

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg dalam keadaan tenang/cukup istirahat pada dua kali pengukuran dengan jeda 5 menit (Kemenkes RI, 2018). Sedangkan menurut *American Heart Association* (AHA) hipertensi adalah keadaan tekanan darah sistolik ≥ 130 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 80 mmHg (AHA, 2017). Menurut Palmer dalam Manuntung (2018) bahwa tekanan darah seseorang mengalami naik-turun sepanjang hari. Tekanan darah tinggi yang menjadi masalah adalah tekanan darah tinggi persisten. Tekanan darah persisten menjadikan sistem sirkulasi dan organ yang mendapatkan pasokan darah menjadi kaku (Manuntung, 2018).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi meningkatnya tekanan darah dalam pembuluh darah arteri yang membawa darah dari jantung dan memompa keseluruh organ tubuh secara terus-menerus lebih dari suatu periode (Irianto, 2014). Darah sulit mengalir karena adanya penyempitan arterioli sehingga tekanan melawan dinding arteri mengalami peningkatan. Hipertensi menjadikan jantung dan arteri memiliki beban kerja lebih berat yang dapat menimbulkan kerusakan

jantung dan pembuluh darah (Udjianti, 2011). Kondisi ini dapat mengakibatkan timbulnya berbagai penyakit lain, seperti gagal ginjal, stroke, dan penyakit jantung koroner (Infodatin, 2019).

2.1.2 Etiologi Hipertensi

Menurut Smeltzer (2013), berdasarkan penyebab terjadinya, hipertensi terbagi menjadi dua, yaitu :

a. Hipertensi Primer (Esensial)

Hipertensi primer merupakan hipertensi yang penyebab terjadinya tidak diketahui, dan juga kemungkinan kondisi ini bersifat multifaktor (Smeltzer, 2013). Berdasarkan data pada Kemenkes RI (2018) 90% kasus dari hipertensi adalah hipertensi primer (Kemenkes RI, 2018). Hipertensi primer tidak bisa disembuhkan, namun dapat dikontrol dengan terapi yang tepat. Dalam teori penelitian Yulanda dan Lisiswati (2017) menyebutkan bahwa kasus hipertensi primer sering terjadi turun-temurun dalam suatu keluarga (Yulanda & Lisiswati, 2017). Dalam hal ini, faktor genetik kemungkinan besar berperan dalam pengembangan hipertensi primer.

b. Hipertensi Sekunder (Non Esensial)

Angka kasus hipertensi sekunder mencapai 10% dari keseluruhan kasus (Kemenkes RI, 2018). Hipertensi sekunder adalah peningkatan tekanan darah yang disertai penyebab yang spesifik, seperti penyempitan arteri renalis, kehamilan, medikasi tertentu, dan

penyebab lainnya. Hipertensi sekunder juga bisa bersifat menjadi akut, yang menandakan bahwa adanya perubahan pada curah jantung (Ignatavicius dkk, 2017). Hal ini sejalan dengan teori penelitian Yulanda dan Lisiswati bahwa pada mayoritas kasus, penyebab hipertensi sekunder yang paling sering adalah penyakit ginjal kronisn atau penyakit renovaskular (Yulanda & Lisiswati, 2017).

2.1.3 Faktor Resiko Hipertensi

Menurut Fauzi (2014), apabila tekanan darah normal pada individu yang sedang dalam perawatan hal itu bukan berarti tidak memiliki resiko besar mengalami hipertensi kembali. Seseorang yang didiagnosa hipertensi tetap harus melakukan kontrol dengan dokter dan menjaga pola hidup agar tekanan darah tetap dalam keadaan terkontrol (Fauzi, 2014). Hipertensi memiliki beberapa faktor resiko, diantaranya yaitu :

a. Faktor yang tidak dapat diubah:

1) Genetik

Faktor genetik berkaitan dengan pengaturan garam dan renin membran sel (Hafiz dkk, 2016). Jika pada orangtua atau saudara memiliki tekanan darah tinggi, maka kemungkinan 25% individu tersebut akan mengalami hipertensi (Rais dkk, 2018). Hal ini sesuai dengan penelitian Hafiz, dkk menyebutkan terdapat hubungan antara genetik dengan kejadian hipertensi (Hafiz dkk, 2016).

