

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN KEPATUHAN PENGGUNAAN
OBAT PADA PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS KECAMATAN ANYER.**

Laporan Tugas Akhir

**Syella Karomah
11161115**



**Universitas Bhakti Kencana
Fakultas Farmasi
Program Strata I Farmasi
Bandung
2020**

LEMBAR PENGESAHAN

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT PADA PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS KECAMATAN ANYER.

Laporan Tugas Akhir

Diajukan untuk memenuhi syarat kelulusan Program Strata I Farmasi

Syella Karomah
11161115

Bandung, 22 Agustus 2020

Menyetujui,

Pembimbing Utama,



(Apt Eva Kusumahati, M.Si)

Pembimbing Serta,



(Apt Ani Anggriani, M.Si)

ABSTRAK

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN KEPATUHAN PENGUNAAN OBAT PADA PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS KECAMATAN ANYER.

Oleh :

Syella Karomah

11161115

Hipertensi merupakan keadaan meningkatnya tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan mengenai hipertensi dengan kepatuhan penggunaan obat pasien hipertensi. Penelitian ini menggunakan metode *cross sectional*. Lokasi penelitian dilaksanakan di Puskesmas Kecamatan Anyer pada bulan Maret sampai April 2020. Sampel yang digunakan sebanyak 77 pasien hipertensi dengan menggunakan *accidental sampling*. Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner. Analisis data menggunakan distribusi frekuensi dan uji chi-square. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan responden tentang hipertensi di Puskesmas Kecamatan Anyer termasuk kategori tinggi sebanyak 64 responden (83.1%) dan kategori rendah sebanyak 13 responden (16.9), sedangkan untuk responden dengan tingkat kepatuhan tinggi sebanyak 39 responden (50.6%), kepatuhan sedang sebanyak 15 responden (19.5%) dan kepatuhan rendah sebanyak 23 responden (29.9%). Berdasarkan uji chi-square diperoleh p-Value sebesar 0.113 ($p > 0.05$) sehingga tidak terdapat hubungan tingkat pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan penggunaan obat di Puskesmas Kecamatan Anyer. Dari hasil penelitian didapat tidak ada hubungan tingkat pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan penggunaan obat di Puskesmas Kecamatan Anyer.

Kata Kunci : Tingkat pengetahuan, kepatuhan, hipertensi

ABSTRACT

RELATION LEVEL BETWEEN KNOWLEDGE AND DRUG THERAPY ADHERENCE ON HYPERTENSION PATIENTS IN PUSKESMAS KECAMATAN ANYER

By :

Syella Karomah

11161115

Hypertension is a persistent blood pressure in which systolic pressure ≥ 140 mmHg and diastolic pressure ≥ 90 mmHg. The purpose of this study was to determine the relation level between knowledge and drug therapy adherence on hypertension patients. This research uses cross sectional method. The location of the research was conducted at public health center Anyer district in Maret to April 2020. Samples were taken as many as 77 respondents using accidental sampling. Data collection tools in this study using questionnaires. Data analysis using frequency distribution and chi-square. Pursuant to result of research indicate that level knowledge of respondent about hypertension in Anyer district Puskesmas including high category counted 64 responden (83.1%) and low category counted 13 responden (16.9%), while for responden with level adherence high category counted 39 responden (50.6%), middle category counted 15 responden (19.5%) and low category counted 23 responden (29.9%). Based on chi-square obtained p-Value of 0.113 ($p > 0.05$) so that there is a not correlation between the level knowledge and drug therapy adherence in public health center Anyer district. From the result of research that has been done, there is not correlation between the level knowledge and drug therapy adherence in Puskesmas Kecamatan Anyer.

