

**EFEKTIVITAS HOME PHARMACY CARE DALAM MENINGKATKAN  
PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN TERHADAP PENGOBATAN PASIEN  
HIPERTENSI (Studi Dilakukan Hingga Akhir Bulan Ke-3)**

**TUGAS AKHIR**

**Untuk Memenuhi Persyaratan  
Memperoleh Gelar Sarjana Farmasi**



Oleh :

Hilliyah Diana

NIM 145070500111003

**PROGRAM STUDI FARMASI  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG**

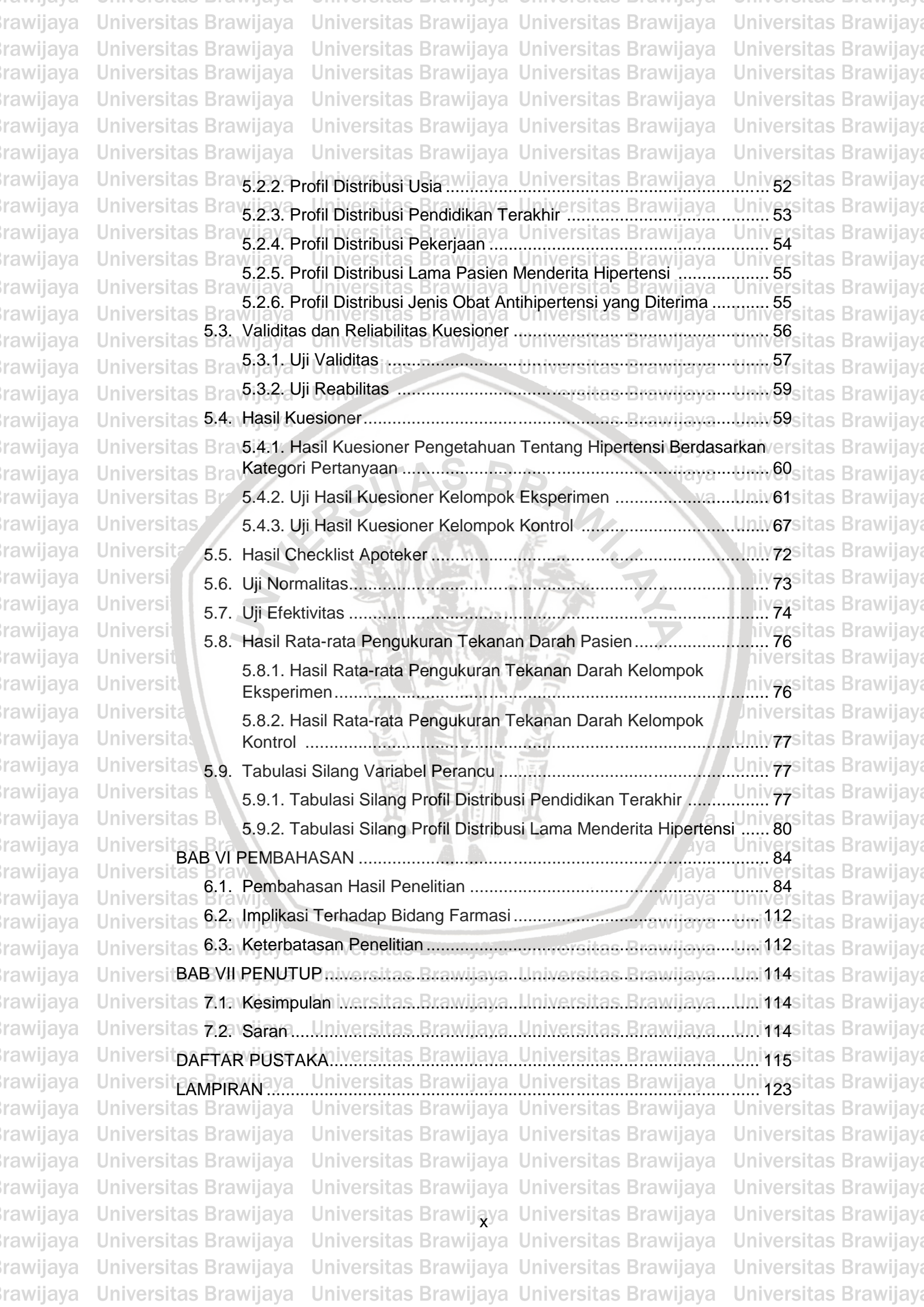
**2018**

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Persetujuan .....	ii
Halaman Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iii
Kata Pengantar.....	iv
Abstrak.....	vi
Abstract.....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran.....	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	5
1.3. Tujuan Penelitian.....	5
1.4. Manfaat Penelitian.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1. Definisi Hipertensi.....	7
2.2. Etiologi.....	7
2.3. Patofisiologi.....	8
2.4. Klasifikasi.....	9
2.5. Penatalaksanaan.....	10
2.6. Faktor Resiko.....	16
2.7. Komplikasi.....	19
2.8. Diagnosis.....	21
2.9. Gejala Klinis.....	22
2.10. <i>Home Pharmacy Care</i> .....	22
2.10.1. Definisi <i>Home Pharmacy Care</i> .....	22
2.10.2. Tujuan <i>Home Pharmacy Care</i> .....	23
2.10.3. Manfaat <i>Home Pharmacy Care</i> .....	23
2.10.4. Peran Apoteker.....	24
2.11. Konseling.....	26



