagnosis hipertensi seringkali disebut sebagai “*silent killer*” karena pasien dengan hipertensi esensial biasanya tidak ada gejala (asimtomatik). Penemuan fisik yang utama adalah meningkatnya tekanan darah. Pengukuran rata-rata dua kali atau lebih dalam waktu dua kali kontrol ditentukan untuk mendiagnosis hipertensi. Tekanan darah ini digunakan untuk mendiagnosis dan mengklasifikasikan sesuai dengan tingkatnya (Chobanian, AV. *et al*, 2003).

1. Monitoring kepatuhan/*Medication Adherence* dan konseling ke pasien

Diperlukan usaha yang cukup besar untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi obat demi mencapai target tekanan darah yang diinginkan. Paling sedikit 50 % pasien yang diresepkan obat antihipertensi tidak meminumnya sesuai dengan yang direkomendasikan. Satu studi menyatakan kalau pasien yang menghentikan terapi antihipertensinya lima kali lebih besar kemungkinan terkena stroke. Kurangnya adherence mungkin disengaja atau tidak disengaja. Beberapa cara untuk membantu pasien dengan masalah adherence dengan salah satu strategi yang paling efektif adalah dengan kombinasi beberapa strategi seperti edukasi, modifikasi sikap, dan sistem yang mendukung.

Strategi konseling untuk meningkatkan adherence terapi obat antihipertensi adalah sebagai berikut :

- a. Nilai *adherence* pada setiap kunjungan
- b. Diskusikan dengan pasien motivasi dan pendapatnya
- c. Libatkan pasien dalam penanganan masalah kesehatannya
- d. Gunakan keahlian mendengarkan secara aktif sewaktu pasien menjelaskan masalahnya
- e. Bicarakan keluhan pasien tentang terapi
- f. Bantu pasien dengan cara tertentu untuk tidak lupa meminum obatnya
- g. Sederhanakan regimen obat (seperti mengurangi frekuensi minum, produk kombinasi)
- h. Minum obat disesuaikan dengan kebiasaan pasien sehari-hari
- i. Berikan informasi tentang keuntungan pengontrolan tekanan darah
- j. Beritahukan perkiraan efek samping obat yang mungkin terjadi
- k. Beritahukan informasi tertulis mengenai hipertensi dan obatnya bila memungkinkan
- l. Petimbangkan penggunaan alat pengukur tekanan darah di rumah supaya pasien dapat terlibat dalam penanganan hipertensinya
- m. Berikan pendidikan kepada keluarga pasien tentang penyakit dan regimen obatnya
- n. Libatkan keluarga dan kerabatnya tentang *adherence* minum obat dan terhadap gaya hidup sehat
- o. Yakinkan regimen obat dapat dijangkau biayanya oleh pasien

- p. Bila memungkinkan telepon pasien untuk meyakinkan pasien mengikuti rencana pengobatannya.

2. Edukasi ke Pasien

Beberapa topik penting untuk edukasi ke pasien tentang penanganan hipertensi:

- a. Pasien mengetahui target nilai tekanan darah yang diinginkan
- b. Pasien mengetahui nilai tekanan darahnya sendiri
- c. Sadar kalau tekanan darah tinggi sering tanpa gejala (*asimptomatik*)
- d. Konsekuensi yang serius dari tekanan darah yang tidak terkontrol
- e. Pentingnya kontrol teratur
- f. Peranan obat dalam mengontrol tekanan darah, bukan menyembuhkannya.
- g. Pentingnya obat untuk mencegah outcome klinis yang tidak diinginkan
- h. Efek samping obat dan penanganannya
- i. Kombinasi terapi obat dan non-obat dalam mencapai pengontrolan tekanan darah.
- j. Pentingnya peran terapi nonfarmakologi
- k. Obat-obat bebas yang harus dihindari (seperti obat-obat yang mengandung ginseng, *nasal decongestan*, dll)

E. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu melalui proses belajar. Pengetahuan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba serta pengetahuan didapat dimana individu berada dan tinggal yaitu faktor budaya mempengaruhi individu berperilaku, individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka, tetapi sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga.

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Pengukuran atau penelitian pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu berupa kuesioner berisi materi yang diukur dari responden (Adni, AR, 2008).

