

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Hipertensi

##### 2.1.1 Definisi

Hipertensi adalah apabila tekanan darah lebih tinggi dari 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik setelah diukur paling tidak tiga kali dalam waktu yang berbeda (Corwin, 2009). Sedangkan menurut Smeltzer dan Bare (2005) hipertensi didefinisikan keadaan dimana kenaikan tekanan darah arterial sistemik ditandai dengan kenaikan curah jantung (*cardiac output*) atau tahanan perifer yang melibatkan banyak penyebabnya. Sehingga, dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah keadaan dimana tekanan darah seseorang meningkat lebih dari 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik setelah diukur setidaknya tiga kali pada waktu yang berbeda yang ditandai dengan naiknya curah jantung dan tahanan perifer.

##### 2.1.2 Klasifikasi

Menurut Arif Mansjoer (2001) hipertensi dapat dibagi menjadi golongan hipertensi esensial atau hipertensi primer dan hipertensi sekunder atau hipertensi renal. Hipertensi primer tidak diketahui penyebabnya, disebut juga hipertensi idiopatik dimana terdapat sekitar 95% kasus. Banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetik, lingkungan, *hiperaktifitas*, susunan saraf simpatis, sistem *renin-angiotensin*, defek dalam ekskresi Na, peningkatan Na dan Ca intraseluler dan faktor-faktor yang meningkatkan resiko seperti obesitas, alkohol, rokok serta

polisitemia. Sedangkan hipertensi sekunder terdapat sekitar 5% kasus. Penyebab spesifiknya diketahui, seperti penggunaan estrogen, penyakit ginjal, hipertensi vaskular renal, hiperaldosteronisme primer dan sindrom cushing, feokromositoma, koarktasio aorta, hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan dan lain-lain.

**Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Menurut *American Heart Association* (AHA, 2014)**

Klasifikasi tekanan darah	Tekanan sistolik (mmHg)		Tekanan diastolik (mmHg)
Normal	Kurang dari 120	dan	Kurang dari 80
Pre hipertensi	120 – 139	atau	80 – 89
Hipertensi tahap 1	140 – 159	atau	90 – 99
Hipertensi tahap 2	160 atau lebih	atau	100 atau lebih
Hipertensi krisis (dibutuhkan perawatan emergensi)	Lebih dari 180	atau	Lebih dari 110

### 2.1.3 Faktor Resiko

Menurut (Beevers, 2002), faktor risiko hipertensi dapat dibedakan menjadi dua, yaitu faktor yang tidak dapat dikontrol dan faktor yang dapat dikontrol.

#### 2.1.3.1 Faktor yang Tidak Dapat Dikontrol

##### a. Umur

Di Indonesia sebagian besar kasus kematian akibat hipertensi terjadi pada laki-laki umur 35-44 tahun dan meningkat dengan bertambahnya umur. Pada perempuan sebelum menopause (45-50 tahun) lebih rendah daripada laki-laki dengan umur yang sama. Peningkatan umur berpengaruh dalam peningkatan tekanan darah karena menurunnya fungsi organ tubuh terutama jantung dan pembuluh darah sehingga meningkatkan kemungkinan terkena

hipertensi (Junaidi, 2010). Hal ini disebabkan karena pada usia tersebut arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku karena itu darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang lebih sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan darah (Susilo, 2011).

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin hipertensi lebih banyak dialami oleh laki-laki. Di negara maju gejala hipertensi banyak terjadi pada 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 17 perempuan. Di Indonesia prevalensi hipertensi pada laki – laki sekitar 23,1% sedangkan pada wanita sekitar 6,5%. Pada usia 50 – 59 tahun prevalensi hipertensi pada laki – laki sekitar 53,8% sedangkan pada wanita sekitar 29% dan pada usia lebih dari 60 tahun prevalensi hipertensi sekitar 64,5% (Junaidi, 2010). Pria pada umumnya lebih mudah terserang hipertensi dibandingkan dengan wanita. Hal ini disebabkan kaum pria lebih banyak mempunyai faktor yang mendorong terjadinya hipertensi yaitu perilaku tidak sehat misalnya kebiasaan merokok, minum minuman beralkohol, kelelahan dan makan yang tidak terkontrol, sedangkan pada wanita biasanya akan mengalami peningkatan risiko terkena hipertensi setelah masa menopause (Susilo, 2011).

c. Keturunan (Genetik)

Hipertensi merupakan hasil dari interaksi gen yang beragam, sehingga tidak ada tes genetik yang dapat mengidentifikasi orang yang berisiko untuk terjadi hipertensi secara konsisten. Riwayat penyakit yang di derita sangat penting bagi keturunan penderita hipertensi. Seseorang akan

memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya menderita hipertensi. Hipertensi cenderung merupakan penyakit keturunan. Jika seorang dari orang tuanya mempunyai hipertensi maka sepanjang hidup mempunyai 25% kemungkinan mendapatkannya pula. Jika kedua orang tua mempunyai hipertensi, kemungkinan mendapatkan penyakit tersebut sebanyak 60% (Sugiharto, 2003).

### 2.1.3.2 Faktor yang Dapat Dikontrol

#### a. Pola Makan

Makronutrien dalam makanan meliputi karbohidrat, lemak dan protein (Junaidi, 2010). Penelitian eksperimen membuktikan adanya pengaruh diet karbohidrat, protein, dan lemak terhadap tekanan darah arterial pada binatang percobaan. Tekanan darah akan meningkat tergantung dari sumber dan komposisi diet karbohidrat, protein, dan lemak (Agrina, 2011). Faktor pola makan berpengaruh terhadap tekanan darah, sehingga pengaturan makanan sangat penting untuk pencegahan dan mengendalikan hipertensi (Williams, 2007). Perbaikan pola makan dan gaya hidup merupakan upaya utama untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas akibat penyakit kardiovaskuler terutama hipertensi (Sugiharto, 2003).

#### b. Kegemukan (Obesitas)

Kegemukan (obesitas) adalah persentase abnormalitas lemak yang dinyatakan dalam Indeks Masa Tubuh (*Body Mass Index*) yaitu perbandingan antara berat badan dengan tinggi badan kuadrat dalam meter (Depkes RI, 2006). Obesitas bukanlah penyebab hipertensi, tetapi prevalensi hipertensi

pada obesitas jauh lebih besar. Risiko relatif untuk menderita hipertensi pada orang gemuk 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan seorang yang badannya normal. Sedangkan, pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20-33% memiliki berat badan lebih (overweight). Penentuan obesitas pada orang dewasa dapat dilakukan pengukuran berat badan ideal, pengukuran persentase lemak tubuh dan pengukuran IMT (Depkes RI, 2006).

c. Psikososial dan Stress

Stress atau ketegangan jiwa (rasa tertekan, murung, rasa marah, dendam, rasa takut, rasa bersalah) dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat. Jika stress berlangsung lama, tubuh akan berusaha mengadakan penyesuaian sehingga timbul kelainan organ atau perubahan patologis. Gejala yang muncul dapat berupa hipertensi atau penyakit maag (Depkes RI, 2006).

d. Merokok

Zat-zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang masuk ke dalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri dan mengakibatkan proses artereosklerosis, dan tekanan darah tinggi. Pada studi autopsi, dibuktikan kaitan erat antara kebiasaan merokok dengan adanya artereosklerosis pada seluruh pembuluh darah. Merokok juga meningkatkan denyut jantung dan kebutuhan oksigen untuk disuplai ke otot-otot jantung. Merokok pada

penderita tekanan darah tinggi semakin meningkatkan risiko kerusakan pada pembuluh darah arteri (Depkes RI, 2006).

e. Olahraga

Olahraga yang teratur dapat membantu menurunkan tekanan darah dan bermanfaat bagi penderita hipertensi ringan. Pada orang tertentu dengan melakukan olah raga aerobik yang teratur dapat menurunkan tekanan darah, tanpa perlu menurunkan berat badan (Depkes RI, 2006).

