

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg (Smeltzer, 2002). Menurut Elizabeth J. Corwin (2009), dikatakan hipertensi apabila terjadi tekanan yang abnormal ditemukan dalam 3 kali pengukuran atau lebih. Pada populasi manula, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolic 90 mmHg (Smeltzer, 2002).

Istilah "prahipertensi" adalah tekanan darah antara 120-139 mmHg untuk sistolik dan 80-89 mmHg untuk diastolik (Corwin, 2009). Menurut Suzanne C. Smeltzer (2002), individu dengan hipertensi sering tidak menyadari keadaannya, karena hipertensi jarang menunjukkan gejala yang berarti. Individu yang telah didiagnosis hipertensi membutuhkan pemantauan berkala karena hipertensi merupakan kondisi seumur hidup.

2.1.2 Klasifikasi Tekanan Darah

Berdasarkan tingkat tekanan darah, JNC-7 (2003) mengklasifikasikan menjadi 4 tingkat yaitu, normal, prehipertensi, hipertensi tingkat I, hipertensi tingkat II.

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC-7 (2003)

Kategori	Sistolik	Diastolik
Normal	< 120	< 80
Prehipertensi	120 – 139	80-89
Hipertensi Tingkat I	140 – 159	90-99
Hipertensi Tingkat II	>160	>100

2.1.3 Patogenesis Hipertensi

Penyebab hipertensi tidak diketahui pada sekitar 95% kasus, bentuk hipertensi ini disebut hipertensi primer yang tentunya memiliki proses patogenesis yang kompleks dengan interaksi beberapa variabel dan mungkin pula ada predisposisi genetik. Selain itu juga ada mekanisme-mekanisme lain yang terkait, diantaranya adalah:

2.1.3.1 Ekskresi Natrium dan Air oleh Ginjal

Na^+ akan difiltrasi dalam jumlah besar tetapi akan mengalami transport aktif di semua bagian tubulus kecuali di bagian tipis ansa henle. Pada keadaan normal, 96%-99% Na^+ yang difiltrasi akan direabsorpsi. Karena Na^+ merupakan kation terbanyak dalam cairan ekstraseluler dan karena garam natrium membentuk lebih dari 90% zat terlarut yang secara osmotik aktif dalam plasma dan cairan intersisial, jumlah Na^+ dalam tubuh menentukan volume cairan ekstraseluler (Ganong, 2008).

Rumus dasar tekanan darah adalah curah jantung dikali tahanan perifer, jika terjadi peningkatan tahanan perifer total, maka akan meningkatkan tekanan darah. Bila ginjal berfungsi normal, ginjal akan merespon kenaikan ini dengan dengan pressure dieresis dan pressure natriuresis. Dalam beberapa jam setelah kenaikan tekanan darah akut, ginjal akan terus meningkatkan ekskresi air dan garam sampai tekanan darah kembali ke rentang normal. Mekanisme ini bisa terjadi jika tidak ada peningkatan tahanan vaskuler dalam ginjal. Namun jika peningkatan tahanan perifer juga mengenai vaskuler ginjal, akan terjadi pergeseran kurva fungsi ginjal ke level tekanan yang lebih tinggi. Fenomena ini merupakan mekanisme dasar dari hipertensi renal. (M. Rasjad, 2007).

Di sisi lain, peningkatan asupan garam (NaCl) juga dapat meningkatkan tekanan darah jauh lebih tinggi dari akibat peningkatan asupan air. Ini terjadi karena, peningkatan asupan air dapat segera diekskresi oleh ginjal, sedangkan ekskresi garam tidak semudah itu. Timbunan garam dalam tubuh secara tidak langsung juga meningkatkan volume cairan tubuh melalui peningkatan osmolaritas cairan ekstrasel yang merangsang pusat haus sehingga meningkatkan asupan air melalui minum untuk mengembalikan kadar garam ekstrasel ke normal. Hal ini menyebabkan kenaikan volume cairan ekstrasel. Dan melalui peningkatan osmolaritas cairan ekstrasel akibat kelebihan garam juga merangsang sekresi ADH hipofise posterior. Selanjutnya

ADH akan meningkatkan reabsorpsi air di tubulus renalis sehingga menurunkan volume urine dan meningkatkan cairan ekstrasel tubuh. (M. Rasjad, 2007).

