BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi

Hipertensi adalah kondisi peningkatan tekanan darah secara persisten dimana tekanan sistolik ≥140 mmHg dan/atau diastolik ≥90 mmHg berdasarkan hasil pengukuran berulang. Hipertensi merupakan faktor risiko utama penyakit kardiovaskular seperti stroke, penyakit jantung koroner, dan gagal ginjal (WHO, 2023).

Hipertensi sering disebut sebagai *silent killer* karena umumnya tidak menimbulkan gejala yang jelas, namun dapat menyebabkan komplikasi serius jika tidak dikontrol dengan baik. Oleh karena itu, pengelolaan hipertensi memerlukan terapi jangka panjang yang meliputi perubahan gaya hidup dan penggunaan obat antihipertensi secara rutin (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

2.1.1. Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC

Menurut Joint National Committee (JNC 7), klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa dibagi menjadi beberapa kategori berdasarkan nilai tekanan sistolik dan diastolik sebagai berikut:

Tabel 1. Klasifikasi Hipertensi (JNC 7)

Kategori	TDS (mmHg)	TDD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pre hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi tahap 1	140-159	90-99
Hipertensi tahap 2	≥ 160	≥ 100

JNC 7 memperkenalkan istilah prehipertensi untuk mengidentifikasi individu yang berisiko tinggi mengalami hipertensi di masa mendatang. Individu dalam kategori ini dianjurkan untuk melakukan perubahan gaya hidup seperti mengurangi konsumsi garam, meningkatkan aktivitas fisik, dan menjaga berat badan ideal guna mencegah perkembangan menjadi hipertensi. Selain itu, klasifikasi ini juga menekankan pentingnya pengendalian tekanan darah sejak dini untuk mencegah komplikasi yang lebih serius. Semakin tinggi kategori tekanan darah seseorang, maka semakin besar risiko terjadinya penyakit kardiovaskular seperti stroke dan penyakit jantung coroner (Chobanian *et al.,* 2003).

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi Menurut ACC/AHA 2017

Menurut pedoman dari American College of Cardiology (ACC) dan American Heart Association (AHA) tahun 2017, klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa mengalami pembaruan dibandingkan JNC 7. Kategori tekanan darah dibagi sebagai berikut:

Tabel 2. Klasifikasi Hipertensi (ACC/AHA 2017)

Klasifikasi	Sistolik	Diastolik
Normal	<120 mmHg	<80 mmHg
Pra-hipertensi	120-129 mmHg	<80 mmHg
Hipertensi tahap 1	130-139 mmHg	80-89 mmHg
Hipertensi tahap 2	≥140 mmHg	≥90 mmHg

Pedoman ini menurunkan batas diagnosis hipertensi menjadi ≥130/80 mmHg, yang sebelumnya pada JNC 7 adalah ≥140/90 mmHg. Perubahan ini bertujuan untuk meningkatkan deteksi dini dan pencegahan komplikasi

kardiovaskular. Dengan adanya pembaruan ini, lebih banyak individu yang masuk kategori hipertensi sehingga diharapkan intervensi dapat dilakukan lebih awal melalui perubahan gaya hidup maupun terapi farmakologis. Hal ini penting karena risiko penyakit jantung dan stroke sudah meningkat bahkan pada tekanan darah yang sebelumnya dianggap belum hipertensi (Whelton *et al.,* 2017).

Dalam penelitian ini, klasifikasi hipertensi mengacu pada pedoman JNC 7 karena masih banyak digunakan dalam penelitian di Indonesia. Namun demikian, klasifikasi ACC/AHA 2017 tetap dipertimbangkan sebagai referensi terbaru dalam memahami perkembangan definisi hipertensi secara global.

2.2 Patofisiologi

Patofisiologi hipertensi melibatkan peningkatan resistensi vaskular perifer dan/atau peningkatan curah jantung. Salah satu mekanisme utama adalah aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS), dimana renin akan mengubah angiotensinogen menjadi angiotensin I, yang kemudian dikonversi menjadi angiotensin II. Angiotensin II menyebabkan vasokonstriksi dan meningkatkan sekresi aldosteron sehingga terjadi retensi natrium dan air yang meningkatkan tekanan darah (DiPiro *et al*., 2023).

Selain itu, aktivitas sistem saraf simpatis yang berlebihan juga berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah melalui peningkatan denyut jantung dan vasokonstriksi pembuluh darah. Disfungsi endotel juga berperan dalam hipertensi dengan mengurangi produksi vasodilator seperti nitric oxide dan meningkatkan vasokonstriktor (DiPiro *et al.,* 2023).