Keywords: level of knowledge, adherence, hypertension

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'alamin puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan nikmat dan karuniaNya kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Sholawat serta salam juga penulis haturkan kepada Rasulullah SAW yang telah memberikan panutan kepada seluruh umatnya. Skripsi ni merupakan salah satu karya untuk menyelesaikan studi S-1 Ilmu Farmasi di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan bimbingan serta dorongan dari berbagai pihak dalam kesempatan ini pula dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang terlibat langsung maupun tidak langsung, khususnya kepada:

1. Eva Kusumahati, M.Si., Apt selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan pengarahan, bimbingan, motivasi serta meluangkan waktu hingga skripsi ini tersusun.
2. Ani Anggriani, M.Si., Apt selaku dosen pembimbing serta yang telah meluangkan waktunya untuk memberi bimbingan, arahan, dan nasehat yang mendorong penulis terus maju.
3. Ibu Widhya Aligita, M.Si., Apt selaku dosen wali.
4. Kedua orangtua (Bapak H.Ajat Sudrajat dan Mama Hj.Faozah) terimakasih atas doa, dukungan moral, materil dan semangat yang begitu berlimpah.
5. Seluruh rekan seperjuangan Program Studi Strata 1 Fakultas Farmasi Univesitas Bhakti Kencana Bandung angkatan 2016, terutama sahabat tercinta yang selalu mendukung dan memberikan semangat kepada penulis yaitu yossie, shinta, billa, lala, ica, farah, dan teman-teman dosbing squad, serta semua pihak yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian tugas akhir ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini banyak kekurangan, oleh karena itu dengan berbesar hari penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan penelitian berikutnya, semoga skripsi ini memberikan manfaat bagi kita semua dan penulis mengucapkan permohonan maaf atas segala kekurangan, kekhilafan dan keterbatasan yang ada.

Bandung, 22 Agustus 2020

Syella Karomah

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar belakang	1
1.2. Rumusan masalah	2
1.3. Tujuan dan manfaat penelitian	2
1.4. Hipotesis penelitian	3
1.5. Tempat dan waktu Penelitian	3
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	4
II.1 Hipertensi	4
II.1.1 Epidemiologi	4
II.1.2 Klasifikasi Tekanan Darah	4
II.1.3 Etiologi	5
II.1.4 Manifestasi Klinik	5
II.1.5 Tata Laksana Terapi	6
II.1.6 Terapi Non-farmakologi	6
II.1.7 Terapi Farmakologi	6
II.2 Pengetahuan	7
II.2.1 Pengukuran Pengetahuan	7
II.3 Kepatuhan	7
II.3.1 Pengukuran Kepatuhan	8
II.4 Puskesmas	9
II.4.1 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas	9
II.4.2 Tugas, Fungsi dan Wewenang Puskesmas	10
BAB III. METODOLOGI PENELITIAN	13
BAB IV. PROSEDUR PENELITIAN	14
IV.1 Sampel	14
IV.2 Penetapan Kriteria Sampel	14

IV.3 Sumber Data Penelitian.....	14
IV.4 Pengolahan Data	15
IV.5 Analisis Data	15
IV.6 Pengambilan Kesimpulan.....	15
BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN	16
BAB VI. SIMPULAN DAN SARAN.....	24
DAFTAR PUSTAKA	25
LAMPIRAN	28

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Untuk Usia 18 Tahun Atau Lebih Berdasarkan JNC VII	4
Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Puskesmas Anyer	15
Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Di Puskesmas Anyer	15
Tabel 5.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Di Puskesmas Anyer	16
Tabel 5.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Di Puskesmas Anyer	17
Tabel 5.5. Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Tingkat Pengetahuan Dan Kepatuhan	17
Tabel 5.6. Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Variabel Demografi	19
Tabel 5.7. Hubungan Tingkat Pengetahuan Hipertensi Dengan Kepatuhan	21

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Ijin Penelitian	27
Lampiran 2	Surat Permohonan Pengajuan Etik	28
Lampiran 3	Surat Kode Etik Non-Uji Klinik	29
Lampiran 4	Kuesioner HK-LS.....	30
Lampiran 5	Kuesioner MMAS.....	32
Lampiran 6	Hasil Analisis Output SPSS.....	33

BAB I. PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan keadaan dimana tekanan darah diatas normal yaitu tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Hipertensi merupakan faktor yang menginisiasi kejadian penyakit kardiovaskular. Menurut Topp dan Frost (2016), pada tahun 2030 diprediksi angka kematian akibat penyakit kardiovaskular mencapai 41%.