2.1.3.2 Kepekaan Baroreseptor

Baroreseptor adalah reseptor regang di dinding jantung dan pembuluh darah. Reseptor sinus karotikus dan arkus aorta memantau sirkulasi arteri. Reseptor juga terletak di dinding atrium kanan dan kiri pada tempat masuk vena cava superior dan inferior serta vena pulmonalis, juga di sirkulasi paru. Reseptor di bagian tekanan rendah ini disebut sebagai reseptor kardiopulmonal. Baroreseptor dirangsang oleh regangan struktur tempat dia berada sehingga baroreseptor itu melepas impuls dengan kecepatan tinggi ketika tekanan dalam struktur ini meningkat. Serabut aferennya melintasi nervus glossofaringeus dan vagus ke medula oblongata. Kebanyakan serabut ini berakhir ke nukleus traktus solitaires (NTS) dan neurotransmitter eksitatorik yang dikeluarkannya. Mungkin adalah glutamate. Proyeksi eksitatorik, mungkin bersifat glutaminergik, berjalan dari NTS ke medula ventrolateral intermedia dan kaudal, tempat proyeksi itu merangsang neuron inhibitorik penghasil-GABA yang berproyeksi ke medula ventrolateral rostral. Proyeksi eksitatorik yang mungkin bersifat polineural juga berjalan dari NTS ke neuron motorik vagus di nucleus motorik dorsal dan nucleus ambiguus. Jadi, peningkatan pelepasan impuls baroreseptor menghambat pelepasan impuls tonik saraf vasokonstriktor dan menggiatkan persarafan vagus

jantung yang menyebabkan vasodilatasi, venodilatasi, penurunan tekanan darah, bradikardia, dan penurunan curah jantung. (Ganong, 2008).

Kegagalan pertama pada sistem pengendalian tekanan darah adalah karena tidak berfungsinya refleks baroreseptor ataupun refleks kemoreseptor, sehingga pusat vasomotor di batang otak menjadi hiperaktif. Dan melalui saraf simpatis ke jantung, akan mempengaruhi isi sekuncup dan denyut jantung atau frekuensinya dan di lain pihak pada pembuluh darah menyebabkan perubahan diameter, sehingga tahanan perifer meningkat. Meningkatnya tekanan darah ini dapat berupa kenaikan sistolik dan/atau disertai kenaikan tekanan diastolik. Dan kenaikan tekanan darah ini kemudian memberikan dampak pada perubahan fungsi sekresi renin-angiotensin dengan segala akibatnya.

2.1.3.3. Sekresi Renin

Selain melalui peningkatan absorbs Na^+ dan air. Ginjal juga bisa mengendalikan tekanan darah dengan sistem renin-angiotensi-aldosteron (M. Rasjad, 2007). Ketika terjadi penurunan tekanan darah, ginjal akan menyekresikan enzim renin yang kemudian dalam darah akan merubah angiotensin menjadi angiotensin I dengan efek vasokonstriksi yang lemah, kemudian angiotensin I akan berubah menjadi angiotensin II dengan melepas dua gugus amino, angiotensin II ini memiliki efek vasokonstriksi yang lebih tinggi. Karena efek vasokontriksi yang

diberikan oleh angiotensin inilah, maka tahanan perifer pembuluh darah lebih tinggi sehingga terjadi peningkatan tekanan darah. Jika terjadi hipertensi, maka sekresi renin oleh ginjal akan terhenti atau dikurangi (M. Rasjad, 2007).

Ginjal juga dapat melakukan pengendalian tekanan darah melalui sekresi aldosteron oleh angiotensin II, aldosteron ini akan meningkatkan reabsorpsi Na^+ dan air di ginjal, sehingga volume urine yang dihasilkan akan sedikit dan cairan ekstraseluler tinggi. Hasilnya adalah terjadi peningkatan tekanan darah. (M. Rasjad, 2007).

2.1.4 Gejala Klinis Hipertensi

Sebagian besar tanpa disertai gejala yang mencolok dan manifestasi klinis timbul setelah mengetahui hipertensi bertahun-tahun berupa: nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat tekanan darah intrakranium. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina karena hipertensi. Ayunan langkah tidak mantap karena kerusakan susunan syaraf. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus. Edema dependen akibat peningkatan tekanan kapiler (Elizabeth J. Corwin, 2001).

Gejala lain adalah sakit kepala, epistaksis, marah, telinga berdengung, rasa berat ditengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang dan pusing, perasaan berputar serasa ingin jatuh, detak jantung terasa cepat (Mansjoer, dkk, 2001). Pada survei hipertensi di Indonesia oleh Sugiri, dkk (1995), tercatat gejala-gejala sebagai berikut : pusing, mudah marah, telinga berdengung, sesak nafas, rasa berat di tengkuk, mudah

lelah dan mata berkunang-kunang serta sukar tidur merupakan gejala yang banyak dijumpai.