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. Meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolaritasnya. 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 (Lukitaningtyas & Cahyono, 2023).

Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume tekanan darah. Patogenesis dari hipertensi esensial merupakan multifaktorial dan sangat komplek. Faktor-faktor tersebut merubah fungsi tekanan darah terhadap perfusi jaringan yang adekuat meliputi mediator hormon, latihan vaskuler, volume sirkulasi darah, kaliber vaskuler, viskositas darah, curah jantung, elastisitas pembuluh darah dan stimulasi neural. Patogenesis hipertensi esensial dapat dipicu oleh beberapa faktor meliputi faktor genetik, asupan garam dalam diet, tingkat stress dapat berinteraksi untuk memunculkan gejala hipertensi (Lukitaningtyas & Cahyono, 2023).

2.3 Etiologi

Hipertensi secara umum dibagi menjadi dua jenis, yaitu hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer merupakan jenis yang paling sering ditemukan, yaitu sekitar 90–95% kasus, dimana penyebab pastinya tidak

diketahui secara spesifik namun dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan. Sedangkan hipertensi sekunder disebabkan oleh kondisi medis tertentu seperti penyakit ginjal, gangguan endokrin, atau penggunaan obat-obatan tertentu (DiPiro *et al.,* 2023).

Faktor-faktor yang berperan dalam terjadinya hipertensi primer meliputi interaksi kompleks antara sistem saraf simpatis, sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS), serta faktor gaya hidup seperti konsumsi garam berlebih dan kurang aktivitas fisik (DiPiro *et al.,* 2023).

2.4 Gejala Umum

Hipertensi sering kali tidak menimbulkan gejala yang spesifik, sehingga banyak penderita tidak menyadari kondisinya. Namun, pada beberapa kasus dapat muncul gejala seperti sakit kepala, pusing, penglihatan kabur, nyeri dada, dan sesak napas, terutama jika tekanan darah sangat tinggi (DiPiro *et al.,* 2023).

Pada kondisi yang lebih berat atau komplikasi, hipertensi dapat menyebabkan gejala seperti perdarahan hidung, kelelahan, dan gangguan fungsi organ seperti ginjal dan jantung. Oleh karena itu, pemeriksaan tekanan darah secara rutin sangat penting untuk deteksi dini (DiPiro *et al.,* 2023).

2.5 Faktor Risiko Hipertensi

Faktor risiko hipertensi dibagi menjadi faktor yang tidak dapat diubah dan yang dapat diubah. Faktor yang tidak dapat diubah meliputi usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga. Risiko hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia akibat perubahan struktur pembuluh darah (DiPiro *et al.*, 2023).

Sedangkan faktor yang dapat diubah meliputi pola makan tinggi garam, obesitas, kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol, merokok, serta stres. Faktor-

faktor ini berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah melalui berbagai mekanisme seperti peningkatan volume darah dan resistensi vascular (DiPiro *et al.,* 2023).

2.6 Terapi Hipertensi

Terapi hipertensi bertujuan untuk menurunkan tekanan darah guna mencegah komplikasi kardiovaskular. Penatalaksanaan hipertensi meliputi terapi non-farmakologis dan farmakologis.

1. Guideline Terapi Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi bertujuan untuk menurunkan tekanan darah hingga target yang direkomendasikan serta mencegah terjadinya komplikasi seperti penyakit jantung, stroke, dan gagal ginjal. Menurut buku *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach* (Dipiro), terapi hipertensi dimulai dengan modifikasi gaya hidup sebagai langkah awal pada semua pasien, baik dengan maupun tanpa obat. Perubahan gaya hidup meliputi pengurangan konsumsi garam, peningkatan aktivitas fisik, menjaga berat badan ideal, menghentikan kebiasaan merokok, serta membatasi konsumsi alkohol. Jika tekanan darah tidak mencapai target atau pasien memiliki risiko kardiovaskular tinggi, maka dilanjutkan dengan terapi farmakologi.

