

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Tentang Puskesmas

1.1.1 Definisi Puskesmas

Departemen Kesehatan RI (2007) mengemukakan bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan bagian dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai unit pelaksana teknis yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerjanya. Puskesmas dan jaringannya berperan sebagai institusi penyelenggara pelayanan kesehatan di jenjang pertama yang terlibat langsung dengan masyarakat. Tanggung jawab Puskesmas dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya diantaranya adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya agar terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Handayani dan Ma'ruf, 2010).

Puskesmas memberikan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok serta puskesmas meningkatkan peran masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan. Pelayanan kesehatan komprehensif yang diberikan puskesmas meliputi pelayanan kuratif (pengobatan), pelayanan preventif (pencegahan), pelayanan promotif (peningkatan kesehatan), dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan). Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan karena tergantung dari faktor kepadatan

penduduk, luas daerah, keadaan geografis, dan keadaan infrastruktur di wilayah tersebut (Adisasmito, 2007).

1.1.2 Fungsi Puskesmas

Menteri Kesehatan dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, MPH, Dr. PH dalam Seminar Nasional Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro dengan tema "Strategi Kesehatan Kementerian Kesehatan dalam Pembangunan Kesehatan yang Berbasis Preventif dan Promotif" (2010), puskesmas memiliki empat fungsi yang berfokus pada pembangunan kesehatan sebagai berikut (Desimawati, 2013).

1. Puskesmas Sebagai Pusat Pembangunan Kesehatan

Puskesmas sebagai pusat pembangunan kesehatan yaitu sebagai pusat pembangunan wilayah berwawasan kesehatan. Upaya puskesmas menjalankan fungsi ini dilakukan dengan menjalankan, menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor masyarakat di wilayah kerjanya sehingga dapat mendukung pembangunan kesehatan. Fokus upaya yang dilakukan puskesmas terkait pembangunan kesehatan adalah mengutamakan preventif dan promotif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Puskesmas harus memantau dan melaporkan hasil atau dampak dari program yang telah diselenggarakan di wilayah kerjanya (Wahyuni, 2012).

2. Puskesmas Sebagai Pusat Pemberdayaan Masyarakat

Nugroho (2007) mendefinisikan pemberdayaan masyarakat merupakan suatu upaya yang dilakukan agar masyarakat mandiri dan mampu mengatasi masalahnya serta mampu meningkatkan inisiatif yang berhubungan dengan keadaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat diharapkan mampu

meningkatkan pemahaman dalam mengidentifikasi masalah, merencanakan dan memecahkan masalah dalam masyarakat dengan memanfaatkan potensi dan fasilitas yang terdapat di masyarakat. Sedangkan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah upaya meningkatkan kemampuan masyarakat agar masyarakat memiliki kemampuan untuk hidup mandiri dalam rangka meningkatkan status kesehatannya (Departemen Kesehatan RI, 2007). Kesimpulannya bahwa Puskesmas dalam melakukan pemberdayaan masyarakat bertujuan agar masyarakat dapat meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat (Adisasmito, 2007);

3. Puskesmas Sebagai Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat Primer

Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang ditujukan untuk perorangan dan masyarakat. Puskesmas bertanggung jawab pada pelayanan kesehatan yang menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (Selatan, 2011).

Adisasmito (2007) menyebutkan beberapa fungsi puskesmas, antara lain:

1. Puskesmas berfungsi sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya Upaya kesehatan dalam SKN dibagi menjadi dua subsistem, yakni Usaha Kesehatan Perorangan (UKP) dan Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM). Puskesmas sebagai ujung tombak penyelenggaraan UKM dan UKP dalam pelayanan kesehatan dasar dan merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang memiliki tanggung jawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan di kabupaten/kota. Tujuan dari pembangunan kesehatan adalah

meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemauan hidup sehat masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang optimal (Rachmawati, 2017).

2. Membina peran serta masyarakat yang ada di wilayah kerjanya untuk meningkatkan derajat kesehatan. Masyarakat membutuhkan arahan tentang perilaku hidup sehat agar mampu mengenali Masalah kesehatan yang muncul di lingkungannya. Arahan dari puskesmas juga akan meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memanfaatkan potensi yang ada di masyarakat semaksimal mungkin (Rachmawati, 2017).
3. Puskesmas berfungsi sebagai pemberi pelayanan kesehatan komprehensif dan menyeluruh kepada masyarakat.