Pada tahun 2013 jumlah penduduk di Indonesia yang menderita hipertensi dicatat ada sebanyak 65 juta jiwa dari 252 juta penduduk. Prevalensi orang dewasa sekitar 6-15%, sebanyak 50% dari prevalensi tersebut tidak menyadari menderita hipertensi sehingga mereka tidak mengetahui dan menghindari faktor resiko terjadinya hipertensi akibatnya menjadi hipertensi berat, dan hipertensi essensial sebanyak 90% (Mannan H, et.al, 2012). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 pada penduduk yang berusia lebih dari 18 tahun prevalensinya mencapai 34,1%, pada usia lanjut prevalensi ini akan lebih tinggi (Kemenkes RI, 2018).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi untuk mengontrol tekanan darah dan pencegahan komplikasi dari hipertensi yaitu faktor pengetahuan pasien tentang hipertensi dan pola makan pasien. Tetapi masih banyak penderita hipertensi yang mempunyai prilaku diet hipertensi yang tidak baik. Berdasarkan hasil penelitian Firmayanti et,al (2015), penderita hipertensi yang memiliki perilaku kurang baik terhadap diet hipertensi sebanyak 60,4%.

Salah satu upaya yang dibutuhkan untuk menunjang keberhasilan terapi hipertensi adalah dengan upaya preventif yang diberikan melalui pemahaman, pengetahuan, dan pola hidup pasien hipertensi. Pengetahuan terhadap penyakit yang diderita oleh seorang pasien sangat dibutuhkan agar pasien tersebut dapat mengetahui mengapa mereka harus melakukan suatu tindakan sehingga perilaku setiap pasien dapat lebih mudah diubah kearah yang lebih baik (Notoatmodjo, 2012).

Ketidapatuhan pasien dalam mengonsumsi obat disebabkan karena kurangnya pengetahuan pasien terhadap penyakit dan penggunaan obat untuk terapi (Siregar et al, 2006). Tingkat pengetahuan terhadap penyakit serta pemahaman tentang penggunaan obat dapat menunjang keberhasilan terapi sehingga tekanan darah dapat terkontrol. Semakin tinggi pemahaman pasien tentang penyakitnya, maka pasien akan semakin

teratur minum obat, menjaga pola hidup, dan tingkat kepatuhan juga akan meningkat (Irazola VE et al, 2016). Faktor utama dalam penentu keberhasilan terapi adalah kepatuhan pasien. Kepatuhan dan pemahaman yang baik dalam menjalani terapi hipertensi dapat mempengaruhi tekanan darah dan secara bertahap dapat mencegah terjadinya komplikasi (Depkes, 2006). Berdasarkan hasil penelitian Pratiwi (2017) kepatuhan penggunaan obat hipertensi dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan pasien tentang hipertensi. Karena hal itulah yang melatarbelakangi peneliti untuk mengetahui dan menilai hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi di Puskesmas Kecamatan Anyer.

1.2 . Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti merumuskan masalah yang akan diteliti yaitu:

1. Bagaimana tingkat pengetahuan pasien hipertensi di Puskesmas Kecamatan Anyer
2. Bagaimana tingkat kepatuhan pasien hipertensi terhadap penggunaan obat di Puskesmas Kecamatan Anyer
3. Adakah hubungan tingkat pengetahuan hipertensi dengan kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi di Puskesmas Kecamatan Anyer

1.3. Tujuan dan manfaat penelitian

Tujuan penelitian

1. Mengetahui tingkat pengetahuan pasien hipertensi di Puskesmas Kecamatan Anyer
2. Mengetahui tingkat kepatuhan pasien hipertensi terhadap penggunaan obat di Puskesmas Kecamatan Anyer
3. Mengetahui hubungan tingkat pengetahuan hipertensi dengan kepatuhan penggunaan obat di Puskesmas Kecamatan Anyer

Manfaat penelitian

Untuk mengetahui bahwa pasien hipertensi memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi terhadap penyakit akan berpengaruh terhadap kepatuhan penggunaan obat.