f. Konsumsi Alkohol dan kafein

Konsumsi alkohol dan kafein secara berlebihan akan meningkatkan risiko terjadinya hipertensi pada seseorang. Alkohol bersifat meningkatkan aktivitas saraf simpatis karena dapat merangsang sekresi *corticotropin releasing hormone* (CRH) yang berujung pada peningkatan tekanan darah selain itu alkohol dapat menyebabkan resistensi pada obat antihipertensi. Sementara kafein dapat menstimulasi jantung untuk bekerja lebih cepat, sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya akan tetapi kafein dapat meningkatkan kekakuan aorta sehingga kerja jantung tidak akan maksimal (Anggraini et al, 2008; Williams, 2007)

g. Konsumsi Garam Berlebihan

Garam menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh karena menarik cairan di luar sel agar tidak dikeluarkan, sehingga akan meningkatkan volume dan tekanan darah. Pada sekitar 60% kasus hipertensi primer (esensial) terjadi respons penurunan tekanan darah dengan mengurangi asupan garam. Pada masyarakat yang mengkonsumsi garam 3

gram atau kurang, ditemukan tekanan darah rata-rata rendah, sedangkan pada masyarakat asupan garam sekitar 7-8 gram tekanan darah rata-rata lebih tinggi (Depkes RI, 2006).

#### h. Hiperlipidemia/Hiperkolesterolemia

Kelainan metabolisme lipid (lemak) yang ditandai dengan peningkatan kadar kolesterol total, trigliserida, kolesterol LDL dan/atau penurunan kadar kolesterol HDL dalam darah. Kolesterol merupakan faktor penting dalam terjadinya aterosklerosis yang mengakibatkan peninggian tahanan perifer pembuluh darah sehingga tekanan darah meningkat (Depkes RI, 2006).

### 2.1.4 Penatalaksanaan Hipertensi

#### 2.1.4.1 Modifikasi Gaya Hidup

**Tabel 2.2 Rekomendasi Modifikasi Gaya Hidup untuk Pasien Hipertensi menurut JNC 7 (Chobanian, 2003)**

Modifikasi Gaya Hidup	Rekomendasi	Rata - rata Penurunan TDS
Penurunan berat badan	Pertahankan berat badan normal (Body Mass Index 18,5 – 24,9 kg/m <sup>2</sup> )	5-20 mmHg /10kg
Dietary Approaches to Stop Hypertension eating plan	Lakukan diet kaya buah-buahan, sayuran, produk-produk susu rendah lemak dan makanan yang sedikit mengandung lemak jenuh	8 – 14 mmHg
Membatasi intake garam	Membatasi asupan hingga ≤ 100 mEq (2,4 g Na atau 6 g NaCl)	2 - 8 mmHg
Olahraga teratur	Olahraga seperti jogging, berenang, jalan cepat, aerobik dan bersepeda ± 30 menit perhari	4 - 9 mmHg
Mengurangi konsumsi alkohol	Membatasi konsumsi alkohol ≤ 2 gelas / hari ( 1 oz atau 30 ml etano l seperti 24 oz beer, 10 oz wine, 3 oz	2 - 4mmHg

Sedangkan menurut Depkes RI (2006) terapi nonfarmakologis berupa pengendalian faktor risiko yang dapat diubah dengan berbagai cara.

a. Mengatasi Obesitas/Menurunkan Kelebihan Berat Badan

Obesitas bukan merupakan penyebab hipertensi. Akan tetapi prevalensi hipertensi pada obesitas jauh lebih besar. Risiko relatif untuk menderita hipertensi pada orang-orang gemuk 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan seorang yang badannya normal. Sedangkan, pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20-33% memiliki berat badan lebih. Dengan demikian obesitas harus dikendalikan dengan menurunkan berat badan (Depkes RI, 2006).

b. Mengurangi Asupan Garam

Nasehat pengurangan garam, harus memperhatikan kebiasaan makan penderita. Pengurangan asupan garam secara drastis akan sulit dilaksanakan. Batasi sampai dengan kurang dari 5 gram ( 1 sendok teh ) per hari pada saat memasak (Depkes RI, 2006).

c. Mengurangi Stres

Stres menjadi masalah bila tuntutan dari lingkungan sudah melebihi kemampuan untuk mengatasinya. Cara untuk menghilangkan stres yaitu perubahan pola hidup dengan membuat perubahan kehidupan rutin sehari-hari dapat meringankan beban stres (Sheps, 2005).

d. Melakukan Olahraga Teratur

Selain untuk menjaga berat badan tetap normal, olahraga dan aktifitas fisik teratur bermanfaat untuk mengatur tekanan darah. Olahraga



joging dan berenang baik dilakukan untuk penderita hipertensi. Dianjurkan untuk olahraga teratur, minimal 3 kali seminggu, dengan demikian dapat menurunkan tekanan darah (Nurkhalida, 2003). Olahraga yang teratur dibuktikan dapat menurunkan tekanan perifer sehingga dapat menurunkan tekanan darah. Olahraga dapat menimbulkan perasaan santai dan mengurangi berat badan sehingga dapat menurunkan tekanan darah (Gunawan, 2005; Kusmana, 2002).

e. Berhenti Merokok

Merokok dapat menambah kekakuan pembuluh darah sehingga dapat memperburuk hipertensi. Zat-zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang masuk ke dalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri, dan mengakibatkan proses arteriosklerosis, dan tekanan darah tinggi. Pada studi autopsi, dibuktikan kaitan erat antara kebiasaan merokok dengan adanya arteriosklerosis pada seluruh pembuluh darah. Merokok juga meningkatkan denyut jantung dan kebutuhan oksigen untuk disuplai ke otot-otot jantung. Merokok pada penderita tekanan darah tinggi semakin meningkatkan risiko kerusakan pada pembuluh darah arteri. Tidak ada cara yang benar-benar efektif untuk memberhentikan kebiasaan merokok (Depkes RI, 2006).

f. Mengurangi Konsumsi Alkohol

Hindari konsumsi alkohol berlebihan. Untuk laki-laki tidak lebih dari 2 gelas per hari dan untuk wanita tidak lebih dari 1 gelas per hari.

#### 2.1.4.2 Farmakologi

##### a. ACE-inhibitor

*ACE-inhibitor* adalah pilihan terapi kedua setelah diuretik pada pasien hipertensi. *ACE-inhibitor* bekerja mengeblok konversi angiotensin I menjadi angiotensin II sehingga tidak terjadi vasokonstriksi dan stimulasi sekresi aldosteron (Dipiro *et al.*, 2005). Efek samping *ACE-inhibitor* antara lain neutropenia, agranulositosis, proteinuria, glomerulonefritis, gagal ginjal akut (angka kejadiannya kurang dari 1%). Efek samping tersebut meningkat dengan adanya gangguan ginjal. Efek samping yang sering timbul adalah kemerahan kulit, gangguan pengecap, agranulositosis, proteinuria, dan gagal ginjal. Batuk kering juga terjadi pada 20% pasien. Misalnya benazepril, captopril, lisinopril, quinipril, ramipril (Dipiro *et al.*, 2005).

##### b. Calcium Channel Blocker (CCB)

CCB bukan lini pertama pengobatan hipertensi. CCB efektif menurunkan tekanan darah terutama pada pasien lanjut usia dan ras African-American. CCB tidak mengubah kadar lipid glukosa, asam urat dan elektrolit dalam serum. CCB bekerja dengan menghambat influks kalsium melewati membran. Ada 2 tipe kanal yaitu: kanal kalsium bervoltase tinggi (tipe L), dan kanal kalsium bervoltase rendah (tipe T). CCB hanya mengeblok kanal tipe L, yang memicu vasodilatasi perifer (Dipiro *et al.*, 2005). CCB menurunkan kekuatan kontraksi miokardium sehingga mengurangi kebutuhan oksigen pada miokardium. Hambatan masuknya kalsium ke dalam otot polos arteri

menurunkan tonus arterioler dan tahanan vaskuler sistemik, yang menimbulkan penurunan tekanan arteri dan intraventrikuler (Katzung, 2002).

c. Diuretik

Diuretik terutama tiazid adalah lini pertama dalam pengobatan hipertensi. Efek antihipertensi dari diuretik berawal dari efek diuresis sehingga mengurangi volume plasma dan cairan ekstra sel. Pada awal terapi, tekanan darah turun akibat berkurangnya curah jantung. Sedangkan pada pemberian kronik, volume plasma mendekati normal, tetapi resistensi perifer turun sehingga tekanan darah tetap terjaga (Dipiro *et al.*, 2005).