Obat lini pertama yang direkomendasikan dalam terapi hipertensi meliputi golongan diuretik tiazid, ACE inhibitor, angiotensin receptor blocker (ARB), dan calcium channel blocker (CCB). Pemilihan obat disesuaikan dengan kondisi pasien, seperti usia, penyakit penyerta, dan toleransi terhadap obat. Pada sebagian pasien, terapi dapat dimulai dengan satu obat (monoterapi), namun jika tekanan darah jauh di atas target atau tidak terkontrol, dapat digunakan kombinasi dua

obat dari golongan berbeda untuk meningkatkan efektivitas. Evaluasi terapi dilakukan secara berkala untuk menilai keberhasilan penurunan tekanan darah dan kepatuhan pasien dalam pengobatan. Jika target belum tercapai, dosis dapat ditingkatkan atau ditambahkan obat lain.

2. Terapi Non-Farmakologis

Meliputi perubahan gaya hidup seperti:

- Diet rendah garam (DASH diet)
- Penurunan berat badan
- Aktivitas fisik teratur
- Berhenti merokok dan alkohol

Perubahan gaya hidup ini merupakan langkah awal yang sangat penting dalam pengendalian hipertensi.

3. Terapi Farmakologis

Menurut pedoman *Joint National Committee* (JNC 8), tatalaksana hipertensi berfokus pada pencapaian target tekanan darah dengan pendekatan bertahap melalui terapi non-farmakologis dan farmakologis. Pemilihan terapi didasarkan pada usia, ras, serta adanya penyakit penyerta seperti diabetes mellitus dan penyakit ginjal kronis. Terapi dimulai jika tekanan darah melebihi target yang telah ditentukan. Pada pasien usia ≥60 tahun, terapi dimulai jika tekanan darah ≥150/90 mmHg, sedangkan pada usia <60 tahun atau pasien dengan diabetes dan penyakit ginjal kronis dimulai jika tekanan darah ≥140/90 mmHg (James *et al.,* 2014).

Obat antihipertensi lini pertama menurut DiPiro meliputi:

- Diuretik tiazid
- ACE Inhibitor
- Angiotensin Receptor Blocker (ARB)
- Calcium Channel Blocker (CCB)

Klasifikasi obat-obat ini membagi mereka berdasarkan tempat regulatorik utama atau mekanisme kerja mereka. Karena mekanisme kerja mereka yang sama, obat-obat di dalam satu kategori cenderung menimbulkan spektrumtoksisitas yang sama. Kategori-kategori tersebut mencakup yang berikut:

1) Diuretik, yang menurunkan tekanan darah dengan menguras natrium tubuh serta mengurangi volume darah dan cairan ekstraseluler. Diuretik terdiri dari beberapa golongan yaitu thiazid contohnya hidroklorotiazid, diuretik kuat contohnya torsemide, furosemide, bumetanide, dan diuretik hemat kalium contohnya amiloride, eplerenone, spironolactone, dan triamterene.
2) Obat simpatoplegik, yang menurunkan tekanan darah dengan mengurangi resistensi vaskular perifer, menghambat fungsi jantung, dan meningkatkan darah vena di pembuluh-pembuluh kapasitansi (Dua efek terakhir mengurangi curah jantung). Obat – obat ini dibagi lagi berdasarkan perkiraan tempat kerja dalam lengkung refleks simpatis yaitu *β-bloker* (propranolol, metilpranolol, nadolol, acebutolol, atenolol), *α-bloker* (prazosin, doxazosin, terazosin, fentolamin), dan adrenalik sentral (metildopa, klonidin, moxonidine).

3) Vasodilator langsung, atau *Calcium Chanel Blocker* (CCB) mempunyai cara kerja yaitu memblok jalur ion kalsium pada membran plasma dan otot polos, sehingga terjadi relaksasi otot polos pembuluh darah yang mengakibatkan vasodilatasi sehingga tekanan darah menurun. CCB memiliki efek dilatasi pada otot polos arteriola daripada venula, sehingga efeknya mempengaruhi kapasitas vena, input dan ouput jantung. Contohnya yaitu, amlodipine, nifedipine, barnidipine, felodipine, diltiazem, dan verapamil.