2) Usia

Pada penelitian Widjaya, dkk menunjukkan terdapat hubungan antara usia dengan kejadian hipertensi (Widjaya dkk, 2018). Semakin bertambahnya usia seseorang, maka semakin besar pula resiko untuk menderita tekanan darah tinggi. Hal ini berkaitan dengan proses penuaan yang menyebabkan perubahan alami pada sistem tubuh seperti hormon dan jantung (Triyanto, 2014).

b. Faktor yang dapat diubah:

1) Konsumsi Garam

Shanty dan Wahyuningsih (2018) menyebutkan dalam penelitiannya bahwa terdapat hubungan antara konsumsi garam berlebihan dengan kejadian hipertensi (Shanty & Wahyuningsih, 2018). Terlalu banyak mengonsumsi garam akan merusak keseimbangan natrium dan kalium, sehingga membuat ginjal mengalami kesulitan. Hal ini menyebabkan penumpukan cairan diikuti dengan naiknya tekanan darah (Anindyaputri, 2019).

2) Kolesterol

Penelitian Hasliani, menerangkan bahwa terdapat hubungan antara kadar kolesterol dengan hipertensi (Hasliani, 2017). Tekanan darah meningkat dikarenakan penumpukan kolesterol yang berlebih pada dinding pembuluh darah sehingga pembuluh

darah menyempit, pada akhirnya akan mengakibatkan tekanan darah menjadi tinggi (Susilo, 2011).

3) Kafein

Martiani dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa kebiasaan minum kopi meningkatkan resiko kejadian hipertensi (Martiani, 2012). Kafein sebagai anti-adenosine, menyebabkan terhambatnya reseptor untuk berikatan dengan adenosine sehingga merangsang sistem saraf simpatis dan menyebabkan pembuluh darah mengalami konstriksi kemudian terjadilah peningkatan tekanan darah (Blush, 2014 dalam Kamila, 2017).

4) Alkohol

Penelitian yang dilakukan oleh Malonda dkk, menyebutkan bahwa konsumsi alkohol merupakan faktor resiko yang mempengaruhi hipertensi (Malonda dkk, 2012). Alkohol dapat mempersempit pembuluh darah apabila dikonsumsi dalam dosis tinggi dan berulang. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah (Swari, 2019).

5) Obesitas

Penelitian yang dilakukan Rais dkk (2018), menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara obesitas dengan angka kejadian hipertensi (Rais dkk, 2018). Berat badan yang mengakibatkan oksigen dan nutrisi yang dialirkan pembuluh darah ke dalam sel juga meningkat. Sehingga terjadi peningkatan tekanan di

pembuluh darah dan jantung (Willy, 2018).

6) Kurang Olahraga

Penelitian yang dilakukan Hafiz dkk, menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara olahraga dengan kejadian hipertensi (Hafiz dkk, 2016). Kurang olahraga dan kurang gerak dapat menyebabkan tekanan darah meningkat karena metabolisme melambat yang berisiko mengalami peningkatan berat badan (Makarim, 2019). Melalui olahraga, jantung dapat bekerja lebih efisien sehingga dapat menurunkan tekanan darah (Hafiz dkk, 2016).

7) Stress

Penelitian yang dilakukan Jannah dkk, menyebutkan bahwa ada hubungan antara stress dengan kejadian hipertensi. Ketika stress, hormon adrenalin akan meningkat sehingga menyebabkan jantung memompa darah lebih cepat dan tekanan darahpun meningkat (Jannah dkk, 2016).

8) Kebiasaan Merokok

Penelitian Umbas dkk, menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara merokok dengan hipertensi (Umbas dkk, 2019). Nikotin dalam rokok dapat merangsang pelepasan katekolamin, katekolamin yang meningkat dapat mengakibatkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung, serta menyebabkan vasokonstriksi yang kemudian

meningkatkan tekanan darah (Ardiansyah, 2012).

9) Penggunaan Kontrasepsi Hormonal (Estrogen)

Penelitian Susanti dan Satriyanto menyatakan bahwa kontrasepsi hormonal berpengaruh terhadap tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik. Adanya estrogen dapat mengakibatkan kadar angiotensinogen yang berperan dalam *Renin-Angiotensin-Aldosteron-System* (RAAS). Peningkatan produksi angiotensinogen mengakibatkan produksi aldosteron meningkat. Aldosteron akan menyebabkan penumpukan natrium yang akan meningkatkan tekanan darah (Susanti & Satriyanto, 2018).