Menurut *JNC 7*, ada 4 subklas diuretik yaitu tiazid, loop diuretik, diuretik hemat kalium dan antagonis aldosteron. Tiazid merupakan lini pertama pengobatan pasien hipertensi yang mempunyai fungsi ginjal normal. Obat ini efektif pada pasien dengan kadar renin rendah, misalnya pada pasien lanjut usia. Efek samping diuretik jenis ini antara lain hipokalemia, hipomagnesia, hiponatremia, hiperurisemia, hiperkalsemia, hiperglikemia, hiperkolesterolemia dan hipertrigliserida. Misalnya hidroklorotiazid. Loop diuretik merupakan diuretik kuat yang lebih efektif dibanding-tiazid pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal atau gagal jantung. Efek sampingnya sama seperti tiazid, tetapi tidak menyebabkan hiperkalsemia. Misalnya furosemid. Diuretik hemat kalium merupakan diuretik lemah yang biasa digunakan sebagai kombinasi dengan diuretik lainnya untuk mengurangi terjadinya hipokalemia. Efek sampingnya berupa hiperkalsemia, terutama pada pasien dengan gangguan ginjal atau jika dikombinasikan dengan ACE-

*inhibitor*, suplemen kalsium atau *nonsteroidal anti-inflammatory drugs* (NSAIDS). Misalnya amiloride dan triamteren. Antagonis aldosteron merupakan bagian dari diuretik hemat kalium, tetapi lebih poten karena onsetnya lambat (Dipiro *et al.*, 2005).

d. *Angiotensin II Reseptor Bloker* (ARB)

ARB mengblokir reseptor angiotensin II tipe I (AT1) yang merupakan mediator efek vasokonstriksi, pelepasan aldosteron, pelepasan hormon antidiuretik, aktivitas konstriksi arteri eferen glomerulus. ARB tidak mengblokir reseptor angiotensin II tipe 2 (AT2) yang merupakan mediasi vasodilatasi, perbaikan jaringan, dan menghambat pertumbuhan sel. Tidak seperti *ACEinhibitor*, ARB tidak mengblokir degradasi bradikinin sehingga tidak ada efek samping batuk kering (Dipiro *et al.*, 2005). ARB mempunyai efek samping yang lebih kecil dibandingkan antihipertensi yang lain. ARB dapat menyebabkan hiperkalemia, hipotensi ortostatik, dan harus dihindari penggunaannya pada pasien yang memiliki arteri stenosis bilateral pada ginjal. Misalnya irbesartan, losartan, dan valsartan (Dipiro *et al.*, 2005).

e. *Beta Blocker* (BB)

Beta bloker direkomendasikan sebagai lini pertama pengobatan bersama dengan diuretik. Tetapi pada beberapa percobaan, diuretik tetap lini pertama dan BB sebagai tambahan. BB digunakan sebagai lini pertama pada pasien yang berisiko jantung koroner dan penderita infark miokard. BB dapat digunakan sebagai tambahan pada pasien gagal jantung yang sedang menggunakan *ACE-inhibitor* dan diuretik (Dipiro *et al.*, 2005). Mekanisme

aksi dari BB ditujukan untuk mengeblok  $\beta$  adrenoreseptor. BB mempunyai efek kronotropi dan ionotropi negatif pada jantung sehingga terjadi penurunan curah jantung (Dipiro *et al.*, 2005). BB dibedakan menjadi kardioselektif dan non kardioselektif. Beta bloker kardioselektif mempunyai afinitas  $\beta_1$  yang lebih besar dibandingkan  $\beta_2$  sehingga efek bronkospasme dan vasokonstriksi kecil. Biasanya digunakan untuk pasien asma, penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), diabetes, dan gangguan arteri perifer. Misalnya atenolol, betaxolol, bisoprolol, dan metoprolol (Dipiro *et al.*, 2005). Sedangkan BB non-kardioselektif berpotensi menyebabkan hipoglikemia pada pasien diabetes tipe 1. Golongan ini lebih sering digunakan untuk mengobati migren dan tremor. Misalnya nadolol, propanolol, dan timolol.

f. ISA (*Intrinsic Sympathetic Activity*)

ISA mempunyai efek agonis reseptor  $\beta$  parsial. Biasa digunakan pada pasien dengan gangguan jantung dan sinus bradikardi. Misalnya acebutolol, carteolol, penbutolol, dan pindolol (Dipiro *et al.*, 2005).

g.  $\alpha$ -Bloker

Prazesin, terazesin, dan doxasin adalah pengeblok reseptor  $\alpha_1$  yang selektif, yang bekerja di pembuluh darah perifer dan menghambat ambilan kembali katekolamin pada sel otot polos sehingga menghasilkan vasodilatasi dan penurunan tekanan darah (Dipiro *et al.*, 2005). Alfa satu bloker merupakan alternatif terapi yang digunakan dalam kombinasi. Efek samping  $\alpha_1$ -bloker terjadi saat pemberian awal atau saat dilakukan peningkatan dosis yaitu terjadi palpitasi, pingsan, hipotensi ortostatik, depresi, lesu, *priapism*,

dan *vivid dream*. Retensi air dan natrium terjadi pada pemberian dosis tinggi atau penggunaan dalam jangka waktu yang lama. Agen ini paling efektif jika digunakan dengan diuretik untuk meminimalkan terjadinya edema (Dipiro *et al.*, 2005).

h. Central  $\alpha$ 2-Agonis

Klonidin, guanabenz, guanfacin, dan metildopa menurunkan tekanan darah dengan menstimulasi reseptor  $\alpha$ 2-adrenergik di otak. Stimulasi ini mengurangi aktivitas saraf simpatik, dan secara bersamaan terjadi peningkatan aktivitas parasimpatik sehingga terjadi penurunan denyut jantung, curah jantung, resistensi perifer total, aktivitas sistem plasma, dan reflek baroreseptor (Dipiro *et al.*, 2005). Metildopa merupakan lini pertama pengobatan hipertensi pada kehamilan. Efek samping yang sering terjadi adalah sedasi dan mulut kering. Efek samping yang lain adalah depresi, *dizziness*, hipotensi ortostatik, pandangan kabur dan konstipasi. Metildopa mempunyai efek samping hepatitis dan anemia (Dipiro *et al.*, 2005).

i. Reserpin

Reserpin digunakan sebagai lini ketiga dalam pengobatan hipertensi. Reserpin menurunkan tekanan darah dengan menurunkan norepinefrin diakhir saraf simpatik dan mengblok transport norepinefrin ke dalam granul penyimpanan (Dipiro *et al.*, 2005). Reserpin dapat menyebabkan retensi air dan natrium secara signifikan, jadi harus diberikan secara kombinasi dengan diuretik terutama tiazid. Reserpin kuat menghambat aktivitas simpatik dan meningkatkan efek parasimpatik sehingga mengakibatkan efek samping

seperti hidung tersumbat, peningkatan sekresi gastrin, diare, dan bradikardi. Depresi mungkin juga terjadi adanya deplesi katekolamin dan serotonin di sistem saraf pusat (Dipiro *et al.*, 2005).

j. Vasodilator Arteri

Efek antihipertensi dari hidralazine dan minoksidil disebabkan oleh relaksasi otot polos arteri secara langsung, dengan menurunkan tekanan darah arteri dan kontraktilitas otot jantung. Efek antihipertensi dari hidralazin antara lain dermatitis, demam, neuropati perifer, hepatitis, dan sakit kepala. Hidralazin biasa digunakan bersama isosorbid dinitrat (ISDN) pada pasien gagal jantung (Dipiro *et al.*, 2005).