2.10.1. Definisi Konseling.....	26
2.10.2. Tujuan Konseling.....	26
2.10.3. Manfaat Konseling.....	27
2.12. Pengetahuan.....	28
2.10.1. Definisi Pengetahuan.....	28
2.10.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	28
2.10.1. Retensi Pengetahuan.....	29
2.13. Kepatuhan.....	30
2.10.1. Definisi Kepatuhan.....	30
2.10.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan.....	31
<b>BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....</b>	<b>33</b>
3.1. Kerangka Konsep.....	33
3.2. Hipotesis Penelitian.....	35
<b>BAB IV METODE PENELITIAN.....</b>	<b>36</b>
4.1. Rancangan Penelitian.....	36
4.2. Populasi dan Sampel Penelitian.....	36
4.2.1. Populasi.....	36
4.2.2. Sampel.....	37
4.3. Kriteria Inklusi.....	37
4.4. Kriteria Eksklusi.....	37
4.5. Teknik Pengambilan Sampel.....	37
4.6. Jumlah Sampel.....	38
4.7. Variabel Penelitian.....	40
4.8. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	40
4.9. Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian.....	40
4.9.1. Uji Validitas.....	42
4.9.2. Uji Reabilitas.....	42
4.10. Definisi Istilah/Operasional.....	43
4.11. Prosedur Penelitian.....	45
4.12. Analisis Data.....	46
<b>BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA.....</b>	<b>50</b>
5.1. Gambaran Umum Penelitian.....	50
5.2. Karakteristik Responden.....	51
5.2.1. Profil Distribusi Jenis Kelamin.....	51



5.2.2. Profil Distribusi Usia .....	52
5.2.3. Profil Distribusi Pendidikan Terakhir .....	53
5.2.4. Profil Distribusi Pekerjaan .....	54
5.2.5. Profil Distribusi Lama Pasien Menderita Hipertensi .....	55
5.2.6. Profil Distribusi Jenis Obat Antihipertensi yang Diterima .....	55
5.3. Validitas dan Reliabilitas Kuesioner .....	56
5.3.1. Uji Validitas .....	57
5.3.2. Uji Reabilitas .....	59
5.4. Hasil Kuesioner .....	59
5.4.1. Hasil Kuesioner Pengetahuan Tentang Hipertensi Berdasarkan Kategori Pertanyaan .....	60
5.4.2. Uji Hasil Kuesioner Kelompok Eksperimen .....	61
5.4.3. Uji Hasil Kuesioner Kelompok Kontrol .....	67
5.5. Hasil Checklist Apoteker .....	72
5.6. Uji Normalitas.....	73
5.7. Uji Efektivitas .....	74
5.8. Hasil Rata-rata Pengukuran Tekanan Darah Pasien.....	76
5.8.1. Hasil Rata-rata Pengukuran Tekanan Darah Kelompok Eksperimen.....	76
5.8.2. Hasil Rata-rata Pengukuran Tekanan Darah Kelompok Kontrol .....	77
5.9. Tabulasi Silang Variabel Perancu .....	77
5.9.1. Tabulasi Silang Profil Distribusi Pendidikan Terakhir .....	77
5.9.2. Tabulasi Silang Profil Distribusi Lama Menderita Hipertensi .....	80
<b>BAB VI PEMBAHASAN .....</b>	<b>84</b>
6.1. Pembahasan Hasil Penelitian .....	84
6.2. Implikasi Terhadap Bidang Farmasi .....	112
6.3. Keterbatasan Penelitian .....	112
<b>BAB VII PENUTUP .....</b>	<b>114</b>
7.1. Kesimpulan .....	114
7.2. Saran.....	114
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>115</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>123</b>



UNIVERSITAS BRAWIJAYA



Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya





**HALAMAN PENGESAHAN**

**TUGAS AKHIR**

**EFEKTIVITAS HOME PHARMACY CARE DALAM MENINGKATKAN  
PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN TERHADAP PENGobatan PASIEN  
HIPERTENSI DI APOTEK KOTA MALANG (STUDI DILAKUKAN HINGGA  
AKHIR BULAN KE-3)**

Oleh:

Hilliyah Diana

NIM: 145070500111003

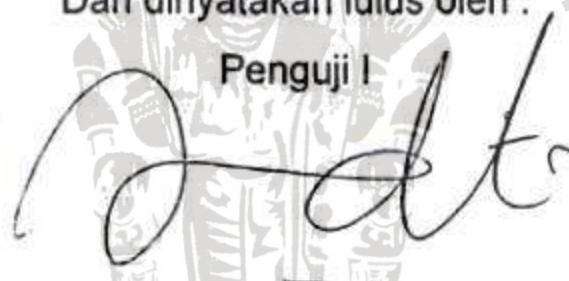
Telah diuji pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 24 Juli 2018

Dan dinyatakan lulus oleh :

Penguji I



Hananditia Rachma P., M.Farm.Klin., Apt.

