

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Menurut WHO (2013), hampir satu miliar orang-orang yang mempunyai tekanan darah tinggi (hipertensi), dua pertiga diantaranya berada di negara berkembang. Hipertensi membunuh hampir 8 juta penduduk tiap tahun di seluruh dunia, dan hampir 1,5 juta penduduk setiap tahun di daerah Asia Tenggara. Menurut Depkes (2009) Hipertensi merupakan penyebab kematian utama ketiga di Indonesia untuk semua umur (6,8%), setelah stroke (15,4%) dan *tuberculosis* (7,5%). WHO (2011) memperkirakan bahwa sepertiga populasi penduduk dewasa pada daerah Asia Tenggara memiliki tekanan darah tinggi. Kasus hipertensi diperkirakan akan terjadi kenaikan sekitar 80% pada tahun 2025 dibandingkan pada tahun 2000 yaitu 639 juta kasus menjadi 1,5 milyar kasus (www.depkes.go.id)

Menurut Dinkes Kulon Progo (2014), hipertensi primer (esensial) merupakan penyakit terbanyak kedua setelah nasofaringitis akut (*common cold*) untuk semua golongan umur di Kulon Progo pada tahun 2013 dengan jumlah kejadian 35.938 (19,05%). Menurut data dari Laporan Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wates Kulon Progo (2015) bahwa jumlah pasien hipertensi selama tahun 2014 ada 755 orang rawat jalan dan 124 orang rawat inap. Pada tahun 2015 sampai dengan 30 September 2015, ada 367 orang rawat jalan dan 71 orang rawat inap.

Hipertensi yang terjadi dalam jangka waktu lama dan terus menerus dapat memicu komplikasi penyakit *stroke*, serangan jantung, gagal jantung dan merupakan penyebab utama gagal ginjal kronik (Purnomo, 2009). Agar terhindar dari komplikasi fatal hipertensi, harus diambil tindakan pencegahan yang baik (*Stop High Blood Pressure*) yaitu dengan terapi farmakologi maupun non farmakologi. Terapi farmakologis yaitu dengan menggunakan obat-obatan antihipertensi yang terbukti dapat menurunkan tekanan darah, sedangkan terapi non farmakologis atau disebut juga dengan modifikasi gaya hidup yang meliputi

berhenti merokok, mengurangi kelebihan berat badan, menghindari alkohol, modifikasi diet serta yang mencakup psikis antara lain mengurangi stress, olah raga, dan istirahat (Kosasih dan Hassan, 2013).

Menurut Asti (2006), diagnosis yang tepat, pemilihan obat serta pemberian obat yang benar dari tenaga kesehatan ternyata belum cukup untuk menjamin keberhasilan suatu terapi jika tidak diikuti dengan kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obatnya. Kepatuhan pasien sangat diperlukan untuk mencapai keberhasilan terapi utamanya pada terapi penyakit tidak menular (misalnya:diabetes, hipertensi, asma, kanker, dan sebagainya), gangguan mental, penyakit infeksi HIV/AIDS dan tuberkulosis. Adanya ketidakpatuhan pasien pada terapi penyakit ini dapat memberikan efek negatif yang sangat besar karena persentase kasus penyakit-penyakit tersebut diatas di seluruh dunia mencapai 54% dari seluruh penyakit pada tahun 2001 dan diperkirakan akan meningkat menjadi lebih dari 65% pada tahun 2020 (Asti, 2006).Khusus pada pasien hipertensi, kepatuhan serta pemahaman yang baik dalam menjalankan terapi dapat mempengaruhi tekanan darah dan mencegah terjadi komplikasi (Depkes, 2006).

