

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP TEKANAN DARAH

2.1.1 Definisi Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan dari darah yang dipompa oleh jantung terhadap dinding arteri. Tekanan darah merupakan kekuatan pendorong bagi darah agar dapat beredar keseluruh tubuh untuk memberikan darah segar yang mengandung oksigen dan nutrisi ke organ-organ tubuh. Tekanan darah bervariasi untuk berbagai alasan, seperti usia, aktivitas fisik, dan perubahan posisi. Untuk orang dewasa, 120/80 mmHg dianggap sebagai nilai normal. Nilai tekanan darah anak-anak lebih rendah dari pada orang dewasa. Tekanan darah anak didasarkan pada jenis kelamin, usia, dan tinggi badan (Ratulangi *et al.*, 2015).

Tekanan darah dalam satu hari bisa berbeda yaitu pada pagi hari tekanan darah lebih tinggi dibandingkan saat tidur pada malam hari karena adanya perbedaan tekanan darah sistolik selama 2 jam pertama setelah bangun tidur dikurangi tekanan darah sistolik terendah dalam sehari. Selain itu, faktor yang dapat menyebabkan perbedaan tekanan darah adalah posisi tubuh dimana perubahan tekanan darah pada posisi tubuh dipengaruhi oleh gravitasi. Tekanan darah merupakan pengukuran yang penting untuk menjaga kesehatan tubuh, karena tekanan darah yang tinggi atau yang disebut hipertensi dalam jangka lama akan mengakibatkan peregangan dinding arteri dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Pecahnya pembuluh darah inilah yang menyebabkan terjadinya stroke (Ratulangi *et al.*, 2015)

2.1.2 Klasifikasi Tekanan Darah

Penelitian yang dilakukan The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of

High Blood Pressure (JNC 7) tekanan darah pada orang dewasa diklasifikasikan menjadi 4 kelompok, yaitu :

Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah menurut JNC 7

Klasifikasi	TDS (mmHg)		TDD (mmHg)
Normal	<120	dan	<80
Prahipertensi	120-139	atau	80-89
Hipertensi derajat 1	140-159	atau	90-99
Hipertensi derajat 2	≥ 160	atau	≥ 100

Keterangan :

TDS : Tekanan Darah Sistolik (Tekanan darah tinggi)

TDD : Tekanan Darah Diastolik (Tekanan darah rendah)

2.1.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tekanan Darah

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tekanan darah adalah faktor keturunan, usia, jenis kelamin, stres fisik, stres psikis, kegemukan (obesitas), pola makan tidak sehat, konsumsi garam yang tinggi, kurangnya aktifitas fisik, konsumsi alkohol, konsumsi kafein, dan merokok (Sasmalinda, 2013). Seseorang yang dari keturunan mempunyai riwayat hipertensi kemungkinan lebih besar mengalami hipertensi. Saat usia 45 sampai 59 tahun dianggap mengalami kecenderungan mengalami hipertensi karena pada usia tersebut kondisi tubuh mulai menurun dan rentan mengalami penyakit kronis. Sedangkan jenis kelamin yang dianggap lebih rentan mengalami hipertensi adalah jenis kelamin laki-laki dibandingkan perempuan. Hal tersebut dikarenakan gaya hidup yang dianggap buruk dan tingkat stres yang lebih besar pada laki-laki dibandingkan perempuan (Evadewi & Suarya, 2013).

Kebiasaan merokok merupakan faktor yang bisa mengakibatkan kematian akibat hipertensi, seseorang yang merokok meski hanya satu batang dapat meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah selama 15 menit. Pada seseorang dengan obesitas memiliki lima kali lebih

besar terjadi hipertensi. Dan pada seseorang yang mengalami stres akan merangsang kelenjar anak ginjal untuk melepas hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat, sehingga tekanan darah meningkat (Evadewi & Suarya, 2013).

2.2 KONSEP HIPERTENSI

2.2.1 Definisi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi saat tekanan darah berada pada lebih dari batas normal. Hipertensi merupakan manifestasi gangguan keseimbangan hemodinamik sistem kardiovaskular yang mana patofisiologinya tidak bisa diterangkan dengan hanya satu mekanisme tunggal. Bila tekanan darah di atas normal, maka dikatakan sebagai hipertensi. Hipertensi dapat diklasifikasikan berdasarkan penyebabnya, yakni hipertensi primer/essensial dan hipertensi sekunder, dan berdasarkan derajat penyakitnya. Angka insiden sangat tinggi terutama pada populasi lanjut usia, usia di atas 60 tahun, dengan prevalensi hipertensi mencapai 60% sampai 80% dari populasi lansia (Arifin *et al.*, 2016).