2.1.4 Patofisiologi Hipertensi

Penyakit hipertensi memang belum diketahui secara pasti untuk penyebabnya. Meskipun begitu, terdapat faktor yang beresiko menjadikan tekanan darah menjadi tinggi. Proses terjadinya hipertensi dimulai dari terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh *Angiotensin Converting Enzyme* (ACE). ACE ini memiliki peranan penting fisiologis dalam mengatur tekanan darah (Leonardo, 2011).

Darah memiliki kandungan angiotensinogen yang diproduksi oleh hati. Kemudian, hormon renin mengubahnya menjadi angiotensin I. Angiotensin I diubah lagi menjadi angiotensin II oleh ACE yang terdapat di paru-paru. Angiotensin II ini dengan dua aksi utamanya yang berperan dalam menaikkan tekanan darah (Leonardo, 2011).

Aksi pertama yaitu meningkatkan pengeluaran hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH yang diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan berfungsi sebagai pengatur osmolaritas dan volume urin di ginjal. Meningkatnya kadar ADH ini menyebabkan pengeluaran urin keluar tubuh menjadi sangat sedikit. Sehingga urin memiliki osmolalitas yang tinggi dan menjadi pekat. Untuk menjadikan urin encer, volume ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Hal ini mengakibatkan volume darah meningkat dan menyebabkan tekanan darah meningkat (Leonardo, 2011).

Aksi kedua yaitu merangsang pengeluaran aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan merupakan hormon steroid yang memiliki peran penting pada organ ginjal. Aldosteron akan mengurangi pengeluaran NaCl (garam) untuk mengatur volume ekstraseluler dengan cara menyerapnya dari tubulus ginjal. Meningkatnya konsentrasi NaCl ini akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume dan tekanan darah (Leonardo, 2011).

2.1.5 Manifestasi Klinis Hipertensi

Hipertensi tidak memiliki tanda atau gejala khusus sehingga sulit dideteksi oleh seseorang. Gejala-gejala yang biasa ditemui untuk diamati seperti terjadi pada gejala ringan yaitu pusing atau sakit kepala, cemas, wajah tampak kemerahan, tengkuk terasa pegal, cepat marah, telinga berdengung, sulit tidur, sesak napas, rasa berat di tengkuk,

mudah lelah, mata berkunang-kunang, dan mimisan (keluar darah di hidung) (Ignatavicius dkk, 2017).

Hipertensi dasar seperti hipertensi sekunder akan menimbulkan kelemahan otot pada aldosteronisme primer, mengalami peningkatan berat badan dengan emosi yang labil pada sindrom *cushing*, *polydipsia*. *Feokromositoma* dapat muncul dengan keluhan episode sakit kepala, palpitasi, banyak keringat dan rasa melayang saat berdiri (*postural dizzy*). Saat hipertensi terjadi sudah lama pada penderita atau hipertensi sudah dalam keadaan yang berat dan tidak diobati gejala yang timbul yaitu sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak nafas, gelisah, pandangan menjadi kabur (Irianto, 2014)

Hal tersebut terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal. Penurunan kesadaran dapat terjadi pada penderita hipertensi berat bahkan dapat mengakibatkan penderita mengalami koma karena terjadi pembengkakan pada bagian otak. Keadaan tersebut merupakan keadaan ensefalopati hipertensi (Irianto, 2014).

2.1.6 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi tekanan darah menurut *World Health Organization* (WHO), sebagai berikut:

Tabel 2.1
Klasifikasi Tekanan Darah Menurut WHO

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Optimal	120	80
Normal	120-129	80-84
Normal Tinggi	130-139	85-89
Hipertensi Derajat 1 (Ringan)	140-159	90-99
Hipertensi Derajat 2 (Sedang)	160-179	100-109
Hipertensi Derajat 3 (Berat)	≥ 180	≥ 110
Hipertensi Sistolik Terisolasi	≥ 140	≥ 90

(Sumber: Bope & Kellerman, 2017)

Klasifikasi tekanan darah menurut *Joint National Comitte* (JNC)