Terdapat pula gejala lain akibat komplikasi hipertensi seperti gangguan penglihatan, gangguan saraf, gejala gagal jantung, dan gejala lain akibat gangguan fungsi ginjal sering di jumpai. Gagal jantung dan gangguan penglihatan banyak dijumpai pada hipertensi maligna, yang umumnya disertai pula dengan gangguan pada ginjal bahkan sampai gagal ginjal. Gangguan cerebral akibat hipertensi dapat merupakan kejang atau gejala-gejala akibat pendarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan, gangguan kesadaran bahkan sampai koma (Theodosa, 2000).

2.1.5 Jenis- Jenis Hipertensi

Berdasarkan penyebab, hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu hipertensi esensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya dijumpai lebih kurang 90 % dan hipertensi sekunder yang penyebabnya diketahui yaitu 10 % dari seluruh hipertensi (Gunawan, 2005).

Menurut Sunarta Ann dan peneliti lain, berdasarkan penyebabnya hipertensi dapat dikelompokkan dalam dua kategori besar, yaitu: hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer artinya hipertensi yang belum diketahui penyebabnya dengan jelas. Berbagai faktor yang diduga turut berperan sebagai penyebab hipertensi primer seperti bertambahnya umur, stress psikologis, dan hereditas (keturunan). Sekitar 90 % pasien hipertensi diperkirakan termasuk dalam kategori ini. Pengobatan hipertensi primer sering dilakukan adalah membatasi

konsumsi kalori bagi mereka yang kegemukan (obes), membatasi konsumsi garam, dan olahraga. Obat antihipertensi mungkin pula digunakan tetapi kadang-kadang menimbulkan efek samping seperti meningkatnya kadar kolesterol, menurunnya kadar natrium (Na) dan kalium (K) didalam tubuh dan dehidrasi.

Hipertensi sekunder artinya penyebab boleh dikatakan telah pasti yaitu hipertensi yang diakibatkan oleh kerusakan suatu organ. Yang termasuk hipertensi sekunder seperti: hipertensi jantung, hipertensi penyakit ginjal, hipertensi penyakit jantung dan ginjal, hipertensi diabetes melitus, dan hipertensi sekunder lain yang tidak spesifik (Kaplan, 1998).

2.1.6 Penatalaksanaan Hipertensi

2.1.6.1 Tatalaksana Terapi Farmakologi

Selain cara pengobatan nonfarmakologis, penatalaksanaan utama hipertensi primer adalah dengan obat. Keputusan untuk mulai memberikan obat antihipertensi berdasarkan beberapa faktor seperti derajat peninggian tekanan darah, terdapatnya kerusakan organ target dan terdapatnya manifestasi klinis penyakit kardiovaskuler atau faktor risiko lain.

Terapi dengan pemberian obat antihipertensi terbukti dapat menurunkan sistole dan mencegah terjadinya stroke pada pasien usia 70 tahun atau lebih. Menurut Arif Mansjoer, penatalaksanaan dengan obat antihipertensi bagi sebagian besar pasien dimulai dengan dosis rendah kemudian ditingkatkan secara titrasi sesuai umur dan kebutuhan.

Dikenal 5 kelompok obat lini pertama yang lazim digunakan untuk pengobatan awal hipertensi yaitu: diuretik, penyekat reseptor beta adrenergik (β -bloker) penghambat *angiotensin-converting enzyme* (*ace-inhibitor*, penghambat reseptor angiotensin (*angiotensin-receptor blocker*, arb), antagonis kalsium (nafrialdi, 2012).

Pada JNC VII, Penyekat reseptor alfa adrenergik (α -bloker) tidak dimasukkan dalam kelompok obat lini pertama. Sedangkan pada JNC sebelumnya termasuk lini pertama. Selain itu dikenal juga kelompok obat yang dianggap lini kedua yaitu: penghambat saraf adrenergik, agonis α -2 sentral dan, vasodilator (Nafrialdi, 2012).

Terapi yang optimal harus efektif selama 24 jam dan lebih disukai dalam dosis tunggal karena kepatuhan lebih baik, lebih murah dan dapat mengontrol hipertensi terus menerus dan lancar, dan melindungi pasien terhadap risiko dari kematian mendadak, serangan jantung, atau stroke akibat peningkatan tekanan darah mendadak saat bangun tidur. Sekarang terdapat pula obat yang berisi kombinasi dosis rendah 2 obat dari golongan yang berbeda. Kombinasi ini terbukti memberikan efektifitas tambahan dan mengurangi efek samping.

