

## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Hipertensi

#### 2.1.1 Definisi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Glenys, 2017). Hipertensi merupakan salah satu penyakit dan faktor risiko utama untuk penyakit lain. Studi populasi menunjukkan peningkatan laju kejadian kardiovaskular seperti stroke, infark miokard, gagal jantung, fibrilasi atrium, hingga kematian dini. (Gabb, 2020). Hipertensi merupakan salah satu Penyakit Tidak Menular (PTM) yang menjadi masalah kesehatan yang sangat serius. Penyakit ini dikategorikan sebagai *the silent disease* karena penderita tidak mengetahui dirinya mengidap hipertensi sebelum memeriksakan tekanan darahnya. Pada umumnya hipertensi terjadi pada seseorang yang sudah berusia lebih dari 40 tahun atau yang sudah masuk pada kategori usia pertengahan (Listiana *et al.*, 2020).

#### 2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan JNC-VIII

**Tabel 2. 1 Klasifikasi pengukuran tekanan darah menurut JNC-VIII**

Klasifikasi	Sistolik	Diastolik
Tanpa Diabetes/CKD		
≥ 60 th	< 150	< 90
≤ 60 th	<140	< 90
Dengan Diabetes/CKD		
Semua umur dengan DM tanpa CKD	< 140	< 90
Semua umur dengan CKD dengan/tanpa DM	< 140	< 90

Sumber: (Fitri, 2015)

### 2.1.3 Etiologi

Berdasarkan etiologinya, hipertensi dapat dikelompokkan menjadi dua golongan yaitu hipertensi primer atau essential dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer adalah hipertensi yang tidak atau belum diketahui penyebabnya. Hipertensi primer menyebabkan perubahan pada jantung dan pembuluh darah. Sedangkan hipertensi sekunder adalah hipertensi yang disebabkan atau sebagai akibat dari adanya penyakit lain dan biasanya penyebabnya sudah diketahui, seperti penyakit ginjal dan kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu (Ramanto Saputra *et al.*, 2017).

### 2.1.4 Patofisiologi

Tekanan darah dipengaruhi volume sekuncup dan total *peripheral resistance*. Apabila terjadi peningkatan salah satu dari variabel tersebut yang tidak terkompensasi maka dapat menyebabkan timbulnya hipertensi. Tubuh memiliki sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi dan mempertahankan stabilitas tekanan darah dalam jangka panjang. Sistem pengendalian tekanan darah sangat kompleks. Pengendalian dimulai dari sistem reaksi cepat seperti refleks kardiovaskuler melalui sistem saraf, refleks kemoreseptor, respon iskemia, susunan saraf pusat yang berasal dari atrium, dan arteri pulmonalis otot polos. Sedangkan sistem pengendalian reaksi lambat melalui perpindahan cairan antara sirkulasi kapiler dan rongga interstisial yang dikontrol oleh hormon angiotensin dan vasopresin. Kemudian dilanjutkan sistem poten dan berlangsung dalam jangka panjang yang dipertahankan oleh sistem pengaturan jumlah cairan tubuh yang melibatkan berbagai organ.

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh *angiotensin I converting enzyme* (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam

mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama. Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Nuraini, 2015).

### **2.1.5 Diagnosis**

Penegakan diagnosis hipertensi perlu dilakukan tiga kali pengukuran tekanan darah selama tiga kali kunjungan terpisah, dengan 2-3 kali pengukuran dalam satu kunjungan. Diagnosis hipertensi dapat dilakukan dengan beberapa cara meliputi (Fitri, 2015) :

- a. Anamnesis,
- b. Pemeriksaan fisik lengkap, terutama pemeriksaan tekanan darah,

- c. Pemeriksaan penunjang meliputi tes urinalisis dan pemeriksaan kimia darah
- d. Pemeriksaan EKG

### **2.1.6 Tanda dan Gejala**

Pada umumnya, penderita hipertensi tidak memiliki keluhan. Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, dan impotensi. Nyeri kepala umumnya pada hipertensi berat, dengan ciri khas nyeri pada kepala belakang terutama pada pagi hari. (Johanes, 2019).

### **2.1.7 Komplikasi**

Komplikasi karena hipertensi dapat mengenai berbagai organ vital tubuh (Sylvestris, 2017).