4) Obat yang menghambat pembentukan atau kerja renin angiotensin dan karenanya menurunkan resistensi vaskular perifer dan (mungkin) volume darah. Terbagi menjadi 2 yaitu :

   a) ACE-Inhibitor

      Mekanisme ACE-Inh yaitu menghambat perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II sehingga terjadi vasodilatasi. Selain itu dapat menghambat degradasi bradikinin, sehingga bradikinin dalam darah meningkat. Secara umum ACE-Inh dibedakan atas dua kelompok yaitu kerja langsung contohnya kaptopril dan lisinopril, dan prodrug contohnya enalapril, kuinapril, perindopril, ramipril, silazapril, benazepril.

   b) Angiotensin II Receptor Blocker (ARB)

      Obat antihipertensi golongan ARB dapat diindikasikan pada hipertensi dengan kondisi gagal jantung, *post infark miokard*, nefropati diabetik, proteinuria/mikroalbuminuria, hipertrofi

ventrikel kiri, atrial fibrilasi, dan sindrom metabolik. Contohnya yaitu, losartan, candesartan, irbesartan, telmisartan, valsartan, eprosartan, elmosartan, dan medoxomil.

Pemilihan obat disesuaikan dengan kondisi pasien, usia, dan adanya penyakit penyerta. Terapi kombinasi sering diperlukan untuk mencapai target tekanan darah yang diinginkan. Selain itu, obat seperti beta blocker dan antagonis aldosteron umumnya digunakan sebagai terapi tambahan atau pada kondisi khusus seperti hipertensi resisten atau adanya penyakit jantung. Pendekatan terapi harus bersifat individual dan mempertimbangkan efektivitas serta efek samping obat (DiPiro *et al.,* 2023).

2.7 Kepatuhan

Kepatuhan pasien adalah perilaku pasien terhadap anjuran, tindakan atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati. Kepatuhan atau ketaatan (compliance/adherence) merupakan perilaku seseorang dalam melaksanakan pengobatan yang sudah disarankan atau ditetapkan oleh tenaga kesehatan. “Compliance” (kepatuhan) menekankan peran pasien sebagai penerima pasif dari instruksi dokter dalam terapi. Sebaliknya, "adherence" (keteraturan) lebih fokus pada tindakan nyata pasien dalam mengonsumsi obat sesuai resep yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Kepatuhan seseorang terhadap peraturan dapat diukur dengan mengobservasi tingkah laku yang dilakukan oleh yang bersangkutan (Notoadmojo, 2018).

Kepatuhan pasien merupakan perilaku pasien dalam mengikuti anjuran tenaga kesehatan terkait penggunaan obat, pola makan, dan perubahan gaya hidup. Menurut *World Health Organization*, kepatuhan didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku seseorang dalam mengonsumsi obat, mengikuti diet, atau melakukan perubahan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi yang diberikan oleh tenaga Kesehatan (WHO, 2003).

Salah satu teori yang banyak digunakan dalam mengukur kepatuhan pasien adalah model yang dikembangkan oleh Donald E. Morisky melalui instrumen *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS). Instrumen ini digunakan secara luas dalam penelitian hipertensi karena mampu mengidentifikasi perilaku pasien dalam mengonsumsi obat secara praktis dan valid. MMAS terdiri dari beberapa pertanyaan yang menggambarkan kebiasaan pasien, seperti lupa minum obat, menghentikan obat ketika merasa sehat, atau tidak mengonsumsi obat saat merasa tidak nyaman. Berdasarkan skor yang diperoleh, tingkat kepatuhan pasien dikategorikan menjadi kepatuhan tinggi, sedang, dan rendah (Morisky *et al.,* 2008).

Pengukuran kepatuhan pasien hipertensi dalam penelitian umumnya menggunakan kuesioner MMAS-8 (8 item) dengan indikator sebagai berikut:

1. Lupa minum obat
2. Tidak minumobat dalam beberapa hari terakhir
3. Menghentikan obat saat kondisi membaik
4. Menghentikan obat saat merasa tidak nyaman
5. Tidak membawa obat saat bepergian
6. Tidak minumobat kemarin
7. Merasa terganggu dengan rutinitas minumobat

8. Kesulitan mengingat jadwal minum obat

Menurut Padmaningsih & Budiman (2023) ada empat faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat, yaitu :

1) Pendidikan

Pendidikan memiliki peran yang signifikan dalam mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien terhadap penggunaan obat. Pasien yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki akses yang lebih baik terhadap informasi kesehatan, pemahaman yang lebih baik tentang instruksi penggunaan obat, dan kesadaran yang lebih besar terhadap pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan yang diresepkan. Pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah tetap dapat menjadi patuh terhadap penggunaan obat jika mereka mendapatkan pendampingan, penjelasan yang mudah dimengerti, serta dukungan yang memadai dari tenaga medis atau keluarga dalam memahami instruksi penggunaan obat.