Hipertensi merupakan penyakit tidak menular, sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan global. Pada umumnya hipertensi tidak memberikan keluhan dan gejala yang khas sehingga banyak penderita yang tidak menyadari. Oleh karena itu hipertensi dikatakan sebagai the silent killer (Arifin *et al.*, 2016).

2.2.2 Klasifikasi Hipertensi

The Joint National Community on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure 7 (JNC-7), WHO dan European Society of Hypertension mendefinisikan hipertensi sebagai kondisi dimana tekanan darah sistolik seseorang lebih dari 140 mmHg atau tekanan darah diastoliknya lebih dari 90 mmHg. Klasifikasi tekanan

darah oleh JNC7 pada pasien dewasa (umur ≥ 18 tahun) dibagi menjadi 4 kategori pengukuran.

Tabel 2.2 Klasifikasi tekanan darah tinggi pada dewasa

Klasifikasi	TDS (mmHg)		TDD (mmHg)
Normal	<120	dan	<80
Prahipertensi	120-139	atau	80-89
Hipertensi derajat 1	140-159	atau	90-99
Hipertensi derajat 2	≥ 160	atau	≥ 100

Keterangan :

TDS : Tekanan Darah Sistolik (Tekanan darah tinggi)

TDD : Tekanan Darah Diastolik (Tekanan darah rendah)

(Dunn *et al.*, 2011)

2.2.3 Penyebab Hipertensi

Hipertensi dapat disebabkan oleh penyebab spesifik (hipertensi sekunder) dan penyebab yang tidak diketahui (hipertensi primer atau esensial). Hipertensi sekunder biasanya disebabkan oleh penyakit kronis atau obat tertentu. Penyebab yang sering terjadi pada hipertensi sekunder adalah penyakit ginjal kronis atau penyakit renovaskular. Obat-obatan tertentu, baik langsung atau tidak langsung bisa menyebabkan hipertensi atau memperberat hipertensi dengan menaikkan tekanan darah. Sedangkan hipertensi primer atau esensial adalah hipertensi dimana patofisiologinya tidak diketahui. Hipertensi tipe ini tidak dapat disembuhkan tetapi bisa dikontrol. Mekanisme yang bisa terjadi pada hipertensi ini mungkin bisa diidentifikasi, tetapi tidak ada teori yang kuat untuk mengatakan bahwa itu hipertensi primer. Hipertensi ini biasanya terjadi secara turun-temurun dari keluarga, hal tersebut bisa menunjukkan faktor genetik merupakan patogenesis penting pada hipertensi primer (Dunn *et al.*, 2011).

Mekanisme terjadinya hipertensi melalui terbentuknya angiotensin II dan angiotensin I converting enzyme (ACE). ACE memiliki peran

fisiologis penti pada ukuran tekanan darah. Darah mempunyai angiotensinogen yang dihasilkan oleh hati. Kemudian oleh hormon, renin (dihasilkan oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang akan menjadi peran dalam menaikkan tekanan darah.

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap pengembangan hipertensi primer meliputi :

- a. Kelainan hormonal yang melibatkan sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS), hormon natriuretik, atau resistensi insulin dan hiperinsulinemia.
- b. Gangguan pada SSP, serabut saraf otonom, reseptor adrenergik, atau baroreseptor.
- c. Kelainan pada proses autoregulasi ginjal atau jaringan untuk ekskresi natrium, volume plasma, dan penyempitan arteriolar.
- d. Kekurangan dalam sistem zat vasodilatasi dalam endotelium vaskular (prostasiklin, bradikinin, dan nitrat oksida) atau zat vasokonstriktor berlebih (angiotensin II, endothelin I)
- e. Asupan natrium tinggi atau kekurangan kalsium dalam makanan

Penyebab utama kematian adalah kecelekaan serebrovaskular, kejadian kardiovaskular (CV), dan gagal ginjal. Kemungkinan kematian dini berkorelasi dengan tingkat keparahan peningkatan BP (DiPiro, 2009).

2.2.4 Manifestasi Klinis

Penderita penyakit ini tidak akan merasakan tanda-tanda seperti penyakit pada umumnya dikarenakan sulit untuk dideteksi. Namun ketika dilakukan pemeriksaan terkait dengan penyakit yang berhubungan dengan hipertensi seperti stroke dan diabetes baru akan terdeteksi.

