

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PENDERITA
HIPERTENSI DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT
HIPERTENSI DI DTP PUSKESMAS RAJAMANDALA
KABUPATEN BANDUNG BARAT**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Penelitian
Sarjana Keperawatan

**ARIEF RAHMAT
AK.2.16.006**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
BANDUNG
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PENDERITA
HIPERTENSI DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT
HIPERTENSI DI DTP PUSKESMAS RAJAMANDALA
KABUPATEN BANDUNG BARAT**

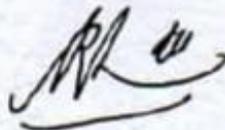
NAMA : ARIEF RAHMAT

NPM : AK.2.16.006

Telah Disetujui Untuk diajukan Pada Sidang Akhir
Pada Program Studi S1 Keperawatan
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Menyetujui

Pembimbing I



(Rizki Muliani., S.Kep., Ners., MM)

Pembimbing II



(Ingrid Dirgahayu S.Kp., MKM)

**Program Studi S1 Keperawatan
Ketua**



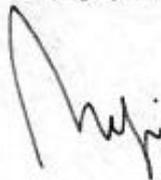
(Yuyun Sarinengsih., S.Kep., Ners., M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

Sripsi ini telah di pertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan
Dewan Penguji Skripsi Program Studi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana
Pada tanggal 28 Agustus 2018

Mengesahkan
Program Studi S1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Penguji I



(Sri Wulan M, S.Kep.,Ners.,M.Kep)

Penguji II



(Novita T.S, S.Kep.,Ners)

**STIKes Bhakti Kencana
Ketua**



(R. Siti-Jundiah, S.Kp., M.Kep)

PERNYATAAN

Dengan ini saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : ARIEF RAHMAT
NIM : AK.2.16.006
Program Studi : SI KEPERAWATAN
Judul Penelitian :

“HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PENDERITA HIPERTENSI DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT HIPERTENSI DI DTP PUSKESMAS RAJAMANDALA KECAMATAN CIPATAT KABUPATEN BANDUNG BARAT”

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Penelitian saya, dalam Skripsi ini, adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar akademik (S.Kep), baik dari STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lain.
2. Penelitian dalam Skripsi ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing.
3. Dalam penelitian ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah di tulis atau di publikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudia hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Bhakti Kencana Bandung

Bandung, 28 Agustus 2018
Yang membuat pernyataan


(Arief Rahmat)
NIM AK 2.16.006

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini :

NAMA : Arief Rahmat

NIM : AK.2.16.006

PRODI : Sarjana Keperawatan

JUDUL PENELITIAN/ SKRIPSI :

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PENDERITA HIPERTENSI
DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT HIPERTENSI DI DTP PUSKESMAS
RAJAMANDALA KABUPATEN BANDUNG BARAT

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk

1. Memberikan hal bebas untuk royalty kepada perpustakaan atau Lembaga Pengabdian Masyarakat (LPPM) STIKes Bhakti Kencana Bandung, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan / mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), mendistribusikannya, serta menampilkan dalam bentuk softcopy untuk kepentingan akademis perpustakaan atau LPPM, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkannya pihak perpustakaan atau LPPM, dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul ata pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 28 Agustus 2018
Yang Membuat Pernyataan


Arief Rahmat
NIM AK 2.16.006

ABSTRAK

Prevalensi hipertensi di Indonesia maupun di provinsi Jawa Barat masih cukup tinggi, dan menjadikan masalah yang serius saat ini. Hipertensi merupakan masalah kesehatan yang sangat serius saat ini, karena dapat menyebabkan komplikasi stroke, *aneurisma*, retinopati hipertensi (dapat menimbulkan kebutaan), gagal jantung, serangan jantung, penyakit jantung koroner, diabetes mellitus dan gagal ginjal. Masih tingginya angka kejadian hipertensi ini disebabkan ketidak patuhan pasien dalam minum obat. Hal ini dikarenakan kurangnya pengetahuan dan sikap pasien hipertensi tentang hipertensi dan pentingnya kepatuhan minum obat bagi pasien hipertensi. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis hubungan pengetahuan dan sikap penderita hipertensi dengan kepatuhan minum obat hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat.

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 58 pasien hipertensi yang datang berobat ke Puskesmas DTP Rajamanda Kabupaten Bandung Barat, dengan teknik *purposive sampling*. Analisa yang digunakan *univariat* dan *bivariat* dengan menggunakan uji *chi-square*. Instrument yang digunakan kuesioner pengetahuan, sikap dan MMAs untuk kepatuhan. Hasil penelitian menunjukkan dari 58 pasien hipertensi 44,8% memiliki pengetahuan cukup, 60,3% pasien memiliki sikap yang mendukung dan 37,9% pasien memiliki kepatuhan dalam minum obat. Hasil uji *chi-square* diketahui antara pengetahuan pasien dengan kepatuhan minum obat hipertensi (p value = 0,002), antara sikap pasien dengan kepatuhan minum obat hipertensi (p value = 0,028), dapat disimpulkan ada hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan kepatuhan minum obat hipertensi di Puskesmas DTP Rajamanda Kabupaten Bandung Barat.

Diharapkan pihak perawat lebih intens dalam memberikan Pendidikan kesehatan pada pasien khususnya pendidikan kesehatan tentang kepatuhan menjalankan kepatuhan minum obat hipertensi.

Kata Kunci : hipertensi, kepatuhan, pengetahuan, sikap,
Kepustakaan : 32 buku (2008-2016)
3 Jurnal (2012-2017)
6 Wibase

ABSTRACT

The prevalence of hypertension in Indonesia or in West Java Province is still quite high and become a serious problem nowadays. Hypertension is a very serious health problem at present, because it can causes complication of stroke, aneurism, retinopathy hypertension (can cause blind), heart failure, heart attack, coronary heart disease, diabetes melitus and kidney disease. High hypertension case is caused by patients' medication non adherence. It because of the lack of knowledge and hypertension patients attitude on hyprtension and the importance of medication adherence for hypertension patients. The aims of this research were to analyze the correlation of knowledge and patients' hypertension attitude with medication adherence of hypertension in Public Health Center DTP of Rajamandala West Bandung Regency. The type of this research was descriptive correlation with cross sectional approach. Sampels in this research were 58 hypertension patients who came to get medication in Public Health Center DTP of Rajamandala West Bandung Regency, with purposive sampling technique. Analysis used univariate and bivariate by using chi-square. Instruments used questionnaires of knowledge, attitude and MMAS for adherence. The research result showed that from 58 hypertension patients 44.8% had fair knowledge, 60.3 patients had supporting attitude and 37.9% patients had medication adherence. The result of chi- square test find out that between patients' knowledge with minimum medication adherence of hypertension drugs(p value = 0.002), between patients' attitude with medication adherence of hypertension drugs (p value = 0.028), so it can be concluded that there are correlations between knowledge and attitude with medication adherence of hypertension in Public Health Center of DTP Rajamandala West Bandung Regency. Hopefully nurses are more intensive in giving health education to patients particularly health education on medication adherence of hypertension.

References : 41 source (Year 2008-2017).

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul **“Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Penderita Hipertensi Dengan Kepatuhan Minum Obat Hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat”**.

Proses penyusunan skripsi ini di ajukan sebagai salah satu syarat untuk melanjutkan penelitian. Skripsi ini dapat tersusun atas bantuan, dukungan, bimbingan dan saran dari berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini dihaturkan banyak terima kasih kepada.

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., MH.Kes selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. R. Siti Jundiah., S.Kp., M.Kep., selaku ketua Stikes Bhakti Kencana Bandung.
3. Yuyun Sarinengsih., S.Kep., Ners., M.Kep selaku Ketua Program Studi Ners Stikes Bhakti Kencana Bandung.
4. Rizki Muliani., S.Kep., Ners., MM, selaku pembimbing I, yang telah memberikan bimbingan dan masukan kepada peneliti dalam menyusun skripsi ini
5. Ingrid Dirgahayu., S.Kp., MKM., selaku pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan dan masukan kepada peneliti dalam menyusun skripsi ini
6. Seluruh dosen pengajar serta Staff STIKes Bhakti Kencana Bandung

7. Istri dan anak-anak tercinta yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil serta do'a restunya.
8. Teman-teman sejawat di Puskesmas DTP Rajamandala Kabupaten Bandung Barat yang telah membantu memberikan do'a dan support sehingga penulis dapat melaksanakan tugas ini dengan baik.
9. Seluruh pihak yang telah ikut berpartisipasi dalam penyusunan skripsi.

Dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu diharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun untuk skripsi ini. Akhir kata diharapkan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembaca semua.

Bandung, Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN PUBLIKASI ILMIAH	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 perumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Manfaat Teoritik.....	8
1.4.2 Manfaat Praktik	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Hipertensi	10
2.1.1 Pengertian.....	10
2.1.2 Penyebab Hipertensi	10
2.1.3 Patofisiologi.....	14
2.1.4 Klasifikasi.....	16

2.1.5 Manifestasi Klinis.....	17
2.1.6 Penatalaksanaan Hipertensi.....	17
2.2 Konsep Kepatuhan	27
2.2.1 Pengertian	27
2.2.2 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Pasien	28
2.2.3 Derajat Ketidapatuhan.....	32
2.2.4 <i>Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)</i>	33
2.3 Konsep Pengetahuan.....	34
2.3.1 Pengertian	34
2.3.2 Tingkat Pengetahuan	35
2.3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan ..	37
2.3.4 Pengukuran Pengetahuan	39
2.4 Konsep Sikap	41
2.4.1 Pengertian	41
2.4.2 Struktur Sikap	42
2.4.3 Tingkatan Sikap	43
2.4.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Sikap.....	44
2.4.5 Pengukuran Sikap	46
2.5 Kerangka Konseptual.....	47

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian.....	49
3.2 Paradigma Penelitian	49
3.3 Hipotesa Penelitian	51
3.4 Variabel Penelitian	52
3.5 Definisi Konseptual dan Definisi Operasional	52
3.5.1 Definisi Konseptual	52
3.5.2 Definisi Operasional.....	53
3.6 Populasi dan Sampel Penelitian.....	54
3.6.1 Populasi	54

3.6.2 Sampel	54
3.7 Pengumpulan Data	56
3.7.1 Instrumen Penelitian	56
3.7.2 Uji Validitas dan Reliabilitas	58
3.7.3 Teknik Penumpulan Data	61
3.8 Langkah-Langkah Penelitian	63
3.9 Pengolahan dan Analisis Data	64
3.9.1 Pengolahan Data	64
3.9.2 Analisis Data	66
3.10 Etika Penelitian	68
3.11 Lokasi dan Waktu Penelitian	70

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian	71
4.1.1 Gambaran Pengetahuan Pasien Hipertensi	71
4.1.2 Gambaran Sikap Pasien Hipertensi	72
4.1.3 Gambaran Kepatuhan Pasien Hipertensi	72
4.1.4 Hubungan Pengetahuan Pasien dengan Kepatuhan Menjalankan Minum obat Hipertensi	73
4.1.5 Hubungan Sikap Pasien dengan Kepatuhan Menjalankan Minum obat Hipertensi	74
4.2 Pembahasan	75
4.2.1 Pengetahuan Pasien Hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat	75
4.2.2 Sikap Pasien Hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat	78
4.2.3 Kepatuhan Pasien Hipertensi terhadap Minum obat	82
4.2.4 Hubungan Pengetahuan Pasien dengan Kepatuhan Menjalankan Minum obat Hipertensi	83
4.2.5 Hubungan Sikap pasien dengan Kepatuhan Minum obat Hipertensi	85

4.3 Keterbatasan Penelitian	90
-----------------------------------	----

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	89
5.2 Saran	89
5.2.1 Bagi DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat	90
5.2.2 Bagi STIKes Bhakti Kencana.....	90
5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	90

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian	53
Tabel 4.1 Distribusi Pengetahuan Pasien Tentang Hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat.....	71
Tabel 4.2 Distribusi Sikap Pasien Tentang Minum obat Hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat ..	72
Tabel 4.3 Distribusi Kepatuhan Pasien Terhadap Minum obat Hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat	73
Tabel 4.4 Hubungan Antara Pengetahuan Pasien dengan Kepatuhan Menjalankan Minum obat Hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat	73
Tabel 4.5 Hubungan Antara Sikap Pasien dengan Kepatuhan Menjalankan Minum obat Hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat	75

DAFTAR BAGAN

		Halaman
Bagan 2.1	Kerangka Konseptual	48
Bagan 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	51

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Izin Penelitian dari DTP Puskesmas Rajamandala
- Lampiran 2 *Informed Consent*
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan Kesiediaan Menjadi Responden
- Lampiran 4 Kisi Kuesioner
- Lampiran 5 Kuesioner
- Lampiran 6 Uji Validitas
- Lampiran 7 Tabel Olah data
- Lampiran 8 Hasil Uji Statistik

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, salah satu indikatornya adalah angka harapan hidup (Kemenkes RI, 2015). Masalah kesehatan yang sangat serius saat ini yaitu hipertensi. Hipertensi adalah keadaan yang ditandai dengan terjadinya peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Seseorang dikatakan memiliki hipertensi jika tekanan sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih, tekanan diastolik mencapai 90 mmHg atau lebih atau keduanya (Herlambang, 2013)

Prevalensi hipertensi tertinggi di Indonesia berada di provinsi Kalimantan Selatan (39,6%) dan terendah di Papua Barat (20,1%), dan jika dibandingkan dengan tahun 2013 telah terjadi penurunan sebesar 5,9% (dari 31,7% menjadi 25,8%). Penurunan ini bisa terjadi akibat berbagai macam faktor, seperti alat pengukur tensi yang berbeda, masyarakat yang sudah mulai sadar akan bahaya penyakit hipertensi (Kemenkes RI, 2013).

Provinsi Jawa Barat sendiri prevalensi penderita hipertensi berdasarkan jumlah jiwa (absolut) termasuk yang tertinggi ke-4 yaitu dengan jumlah penderita sebanyak 46.300.543 (29,4%) jiwa dari 13.612.359 jiwa (Kemenkes

RI, 2013). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2014 angka kejadian hipertensi tertinggi berdasarkan jenis kelamin di seluruh Kabupaten dan Kota di Jawa Barat yaitu di Kabupaten Garut sebanyak 645.174 kasus (41,2%), dan tertinggi ke dua terjadi di Kota Depok (Dinkes Provinsi Jabar, 2015), Kabupaten Bandung Barat (KBB) salah satu kabupaten di propinsi Jawa Barat dengan tingkat prevalensi hipertensi cukup tinggi, dibuktikan dari data profil dinas kesehatan KBB (2014) menunjukkan hipertensi termasuk dalam 10 besar penyakit dengan jumlah kasus hipertensi berdasarkan jenis kelamin yaitu sebanyak 5.343 kasus (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2015).

Hipertensi seringkali tidak menimbulkan gejala, sementara tekanan darah yang terus menerus meninggi dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan komplikasi. Hipertensi menyebabkan meningkatnya resiko terhadap stroke, *aneurisma*, retinopati hipertensi (dapat menimbulkan kebutaan), gagal jantung, serangan jantung, penyakit jantung koroner, diabetes mellitus dan gagal ginjal (Kowalak dkk, 2011).

Komplikasi hipertensi yang dapat ditimbulkan akibat hipertensi adalah stroke. Kejadian stroke akan meningkat seiring dengan awal terjadinya hipertensi, semakin muda menderita hipertensi maka kerusakan organ yang paling rentan oleh hipertensi adalah otak sehingga dapat menyebabkan terjadinya serangan stroke. Hipertensi yang tidak mendapat penanganan atau pengobatan menyebabkan peningkatan kejadian stroke sebanyak 60%, dengan kemungkinan 4,5 kali (Azmi dkk, 2012) .

Hipertensi memerlukan pengobatan jangka panjang bahkan seumur hidup. Keberhasilan pengobatan tidak hanya ditentukan oleh kepatuhan kontrol, tetapi juga kepatuhan minum obat anti hipertensi. Untuk patuh minum obat, diperlukan motivasi dari penderita hipertensi. Komplikasi akan terjadi apabila penderita hipertensi tidak patuh meminum obatnya. Bila penderita bisa patuh minum obat, tekanan darahnya akan terkontrol dan terhindar dari komplikasi. Sebagai dampak terjadinya komplikasi hipertensi, kualitas hidup penderita menjadi rendah dan kemungkinan terburuknya adalah terjadinya kematian pada penderita akibat komplikasi yang dimilikinya (Ramitha, 2008)

Data *World Health Organization* (2015) dari 50% penderita hipertensi yang diketahui hanya 25% yang mendapat pengobatan dan hanya 12,5% yang diobati dengan baik. Diperkirakan pada tahun 2025 kasus hipertensi terutama di negara berkembang akan mengalami peningkatan sekitar 80% dari 639 juta kasus di tahun 2000, menjadi 1,15 milyar kasus. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 melaporkan bahwa prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun keatas di Indonesia cukup tinggi yaitu mencapai 31,7% dimana penduduk yang mengetahui dirinya menderita hipertensi hanya 7,2% dan yang minum obat antihipertensi hanya 0,4%.