Setelah diputuskan untuk untuk memakai obat antihipertensi dan bila tidak terdapat indikasi untuk memilih golongan obat tertentu, diberikan diuretik atau beta bloker. Jika respon tidak baik dengan dosis penuh, dilanjutkan sesuai dengan

algoritma. Diuretik biasanya menjadi tambahan karena dapat meningkatkan efek obat yang lain. Jika tambahan obat yang kedua dapat mengontrol tekanan darah dengan baik minimal setelah 1 tahun, dapat dicoba menghentikan obat pertama melalui penurunan dosis secara perlahan dan progresif.

2.1.6.2 Tatalaksana Terapi Non Farmakologi

Pasien dengan prehipertensi dan hipertensi harus melakukan modifikasi gaya hidup yang dapat dilihat pada tabel.

Tabel 2.2 Rekomendasi Modifikasi Gaya Hidup untuk Pasien Hipertensi menurut

		JNC 7	
Modifikasi Gaya Hidup	Rekomendasi	Rata- rata	Penurunan TDS
Penurunan berat badan	Pertahankan berat badan normal (Body Mass Index 18,5 – 24,9 kg/m ²)	5 – 20	mmHg/10 kg
<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension eating plan</i>	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 etanol seperti 24 oz beer, 10 oz	2-4	mmHg

wine, 3 oz 80 proof whiskey)
pada laki-laki dan ≤ 1 gelas/hari
pada wanita

(Chobanian *et al*, 2003)

Hal-hal di atas direkomendasikan oleh JNC7 untuk mengurangi tekanan darah sistolik (TDS) pada pasien hipertensi dan mencegah terjadinya hipertensi pada pasien prehipertensi. Pada pasien hipertensi yang mengkonsumsi suatu macam obat antihipertensi dapat melakukan pembatasan intake natrium dan berat badan untuk mengurangi penggunaan obat (Dipiro *et al.*, 2005).

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi dari hipertensi yang terberat dapat mengakibatkan terjadinya kematian yang tiba-tiba. Penyebab dari kematian tersebut adalah penyakit-penyakit komplikasi hipertensi yang mengenai jantung, ginjal (gagal ginjal) dan otak (stroke). Yang paling sering terjadi sebagai akibat dari komplikasi hipertensi antara lain, yaitu :

2.1.7.1 Komplikasi Pada Jantung

Apabila hipertensi berlangsung secara terus menerus, maka dapat terjadi komplikasi penyakit jantung hipertensi. Penyakit jantung hipertensi adalah penyakit komplikasi jantung yang diterapkan untuk menyebutkan penyakit jantung secara keseluruhan, mulai dari left ventricle hyperthrophy (LVH) atau hipertrofi ventrikel kiri (HVK), aritmia jantung, penyakit jantung koroner, dan penyakit jantung kronis, yang disebabkan karena peningkatan tekanan darah, baik secara langsung maupun tidak

langsung (Braverman, E.R. 2009). jantung akan mengalami hipertrofi ventrikel kiri akibat Sebagai kompensasi dari beban kerja yang berat, akhirnya ruang ventrikel kiri dapat berdilatasi dan terjadi gagal jantung kiri ataupun gagal jantung kongestif.

Pemeriksaan penunjang untuk komplikasi hipertensi yang menyebabkan penyakit jantung dapat digunakan pemeriksaan radiologi, laboratorium, elektrokardiogram dan ekokardiografi. Pada pemeriksaan radiologi rontgen posisi postero-anterior terlihat pembesaran jantung ke kiri, elongasi aorta pada hipertensi yang kronis dan tanda-tanda bendungan pembuluh paru pada stadium payah jantung hipertensi (Arjatmo T, Hendra.U. 2004). Pada gambaran radiologis, keadaan awal batas kiri bawah jantung menjadi bulat karena hipertrofi konsentrik ventrikel kiri. Pada keadaan lanjut, apeks jantung membesar ke kiri dan bawah. *Aortic knob* membesar dan menonjol disertai klasifikasi. Aorta ascenden dan descenden melebar dan berkelok (pemanjangan aorta/elongasio aorta) (Peter L. 2004).

Pengobatan pasien dengan penyakit jantung hipertensi terbagi dalam dua kategori pengobatan dan pencegahan tekanan darah yang tinggi dan pengobatan penyakit jantung hipertensi. Tekanan darah ideal adalah kurang dari 140/90 pada pasien tanpa penyakit diabetes dan penyakit ginjal kronik dan kurang dari 130/90 pada pasien dengan penyakit diatas jantung hipertensi. Berbagai macam strategi pengobatan penyakit jantung hipertensi: pengaturan diet, olahraga teratur, penurunan berat badan, dan

obat-obatan untuk hipertensi, gagal jantung sekunder karena disfungsi diastolik dan sistolik, coronary artery disease, dan aritmia.