Tingkat kepatuhan yang tinggi terhadap pengobatan berhubungan dengan menurunnya mortalitas dan menurunnya kemungkinan pasien untuk dirawat di rumah sakit (White dalam Bhandari, *et al*, 2015). Alasan yang paling sering ditemui dalam kegagalan terapi hipertensi adalah rendahnya kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi (Yiannakopoulou, 2005). Ketidakpatuhan pasien dalam menggunakan obat dapat berakibat pada memburuknya kondisi penyakit, kematian, dan meningkatnya biaya pengobatan (Osterberg dan Blaschke, 2005). Kepatuhan seorang pasien yang menderita hipertensi tidak hanya dilihat berdasarkan kepatuhan dalam meminum obat antihipertensi tetapi juga dituntut peran aktif dan kesediaan pasien untuk memeriksakan kesehatannya ke dokter sesuai dengan jadwal yang ditentukan serta perubahan gaya hidup sehat yangdianjurkan (Burnier,*et.al*, 2001).

Hasil penelitian Smantummkul,*et. al*,(2014) menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan pasien hipertensi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta dengan kategori tinggi adalah sebesar 16,55%, sementara sebanyak 50,56% dan 32,58% pasien menunjukkan tingkat kepatuhan yang sedang dan rendah. Banyak faktor yang

mempengaruhi proses kepatuhan pasien hipertensi, salah satu diantaranya adalah persepsi yang salah (Jesus, 2007). Pasien yang memiliki persepsi positif memiliki kemungkinan patuh dalam pengobatan sebesar 21,41 kali lebih besar daripada pasien yang memiliki persepsi negatif (Pasek,*et al*, 2013). Menurut Notoatmojo (2007) persepsi mempengaruhi pola pikiran dan tingkah laku seseorang. Persepsi yang benar akan meningkatkan kualitas kesadaran seseorang dalam berperilaku

Hasil survei awal tentang persepsi tentang hipertensi terhadap 10 pasien di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Wates Kulon Progo dengan pertanyaan seberapa bahaya penyakit hipertensi dan apa alasannya, diketahui bahwa 8 pasien menganggap bahwa hipertensi merupakan penyakit yang sangat berbahaya karena dapat berakibat fatal pada terjadinya stroke. Dua pasien lainnya menganggap bahwa hipertensi bukan merupakan penyakit yang berbahaya karena masih dapat diobati baik dengan minum obat maupun merubah gaya hidup. Sedangkan berkaitan dengan kepatuhan minum obat, terdapat 3 pasien yang hanya meminum obat ketika tekanan darah naik saja karena selain takut ketergantungan terhadap obat, mereka takut efek samping dari obat kimia. Lima pasien lainnya meminum obat dari dokter secara rutin sampai habis dan setelah itu meminum obat tradisional. Dua pasien lainnya selalu mengkonsumsi obat dari dokter.

Berdasarkan uraian di atas maka penelitian tentang hubungan persepsi tentang hipertensi dengan kepatuhan meminum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Wates Kulon Progo perlu dilakukan untuk memberikan gambaran pentingnya pengetahuan tentang hipertensi dan kepatuhan meminum obat sehingga dapat tercapai tujuan pengobatannya.

B. Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara persepsi pasien tentang hipertensi dengan kepatuhan meminum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wates Kulon Progo

C. Tujuan Penelitian

Menetapkan hubungan antara persepsi pasien tentang hipertensi dengan kepatuhan meminum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wates Kulon Progo.

D. Tinjauan Pustaka

1. Hipertensi

a. Definisi Hipertensi

Hipertensi atau sering disebut dengan tekanan darah tinggi termasuk salah satu penyakit pembuluh darah (*vascular disease*). Definisi hipertensi menurut Ganong (2010); Guyton dan Hall (2014); WHO (2013); and JNC VIII dalam Muhadi (2016) adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah didalam arteri diatas 140/90 mmHg pada orang dewasa dengan sedikitnya tiga kali pengukuran secara berurutan.

b. Klasifikasi Hipertensi

Berdasarkan etiologinya, hipertensi dapat diklasifikasikan menjadi hipertensi primer (hipertensi esensial) dan hipertensi sekunder. Hampir lebih dari 90-95% kasus hipertensi merupakan hipertensi primer. Hipertensi primer adalah hipertensi dengan penyebab yang tidak diketahui (Guyton dan Hall, 2014). Belum ada teori yang jelas menyatakan patogenesis hipertensi primer tersebut. Namun, faktor genetik memegang peranan penting pada patogenesis hipertensi primer.