Tingkat kepatuhan pasien dalam minum obat antihipertensi dipengaruhi oleh beberapa factor yaitu pendidikan, akomodasi perubahan model terapi, meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien, pendekatan raktis untuk kepatuhan pasien dan modifikasi faktor lingkungan dan sosial.

Salah satu faktor lainnya yang tak kalah penting adalah pengetahuan, hal ini terkait dengan kemampuan pasien dalam menyerap informasi tentang kepatuhan minum obat yang diberikan oleh dokter dan perawat. Pengetahuan pasien tentang hipertensi dan obat-obatan dibutuhkan dalam mencapai kepatuhan yang lebih tinggi (Karaeren et al., 2009). Pendapat tersebut sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rusida (2017) yang menunjukkan hasil ada pengaruh yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Puskesmas, demikian juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Puspita (2016) yang menunjukkan hasil adanya hubungan antara tingkat pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan dalam menjalani pengobatan pada pasien hipertensi di Puskesmas.

Faktor yang tidak kalah penting dalam kepatuhan pasien dalam minum obat anti hipertensi adalah sikap. Sikap menjadi faktor yang paling kuat, karena dengan sikap ingin sembuh dan keinginan untuk menjaga kondisi tubuh tetap sehat akan berpengaruh terhadap penderita untuk mengontrol diri dalam berperilaku sehat (Notoatmodjo, 2012). Teori tersebut didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sulistyarini (2012) yang berjudul Delapan Faktor Penting Yang Mempengaruhi Motivasi Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi, di mana faktor intrinsik pasien hipertensi yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pasien hipertensi adalah sikap.

Di Kabupaten Bandung Barat berdasarkan laporan tahunan kesehatan Kabupaten Bandung Barat diketahui bahwa pada tahun 2017, dari 32

Puskesmas DTP di Kabupaten Bandung Barat, penyakit hipertensi merupakan penyakit tertinggi ketiga yang terjadi di Kabupaten Bandung Barat, sedangkan di Puskesmas DTP Rajamandala di Kabupaten Bandung Barat hipertensi merupakan penyakit tertinggi ke dua setelah diabetes mellitus (Dinkes Kabupaten Bandung Barat, 2017)

Puskesmas DTP Rajamandala merupakan salah satu Puskesmas yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Barat, berdasarkan laporan tahunan Puskesmas DTP Rajamandala pada tahun 2015-2017, penyakit hipertensi selalu mengalami peningkatan kasus kejadian dimana pada tahun 2015 jumlah kasus hipertensi sebanyak 33.451 dan pada tahun 2016 menjadi 34.199 kasus bahkan pada tahun 2017 meningkat kembali menjadi 35.489 kasus. Selain itu berdasarkan data laporan 10 besar penyakit yang terjadi di Puskesmas DTP Rajamanda pada tahun 2017, diketahui hipertensi merupakan penyakit terbesar ke-2 dari 10 penyakit terbesar yang terjadi di DTP Rajamanda dengan jumlah kasus 1613 (23,47%) di bawah penyakit ISPA dengan jumlah kasus 13.383 (39,80%). Data DTP Rajamandala juga menunjukkan pada tahun 2017 sebesar 39% penderita hipertensi mengalami komplikasi Stroke (DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung, 2018).

Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti juga didapatkan hasil kunjungan pasien hipertensi yang melakukan kunjungan ulang untuk memeriksakan penyakit dan mengambil obat anti hipertensi setiap bulannya tidak sama, seperti yang terjadi pada bulan Desember 2017, dimana

berdasarkan data rekam medis pada bulan November 2017 tercatat 201 pasien harus mengambil obat anti hipertensi namun pada bulan Desember 2017 hanya 178 pasien yang mengambil obat, demikian pula yang terjadi pada bulan Februari 2018 dimana pasien yang mengambil obat pada bulan sebelumnya (Januari 2018) tercatat 221 pasien hipertensi yang mengambil obat namun pada bulan Februari 2018 hanya 189 orang saja yang melakukan kunjungan dan mengambil obat, hal ini menunjukkan bahwa ketidakpatuhan minum obat pada pasien hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat masih banyak terjadi.

Menindaklanjuti data-data di atas, peneliti melakukan studi pada bulan Maret 2018 dengan melakukan wawancara terhadap 10 orang penderita hipertensi yang tidak datang ke DTP Puskesmas Rajamandala, diperoleh informasi bahwa 6 orang penderita hipertensi mengatakan bahwa mereka tidak patuh minum obat dan 4 orang diantaranya juga mengatakan tidak mengetahui tentang pengertian, penyebab, pencegahan hipertensi dan tidak mengetahui tentang manfaat kepatuhan minum obat. Sedangkan 4 orang lainnya yang patuh dalam minum obat hanya 3 orang penderita mengerti tentang hipertensi dan manfaat kepatuhan dalam minum obat.

Terhadap 6 orang yang tidak patuh dalam minum obat itu juga peneliti juga menanyakan alasan tidak patuh minum obat, 4 orang mengatakan bahwa mereka merasa sehat dan tidak membutuhkan obat lagi, mereka hanya akan minum obat anti hipertensi bila mereka merasakan tensi darahnya naik, sedangkan 2 orang lainnya mengatakan bahwa mereka

mereka tidak patuh minum obat karena dirinya tidak mau ketergantungan terhadap obat antihipertensi.

Berdasarkan uraian dan permasalahan di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan suatu penelitian yang berjudul: “Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Penderita Hipertensi Dengan Kepatuhan Minum Obat Hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat.”

1.2 Perumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah untuk mengetahui “Bagaimana hubungan pengetahuan dan sikap penderita hipertensi dengan kepatuhan minum obat hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap penderita hipertensi dengan kepatuhan minum obat hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasikan pengetahuan penderita hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat.
- b. Untuk mengidentifikasikan sikap penderita hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat

- c. Untuk mengidentifikasi kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi.
- d. Untuk menganalisis hubungan pengetahuan penderita hipertensi dengan kepatuhan minum obat hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat
- e. Untuk menganalisis hubungan sikap penderita hipertensi dengan kepatuhan minum obat hipertensi di DTP Puskesmas Rajamandala Kabupaten Bandung Barat.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritik

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan terhadap profesi kesehatan khususnya ilmu Keperawatan ilmu keperawatan terutama untuk kajian faktor-faktor yang berhubungan dengan asuhan keperawatan tentang kepatuhan minum obat anti hipertensi pada pasien hipertensi.

1.4.2 Manfaat Praktik

a. Bagi DTP Puskesmas Rajamandala

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan dalam memberikan intervensi keperawatan dengan memberikan edukasi kepada penderita hipertensi dalam upaya meningkatkan pengetahuan masyarakat khususnya penderita hipertensi tentang pentingnya kepatuhan minum obat hipertensi.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumbangan literatur, bahan referensi, dan dokumentasi untuk penelitian tentang kepatuhan minum obat hipertensi di perpustakaan STIKes Bhakti Kencana sehingga dapat berguna bagi mahasiswa khususnya dan pembaca pada umumnya.

c. Bagi Perawat

Meningkatkan wawasan pengetahuan dan keterampilan tentang hubungan pengetahuan dan sikap dengan kepatuhan minum obat hipertensi.

d. Bagi peneliti berikutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan referensi untuk melakukan penelitian lain yaitu dengan lebih mengkaji variabel lain di luar model penelitian ini, sehingga dapat dirumuskan berbagai konsep baru mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat anti hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Hipertensi

2.1.1 Pengertian

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya di atas 90 mmHg. Hipertensi populasi lansia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistoliknya di atas 160 mmHg dan tekanan diastoliknya di atas 90 mmHg (Smeltzer & Bare, 2010). Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah $> 140/90$ mmHg secara kronis (Tantochris, 2014).