VIII sebagai berikut:

Tabel 2.2
Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC VIII

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre Hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Stage 1	140-159	90-99
Hipertensi Stage 2	≥ 160	≥ 100
Hipertensi Krisis	>180	>110

(Sumber: Bope & Kellerman, 2017)

Klasifikasi tekanan darah menurut *American Heart Association*

(AHA), sebagai berikut:

Tabel 2.3
Klasifikasi Tekanan Darah Menurut AHA

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Meningkat	120-129	<80
Hipertensi		
Stage 1	130-139	80-89
Stage	≥ 140	≥ 90

(Sumber: AHA, 2017)

2.1.7 Komplikasi Hipertensi

Komplikasi hipertensi berdasarkan target organ, antara lain sebagai berikut (Irwan, 2016):

- a. Serebrovaskuler: stroke, *transient ischem attacks*, demensia vaskuler, ensefalopati.
- b. Mata: retinopati hipertensif.
- c. Kardiovaskuler: penyakit jantung hipertensif, disfungsi atau hipertrofi ventrikel kiri, penyakit jantung koroner, disfungsi baik sistolik maupun diastolik dan berakhir pada gagal jantung (*heart failure*).
- d. Ginjal: nefropati hipertensif, albuminuria, penyakit ginjal kronis.
- e. Arteri perifer : klaudikasio intermiten.

2.1.8 Penatalaksanaan Hipertensi

- a. Tujuan Pengobatan

Tujuan pengobatan hipertensi adalah :

- 1) Menurunkan morbiditas dan mortalitas.
- 2) Menurunkan tekanan darah hingga mencapai target tekanan darah.
- 3) Menghindari hipotensi dan mencegah komplikasi hipertensi.

- b. Target Tekanan Darah

Target tekanan darah yang di rekomendasikan JNC VIII :

- 1) <150/90 mmHg dengan umur ≥ 60 tahun.
- 2) <140/90 mmHg dengan umur <60 tahun.

- 3) <140/90 mmHg semua umur pada pasien diabetes tanpa gagal ginjal kronik.
- 4) <140/90 mmHg semua umur pada pasien gagal ginjal kronik dengan atau tanpa diabetes.

c. Terapi Non Farmakologi

Menerapkan hidup sehat menjadi salah satu faktor utama dalam mengontrol tekanan darah. Modifikasi gaya hidup menurut JNC VIII (2014) yang dianjurkan pada pasien hipertensi sebagai berikut :

- 1) Berhenti merokok.
- 2) Kontrol glukosa darah dan lipid.
- 3) Menerapkan pola makan DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) yang kaya akan kalium dan kalsium. Pola makan DASH yang di rekomendasikan: diet kaya dengan buah, sayur, dan produk susu rendah lemak.
- 4) Membatasi konsumsi alkohol.
- 5) Mengurangi asupan natrium tidak lebih dari 2.400 mg/hari.
- 6) Meningkatkan aktivitas fisik 3-4 kali dalam seminggu dengan rata-rata 40 menit/ sesi.

d. Terapi Farmakologi

Pilihan obat awal atau utama untuk hipertensi di kategorikan berdasarkan 5 golongan obat sebagai berikut : Diuretik, ACE-inhibitor, β -bloker, Angiotensin Reseptor Bloker (ARB), dan *Calcium Channel Blockers* (CCB). Pilihan alternatif yang bisa

digunakan oleh pasien hipertensi sebagai berikut : α -bloker, Aliskiren, Agonis sentral α -2, Reserpin, dan Vasodilator arterial langsung. Kebanyakan penelitian menyebutkan terapi lini utama hipertensi adalah obat golongan diuretik.

1) Diuretik

Diuretika akan meningkatkan pengeluaran garam dan air oleh ginjal sehingga volume darah dan tekanan darah turun. Ada 4 kelas diuretik: thiazide (contoh obat: hidroklorothiazid), loop diuretik (contoh obat: furosemid), agen hemat kalium (contoh obat: amilorid), dan antagonis aldosterone (spironolakton). Pilihan utama golongan diuretik adalah thiazide. Dosisnya : hidroklorothiazid (HCT) 12,5-50 mg/ hari, furosemid 20-80 mg dua kali sehari, amilorid 5-10 mg/ hari, spironolakton 25-50 mg/ hari (Tjay & Rahardja, 2015).