1.4. Hipotesis penelitian

Pasien hipertensi di puskesmas anyer memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi terkait penyakitnya dan tingkat kepatuhan yang tinggi terhadap penggunaan obat serta ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dan tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi di Puskesmas Kecamatan Anyer.

1.5. Tempat dan waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Maret sampai April 2020 di Puskesmas Kecamatan Anyer menggunakan data kuesioner dan rekam medik dengan jumlah sampel sebanyak 77 responden.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Hipertensi

Hipertensi merupakan kenaikan tekanan darah arteri yang berlangsung secara persisten (Dipiro et al, 2015). Hipertensi menurut Kemenkes RI (2013), adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup tenang.

II.1.1 Epidemiologi

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 pada penduduk yang berusia lebih dari 18 tahun prevalensinya mencapai 34,1% (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Banten pada tahun 2016, dari hasil pengukuran tekanan darah pada penduduk berusia >18 tahun, sebanyak 30,23% dinyatakan hipertensi (Pofil Kesehatan Provinsi Banten, 2016)

II.1.2 Klasifikasi Tekanan Darah

Hipertensi dibagi dalam dua golongan yaitu hipertensi primer (essensial) dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer merupakan hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Sebagian besar dari kasus hipertensi adalah hipertensi primer. Faktor – faktor yang berkaitan dengan terjadinya hipertensi primer yaitu genetik, jenis kelamin, diet, gaya hidup, obesitas, dan stress. Sedangkan hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang dapat diketahui penyebabnya yaitu seperti adanya kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan pada kelenjar tiroid dan penyakit kelenjar adrenal (Saferi et al, 2013). Berdasarkan JNC VII, klasifikasi tekanan darah pada dewasa usia 18 tahun atau lebih terbagi menjadi normal, prehipertensi, hipertensi tingkat 1, dan hipertensi tingkat 2. Klasifikasi ditentukan berdasarkan rata-rata tekanan darah pada dua kunjungan atau lebih (Chobanian et al, 2003).

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Untuk Usia 18 Tahun Atau Lebih Berdasarkan JNC VII

Klasifikasi TD	Tekanan sistolik (mmHg)	Tekanan diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi tingkat 1	140-159	90-99
Hipertensi tingkat 2	≥160	≥100

Sumber: Chobanian dkk (2003)

II.1.3 Etiologi

Hipertensi terbagi menjadi dua yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya (hipertensi primer atau essential) dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer merupakan jenis hipertensi yang paling umum dimiliki, sedangkan hipertensi sekunder disebabkan karena adanya suatu penyakit seperti gangguan ginjal kronik, penyakit renovaskular, sindrom Cushing, *coarction of the aorta*, *obstructive sleep apnea*, hiperparatiroidisme, *pheochromocytoma*, aldosteronisme primer, dan hipertiroidisme. Adapun obat-obatan yang dapat meningkatkan tekanan darah seperti kortikosteroid, estrogen, *non-steroid anti-inflammatory drugs* (NSAID), amfetamin, sibutramin, takrolimus, eritropoetin, dan venlafaxine. Ada beberapa faktor yang berkontribusi dalam perkembangan hipertensi primer (Dipiro, 2015)

1. Abnormalitas humoral yang melibatkan sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS), hormon natriuretik, atau resistensi insulin dan hiperinsulinemia;
2. Gangguan di sistem saraf pusat, serabut saraf otonom, reseptor adrenergik, atau baroreseptor;
3. Abnormalitas di ginjal atau jaringan autoregulasi yang memproses eksresi natrium, volume plasma, dan konstiksi arterioral;
4. Defisiensi pembentukan senyawa vasodilatasi di endotelium vaskular seperti prostasiklin, bradikinin, dan nitritoksida atau produksi senyawa vasokonstriksi yang berlebihan seperti angiotensin II dan endotelin I; dan
5. Asupan natrium yang tinggi atau kekurangan kalsium.