Tekanan darah merupakan salah satu parameter hemodinamik yang sederhana dan mudah dilakukan pengukurannya. Tekanan darah menggambarkan situasi hemodinamik seseorang saat itu. Hemodinamik adalah suatu keadaan dimana tekanan dan aliran darah dapat mempertahankan perfusi atau pertukaran zat di jaringan (Muttaqin, 2012).

2.1.2 Penyebab Hipertensi

Penyebab hipertensi dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu : (Tantochris, 2014)

- a. Hipertensi essensial (hipertensi primer) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya.

- b. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain. Hipertensi primer terdapat pada lebih dari 90% penderita hipertensi, sedangkan 10% sisanya disebabkan oleh hipertensi sekunder. Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi.

Faktor terjadinya hipertensi yang bisa dikendalikan (Sutono, 2008)

- a. Gaya hidup modern Kerja keras penuh tekanan yang mendominasi gaya hidup masa kini menyebabkan stres berkepanjangan. Kondisi ini memicu berbagai penyakit seperti sakit kepala, sulit tidur, gastritis, jantung dan hipertensi. Gaya hidup modern cenderung membuat berkurangnya aktivitas fisik (olah raga). Konsumsi alkohol tinggi, minum kopi, merokok. Semua perilaku tersebut merupakan memicu naiknya tekanan darah.
- b. Pola makan tidak sehat Tubuh membutuhkan natrium untuk menjaga keseimbangan cairan dan mengatur tekanan darah. Tetapi bila asupannya berlebihan, tekanan darah akan meningkat akibat adanya retensi cairan dan bertambahnya volume darah. Kelebihan natrium diakibatkan dari kebiasaan menyantap makanan instan yang telah menggantikan bahan makanan yang segar. Gaya hidup serba cepat menuntut segala sesuatunya serba instan, termasuk konsumsi makanan. Padahal makanan instan cenderung

menggunakan zat pengawet seperti natrium berzoate dan penyedap rasa seperti *monosodium glutamate* (MSG). Jenis makanan yang mengandung zat tersebut apabila dikonsumsi secara terus menerus akan menyebabkan peningkatan tekanan darah karena adanya natrium yang berlebihan di dalam tubuh.

- c. **Obesitas** Saat asupan natrium berlebih, tubuh sebenarnya dapat membuangnya melalui air seni. Tetapi proses ini bisa terhambat, karena kurang minum air putih, berat badan berlebihan, kurang gerak atau ada keturunan hipertensi maupun diabetes mellitus. Berat badan yang berlebih akan membuat aktifitas fisik menjadi berkurang. Akibatnya jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah.

Obesitas dapat ditentukan dari hasil indeks massa tubuh (IMT). IMT merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Penggunaan IMT hanya berlaku untuk orang dewasa berumur diatas 18 tahun. IMT tidak dapat diterapkan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil dan olahragawan (Supariasa, 2012).

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi yang tidak bisa dikendalikan (Sutanto, 2008)

- a. **Ras** : Suku yang berkulit hitam lebih cenderung terkena hipertensi

- b. Genetik: hipertensi merupakan penyakit keturunan, apabila salah satu orang tuanya hipertensi maka keturunannya memiliki resiko 25% terkena hipertensi, tetapi bila kedua orang tuanya menderita hipertensi maka 60 % keturunannya menderita hipertensi.
- c. Usia : Hipertensi bisa terjadi pada semua usia, tetapi semakin bertambah usia seseorang maka resiko terkena hipertensi semakin meningkat. Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan – perubahan pada , elastisitas dinding aorta menurun, katub jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya, kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer (Smeltzer, 2010).
- d. Jenis kelamin : Laki-laki cenderung lebih sering terkena penyakit hipertensi

Penyebab hipertensi sekunder adalah :

- a. Ginjal (Glomerulonefritis, Pielonefritis, Nekrosis tubular akut, Tumor)
- b. Vaskular (Aterosklerosis, Hiperplasia, Trombosis, Aneurisma, Emboli kolestrol ,Vaskulitis)

- c. Kelainan endokrin (Diabetik Melitus, Hipertiroidisme, Hipotiroidisme)
- d. Saraf (Stroke, Ensepalitis, SGB)
- e. Obat – obatan (Kontrasepsi oral, Kortikosteroid)

2.1.3 Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Corwin, 2009).

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga

terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Smeltzer, 2010).

Sebagai pertimbangan gerontologis dimana terjadi perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Smeltzer, 2010).

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi menurut *World Health Organization* (WHO, 2015)

- a. Tekanan darah normal yaitu bila sistolik kurang atau sama dengan 140 mmHg dan diastolik kurang atau sama dengan 90 mmHg
- b. Tekanan darah perbatasan (*border line*) yaitu bila sistolik 141-149 mmHg dan diastolik 91-94 mmHg
- c. Tekanan darah tinggi (hipertensi) yaitu bila sistolik lebih besar atau sama dengan 160 mmHg dan diastolik lebih besar atau sama dengan 95 mmHg.

Tingginya tekanan darah bervariasi, yang terpenting adalah cepat naiknya tekanan darah. Dibagi menjadi dua:

a. Hipertensi Emergensi

Situasi dimana diperlukan penurunan tekanan darah yang segera dengan obat antihipertensi parenteral karena adanya kerusakan organ target akut atau progresif target akut atau progresif. Kenaikan tekanan darah mendadak yang disertai kerusakan organ target yang progresif dan diperlukan tindakan penurunan tekanan darah yang segera dalam kurun waktu menit/jam.

b. Hipertensi Urgensi

Situasi dimana terdapat peningkatan tekanan darah yang bermakna tanpa adanya gejala yang berat atau kerusakan organ target progresif bermakna tanpa adanya gejala yang berat atau kerusakan

organ target progresif dan tekanan darah perlu diturunkan dalam beberapa jam. Penurunan tekanan darah harus dilaksanakan dalam kurun waktu 24-48 jam (penurunan tekanan darah dapat dilaksanakan lebih lambat (dalam hitungan jam sampai hari)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif & Kusuma (2013) tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah.

b. Gejala yang lazim

Gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataanya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

2.1.6 Penatalaksanaan Hipertensi

a. Terapi Obat

Obat merupakan senyawa yang digunakan untuk mencegah, mengobati, mendiagnosis penyakit atau gangguan - gangguan tertentu (BPOM, 2008) Tujuan pengobatan hipertensi adalah mengurangi morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler akibat tekanan darah tinggi dengan cara-cara seminimal mungkin mengganggu kualitas hidup pasien. Hal ini di capai dengan

mencapai dan mempertahankan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg (BPOM).

1) Diuretik

Diuretika adalah senyawa yang dapat menyebabkan ekskresi urin yang lebih banyak. Menghambat reabsorpsi garam di tubulus distal dan membantu reabsorpsi kalium. Jika pada peningkatan ekskresi air, terjadi juga peningkatan ekskresi garam-garam, maka diuretika ini dinamakan saluretika atau natriuretika

Terdapat tiga faktor utama yang mempengaruhi respon diuretik. Pertama, diuretik mereabsorpsi sedikit sodium akan memberi efek yang lebih kecil bila dibandingkan dengan diuretik yang bekerja pada daerah yang mereabsorpsi banyak sodium. Kedua, status fisiologi organ akan memberikan respons yang berbeda dengan diuretik. Misalnya dekompensasi jantung, sirosis hati, dan gagal ginjal. Ketiga, interaksi antara obat dengan reseptor (Syamsudin, 2011).

Jenis diuretika berdasarkan cara kerjanya menurut Sutedjo (2008) :

- a) Menghambat reabsorpsi Natrium dan air dari Tubulus Ginjal dan Ansa Henle, misalnya: Tiazid dan Derifatnya (Chlortalidon, Hidroklorotiazid, Indopamid, Sipamid) merupakan Diuretika potensi sedang mampu mengesresikan

5-10% Natrium yang difiltrasikan Glomerulus, Diuretika Loop atau High Ceiling (Furosemid, Bumetanide, Asam Etakrinat) Diuretik kuat dibanding Tiazid, dapat mengekresikan 15-30% Natrium yang difiltrasikan Glomerulus, dan bekerja banyak pada *Anse Henle Asenden* (Loop).

- b) Diuretik osmotik yaitu menarik cairan jaringan peritubuler menuju tubulus dan menambah jumlah kencing karena adanya perbedaan tekanan osmotis antara intratubuler dan peritubuler.
- c) Antagonis Aldosteron (*spironolakton*) digunakan untuk diuretik, pengurangan oedema, *hiperaldosteron primer* maupun sekunder dan jenis obat deuretik lainnya.