1.1.3 Profil Data Puskesmas Kendalsari

Puskesmas Kendalsari merupakan salah satu Puskesmas yang berada di wilayah Kota Malang. Status dari Puskesmas Kendalsari ini adalah Puskesmas Rawat Inap. Puskesmas Kendalsari berada di wilayah Kecamatan Lowokwaru dengan wilayah kerja puskesmas meliputi: Kelurahan Jatimulyo, Kelurahan Lowokwaru, dan Kelurahan Tulusrejo. Visi dari Puskesmas Kendalsari adalah “Menjadi Puskesmas yang Mampu Mewujudkan Kesehatan Masyarakat yang bermartabat. Misi untuk mewujudkan visi tersebut adalah : meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan merata, mendorong dan meningkatkan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat melalui upaya promosi kesehatan dan perilaku hidup bersih dan sehat. Selain visi dan misi, Puskesmas Kendalsari juga memiliki tujuan layanan yaitu “Kami Siap Memberikan Pelayanan Bermutu Merata Menuju Masyarakat Sehat dan Mandiri” (Soelistyorini, Razak, dan Nurmawanti 2017).

1.2 Tinjauan Tentang Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ-organ vital seperti jantung dan ginjal (Sugiharto, 2007).

Hipertensi sering dihubungkan dengan pengerasan dan hilangnya elastisitas dinding arteri. Tahanan vaskular perifer meningkat dalam pembuluh darah yang keras dan tidak elastis. Hal ini bisa dipengaruhi oleh faktor umur. Pada lanjut usia terjadi perubahan struktur dan fungsi pembuluh darah, yaitu sifat elastisitas pembuluh darah menjadi berkurang dan terjadinya kekakuan pada dinding pembuluh darah arteri, sehingga pengembangan pembuluh darah menjadi terganggu (Situngkir, 2018).

Didefinisikan sebagai hipertensi apabila pernah di diagnosis menderita hipertensi/penyakit tekanan darah tinggi oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau belum pernah didiagnosis menderita hipertensi tetapi saat di wawancara sedang minum obat medis untuk tekanan darah tinggi (Sambeka, Kalesaran, dan Asrifuddin, 2018).

2.2.2 Klasifikasi Hipertensi

Hipertensi dapat diklasifikasikan berdasarkan tingginya tekanan darah dan berdasarkan etiologinya. Berdasarkan tekanan darahnya $> 140/90$ mmHg. Untuk pembagian yang lebih rinci, *The Joint National Committee of Prevention*,

Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VIII), membuat klasifikasi sebagai berikut (Qashdina, 2010):

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC VIII

Klasifikasi	TekananSistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Normal	< 120 dan	< 80
Pre Hipertensi	120 – 139 atau	80 – 89
Stadium I	140 – 159 atau	90 – 99
Stadium II	≥ 160	≥ 100

Klasifikasi prehipertensi menunjukkan hubungan dan tanda yang dibutuhkan untuk meningkatkan edukasi tenaga kesehatan dan masyarakat untuk mengurangi tingkat tekanan darah dan mencegah berkembangnya hipertensi di masyarakat umum (Setyowati, 2012).

Berdasarkan etiologinya hipertensi dibagi menjadi hipertensi esensial dan hipertensi sekunder.

1. Hipertensi Esensial

Hipertensi esensial atau hipertensi primer atau idiopatik adalah hipertensi tanpa kelainan dasar patologi yang jelas. Lebih dari 90% kasus merupakan hipertensi esensial atau hipertensi primer. Penyebabnya multifaktorial meliputi faktor genetik dan lingkungan. Faktor genetik mempengaruhi kepekaan terhadap natrium, kepekaan terhadap stress, reaktivitas pembuluh darah terhadap vasokonstriktor, resistensi insulin dan lain – lain. Sedangkan yang termasuk faktor lingkungan antara lain, diet, kebiasaan merokok, stress, emosi, dan obesitas (Renatasari, 2009).

2. Hipertensi Sekunder

Meliputi 5 – 10 % termasuk dalam kelompok hipertensi sekunder yang disebabkan karena penyakit ginjal (hipertensi renal), hipertensi endokrin, kelainan saraf pusat, obat-obatan dan lain-lain (Renatasari, 2009).

2.2.3 Gejala Hipertensi

Hipertensi biasanya tidak menimbulkan gejala dan tanda, hal inilah yang menjadi alasan pentingnya melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin. Baru setelah beberapa tahun adakalanya pasien merasakan nyeri kepala pada pagi hari sebelum bangun tidur, dimana nyeri tersebut biasanya hilang setelah bangun tidur. Gangguan hanya dapat dikenali dengan pengukuran tensi dan adakalanya melalui pemeriksaan laboratorium dan tambahan seperti ginjal dan pembuluh (Setyowati, 2012).

Penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma karena terjadi pembengkakan otak. Keadaan ini disebut *ensefalopati hipertensif*, yang memerlukan penanganan segera. Gejala yang timbul akibat menderit darah tinggi tidak sama pada setiap orang. Hal ini disebabkan karena tekanan darah seseorang bisa saja tinggi suatu saat karena faktor emosi dan hal ini sering dikait-katkan bahwa orang yang sering marah karena menderit darah tinggi (Ningtyasari, 2011).

2.2.4 Patofisiologi Hipertensi

Baik tekanan darah sistolik (TDS) maupun tekanan darah diastolic (TDD) meningkat sesuai dengan meningkatnya umur. TDS meningkat secara progresif sampai umur 70-80 tahun, sedangkan TDD meningkat sampai umur 50-60 tahun dan kemudian cenderung menetap atau sedikit menurun. Kombinasi perubahan ini

sangat mungkin mencerminkan adanya pengkakuan pembuluh darah dan penurunan kelenturan (*compliance*) arteri dan hal ini mengakibatkan peningkatan nadi sesuai dengan umur. Tekanan nadi merupakan prediktor terbaik dari adanya perubahan struktural di dalam arteri. Mekanisme pasti hipertensi pada lanjut usia belum sepenuhnya jelas, efek utama dari ketuaan normal terhadap sistem kardiovaskular meliputi perubahan aorta dan pembuluh darah sistemik. Penebalan dinding aorta dan pembuluh darah besar meningkat dan elastisitas pembuluh darah menurun sesuai umur. Perubahan ini menyebabkan penurunan *compliance* aorta dan pembuluh darah besar dan mengakibatkan peningkatan TDS. Penurunan elastisitas pembuluh darah menyebabkan peningkatan resistensi vaskuler perifer, sensitivitas baroreseptor juga berubah dengan umur. Perubahan mekanisme reflex baroreseptor mungkin dapat menerangkan adanya variabilitas tekanan darah yang terlihat pada pemantauan terus menerus (Kuswardhani, 2006).

Penurunan sensitivitas baroreseptor juga menyebabkan kegagalan refleks postural, yang mengakibatkan hipertensi pada lanjut usia sering terjadi hipotensi ortostatik. Perubahan keseimbangan antara vasodilatasi adrenergik- α dan vasokonstriksi adrenergik- α akan menyebabkan kecenderungan vasokonstriksi dan selanjutnya mengakibatkan peningkatan resistensi pembuluh darah perifer dan tekanan darah. Resistensi Natrium akibat peningkatan asupan dan penurunan sekresi juga berperan dalam terjadinya hipertensi (Kuswardhani, 2006).

2.2.5 Penatalaksanaan Hipertensi

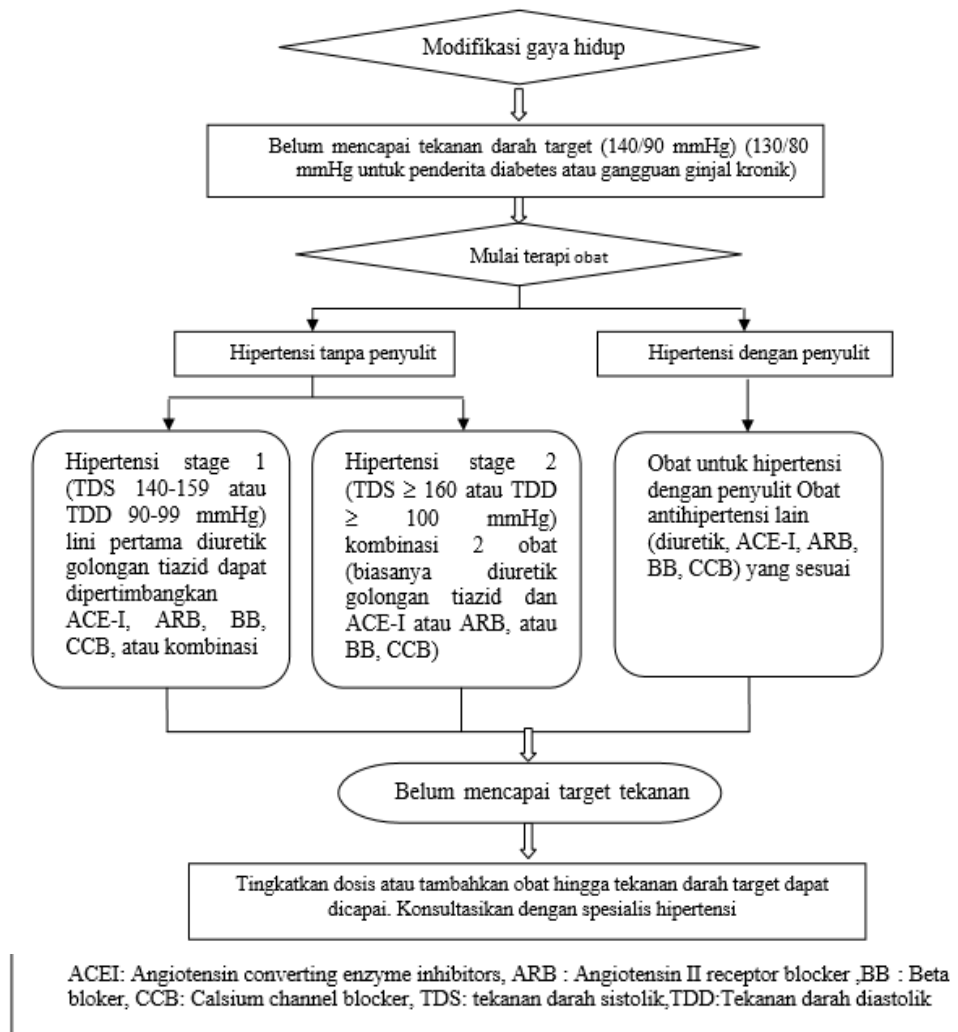
Penatalaksanaan terapi untuk hipertensi terbagi menjadi terapi nonfarmakologi dan farmakologi (Kuswardhani, 2006).