NIK. 2009128512022001


Penguji II/Pembimbing I



Ayuk Lawuningtyas H., S.Farm., M.Farm., Apt.

NIK. 2012058806102001

Penguji III/Pembimbing II



Ratna Kurnia Illahi, S.Farm., M.Pharm., Apt.

NIK. 2013058412082001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Farmasi



Dr. Dra. Sri Winarsih, M.Si., Apt.

NIP. 195408231981032001



## ABSTRAK

Diana, Hilliyah. 2018. **Efektivitas Home Pharmacy Care dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Kepatuhan Terhadap Pengobatan Pasien Hipertensi di Apotek Kota Malang (Studi Dilakukan Hingga Akhir Bulan Ke-3)**. Tugas Akhir, Program Studi Farmasi, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Ayuk Lawuningtyas H., S.Farm., M.Farm., Apt. (2) Ratna Kurnia Illahi, S.Farm., M.Pharm., Apt.

Pengobatan hipertensi dilakukan dalam jangka waktu yang panjang. Karena hal tersebut, seringkali pasien hipertensi memiliki masalah ketidakpatuhan dalam pengobatannya sehingga menyebabkan pasien sulit mengontrol tekanan darahnya. Pengetahuan pasien akan hipertensi juga dapat mempengaruhi tekanan darah. Peningkatan pengetahuan pasien akan mengarah pada kemajuan berfikir tentang perilaku kesehatan yang lebih baik sehingga berpengaruh terhadap terkontrolnya tekanan darah. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan pasien yaitu *home pharmacy care*. Pemberian konseling dalam *home pharmacy care* menyebabkan pasien lebih paham mengenai penyakit hipertensi. Tujuan penelitian ini yaitu mengetahui efektivitas *home pharmacy care* dalam meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan terhadap pengobatan pasien hipertensi di Apotek Kota Malang hingga akhir bulan ke-3. Penelitian ini merupakan penelitian *true eksperimental* dengan jenis penelitian menggunakan *pre test-post test design*. Sampel penelitian adalah pasien hipertensi di Apotek kota Malang yang dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok kontrol merupakan pasien hipertensi yang mendapatkan konseling oleh apoteker di Apotek dan kelompok eksperimen merupakan pasien hipertensi yang mendapatkan *home pharmacy care*. Instrumen penelitian yang digunakan berupa kuesioner untuk mengukur pengetahuan menggunakan modifikasi *Hypertension Knowledge-Level Scale* dan kuesioner kepatuhan menggunakan *Morisky Medication Adherence Scale* yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya, checklist konseling apoteker sebagai panduan bagi apoteker dalam pelayanan konseling, leaflet untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi pasien, dan *pill box* digunakan untuk membantu pasien dalam mengatur pengobatannya. Hasil analisis statistik menunjukkan nilai signifikansi  $>0,05$  sehingga dapat dinyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan maupun kepatuhan pasien hipertensi kelompok eksperimen dan kelompok kontrol hingga bulan ke-3.

**Kata Kunci:** hipertensi, *home pharmacy care*, *pill box*, pengetahuan, kepatuhan



## ABSTRACT

Diana, Hilliyah. 2018. **Effectiveness of Home Pharmacy Care to Improve Knowledge and Compliance to Treatment of Hypertensive Patients at Pharmacy in Malang (Study Conducted Until The End of 3rd Month)**. Final Assignment, Pharmacy Program, Faculty of Medicine. Supervisors: (1) Ayuk Lawuningtyas H., S.Farm., M.Farm., Apt. (2) Ratna Kurnia Illahi, S.Farm., M.Pharm., Apt.