2) Penyekat α (α - Blocker)

Obat golongan ini bekerja dengan menghambat reseptor α , tetap hambatan reseptor α (alpha) tergantung dari perbedaan profil farmakokinetiknya. Obat golongan ini bekerja dengan menghambat efek vasokonstriktor epinefrin dan norepinefrin. Efek ini menyebabkan vasodilatasi arteriola dan resistensi vascular perifer yang lemah. Kombinasi efek penurunan resistensi vascular perifer dan penurunan kembalnya pembuluh vena menyebabkan terjadinya hipotensi ortostatik khususnya pada dosis awal (*first dose effect*). Efek

antihipertensi dari penyekat α dapat menurunkan tekanan darah 10/10 mmHg dan meningkatkan kadar HDL. Prazosin dapat digunakan pada penderita asma sebab memiliki efek sebagai relaksan ringan pada otot polos bronkus. Penyekat α dapat digunakan pada hipertensi dengan prostatitis sebab penyekat α dapat mengurangi gejala urinary hesitancy dan spasme leher kandung kemih yang berhubungan dengan hipertrofi prostat.

3) Penyekat b (b- Blocker)

Golongan obat ini memiliki efek kronotropik dan inotropik negative yang menyebabkan penurunan tekanan darah dan menurunkan curah jantung dan resistensi vascular perifer. Efek penghambatan terhadap reseptor β_2 yang terdapat dipermukaan membrane sel jukstaglomeruler dapat menyebabkan penurunan sekresi renin yang berperan didalam sistem renin angiotensin aldosteron dan menurunkan tekanan darah

4) ACE Inhibitor

Angiotensin converting enzim (ACE) inhibitor memiliki efek dalam penurunan tekanan darah melalui penurunan resistansi perifer tanpa disertai dengan perubahan curah jantung, denyut jantung, maupun laju filtrasi glomerulus. Penurunan tekanan darah melalui penghambatan sistem renin angiotensin aldosteron (RAA). Renin merupakan enzim yang disekresi terutama dari sel jukstaglomeruler di bagian arterioli aferen

ginjal dan menyebabkan perangsangan pada sistem RAA sehingga menurunkan tekanan darah, penurunan konsentrasi ion Na^+ sehingga dapat menurunkan tekanan darah, nyeri, dan stres. Pada sistem RAA, kerja ACE inhibitor adalah menghambat enzim ACE yaitu suatu enzim yang dapat menguraikan angiotensin I menjadi angiotensin II. Angiotensin II merupakan suatu vasokonstriktor yang potensial merangsang korteks adrenal untuk menyintesis dan menyekresi aldosteron dan secara langsung menekan pelepasan renin. Enzim ACE juga dapat mendegradasi bradikinin dari bentuk aktif. ACE Inhibitor dapat menyebabkan bradikinin tidak terdegradasi dan terakumulasi di saluran pernafasan dan paru sehingga menimbulkan batuk kering. Batuk kering merupakan efek samping yang paling sering terjadi, insidennya sampai 10 – 20% lebih sering pada wanita dan terjadi pada malam hari.

5) Antagonis Reseptor Angiotensin II

Obat-obat yang mempengaruhi jalur sistem renin angiotensin (RAS) antara lain adalah ACE inhibitor dan A II RA. Tampaknya A II RA merupakan obat yang mempunyai prospek yang baik karena obat ini mampu memblokir kerja semua angiotensin II yang terbentuk baik melalui jalur ACE atau non-ACE. A II RA dapat secara selektif memblokir kerja Angiotensin II pada reseptor AT, sehingga A II RA disamping

menurunkan tekanan darah juga mempunyai kemampuan melindungi organ-organ lain (end organ protection). Terdapat dua tipe reseptor yaitu AT1 dan AT2 dengan efek kerja yang berbeda. Angiotensin II yang seharusnya bekerja pada reseptor AT1 akan diblokade oleh A II RA sehingga terjadi penurunan tekanan darah, penurunan retensi air dan sodium, serta penurunan aktivitas seluler yang merugikan (antaralain hiperetrofi sel dan lain-lain). Angiotensin II yang terakumulasi akan kerja di reseptor AT2 dengan efek berupa vasodilatasi dan antiproliferasi. Akhirnya rangsangan reseptor AT2 akan bekerja sinergis dengan efek hambatan pada reseptor AT1.

6) Antagonis Kalsium

Penghambat kanal kalsium merupakan senyawa heterogen yang memiliki efek bervariasi pada otot jantung, nodus, SA, konduksi AV, pembuluh darah perifer, dan sirkulasi koroner. Senyawa penghambat kanal kalsium tersebut adalah nifedipin, nikardipin, nimodipin, felodipin, isradipin, amlodipin, verapamil, diltiazem, bepridil, dan mibefradil. Ion kalsium berperan penting dalam mengatur kontraksi otot polos dan rangka, serta tampilan jantung normal dan sakit. Antagonis kalsium banyak digunakan untuk pengobatan hipertensi dengan cara menghambat masuknya ion kalsium ke dalam sel otot polos melalui penghambatan kanal ion kalsium yang

bergantung pada tegangan (tipe I). Ada dua macam kanal ion kalsium pada membrane sel eksitabel yaitu voltage operated channel (VCO) yang terbuka oleh depolarisasi dan receptor operated channel (ROC) yaitu kalsium yang terbuka oleh neurotransmitter tanpa terjadi depolarisasi. Selanjutnya VOC dapat dapat dibedakan atas tiga jenis, yaitu kanal N(neuronal), T (transien), dan L (long lasting). Kanal N terutama terutama terdapat pada jaringan saraf, sedangkan kanal T terdapat pada pacemaker dan jaringan konduksi. Kanal N dan T tidak sensitive terhadap antagonis kalsium sedangkan kanal L sangat sensitive terhadap antagonis kalsium dan terdapat pada otak, jantung, otot polos, serta otot rangka. Kanal L terdiri atas lima subunit yaitu α_1 , α_2 , β , γ dan δ sedangkan reseptor antagonis kalsium terdapat pada subunit α_1 .

Terapi Farmakologi menurut Departemen Kesehatan (DepKes, 2006) Pharmaceutical care untuk penyakit hipertensi menjelaskan ada 9 kelas obat antihipertensi : diuretik, penyekat beta, penghambat enzim konversi angiotensin (ACEI), penghambat reseptor angiotensin (ARB), dan antagonis kalsium dianggap sebagai obat antihipertensi utama.

b. Diet Hipertensi

1) Diet Hipertensi

a) Definisi Hipertensi

Diet hipertensi adalah salah satu cara mengatasi hipertensi tanpa efek samping yang serius, karena metode pengendaliannya yang alami (Utami, 2009).

b) Tujuan Diet Hipertensi

Menurut Ramayulis (2008) tujuan Mengurangi asupan garam untuk menurunkan tekanan darah, idealnya dalam sehari menggunakan 5 gram atau 1 sendok teh, memperbanyak serat, mengkonsumsi lebih banyak sayur dan serat akan mempermudah buang air besar dan menahan sebagian asupan natrium, menghentikan kebiasaan buruk seperti merokok karena dapat meningkatkan kerusakan pembuluh darah dengan mengendapkan kolesterol pada pembuluh darah, minum kopi dapat memacu detak jantung, maupun minum alkohol, memperbanyak asupan kalium untuk membantu mengatasi kelebihan natrium, memenuhi kebutuhan magnesium karena magnesium itu dapat menurunkan tekanan darah, melengkapi kebutuhan kalsium karena untuk mencegah terjadinya komplikasi dari hipertensi, manfaat sayuran dan bumbu dapur dapat untuk

mengontrol tekanan darah. Jenis diet Hipertensi Diet hipertensi untuk menanggulangi atau

Diet hipertensi untuk menanggulangi atau mempertahankan tekanan darah (Ramayulis, 2008) yaitu : Diet rendah garam, diet rendah kolesterol, diet tinggi serat, dan diet rendah kalori, membatasi minum alkohol, berhenti merokok.

c) Prinsip diet hipertensi

Makanan beranekaragam dan gizi seimbang, jenis dan komposisi makanan disesuaikan dengan kondisi penderita, jumlah garam dibatasi dengan keadaan kesehatan penderita dan jenis makanan dalam daftar diet (Utami, 2009)

Diet Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) adalah diet yang mengutamakan beberapa grup makanan, seperti lebih banyak buah, sayuran, dan makanan yang mengandung biji-bijian, produk susu rendah lemak, makanan kaya natrium dan kalsium serta rendah natrium. Penelitian National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) menunjukkan bahwa DASH dapat menurunkan tekanan darah tinggi dan menurunkan kadar lipid dalam darah (lemak dalam aliran darah), yang mengurangi risiko penyakit kardiovaskular (Depkes RI, 2008).