2.2.5.1 Terapi nonfarmakologi meliputi modifikasi gaya hidup.

Tabel 2.2 Modifikasi gaya hidup untuk pasien hipertensi

Modifikasi gaya hidup	Rekomendasi	Rata-rata penurunan tekanan darah sistolik
Penurunan berat badan	Mempertahankan berat badan normal (<i>Body Mass Index</i> 18,5- 24,9 kg/m ²).	5-20 mmHg/10 kg
<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension eating plan</i>	Melakukan diet-diet kaya buah-buahan, sayuran, produk-produk susu rendah lemak, dan makanan yang sedikit mengandung lemak jenuh.	8- 14 mmHg
Membatasi intake garam	Membatasi asupan hingga ≤ 100 mEq (2,4 g Na atau 6 g NaCl).	2-8 mmHg
Olahraga teratur	Olahraga seperti jogging, berenang, jalan cepat, aerobik dan bersepeda ± 30 menit/hari	4-9 mmHg
Mengurangi konsumsi alkohol	Membatasi konsumsi alkohol ≤ 2 gelas/hari (1 oz atau 30 ml aetanol seperti 24 oz beer, 10 oz wine, 3 oz 80 proof whiskey) pada laki-laki dan ≤ 1 gelas/hari pada wanita	2-4 mmHg

2.2.5.2 Terapi farmakologi



Gambar 2.1 Bagan terapi farmakologi

Terapi farmakologi dengan menggunakan obat hipertensi disesuaikan dengan tingkat keparahan hipertensi. Hendaknya pemberian obat dimulai dengan dosis kecil kemudian ditingkatkan secara perlahan (Kuswardhani, 2006).

Pengobatan hipertensi dimulai dari terapi nonfarmakologi yaitu modifikasi gaya hidup, dengan melakukan olahraga, penurunan berat badan, membatasi asupan garam, tidak merokok, dan tidak mengkonsumsi alkohol. Jika tekanan darah belum mencapai target (140/90 mmHg untuk pasien tanpa penyakit penyerta dan 130/80 mmHg untuk pasien dengan diabetes dan gangguan ginjal

kronik) maka dimulai terapi farmakologi antihipertensi. Pengobatan hipertensi tanpa penyakit penyerta penyulit untuk Stage 1 dengan TDS 140-159 atau TDD 90-99 mmHg lini pertama yaitu dengan diuretik golongan tiazid dan dapat dipertimbangkan dengan menggunakan ACE-I, ARB, BB, CCB atau kombinasi. Sedangkan untuk Stage 2 dengan TDS \geq 160 atau TDD \geq 100 mmHg menggunakan antihipertensi kombinasi dua obat, biasanya diuretik golongan tiazid dan ACE-I atau ARB atau BB, CCB (Ningtyasari, 2011).