Menurut Guyton dan Hall (2014), dikatakan hipertensi sekunder jika terjadinya hipertensi disebabkan oleh penyakit lain. Hanya sekitar 5-10% kasus hipertensi merupakan sekunder dari penyakit komorbid atau obat-obat tertentu yang dapat meningkatkan tekanan darah. Banyak penyebab hipertensi sekunder baik endogen maupun eksogen. Pada kebanyakan kasus, disfungsi renal akibat penyakit ginjal kronis atau penyakit renovaskular adalah penyebab sekunder yang paling sering. Obat-obat tertentu, baik secara langsung ataupun tidak, dapat menyebabkan hipertensi atau memperberat hipertensi dengan menaikkan

tekanan darah. Klasifikasi lainnya tentang hipertensi menurut JNC VIII (*The Eighth Joint National Committee*) yang didasarkan pada rata-rata pengukuran dua tekanan darah atau lebih pada dua atau lebih kunjungan klinis untuk pasien dewasa (umur \geq 18 tahun) sebagaimana ditunjukkan pada tabel 1.

Tabel 1. Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC VIII

Klasifikasi	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Tanpa Diabetes/CKD		
a. < 60 th	< 140	< 90
b. \geq 60 th	< 150	< 90
Dengan Diabetes/CKD		
a. Semua umur dengan DM tanpa CKD	< 140	< 90
b. Semua umur dengan CKD dengan/tanpa DM	< 140	< 90

Sumber: Peterson dalam Fitri, 2014

c. Gambaran Klinis Hipertensi

Sebagian besar hipertensi terjadi tanpa disertai tanda dan gejala yang pasti. Kadang-kadang nyeri kepala, pusing, rasa lelah dianggap sebagai gejala non spesifik dari hipertensi. Namun demikian, gejala-gejala tersebut tidak jarang juga terjadi pada orang dengan tekanan darah normal (normotensi). Ketidakpastian tanda dan gejala menyebabkan hipertensi diketahui saat pemeriksaan *screening* rutin atau ketika penderita memeriksakan komplikasinya. Komplikasi hipertensi berpotensi mematikan, meliputi infark miokard, gagal jantung kongestif, stroke trombotik dan hemoragik, gagal ginjal dan ensefalopatihipertensif. Oleh sebab itu, hipertensi mendapat sebutan "*The Silent Killer*" (Ganong, 2010).

d. Faktor Risiko

Sembilan puluh persen (90%) penderita hipertensi tidak diketahui penyebab dengan pasti. Para ahli membagi dua kelompok faktor risiko pemicu timbulnya hipertensi yaitu faktor risiko yang tidak dapat dikontrol dan faktor risiko yang dapat dikontrol (Damilarta, *et al*, 2008)

1) Faktor Risiko yang Tidak Dapat Dikontrol

a) Keturunan

Sekitar 70-80% penderita hipertensi esensial ditemukan riwayat hipertensi didalam keluarga. Apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua orang tua maka dugaan hipertensi esensial lebih besar (Damilarta, *et al*, 2008).

b) Jenis Kelamin

Menurut Edward D. Frohlich seorang pria dewasa akan mempunyai peluang lebih besar yakni satu di antara lima mengidap hipertensi (Sustarini, 2004). Secara umum tekanan darah pada laki-laki lebih tinggi daripada perempuan. Pada perempuan risiko hipertensi akan meningkat setelah masa menopause yang menunjukkan adanya pengaruh hormon (Julius, 1991).