2) ACE-Inhibitor

ACE-inhibitor memiliki efek dalam menurunkan tekanan darah melalui mekanisme penghambatan enzim ACE. Enzim ACE merupakan enzim yang mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II, tidak terbentuknya angiotensin II maka sekresi hormon aldosteron dan vasokonstriktif kuat tidak terjadi. Dosisnya : benazepril 10-40 mg/ hari, elanapril 5-40 mg/ hari, fosinopril 10-40 mg/ hari, kaptopril 25-50 mg/ hari, kuinapril 10-80 mg/ hari, lisinopril 10-40 mg/hari, perindopril 4-8 mg/ hari, ramipril

2,5-10 mg/ hari (Tjay & Rahardja, 2015).

3) β -Blokер

Mekanisme β -bloker dengan cara pengeblokan reseptor β , sehingga aktivitas adrenalin dan noradrenalin menurun atau ditiadakan. Reseptor β ada 2 jenis yaitu β_1 (di jantung) dan β_2 (di paru-paru). Obat ini bisa mempersempit saluran nafas karena reseptor β_2 diblokade, sehingga yang mempunyai riwayat asma harus dipilihkan obat selektif terhadap blokade reseptor β_1 saja. Obat-obat yang selektif seperti atenolol, celiprolol, asebutilol, dan pindolol. Dosisnya : atenolol 50-100 mg/ hari, celiprolol 200-400 mg/ hari, asebutilol 200-800 mg/ hari, pindolol 10-20 mg/ hari (Tjay & Rahardja, 2015).

4) ARB (*Angiotensin II Receptor Blockers*)

Mekanisme ARB satu jalur dengan ACE-inhibitor yang bekerja di titik penghambatan RAAS, tetapi ARB tidak menghambat enzim ACE, melainkan langsung memblokade reseptor angiotensin II. Dosisnya : eprosartan 400-800 mg/ hari, irbesartan 150-300 mg/ hari, 4-16 mg/ hari, 50-100 mg/ hari, olmesartan 20-40 mg/ hari, telmisartan 40-80 mg/ hari, valsartan 80-160 mg/ hari (Tjay & Rahardja, 2015).

5) CCB (*Calcium Channel Blockers*)

Mekanisme CCB dengan cara menghambat ion kalsium masuk ke dalam sel otot polos melalui penghambatan di kanal

kalsium, sehingga tekanan darah turun. Ion kalsium berperan penting dalam mengatur kontraksi otot polos jantung/dinding arterioale. Secara kimiawi CCB dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu: derivat dihidropiridin dan derivat nondihidropiridin. Nama obat dan dosis untuk derivat dihidropiridin : amlodipin 2,5-10 mg/ hari, felodipin 2,5-20 mg/ hari, nikardipin 40-60 mg/ hari, nifedipin 30-60 mg/ hari, nimodipin 60 mg/ hari. Nisoldipin 5-20 mg/ hari, lercanidipin 15-20 mg/ hari, nitrendipin 5-20 mg/ hari, cilazapril 1,25-5 mg/ hari. Nama obat dan dosis untuk derivat nondihidropiridin: diltiazem 60-120 mg/ hari, verapamil 80 mg/ hari (Tjay & Rahardja, 2015).

2.2 Konsep Kepatuhan

2.2.1 Pengertian Kepatuhan

Compliance, *adherence*, dan *persistence* merupakan terminologi yang bisa digunakan untuk menggambarkan kepatuhan. *Compliance* adalah mengikuti saran dan perintah dokter secara pasif sesuai dengan terapi yang sedang dilakukan. *Adherence* adalah keterlibatan pasien secara penuh dalam pengambilan obat yang diresepkan tenaga kesehatan (Nurina, 2012). Sedangkan *persistence* adalah keadaan pasien menunjukkan perilaku yang secara terus menerus atau rutin mengonsumsi obat, yang dimulai dari resep pertama sampai resep berikutnya, dan seterusnya (Khanifatunnisa, 2016).