Obat – obat antihipertensi :

1. Penghambat *Angiotensin-converting Enzyme inhibitor (ACE - Inhibitor)*

Mekanisme *ACE – Inhibitor* adalah menghambat perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II sehingga terjadi vasodilatasi dan penurunan sekresi aldosteron. Menurut Gunawan (2007) *ACE – Inhibitor* sering digunakan untuk krisis hipertensi, hipertensi dengan gagal jantung kongesti. Contoh obat : *Captopril, Enalapril, Fisinopril, Lisinopril, Moexipril, Perindopril, Quinapril, Ramipril, Tradolapril* (Puspitawati, 2009).

2. *Antagonis reseptor angiotensin II (ARB)*

Mekanisme ARB adalah berikatan dengan reseptor angiotensin II pada otot polos pembuluh darah, kelenjar adrenal dan jaringan lain sehingga efek angiotensin II (vasokonstriksi dan produksi aldosteron yang tidak terjadi akan mengakibatkan terjadinya penurunan tekanan darah). Menurut Gunawan (2007), *ARB* sangat efektif untuk hipertensi dengan kadar renin tinggi. Contoh obat: *Candesartan, Eprosartan, Irbesartan, Losartan, Olmesatran, Telmisartan, Valsartan* (Puspitawati, 2009).

3. Penghambat *Andenoreseptora (α - Bloker)*

Mekanisme kerjanya adalah menghambat reseptor α_1 , sehingga menyebabkan vasodilatasi di arteri dan vena yang mengakibatkan menurunnya resistensi perifer. Menurut Gunawan (2007) α – bloker baik untuk pasien hipertrofi prostat, dan dapat memperbaiki insufisiensi vaskular perifer (Puspitawati, 2009).

4. Penghambat *Adrenoreseptor β* (β - Bloker)

Menurut Gunawan (2007) mekanisme kerja dari obat golongan β - Bloker antara lain: menurunkan frekuensi denyut jantung dan kontraktilitas miokard sehingga menurunkan curah jantung, menghambat sekresi renin di sel-sel jukstaklomeruler ginjal yang mengakibatkan produksi angiotensin II menurun, memberikan efek sentral yang dapat mempengaruhi aktivitas saraf simpatis. Contoh obat : *Atenolol, Betaxolol, Bisoprolol, Metoprolol, Nadolol, Propranolol, Timolol, Acebutolol* (Puspitawati, 2009).

5. *Antagonis kalsium (CCB)*

Menurut Chobanian (2003) mekanisme kerja *CCB* adalah mencegah atau mengemblok kalsium masuk ke dalam dinding pembuluh darah. Kalsium diperlukan otot untuk melakukan kontraksi, jika pemasukan kalsium ke dalam sel-sel diblok, maka obat tersebut tidak dapat melakukan kontraksi sehingga pembuluh darah akan melebar dan akibatnya tekanan darah akan menurun. Contoh obat: *Verapamil, Amlodipin, Felodipine, Isradipine, Nisoldipine, Doxazosin, Trazosin, Terazosin, Clonidine* (Puspitawati, 2009).

6. Diuretik

Menurut Gunawan (2007) mekanisme kerja diuretik adalah meningkatkan ekskresi Na^+ , air dan Cl^- sehingga dapat menurunkan volume darah dan cairan

ekstra sel, serta menurunkan resistensi perifer. Terdapat beberapa golongan obat diuretik diantaranya adalah golongan tiazid, golongan diuretik kuat, dan golongan hemat kalium (Puspitawati, 2009).

2.2.6 Faktor Risiko Hipertensi

Faktor resiko hipertensi dibedakan atas faktor yang tidak dapat diubah atau dikontrol yaitu umur, jenis kelamin, riwayat keluarga dan genetik. Sedangkan faktor yang dapat diubah atau dikontrol diantaranya adalah kebiasaan merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak jenuh, kebiasaan konsumsi minuman beralkohol, obesitas dan stress (Sugiharto, 2007).

2.3 Tinjauan Tentang Kepatuhan

2.3.1 Definisi Kepatuhan

Boeree (2008) menyatakan bahwa kepatuhan adalah fenomena yang mirip dengan penyesuaian diri. Perbedaannya terletak pada segi legitimasi (kebalikan dengan paksaan atau tekanan sosial lainnya), dan selalu terdapat suatu individu, yakni si pemegang otoritas. Penelitian Wertheimer & Santella (2006) menunjukkan bahwa faktor yang berkaitan dengan tingkat kepatuhan pada pasien hipertensi adalah usia, pendidikan, status sosial dan ekonomi dan pengetahuan pasien terkait penyakit (Pratiska *et al.*, 2017).

2.3.1.1 Dimensi Kepatuhan

Kepatuhan merupakan fenomena yang multidimensional, dimana kepatuhan ditentukan oleh 5 dimensi, kelima dimensi tersebut adalah dimensi sosial ekonomi, dimensi sistem kesehatan, dimensi kondisi penyakit, dimensi terapi dan dimensi sosial (Pratiska *et al.*, 2017).