c) Umur

Hampir setiap orang mengalami peningkatan tekanan darah pada usia lanjut. Tekanan sistolik biasanya terus meningkat seumur hidup dan tekanan diastolik meningkat sampai usia 50-60 tahun kemudian menurun secara perlahan (Ganong, 2010). Hal ini disebabkan elastisitas dinding pembuluh darah semakin menurun dengan bertambahnya umur. Sebagian besar hipertensi terjadi pada umur lebih dari 65 tahun. Sebelum umur 55 tahun tekanan darah pada laki-laki lebih tinggi daripada perempuan. Setelah umur 65 tekanan darah pada perempuan lebih tinggi daripada laki-laki. Dengan demikian, risiko hipertensi bertambah dengan semakin bertambahnya umur (Gray, *et al*. 2005).

2) Faktor Risiko yang Dapat Dikontrol

a) Kegemukan (Obesitas)

Hipertensi primer dengan kenaikan berat badan berlebihan dan obesitas bisa terjadi karena peningkatan curah jantung akibat aliran darah tambahan yang diperlukan untuk jaringan adiposa ekstra dan meningkatnya laju metabolik seiringdengan peningkatan

berat badan (Guyton & Hall, 2014). Suatu penelitian dari *Framingham Heart Study* menunjukkan bahwa, 78% hipertensi yang terjadi pada laki-laki dan 65% pada wanita diakibatkan secara langsung oleh kegemukan atau obesitas (Lilyasari, 2007).

b) Diet tidak seimbang

Konsumsi gula berlebih berpengaruh terhadap tekanan darah, sedangkan banyak mengonsumsi serat banyak membantu menjaga tekanan darah dalam batas normal. Konsumsi makanan yang tidak seimbang banyak mengandung lemak disertai tinggi garam, meningkatkan risiko hipertensi (Karyadi, 2002)

c) Konsumsi Garam Berlebih

Garam mempunyai sifat menahan air. Konsumsi garam yang berlebihan dengan sendirinya akan menaikkan tekanan darah. Orang yang sensitif terhadap *sodium* lebih mudah meningkatkan *sodium*-nya dan menimbulkan retensi cairan dan peningkatan tekanan darah (Sheps, 2005). JNC VII dalam Depkes (2006) menganjurkan pembatasan konsumsi garam dapur hingga 6 gram sehari (sama dengan 2400 mg Natrium).

d) Aktifitas fisik (olahraga)

Olahraga juga dapat mengurangi atau mencegah obesitas, mengurangi asupan garam ke dalam tubuh. Garam akan keluar dari tubuh bersama keringat, mengurangi depresi dan kecemasan, memperbaiki adaptasi terhadap stres, memperbaiki kualitas tidur, dan menaikkan *mood*, percaya diri serta penampilan (Laurence, 2002).

e) Merokok dan konsumsi alkohol

Kebiasaan merokok, minum minuman beralkohol dapat mempengaruhi peningkatan tekanan darah. Rokok mempunyai beberapa pengaruh langsung yang membahayakan jantung. Hipertensi dirangsang oleh adanya nikotin dalam batang rokok yang dihisap oleh seseorang. Efek dari konsumsi alkohol

juga merangsang hipertensi karena adanya peningkatan sintesis katekolamin yang dalam jumlah besar dapat memicu kenaikan tekanan darah (Laurence, 2002).

f) Stres

Stres juga diyakini berubungan dengan hipertensi yang diduga melalui aktifitas syaraf simpatis. Peningkatan aktifitas syaraf simpatis dapat meningkatkan tekanan darah secara tidak menentu. Stres dapat mengakibatkan tekanan darah naik untuk sementara waktu, jika stres telah berlalu, maka tekanan darah akan kembali normal (Ponto *et al*, 2016)

2. Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan dua cara terapi yaitu terapi farmakologi dan non farmakologi.

a. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi adalah terapi dengan menggunakan obat-obatan. Pada penderita hipertensi, tujuan utama pengobatan menurut ESH (*European Society of Hypertension*) adalah menurunkan morbiditas dan mortalitas faktor risiko penyakit kardiovaskuler. Tekanan darah sistolik < 140 mmHg atau 130 mmHg dapat dicapai dengan pemakaian obat anti hipertensi kombinasi dan sebaiknya anti hipertensi diberikan sebelum adanya kerusakan organ target. Dalam pemilihan obat anti hipertensi perlu dipertimbangkan selain untuk menurunkan tekanan darah juga dapat mempertahankan tekanan darah secara optimal (Bidiara, 2008).

Pertimbangan dalam pemilihan obat anti hipertensi antara lain: (1) berdasarkan penelitian penurunan tekanan darah serta mempertimbangkan efek samping obat; (2) efek obat terhadap faktor risiko kardiovaskuler dalam hubungannya dengan profil individu dengan hipertensi; (3) adanya kerusakan organ subklinis, penyakit kardiovaskuler klinik, penyakit ginjal atau diabetes menentukan pemilihan obat anti hipertensi; (4) interaksi obat bila diberikan bersamaan dengan obat lainnya; (5) biaya.

b. Terapi nonfarmakologi

Terapi nonfarmakologi dikenal juga sebagai terapi modifikasi gaya hidup. Menurut Yogiantoro (2009) tujuan terapi nonfarmakologi diantaranya menurunkan tekanan darah, mengendalikan faktor-faktor risiko dan penyakit penyerta lainnya. Menerapkan gaya hidup sehat bagi setiap orang sangat penting untuk mencegah tekanan darah tinggi dan merupakan bagian yang penting dalam penanganan hipertensi. Perubahan gaya hidup 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 (Depkes, 2006).

Tabel 2 Modifikasi Gaya Hidup untuk Mengontrol Hipertensi

Modifikasi	Rekomendasi	Kira-kira Penurunan Tekanan Darah, Range
Penurunan berat badan	Pelihara berat badan normal (BMI 18,5-24,9)	5-20 mmHg/10 kg penurunan berat badan
Adopsi pola makan DASH	Diet kaya dengan buah, sayur, dan produk susu rendah lemak	8-14 mmHg
Diet rendah sodium	Mengurangi diet sodium, tidak lebih dari 100meq/L (2,4 g sodium atau 6 g sodium klorida)	2-8 mmHg
Aktifitas fisik	Regular aktifitas fisik aerobik seperti jalan kaki 30 menit/hari, beberapa hari/minggu	4-9 mmHg
Minum alkohol sedikit saja	Limit minum alkohol tidak lebih dari 2/hari (30 ml etanol) untuk laki-laki dan 1/hari untuk perempuan	2-4 mmHg

Sumber: Depkes, 2006

3. Persepsi

a. Definisi Persepsi

Persepsi merupakan proses bagaimana individu dapat mengenali diri sendiri maupun keadaan sekitarnya, melalui stimulus yang diterimanya, dan individu akan mengalami persepsi, menjelaskan bahwa

persepsi merupakan suatu proses yang didahului oleh penginderaan yaitu proses yang berwujud diterimanya stimulus oleh individu melalui alat reseptornya, kemudian stimulus diteruskan ke pusat susunan syaraf yaitu otak, dan otak merupakan proses psikologisnya sehingga individu bisa mempersepsi stimulus yang diterimanya (Walgito, 2002).