Selain penyakit jantung hipertensi, Angina pectoris, infark myocardium juga dapat terjadi karena adanya kebutuhan oksigen yang tidak seimbang dengan suplay oksigen. (Issebacher, 1999).

2.1.7.2 Komplikasi pada neurologik

Efek hipertensi pada neurologic yaitu terjadi perubahan pada retina dan disfungsi sistem syaraf pusat. Pada retina terjadi lesi yang sering kali menimbulkan adanya perdarahan, eksudat, papiledema, bahkan kebutaan. Sedangkan pada sistem syaraf pusat sering ditemukan adanya oklusi vaskuler, perdarahan, ensclophaty, infark serebral. (Issebacher, 1999).

2.1.7.3 Komplikasi pada ginjal

Sebagai komplikasi hipertensi pada ginjal, sering ditemukan adanya penurunan tingkat filtrasi glumerulus dan disfungsi tubulus ginjal, proteinuria, hematuria serta gagal ginjal. (Issebacher, 1999).

2.2 Kepatuhan

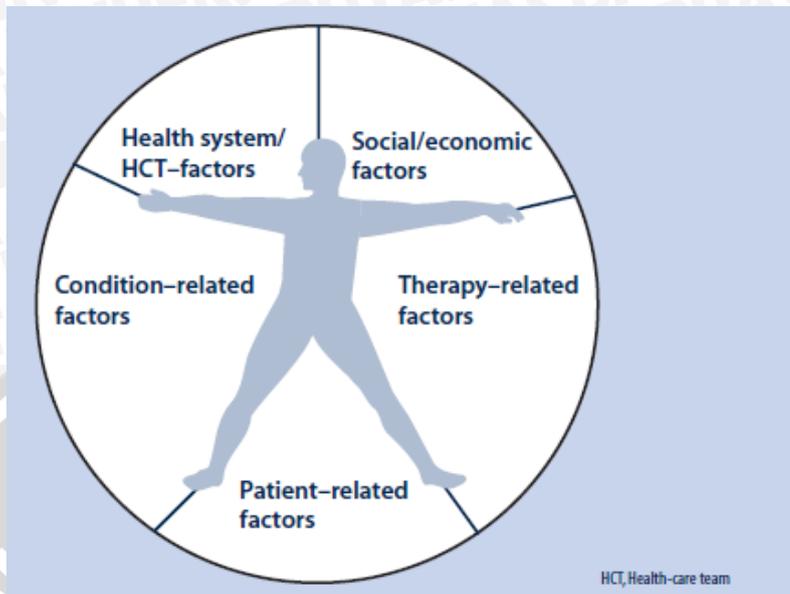
2.2.1 Pengertian kepatuhan

Kepatuhan dapat didefinisikan sebagai suatu perilaku seseorang untuk mengikuti saran medis ataupun kesehatan. Selain itu kepatuhan pada pengobatan berarti bahwa pasien mengerti bagaimana menggunakan pengobatan tersebut, sehingga pasien menjadi cukup termotivasi untuk melakukan pengobatan serta terapi

sesuai cara yang diinginkan (Genaro, 2005). Kepatuhan adalah sejauh mana klien berperilaku (minum obat, pola diet, memodifikasi kebiasaan atau menghadiri klinik untuk *follow up*) sesuai dengan apa yang telah disarankan oleh pemberi pelayanan kesehatan. Kepatuhan merupakan faktor yang paling penting yang dapat mempengaruhi hasil pengobatan. Kepatuhan adalah fenomena yang ditentukan oleh interaksi lima dimensi atau faktor-faktor, factor-faktor tersebut yaitu: faktor sosial dan ekonomi, faktor dari tim kesehatan dan faktor yang berhubungan dengan sistem, faktor terkait kondisi kesehatannya, faktor yang berhubungan dengan terapi, dan faktor terkait pasien (WHO, 2003).

2.2.2 Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan

Menurut WHO (2003) kepatuhan pasien penyakit kronis dipengaruhi oleh 5 dimensi, yaitu: faktor sosial dan ekonomi, faktor dari tim kesehatan dan sistem kesehatan, faktor terkait kondisi kesehatannya, faktor terkait terapi, dan faktor terkait pasien. Hal ini ditunjukkan pada gambar 2.1



Gambar 2.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien Penyakit Kronis

2.2.2.1 Faktor sosial dan ekonomi

Karakteristik klien telah menjadi fokus investigasi berbagai kepatuhan. Faktor-faktor seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status perkawinan, ras, agama, latar belakang etnis, dan perkotaan dibandingkan di kehidupan pedesaan belum pasti dikaitkan dengan kepatuhan (WHO, 2003). Meskipun usia belum pasti berhubungan dengan kepatuhan, prevalensi kognitif dan fungsional gangguan klien lansia ini diketahui meningkatkan risiko ketidakpatuhan.