#### **a. Otak**

Stroke merupakan kerusakan target organ pada otak yang diakibatkan oleh hipertensi. Stroke timbul karena perdarahan, tekanan intra kranial yang meninggi, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang mendarahi otak mengalami hipertropi atau penebalan, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya akan berkurang. Arteri-arteri di otak yang mengalami arterosklerosis melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma. Ensefalopati juga dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna atau hipertensi dengan onset cepat. Tekanan yang tinggi pada kelainan tersebut menyebabkan peningkatan tekanan kapiler, sehingga mendorong cairan masuk ke dalam ruang intertisiuim di seluruh susunan saraf pusat. Hal tersebut menyebabkan neuron-neuron di sekitarnya kolap dan terjadi koma bahkan kematian (Nuraini, 2015).

b. Kardiovaskular

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner mengalami arterosklerosis atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah yang melalui pembuluh darah tersebut, sehingga miokardium tidak mendapatkan suplai oksigen yang cukup. Kebutuhan oksigen miokardium yang tidak terpenuhi menyebabkan terjadinya iskemia jantung, yang pada akhirnya dapat menjadi infark (Nuraini, 2015).

c. Ginjal

Penyakit ginjal kronik dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kepiler ginjal dan glomerulus. Kerusakan glomerulus akan mengakibatkan darah mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, sehingga nefron akan terganggu dan berlanjut menjadi hipoksia dan kematian ginjal. Kerusakan membran glomerulus juga akan menyebabkan protein keluar melalui urin sehingga sering dijumpai edema sebagai akibat dari tekanan osmotik koloid yang berkurang. Hal tersebut terutama terjadi pada hipertensi kronik (Nuraini, 2015).

d. Retinopati

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah pada retina. Makin tinggi tekanan darah dan makin lama hipertensi tersebut berlangsung, maka makin berat pula kerusakan yang dapat ditimbulkan. Kelainan lain pada retina yang terjadi akibat tekanan darah yang tinggi adalah iskemik optik neuropati atau kerusakan pada saraf mata akibat aliran darah yang buruk, oklusi arteri dan vena retina akibat penyumbatan aliran darah pada arteri dan vena retina. Penderita retinopati hipertensif pada awalnya tidak menunjukkan gejala, yang pada akhirnya dapat menjadi kebutaan (Nuraini, 2015).

e. COVID-19

Hipertensi adalah salah satu penyakit penyerta yang banyak ditemukan pada penderita COVID-19, sekitar 15% kasus hipertensi yang terdapat pada pasien COVID-19. Awalnya hipertensi dan tingkat rawat inap untuk COVID-19 dihubungkan karena dari data 20,982 pasien COVID-19 dan data dari penyakit penyerta, data hipertensi sekitar 12,6%. Pada 406 pasien yang meninggal dengan infeksi COVID-19, proporsi keseluruhan dari hipertensi adalah 39,7%. Dari beberapa publikasi menyatakan bahwa hipertensi memiliki hubungan dengan COVID-19, dimana hipertensi akan memperparah infeksi COVID-19 bahkan bisa menjadi patogenesis terjadinya infeksi COVID-19 (Gunawan *et al.*, 2020).

Beberapa studi di Cina melaporkan bahwa COVID-19 berasosiasi dengan hipertensi dengan rerata 21%. Beberapa studi juga menunjukkan bahwa pasien COVID-19 dengan komorbid tersebut berhubungan dengan peningkatan kasus keparahan dan bahkan risiko kematian. Studi pada 1099 pasien yang terkonfirmasi COVID-19, sebanyak 173 pasien tersebut mengalami sakit berat karena mempunyai penyakit komorbid hipertensi (23,7%). Sebanyak 30% dari 140 pasien yang diharuskan di rawat di rumah sakit, memiliki komorbid hipertensi. Pasien dengan hipertensi serta penyakit kardiovaskular juga mempunyai kecenderungan mengalami sakit berat dan kematian bila terinfeksi COVID-19. Sebuah metaanalisis menunjukkan bahwa hipertensi merupakan komorbid kardiovaskular yang paling banyak ditemui dan secara signifikan meningkatkan risiko mortalitas pada pasien dengan COVID-19 (Tiksnadi *et al.*, 2020).

### 2.1.8 Faktor Risiko Hipertensi

Faktor risiko yang relevan terhadap mekanisme terjadinya hipertensi yaitu (Fitri, 2015):

a. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

1) Usia dan jenis kelamin

Perempuan cenderung memiliki tekanan darah sistolik yang lebih rendah dibandingkan laki-laki. Tetapi setelah 65 tahun, perempuan cenderung lebih tinggi.