Treatment of hypertension is long-term use. Because of this, often hypertensive patients have a problem of non-compliance in the treatment that causes the patient difficult to control his blood pressure. The patient's knowledge of hypertension can also affect blood pressure. Improving the patient's knowledge of hypertension will lead to the advancement of thinking about better health behaviors that affect the control of blood pressure. One of the interventions to improve patient knowledge and compliance is home pharmacy care. Providing counseling in home pharmacy care can make patients more understanding about hypertension disease. This study was conducted with the aim to determine the effectiveness of home pharmacy care to improve knowledge and compliance to treatment of hypertensive patients at pharmacy in Malang until the end of 3rd month. Research was conducted by true experimental using pre-test and post-test design. The samples were hypertensive patients at Pharmacy in Malang which divided into two groups that is control and experimental group. In the control group, pharmacist gave counseling to the hypertensive patients and in the experimental group, the hypertensive patients were given home pharmacy care. The research instrument used is a questionnaire to measure knowledge using Hypertension Knowledge-Level Scale modification and compliance questionnaires using Morisky Medication Adherence Scale which has been tested for its validity and reliability, pharmacist counseling checklist as a guide for pharmacists in counseling services, leaflets to facilitate the acceptance of health information for patients, and pill boxes are used to assist patients in regulating their treatment. The result of statistical analysis showed significance value  $>0,05$  so it can be stated that there is no significant difference between knowledge and compliance of hypertensive patient of experimental group and control group until the 3rd month.

**Keywords** : hypertension, home pharmacy care, pill box, knowledge, compliance

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Hipertensi merupakan penyakit kronis yang membutuhkan kontrol yang optimal dan kepatuhan secara terus menerus dalam menjalankan terapinya agar dapat mengurangi risiko terjadinya komplikasi kardiovaskular, serebrovaskular dan ginjal (Lionakis dkk., 2012). Pasien dengan penyakit kronis yang membutuhkan modifikasi gaya hidup dan terapi jangka panjang cenderung memiliki masalah terhadap kepatuhan dalam pengobatannya. Ketidakepatuhan pada pasien hipertensi ini secara potensial dapat meningkatkan morbiditas, mortalitas dan biaya perawatan (Ogedegbe dkk., 2009).

Di Indonesia, hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan dengan prevalensi yang tinggi, yaitu sebesar 25,8%. Selain itu, pengontrolan hipertensi belum adekuat meskipun obat-obatan yang efektif banyak tersedia dan masih banyak pasien hipertensi dengan tekanan darah yang tidak terkontrol serta jumlahnya terus meningkat (Kemenkes RI, 2014). Menurut WHO dan The International Society of Hypertension (ISH), 3 juta penderita hipertensi meninggal setiap tahunnya dari 600 juta penderita hipertensi di seluruh dunia. Diperkirakan 1,56 miliar usia dewasa akan menderita hipertensi pada tahun 2025 (WHO-ISH Hypertension Guideline Committee, 2003). Di Indonesia, menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga prevalensi hipertensi meningkat dari 8,3% pada tahun 1995 menjadi 14% pada tahun 2004. Dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 31,7% dari total penduduk dewasa



(Rahajeng & Tuminah, 2009 ; Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Pada proses pengobatan pasien, banyak masalah yang terjadi khususnya pada penyakit kronis seperti masalah fisiologis yaitu pemakaian obat jangka panjang yang dapat menyebabkan terjadinya efek samping berupa kerusakan-kerusakan organ seperti pada hati, ginjal maupun organ lain.

Masalah psikologis yaitu pemakaian obat jangka panjang membuat pasien penyakit kronis mengalami rasa tertekan dikarenakan pasien diwajibkan untuk mengonsumsi obat setiap hari dan adanya efek samping yang ditimbulkan obat yang dikonsumsi. Hal tersebut merupakan salah satu penyebab pasien penyakit kronis cenderung banyak yang tidak mematuhi proses pengobatan sesuai yang dianjurkan (Lailatusifah, 2012).

Rata-rata kepatuhan pasien pada pengobatan jangka panjang penyakit kronis hanya sebesar 50% di negara maju, sedangkan di negara berkembang kemungkinan akan jauh lebih rendah daripada negara maju. Hal tersebut menjadi penghalang target penurunan tekanan darah dan meningkatkan kemungkinan komplikasi penyakit jantung sehingga menyebabkan banyak pasien hipertensi tidak dapat mengendalikan tekanan darah serta berujung pada kematian pasien (Morisky & Munter, 2009).

Ada beberapa intervensi yang digunakan oleh apoteker untuk meningkatkan kepatuhan pasien. Intervensi yang paling sering dilakukan oleh apoteker dan telah terbukti memiliki tingkat keberhasilan yang signifikan adalah pemberian konseling. Konseling oleh apoteker merupakan salah satu cara yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapinya. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa pemberian konseling oleh

apoteker pada pasien hipertensi berhasil meningkatkan kepatuhan. Konseling pasien secara efektif akan membuat pasien mengerti tentang penyakit yang dialaminya, terapi antihipertensi yang digunakan dan pentingnya modifikasi gaya hidup (Pratiwi, 2011).

Selain itu, salah satu intervensi lain yang dapat meningkatkan kepatuhan pasien yaitu dengan menggunakan *pill box*. *Pill box* merupakan kotak obat yang dapat membantu pasien dalam meningkatkan kepatuhan, membantu pasien untuk memilah obat dan mengatur obat sesuai dengan jadwal minum obat. *Pill box* dapat mengatur pengobatan pasien sehingga dapat meningkatkan kepatuhan pasien terutama geriatri. (Petersen dkk., 2007).