## 2.2 Konsep Kepatuhan Minum Obat

### 2.2.1 Pengertian Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan atau ketaatan (*compliance/adherence*) adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh petugas kesehatan atau orang oleh orang lain (Smet, 1994). Saleem *et al.* (2011) menyebutkan bahwa kepatuhan terhadap terapi merupakan keseluruhan tindakan yang menggambarkan bahwa seseorang setuju dan mematuhi saran tenaga kesehatan yang ditunjukkan melalui perilaku pengobatan, modifikasi diet dan perubahan pola hidup. Sedangkan menurut Simamora (2004), kepatuhan yaitu tingkat perilaku penderita dalam mengambil suatu tindakan pengobatan, misalnya dalam menentukan kebiasaan hidup sehat dan ketetapan berobat. Kata kepatuhan lebih bermakna pasif yaitu pasien mengikuti rekomendasi dokter atau perawat dimana kesepakatan terapi dibuat oleh

salah satu pihak tanpa perlu mempertimbangkan pihak lain dalam hal ini pasien (Osterberg & Blaschke, 2005).

### **2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi**

Dalam penatalaksanaan hipertensi kepatuhan pasien terhadap program terapi merupakan hal yang sangat penting. Ketidakepatuhan terhadap program terapi merupakan salah satu masalah terbesar dalam penatalaksanaan hipertensi (Lehane & McCarthy, 2007 dalam Levesque *et al.*, 2012). Lebih dari 50% dari jumlah pasien yang tidak patuh terhadap program terapi (Levesque *et al.*, 2012). Sedangkan menurut Fernandez, *et al.* (2008) 50-70% penderita hipertensi tidak patuh terhadap terapi antihipertensi yang dianjurkan, beberapa mengonsumsi obat dalam jumlah kurang dan sisanya mengonsumsi obat melebihi jumlah seharusnya. Menurut WHO (2012) kepatuhan minum obat dipengaruhi oleh lima faktor.

#### **a. Faktor yang berhubungan dengan pasien**

Faktor demografi yang berhubungan dengan kepatuhan, antara lain usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan, status pernikahan, ras, agama, latar belakang etnik, dan lokasi tempat tinggal (Smeltzer dan Bare, 2005). Selain itu, pengetahuan dan keyakinan klien terhadap pengobatan, motivasi untuk manajemen terapi tersebut, keyakinan diri, dan kemampuan untuk berpartisipasi dalam perilaku manajemen penyakit, dan harapan mengenai hasil terapi, seluruhnya berinteraksi melalui proses yang belum dipahami seluruhnya. Faktor individu yang lain yaitu: kurangnya informasi (pengetahuan), gangguan kognitif dan komorbiditas (Samalin, 2010). Persepsi klien terhadap suatu obat akan



mempengaruhi kepatuhan, klien yang paham akan instruksi obat cenderung lebih patuh.

b. Faktor kondisi

Faktor kondisi yang dapat mempengaruhi kepatuhan minum obat yaitu kondisi psikologis klien, kondisi kekuatan fisik, dan derajat hipertensi. Klien yang tidak patuh biasanya mengalami depresi, ansietas dengan kesehatannya, memiliki ego lemah dan pusat perhatian pada diri sendiri, sehingga klien merasa tidak ada motivasi, mengingkari penyakitnya dan kurang perhatian pada program pengobatan yang harus dijalankan. Menurut Brunner & Suddart (2009) variabel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi mempengaruhi kepatuhan klien terhadap program pengobatan.

c. Faktor Terapi

Faktor terapi yang dapat mempengaruhi kepatuhan minum obat yaitu efek samping obat, kegagalan terapi sebelumnya, dosis obat, jumlah obat yang harus dikonsumsi, serta harga obat. Penelitian Lukitasari (2011) menunjukkan semakin banyak jenis obat yang diberikan maka tingkat kepatuhannya semakin rendah. Sebaliknya, jika semakin sedikit jenis obat yang diberikan oleh tenaga kesehatan maka kepatuhan terhadap pengobatan sangat tinggi. Regimen dengan penggunaan obat yang terlalu lama juga dapat menyebabkan kepatuhan minum obat menurun.

d. Faktor sosial ekonomi

Faktor sosial ekonomi yang dapat mempengaruhi kepatuhan terapi antara lain kondisi finansial, dukungan sosial, serta latar belakang budaya. Dukungan sosial telah secara konsisten dilaporkan sebagai faktor penting yang mempengaruhi kesehatan dan perilaku. Dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan diri pasien untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan lebih baik, serta penderita mau menuruti saran-saran yang diberikan oleh keluarga untuk menunjang pengelolaan penyakitnya. Sedangkan tingkat ekonomi merupakan kemampuan finansial untuk memenuhi segala kebutuhan hidup, akan tetapi ada kalanya ada sumber keuangan lain yang dapat digunakan untuk membiayai semua program pengobatan dan perawatan sehingga belum tentu tingkat ekonomi menengah ke bawah akan mengalami ketidakpatuhan dan sebaliknya tingkat ekonomi baik tidak terjadi ketidakpatuhan (WHO, 2012)

e. Faktor pelayanan kesehatan

Menurut WHO (2003) lima faktor penghambat utama kepatuhan yang berhubungan dengan sistem kesehatan dan timnya yaitu kurangnya pengetahuan mengenai kepatuhan, kurangnya instrumen klinis yang dapat digunakan tenaga kesehatan untuk mengevaluasi dan mengintervensi masalah kepatuhan, kurangnya instrumen yang dapat digunakan oleh klien untuk mengembangkan atau mengubah perilaku sehatnya, adanya kesenjangan dalam kebijakan pelayanan pada pasien dengan kondisi kronis, serta komunikasi yang belum optimal antara klien dan profesional kesehatan

### 2.2.3 Jenis Ketidapatuhan (*Non-Adherence*)

Menurut Yulianti (2010), jenis-jenis ketidapatuhan terdiri dari ketidapatuhan yang disengaja dan ketidapatuhan yang tidak disengaja. Ketidapatuhan yang disengaja dapat disebabkan oleh keterbatasan biaya pengobatan, sikap apatis pasien, serta ketidakpercayaan pasien terhadap efektivitas obat. Sedangkan ketidapatuhan yang tidak disengaja dapat disebabkan oleh pasien lupa minum obat ketidaktahuan akan petunjuk pengobatan dan kesalahan dalam pencatatan etiket.

Sedangkan menurut Niven (2002), pengukuran terhadap kepatuhan dikategorikan menjadi patuh dan tidak patuh. Pasien dikatakan patuh bila perilaku klien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan. Pasien dikatakan tidak patuh bila klien menunjukkan ketidaktaatan terhadap instruksi yang diberikan.

### 2.2.4 Metode Pengukuran Kepatuhan Terapi

Kepatuhan terhadap terapi merupakan fenomena multifaktorial dan bervariasi pada tiap populasi, oleh karena itu diperlukan metode khusus untuk mengukur tingkat kepatuhan seseorang terhadap terapi. Berbagai metode pengukuran seperti pengecekan biokimia *marker*, monitoring secara elektronik, kuisisioner, hitung jumlah pil dan catatan farmasis telah lama digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien terhadap program terapi (Saleem *et al.*, 2011).