Persepsi merupakan keseluruhan proses mulai dari stimulus (rangsangan) yang diterima panca indera (hal ini dinamakan sensasi), kemudian stimulus diantar ke otak dimana ia dikode serta diartikan dan selanjutnya mengakibatkan pengalaman yang disadari. Persepsi juga merupakan stimulus yang ditangkap oleh panca indera individu, lalu diorganisasikan dan kemudian diinterpretasikan, sehingga individu menyadari dan mengerti apa yang di indera itu (Maramis, 2006).

b. Pembentukan dan Faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Menurut Niven (2002), proses terjadinya persepsi dimulai dari:

- 1) Tahap penerimaan rangsangan, yang ditentukan oleh faktor dari dalam dan faktor dari luar manusia itu sendiri yang meliputi:
 - a) Faktor lingkungan yaitu ekonomi, sosial politik.
 - b) Faktor konsepsi yaitu pendapat dari teori seseorang tentang manusia dengan segala tindakannya.
 - c) Faktor yang berkaitan dengan dorongan dan tujuan seseorang untuk menafsirkan suatu rangsangan.
 - d) Faktor pengalaman masa lalu atau latar belakang kehidupan, akan menentukan kepribadian seseorang.
- 2) Proses seleksi, yang dilakukan karena keterbatasan manusia dalam menerima rangsangan.
- 3) Proses penutupan. Proses ini terjadi karena keterbatasan tingkat kemampuan seseorang dalam menerima rangsangan kemudian kekurangan informasi ditutupi dengan pengalamannya sendiri.

Faktor-faktor fungsional yang menentukan persepsi seseorang berasal dari kebutuhan, pengalaman masa lalu dan hal-hal lain termasuk yang kita sebut sebagai faktor-faktor personal (Rakhmat,1998). Sedangkan

menurut Siagian (2004) secara umum terdapat dua faktor yang mempengaruhi terjadinya persepsi seseorang yaitu faktor internal dan eksternal.

- 1) Faktor eksternal merupakan persepsi yang terjadi karena adanya rangsang yang datang dari luar individu yang meliputi:
 - a) Objek. Objek ini akan menjadi sasaran dari persepsi yang dapat berupa orang, benda atau peristiwa, dan objek yang sudah dikenali tersebut akan menjadi sebuah stimulus.
 - b) Faktor situasi. Situasi merupakan keadaan dimana, keadaan tersebut dapat menimbulkan sebuah persepsi.
- 2) Sedangkan faktor internal yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsang yang berasal dalam diri individu (Niven, 2002). Diantara faktor internal tersebut adalah:
 - a) Motif, adalah semua penggerak, alasan-alasan atau dorongan dalam diri manusia yang menyebabkan seseorang berbuat sesuatu.
 - b) Minat, adalah perhatian terhadap sesuatu stimulus atau objek yang menarik kemudian akan disampaikan melalui panca indera.
 - c) Harapan, merupakan perhatian seseorang terhadap stimulus atau objek mengenai hal yang disukai dan diharapkan.
 - d) Sikap, merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek, sikap dapat menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap juga dapat membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain.
 - e) Pengetahuan, merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.
 - f) Pengalaman, merupakan peristiwa yang dialami seseorang dan ingin membuktikan sendiri secara langsung dalam rangka membentuk pendapatnya sendiri. Hal ini berarti pengalaman yang

dialami sendiri oleh seseorang akan lebih kuat dan sulit di lupakan dibandingkan dengan melihat pengalaman orang lain.

c. Pengukuran Persepsi

Menurut Azzahy dalam Shafaruddin,*et. al.* (2013), mengukur persepsi hampir sama dengan mengukur sikap. Walaupun materi yang diukur bersifat abstrak, tetapi secara ilmiah sikap dan persepsi dapat diukur, dimana sikap terhadap obyek diterjemahkan dalam sistem angka. Dua metode pengukuran sikap terdiri dari metode *Self Report* dan pengukuran *Involuntary Behavior*.

- 1) *Self Report* merupakan suatu metode dimana jawaban yang diberikan dapat menjadi indikator sikap seseorang. Namun kelemahannya adalah bila individu tidak menjawab pertanyaan yang diajukan maka tidak dapat mengetahui pendapat atau sikapnya.
- 2) *Involuntary Behaviour* dilakukan jika memang diinginkan atau dapat dilakukan oleh responden, dalam banyak situasi akurasi pengukuran sikap dipengaruhi kerelaan responden .