2) Etnis

Berkaitan dengan perbedaan yang diwariskan dalam tubuh bereaksi terhadap garam dan perbedaan dalam berbagai hormon yang mengontrol tekanan darah di darah.

3) Riwayat keluarga

Penelitian menunjukkan bahwa hingga 40% dari variabilitas tekanan darah dapat dipengaruhi oleh faktor genetik.

b. Faktor yang dapat dimodifikasi

1) Kelebihan diet garam

Studi epidemiologis menunjukkan tingkat optimal untuk kesehatan konsumsi garam adalah tiga gram per hari.

2) Rendah diet kalium

Rendahnya tingkat kalium berhubungan dengan meningkatnya tekanan darah.

3) Kegemukan dan obesitas

Ada hubungan yang kuat dan langsung antara kelebihan berat badan dan obesitas.

4) Aktivitas fisik

Orang-orang yang tidak latihan aerobik cukup lebih mungkin untuk terjadi hipertensi.

5) Alkohol berlebih

Penggunaan alkohol berat merupakan faktor risiko untuk hipertensi dan stroke.

6) Merokok

Resiko penyakit kardiovaskular lebih tinggi pada perokok.

7) Diabetes

Orang yang memiliki hipertensi dan diabetes tipe dua memiliki dua kali lipat risiko kardiovaskular.

### 2.1.9 Penatalaksanaan Hipertensi

Tatalaksana terapi hipertensi bertujuan untuk mengontrol tekanan darah pasien sampai batas tidak mengganggu atau merusak fungsi organ maupun fisiologis yang lain, menurunkan risiko total morbiditas, dan mortalitas (Dyah et al., 2018)

Adapun tatalaksana hipertensi yaitu:

a. Non-Farmakologis

Terapi non farmakologis dapat dilakukan dengan melakukan pengendalian faktor risiko, yaitu:

1) Makan Gizi Seimbang

Modifikasi diet terbukti dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. Dianjurkan untuk makan buah dan sayur 5 porsi per-hari, karena cukup mengandung kalium yang dapat menurunkan tekanan darah sistolik (TDS) 4,4 mmHg dan tekanan darah diastolik (TDD) 2,5 mmHg. Asupan natrium hendaknya dibatasi <100 mmol 2 g/hari setara dengan 5g (satu sendok teh kecil) garam dapur, cara ini berhasil menurunkan TDS 3,7 mmHg dan TDD 2 mmHg. Bagi pasien hipertensi, asupan natrium dibatasi lebih rendah lagi, menjadi 1,5 g/hari atau 3,5 – 4 g garam/hari. Walaupun tidak semua pasien hipertensi sensitif terhadap natrium, namun pembatasan asupan natrium dapat membantu terapi farmakologi menurunkan tekanan darah dan menurunkan risiko penyakit kardioserebrovaskuler (Kemenkes RI, 2013).

2) Mengatasi Obesitas

Hubungan erat antara obesitas dengan hipertensi telah banyak dilaporkan. Upayakan untuk menurunkan berat badan sehingga mencapai IMT normal 18,5-22,9 kg/m<sup>2</sup>, lingkar pinggang <90 cm untuk laki-laki atau <80 cm untuk perempuan (Kemenkes RI, 2013).

3) Melakukan olahraga teratur

Berolahraga seperti senam aerobik atau jalan cepat selama 30-45 menit (sejauh 3 kilometer) lima kali per-minggu, dapat menurunkan TDS 4 mmHg dan TDD 2,5 mmHg. Berbagai cara relaksasi seperti meditasi, yoga, atau hipnosis dapat mengontrol sistem syaraf, sehingga menurunkan tekanan darah (Kemenkes RI, 2013).

4) Berhenti Merokok

Tidak ada cara yang benar-benar efektif untuk memberhentikan kebiasaan merokok. Beberapa metode yang secara umum dicoba adalah inisiatif sendiri, menggunakan permen yang mengandung nikotin, kelompok program, dan konsultasi/konseling ke klinik berhenti merokok (Kemenkes RI, 2013).