Pelayanan Kefarmasian saat ini telah mengalami perubahan yang semula hanya mengacu kepada pengelolaan obat (*drug oriented*) mulai berkembang menjadi pelayanan yang mengacu kepada pelayanan kesehatan yang ditujukan langsung kepada pasien meliputi pelayanan obat dan pelayanan farmasi klinik yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Pelayanan ini juga memberikan perhatian kepada pasien mengenai kebiasaan pola hidup yang dilakukan oleh pasien, memberikan informasi kepada pasien mengenai pengobatan yang dilakukan oleh pasien, memonitoring hasil mengenai pengobatan yang telah dilakukan oleh pasien, serta kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pengobatan (*medication error*) sehingga target terapi yang diinginkan oleh pasien dapat tercapai. Hal ini telah tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.73 Tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di apotek yang bertujuan melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*) dan agar



masyarakat mendapatkan pelayanan kefarmasian yang terbaik (Kemenkes RI, 2016).

Dari adanya perubahan orientasi pelayanan kefarmasian ini, maka apoteker dituntut untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan perilaku agar dapat melaksanakan interaksi langsung dengan pasien (Menkes RI, 2004). Salah satu aspek pelayanan kefarmasian yang dapat dilakukan oleh apoteker di apotek adalah *home pharmacy care* (Depkes RI, 2008).

*Home pharmacy care* (pelayanan residensial) adalah pelayanan kefarmasian yang diberikan kepada pasien yang dilakukan di rumah dengan adanya persetujuan dari pasien atau keluarga pasien. Pelayanan kefarmasian di rumah terutama untuk pasien yang tidak atau belum dapat menggunakan obat dan atau alat kesehatan secara mandiri, yaitu pasien yang memiliki kemungkinan mendapatkan risiko masalah terkait obat misalnya komorbiditas, lanjut usia, lingkungan sosial, karakteristik obat, kompleksitas pengobatan, kompleksitas penggunaan obat, kebingungan atau kurangnya pengetahuan dan keterampilan tentang bagaimana menggunakan obat dan atau alat kesehatan agar tercapai efek yang terbaik. Hal ini bertujuan agar pasien mendapatkan pelayanan kefarmasian yang optimal (Depkes RI, 2008).

*Home pharmacy care* (pelayanan residensial) merupakan salah satu bagian dari sistem kesehatan dan merupakan salah satu pelayanan kefarmasian yang dilakukan oleh apoteker (Reidt, 2013). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan pelayanan kefarmasian residensial memberikan dampak yang positif terhadap pasien yaitu dapat memberikan

pemahaman lebih kepada pasien tentang penyakit yang dialami pasien dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (Suryani, 2013).

Adanya perbedaan tingkat pengetahuan dari masing-masing individu juga dapat menimbulkan persepsi yang berbeda. Semakin tinggi tingkat pengetahuan individu, maka individu tersebut akan semakin jeli dalam menentukan sesuatu hal (Meliono, 2007). Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan penderita hipertensi dengan terkontrolnya tekanan darah. Peningkatan pengetahuan penderita hipertensi tentang penyakit akan mengarah pada kemajuan berfikir tentang perilaku kesehatan yang lebih baik sehingga berpengaruh terhadap terkontrolnya tekanan darah (Mustaida, 2000).

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk mengetahui efektivitas *home pharmacy care* dalam meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan dalam pengobatan pada pasien hipertensi di Apotek kota Malang hingga akhir bulan ke-3 karena obat antihipertensi digunakan seumur hidup sehingga dapat menurunkan kepatuhan pasien dalam meminum obat.

## 1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah efektivitas *home pharmacy care* terhadap peningkatan pengetahuan dan kepatuhan dalam pengobatan pasien hipertensi jika dibandingkan dengan kelompok kontrol di Apotek Kota Malang hingga akhir bulan ke-3?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum



Mengetahui efektivitas pemberian *home pharmacy care* terhadap tingkat pengetahuan dan kepatuhan dalam pengobatan pasien hipertensi jika dibandingkan dengan kelompok kontrol di Apotek Kota Malang hingga akhir bulan ke-3.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengukur tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah pemberian *home pharmacy care* dan konseling oleh apoteker di apotek pada pasien hipertensi di Apotek Kota Malang.
- b. Mengukur tingkat kepatuhan sebelum dan sesudah pemberian *home pharmacy care* dan konseling oleh apoteker di apotek pada pasien hipertensi di Apotek Kota Malang.

### 1.4 Manfaat Penelitian

#### 1.4.1 Manfaat Akademik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan wawasan bagi mahasiswa dalam bidang kesehatan dan dapat digunakan sebagai dasar referensi dalam penelitian selanjutnya maupun sejenisnya.