Secara umum, kepatuhan dapat artikan sebagai tindakan individu

yang mendapatkan pengobatan, mengikuti diet, dan melaksanakan gaya hidup sesuai perintah dari pemberi pelayanan kesehatan (Hardiyatmi, 2016). Dalam konteks psikologi kesehatan, kepatuhan juga mengarah pada situasi seseorang yang sesuai dengan anjuran/ nasehat dari pemberi pelayanan kesehatan atau dari informasi yang didapat misalnya brosur promosi kesehatan (Albery & Munafo, 2011).

Menurut Niven (2012) kepatuhan berasal dari kata patuh, yang memiliki arti disiplin dan taat (Niven, 2012). Sedangkan menurut Kozier (2010), kepatuhan adalah perilaku individu (seperti: minum obat, diet, dan melakukan perubahan gaya hidup) sesuai anjuran petugas kesehatan. Tingkat kepatuhan dimulai dari tindakan memperhatikan setiap aspek anjuran hingga mematuhi rencana pengobatan (Kozier, 2010). Sedangkan menurut Kemenkes RI, kepatuhan adalah suatu bentuk perilaku akibat adanya interaksi antara pasien dan petugas kesehatan, sehingga pasien mengerti dan menyetujui rencana juga segala konsekuensinya serta melaksanakannya (Kemenkes RI, 2011).

Kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi sangat diperlukan. Mengingat tujuan pengobatan hipertensi yaitu mengontrol tekanan darah dan mencegah terjadinya komplikasi (Smantumkul, 2014). Kepatuhan merupakan indikator keberhasilan pengobatan hipertensi (Hariyanto dkk, 2015). Maka dari itu, sangatlah penting kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan hipertensi agar dapat meningkatkan kualitas hidup pasien menjadi lebih baik (Hardiyanti dkk,

2016).

2.2.2 Faktor-Faktor Kepatuhan

Menurut Niven (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah :

a. Faktor Individu

1) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu seseorang melalui panca indra yang dimilikinya pada suatu objek (Notoatmodjo, 2014). Pengetahuan yang baik tentang hipertensi akan mendorong untuk berperilaku dengan tepat (Hamid, 2013). Adanya unsur pengalaman, hasil tahu akan disusun, ditata kembali atau diubah sedemikian rupa, sehingga tercapai suatu konsistensi (Niven, 2012). Penderita hipertensi perlu memiliki pengetahuan tentang penyakit hipertensi antara lain pengertian penyakit, penyebabnya, gejala yang kerap muncul, pentingnya melakukan pengobatan secara teratur dan terus menerus dalam jangka panjang dan akibat dari tidak minum (Pramestutie & Silviana, 2016). Maka semakin tinggi tingkat pengetahuan, semakin baik pula tingkat kepatuhan (Niven, 2012).

2) Sikap

Sikap merupakan salah satu faktor dalam pembentukan perilaku seseorang. Menurut Notoatmodjo (2014) sikap

adalah reaksi yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus. Sikap belum merupakan suatu tindakan nyata, tetapi masih berupa persepsi dan kesiapan seseorang untuk bereaksi terhadap stimulus yang ada di sekitarnya (Notoatmodjo, 2014). Sikap tidak dapat dilihat langsung, hal ini menunjukkan bahwa sikap akan terlihat apabila seseorang bertindak. Tindakan yang dilakukan tersebut memperlihatkan perilaku dari seseorang (Pakpahan, 2017).

3) Motivasi

Motivasi menurut Hamzah (2013) digunakan untuk menjelaskan keinginan, arah intensitas, dan ketetapan perilaku yang mengarah ke tujuan (Hamzah, 2013). Ekarini (2011) juga mengatakan bahwa dengan motivasi tinggi yang dimiliki penderita hipertensi untuk memperoleh kesembuhan berarti ada suatu keinginan dari dalam diri pasien untuk menjalani pengobatan secara teratur (Ekarini, 2011). Alasannya, karena mereka sadar bahwa patuh minum obat itu penting untuk menghindari terjadinya komplikasi (Rasajati dkk, 2015)

4) Keyakinan

Keyakinan merupakan ukuran spiritual dalam menjalani kehidupan. Keyakinan penderita mempengaruhi kemauan penderita untuk patuh minum obat (Niven, 2012). Menurut