2) Pengetahuan

Pasien dengan pemahaman yang mendalam tentang obat-obatan yang mereka gunakan cenderung lebih sadar akan pentingnya mematuhi petunjuk penggunaan yang diberikan, sehingga meningkatkan kemungkinan mereka untuk menggunakan obat sesuai jadwal yang telah ditentukan.

3) Motivasi

Motivasi memiliki peran signifikan dalam memengaruhi tingkat kepatuhan pasien terhadap penggunaan obat. Ketika seseorang merasa termotivasi, mereka cenderung lebih patuh terhadap penggunaan obat sesuai dengan petunjuk yang diberikan.

4) Dukungan keluarga

Dukungan keluarga dapat bermanifestasi dalam berbagai bentuk, seperti pengingat untuk minum obat sesuai jadwal, bantuan dalam mengakses perawatan kesehatan, dan dukungan emosional yang dapat meningkatkan motivasi pasien untuk mematuhi rencana pengobatan. Ketika keluarga memberikan dukungan yang positif dan mendukung, pasien cenderung merasa lebih termotivasi untuk mematuhi penggunaan obat secara teratur.

Selain empat faktor tersebut ada faktor pekerjaan, jarak rumah dengan pelyananan kesehatan, peran tenaga kesehatan dan persepsi penyakit menjadi faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat.

Ketidakpatuhan pasien hipertensi dalam menjalani pengobatan merupakan masalah yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut *World Health Organization*, terdapat lima dimensi utama yang memengaruhi kepatuhan, yaitu faktor sosial ekonomi, sistem pelayanan kesehatan, kondisi penyakit, terapi, dan faktor pasien. Dari sisi pasien, ketidakpatuhan sering disebabkan oleh kurangnya pengetahuan mengenai penyakit hipertensi dan pentingnya pengobatan jangka panjang. Banyak pasien menghentikan pengobatan ketika merasa tekanan darahnya sudah normal atau tidak merasakan gejala, padahal hipertensi sering disebut sebagai *silent disease* karena dapat berlangsung tanpa gejala tetapi tetap berisiko menimbulkan komplikasi serius. Selain itu, faktor lupa juga menjadi penyebab umum, terutama pada pasien lanjut usia atau pasien dengan aktivitas yang padat (WHO, 2003).

Dari aspek terapi, penggunaan obat jangka panjang dengan jumlah yang banyak (polifarmasi) serta efek samping obat seperti pusing, batuk kering, atau sering buang air kecil dapat menurunkan motivasi pasien untuk tetap patuh. Biaya pengobatan dan akses terhadap fasilitas kesehatan juga berperan, terutama di daerah terpencil seperti Kepulauan Mentawai, dimana keterbatasan transportasi dan fasilitas kesehatan dapat menghambat pasien untuk kontrol rutin atau mendapatkan obat. Faktor lain yang tidak kalah penting adalah hubungan antara tenaga kesehatan dan pasien. Kurangnya komunikasi, edukasi, serta dukungan dari tenaga kesehatan dapat menyebabkan pasien tidak memahami pentingnya terapi yang dijalani. Selain itu, dukungan keluarga juga sangat berpengaruh; pasien yang tidak mendapatkan dukungan cenderung memiliki kepatuhan yang lebih rendah. Oleh karena itu, peningkatan kepatuhan pasien hipertensi memerlukan pendekatan yang menyeluruh, tidak hanya dari sisi medis tetapi juga edukasi, sosial, dan sistem pelayanan kesehatan (Pharmacotherapy. 2023).

Teori-teori Kepatuhan Minum Obat:

1) *Health Belief Model* (HBM)

Model perilaku sehat merupakan fungsi dari keyakinan seseorang tentang banyaknya ancaman penyakit dan penularannya serta keuntungan dari rekomendasi yang diberikan oleh petugas kesehatan. Menurut Afina (2018) *Health belief model* (HBM) : konsep pengembangan dalam kepatuhan melalui interaksi perilaku dengan kepercayaan kesehatan seseorang yang dinilai dari variabel seperti kerentanan (*suceptibility*), keseriusan (*seriousness*), manfaat (*benefit*) dan rintangan (*barriers*) untuk melakukan sebuah perilaku kesehatan, serta isyarat untuk bertindak (*cues to action*).

2) *Theory of Planned Behavior* (TPB)

Menguji hubungan antara sikap dan perilaku yang berfokus pada intensi (niat) yang mengantarkan hubungan antara sikap dan perilaku, norma subjektif terhadap perilaku, dan kontrol terhadap perilaku yang dirasakan.