Pengetahuan berasal dari kata tahu, artinya seseorang mempunyai pengetahuan tentang suatu tertentu yang didapat dari pendidikan formal, non formal atau informal. Pengetahuan berarti segala sesuatu yang diketahui, kepandaian yang berkenaan dengan suatu hal. Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman berbagai macam sumber, misalnya media massa, elektronika, buku petunjuk, petugas kesehatan, media poster, kerabat dan sebagainya. Pengetahuan ini dapat berbentuk keyakinan tertentu (Foster dan Anderson, 2005).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain: (1) Tingkat Pendidikan, dimana pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan, sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat; (2) Informasi, seseorang yang mempunyai sumber informasi yang lebih banyak akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas; (3) Budaya, tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhan yang meliputi sikap dan kepercayaan; (4) Pengalaman, sesuatu yang pernah dialami seseorang akan meningkatkan pengetahuan tentang suatu yang bersifat non formal; (5) Sosial Ekonomi, tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup (Adni, AR, 2008).

Pengetahuan merupakan salah satu aspek yang ditempatkan dalam rentetan faktor yang berhubungan perilaku. Tindakan seseorang tidak selalu didasari oleh pengetahuan. Proses perubahan perilaku seseorang melalui beberapa tahap yaitu pengetahuan – sikap – perilaku. Beberapa penelitian membuktikan bahwa proses perubahan perilaku tidak selalu melalui pengetahuan, karena dalam praktek sehari-hari sering terjadi sebaliknya yaitu kadang-kadang seseorang bertindak tidak sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki. Faktor lain yang mempengaruhi perilaku seseorang antara lain : pendapatan, sosial budaya (suku, agama, kepercayaan, pantangan), psikologi (faktor pribadi) karakteristik fisiologi. (Supriyono. M, 2008).

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu.

Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni: indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Menurut B. Bloom dalam Ngatimin, (2001). Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam jenjang/tingkatan, yakni :

a. Tingkat Pengetahuan (*knowledge*)

Bila seseorang hanya mampu menjelaskan secara garis besar apa yang telah dipelajarinya, sejauh ini hanya istilah-istilah saja.

b. Tingkat Perbandingan secara menyeluruh (*comprehensive*)

Bila seseorang berada pada tingkat pengetahuan dasar. Ia dapat menerangkan kembali secara mendasar ilmu pengetahuan yang telah di pelajarinya.

c. Tingkat Penerapan (*application*)

Bila seseorang berada pada kemampuan untuk menggunakan apa yang telah dipelajarinya dari satu situasi ke situasi yang lain.

d. Tingkat Analisis (*analysis*)

Bila seseorang memiliki kemampuan yang meningkat lagi. Ia telah mampu menerangkan bagian-bagian yang menyusun suatu bentuk pengetahuan tertentu dan menganalisis hubungan satu dengan lainnya.

e. Tingkat Sintesis (*synthesis*)

Bila seseorang memiliki disamping kemampuan untuk menganalisis, ia mampu untuk menyusun kembali baik kebentuk semula maupun kebentuk lain.

f. Tingkat Evaluasi (*evaluation*)

Bila seseorang memiliki pengetahuan secara menyeluruh dari semua bahan yang telah dipelajarinya, Bahkan melalui kriteria yang ditentukan ia mampu mengevaluasi semua yang pernah dikerjakannya.

F. Tinjauan Umum Tentang Sikap

Secara historis, istilah sikap (*attitude*) digunakan pertama kali oleh Herbert Spencer di tahun 1862 yang pada saat itu diartikan olehnya sebagai status mental seseorang, di masa-masa awal itu pula penggunaan konsep sikap sering dikaitkan dengan konsep mengenai postur fisik atau posisi tubuh seseorang. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek (Notoatmodjo, 2010).

Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup, sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Newcomb seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan kesiapan pelaksana motif tertentu. Dapat disimpulkan bahwa sikap tidak dapat dilihat secara

langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang ditutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

Struktur sikap menurut Notoatmodjo (2007) terdiri atas 3 komponen yang menunjang, yaitu komponen kognitif (*cognitive*), komponen afektif (*affective*) dan komponen konatif (*conative*). Komponen kognitif merupakan representasi dari apa yang dipercayai oleh si pemilik sikap mengenai apa yang benar atau berlaku bagi obyek sikap. Komponen afektif adalah perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif seseorang terhadap obyek suatu sikap. Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki seseorang. Interaksi antara tiga komponen adalah selaras dan konsisten, dikarenakan apabila dihadapkan dengan suatu obyek yang sama, maka ketiga komponen tersebut harus mempolakan arah dan sikap yang seragam (Anwar, 2005).

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap terdiri dari berbagai tingkatan menurut Notoatmodjo (2007), antara lain :

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

2. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Sikap seseorang yang positif belum tentu terwujud dalam tindakan positif, begitu pula sebaliknya. Temuan-temuan dari peneliti yang lalu menyebutkan bahwa hubungan sikap dan perilaku sangat lemah bahkan negatif dari penelitian lain menyebutkan bahwa hubungannya adalah positif. Menurut Brecker dan Wiggins yang dikutip Azwar (2007) sikap seseorang akan berpengaruh langsung terhadap perilaku sangat tergantung dari kondisi apa, waktu bagaimana dan situasi.