Secara keseluruhan metode pengukuran kepatuhan terapi dibagi menjadi dua kategori yaitu metode pengukuran langsung dan tidak langsung. Metode pengukuran langsung dapat dilakukan dengan mengukur konsentrasi obat dalam

darah atau urine (*biologic marker*). Metode ini mahal dan sulit dilakukan namun pada beberapa jenis obat, *biologic marker* merupakan teknik terbaik untuk mengetahui kepatuhan pasien. Metode tidak langsung dapat dilakukan dengan mengkaji kepatuhan pasien melalui teknik wawancara, hitung obat, kuisioner, mengukur *physiologic marker*, catatan harian pasien dan banyak metode lain (Osterberg & Blaschke, 2005). Dari berbagai metode tersebut, penggunaan kuisioner untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien dirasa lebih efektif dan efisien dibandingkan dengan metode lain, karena dengan kelebihan sederhana, murah, hanya membutuhkan waktu yang singkat, serta merupakan metode paling berguna dalam penentuan klinis. Namun metode kuesioner ini juga mempunyai kekurangan yaitu rentan terhadap kesalahan dan hasilnya mudah terdistorsi oleh pasien.

*Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) merupakan salah satu instrumen pengukuran tingkat kepatuhan minum obat yang paling populer dan sering digunakan secara luas. MMAS pertama kali terdiri atas 4 item dikembangkan oleh Morisky *et al.* pada tahun 1986. Pada tahun 2008 Morisky *et al.* mengembangkan dan menyempurnakan MMAS menjadi 8 item. MMAS baru yang terdiri atas 8 item ini sering disebut sebagai MMAS-8 (Morisky *et al.*, 2008 dalam Saleem *et al.*, 2011). MMAS-8 terdiri atas 8 item pertanyaan yang mengkaji kepatuhan pasien terhadap program terapi. Kuisisioner ini mengkaji kepatuhan pasien dalam kurun waktu 1 bulan terakhir sebelum dilakukannya wawancara oleh peneliti. MMAS-8 menilai kepatuhan pasien terhadap konsumsi obat tanpa mengkaji ketepatan waktu maupun dosis konsumsi obat.

Dalam kuisisioner ini terdapat dua pilihan jawaban yaitu: 'ya' dan 'tidak'. Jawaban 'ya' bernilai '0' dan jawaban 'tidak' bernilai '1'. Skor akhir dari kedelapan item pertanyaan dijumlah, jika skor akhir MMAS-8 skor pasien  $\geq 6$  maka pasien dikategorikan tidak patuh minum obat dan jika skor kurang dari 6 dikatakan tidak patuh minum obat. Aplikasi kuisisioner MMAS-8 dalam upaya identifikasi ketidakpatuhan pasien terhadap program terapi sangat mudah, efektif dan efisien. Penelitian di berbagai negara membuktikan bahwa aplikasi instrumen MMAS-8 terbukti valid dan reliabel dalam mengukur kepatuhan pasien terhadap terapi farmakologis.

### **2.3 Konsep Keyakinan Diri/*Self Efficacy***

#### **2.3.1 Pengertian Keyakinan Diri**

Pender (1996 dalam Tomey & Alligood, 2006) menyatakan bahwa keyakinan diri mengacu pada keyakinan seseorang akan kemampuan diri dalam mengatur dan melakukan tindakan/kegiatan yang mendukung kesehatannya berdasarkan pada tujuan dan harapan yang diinginkan. Keyakinan diri pertama dikemukakan oleh Bandura (1997) yang merupakan teori kognitif sosial (*social cognitif theory*), Bandura mendefinisikan keyakinan diri sebagai pertimbangan seseorang terhadap kemampuan mengorganisasikan dan melaksanakan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan tertentu. Keyakinan diri merupakan keyakinan seseorang terhadap kemampuan mengerjakan tugas dan bukan hanya semata-mata mengetahui apa yang dikerjakan. Bandura menjelaskan individu yang memiliki keyakinan diri yang rendah akan menghindari semua tugas dan menyerah dengan mudah ketika masalah muncul.

Menurut Alwisol (2009) keyakinan diri adalah penilaian diri apakah seseorang dapat melakukan tindakan yang baik, buruk tepat atau salah, bisa atau tidak mengerjakan sesuai dengan yang dipersyaratkan. Keyakinan diri menjadi konstruk yang sangat penting dan berguna di psikologi, karena keyakinan diri berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan berbagai perilaku yang menantang termasuk tindakan pencegahan dan manajemen perilaku untuk penyakit. Keyakinan diri merupakan keyakinan seseorang akan kemampuannya melakukan suatu perilaku, bahkan ketika dihadapkan dengan situasi penghalang atau menghambat (*stressful situation*) untuk mencapai suatu tujuan yang diinginkan.

Dari beberapa pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa keyakinan diri adalah suatu keyakinan seseorang tentang kemampuannya untuk mengatasi berbagai situasi dan dapat melakukan tindakan yang dikehendaki hingga tercapai tujuan.

### 2.3.2 Sumber-Sumber Keyakinan Diri

Menurut Bandura (1994) keyakinan diri seseorang berkembang melalui empat sumber utama yaitu pengalaman pribadi/pencapaian prestasi, pengalaman orang lain, persuasi verbal serta kondisi fisik dan emosional:

#### a. Pengalaman langsung dan pencapaian prestasi

Keberhasilan dan prestasi yang pernah dicapai dimasa lalu oleh seseorang dapat meningkatkan keyakinan diri, sebaliknya kegagalan menghadapi sesuatu mengakibatkan keraguan pada diri sendiri (*self doubt*). Sumber ini merupakan sumber keyakinan diri yang paling kuat pengaruhnya untuk mengubah perilaku. Menurut Alwisol (2009) pencapaian keberhasilan

akan memberikan dampak keyakinan diri yang berbeda-beda, tergantung proses pencapaiannya antara lain: keberhasilan mengatasi tugas yang sulit akan meningkatkan keyakinan diri individu, bekerja sendiri lebih meningkatkan keyakinan diri dibandingkan bekerja kelompok atau dibantu orang lain, kegagalan dapat menurunkan keyakinan diri, kegagalan yang terjadi ketika kondisi emosi sedang tertekan dapat lebih banyak pengaruhnya menurunkan keyakinan diri dibandingkan bila kegagalan terjadi ketika individu sedang dalam kondisi optimal, kegagalan sesudah individu memiliki keyakinan diri yang kuat, dampaknya tidak akan seburuk ketika kegagalan tersebut terjadi pada individu yang keyakinan dirinya belum kuat, serta individu yang biasanya berhasil sesekali mengalami kegagalan, belum tentu akan mempengaruhi keyakinan diri.

b. Pengalaman orang lain

Individu tidak bergantung pada pengalamannya sendiri tentang kegagalan dan kesuksesan sebagai sumber keyakinan diri. Keyakinan diri juga dipengaruhi oleh pengalaman individu lain. Pengamatan individu akan keberhasilan individu lain dalam bidang tertentu akan meningkatkan keyakinan diri individu tersebut pada bidang yang sama. Individu melakukan persuasi terhadap dirinya dengan mengatakan jika individu lain dapat melakukannya dengan sukses, maka individu tersebut juga memiliki kemampuan untuk melakukannya dengan baik. Pengamatan individu terhadap kegagalan yang dialami individu lain meskipun telah melakukan banyak usaha menurunkan penilaian individu terhadap kemampuannya

sendiri dan mengurangi usaha individu untuk mencapai kesuksesan. Ada dua keadaan yang memungkinkan keyakinan diri individu mudah dipengaruhi oleh pengalaman individu lain, yaitu kurangnya pemahaman individu tentang kemampuan orang lain dan kurangnya pemahaman individu akan kemampuannya sendiri (Lenz and Shortridge, 2002).

c. Persuasi verbal

Merupakan salah satu cara untuk memperkuat keyakinan seseorang bahwa mereka memiliki sesuatu untuk meraih keberhasilan. Individu yang diyakinkan secara verbal bahwa ia memiliki kemampuan untuk dapat menguasai suatu tugas, akan mengeluarkan usaha yang lebih besar daripada ketika ia merasa tidak yakin dan memikirkan kekurangannya ketika muncul kesulitan-kesulitan (Bandura dalam Kawuryan, 2007). Tindakan-tindakan yang sifatnya persuasi dalam mempersepsikan keyakinan diri yang dimiliki, membuat individu berusaha dengan cukup keras untuk memperoleh kesuksesan mereka serta mengembangkan keahliannya. Peningkatan keyakinan diri yang tidak realistis terhadap kemampuan pribadi dengan cepat dapat terlihat dengan adanya hasil yang mengecewakan dari usaha seseorang akan tetapi orang-orang yang telah dipersuasi bahwa ia tidak memiliki kemampuan cenderung untuk meng-hindari aktivitas yang sifatnya menantang yang akan menggali potensi yang dimiliki dan dengan cepat menyerah pada saat menemui kesulitan, yang pada akhirnya hanya akan mengurangi keyakinan diri orang tersebut (Bandura dalam Kawuryan, 2007).