Gejala-gejala pada hipertensi:

- a. Pusing
- b. Sering gelisah
- c. Tengukuk pegal
- d. Telinga sering mendengung

- e. Mimisan
- f. Sesak nafas
- g. Mata berkunang-kunang

Cara paling dasar mengetahui hipertensi yaitu dengan mengukur tekanan darah, namun kadang penyakit ini tidak bisa disimpulkan dengan hanya mengukur tekanan darah (Yudha *et al.*, 2018).

2.2.5 Diagnosis

Ada beberapa yang dapat diagnosis paad penyakit hipertensi menurut (DiPiro, 2009) yaitu :

1. Peningkatan tekanan darah mungkin merupakan satu-satunya tanda hipertensi primer pada pemeriksaan fisik. Diagnosis harus didasarkan pada rata-rata dua atau lebih bacaan yang diambil di masing-masih atau lebih pertemyan klinis.
2. Tanda-tanda kerusakan urgan akhir terjadi terutama di mata, otak, jantung, ginjal, dan pembuluh darah perifer.
3. Pmeriksaan funduskopi dapat menunjukkan penyempitan arteriol, penyempitan arteriol fokal, nicking arteriovenous, pendarahan dan eksudat retina, dan edema disk. Kehadiran dari papilldema biasanya menunjukkan keadaan darurat hipertensi yang membutuhkan perawatan cepat.
4. Pemeriksaan kardiopulmoner dapat mengungkapkan denyut atau irama jantung abnormal, hipertrofi ventikolar kiri (LV), penyakit jantung koroner, atau gagal jantung.
5. Pemeriksaan vaskular perifer dapat menjukkan adanya braket aorta atau abdominal, buncit vena, denyut nadi perifer berkurang atau tidak ada, atau edema ekstremitas bawah.
6. Pasien dengan stenosis arteri renalis mungkin mengalami bruit sistolik-diastolok abdomen.
7. Hipokalemia awal akan menunjukkan hipetensi yang diinduksi mineralokortikoid. Protein, sel-sel darah, dan gibs dalam urin dapat mengindikasikan penyakit renovaskular.

8. Tes laboratorium : nitrogen urea darah (BUN) atau kreatinin serum, panel lipid puasa, glukosa darah puasa, elektrolit serum (natrium dan kalium), urin spot rasio albumin-kreatinin, dan perkiraan laju filtrasi glomerulus (GFR, menggunakan modifikasi diet dalam persamaan penyakit ginjal (MDRD))
9. Tes laboratorium untuk mendiagnosis hipertensi sekunder : plasma dan aldosteron kemih konsentrasi untuk aldosteronisme primer, aktivitas renin plasma, uji stimulasi kaptopril, renin vena ginjal, dan angiografi arteri renalis untuk penyakit renovaskular.

2.2.6 Penatalaksanaan

Tujuan pengobatan adalah mengurangi morbiditas dan mortalitas intrusif. Pedoman JNC7 merekomendasikan sasaran BP kurang dari 140/90 mmHg. Terdapat 2 cara pengobatan dalam mengatasi masalah hipertensi menurut (DiPiro, 2009), yaitu :

1. Terapi Nonfarmakologi

Terapi nonfarmakologi dengan cara modifikasi gaya hidup, yang terdiri dari :

- a. Penurunan berat badan jika berlebihan berat badan
- b. Adopsi diet, pendekatan untuk menghentikan rencana makan hipertensi (DASH)
- c. Pembatasan diet sodium, idealnya 1,5 g/hari (3,8 g/hari natrium klorida)
- d. Aktivitas fisik aerobik yang teratur
- e. Konsumsi alkohol sedang (dua atau lebih sedikit minum perhari)
- f. Berhenti merokok

Modifikasi hidup saja sudah cukup untuk sebagian besar pasien dengan prehipertensi tetapi tidak memadai untuk pasien dengan hipertensi dan faktor risiko CV tambahan atau kerusakan organ target terkait hipertensi (DiPiro, 2009).

2. Terapi Farmakologi

Terapi Farmakologi yaitu dengan cara memberikan obat-obatan antihipertensi. Pemilihan obat awal tergantung pada tingkat tekanan darah. Beberapa pilihan golongan obat yang bisa digunakan untuk pengobatan hipertensi pada lini pertama, yaitu Inhibitor Angiotensin Converting Enzyme (ACE), Blok Reseptor Angiotensin II (ARB), Calcium Channel Blocker (CCBs), dan diuretik thiazide (DiPiro, 2009).