II.1.4 Manifestasi Klinik

Pasien dengan hipertensi primer umumnya tidak menunjukkan gejala (asimtomatik), sedangkan pasien dengan hipertensi sekunder dapat menimbulkan gejala dari suatu penyakit. Pada pasien dengan *pheochromocytoma* menunjukkan gejala sakit kepala, berkeringat, takikardia, palpitasi dan hipotensi ortostatik. Untuk pasien aldosteronisme primer muncul gejala hipokalemia seperti kram otot dan kelemahan. Pasien dengan sindrom Cushing mengalami kenaikan berat badan, poliuria, edema, menstruasi yang tidak teratur, jerawat yang muncul terus-menerus, kelemahan otot selain dari gejala penyakit Cushing (*moonface*, *buffalo hump*, dan hirsutisme) (Dipiro, 2015).

II.1.5 Tata Laksana Terapi

Tujuan terapi hipertensi adalah untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas kardiovaskular. Berdasarkan JNC VII target tekanan darah yang dicapai yaitu <140/90 mmHg, atau <130/80 mmHg untuk pasien dengan Cronic Kidney Disease yang memiliki albuminuria peresisten (>30 mg eksresi albumin urin per 24 jam) (Chobanian et al, 2003).

II.1.6 Terapi Non-farmakologi

Terapi non-farmakologi yang dapat dilakukan pada pasien hipertensi yaitu modifikasi gaya hidup. Terapi ini bisa direkomendasikan untuk pasien prehipertensi dan hipertensi. Berikut ini modifikasi gaya hidup yang bisa dilakukan (Dipiro, 2015)

1. Penurunan berat badan
2. Diet *Dietary Approaches to Stop Hipertention* (DASH)
3. Pengurangan asupan natrium (idealnya 1,5 g/hari atau 3.8 g/hari natrium)
4. Aktivitas fisik
5. Batasi konsumsi alkohol

II.1.7 Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi bertujuan untuk mengontrol tekanan darah hingga mencapai target terapi pengobatan. Obat anti hipertensi digolongkan menjadi 5 kelompok obat lini pertama (first line drug) yang lazim digunakan untuk pengobatan awal hipertensi yaitu: diuretik, penghambat reseptor beta (*Beta blocker*), penghambat *angiotensin-converting enzym* (ACE-Inhibitor), penghambat reseptor angiotensin II (*Angiotensin II Reseptor Blocker/ARB*), dan penghambat kanal Ca (*Ca Channel Blocker/CCB*). Berdasarkan JNC VII, penghambat reseptor alfa adrenergik (*α-blocker*) tidak dimasukkan dalam kelompok obat lini pertama, sedangkan pada JNC sebelumnya termasuk lini pertama. Selain itu dikenal juga tiga kelompok obat yang dianggap lini kedua yaitu: penghambat saraf adrenergik, agonis α 2-sentral, dan vasodilator (Chobanian et al, 2003).

Menurut JNC VIII, terapi obat anti hipertensi yang digunakan sebagai lini pertama untuk pasien ras non-hitam, yang memiliki hipertensi tunggal maupun komorbid diabetes, diberikan obat dari golongan diuretik jenis tiazid, *calcium channel blocker* (CCB), *angiotensin-converting-enzym inhibitor* (ACE) atau *angiotensin receptor blocker* (ARB). Sedangkan untuk pasien ras kulit hitam dengan hipertensi tunggal atau komorbid diabetes, direkomendasikan diuretik jenis tiaziad atau CCB. Untuk pasien dengan gangguan ginjal kronis dari segala ras, terapi yang direkomendasikan harus termasuk ACE atau ARB. Jika pengobatan dengan lini pertama tidak mecapai target, dapat

direkomendasikan kombinasi terapi atau peningkatan dosis sesuai dengan algoritma terapi (James et al, 2014).