Perilaku merupakan respon seseorang terhadap stimulus atau rangsangan. Perilaku adalah kegiatan atau aktifitas seseorang yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Bloom membagi perilaku dalam tiga domain yaitu pengetahuan, sikap dan

praktek atau tindakan. Pengetahuan merupakan suatu domain kognitif yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang. Apabila penerimaan perilaku baru didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*Long Lasting*). Sebaliknya bila tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran, perilaku tersebut tidak berlangsung lama (Notoatmodjo, 2005 dalam Sri Karyati, 2011).

Sikap merupakan suatu kecenderungan dari hasil belajar untuk berperilaku dan dapat dipengaruhi situasi. Sikap merupakan suatu pernyataan evaluatif, perasaan emosional dan kecenderungan yang dibuat manusia terhadap diri sendiri, orang lain, obyek atau isue-isue terhadap obyek dalam bentuk pernyataan mendukung atau tidak mendukung terhadap suatu obyek (Notoatmodjo,R. 2010). Sikap bukan merupakan suatu tindakan atau aktivitas, melainkan predisposisi tindakan perilaku. Sikap merupakan hal tertutup sebagai kumpulan gejala dalam merespon stimulus sehingga melibatkan pikiran, perasaan dan perhatian. Walaupun sikap masih berupa reaksi yang tertutup, namun sikap dapat menjadi potensi seseorang merubah perilakunya, termasuk untuk selalu minum obat. Tindakan adalah terbentuknya perilaku baru sebagai hasil proses belajar. Perubahan terjadi bersumber dari pengalaman. Perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi yang merupakan pengalaman melalui panca indera (Notoatmodjo, R. 2010). Persepsi merupakan proses seseorang dalam memilih, mengorganisasikan, dan

menginterpretasikan masukan serta informasi untuk menciptakan gambaran dunia yang memiliki arti (Rangkuti, 2006 dalam Sri Karyati, 2011).

Newcomb (Azwar, 2003) salah seorang ahli psikologi sosial, menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan "predisposisi" tindakan atau perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi terbuka tingkah laku yang berbeda.

G. Tinjauan Umum Tentang Peran Keluarga

Defenisi keluarga secara tradisonal menyebutkan bahwa keluarga terdiri atas individu yang bergaung bersama oleh ikatan pernikahan, darah atau adopsi dan tinggal di dalam suatu rumah yang tangga yang sama. Keluara adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Ada lagi yang menyebutkan bahwa keluarga sebagai sebuah sistem sosial kecil yang terbuka yang terdiri atas suatu rangkaian bagian yang saling bergantung dan di pengaruhi baik oleh struktur internal maupun lingkungan eksternalnya (Friedman, *et.al* 2003).

Salah satu bagian yang saling bergantung dan mempengaruhi dalam keluarga adalah status sehat/sakit anggota keluarga. Suatu penyakit dalam keluarga saling mempengaruhi keseluruh keluarga dan

interaksinya. Penelitian di bidang kesehatan keluarga berpengaruh besar pada kesehatan fisik anggota keluarganya (Campbell, 2000 dalam Friedman *et.al*, 2003).

Keluarga cenderung terlibat dalam pengambilan keputusan dan proses terapi pada setiap tahapan sehat dan sakit anggota keluarga, dari keadaan sejahtera hingga tahap pemulihan (Doherty, 1992 dalam Friedman *et.al* 2003). Ada 6 tahap sehat/sakit dan interaksi keluarga yaitu upaya keluarga dalam promosi kesehatan, penilaian keluarga terhadap gejala, mencari perawatan, merujuk dan mendapatkan perawatan, respon akut klien dan keluarga terhadap penyakit, serta adaptasi terhadap penyakit dan pemulihan.

Beberapa teori perubahan perilaku kesehatan yang menunjukkan bahwa keluarga adalah pengaruh utama, baik pada status kesehatan maupun pada perilaku kesehatan anggota keluarga. Menurut Green & Kreuter 1991 dalam McMurray(2003), dukungan keluarga termasuk dalam faktor penguat (*enabling factors*) yang dapat mempengaruhi perilaku dan gaya hidup seseorang sehingga berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidupnya.

H. Tinjauan Umum tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Berdasarkan konsep dasar: Surat Edaran Mendagri No. 100/756/otoda pengertian standar pelayanan minimal adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja

penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup: jenis pelayanan, indikator dan nilai.