2.2.7 Faktor Resiko

Hipertensi merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya penyakit kardiovaskular. Apabila tidak ditangani dengan baik, hipertensi dapat menyebabkan stroke, infark miokard, gagal jantung, demensia, gagal ginjal dan gangguan penglihatan. Hipertensi sebagai sebuah penyakit kronis dipengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor resiko terjadinya penyakit hipertensi terbagi menjadi faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor resiko yang dapat dimodifikasi. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi seperti keturunan, jenis kelamin, ras dan usia. Sedangkan faktor resiko yang dapat dimodifikasi yaitu obesitas, kurang berolahraga atau aktivitas, merokok, konsumsi alkohol, stres dan pola makan yang tidak baik (Arifin *et al.*, 2016).

1. Kebiasaan merokok.

Perokok aktif memiliki probabilitas yang lebih tinggi untuk terkena hipertensi daripada orang yang bukan perokok,

2. Obesitas

Tingkat obesitas bisa ditentukan dari Body Mass Index (BMI).

3. Kekurangan aktivitas fisik seperti olahraga setiap hari.

4. Riwayat penyakit diabetes mellitus dan penyakit ginjal. Penyakit ini umumnya menimbulkan hipertensi esensial pada penderita.

5. Umur dan jenis kelamin

Laki-laki dengan umur >55 tahun dan perempuan dengan umur >65 tahun memiliki kemungkinan yang besar untuk terkena penyakit hipertensi.

6. Riwayat keluarga dengan penyakit jantung kardiovaskular prematur pada laki-laki berumur <55 tahun dan perempuan berumur <65 tahun.
7. Genetis

Sebagian besar penderita hipertensi menurunkan penyakit ini pada keturunan
(Yudha *et al.*, 2018).

2.2.8 Komplikasi

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan penyakit hipertensi yaitu pembuluh darah otak seperti stroke, pendarahan otak, transient ischemic attack (TIA), gagal jantung, angina pectoris, infark miokard akut (MIA), gagal ginjal, pendarahan retina, penebalan retina dan edema popil.

Untuk presentasi klinis pada penderita hipertensi diantaranya, yaitu :

1. Pasien dengan hipertensi primer tanpa komplikasi biasanya tidak menunjukkan gejala pada awalnya.
2. Pasien dengan hipertensi sekunder mungkin memiliki gejala disorder yang mendasarinya. Pasien dengan pheochromocytoma mungkin mengalami sakit kepala, berkeringat, takokardia, palpitasi, dan hipotensi ortostatik. Dalam aldosteronisme primer, hipokalemik gejala kram otot kelemahan. Pasien dengan cushing sindrom mungkin memiliki kenaikan berat badan, poliuria, edema, ketidakteraturan menstruasi, jerawat berulannng, atau kelemahan otot.

(DiPiro, 2009).

2.2.9 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan lebih lanjut terhadap hipertensi bisa dilakukan dengan uji laboratorium jika pasien mengalami resistensi terhadap suatu obat dan

menemukan bentuk risiko hipertensi sekunder. Pemeriksaan lainnya dapat menggunakan elektrodigram (EKG) untuk melihat gejala dari risiko hipertensi sekunder. Pemeriksaan ini terdiri dari :

1. Tes darah
2. Tes glukosa
3. Pemeriksaan kolesterol HDL dan LDL
4. Pemeriksaan kadar Trigliserida
5. Pemeriksaan kadar asam urat
6. Pemeriksaan kadar kreatinin
7. Pemeriksaan kadar hemoglobin dan hematocit

Pada beberapa pasien hipertensi diperlukan pemeriksaan secara berkala jika ada kerusakan organ atau risiko hipertensi sudah mencapai stadium 2, namun jika hanya ada keluhan pasien pemeriksaan tidak akan dilakukan secara berkala (Yudha *et al.*, 2018).

2.3 KONSEP KEPATUHAN

2.3.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan dalam minum obat adalah sikap untuk mengikuti saran atau anjuran dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya telah dilakukan pemeriksaan dan konsultasi oleh pasien kepada dokter (Lailatushifah, 2012). Kepatuhan dalam minum obat adalah langkah penting pada pengobatan penyakit. Kepatuhan sering menjadi masalah pada pasien yang menderita penyakit kronis yang membutuhkan modifikasi gaya hidup serta pengobatan jangka panjang. Kepatuhan minum obat bagi pasien penyakit kronis seperti hipertensi sangat penting karena dengan minum obat secara teratur dapat mengontrol tekanan pasien (Pramana *et al.*, 2019).