II.2 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek. Pengetahuan juga dapat diperoleh dari pengalaman belajar dari pendidikan formal dan non formal. Faktor pengetahuan mempunyai pengaruh sebagai dorongan awal bagi seseorang dalam berperilaku dan kebanyakan orang yang berperilaku baik sudah mempunyai pengetahuan yang baik. Pengetahuan sangat dibutuhkan agar masyarakat dapat mengetahui mengapa mereka harus melakukan suatu tindakan sehingga perilaku masyarakat dapat lebih mudah untuk diubah kearah yang lebih baik. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara yang menanyakan sesuatu yang ingin diukur tentang pengetahuan dari subjek penelitian (Notoatmodjo, 2012).

II.2.1 Pengukuran Pengetahuan

Hipertensi merupakan penyakit kronis yang memerlukan asupan obat seumur hidup dan perubahan gaya hidup. Kurangnya pengetahuan tentang hipertensi akan mempengaruhi kesadaran dan perilaku pasien yang merupakan kendala utama dalam mengendalikan penyakit. Intervensi pendidikan diperlukan untuk mengendalikan hipertensi (Erkoc et al, 2012). Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS) adalah kuesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan orang dewasa mengenai hipertensi. Kuesioner ini memiliki 22 item dengan 6 sub-dimensi. Kuesioner HK-LS dikategorikan menjadi 2 tingkatan pengetahuan hipertensi yaitu: pengetahuan tinggi (nilai 18-22 point), pengetahuan rendah (≤ 17 point) (Polariska et al, 2016).

II.3 Kepatuhan

Menurut WHO kepatuhan merupakan kondisi dimana pasien mengikuti dan menjalankan petunjuk pengobatan. Definisi kepatuhan jika dihubungkan dengan pengobatan jangka panjang maka dapat diartikan sebagai ketaatan pada petunjuk pengobatan, diikuti dengan diet, perubahan gaya hidup dan melaksanakan rekomendasi atau masukan dari tenaga kesehatan (WHO, 2003). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan seorang pasien terhadap pengobatan yaitu: sosio-ekonomi, hubungan pasien dengan sistem kesehatan, kondisi dari penyakit, faktor terkait terapi, dan faktor terkait pasien (WHO, 2003).

II.3.1 Pengukuran Kepatuhan.

Untuk mengukur kepatuhan ada dua metode yang dapat dilakukan yaitu langsung dan tidak langsung. Metode pengukuran kepatuhan secara langsung menggunakan pengukuran kadar obat dalam cairan biologis tubuh dan pengamatan secara langsung penggunaan obat pada pasien. Sedangkan metode pengukuran secara tidak langsung terdiri dari pemantauan pengobatan seperti menghitung tablet atau menggunakan alat pemantauan elektronik atau laporan kepatuhan pribadi yang dikemas melalui catatan pribadi pasien atau dengan cara pengisian kuesioner. Adapun kuesioner yang dapat digunakan telah tervalidasi yaitu *Modifield Morisky Scale (MMS)*, *Brief Report Scale*, *Hill-Bone Compliance Scale*, *Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)*, dan lain sebagainya (Lam dan Fresco, 2015)

Modifield Morisky Scale (MMS) merupakan salah satu kuesioner pengukuran kepatuhan yang sering digunakan. Kuesioner ini terdiri dari 8 pertanyaan dengan penilaian pada tujuh pertanyaan pertama menggunakan respons “Ya” atau “Tidak” dengan nilai 1 atau 0, sedangkan pertanyaan terakhir dinilai dengan menggunakan skala Likert 5. Kepatuhan pasien terbagi menjadi tiga yaitu rendah, sedang dan tinggi. Kepatuhan dikatakan rendah apabila pasien memiliki motivasi dan pengetahuan rendah. Kepatuhan dikatakan sedang apabila pasien memiliki pengetahuan rendah dan motivasi tinggi atau pengetahuan tinggi dan motivasi rendah. Kepatuhan dikatakan tinggi apabila pasien memiliki motivasi dan pengetahuan tinggi (Khasanah, 2018)