Kewenangan wajib dan standar pelayanan minimal dalam jenis pelayanan yaitu Pelayanan kesehatan dengan 4 kompetensi dasar (Kebidanan, Bedah, Penyakit Dalam, Anak), pada penyakit dalam termasuk penyakit Hipertensi, sedangkan penyelenggaraan perbaikan gizi masyarakat, dengan salah satu jenis Pelayanan SPM yaitu Penyuluhan gizi seimbang.

Rendahnya kualitas pelayanan sangat mempengaruhi kepuasan pelanggan/konsumen, sementara ketidakpuasan pelayanan akan berpengaruh pada penurunan konsumsi terhadap suatu produk baik barang maupun jasa, maka akan menunjukkan besarnya kemungkinan untuk kembali memberi produk yang sama serta memberikan referensi yang baik terhadap produk tersebut kepada orang lain (Lupiyoadi, 2006)

Pelayanan terapi Farmakologi merujuk pada standar pelayanan medik pada pelayanan penyakit Hipertensi, seperti terlihat pada tabel 3 dihalaman selanjutnya ini.

1. Pelayanan Medik Standar Pelayanan Hipertensi

Tabel 3. Pelayanan Medik Standar Pelayanan Hipertensi

Kriteria Diagnostik	Tekanan darah lebih atau sama dengan 160/95 mm Hg (WHO 1978).
Diagnostik Pembeding	a. Hipertensi Esensial : - (Prima tidak jelas sebabnya), didapat lebih dari 90 % penderita.

	<p>b. Hipertensi Sekunder :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyakit Ginjal : Stenosis arterirenalis, glomerulonefritis, ginjal polikistik, nefropati. - O.K : Konsentrasi, simpatomi-metik. - Endokrin : Feokromositom, hiperfungsi, adrenokortikal - Neurogenik - Lain-lain.
Pemeriksaan Penunjang	<p>a. Mencari Komplikasi Kardiovaskular :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fungsi Ginjal : Ureum, Kreatinin, Urinalisis/ Proteinuri. - Kelainan Jantung : Foto toraks, EKG. - Kelainan Vaskular mata (retina). <p>b. Mencari Faktor Risiko Kardiovaskular :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serum Kolesterol, Trigliserida. - Gula darah. <p>c. Pada yang dicurigai :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mencari faktor penyebab hipertensi sekunder (kasus sedikit sekali).
Konsultasi	<p>a. Mata (retina).</p> <p>b. Jantung.</p> <p>c. Neurologi (pada hipertensi berat atau dengan komplikasi).</p>
Perawat RS	Rawat inap, pada hipertensi berat, gawat atau yang mendesak dengan komplikasi.
Terapi	<p>Non Farmakologi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk hipertensi berat ringan-sedang : Rendah garam (<3 gr/hari), penurunan berat badan, olah raga, latihan jiwa (Yoga, Transendental, dll). <p>b. Obat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diuretik : HCT 1 x 12.5 mg. Klortalidon 1 x 12.5 – 25 mg. Indapanide 1 x 12.5 mg. Spironolakton 1 – 2 x 25 mg. - Penghambat Adrenergik.

Tabel 3. Pelayanan Medik Standar Pelayanan Hipertensi

Terapi	<p>bekerja sentral :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klonidin 2 x 0.75 – 0.150 mg Metildopa 2 x 250 – 750 mg Reserpin 1 x 0.05 – 0.25 mg - Penyekat Alfa-1 : Prazosin 2 x 1 – 8 mg, Doxazosin 1 x 1-5 mg - Penyekat Beta : Metprolol 1 x 50 – 200 mg
--------	---

	<p>Atnolol 1 x 250 – 150 mg Propanolol 2 x 40 – 160 mg Oxprenolol 2 x 80 – 160 mg Nadolol 1 x 40 – 320 mg</p> <p>- Vasolator : Hidralazin 2 x 50 – 150 mg</p> <p>- Penghambat ACE : Katorpril 1 – 3 x 60 –50 mg Lisinorpril 1 x 5 – 20 mg</p> <p>- Penghambat Kalsium : Diltiazem 2 – 3 x 60 – 120 Nifedipin 3 x 10 – 20</p> <p>- Untuk krisis hipertensi gawat atau darurat Nifedipin sublingual, 10 mg dapat diulang Diazoxide inj, Nitroprusid inj, Hidralazin inj.</p> <p>- Pembedahan : Untuk hipertensi sekunder yang operabel (amat jarang)</p>
Tempat Pelayanan	
Penyulit	<p>- Berat/Darurat : Perdarahan otak, ablasio/perdarahan retina, dokompensasi kordis.</p> <p>- Jangka panjang : Stroke, P.J. Korner, gagal ginjal, buta.</p> <p>- Obat : Hipertensi ortostatik, impotensia</p>
<i>Informed Consent</i> (tertulis)	Setiap tindakan diagnostik, invasif atau operatif.
Standar Tenaga	Dokter Umum : Hipertensi ringan-sedang, tanpa komplikasi.
Lama Perawatan	ada yang gawat 1 (satu) minggu
Masa Pemulihan	1 (satu) minggu.
Output	Hipertensi terkontrol, sekunder yang operabel ; sembuh.
Patologi Anatomi	
Otopsi/ Risalah Rapat	