Jika merujuk pada pernyataan diatas, bahwa mengukur persepsi hampir sama dengan mengukur sikap, maka skala sikap dapat dipakai atau dimodifikasi untuk mengungkap persepsi sehingga dapat diketahui apakah persepsi seseorang positif, atau negatif terhadap suatu hal atau obyek.

Persepsi individu dalam upaya melakukan atau tidak melakukan perilaku sehat termasuk dapat diukur dengan *Health Belief Model* yang terdiri dari tiga dimensi yaitu: *perceived susceptibility* (persepsi kerentanan), *perceived severity* (persepsi keparahan), *perceived benefits* (persepsi manfaat) (Notoatmodjo,2007)

4. Kepatuhan

a. Definisi Kepatuhan

Kepatuhan pasien sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan (Niven, 2002). Sedangkan Gabit (1999) mendefinisikan kepatuhan atau ketaatan terhadap pengobatan medis adalah suatu kepatuhan pasien terhadap

pengobatan yang telah ditentukan. Mallion dan Schmitt (2001) mendefinisikan kepatuhan sebagai sejauh mana pasien mematuhi saran medis tentang gaya hidup dan perubahan pola makan serta menepati janji untuk menindaklanjuti dan mengambil obat yang diresepkan.

Pola kepatuhan penderita ada beberapa kemungkinannya yaitu penderita berobat teratur dan memakai obat secara teratur, penderita tidak berobat secara teratur (*defaulting*) atau penderita sama sekali tidak patuh dalam pengobatan yaitu putus berobat atau *droup out*. Hal tersebut dapat terjadi karena jangka waktu pengobatan yang ditetapkan jangka waktunya lama (Depkes RI, 2006).

b. Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Purwanto (2006) ada beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang yaitu demografi, penyakit, pengetahuan, program terapeutik, psikososial, dukungan keluarga:

- 1) *Demografi*, meliputi usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosio-ekonomi dan pendidikan. Umur merupakan faktor yang penting dimana anak-anak terkadang tingkat kepatuhannya jauh lebih tinggi daripada remaja. Tekanan darah pria umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan wanita. Faktor kognitif serta pendidikan seseorang dapat juga meningkatkan kepatuhan terhadap aturan perawatan hipertensi.
- 2) *Pengetahuan*. Pengetahuan pasien tentang kepatuhan pengobatan yang rendah yang dapat menimbulkan kesadaran yang rendah akan berdampak dan berpengaruh pada pasien dalam mengikuti tentang cara pengobatan, kedisiplinan pemeriksaan yang akibatnya dapat terjadi komplikasi berlanjut.
- 3) *Komunikasi Terapeutik*. Kualitas komunikasi antara pasien dengan tenaga kesehatan menentukan tingkat kepatuhan seseorang karena dengan kualitas interaksi yang tinggi, maka seseorang akan puas dan akhirnya meningkatkan kepatuhannya.

- 4) *Psikososial*, meliputi sikap pasien terhadap tenaga kesehatan serta menerima terhadap penyakitnya. Sikap seseorang terhadap perilaku kepatuhan menentukan tingkat kepatuhan. Kepatuhan seseorang merupakan hasil dari proses pengambilan keputusan orang tersebut, dan akan berpengaruh pada persepsi dan keyakinan orang tentang kesehatan. Selain itu keyakinan serta budaya juga ikut menentukan perilaku kepatuhan. Nilai seseorang mempunyai keyakinan bahwa anjuran kesehatan itu dianggap benar maka kepatuhan akan semakin baik.
- 5) *Dukungan Keluarga*. Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan bagi individu serta memainkan peran penting dalam program perawatan dan pengobatan. Pengaruh normatif pada keluarga dapat memudahkan atau menghambat perilaku kepatuhan. Selain dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan diperlukan untuk mempertinggi tingkat kepatuhan, dimana tenaga kesehatan adalah seseorang yang berstatus tinggi bagi kebanyakan pasien, sehingga apa yang dianjurkan akan dilaksanakan.