Meskipun status sosial ekonomi belum secara konsisten telah ditemukan untuk menjadi prediktor independen dari kepatuhan, di negara-negara berkembang status sosial ekonomi rendah dapat menempatkan pasien dalam posisi harus untuk memilih antara prioritas yang

diutamakan. Contohnya lebih memilih untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dari pada datang ke layanan kesehatan untuk berobat.

Beberapa faktor yang dilaporkan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan adalah: status sosial ekonomi yang rendah, kemiskinan, buta huruf, rendahnya tingkat pendidikan, pengangguran, kurangnya dukungan jaringan sosial yang efektif, kondisi hidup yang tidak stabil, jarak yang jauh dari pusat pengobatan, tingginya biaya transportasi, mahalnya harga obat, perubahan situasi lingkungan, budaya dan keyakinan tentang penyakit dan pengobatan, dan disfungsi keluarga. Beberapa penelitian telah melaporkan bahwa faktor organisasional lebih terkait dengan kepatuhan dari sosiodemografi, yang tetapi ini mungkin dapat berbeda dari satu tempat dengan tempat yang lain.

Dukungan keluarga dalam pengobatan pasien hipertensi sangat dibutuhkan. Hal ini berkaitan dengan pembiayaan pengobatan yang diperlukan dan bantuan untuk kelanjutan pengobatan (WHO, 2003). Menurut Friedman (1998), Fungsi keluarga dalam aspek ekonomi dan perawatan kesehatan disebut fungsi instrumental. Dukungan instrumental yang dapat diberikan kepada pasien hipertensi meliputi penyediaan waktu dan fasilitas yang berhubungan dengan terapi seperti penyediaan diet atau makanan pasien

hipertensi dan juga sarana untuk olahraga. Selain itu juga dapat melalui pembiayaan terhadap biaya perawatan dan pengobatan, sarana transportasi untuk pasien berobat, dan lain sebagainya.

Usia merupakan faktor yang dilaporkan mempengaruhi kepatuhan, tapi hal ini tidak konsisten. Faktor usia harus dievaluasi secara terpisah untuk setiap kondisi, dan, jika mungkin, berdasarkan karakteristik pasien dan berdasarkan kelompok umur perkembangan (tergantung pada orang tua, remaja, dewasa dan pasien usia lanjut anak-anak) (WHO, 2003).

2.2.2.2 Faktor terkait tim kesehatan dan sistem kesehatan

Penelitian tentang hubungan faktor dari tim kesehatan dan faktor yang berhubungan dengan sistem kesehatan dan kepatuhan pasien masih sedikit dilakukan. Padahal hubungan pasien-penyedia layanan yang baik dapat meningkatkan kepatuhan (WHO, 2003). Ada banyak faktor terkait tim kesehatan dan faktor yang berhubungan dengan system kesehatan yang memiliki efek negatif terhadap kepatuhan pasien. ini termasuk pelayanan kesehatan yang kurang memadai, tidak adanya asuransi kesehatan, sistem distribusi obat yang buruk, kurangnya pengetahuan dan pelatihan bagi penyedia layanan kesehatan pada pengelolaan penyakit kronis, penyedia layanan kesehatan bekerja terlalu keras,

kurangnya insentif dan umpan balik bagi kinerja, waktu konsultasi yang singkat, dll.

Sebuah studi yang dilakukan oleh Albaz di Arab Saudi menyimpulkan bahwa dari variable sistem yang terkait (waktu yang dihabiskan dengan dokter, kesinambungan perawatan dengan dokter, gaya komunikasi dokter dan gaya interpersonal dokter) jauh lebih penting daripada variabel sosiodemografi (jenis kelamin, status perkawinan, usia, pendidikan tingkat dan status kesehatan) dalam mempengaruhi kepatuhan klien.

Menurut Mwangi (2012), suatu kualitas pelayanan kesehatan secara umum dinilai dengan mengukur tingkat kepuasan pasien atas pelayanan kesehatan tersebut. literatur menjelaskan kepuasan sebagai gagasan psikologis di mana konsumen mencerminkan tingkat kesenangan pasien atas layanan yang diterimanya. Menilai kepuasan pasien sangat penting dalam pelaksanaan perbaikan yang berkesinambungan dalam pengaturan medis. Pasien tidak puas cenderung untuk tidak mematuhi rekomendasi pengobatan, sering beralih dokter dan fasilitas kesehatan. Menilai kepuasan pasien digunakan sebagai umpan balik pada layanan kesehatan, apakah intervensi yang mereka lakukan sudah baik atau belum.