d. Kondisi fisik dan emosional

Ketika fisik melakukan aktivitas yang membutuhkan stamina yang kuat, tetapi keadaan fisik merasa jantung berdebar, keringat dingin, mudah lelah, nyeri atau pegal dapat menurunkan keyakinan diri karena merasa fisik tidak mendukung. Untuk meningkatkan keyakinan diri dapat dilakukan dengan menjaga dan meningkatkan status kesehatan fisik. Selain itu keadaan emosi yang mengikuti suatu perilaku atau tindakan akan mempengaruhi keyakinan diri pada situasi saat itu. Emosi takut, cemas, dan stress yang kuat dapat mempengaruhi keyakinan diri namun, bisa juga terjadi peningkatan emosi (yang tidak berlebihan) (Bandura, 1994; Alwisol, 2009).

### 2.3.3 Dimensi Keyakinan Diri

Menurut Bandura (1997) keyakinan diri terdiri dari 3 dimensi.

a. *Magnitude*

Dimensi ini berfokus pada tingkat kesulitan yang dihadapi oleh seseorang terkait dengan usaha yang dilakukan. Dimensi ini berimplikasi pada pemilihan perilaku yang dipilih berdasarkan harapan keberhasilan.

b. *Generality*

Generalitas berkaitan dengan seberapa luas cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan. Berbagai pengalaman pribadi dibandingkan pengalaman orang lain pada umumnya akan lebih mampu meningkatkan keyakinan diri seseorang.

c. *Strength* (Kekuatan)

Dimensi ini berfokus pada bagaimana kekuatan sebuah harapan atau keyakinan individu akan kemampuan yang dimilikinya. Harapan yang lemah bisa di-sebabkan karena adanya kegagalan, tetapi seseorang dengan harapan yang kuat pada dirinya akan tetap berusaha gigih meskipun mengalami kegagalan.

### 2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Keyakinan Diri

Menurut Bandura (1997) tinggi rendahnya keyakinan diri seseorang dalam tiap tugas sangat bervariasi. Hal ini disebabkan oleh adanya beberapa faktor yang berpengaruh dalam mempersepsikan kemampuan diri individu. Menurut Bandura (1997) ada beberapa yang mempengaruhi keyakinan diri.

a. Jenis kelamin

Orang tua sering kali memiliki pandangan yang berbeda terhadap kemampuan laki-laki dan perempuan. Bandura (1997) mengatakan bahwa terdapat perbedaan pada perkembangan, kemampuan, dan kompetensi laki-laki dan perempuan. Ketika laki-laki berusaha untuk sangat membanggakan dirinya, perempuan sering kali meremehkan kemampuan mereka. Hal ini berasal dari pandangan orang tua terhadap anaknya. Orang tua menganggap bahwa wanita lebih sulit untuk mengikuti pelajaran dibanding laki-laki, walaupun prestasi akademik mereka tidak terlalu berbeda. Semakin seorang wanita menerima perlakuan perbedaan gender ini, maka semakin rendah penilaian mereka terhadap kemampuan dirinya. Pada beberapa bidang pekerjaan tertentu para pria memiliki keyakinan diri yang lebih tinggi

dibanding dengan wanita, begitu juga sebaliknya wanita unggul dalam beberapa pekerjaan dibandingkan dengan pria.

b. Usia

Keyakinan diri terbentuk melalui proses belajar sosial yang dapat berlangsung selama masa kehidupan. Individu yang lebih tua cenderung memiliki rentang waktu dan pengalaman yang lebih banyak dalam mengatasi suatu hal yang terjadi jika dibandingkan dengan individu yang lebih muda, yang mungkin masih memiliki sedikit pengalaman dan peristiwa-peristiwa dalam hidupnya. Individu yang lebih tua akan lebih mampu dalam mengatasi rintangan dalam hidupnya dibandingkan dengan individu yang lebih muda, hal ini juga berkaitan dengan pengalaman yang individu miliki sepanjang rentang kehidupannya (Bandura, 1997).

c. Tingkat pendidikan

Keyakinan diri terbentuk melalui proses belajar yang dapat diterima individu pada tingkat pendidikan formal. Individu yang memiliki jenjang yang lebih tinggi biasanya memiliki keyakinan diri yang lebih tinggi, karena pada dasarnya mereka lebih banyak belajar dan lebih banyak menerima pendidikan formal, selain itu individu yang memiliki jenjang pendidikan yang lebih tinggi akan lebih banyak mendapatkan kesempatan untuk belajar dalam mengatasi persoalan-persoalan dalam hidupnya (Bandura, 1997).

d. Pengalaman

Keyakinan diri terbentuk melalui proses belajar yang dapat terjadi pada suatu organisasi ataupun perusahaan dimana individu bekerja.

Keyakinan diri terbentuk sebagai suatu proses adaptasi dan pembelajaran yang ada dalam situasi kerjanya tersebut. Semakin lama seseorang bekerja maka semakin tinggi keyakinan diri yang dimiliki individu tersebut dalam pekerjaan tertentu, akan tetapi tidak menutup kemungkinan bahwa keyakinan diri yang dimiliki oleh individu tersebut justru cenderung menurun atau tetap. Hal ini juga sangat tergantung kepada bagaimana individu menghadapi keberhasilan dan kegagalan yang dialaminya selama melakukan pekerjaan (Bandura, 1997).

### **2.3.5 Penilaian Keyakinan Diri**

Seberapa jauh orang meningkatkan keyakinan diri melalui keberhasilan performansi akan tergantung seberapa besar usaha yang dikeluarkan. Keberhasilan yang diperoleh melalui usaha yang besar memberikan keyakinan diri yang lebih kecil daripada keberhasilan yang diperoleh dengan usaha yang sedikit. Hal ini disebabkan karena performansi yang mudah dicapai memberi kesan tingkat kemampuan diri yang lebih tinggi dari pada prestasi yang diperoleh melalui kerja yang lambat dan berat (Tarsidi, 2007).

Keyakinan diri yang menyebabkan keterlibatan aktif dalam kegiatan mendorong perkembangan kompetensi, sebaliknya ketidakpercayaan diri yang mengarahkan individu untuk menghindari lingkungan dan kegiatan, memperlambat perkembangan potensi dan melindungi persepsi diri yang negatif dari perubahan yang membangun. Penilaian keyakinan diri juga menentukan seberapa besar usaha yang dikeluarkan dan seberapa lama individu bertahan dalam menghadapi rintangan dan pengalaman yang menyakitkan.

Semakin kuat persepsi keyakinan diri semakin giat dan tekun usaha-usahanya. Ketika menghadapi kesulitan, individu yang mempunyai keraguan diri yang besar tentang kemampuannya akan mengurangi usaha-usaha atau menyerah sama sekali. Sedangkan mereka yang mempunyai perasaan keyakinan diri yang kuat menggunakan usaha yang lebih besar untuk mengatasi tantangan. Penilaian kemampuan sangat penting bagi individu, individu yang menilai terlalu tinggi kemampuannya bila melakukan kegiatan yang tidak dapat diraih akibatnya ia mengalami kesulitan untuk menurunkan kredibilitasnya dan menderita kegagalan. Sebaliknya individu yang menilai terlalu rendah kemampuannya akan membatasi dirinya dari pengalaman yang menguntungkan, untuk itu individu harus memperoleh pengetahuan diri berkenaan dengan kemampuan, kecakapan fisik, dan keterampilan untuk mengatasi situasi-situasi yang dijumpainya sehari-hari (Tarsidi, 2007). Keyakinan diri memiliki beberapa indikator menurut Bandura (dalam Aritonang, 2010).

a. Orientasi pada tujuan

Perilaku seseorang dengan keyakinan diri tinggi adalah positif, mengarahkan pada keberhasilan dan berorientasi pada tujuan. Penetapan tujuan pribadi dipengaruhi oleh penilaian diri seseorang pada kemampuannya. Semakin kuat keyakinan diri yang dirasakan, semakin tinggi tujuan yang ingin dicapai dan semakin mantap komitmen pada tujuan.

b. Orientasi kendali kontrol

Letak kendali individu mencerminkan tingkat dimana mereka percaya bahwa perilaku mereka mempengaruhi apa yang terjadi pada mereka.