5) Mengurangi Konsumsi Alkohol

Satu studi metaanalisis menunjukkan bahwa kadar alkohol sebarangpun, akan meningkatkan tekanan darah. Mengurangi alkohol pada penderita hipertensi yang biasa minum alkohol, akan menurunkan TDS rerata 3,8 mmHG. Batasi konsumsi alkohol untuk laki-laki maksimal 2 unit per hari dan perempuan 1 unit per hari, jangan lebih dari 5 hari minum per minggu (1 unit = setengah gelas bir dengan 5% alkohol, 100 ml anggur dengan 10% alkohol, 25 ml minuman 40% alkohol) (Kemenkes RI, 2013).

b. Farmakologis

Pengobatan hipertensi dimulai dengan obat tunggal, masa kerja yang panjang sekali sehari dan dosis dititrasi. Obat berikutnya mungkin dapat ditambahkan selama beberapa bulan pertama perjalanan terapi. Pemilihan obat atau kombinasi yang cocok bergantung pada keparahan penyakit dan respon penderita terhadap obat anti hipertensi (Kemenkes RI, 2013).

Jenis obat Antihipertensi yang sering digunakan adalah sebagai berikut:

1) Diuretik

Diuretik terdiri dari 4 subkelas yang digunakan sebagai terapi hipertensi yaitu tiazid, *loop*, penahan kalium dan antagonis aldosteron. Diuretik terutama golongan tiazid merupakan lini pertama terapi hipertensi. Bila dilakukan terapi kombinasi, diuretik menjadi salah satu terapi yang direkomendasikan (Kemenkes RI, 2013).

2) Penghambat beta (*Beta Blocker*)

Mekanisme kerja obat antihipertensi ini adalah melalui penurunan laju nadi dan daya pompa jantung. Obat golongan *beta blocker* dapat menurunkan risiko penyakit jantung koroner, prevensi terhadap serangan infark miokard ulangan dan gagal jantung. Jenis obat ini tidak dianjurkan pada penderita asma bronkial. Pemakaian pada penderita diabetes harus hari-hari, karena dapat menutupi gejala hipoglikemia (dimana kadar gula darah turun menjadi sangat rendah sehingga dapat membahayakan penderitanya)(Kemenkes RI, 2013).

3) Golongan penghambat *angiotensin converting enzyme* (ACE) dan *angiotensin receptor blocker* (ARB)

Penghambat *angiotensin converting enzyme* (ACE inhibitor/ACEI)menghambat kerja ACEsehingga perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II (vasokonstriktor)

terganggu. Sedangkan *angiotensin receptor blocker* (ARB) menghalangi ikatan zat angiotensin II pada reseptornya. Baik ACEI maupun ARB mempunyai efek vasodilatasi sehingga meringankan beban jantung. ACEI dan ARB diindikasikan terutama pada pasien hipertensi dengan gagal jantung, diabetes melitus, dan penyakit ginjal kronik. Efektifitas ARB sama dengan ACEI. Secara umum, ACEI dan ARB ditoleransi dengan baik dan efek sampingnya jarang. Obat-obatan yang termasuk golongan ACEI adalah valsartan, lisinopril, dan ramipril (Kemenkes RI, 2013).

4) Golongan *Calcium Channel Blockers* (CCB)

Golongan *Calcium Channel Blockers* (CCB) menghambat masuknya kalsium ke dalam sel pembuluh darah arteri, sehingga menyebabkan dilatasi arteri koroner dan juga arteri perifer. Ada dua kelompok obat CCB, yaitu dihidropiridin dan nondihidropiridin, keduanya efektif untuk pengobatan hipertensi pada usia lanjut. Secara keseluruhan, CCB diindikasikan untuk pasien yang memiliki faktor risiko tinggi penyakit koroner dan untuk pasien-pasien diabetes. *Calcium Channel Blockers* dengan durasi kerja pendek tidak direkomendasikan pada praktek klinis (Kemenkes RI, 2013).

5) Golongan antihipertensi lain

Penggunaan penyekat reseptor alfa perifer, obat-obatan yang bekerja sentral, dan obat golongan vasodilator pada populasi lanjut usia sangat terbatas, karena efek samping yang signifikan. Walaupun obat-obatan ini mempunyai efektifitas yang cukup tinggi dalam menurunkan tekanan darah, tidak ditemukan asosiasi antara obat-obatan tersebut dengan reduksi angka mortalitas maupun morbiditas pasien-pasien hipertensi (Kemenkes RI, 2013).