Sumber : Pelayanan Medik Standar Pelayanan Hipertensi, Bag. Interna Penyakit

Dalam Di RSUD Sanggau Prov. Kal-Bar.

Standar Medik Pelayanan Hipertensi oleh PT. Askes

Adapun pelayanan terapi farmakologik yang diedarkan oleh pihak PT Askes adalah pemberian resep obat oleh dokter sangat dipengaruhi oleh kondisi fisik dari penderita hipertensi. Penggunaan obat-obatan hipertensi sesuai dengan petunjuk dan resep dokter yang diberikan kepada pasien. Obat hipertensi menurunkan tekanan darah dengan beberapa cara, yaitu membuat pembuluh menjadi besar atau lebar; menyempitkan saluran-saluran udara dengan menstimulasi otot-otot yang mengelilingi saluran udara untuk berkontraksi; mengurangi kekuatan dari aksi memompa jantung (kontraksi jantung) dan mengendurkan sel otot pada dinding dari arteri.

Pada tabel 4 dibawah ini di uraikan jenis, fungsi dan contoh obat yang digunakan dalam terapi hipertensi, yaitu :

Tabel 4. Jenis, Fungsi dan Contoh Obat dalam terapi Hipertensi

Jenis Obat	Fungsi	Contoh Obat
ACE inhibitors	Untuk memperlambat aktivitas dari enzim ACE, yang mengurangi produksi dari angiotensin II Angiotensin II adalah zat kimia yang sangat kuat menyebabkan otot-otot yang mengelilingi pembuluh darah untuk berkontraksi, jadi menyempitkan pembuluh.	Enalapril (Vasotec) Captopril (Capoten) Lisinopril(Zestril and Prinivil) Benazepril (Lotensin) Quinapril (Accupril) Perindopril (Acean) Ramipril (Altace) Trandolapril(mavik) Fosinopril (Monopril) Moexipril (Univasc)
Angiotensin receptor blocker (ARB)	Untuk menghalangi aksi dari angiotensin II. ARB mencegah angiotensin II mengikat pada angiotensin II pada pembuluh-pembuluh darah	Lasartan (Cosaar) Irbesartan(Avapro) Valsartan (Diovan) Candesartan(Atacand) Olmesartan(Benicar) Telmisartan(Micardis) Eprosartan(Teveten)
Beta-blockers	Untuk menghalangi norepinephrine dan epinephrine (adrenaline) mengikat pada reseptor beta pada syaraf	Atenolol (Tenormin) Propranolol (Inderal) Metoprolol (Toprol) Nadolol(Corgard) Betaxolol (Kerlone) Acebutolol (Sactal)

		Pindolol (Visken) Bisoprolol (Zebeta)
Calcium Channel blockers(CCBs)	Untuk menghalangi gerakan dari calcium kedalam sel otot dari jantung dan arteri-arteri. Calcium diperlukan oleh otot ini untuk berkontraksi	Amplodipine (Norvasc) Sustained release nifedipine (Procardia XL, adalat CC Felodipine (Plendil) Nisoldipine (Sular) Hydrochlorothiazide (Hydrodiuril) The loop diuretics furosemide (Lasix) dan torsemide (Demadex) Kombinasi dari triamterence dan hydrochlorothiazide (Dyazide) Metolazone (Zaroxolyn)
Alpha Blockers	Untuk menurunkan tekanan darah untuk menghalangi reseptor alpha pada otot halus dari arteri peripheral diseluruh jaringan tubuh	Terazosin (Hytrin) Doxazosin (Normodyne, Trandate)
Alpha -beta blockers	Cara kerja sama seperti alpha-blockers dan juga memperlambat denyut jantung, seperti yang dilakukan beta-blockers, sehingga lebih sedikit darah yang dipompa melalui pembuluh-pembuluh dan tekanan darah menurun	Carvedilol (Coreg) Labetalol (Normodyne, Trandate)
Clonidine	Penghalang-penghalang sistem syaraf bekerja dengan menstimulasi receptor-receptor pada syaraf-syaraf di otak yang mengurangi transmisi dari pesan-pesan dari syaraf dalam otak ke syaraf pada lain tubuh.	Clonidine
Minaxidil	Sebagai Vasodilators, yaitu pengendur (relaxants) otot yang bekerja secara langsung pada otot halus dari arteri peripheral di seluruh tubuh, sehingga arteri melebar dan tekanan darah berkurang.	Minoxidil