c. Pengukuran Kepatuhan

Para peneliti yang telah mencoba untuk mengukur kepatuhan obat telah menyadari bahwa tidak ada standar yang memungkinkan pengukuran kepatuhan dengan tepat (Farmer, 1999). Metode yang tersedia untuk mengukur kepatuhan dapat dibagi menjadi metode pengukuran langsung dan tidak langsung (Wagner, *et al*, 2001).

Metode pengukuran kepatuhan secara langsung misalnya pengukuran konsentrasi obat atau metabolit dalam darah atau urine dan deteksi atau pengukuran dalam darah penanda biologis yang ditambahkan ke formulasi obat. Pendekatan langsung lebih mahal, memberatkan penyedia perawatan kesehatan, dan rentan terhadap distorsi oleh pasien. Metode pengukuran kepatuhan tidak langsung diantaranya meminta pasien tentang betapa mudahnya baginya untuk mengambil obat yang diresepkan, menilai respon klinis, memastikan tingkat mengisi resep, mengumpulkan

kuesioner pasien, menggunakan monitor obat elektronik, mengukur penanda fisiologis, meminta pasien untuk membuat catatan obat, dan menilai kepatuhan anak-anak dengan meminta bantuan dari pengasuh, perawat sekolah, atau guru. Mempertanyakan pasien (atau menggunakan kuesioner), buku harian pasien, dan penilaian respon klinis adalah semua metode yang relatif mudah digunakan, tetapi mempertanyakan pasien dapat rentan terhadap keliru dan cenderung menghasilkan lebih-lebihkan kepatuhan pasien penyedia perawatan kesehatan. Laporan diri pasien sederhana dan efektif dapat mengukur kepatuhan (Walsh,*et. al.*, 2002). Penelitian ini menggunakan pengukuran tidak langsung yaitu dengan kuisisioner dengan daftar pertanyaan mengadopsi penelitian Joho (2012).

E. Landasan Teori

Beberapa hasil penelitian terdahulu yang menjadi acuan penelitian ini dalam menyusun kerangka berpikir dan hipotesis diantaranya adalah sebagai berikut:

Hasil penelitian Smantummkul,*et.al.* (2014) di RSUD dr. Moewardi Surakarta menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan meminum obat pasien hipertensi yang berkategori tinggi sebanyak 16,55%, sementara 50,6% dan 32,58% pasien menunjukkan tingkat kepatuhan yang sedang dan rendah. Hasil penelitian Rajati,*et.al.* (2015), menyimpulkan bahwa 33% pasien penderita hipertensi di Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang patuh melakukan pengobatan dan 67% tidak patuh.

Hasil penelitian Hendra (2015) di Puskesmas Gedean II Yogyakarta menunjukkan bahwa bahwa persepsi pasien hipertensi terhadap manfaat diet dalam kategori baik (61.3%), sedangkan perilaku diet pada pasien hipertensi dalam kategori sedang (80.6%). Hasil penelitian Pasek,*et.al.* (2013) menyimpulkan bahwa ada hubungan positif dan signifikan antara persepsi dengan kepatuhan minum obat, dimana tingkat persepsi positif memiliki kemungkinan 21,41 kali lebih besar patuh terhadap pengobatan.

F. Hipotesis

Berdasarkan teori dan hasil penelitian sebelumnya maka dapat dibuat hipotesis yaitu:

Terdapat hubungan positif antara persepsi pasien tentang hipertensi dengan kepatuhan meminum obat pada pasien hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Wates Kulon Progo. Semakin baik persepsi pasien tentang hipertensi maka semakin baik tingkat kepatuhan meminum obat