## **2.2 Kepatuhan**

### **2.2.1 Definisi**

Kepatuhan adalah sebagai sejauh mana perilaku seseorang yang mengonsumsi obat, mengikuti diet, dan melaksanakan perubahan gaya hidup, sesuai dengan rekomendasi yang disepakati dari penyedia layanan kesehatan (Burnier & Egan, 2019).Kepatuhan juga dapat diartikan sebagai sejauh mana pasien bertindak sesuai dengan interval yang ditentukan dan dosis rejimen dosis (Mathes et al., 2014).

Kepatuhan pengobatan adalah perilaku kompleks yang dipengaruhi oleh faktor-faktor di sepanjang rangkaian perawatan, yang berkaitan dengan pasien, penyedia, dan sistem kesehatan. Faktor yang berhubungan dengan pasien termasuk faktor yang tidak disengaja, yang sering memburuk dengan rejimen obat yang semakin kompleks (misalnya lupa minum obat) atau tidak memahami dosis atau jadwal) dan faktor yang disengaja (misalnya keputusan aktif untuk menghentikan atau memodifikasi rejimen pengobatan berdasarkan kemampuan untuk membayar, keyakinan dan sikap tentang penyakit mereka, efek samping obat, dan harapan untuk perbaikan). Hambatan terkait pasien yaitu termasuk kurangnya keterlibatan dalam keputusan pengobatan, gangguan kognisi (misalnya terkait dengan penuaan atau penyakit), penyalahgunaan zat, depresi, dan kondisi kesehatan mental lainnya (Farisi, 2020)

### **2.2.2 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan**

a. Menurut WHO faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam pengobatan diklasifikasikan dalam 5 dimensi yaitu:

#### 1) Faktor Sosial Ekonomi

Orang yang mendapat dukungan sosial dari keluarga, teman, atau pengasuh untuk membantu rejimen pengobatan memiliki kepatuhan yang lebih baik terhadap pengobatan.

Lingkungan hidup yang tidak stabil, akses terbatas ke perawatan kesehatan, kurangnya sumber daya keuangan, biaya pengobatan, dan jadwal kerja yang membebani telah dikaitkan dengan penurunan tingkat kepatuhan (Farisi, 2020).

2) Faktor Tim dan Sistem Perawatan Kesehatan

Hubungan pasien dengan dokter adalah salah satu faktor terkait sistem perawatan kesehatan yang paling penting yang mempengaruhi kepatuhan. Hubungan yang baik antara pasien dan penyedia layanan kesehatan, yang memiliki dorongan dan penguatan dari penyedia layanan, memiliki dampak positif pada kepatuhan. Kurangnya komunikasi mengenai manfaat, petunjuk penggunaan, dan efek samping obat-obatan juga dapat berkontribusi terhadap ketidakpatuhan, terutama pada orang tua dengan masalah ingatan (Farisi, 2020).

3) Faktor Kondisi

Pemberian obat jangka panjang untuk banyak penyakit kronis dan kepatuhan terhadap rejimen sering menurun secara signifikan dari waktu ke waktu. Sering terjadi ketika pasien memiliki sedikit atau tidak ada gejala dan tidak adanya penghalang bagi orang untuk minum obat. Penting bagi pasien untuk memahami penyakit dan apa yang akan terjadi jika tidak diobati (Farisi, 2020).

4) Faktor Terapi

Kompleksitas rejimen obat, yang meliputi jumlah obat dan jumlah dosis harian yang diperlukan; durasi terapi; terapi yang tidak nyaman atau mengganggu gaya hidup dan efek samping seseorang telah dikaitkan dengan penurunan kepatuhan (Farisi, 2020).

## 5) Faktor Pasien

Terkait pasien yaitu termasuk kurangnya keterlibatan dalam keputusan pengobatan, gangguan kognisi, penyalahgunaan zat, depresi, dan kondisi kesehatan mental lainnya (Farisi, 2020).

b. Menurut Green dalam Notoatmodjo (2010) faktor yang mempengaruhi kepatuhan diantaranya dipengaruhi oleh faktor *presdiposisi, enabling, reinforcing*, yaitu:

### 1) Faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

yaitu faktor sebelum terjadinya suatu perilaku, yang menjelaskan alasan dan motivasi untuk berperilaku termasuk dalam faktor predisposisi adalah pengetahuan, keyakinan, nilai sikap dan demografi (Notoatmodjo Soekidjo, 2010).

#### a) Jenis Kelamin

Kaum laki-laki lebih banyak mengalami kemungkinan menderita hipertensi dibandingkan kaum perempuan. Namun, bila ditinjau dari segi perbandingan antara perempuan dan laki-laki, secara umum kaum perempuan masih lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan laki-laki. Hipertensi berdasarkan gender ini dapat pula dipengaruhi oleh faktor psikologis (Elvira & Anggraini, 2019).