Bandura (dalam Feist & Feist, 2010) *self-efficacy* adalah keyakinan individu dalam kemampuannya untuk mencapai kemampuan yang dituju yang mempengaruhi setiap kejadian dalam hidupnya (Feist & Feist, 2010). Dalam teori kognitif sosial, *self-efficacy* disebut sebagai penentu paling kuat dan signifikan untuk meningkatkan kepatuhan (Holmes dkk, 2014). Penderita hipertensi yang memiliki *self-efficacy* yang tinggi mempunyai peluang 11 kali menunjukkan kepatuhan minum obat yang baik dibandingkan pasien yang memiliki *self-efficacy* rendah (Novitasari, 2017).

b. Dukungan Keluarga

Menurut Niven (2012) menyatakan bahwa keluarga dapat menjadi faktor yang mempengaruhi dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan seseorang juga dapat menentukan tentang program pengobatan yang akan dilakukan. Keluarga merupakan orang yang paling dekat dan sering berinteraksi, sehingga penderita akan merasa senang dan lebih tenang apabila diperhatikan oleh anggota keluarganya, karena dukungan tersebut akan memunculkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi dan mengelola penyakitnya dengan lebih baik (Niven, 2012).

Pernyataan dukungan keluarga oleh Friedman dkk (2010) bahwa hubungan keluarga yang baik dapat memberikan ketenangan dan mengurangi beban yang dirasakan. Sehingga

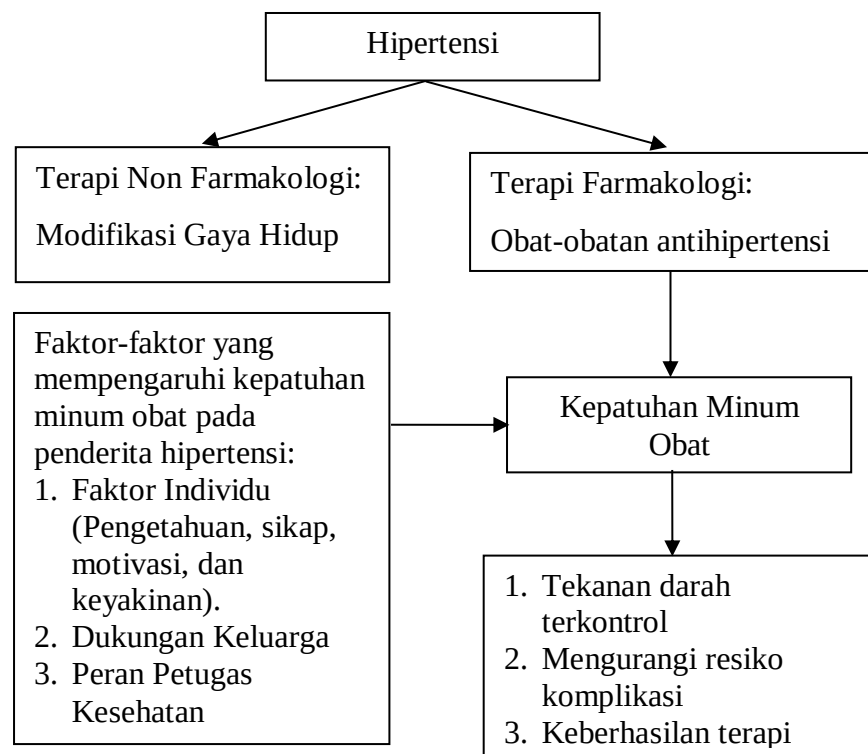
dukungan keluarga dalam bentuk dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan penghargaan dan dukungan instrumental akan membuat pasien hipertensi memiliki kepatuhan yang baik dalam pengendalian hipertensi (Friedman dkk, 2010).

c. Peran Petugas Kesehatan

Interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien merupakan suatu hal penting dalam pemberian pelayanan. Kepatuhan dapat terbentuk akibat adanya interaksi antara pasien dan petugas kesehatan, sehingga pasien mengerti dan menyetujui rencana juga segala konsekuensinya serta melaksanakannya (Kemenkes RI, 2011). Suatu penjelasan penyebab penyakit dan tentang pengobatan yang akan dilakukan dapat meningkatkan kepatuhan. semakin baik pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, semakin teratur pula pasien melakukan kunjungan (Niven, 2012).

2.3 Kerangka Teori

Bagan 2.1
Kerangka Teori



Sumber: Modifikasi dari JNC 8 (2014) dan Niven (2012).