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) merupakan kuesioner hasil pengembangan dari MMS yang dapat meningkatkan sensitivitas pengukuran kepatuhan pasien dalam penggunaan obat karena item pertanyaan dan skala lebih spesifik. MMAS sudah dilakukan validasi serta digunakan untuk penelitian tentang kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi. Kuesioner ini memiliki kelebihan yaitu lebih spesifik untuk melihat tingkat kepatuhan pasien.. Kuesioner ini memiliki 3 kategori tingkat kepatuhan yaitu kepatuhan rendah (skor <6), sedang (skor 6-7), dan tinggi (skor 8). Keuntungan dari MMAS ini yaitu bersifat ekonomis dan mudah untuk digunakan, relatif sederhana dan praktis untuk digunakan pada pasien rawat jalan, data yang diperoleh bersifat langsung dari pasien dalam waktu yang singkat, dapat digunakan untuk menemukan faktor-faktor potensial yang menyebabkan rendahnya tingkat kepatuhan meliputi faktor kondisi sosial, situasi dan faktor perilaku, serta instrumen ini dapat digunakan untuk menentukan atau identifikasi awal pasien dengan permasalahan kepatuhan dan dapat

digunakan monitoring kepatuhan terhadap pengobatan. Adapun kekurangan dari kuesioner ini yaitu terjadi bias (penyimpangan) yang terkait dengan daya ingat pasien (Morisky et al, 2008).

II.4 Puskesmas

Pengertian Puskesmas berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019, puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2019).

II.4.1 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019, terdapat enam prinsip penyelenggaraan puskesmas yang harus ditaati: (Kemenkes RI, 2019)

1. Prinsip Paradigma Sehat

Berdasarkan prinsip paradigma sehat, setiap Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berpartisipasi dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.

2. Prinsip Pertanggungjawaban Wilayah

Berdasarkan prinsip pertanggungjawaban wilayah, setiap Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

3. Prinsip Kemandirian Masyarakat

Berdasarkan prinsip kemandirian masyarakat, setiap Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, dan kelompok dan masyarakat.

4. Prinsip ketersediaan akses pelayanan kesehatan.

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, budaya, agama dan kepercayaan.

5. Prinsip Teknologi Tepat Guna

Berdasarkan prinsip teknologi tepat guna, setiap Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan, dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan sekitar.

6. Prinsip Keterpaduan dan Kestinambungan

Berdasarkan prinsip keterpaduan dan kesinambungan, setiap Puskesmas mengintegrasikan dan mengordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

II.4.2 Tugas, Fungsi dan Wewenang Puskesmas

Selain memiliki enam prinsip, Puskesmas juga memiliki tugas. Tugas dari Puskesmas yaitu melaksanakan setiap kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Selain itu, Puskesmas juga memiliki tujuan dalam pembangunan kesehatan. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019, Puskesmas memiliki dua fungsi yaitu fungsi yang pertama adalah Penyelenggaraan UKM tingkat pertama, yaitu setiap kegiatan yang dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya permasalahan kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat dan fungsi yang kedua yaitu penyelenggaraan UKP tingkat pertama, ini merupakan kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan setiap pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

Dalam melaksanakan fungsinya, Puskesmas juga memiliki kewenangan yaitu: (Kemenkes RI, 2019)

- a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya
 1. Melaksanakan perencanaan kegiatan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
 2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
 3. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
 4. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait;
 5. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi, jaringan pelayanan Puskesmas serta upaya kesehatan bersumber daya masyarakat;
 6. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
 7. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;

8. Memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya dan spiritual;
 9. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu dan cakupan Pelayanan Kesehatan;
 10. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, melaksanakan sistem kewaspadaan dini, dan respon penanggulangan penyakit;
 11. Melaksanakan kegiatan pendekatan keluarga; dan
 12. Melakukan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah kerjanya.
- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya:
1. setiap Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu dan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologis, sosial, dan budaya dengan membina hubungan dokter-pasien yang erat dan setara;
 2. Setiap Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif
 3. Setiap Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat;
 4. Setiap Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan mengutamakan kesehatan, keamanan dan keselamatan pasien, petugas, pengunjung dan lingkungan kerja;
 5. Setiap Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama antar profesi;
 6. Melaksanakan pencatatan rekam medis;
 7. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
 8. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
 9. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai indikasi medis dan Sistem Rujukan; dan

10. Melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayah kerjanya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.