Syarat diet yang dicetuskan oleh NHLBI (2016) juga tidak jauh berbeda dengan Depkes, yaitu: mengutamakan konsumsi sayuran, buah-buahan, dan produk susu bebas lemak atau yang rendah lemak, mengutamakan biji-bijian, ikan, unggas, kacang-kacangan, dan minyak sayur, utamakan makanan yang kaya dalam kalium kalsium, magnesium.

Makanan yang mengandung kalium : kentang, bayam, kol, brokoli, tomat, wortel, pisang, jeruk, anggur, mangga, melon, stroberi, semangka, nanas, susu, yogurt. Makanan yang mengandung kalsium :tempe, tahu, bandeng presto, kacang-kacangan, yogurt, susu rendah lemak. Makanan yang mengandung magnesium : Beras (terutama beras merah), kentang, tomat, wortel, sayuran berwarna hijau, jeruk, lemon ikan salmon, dan daging ayam tanpa kulit. Makanan yang mengandung serat : beras merah, sayuran, apel, jeruk, belimbing. Makanan yang mengandung protein : tempe, tahu, kacang-kacangan, ikan, daging ayam tanpa kulit, susu, yogurt dan keju rendah lemak (NHLBI, 2016)

Makanan yang harus dihindari atau dibatasi menurut Kemenkes RI (2013) Makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi (otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih). Makanan yang diolah dengan menggunakan garam natrium (biskuit, crackers, keripik dan makanan kering yang asin). Makanan

dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, korned, sayuran serta buah-buahan dalam kaleng, soft drink). Makanan yang diawetkan (dendeng, asinan sayur atau buah, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, selai kacang). Susu full cream, mentega, margarin, keju mayonnaise, serta sumber protein hewani yang tinggi kolesterol seperti daging merah (sapi/kambing), kuning telur, kulit ayam). Bumbu-bumbu seperti kecap, terasi, saus tomat, saus sambal, tauco serta bumbu penyedap rasa lain yang pada umumnya mengandung garam natrium. Alkohol dan makanan yang mengandung alkohol seperti durian dan tape. Berhenti merokok.

Merokok merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular, dan pasien sebaiknya dianjurkan untuk berhenti merokok (Kemenkes RI, 2013)

2.2 Konsep Kepatuhan

2.2.1 Pengertian

Kepatuhan berarti mengikuti suatu spesifikasi standar, atau hukum yang telah diatur dengan jelas yang biasanya diterbitkan oleh lembaga atau organisasi yang berwenang dalam suatu bidang tertentu. Kepatuhan adalah suatu perilaku manusia yang taat terhadap peraturan, perintah, prosedur dan disiplin. Sedangkan tingkat

kepatuhan adalah besar kecilnya penyimpangan pelaksanaan pelayanan dibandingkan dengan standar pelayanan yang ditetapkan anjuran (Notoatmodjo, 2010).

2.2.2 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Pasien

Menurut Feuer Stein, et al (1986), ada beberapa faktor yang dapat mendukung kepatuhan pasien, diantaranya:

a. Pengetahuan

Perilaku kesehatan adalah tanggapan dan tindakan seseorang terhadap sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. Disebutkan dalam Green L dalam Notoatmodjo (2012), bahwa kualitas hidup seseorang dapat dipengaruhi oleh kesehatannya, sedangkan kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu predisposing factors (pengetahuan, sikap dan kepercayaan terhadap apa yang dilakukan, serta beberapa faktor sosial demografi seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan, status sosial dan ekonomi), enabling factor (ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan), dan reinforcing factor (dukungan dari lingkungan sosialnya). Dimana ketiga faktor tersebut secara bersamaan mempengaruhi perilaku. Kepatuhan minum obat termasuk dalam perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2012)

b. Sikap

Kepatuhan suatu sikap yang merupakan respon yang hanya muncul apabila individu tersebut dihadapkan pada suatu stimulus

yang menghendaki adanya reaksi individual. Berdasarkan hal tersebut maka dapat dikatakan bahwa kepatuhan adalah suatu sikap yang akan muncul pada seseorang yang merupakan suatu reaksi terhadap sesuatu yang ada dalam peraturan yang harus dijalankan (Notoatmojo, 2012).

c. Pendidikan

Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan sepanjang pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif, seperti penggunaan buku dan lain-lain.

d. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Pasien yang lebih mandiri, harus dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan sementara pasien yang tingkat ansietasnya tinggi harus diturunkan terlebih dahulu. Tingkat ansietas yang terlalu tinggi atau rendah, akan membuat kepatuhan pasien berkurang.

e. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman sangat penting, kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu memahami kepatuhan terhadap program pengobatan, seperti pengurangan berat badan dan lainnya.

f. Perubahan Model Terapi

Program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut.

g. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien.

Adalah suatu yang penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi diagnosis.

h. Pendekatan Praktis untuk Meningkatkan Kepatuhan Pasien

Menurut Dinicola dan DiMatteo (dalam Niven, 2013), menyebutkan ada beberapa pendekatan yang dapat dilakukan dalam meningkatkan kepatuhan pasien, yaitu:

- 1) Buat instruksi tertulis yang mudah diinterpretasikan.
- 2) Berikan Informasi tentang pengobatan sebelum menjelaskan hal lain.
- 3) Jika seseorang diberi suatu daftar tertulis tentang hal-hal yang harus diingat maka akan ada keunggulan yaitu mereka akan ada keunggulan dan berusaha mengingat hal yang pertama ditulis. Efek keunggulan ini telah terbukti
- 4) Instruksi-instruksi harus ditulis dengan bahasa umum (non-medis) dalam hal yang perlu ditekankan.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan

1) Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorangpun dapat mematuhi instruksi, jika ia salah paham tentang instruksi yang diterima. Ley dan Spetman

(dalam Niven, 2013), menemukan bahwa lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan kepada mereka. Hal ini disebabkan kegagalan petugas kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap dan banyaknya instruksi yang harus diingat dan penggunaan istilah medis.

2) Kualitas interaksi

Menurut Korcsh dan Negrete (dalam Niven, 2013) Kualitas interaksi antara petugas kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Ada beberapa keluhan, antara lain kurangnya minat yang diperlihatkan oleh dokter, penggunaan istilah medis secara berlebihan, kurangnya empati, tidak memperolah kejelasan mengenai penyakitnya. Pentingnya keterampilan interpersonal dalam memacu kepatuhan terhadap pengobatan.

3) Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat mempengaruhi dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima.

4) Keyakinan, sikap dan kepribadian

Keyakinan seseorang tentang kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Orang-orang yang

tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki ego yang lebih lemah dan yang kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian pada diri sendiri (Niven, 2013).

2.2.3 Derajat Ketidapatuhan

Niven (2013), juga mengungkapkan derajat ketidapatuhan itu ditentukan oleh beberapa faktor, yaitu :

- a. Kompleksitas prosedur pengobatan.
- b. Derajat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan.
- c. Lamanya waktu dimana pasien harus mematuhi program tersebut.
- d. Apakah penyakit tersebut benar-benar menyakitkan.
- e. Apakah pengobatan itu berpotensi menyelamatkan hidup.
- f. Keparahan penyakit yang dipersepsikan sendiri oleh pasien dan bukan petugas kesehatan.

Derajat ketidapatuhan bervariasi sesuai dengan apakah pengobatan tersebut kuratif atau preventif, jangka panjang atau pendek. Sackett & Snow (1979 dalam Niven, 2013) menemukan bahwa ketaatan terhadap 10 hari jadwal pengobatan sejumlah 70-80% dengan tujuan pengobatan adalah mengobati, dan 60-70% pengobatannya adalah pencegahan. Kegagalan untuk mengikuti program pengobatan jangka panjang, yang bukan dalam kondisi akut, dimana derajat ketidapatuhannya rata-rata 50% dan derajat tersebut bertambah buruk sesuai waktu.