#### 1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu pasien hipertensi dalam meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan dalam pengobatan pada pasien hipertensi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan sebagai bahan evaluasi bagi apoteker terkait dengan pengetahuan dan kepatuhan pasien hipertensi di Apotek.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA





## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg (Khatib, 2005). Hipertensi atau juga dikenal sebagai tekanan darah tinggi adalah kondisi dimana tekanan di pembuluh darah arteri mengalami peningkatan secara persisten. Darah dibawa dari jantung ke seluruh pembuluh darah bagian tubuh. Semakin tinggi tekanan darah maka jantung akan memompa darah semakin keras (WHO, 2017).

#### 2.2 Etiologi

Tekanan darah seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor. Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi 2 golongan, yaitu (Khatib, 2005) :

##### a. Hipertensi Primer (essensial atau idiopatik)

Hipertensi primer adalah hipertensi sistemik yang penyebabnya belum diketahui dengan pasti apa yang menyebabkan terjadinya penyakit hipertensi jenis ini (Khatib, 2005).

##### b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi sistemik karena ada gangguan atau penyakit yang mendasarinya seperti kerusakan ginjal, gangguan obat tertentu, stres akut, kerusakan vaskuler dan lain-lain (Khatib, 2005).

### 2.3 Patofisiologi

Ada beberapa sistem kontrol yang berperan dalam mempertahankan tekanan darah antara lain sistem baroreseptor arteri, pengaturan volume cairan tubuh, sistem renin-angiotensin dan autoregulasi vaskuler. Ginjal memproduksi renin yaitu suatu enzim yang bertindak sebagai substrat protein plasma. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal ini menyebabkan pelepasan renin. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati, kemudian renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah oleh converting enzim (ACE) dalam paru menjadi bentuk angiotensin II suatu vasokonstriktor kuat yang dapat merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal (Udjianti, 2011).

Perubahan volume cairan mempengaruhi tekanan arteri sistemik. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah (Gray et al, 2005).

Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah.



Autoregulasi vaskular merupakan salah satu mekanisme lain yang terlibat dalam hipertensi. Autoregulasi vaskular merupakan suatu proses yang mempertahankan perfusi jaringan dalam tubuh relatif konstan. Jika aliran berubah, proses-proses autoregulasi akan menurunkan tahanan vaskular dan mengakibatkan pengurangan aliran atau sebaliknya akan meningkatkan tahanan vaskular sebagai akibat dari peningkatan aliran. Autoregulasi vaskular berkaitan dengan overload garam dan air (Udjianti, 2011).

Baroreseptor berperan dalam memonitor derajat tekanan arteri. Baroreseptor secara terus menerus memberikan informasi mengenai tekanan darah dengan menghasilkan potensial aksi sebagai respon terhadap tekanan di dalam arteri. Refleks baroreseptor merupakan mekanisme terpenting dalam pengaturan tekanan darah jangka pendek. Setiap perubahan pada tekanan darah rata-rata akan mempengaruhi refleks baroreseptor yang diperantarai saraf otonom dan mempengaruhi jantung serta pembuluh darah untuk menyesuaikan curah jantung dan resistensi perifer total sebagai usaha untuk memulihkan tekanan darah ke normal (Udjianti, 2011).

### 2.4 Klasifikasi

Berikut klasifikasi hipertensi menurut JNC (*Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*) (Chobanian *et al*, 2005).

Tabel 2.4.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC 7 (*Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*)

(Chobanian et al, 2005).

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah	
	Sistolik (mmHg)	Diastol (mmHg)
Normal	< 120	≤ 80
Pra-Hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Stage 1	140-159	90-99
Hipertensi Stage 2	160	100

## 2.5 Penatalaksanaan

Tujuan terapi hipertensi adalah mencegah komplikasi, menurunkan kejadian kardiovaskular, serebrovaskular, dan renovaskular, dengan kata lain menurunkan efek tekanan darah tinggi terhadap kerusakan organ akhir.

Target tekanan darah untuk pasien hipertensi adalah kurang dari 140/90 pada pasien tanpa penyakit diabetes dan penyakit ginjal kronik dan kurang dari 130/90 pada pasien dengan penyakit diabetes dan penyakit ginjal kronik.