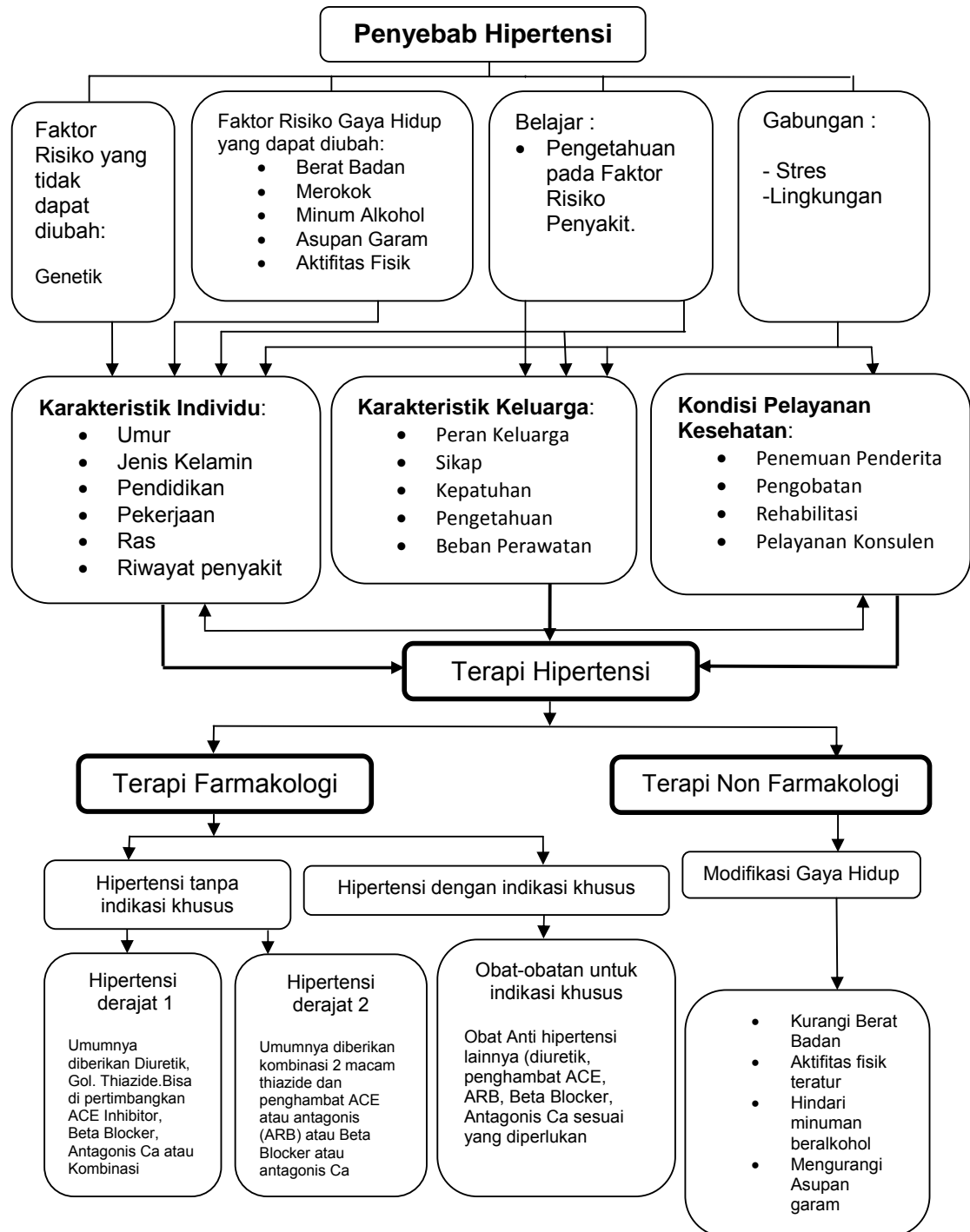
Sumber : Sehat bersama Hipertensi (Sehat bersama Askes). Promosi Kesehatan PT.ASKES Persero.

D. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan penyakit yang telah lama dikenal dan merupakan masalah kesehatan yang memerlukan penanggulangan dengan baik, mengingat angka morbiditas dan mortalitasnya yang tinggi dan akibat jangka panjang yang ditimbulkan mempunyai konsekuensi tertentu. Hipertensi berkembang secara perlahan, tetapi secara potensial sangat membahayakan. Jika hipertensi tetap tidak ditemukan dan tidak dirawat mengakibatkan kematian karena payah jantung, infarkmiocardiac dan stroke.

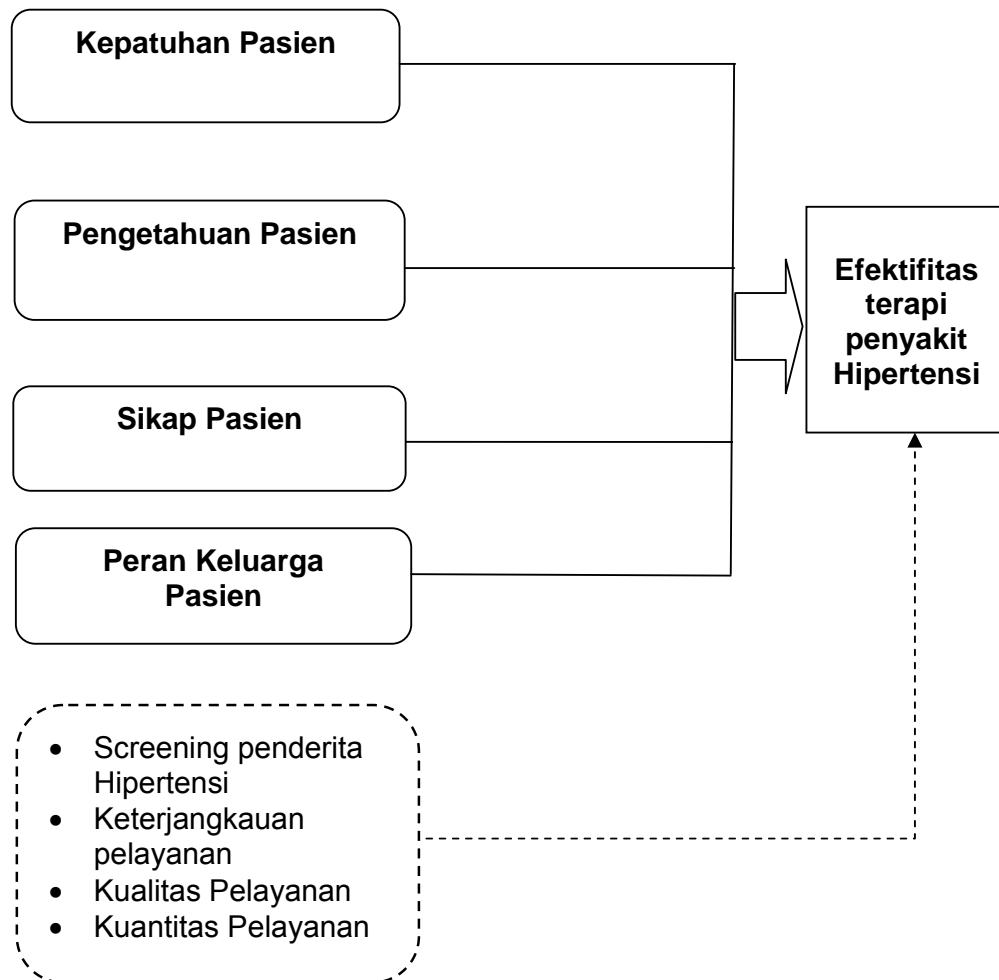
6. Melihat besarnya masalah hipertensi, maka upaya yang perlu dilakukan untuk menekan dan mencegah terjadinya hal tersebut adalah dengan mengetahui faktor yang berhubungan efektifitas terapi penyakit hipertensi. Dimana dengan mengetahui faktor yang berhubungan dengan efektifitas tersebut maka masalah yang timbul dapat diatasi dan dicegah, yang pada akhirnya dapat menurunkan prevalensi hipertensi. Dari berbagai faktor yang berhubungan dengan hipertensi, peneliti hanya meneliti variabel Kepatuhan pasien berhubungan dengan efektifitas terapi penyakit hipertensi, pengetahuan pasien berhubungan dengan efektifitas terapi penyakit Hipertensi, sikap pasien pada pengobatan berhubungan dengan efektifitas terapi penyakit hipertensi, Peran keluarga pasien berhubungan dengan efektifitas terapi penyakit Hipertensi