1. Faktor sosial ekonomi terdiri dari sosial ekonomi rendah, kemiskinan, pendidikan yang rendah, pengangguran, kurangnya dukungan sosial serta budaya dan keyakinan tentang penyakit dan terapi serta disfungsi keluarga.
2. Faktor sistem pelayanan kesehatan merupakan kondisi yang dapat meningkatkan kepatuhan pasien sehingga terjadi hubungan yang baik antara pasien dengan tenaga kesehatan.
3. Faktor kondisi penyakit berpengaruh terhadap kepatuhan diantaranya beratnya gejala yang di alami pasien, tingkat ketidakmampuan pasien baik fisik, sosial, psikologi maupun keparahan penyakit.
4. Faktor terapi yang berpengaruh adalah durasi dari terapi, kegagalan terapi sebelumnya, frekuensi perubahan terapi serta ketersediaan dukungan medis.
5. Faktor pasien yang menjadi hambatan dalam meningkatkan kepatuhan pasien adalah kurangnya informasi dan ketrampilan dalam memegemen diri, kedulitan dalam memotivasi pasien serta kurang dukungan dalam perubahan perilaku.

2.3.1.2 Strategi dalam Meningkatkan Kepatuhan

Kepatuhan terhadap terapi membawa dampak besar terhadap keberhasilan pengobatan serta biaya pengobatan yang terkendali, meskipun demikian belum banyak studi tentang kepatuhan tersebut terutama pendekatan kepada pasien dalam meningkatkan kepatuhan terhadap perubahan pola hidup. Intervensi terhadap perilaku menjadi kunci untuk meningkatkan kepatuhan terhadap terapi hipertensi, serta beberapa strategi telah dikembangkan untuk meningkatkan kepatuhan pasien yaitu dengan memberikan penghargaan dan dukungan dari keluarga (Pratiska *et al.*, 2017).

2.3.2 Cara Mengukur Kepatuhan

Sebagai sebuah perilaku, aspek – aspek kepatuhan pasien dalam minum obat dapat diketahui dari metode yang digunakan untuk mengukurnya. Horne (2006) merangkum beberapa metode untuk mengukur kepatuhan minum obat sebagai berikut (Pratiska *et al.*, 2017).

Tabel 2.3 Metode-metode untuk mengukur Kepatuhan Minum Obat (Pratika *et al.*, 2017).

Metode	Kekuatan	Kelemahan
1. Metode Langsung		
Observasi langsung	Paling akurat	Pasien dapat menyembunyikan pil dalam mulut, kemudian membuangnya, kurang praktis untuk penggunaan rutin
Mengukur tingkat metabolisme dalam tubuh	Objektif	Variasi – variasi dalam metabolisme bisa membuat impresi yang salah, mahal
Mengukur aspek biologis dalam darah	Objektif, dalam penelitian klinis, dapat juga digunakan untuk mengukur placebo	Memerlukan perhitungan kuantitatif yang mahal
2. Metode Tidak Langsung		
Kuesioner kepada pasien/ pelaporan diri pasien	Simpel, tidak mahal, paling banyak dipakai dalam setting klinis	Sangat mungkin terjadi kesalahan, dalam waktu antar kunjungan dapat terjadi distorsi
Jumlah pil/obat yang dikonsumsi	Objektif, kuantitatif dan mudah untuk dilakukan	Data dapat dengan mudah diselewengkan oleh pasien
Rate beli ulang resep	Objektif, mudah untuk mengumpulkan data	Kurang ekuivalen dengan perilaku minum obat, memerlukan sistem farmasi yang lebih tertutup
Assesmen terhadap respon klinis pasien	Simpel, umumnya mudah digunakan	Faktor-faktor lain selain pengobatan tidak dapat dikendalikan
Monitoring pengobatan secara elektronik	Sangat akurat, hasil mudah dikuantifikasi, pola minum obat dapat diketahui	Mahal
Mengukur ciri-ciri fisiologis (misal detak jantung)	Sering mudah untuk dilakukan	Ciri-ciri fisiologis mungkin tidak nampak karena alasan-alasan tertentu
Kuesioner terhadap orang-orang terdekat pasien	Simpel, objektif	Terjadi distorsi

2.3.3 Kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale 8 items* (MMAS-8)

Morisky et al. mengembangkan MMAS untuk mengetahui kepatuhan pasien dengan menggunakan kuesioner. MMAS pertama kali diaplikasikan untuk mengetahui *compliance* pada pasien hipertensi pada pre dan post *interview*. Morisky et al. mempublikasikan versi terbaru pada tahun 2008 yaitu MMAS-8 dengan reliabilitas yang lebih tinggi yaitu 0,83 serta sensitivitas dan spesifitas yang lebih tinggi pula. Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengonsumsi obat yang dinamakan *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS), dengan 8 item yang berisi pernyataan-pernyataan yang menunjukkan frekuensi kelupaan dalam minum obat, kesengajaan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, kemampuan untuk mengendalikan dirinya untuk tetap minum obat (Morisky dan Munter, 2009).