Cluss & Epstein (1984 dalam Niven, 2013) mengungkapkan pengkajian yang akurat terhadap individu yang tidak patuh merupakan suatu tugas yang sulit. Kasl (1975 dalam Niven, 2013) menemukan bahwa professional kesehatan seringkali tidak dapat memutuskan pasien mana yang tidak mematuhi nasihat mereka dan cenderung untuk menaksir terlalu tinggi sejauh mana pasien mereka dapat memenuhinya. Juga merupakan hal yang sulit untuk mengukur tingkat kepatuhan dengan teliti. Gordis (1979 dalam Niven, 2013) mengatakan bahwa perkiraan tentang kepatuhan yang dilakukan oleh professional kesehatan dan laporan yang disampaikan oleh pasien sendiri adalah tidak akurat.

2.2.4 *Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)*

Salah satu alat pendeteksi kepatuhan dalam minum obat adalah MMAS. Kuisisioner ini terdiri atas 8 pertanyaan terkait perilaku pasien terhadap pengobatannya. Kuisisioner dijawab dengan jawaban iya atau tidak pada nomor 1 hingga 7, pada nomor 8 jawaban berupa spektrum sering hingga tidak pernah. MMAS memiliki sensitifitas sebesar 93% dan spesifisitas sebesar 53% pada sebuah studi kepatuhan minum obat anti hipertensi (Donald E. Morisky, 2008 dalam Elmira, 2013). Delapan-item skala kepatuhan pengobatan itu dapat diandalkan ($\alpha = 0.83$) dan secara signifikan berhubungan dengan kontrol tekanan darah ($P < 0,05$). (Donald E. Morisky dalam J. Clin 2009)

Tingkat kepatuhan dengan menggunakan kuesioner MMAS adalah sebagai berikut :

- a. Kepatuhan Rendah jika nilai total 3-8
- b. Kepatuhan Sedang jika nilai total antara 1-2
- c. Kepatuhan Tinggi Jika nilai 0.

2.3 Konsep Pengetahuan

2.3.1 Pengertian

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmojo, 2012).

Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Mubarak, 2012).

Dari beberapa pengertian pengetahuan diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan adalah hasil dari proses pengamatan seseorang terhadap objek dengan menggunakan panca inderanya.

2.3.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera pengelihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba.

Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata). Sedangkan menurut Bloom dan Skinner Pengetahuan merupakan kemampuan seseorang untuk mengungkapkan kembali apa yang diketahuinya dalam bentuk bukti atau jawaban dalam bentuk lisan maupun tulisan (Notoatmodjo, 2012).

Perilaku manusia sangatlah kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Menurut Benyamin Bloom (1908) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2012) “Pengetahuan adalah pemberian bukti oleh seseorang melalui proses penglihatan atau pengenalan informasi, ide yang sudah diperoleh sebelumnya”.

Pengetahuan yang dicakup didalam domain kognitif mempunyai 6 (enam) tingkatan, yaitu sebagai berikut :

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai dapat mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk dalam tingkat kemampuan mengingat kembali (*recall*) terhadap proses asuhan yang telah dipelajari.

b. Memahami (*Comprehend*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari situasi dan kondisi sebenarnya. Tahap ini diharapkan dapat menginterpretasikan, menerapkan dan melaksanakan proses asuhan.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis suatu kemampuan untuk menjabarkan materi suatu objek kedalam komponen-komponennya, atau kemampuan dalam memisahkan suatu materi menjadi bagian-bagian yang membentuknya.

e. Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan dan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan dalam melaksanakan penilaian terhadap suatu materi objek. Bila seseorang sudah bisa mengambil keputusan atau menyatakan tentang pelaksanaan.

2.3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan yang dimiliki seseorang akan dipengaruhi oleh beberapa hal. Menurut Notoatmodjo (2012) hal tersebut adalah :

a. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

b. Keyakinan

Biasanya diperoleh secara turun menurun dan tanpa ada pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik yang bersifat positif maupun negative.

c. Fasilitas

Fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, majalah, dan buku.

d. Sosial budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

e. Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar tidak mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual, keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat, pendidikan meliputi pembelajaran keahlian khusus, dan juga sesuatu yang tidak dilihat tetapi lebih mendalam yaitu pemberian pengetahuan, pertimbangan dan kebijaksanaan (Azwar, 2012)

f. Umur

Umur, dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek psikis dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis dan mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa (Mubarak, 2009). Dewasa dini dimulai pada umur 18-39 tahun, saat-saat perubahan fisik dan psikologis yang menyertai berkurangnya kemampuan reproduktif. Salah satu perubahan penting yang terjadi pada masa dewasa dini adalah menurunnya kekuatan fisik dan psikologis. (Hurlock, 2011)

Dewasa madya dimulai pada umur 40-60 tahun yaitu saat menurunnya kekuatan fisik, sering sekali di ikuti penurunan daya

ingat dan psikologis yang jelas nampak pada setiap orang. (Hurlock, 2011).

Umur seorang ibu berkaitan dengan alat – alat reproduksi wanita. Umur reproduksi yang sehat dan aman adalah 20 – 35 tahun. Pada kehamilan di usia < 20 tahun secara biologis belum optimal emosinya cenderung labil, mentalnya belum matang sehingga mudah mengalami guncangan yang mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap kehamilan atau persiapan dan pemilihan penolong persalinan, dan umur lebih dari 35 tahun juga mengalami penurunan pada sistem reproduksi wanita.

2.3.4 Pengukuran Pengetahuan

Berdasarkan pengertian pengetahuan yang telah diuraikan diatas, maka pengukuran pengetahuan dapat diketahui dengan cara orang yang bersangkutan mengungkapkan apa-apa yang diketahuinya dalam bukti atau jawaban, baik lisan maupun tulisan.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara atau pengisian kuesioner yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat pengetahuan tersebut di atas.

Pertanyaan (*Question*) yang dapat dipergunakan untuk pengukuran pengetahuan secara umum dapat dikelompokkan menjadi dua jenis, yaitu :

- a. Pertanyaan subjektif, misalnya jenis pertanyaan *essay*.
- b. Pertanyaan objektif, misalnya pertanyaan pilihan berganda (*multiple choices*), betul salah, dan pertanyaan menjodohkan.

Pertanyaan *essay* disebut pertanyaan subjektif karena penilaian untuk pertanyaan ini melibatkan faktor subjektif dari penilai sehingga nilainya akan berbeda dari seorang penilai dibandingkan dengan penilai betul salah, dan menjodohkan disebut pertanyaan objektif karena pertanyaan-pertanyaan itu dapat dinilai secara pasti oleh penilainya tanpa melibatkan factor subjektif dari penilai.

Dari kedua jenis pertanyaan tersebut, pertanyaan objektif khususnya pilihan ganda, lebih disukai untuk dijadikan sebagai alat ukur pengukuran pengetahuan karena lebih mudah disesuaikan dengan pengetahuan yang akan diukur dan lebih cepat dinilai.

Isi pertanyaan hendaknya disesuaikan dengan tujuan dari penelitian, serta tergantung dalam atau dangkalnya data yang akan digali. Banyaknya pertanyaan sangat relatif, tergantung dari luasnya penelitian tersebut. Tetapi perlu diperhatikan pertanyaan yang terlalu banyak akan memakan waktu yang panjang dan dapat menimbulkan kebosanan dari responden. Apabila responden sudah bosan, maka jawaban-jawaban akan bias (Notoatmodjo, 2012).

Menurut skinner bila seseorang mampu menjawab mengenai materi tertentu baik secara lisan maupun tulisan, maka dikatakan mengetahui bidang itu. Sekumpulan jawaban yang diberikan

seseorang itu dinamakan pengetahuan. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dan subyek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2012).

Notoatmodjo (2012) mengemukakan bahwa untuk mengetahui secara kualitas tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang dapat dibagi menjadi tiga tingkat, yaitu :

- a. Tingkat pengetahuan baik bila skor atau nilai $> 75 \%$
- b. Tingkat pengetahuan cukup bila skor atau nilai $56-75 \%$
- c. Tingkat pengetahuan kurang bila skor atau nilai $< 56 \%$

2.4 Konsep Sikap

2.4.1 Pengertian

Sikap merupakan proses evaluatif dari dalam diri seseorang. Respon evaluatif berarti bahwa bentuk reaksi yang dinyatakan dalam sikap timbulnya didasari oleh proses evaluasi dalam diri individu yang memberi kesimpulan terhadap stimulus dalam bentuk baik-buruk, mendukung-tidak mendukung, positif-negatif, menyenangkan-tidak menyenangkan yang kemudian mengkristal sebagai potensi reaksi terhadap objek sikap (Azwar, 2012).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2012). Azwar (2012) menjelaskan sikap sebagai berikut :

- a. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) ataupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*)
- b. Sikap merupakan kecenderungan potensi untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada stimulus yang membutuhkan respon
- c. Sikap merupakan komponen-komponen kognitif, afektif dan konatif yang saling berinteraksi dalam memahami, merasakan dan berperilaku terhadap objek
- d. Sikap sebagai keteraturan tertentu dalam hal berperasaan (*kognisi*), predisposisi tindakan (*konasi*) seseorang terhadap suatu objek dilingkungan sekitarnya.
- e. Sikap diperoleh melalui pengalaman pribadi, budaya, dari orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga keagamaan, serta faktor emosi dari dalam individu itu sendiri.