Hipertensi salah satu penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan, hanya dapat dikontrol dan membutuhkan pengobatan dalam jangka panjang bahkan seumur hidup sehingga diperlukan kepatuhan pasien terhadap pengobatan hipertensi. Kepatuhan pasien merupakan faktor

penentu keberhasilan terapi hipertensi dengan hasil terkontrolnya tekanan darah (Pascasarjana *et al.*, 2019). Penggunaan antihipertensi saja terbukti tidak cukup untuk menghasilkan efek pengontrolan tekanan darah jangka panjang apabila tidak didukung dengan kepatuhan dalam menggunakan obat antihipertensi (Yudha *et al.*, 2018).

2.3.2 Mengukur Tingkat Kepatuhan

Ada dua metode yang bisa digunakan untuk mengukur kepatuhan pasien yaitu metode langsung dan tidak langsung. Metode langsung yaitu berupa observasi terapi secara langsung, keuntungannya yaitu paling akurat, kerugiannya pasien dapat menyembunyikan pil dalam mulut dan kemudian membuangnya. Metode yang kedua yaitu pengukuran kadar obat atau metabolit dalam darah, keuntungannya objektif, sedangkan kerugiannya variasi metabolisme dapat memberikan penafsiran yang salah terhadap kepatuhan, mahal. Metode yang ketiga yaitu pengukuran penanda biologis dalam darah, keuntungannya dalam uji klinik dapat juga digunakan untuk mengukur plasebo, sedangkan kerugiannya memerlukan pengujian kuantitatif yang mahal dan pengumpulan cairan tubuh (Osterberg & Blashke, 2005).

Metode tidak langsung berupa Pill Count dan Self-report dengan menggunakan kuesioner Skala MMAS-8 (*Morisky Medication Adherence Scale*). Keuntungan dari metode pill count antara lain mudah, objektif dan kuantitatif, sedangkan kerugiannya adalah dapat dengan mudah diubah oleh pasien (Pill Dumping). Untuk Self-report mempunyai keuntungan antarlain singkat, mudah dihitung, dan sesuai untuk beberapa jenis pengobatan, sedangkan kerugiannya adalah bisa dimanipulasi oleh pasien (Osterberg & Blashke, 2005).

Skala MMAS-8 (*Morisky Medication Adherence Scale*) yang terdiri dari tiga aspek yaitu frekuensi kelupaan dalam mengonsumsi obat,

kesenjangan berhenti mengonsumsi obat tanpa diketahui oleh tim medis, kemampuan dalam mengendalikan diri untuk tetap mengonsumsi obat. Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengonsumsi obat yang terdiri dari 8 pertanyaan yang menuju kepada frekuensi kelupaan dalam minum obat, berhenti mengonsumsi minum obat tanpa sepengetahuan dokter (Evadewi & Suarya, 2013).

2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan

Keputusan untuk patuh dan tidak patuh sepenuhnya berada pada pasien ataupun lingkungan sekitar, seperti petugas kesehatan, keluarga, dan akses pelayanan kesehatan. Beberapa faktor ketidakpatuhan dalam pengobatan menurut (Realita Nurhanani, Henry Setyawan Susanto, 2020), yaitu :

1. Pengetahuan pasien

Pengetahuan pasien yang kurang akan memungkinkan perilaku ketidakpatuhan. Pengetahuan kurang baik mengenai pengendalian hipertensi pada pasien karena kurangnya pemahaman mengenai frekuensi yang baik dalam mengukur tekanan darah untuk penderita hipertensi. Untuk terbentuknya niat kuat perilaku kepatuhan minum obat pada pasien, dibutuhkan pengetahuan yang diikuti keterampilan. Keterampilan disebutkan sebagai kemampuan pasien dalam mengikuti anjuran dokter. Pengetahuan pasien mengenai penyakitnya, tatalaksana, dan terapi obat menjadi sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan kepatuhan .