Salah satu metode pengukuran kepatuhan pasien secara tidak langsung adalah dengan menggunakan kuesioner. Metode ini dinilai cukup sederhana dan murah dalam pelaksanaannya. Salah satu model kuesioner yang telah tervalidasi untuk menilai kepatuhan terapi jangka panjang adalah *Morisky 8-items*. Pada mulanya Morisky mengembangkan beberapa pertanyaan singkat (4 butir pertanyaan) untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien diabetes mellitus. Modifikasi kuesioner *Morisky 8-items* tersebut saat ini telah dapat digunakan untuk pengukuran kepatuhan pengobatan penyakit yang memerlukan terapi jangka panjang. Pengukuran skor *Morisky Scale 8-items* item 1 sampai 4 dan 6 sampai 7, jika dijawab “ya” maka diberi skor 0 dan jika “tidak” diberi skor 1. Item 5, jika dijawab “ya” maka diberi skor 1 dan jika “tidak” diberi skor 0. Item 8 menggunakan skala likert 5 point (0-4), kemudian hasilnya ditambahkan dengan

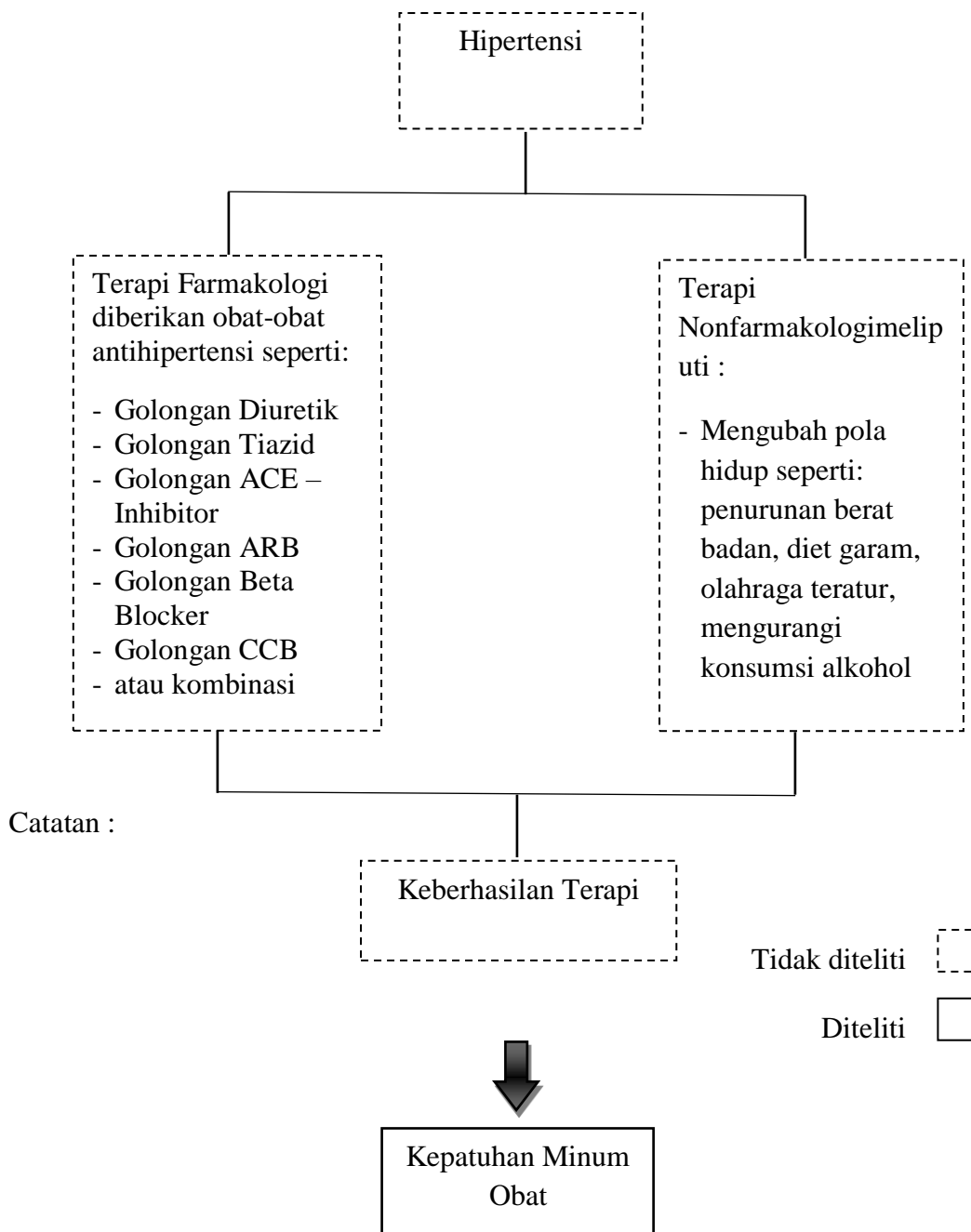
skor item 1 sampai 7. Skala likert 5 point terdiri dari 5 pendapat responden yang diminta yaitu tidak pernah (4), sekali-sekali (3), kadang-kadang (2), biasanya (1), dan selalu (0). MMAS-8 dikategorikan menjadi 3 tingkat kepatuhan minum obat: kepatuhan tinggi (skor 8), kepatuhan sedang (skor 6 sampai <8), dan kepatuhan rendah (skor <6) (Morisky *et al.* , 2009).