#### b) Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan dan pengetahuan seseorang dalam menerapkan perilaku hidup sehat, terutama mencegah penyakit hipertensi. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi pula kemampuan seseorang dalam menjaga pola hidupnya agar tetap sehat. Pasien yang berpendidikan tinggi akan mudah menyerap informasi dan akan memiliki pengetahuan yang lebih baik dari pada pasien dengan tingkat pendidikan yang rendah. Semakin tinggi

pendidikan yang dimiliki oleh pasien maka semakin mudah menerima informasi yang diberikan sehingga dapat mematuhi pengobatan secara teratur (Trianni, 2013).

Pendidikan umum yang tinggi akan memudahkan masyarakat menyerap informasi dan pengetahuan untuk menuju hidup sehat serta mengatasi masalah kesehatannya (Hakim & Putri, 2015).

c) Status Pekerjaan

Hubungan pekerjaan dengan kepatuhan pada pasien penyakit kronis dilihat dari dua sudut pandang. Pertama yakni ketersediaan dukungan keuangan pribadi yang mendukung dalam akses ke layanan medis dan pengobatan. Kedua yakni ketersediaan rutinitas pekerjaan sehari-hari untuk meningkatkan status kognitif dan fungsional pasien, hal ini berpengaruh dalam rutinitas kepatuhan berobat. Pekerjaan berhubungan terhadap kepatuhan disebabkan gaya hidup yang sibuk sehingga mempengaruhi aktivitas minum obat (Akrom *et al.*, 2019).

d) Lama Menderita Hipertensi

Lama menderita hipertensi dikatakan semakin lama seseorang menderita hipertensi maka tingkat kepatuhannya makin rendah, hal ini disebabkan kebanyakan penderita akan merasa bosan untuk berobat (Wahyudi, 2017).

e) Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan adalah faktor intern yang mempengaruhi terbentuknya perilaku. Perilaku seseorang tersebut akan

berdampak pada status kesehatannya (Safitri *et al.*, 2019).

2) Faktor Pendukung (*enabling factors*)

Agar terjadi perilaku tertentu, diperlukan perilaku pemungkin, suatu motivasi yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

a) Keterjangkauan Akses ke Pelayanan

Keterjangkauan akses ke pelayanan kesehatan adalah mudah atau sulitnya seseorang untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan. Salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat adalah faktor yang mendukung (*enabling factor*), yang terdiri atas tersedianya fasilitas kesehatan, kemudahan untuk menjangkau sarana kesehatan serta keadaan sosial ekonomi dan budaya. Rendahnya penggunaan fasilitas kesehatan seperti Puskesmas, rumah sakit dan sebagainya, seringkali kesalahan atau penyebabnya dilemparkan pada faktor akses ke pelayanan kesehatan (baik itu akses tempuh dan jarak ke fasilitas kesehatan) (Prihatin *et al.*, 2020).

b) Keikutsertaan Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan merupakan asuransi yang obyeknya adalah jiwa, tujuan asuransi kesehatan adalah memeralihkan risiko biaya sakit dari tertanggung (pemilik) kepada penanggung. Sehingga kewajiban penanggung adalah memberikan pelayanan (biaya) perawatan kesehatan kepada tertanggung apabila sakit. Ketersediaan atau keikutsertaan asuransi kesehatan berperan sebagai faktor kepatuhan berobat pasien,

dengan adanya asuransi kesehatan didapatkan kemudahan dari segi pembiayaan sehingga lebih patuh dibandingkan dengan yang tidak memiliki asuransi kesehatan. Semakin lama pengobatan yang harus dijalani akan semakin tinggi pula biaya pengobatan yang harus ditanggung pasien, terutama pasien yang tidak memiliki asuransi kesehatan. Hal ini akan menimbulkan kecenderungan ketidakpatuhan pasien dalam pengobatan yang mereka jalani (Prihatin *et al.*, 2020).

### 3) Faktor Pendorong (*Reinforcing factors*)

Merupakan faktor perilaku yang memberikan peran dominan bagi menetapnya suatu perilaku yaitu keluarga, petugas kesehatan dan petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Notoatmodjo, 2010).