2. Dukungan Petugas Kesehatan

Peran petugas dalam kepatuhan minum obat pada pasien sangat kuat. Peran petugas diimplementasikan dalam bentuk pemberian informasi yang mudah diterima kepada pasien mengenai penyakitnya, memberikan dukungan kepada pasien untuk sembuh, dan komunikasi interpersonal sehingga menghasilkan

perilaku pelayanan yang baik. Membangun keterbukaan dan saling percaya antara pasien dan petugas kesehatan merupakan langkah pertama dalam menciptakan lingkungan reseptif dimana informasi dianggap dapat diandalkan dan layak dipertimbangkan. Semua komunikasi dan interaksi yang berhasil biasanya membutuhkan pemahaman yang cukup baik tentang sudut pada orang lain. Kurangnya memahami penjelasan dari petugas kesehatan memberikan gambaran bahwa kurang menariknya informasi yang disajikan. Informasi dapat disajikan secara tertulis maupun visual (gambar atau video). Petugas kesehatan dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya. Dukungan mereka tentunya sangat berguna bagi pasien agar berperilaku hidup sehat merupakan hal yang penting.

3. Dukungan Sosial Keluarga

Kurangnya dukungan dari keluarga juga dapat menyebabkan kurangnya kepatuhan dalam menjalani pengobatan, karena tidak ada yang mengingatkan jika seseorang lupa meminum obat secara teratur. Keluarga memiliki peran penting dalam proses pengawasan, pemeliharaan dan pencegahan terjadinya komplikasi hipertensi di rumah. Dukungan dari keluarga sangatlah berpengaruh dalam mendukung kepatuhan seseorang dalam penobatan. Keluarga sebaiknya memberikan dukungan baik material maupun moral dalam upaya kesehatan anggota keluarga.

2.3.4 Faktor yang Mendukung Kepatuhan

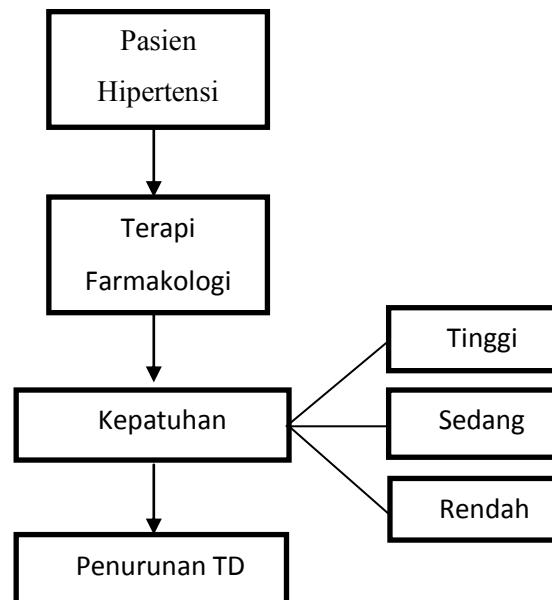
Ada beberapa faktor yang dapat mendukung seseorang dalam kepatuhan menurut (Lailatushifah, 2012), yaitu:

1. Memberikan informasi kepada pasien tentang manfaat dan pentingnya kepatuhan supaya mencapai keberhasilan pengobatan.
2. Dapat mengingatkan pasien agar selalu melakukan sesuatu yang berhubungan dengan keberhasilan pengobatan dengan menggunakan alat komunikasi.
3. Menperlihatkan bungkusa obat yang sebenarnya atau dengan memperlihatkan obat aslinya.
4. Memberikan kepercayaan pada pasien terhadap keberhasilan dalam pengobatan.
5. Memberikan informasi masalah ketidakpatuhan.
6. Memberikan layanan kesehatan langsung kerumah pasien.
7. Dukungan dari keluarga maupun orang-orang terdekat dari pasien yang selalu mengingatkan agar teratur minum obat untuk mencapai keberhasilan pengobatan.

2.3.5 Kepatuhan Minnum Obat

1. Tepat dosis
Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya pada obat rentang terapi yang sempit akan sangat beresiko timbulnya efek samping. Sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak menjamin tercapainya kadar terapi yang diinginkan.
2. Cara pemberian obat
Cara memberikan obat memerlukan dasar farmakokinetik, yaitu cara pemberian, dosis, frekuensi, hingga pemilihan pemakaian yang tepat, gampang, aman dan efektif untuk pasien.
3. Waktu pemberian obat
Pemberian obat dibuat simpel dan sesederhana mungkin, supaya mudah dimengerti oleh pasien.
4. Periode minum obat
5. Lama pemberian obat harus sesuai dengan penyakit yang diderita pasien.

2.4 Kerangka Berpikir



Gambar 2.1 Kerangka berpikir