Penatalaksanaan hipertensi dibagi menjadi 2 yaitu terapi non-farmakologi dan terapi farmakologi :

### a. Terapi non farmakologi

Terapi non farmakologi untuk pasien hipertensi yaitu modifikasi gaya hidup dan pola makan yang terdiri dari menghentikan kebiasaan merokok, menurunkan berat badan jika berat badan berlebih, membatasi konsumsi minuman beralkohol, mengurangi asupan garam dan asupan lemak,



meningkatkan latihan fisik serta makan makanan yang sehat seperti mengonsumsi buah dan sayur (Junaedi *dkk*, 2013).

a. Menurunkan berat badan

Jika memiliki berat badan yang berlebih. Peningkatan berat badan pada usia dewasa dapat berpengaruh terhadap tekanan darah. Penurunan berat badan pada pasien hipertensi dapat menyebabkan penurunan tekanan darah dan meningkatkan sensitivitas insulin. Oleh karena itu, manajemen berat badan sangat penting dalam prevensi dan kontrol hipertensi (Chobanian *et al*, 2005).

b. Meningkatkan aktifitas fisik

Orang yang aktivitasnya rendah berisiko terkena hipertensi 30-50% daripada yang aktif. Oleh karena itu, aktivitas fisik antara 30-45 menit sebanyak >3x/hari penting sebagai pencegahan primer dari hipertensi (Cortas *et al*, 2017).

c. Mengurangi asupan natrium

Menurut INTERSALT, peningkatan asupan natrium sebanyak 50 mmol per hari dapat meningkatkan tekanan darah rata-rata sistolik 5 mmHg dan diastoliknya 3 mmHg. Dalam penelitian Denton menunjukkan bahwa asupan garam sampai 15 gram per hari dapat meningkatkan tekanan darah sistolik sebesar 33 mmHg dan diastolic sebesar 10 mmHg (Adrogue, Madias, 2007). Apabila diet tidak membantu dalam 6 bulan, maka perlu pemberian obat anti hipertensi oleh dokter.

d. Menurunkan konsumsi kafein dan alkohol

Kafein dapat memacu jantung bekerja lebih cepat, sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya.

Sementara konsumsi alkohol lebih dari 2-3 gelas/hari dapat

meningkatkan risiko hipertensi (Cortas *et al*, 2017).

e. Mengurangi penggunaan rokok

Rokok mengandung nikotin, tembakau, karbonmonoksida dan lain lain yang dapat mempengaruhi tekanan darah. Tembakau memiliki efek cukup besar dalam peningkatan tekanan darah karena dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan memaksa jantung untuk bekerja lebih berat. Kandungan bahan kimia dalam tembakau juga dapat merusak dinding pembuluh darah. Karbon monoksida dalam asap rokok dapat menyebabkan tekanan darah meningkat karena jantung dipaksa memompa untuk memasukkan oksigen yang cukup ke dalam organ dan jaringan tubuh lainnya (Junaedi *dkk*, 2013).

b. Terapi Farmakologi

Tujuan pengobatan pada pasien hipertensi yaitu untuk menurunkan dan mencegah kejadian kardioserebrovaskular dan renal, melalui penurunan tekanan darah dan juga pengendalian dan pengobatan faktor-faktor risiko yang reversibel. Saat ini, ada 6 golongan obat antihipertensi yaitu diuretik, antagonis kalsium, ACEi (Angiotensin Converting Enzyme inhibitors), ARB, beta-blockers, dan Alpha blocker. Obat-obat tersebut dapat digunakan sebagai monoterapi maupun terapi kombinasi dan telah



terbukti dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler pada pengobatan hipertensi jangka panjang.

a. Diuretik

Obat-obatan jenis diuretik bekerja menurunkan tekanan darah dengan cara mengeluarkan cairan tubuh (lewat kencing) atau diuresis, sehingga volume cairan tubuh berkurang yang mengakibatkan daya pompa jantung menjadi lebih ringan dan berefek turunya tekanan darah. Diuretik dibagi dalam beberapa golongan yaitu golongan tiazid, diuretik kuat, diuretik hemat kalium dan aldosteron antagonist. Obat golongan ini yang sering digunakan yaitu terutama golongan thiazide atau aldosteron antagonist. Diuretik thiazide memiliki harga yang murah dan merupakan salah satu agen anti-hipertensi yang paling banyak digunakan. Thiazide dapat menurunkan tekanan darah dengan cara memobilisasi natrium dan air dari dinding arteriolar yang berperan dalam penurunan resistensi vascular perifer. Pada orang tua tanpa penyakit komorbid, golongan diuretik menunjukkan dapat mengurangi kejadian stroke fatal dan non-fatal dan juga morbiditas kardiovaskular dan kematian. Secara umum, diuretik harus digunakan dengan hati-hati pada pasien dengan asam urat. Diuretik hemat kalium bisa menyebabkan hiperkalemia jika diberikan bersamaan dengan ACEI atau ARB atau pada pasien dengan insufisiensi ginjal. Antagonis aldosteron dan diuretik hemat kalium harus dihindari pada pasien dengan nilai potasium serum  $> 5,0$  mmol/L (Rahman, 2013).