3) *Model of Adherence: Unintentional Nonadherence dan Intentional Nonadherence*.

Unintentional Nonadherence (Afina, 2018) *Unintentional Nonadherence* merupakan ketidakpatuhan yang tidak disengaja, terjadi saat pasien lupa untuk mengambil obat atau salah mengambil obat. Ketidakpatuhan yang tidak disengaja merupakan perilaku yang tidak direncanakan dan proses pasif dimana pasien gagal mematuhi instruksi dokter/pemberi resep melalui kelupaan (lupa untuk mengambil obat, lupa minum obat), kecerobohan (kadang minum obat kadang tidak), dan keadaan diluar kendali pasien (malas dan bosan minum obat). Ketidakpatuhan yang tidak disengaja dikaitkan dengan kebutuhan obat yang dirasakan, kekhawatiran obat-obatan, dan kepercayaan tentang khasiat pengobatan. Hambatan-hambatan yang muncul dalam proses pengobatan pasien seperti defisiensi memori (lupa berobat), ketrampilan (kesulitan dalam membuka kemasan obat), pengetahuan (tidak menyadari akan kebutuhan minum obat secara teratur) atau kesulitan dengan rutinitas harian.

Intentional Nonadherence (Afina, 2018) *Intentional Nonadherence* merupakan ketidakpatuhan yang disengaja, terjadi saat pasien memilih untuk tidak mengambil obatnya. Ketidakpatuhan yang disengaja merupakan keputusan aktif dari pasien untuk mengabaikan terapi yang ditentukan dapat ditunjukkan melalui tidak terpenuhinya resep baru (resepnya terlalu mahal) atau berhenti terapi

pengobatan tanpa saran dari dokter (merasa lebih baik/buruk). Ketidakpatuhan yang disengaja didorong oleh keyakinan pasien tentang pengetahuan, motivasi, pengobatan, penyakit, prognosis, dan pengalaman obyektif pasien dalam pengobatan.

2.7.1 Cara Mengukur Kepatuhan/Metodologi Kepatuhan

Sebagai sebuah perilaku, aspek-aspek kepatuhan pasien dalam minum obat dapat diketahui dari metode yang digunakan untuk mengukurnya. Beberapa metode untuk mengukur kepatuhan minum obat sebagai berikut (Notoadmojo, 2018).

1. Metode Langsung: esensi dari metode tersebut yaitu memantau perilaku minum obat secara langsung atau *real-time* bisa kita adaptasi ke dalam bentuk wawancara klinis yang mendalam (*in-depth interview*). Pertanyaan Wawancara Kepatuhan Minum Obat "Dalam seminggu terakhir ini, jam berapa biasanya Bapak/Ibu paling sering meminum obatnya? Apakah selalu di jam yang sama?"

   Metode pill count adalah persentase kepatuhan pasien yang dihitung dari perbandingan antara jumlah obat yang dikonsumsi dengan jumlah obat yang seharusnya dikonsumsi x 100%. Jika terjadi overuse (hasil perhitungan >100%) maka presentasi kepatuhan dapat dihitung dari perbandingan antara selisih jumlah obat yang dikonsumsi dikurangi jumlah kelebihan obat yang dikonsumsi dengan jumlah obat yang seharusnya dikonsumsi x 100%. Dari hasil perhitungan akan didapatkan dua kategori yaitu hasil perhitungan 80% termasuk kategori patuh. (Rosyida dkk, 2015)
2. Metode Tidak Langsung: Metode ini tidak membuktikan obat tertelan, melainkan menilai indikator atau perilaku yang berkaitan dengan

penggunaan obat. Metode Berbasis Kuesioner (Subjektif) Peneliti menggunakan instrumen kuesioner terstandar dan tervalidasi untuk menilai kepatuhan melalui wawancara atau pengisian mandiri oleh pasien. Contoh Kuesioner yang umum di gunakan yaitu: MMAS-8 (*Morisky Medication Adherence Scale-8*) Karakteristik: Terdiri dari 8 pertanyaan seputar perilaku lupa, sengaja berhenti, atau tidak nyaman dengan efek samping. Kelebihan: Paling populer, cepat, dan mudah dianalisis.

YAYASAN PENDIDIKAN DHARMA ANDALAS
UNTUK KECERDASAN BANGSA
UNIVERSITAS DHARMA ANDALAS