#### a) Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga sangat diperlukan oleh seseorang yang sedang sakit, karena seseorang yang sedang sakit tentunya membutuhkan perhatian dari keluarga karena keluarga dapat berperan sebagai motivator terhadap anggota keluarganya yang sakit (penderita) sehingga mendorong penderita untuk terus berpikir positif terhadap sakitnya dan patuh terhadap pengobatan yang dianjurkan oleh tenaga medis (Puspita, 2017).

#### b) Peran Tenaga Kesehatan

Peran Tenaga Kesehatan adalah faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan seseorang atau masyarakat. Hubungan yang kurang baik antara pasien dengan tenaga kesehatan menjadi satu diantara faktor penghalang yang mempengaruhi kepatuhan pasien

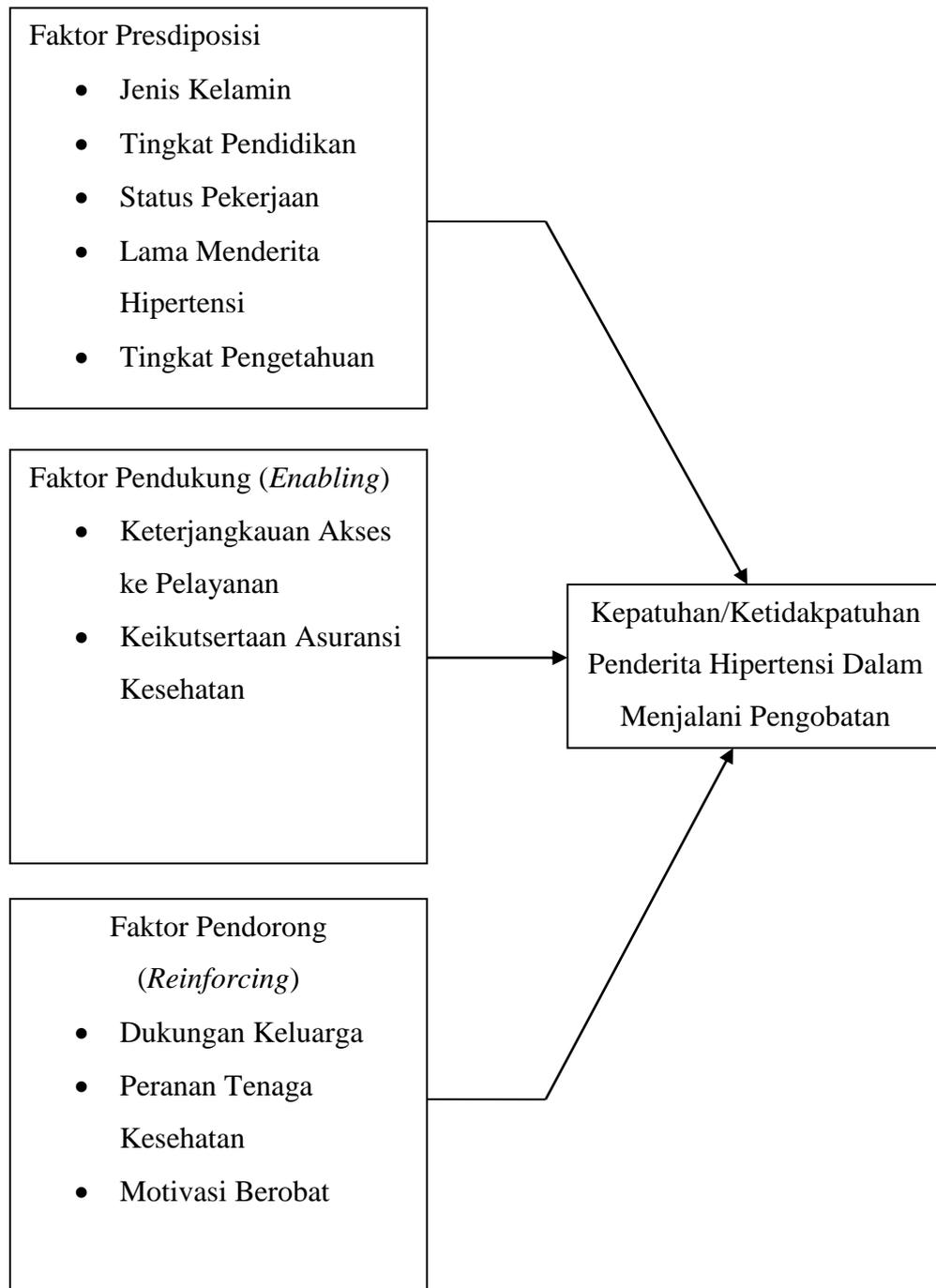
dalam menjalani pengobatan (Muthmainnah *et al.*, 2019).