Saat ini kuesioner *Morisky Scale* telah dimodifikasi menjadi 8 pertanyaan dengan modifikasi beberapa pertanyaan sehingga lebih lengkap dalam penelitian kepatuhan (Morisky *et al.* , 2009). Modifikasi kuesioner *Morisky Scale* tersebut saat ini dapat digunakan untuk pengukuran kepatuhan dan ketidakpatuhan pengobatan penyakit yang memerlukan terapi jangka panjang seperti diabetes mellitus, jantung koroner dan hipertensi. Berikut pertanyaan pada *Morisky Scale* :

Tabel 2.4 Pertanyaan pada *Morisky Scale* (Morisky et al., 2009)

No	Pertanyaan	Jawaban Pasien Ya/Tidak	Skor
1	Apakah Anda kadang lupa minum obat ?		
2	Terkadang orang lupa minum obat karena alasan tertentu selain lupa. Apakah dalam 2 minggu terakhir, terdapat hari dimana Anda tidak minum obat ?		
3	Apakah Anda pernah mengurangi atau berhenti minum obat saat merasa memburuk setelah minum obat tanpa memberi tahu dokter ?		
4	Apakah Anda terkadang lupa membawa obat saat Anda bepergian atau keluar rumah ?		
5	Apakah kemarin Anda minum obat ?		
6	Apakah anda berhenti atau tidak menggunakan obat lagi disaat kondisi anda lebih baik ?		
7	Minum obat setiap hari kadang membuat orang tidak nyaman. Apakah anda merasa terganggu memiliki masalah dalam mematuhi rencana pengobatan Anda ?		
8	Seberapa sering Anda mengalami kesulitan dalam mengingat penggunaan obat ? a. Sangat jarang/tidak pernah b. Sesekali c. Kadang-kadang d. Biasanya e. Sering/selalu		

2.4 Kerangka Konsep



Penelitian ini akan dilakukan pada pasien hipertensi di Puskesmas Kendalsari Kota Malang. Menurut Schaffer (2004) pada kasus penyakit hipertensi, kepatuhan minum obat akan menurunkan risiko kematian dan risiko kerusakan organ penting tubuh. Berdasarkan hal tersebut, beberapa penelitian

menunjukkan bahwa agar khasiat obat dapat meningkatkan tingkat kesembuhan pasien secara signifikan, tingkat kepatuhan dalam mengkonsumsi obat oleh pasien harus minimal 80%. Kepatuhan minum obat dipengaruhi oleh usia, pendidikan, status sosial dan ekonomi, dan pengetahuan tentang penyakit.

Pada penelitian ini akan diteliti tingkat kepatuhan minum obat antihipertensi pada pasien hipertensi. Pasien hipertensi yang memenuhi kriteria akan diberikan kuesioner dan mengisi kuesioner tersebut. Didalam kuesioner terdapat beberapa pertanyaan yang berhubungan dengan variabel yang akan diteliti yaitu kepatuhan . Hasil dari kuesioner tersebut akan diolah untuk memunculkan data tentang tingkat kepatuhan minum obat antihipertensi pada pasien hipertensi di Puskesmas Kendalsari Kota Malang.