2.2.2.2.1 Faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien atas penyedia layanan kesehatan

Menurut Mwangi (2012), kepuasan pasien atas penyedia layanan kesehatan didasarkan pada hasil pengkajian subjektif pasien atas dimensi pelayanan yang dirasakannya. Dimensi ini dikategorikan menjadi 2, yaitu dimensi akses terhadap layanan kesehatan dan dimensi ketrampilan interpersonal tenaga kesehatan. Dimensi terhadap akses pelayanan kesehatan meliputi: lama waktu tunggu, kenyamanan letak poliklinik, sulit tidaknya datang ke fasilitas pelayanan, dan lama waktu konsultasi. Sedangkan komponen interpersonal tenaga kesehatan meliputi : tenaga kesehatan memberikan *privacy*, perilaku tenaga kesehatan yang baik, tenaga kesehatan menjelaskan apa yang telah dilakukan, tenaga kesehatan yang terampil, dan penilaian atas kunjungan secara keseluruhan.

2.2.2.2.2 Cara Pengukuran Kepuasan Pasien

Suatu pendekatan umum untuk menentukan kepuasan adalah dengan mengaitkannya dengan keinginan konsumen atau tujuan dan sejauh mana harapan pasien terpenuhi setelah tahap konsumsi.

Layanan dianggap berkualitas setiap kali persepsi melebihi harapan pengguna. Penilaian kepuasan terhadap pelayanan kesehatan ini bersifat sangat subjektif (Mwangi,2012). Kepuasan pasien ini secara umum dikategorikan sebagai komponen akses terhadap layanan kesehatan dan komponen interpersonal tenaga kesehatan.

Kepuasan pasien atas penyedia layanan kesehatan diukur menggunakan *Visit-Specific Satisfaction questionnaire* atau VSQ-9 yang telah dimodifikasi oleh Mwangi di Kenya sehingga lebih dapat diaplikasikan di Negara-negara berkembang. Kuesioner ini terdiri dari 9 poin yang terdiri dari 3 komponen yaitu komponen akses terhadap layanan kesehatan, komponen interpersonal tenaga kesehatan dan penilaian atas kunjungan secara keseluruhan. Komponen akses terhadap layanan kesehatan meliputi: lama waktu tunggu, kenyamanan letak poliklinik dinilai dari pintu masuk rumah sakit, kemudahan dalam mencapai layanan kesehatan, dan lama waktu konsultasi. sedangkan komponen interpersonal tenaga kesehatan meliputi: tenaga kesehatan yang memberikan *privacy* kepada pasien, perangai tenaga kesehatan yang baik (menghargai pasien, ramah, sopan, peka),

tenaga kesehatan menjelaskan tindakan yang dilakukannya, dan *skill* tenaga kesehatan (berkompeten, kehati-hatian, teliti dan menyeluruh. Komponen penilaian atas kunjungan secara keseluruhan terdiri atas 1 pertanyaan yaitu penilaian pasien atas kunjungannya secara keseluruhan. Kemudahan dalam mencapai layanan kesehatan akan dikeluarkan dari daftar pertanyaan yang akan ditanyakan kepada pasien, hal ini dikarenakan pada teori kepatuhan pasien menurut WHO 2003, kemudahan dalam mencapai layanan kesehatan atau jarak ke layanan kesehatan dan tersedianya biaya untuk pergi ke layanan kesehatan termasuk ke dalam faktor ekonomi dan sosial yang mempengaruhi kepatuhan. Dalam kuesioner ini pasien diminta untuk melakukan penilaian atas layanan kesehatan yang diterimanya. Penilaian ini dibagi menjadi 5 kategori yaitu buruk, cukup baik, baik, sangat baik, dan sangat baik sekali.

2.2.2.3 Faktor Terkait Kondisi Kesehatan

Setiap penyakit memiliki gejala dan tanda-tanda yang berbeda. Dengan menggunakan tanda dan gejala inilah tenaga kesehatan dapat memberikan perawatan yang optimal. Selain itu tanda dan gejala ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi dan

mengobati penyakit penyerta yang mempengaruhi kepatuhan. Contohnya yaitu tingginya angka depresi pada pasien dengan penyakit kronis yang mempengaruhi kepatuhan pasien. Dengan diketahuinya hal ini, konseling kepatuhan harus disertai dengan skrining tingkat depresi pada pasien.