Pada kesimpulannya, sikap adalah proses evaluatif dalam diri seseorang terhadap suatu objek atau stimulus yang diterima baik dengan perasaan memihak atau menerima ataupun perasaan tidak memihak dan tidak menerima.

2.4.2 Struktur Sikap

Struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang, menurut Azwar (2012), dijelaskan sebagai berikut :

a. Komponen Kognitif

Komponen ini berisi tentang kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau benar bagi suatu objek. Sikap kepercayaan datang dari apa yang kita lihat atau apa yang kita ketahui. Hal ini dapat dicontohkan : kadang kita percaya bahwa pizza itu bisa menggemukan namun diwaktu yang lain kadang bisa saja kita percaya dengan hal yang sebaliknya.

b. Komponen Afektif

Komponen ini menyangkut masalah emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Contohnya : kita kadang percaya terhadap apa yang dibicarakan sahabat kita, namun kadang juga tidak.

c. Komponen Perilaku

Sikap terbentuk dari tingkah laku seseorang dan perilakunya. Sehingga kita bisa saja mendengarkan atau tidak mendengarkan pembicaraan sahabat kita.

2.4.3 Tingkatan Sikap

Notoatmodjo (2012), menyatakan bahwa terdapat empat tingkatan sikap, yaitu :

a. Menerima (*receiving*)

Dalam hal ini subjek mau menerima dan memperhatikan stimulus yang ada. Misalnya, sikap orang terhadap gizi dapat terlihat dari

kesediaan dan perhatiannya terhadap ceramah-ceramah tentang gizi.

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari jawabannya itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya, seorang ibu yang mengajak ibu lain untuk pergi menimbangkan anaknya ke posyandu, atau mendiskusikan tentang gizi, merupakan suatu bukti bahwa ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko yang ada, merupakan tingkatan sikap yang paling tinggi

2.4.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Sikap

Dalam Azwar (2012), terdapat faktor-faktor yang diduga memiliki pengaruh terhadap sebuah sikap, hal tersebut adalah :

a. Pengetahuan

Merupakan suatu bentuk dalam sistem pendidikan yang memiliki pengaruh besar dalam pembentukan sikap.

b. Pengalaman Pribadi

Hal ini diartikan bahwa apa yang sedang dialami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus yang datang.

c. Pengaruh Orang yang Dianggap Penting

Jiwa kita akan senantiasa menerima masukan, salah satunya kita akan senantiasa mengikuti apa yang dilakukan oleh orang yang kita anggap penting. Dalam hal ini juga, bahwa kedudukan orang yang dianggap penting juga akan mempengaruhi bagaimana respon kita terhadap stimulus yang datang.

d. Pengaruh Kebudayaan

Kebudayaan yang ada dan menaungi hidup seseorang memiliki pengaruh besar dalam membentuk opini seseorang dan kepercayaannya.

e. Media Massa

Berbagai macam media massa, akan bisa memberikan pengaruh terhadap pembentukan opini dan kepercayaan seseorang. Baik itu televisi, radio, koran, majalah, leaflet, pamflet dan lain-lain.

f. Pengaruh Faktor Emosi

Sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk dari ego.

2.4.5 Pengukuran Sikap

Untuk pengukuran sikap dapat diukur dengan menggunakan skor standar yang biasa digunakan dalam skala model Likert adalah skor-T (Azwar, 2012) dengan rumus :

$$T = 50 + 10 \left[\frac{X - \bar{X}}{s} \right]$$

Keterangan

X = Skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor T

\bar{X} = Mean skor kelompok

s = Deviasi standar kelompok

Setelah dihitung menggunakan rumus diatas, selanjutnya diklasifikasikan menjadi :

- a. *Favorable* (mendukung) : jika skor responden \geq mean/ median.
- b. *Unfavorable* (Tidak mendukung) : jika skor responden \leq mean/ median.

2.5 Kerangka Konseptual

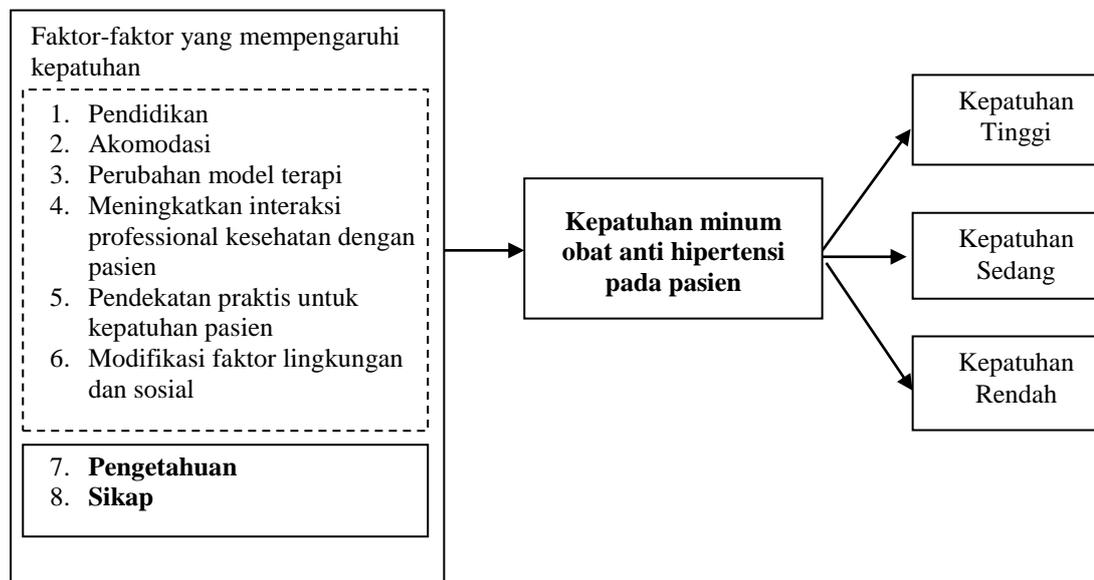
Hipertensi merupakan tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya di atas 90 mmHg. Hipertensi populasi lansia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistoliknya di atas 160 mmHg dan tekanan diastoliknya di atas 90 mmHg (Smeltzer & Bare, 2010).

Ketidakpatuhan pada pasien hipertensi dengan tidak minum obat antihipertensi dapat menyebabkan komplikasi pada penyakit hipertensi sehingga dapat menyebabkan kerusakan organ meliputi otak, karena hipertensi yang tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko stroke kemudian kerusakan pada jantung, hipertensi meningkatkan beban kerja jantung yang akan menyebabkan pembesaran jantung sehingga meningkatkan risiko gagal jantung dan serangan jantung. (Kemenkes RI, 2013).

Beberapa faktor Tingkat kepatuhan pasien dalam minum obat antihipertensi dipengaruhi oleh beberapa faktor dua diantaranya adalah pengetahuan dan sikap. Pengetahuan adalah sebuah hasil dari proses pengamatan seseorang terhadap objek dengan menggunakan panca inderanya. (Notoatmodjo, 2012) sedangkan sikap adalah proses evaluatif dari dalam diri seseorang (Azwar, 2012).

Berdasarkan uraian di atas maka variabel dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel independen yaitu Pengetahuan (X1) dan sikap (X2) serta satu variabel dependen (Y) yaitu kepatuhan minum obat anti hipertensi, yang dapat dijelaskan dalam gambar berikut ini :

Bagan 2.1 Kerangka Konseptual
Hubungan Pengetahuan dan Sikap Dengan Kepatuhan minum Obat
Pada Pasien Hipertensi



(Sumber : Feuer Stein, et al, 1986; Niven, 2013 ; Notoatmodjo, 2012; Azwar, 2012)