c) Motivasi Berobat

Pengertian motivasi tidak terlepas dari kata kebutuhan atau keinginan. Motivasi pada dasarnya merupakan interaksi seseorang dengan situasi tertentu yang dihadapinya. Motivasi dalam diri seseorang dapat ditimbulkan, dikembangkan, dan diperkuat. Makin kuat motivasi seseorang, makin kuat pula usahanya untuk mencapai tujuan. Demikian pula makin orang mengetahui tujuan yang akan dicapai dengan jelas apalagi kalau tujuan dianggap penting, makin kuat pula usaha untuk mencapainya (Prihatin *et al.*, 2020).

### 2.3 Kerangka Teori

Kerangka teori pada penelitian ini merupakan teori Lawrence Green dalam Notoatmodjo, 2010

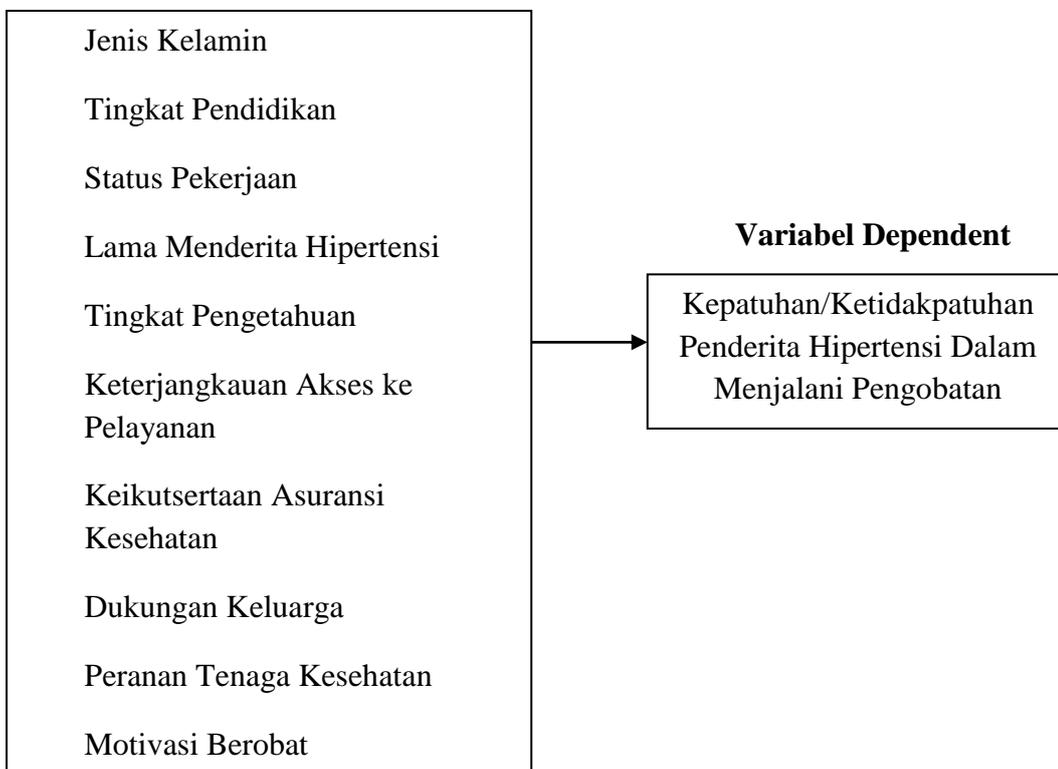


**Gambar 2.1 Kerangka Teori**

## 2.4 Kerangka Konseptual

Berdasarkan landasan teori tersebut, maka dapat dirumuskan kerangka konsep penelitian sebagai berikut:

### Variabel Independent



**Gambar 2. 2 Kerangka Konsep**

## 2.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian. Dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan baru berdasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data (Nugraha, 2017). Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Ha: Ada hubungan jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, lama menderita hipertensi, tingkat pengetahuan, keterjangkauan akses ke pelayanan, keikutsertaan asuransi kesehatan, dukungan keluarga, peran tenaga kesehatan, dan motivasi berobat terhadap kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalani pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Gadang Hanyar Kota Banjarmasin.