Faktor terkait kondisi kesehatan menunjukkan tuntutan khusus yang berkaitan dengan penyakit yang dihadapi oleh pasien. Beberapa faktor yang kuat sebagai penentu kepatuhan adalah yang berkaitan dengan tingkat keparahan gejala, tingkat kecacatan (fisik, psikologis, sosial dan dll), laju perkembangan dan keparahan penyakit, dan ketersediaan perawatan yang efektif. Dampak dari faktor-faktor tersebut tergantung pada bagaimana faktor tersebut mempengaruhi persepsi risiko pasien, pentingnya kontrol, dan prioritas hal yang akan dipatuhi.

2.2.2.4 Faktor Terkait Terapi

Ada banyak faktor terkait terapi yang mempengaruhi kepatuhan. Faktor yang paling menonjol adalah yang berkaitan dengan kompleksitas durasi, rejimen pengobatan medis, kegagalan pengobatan sebelumnya, perubahan pengobatan yang sering, efek obat yang menguntungkan, efek samping, dan ketersediaan dukungan medis untuk menangani mereka. Faktor terkait terapi yang mempengaruhi tingkat kepatuhan terhadap terapi antihipertensi termasuk dosis, frekuensi, efek samping, durasi terapi, beban pil, dan sifat asimtomatik hipertensi (Takiya *et al*, 2004). Kepuasan pengobatan adalah hasil penilaian yang

diberikan pasien dari proses pengambilan obat dan hasil yang terkait dari pengobatan (Richard dan Anne, 2004).

Faktor yang mempengaruhi kepuasan pengobatan pasien yaitu keefektifan obat, efek samping obat, dan kenyamanan obat. Pasien meminum obat untuk mengurangi gejala dan untuk mencapai penyembuhan. Pada pengobatan hipertensi, jenis obat yang diminum bervariasi dan tiap penderita berbeda-beda, manfaat serta respon setiap penderita pun bisa berbeda terhadap satu jenis obat hipertensi. Oleh karena itu, faktor kepuasan utama seseorang melibatkan sejauh mana obat yang diminum berkhasiat dan efektif membantu dalam mengurangi gejala.

Efektivitas pengobatan juga meliputi tentang keseluruhan khasiat obat dan kemampuan mengurangi gejala. Untuk kebanyakan penyakit dan obat, diharapkan keberhasilan sejauh mana obat mampu menyembuhkan gejala sebab hal tersebut menjadi hal yang paling penting penentu kepuasan terhadap obat-obatan (Richard dan Anne, 2004).

2.2.2.5 Faktor Terkait Pasien

Beberapa faktor terkait pasien yang dilaporkan mempengaruhi kepatuhan adalah: pelupa, stres psikososial; kecemasan tentang efek samping yang mungkin terjadi; motivasi rendah, pengetahuan yang tidak memadai dan keterampilan dalam mengelola gejala penyakit dan pengobatan; kurangnya kesadaran diri terhadap kebutuhan perawatan, kurangnya efek yang dirasakan dari pengobatan; keyakinan negatif tentang

kemanjuran pengobatan, kesalahpahaman dan tidak ada penerimaan terhadap penyakit; percaya diagnosis; kurangnya persepsi risiko kesehatan yang berhubungan dengan penyakit; kesalahpahaman instruksi pengobatan, kurangnya penerimaan pemantauan; harapan pengobatan rendah; konseling, motivasi, perilaku, atau psikoterapi kelas; putus asa dan perasaan negatif; frustrasi dengan penyedia layanan kesehatan, takut ketergantungan; kecemasan atas kompleksitas rejimen obat, dan perasaan stigmatisasi penyakit. Persepsi kebutuhan pribadi untuk obat dipengaruhi dengan gejala, harapan dan pengalaman dan dengan kognisi penyakit.

Hambatan utama yang termasuk dalam faktor yang terkait pasien berhubungan dengan kurangnya informasi dan ketrampilan pasien, hal ini dikarenakan hal-hal tersebut berhubungan dengan manajemen diri pasien, kesulitan dalam memotivasi dan keberhasilan diri, dan kurangnya dukungan untuk perubahan perilaku. Hambatan ini akan sangat lebih berpengaruh pada penyakit-penyakit yang membutuhkan perubahan perilaku dan penggunaan obat. WHO menyatakan pentingnya mendukung upaya manajemen diri pasien. Tenaga kesehatan di sini berperan penting dalam meningkatkan pengetahuan dan informasi pasien serta meningkatkan rasa optimis dan memotivasi pasien untuk mendorong kepatuhan yang baik dan berkelanjutan.