Beberapa orang percaya bahwa mereka menguasai takdir mereka sendiri dan menerima tanggung jawab pribadi atas apa yang terjadi pada mereka. Ketika menyerahkan mereka untuk membuat tujuan dan mengembangkan rencana tindakan untuk mencapai tujuan secara umum, mereka membangun rasa keyakinan bahwa dirinya bisa berprestasi dalam suatu situasi.

c. Usaha yang dikembangkan dalam suatu situasi

Keyakinan seseorang terhadap kemampuannya menentukan tingkat motivasi seseorang dengan keyakinan yang kuat terhadap kemampuannya, menunjukkan usaha yang lebih besar untuk menghadapi tantangan. Keberhasilan biasanya memerlukan usaha yang terus-menerus.

d. Durasi seseorang bertahan dalam menghadapi hambatan

Semakin kuat keyakinan seseorang terhadap kemampuannya, semakin besar dan tekun usaha mereka. Ketekunan yang kuat biasanya menghasilkan penyelesaian pekerjaan.

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa penilaian keyakinan diri dapat menggunakan indikator yang meliputi orientasi pada tujuan, orientasi kendali kontrol, berapa banyak usaha yang dikembangkan dalam suatu situasi dan berapa lama seseorang akan bertahan dalam menghadapi hambatan.

### 2.3.6 Proses Pembentukan Keyakinan Diri

Menurut Bandura (1994) keyakinan diri terbentuk melalui empat proses, yaitu: kognitif, motivasional, afektif dan seleksi yang berlangsung sepanjang kehidupan.

a. Proses Kognitif

Keyakinan diri mempengaruhi bagaimana pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. Sebagian besar individu akan berpikir dahulu sebelum melakukan sesuatu tindakan, seseorang dengan keyakinan diri yang tinggi akan cenderung berperilaku sesuai dengan yang diharapkan dan memiliki komitmen untuk mempertahankan perilaku tersebut.

b. Proses motivasional

Kemampuan untuk memotivasi diri sendiri dan melakukan perilaku yang mempunyai tujuan didasari oleh aktifitas kognitif. Berdasarkan teori Hubungan antara motivasi, perilaku atau tindakan masa lalu berpengaruh terhadap motivasi seseorang. Seseorang juga dapat termotivasi oleh harapan yang diinginkannya. Disamping itu, kemampuan seseorang untuk mempengaruhi diri sendiri dengan mengevaluasi penampilan pribadinya merupakan sumber utama motivasi dan pengaturan dirinya.

c. Proses afektif

Keyakinan diri juga berperan penting dalam mengatur kondisi afektif. Keyakinan seseorang akan kemampuannya akan mempengaruhi seberapa besar stress atau depresi yang dapat diatasi, seseorang yang percaya bahwa dia dapat mengendalikan ancaman/masalah maka dia tidak akan mengalami gangguan pola pikir, namun seseorang yang percaya bahwa dia tidak dapat mengatasi ancaman maka dia akan mengalami kecemasan yang tinggi.

Keyakinan diri untuk mengontrol proses berpikir merupakan faktor kunci dalam mengatur pikiran akibat stress dan depresi.

d. Proses seleksi

Kemampuan individu untuk memilih aktivitas dan situasi tertentu turut mempengaruhi efek dari suatu kejadian. Individu cenderung menghindari aktivitas dan situasi yang diluar batas kemampuan mereka. Bila individu merasa yakin bahwa mereka mampu menangani suatu situasi, maka mereka cenderung tidak menghindari situasi tersebut. Dengan adanya pilihan yang dibuat, individu kemudian dapat meningkatkan kemampuan, minat, dan hubungan sosial mereka (Bandura, 1997).

### 2.3.7 Mengukur Keyakinan Diri

*Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES)* pada hipertensi merupakan pengukuran keyakinan diri pasien hipertensi yang dikembangkan oleh Ogedegbe pada tahun 2003 yang telah direvisi pada tahun 2008. Instrumen ini terdiri dari 13 item yang menilai kemampuan individu untuk mematuhi obat anti hipertensi yang diresepkan dalam berbagai situasi. Dua belas item pertanyaan tentang keyakinan dalam situasi tertentu (misalnya sibu di rumah, tidak ada gejala, bepergian), dan satu item pertanyaan tentang keyakinan kemampuan klien untuk menjadikan kepatuhan pengobatan sebagai rutinitas sehari-hari. Tidak ada subskala dalam pengukuran keyakinan diri. Instrumen ini menggunakan 4 poin skala likert yaitu sama sekali tidak yakin, sedikit yakin, cukup yakin, dan sangat yakin." Semakin tinggi total skor maka semakin tinggi keyakinan diri pasien. Instrumen ini



khusus untuk pasien hipertensi, pernyataan mudah dimengerti karena merupakan pernyataan positif (Ogedegbe, 2008).

### 2.3.8 Penelitian Sebelumnya

Penelitian sebelumnya yang digunakan oleh peneliti sebagai acuan dalam melaksanakan penelitian.

a. Penelitian Warren, *et al.* (2011)

Penelitian yang berjudul *The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults* ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara keyakinan diri untuk mengelola hipertensi dan enam perilaku perawatan diri hipertensi. Penelitian ini menggunakan metode *cross-sectional*. Pengukuran keyakinan diri menggunakan lima item skala yang telah dimodifikasi dan divalidasi dari pengukuran keyakinan diri untuk mengelola penyakit secara umum hanya dengan mengganti kata “penyakit” dengan “tekanan darah tinggi” pada kuesioner. Sedangkan untuk mengukur enam perilaku perawatan diri hipertensi menggunakan H-SCALE (Hypertension Self-Care Activity Level Effects) yang terdiri dari tiga item pertanyaan untuk mengkaji kepatuhan minum obat, 12 item untuk mengkaji diet rendah garam, dua item untuk mengkaji aktifitas fisik, satu item untuk mengkaji kebiasaan merokok, tiga item mengkaji konsumsi alkohol, dan 10 item untuk mengkaji kepatuhan mengontrol berat badan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa individu yang memiliki keyakinan diri yang baik 1,2 kali lebih patuh terhadap pengobatan, 64% memiliki kepatuhan diet rendah garam lebih tinggi, 27% meningkatkan aktivitas fisik lebih tinggi, 10% prevalensi lebih tinggi untuk tidak merokok, 63% lebih tinggi prevalensi untuk

mengontrol berat badan ideal. Namun pada penelitian ini menunjukkan bahwa keyakinan diri yang baik tidak berpengaruh secara signifikan dalam mengonsumsi alkohol. Serta dari penelitian ini ditemukan bahwa lama menderita hipertensi mempengaruhi keyakinan diri dalam mengontrol tekanan darah. Kekurangan dari penelitian ini karena menggunakan metode *cross-sectional* sehingga tidak dapat mengetahui hubungan keyakinan diri dengan tekanan darah. Sedangkan kelebihan dalam penelitian ini adalah dengan menilai semua enam perilaku perawatan diri hipertensi yang direkomendasikan JNC 7 serta instrumen pengukuran keyakinan diri yang pendek, valid, dan reliabel dan dapat mudah diaplikasikan.

b. Penelitian Shropshire, *et al.* (2012)

Penelitian yang berjudul *Relationship of Blood Pressure Self-Monitoring, Medication Adherence, Self-Efficacy, Stage of Change, and Blood Pressure Control Among Municipal Workers With Hypertension* ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pemantauan tekanan darah mandiri, kepatuhan minum obat, keyakinan diri, tahap perubahan, dan mengontrol tekanan darah di antara para pegawai kota yang memiliki asuransi kesehatan. Metode yang digunakan *cross-sectional* dengan desain korelasional. Instrumen yang digunakan untuk mengukur kepatuhan obat yaitu 8 item *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS). Sedangkan untuk mengukur keyakinan diri, keyakinan seseorang dalam mematuhi regimen pengobatan hipertensi dengan kuesioner *Medication Adherence Self Efficacy Scale* (MASES-R).