I. Kerangka Teori



Gambar 3 : Kerangka Teori Terapi Penyakit Hipertensi
Sumber : Depkes RI (2008a), Lumbantobing(2008) dengan Modifikasi

J. Kerangka Konsep



Gambar 4 : Skema Hubungan Variabel Independen dan Dependen

Keterangan :

- : Variabel yang diteliti
- - - - - : Variabel yang tidak diteliti
- ▭ : Variabel Independen
- ▭ : Variabel Dependen

K. Hipotesis Penelitian

1. Kepatuhan pasien berhubungan dengan efektifitas terapi penyakit hipertensi.
2. Pengetahuan pasien berhubungan dengan efektifitas terapi penyakit hipertensi
3. Sikap pasien berhubungan dengan efektifitas terapi penyakit hipertensi.
4. Peran keluarga pasien berhubungan dengan efektifitas terapi penyakit hipertensi.

L. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif

1. **Efektifitas Terapi** pada penelitian ini adalah upaya dalam melaksanakan semua rangkaian proses terapi, berupa terapi non farmakologi dalam bentuk kepatuhan, pengetahuan, sikap dan peran keluarga pasien.

Efektifitas terapi berdasarkan perhitungan interval. Jawaban benar diberi skor 2 dan jawaban yang salah diberi skor 1. Cara penilaian dengan menjumlahkan setiap nilai pertanyaan (Slamet, 1993 dalam Adni. A.R, 2008).

$$I = \frac{NT - NR}{K}$$

Keterangan :

I = Interval
 NT = Nilai Tertinggi
 NR = Nilai Terendah
 K = Jumlah Kategori yang diinginkan

Kriteria Obyektif :

Efektif = Jika $NR + I + 1$ s/d Skor Maksimum

Kurang Efektif = Jika $< NR + I + 1$, skor terendah NR s/d $NR + I$

Jadi untuk kriteria obyektif efektifitas terapi penyakit Hipertensi ,

Kurang efektif jika skor < 25 dan dinyatakan efektif jika skor 25-

32 serta skor terendah 16-24.

2. **Kepatuhan Pasien** pada penelitian ini yaitu mengikuti anjuran dokter dari hasil terapi yang dilakukan berdasarkan hasil daftar kuesioner melalui wawancara. Akumulasi skor yang diperoleh kemudian dikategorikan patuh dan tidak patuh.

Kriteria Obyektif

Patuh : apabila hasil pengukuran pada responden didapatkan nilai skor 37 – 48 dari 24 pertanyaan dalam daftar kuesioner

Tidak Patuh : apabila hasil pengukuran pada responden di dapatkan nilai skor < 37 dari 24 pertanyaan dalam daftar kuesioner

(Slamet, 1993 dalam Adni. A.R, 2008).

3. Pengetahuan Pasien pada penelitian ini adalah kemampuan pasien dalam menjawab pertanyaan tentang penyakit hipertensi. Akumulasi skor yang diperoleh kemudian di kategorikan Cukup dan Kurang.

Kriteria Objektif

Cukup : apabila hasil pengukuran pada responden didapatkan nilai skor 31 – 40 dari 20 pertanyaan dalam daftar kuesioner

Kurang : apabila hasil pengukuran pada responden di dapatkan nilai skor <31 dari 20 pertanyaan dalam daftar kuesioner

(Slamet, 1993 dalam Adni. A.R, 2008).

4. Sikap Pasien pada penelitian ini adalah sikap yang dilakukan pasien dalam mengikuti anjuran terapi terhadap faktor risiko yang ditimbulkan pada penyakit Hipertensi. Akumulasi skor yang diperoleh kemudian dikategorikan positif dan negatif.

Kriteria Obyektif

Positif : apabila hasil pengukuran pada responden didapatkan nilai skor 22 – 28 dari 14 pernyataan dalam daftar kuesioner

Negatif : apabila hasil pengukuran pada responden di dapatkan nilai skor <22 dari 14 pernyataan dalam daftar kuesioner

(Slamet, 1993 dalam Adni. A.R, 2008).

5. Peran Keluarga Pasien adalah keterlibatan keluarga pasien dalam peran pengambilan keputusan sejak gejala awal, proses hingga akhir tahapan terapi. Akumulasi skor yang diperoleh kemudian dikategorikan aktif dan tidak aktif.

Kriteria Obyektif

Aktif : apabila hasil pengukuran pada responden nilai skor 16 – 20 dari 10 pertanyaan dalam daftar kuesioner

Tidak Aktif : apabila hasil pengukuran pada responden di dapatkan nilai skor <16 dari 10 pertanyaan dalam daftar kuesioner.

(Slamet, 1993 dalam Adni. A.R, 2008).