Hasil penelitian ini menunjukkan skor rata-rata kepatuhan minum obat adalah 5,99, menunjukkan kepatuhan terhadap pengobatan yang rendah. Skor rata-rata

keyakinan diri dalam penelitian ini adalah 3,47, menunjukkan keyakinan diri sedang. Anehnya, dari partisipan yang menggunakan obat-obatan, partisipan yang memiliki tekanan darah tidak terkontrol memiliki rata-rata skor kepatuhan minum obat lebih tinggi dibandingkan partisipan dengan tekanan darah terkontrol. Hal yang sama juga berlaku untuk keyakinan diri dalam kepatuhan minum obat antara kelompok tekanan darah yang tidak terkontrol dan terkontrol. Suatu hubungan yang signifikan ditemukan antara tahap perubahan dan kepatuhan obat dan keyakinan diri. Korelasi positif yang signifikan juga ditemukan antara kepatuhan minum obat dan keyakinan diri. Usia positif berhubungan dengan keyakinan diri dan kepatuhan pengobatan.

Tahap perubahan, kepatuhan minum obat, dan keyakinan diri tidak memprediksi kontrol tekanan darah, karena penelitian ini memiliki ukuran sampel yang kecil ( $n = 149$ ) dan peserta relatif homogen, beberapa prediktor mungkin belum terdeteksi. Alasan lain tidak menemukan hubungan yang signifikan antara keyakinan diri dan kontrol tekanan darah yaitu instrumen tidak memiliki pertanyaan tentang hambatan potensial seperti biaya pengobatan dan kemampuan untuk mendapatkan obat lagi, persepsi efek samping, dan sifat kronis hipertensi. Hubungan yang kuat ditemukan antara keyakinan diri dan kepatuhan minum obat, menunjukkan bahwa MASES-R bermanfaat dalam sampel ini. Beberapa keterbatasan penelitian ini yaitu instrumen berupa kuesioner kemungkinan jawaban sesuai yang diinginkan partisipan dan bias. Namun, instrumen kuesioner sah dan berharga karena relatif mudah dijalankan dan murah untuk digunakan dalam praktik klinis. Penelitian ini bersifat korelasional sehingga tidak dapat menunjukkan sebab-akibat. Hasil pe-

nelitian hanya dapat menghasilkan informasi tentang apakah ada hubungan antara variabel-variabel dan sejauh mana hubungan itu.

c. Penelitian Fernandez, Senaida, *et al.* (2008)

Penelitian yang berjudul *Revision and Validation of the Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES) in Hypertensive African Americans* ini bertujuan untuk merevisi dan memeriksa validitas *Medication Adherence Self-Efficacy Scale* (MASES) dalam sampel independen. Partisipan penelitian menyelesaikan kuesioner MASES dan kuesioner mengukur kepatuhan obat pada awal dan 3 bulan kemudian. Selain itu, mereka diberi tutup botol pil elektronik dipasang pada botol pil untuk memantau kepatuhan mereka terhadap obat antihipertensi selama penelitian. Partisipan diajarkan untuk menggunakan botol pil elektronik dan diminta untuk menempatkan obat antihipertensi mereka di dalamnya.

Keyakinan diri dinilai dengan MASES (Ogedegbe *et al.* 2003). Skala 26-item yang digunakan untuk menilai keyakinan pasien dalam kemampuan mereka untuk mengambil obat antihipertensi mereka dalam berbagai situasi yang selanjutnya direvisi menjadi MASES-R terdiri dari 13 item, dua belas item tentang kepercayaan diri dalam situasi tertentu (misalnya sibuk di rumah, tidak ada gejala, bepergian), dan satu item menanyakan tentang keyakinan kemampuan untuk membuat patuh minum obat bagian dari rutinitas sehari-hari. Tidak ada sub-skala, tetapi skor skala total berkisar dari 1 sampai 4. Kepatuhan minum obat diukur dengan skala empat-item *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS). Pengukuran kepatuhan minum obat secara elektronik dinilai dengan *Medication Event Monitoring System* (MEMS) terdiri

dari botol pil dan tutup elektronik yang memanfaatkan teknologi *microchip* untuk merekam setiap waktu ketika botol pil dibuka dan ditutup.

Hasil penelitian ini menunjukkan MASES-R berkorelasi positif secara signifikan dengan kepatuhan pengobatan elektronik, dan pola yang sama muncul pada kuesioner kepatuhan minum obat (MMAS). Kelebihan penelitian ini dengan menggunakan versi baru dari skala MASES-R mencakup empat pilihan untuk menunjukkan tingkat keyakinan diri, yaitu: "sama sekali tidak yakin," "sedikit yakin," "cukup yakin," dan "sangat yakin" terbukti lebih mudah dipahami oleh pasien. Selain itu, bentuk data kepatuhan terhadap pengobatan yang digunakan dalam penelitian ini untuk validasi skala: kuesioner MMAS dan pemantauan elektronik, yang saat ini dianggap sebagai standar emas penilaian kepatuhan. Salah satu keterbatasan penelitian ini adalah karakteristik sampel (86% perempuan; 62% penghasilan kurang dari \$20.000 per tahun; 77% dengan pendidikan sekolah tinggi atau lebih tinggi; 54% tidak bekerja), membatasi kemampuan untuk menggeneralisasi temuan ke populasi yang lebih luas.

d. Penelitian Setiadi (2014)

Penelitian yang berjudul "Hubungan Keyakinan Diri dengan Kepatuhan Minum Obat pada Lansia Penderita DM Tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Ayah" ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara keyakinan diri dengan kepatuhan minum obat pada lansia dengan penderita dm di wilayah kerja puskesmas ayah. Jenis penelitian yang digunakan *Cross sectional* dilakukan pada 45 responden yang diseleksi dengan teknik *purposive sampling*. Variabel yang diteliti adalah keyakinan diri dan kepatuhan minum obat lansia dengan menggunakan uji

*Chi-square*. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari kuesioner keyakinan diri dan kuisisioner kepatuhan minum obat yang sudah di uji validitas pada penelitian sebelumnya. Kuesioner keyakinan diri diadopsi dari *The Diabetes Management Self-Efficacy Scale* (DMSES) terdiri dari 15 pertanyaan meliputi aspek kognitif, motivasi, afeksi dan seleksi. Sedangkan untuk skala kepatuhan obat terdiri dari satu item pertanyaan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis keyakinan diri responden mayoritas baik sebanyak 27 orang (60%) dan sebagian besar responden patuh minum obat sebanyak 28 orang (62,22%). Uji *Chi-square* sebesar 10,651 dengan nilai *p-value* sebesar 0,003 atau hal ini berarti nilai *P-value* <  $\alpha$  (0,05) menunjukkan ada hubungan signifikan antara keyakinan diri dengan kepatuhan minum obat. Keterbatasan dari penelitian keyakinan diri tidak melalui pengamatan dan wawancara mendalam sehingga hasil penelitian dan keyakinan diri berdasarkan apa yang dirasa sesuai dengan pernyataan yang telah ada tanpa *cross check* lebih lanjut, sehingga bisa saja jawaban tidak sesuai dengan kehidupan sehari-hari.