#### b. Calcium Channel Blocker

CCB menyebabkan relaksasi jantung dan otot polos dengan menghambat saluran kalsium yang sensitif terhadap tegangan sehingga mengurangi masuknya kalsium ekstraseluler ke dalam sel. Relaksasi otot polos vaskular menyebabkan vasodilatasi yang dapat menurunkan resistensi perifer. Yang termasuk golongan obat ini yaitu seperti nifedipin, diltizem dan verapamil. Golongan ini dibagi menjadi 2 yaitu dihidropridine dan non-dihidropridine. Obat-obatan yang termasuk dalam kelompok dihidropridine yaitu amlodipine, felodipine, isradipine, lacidipine, lercanidipine, nifedipine. Sedangkan obat-obatan yang termasuk dalam kelompok non-dihidropridine yaitu diltiazem, verapamil (Rahman, 2013).

#### c. ACEi (Angiotensin Converting Enzyme inhibitors)

Angiotensin converting enzyme inhibitors dikenal sebagai agen antihipertensi yang efektif dapat menurunkan risiko kardiovaskular dan mengurangi angka kematian dan morbiditas pada pasien hipertensi dan pada pasien dengan risiko kardiovaskular yang tinggi. Obat golongan ini akan menghambat perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II sehingga terjadi vasodilatasi dan penurunan sekresi aldosteron dan bradikinin yang juga berperan dalam efek vasodilatasi. Vasodilatasi secara langsung akan menurunkan tekanan darah sedangkan aldosteron akan menyebabkan ekskresi air dan natrium serta retensi kalium. Efek samping yang sering terjadi yaitu batuk. Golongan obat ini



dapat meningkatkan angka kematian pada janin dan neonatal sehingga kontraindikasi pada kehamilan, dan harus dihindari pada orang yang pada masa subur. Captopril, enalapril, lisinopril, perindopril, ramipril, Imidapril merupakan contoh obat golongan ACE inhibitor (Rahman, 2013).

d. ARBs (Angiotensin Receptor Blockers)

Mekanisme kerja dari obat golongan ARBs yaitu ARBs menahan/memblok langsung reseptor angiotensin I yang merupakan reseptor yang memperentari efek angiotensin II. Tidak seperti inhibitor ACE, obat ini tidak menyebabkan batuk karena ARB tidak mempengaruhi pemecahan bradikinin. Obat-obatan yang termasuk dalam golongan ARBs yaitu candesartan, irbesartan, losartan, telmisartan, valsartan, olmesartan (Rahman, 2013).

e. Beta-blockers

Mekanisme kerja obat golongan ini sebagai penghambat adrenoreseptor beta melalui penurunan daya pompa jantung. Jenis obat ini dikontraindikasikan pada penderita gangguan pernafasan seperti asma bronkhial. Pada penderita diabetes disarankan untuk berhati-hati dalam penggunaan obat golongan ini, karena dapat menutupi gejala hipoglikemia. Contoh obat golongan beta-bloker adalah acebutolol, atenolol, betaxolol, bisoprolol, metoprolol, propranolol, nebivolol (Rahman, 2013).

f. Alpha blocker

Alpha blocker merupakan penghambat adreno reseptor

alfa. Hanya  $\alpha_1$ -bloker yang selektif menghambat reseptor  $\alpha_1$  yang digunakan sebagai antihipertensi. Mekanisme obat golongan ini

yaitu penghambat reseptor  $\alpha_1$  yang menginhibisi katekolamin pada sel otot polos vascular perifer yang memberikan efek vasodilatasi.

Obat golongan ini tidak mengubah aktivitas reseptor  $\alpha_2$  sehingga tidak menimbulkan efek takikardia. Contoh obat golongan alpha blocker yaitu doxazosin, prazosin, terazosin (Rahman, 2013).

## 2.6 Faktor Resiko

Faktor resiko terjadinya hipertensi terbagi dalam faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi seperti keturunan atau genetik, jenis kelamin, ras dan usia. Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi yaitu obesitas, kurang berolahraga atau aktivitas, merokok, alkoholisme, stress, dan pola makan

a. Faktor genetik

Individu yang memiliki riwayat orang tua dengan hipertensi memiliki risiko dua kali lebih besar dapat menderita hipertensi dari pada orang yang tidak memiliki riwayat hipertensi pada keluarga. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potasium terhadap sodium (Wade *dkk*, 2003).



#### b. Usia

Dengan bertambahnya umur, maka tekanan darah juga akan meningkat. Setelah umur 45 tahun, dinding arteri akan mengalami penebalan oleh karena adanya penumpukan zat kolagen pada lapisan otot, sehingga pembuluh darah akan semakin menyempit dan menjadi kaku. Peningkatan umur akan menyebabkan beberapa perubahan fisiologis. Pada usia lanjut terjadi peningkatan resistensi perifer dan aktivitas simpatik serta sensitivitas refleks baroreseptor yang mengatur tekanan darah mengalami penurunan (Kumar *dkk*, 2005).

#### c. Jenis kelamin

Wanita yang belum mengalami menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar High Density Lipoprotein (HDL). Kadar kolesterol HDL yang tinggi merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis. Wanita premenopause mulai kehilangan hormon estrogen yang melindungi pembuluh darah dari kerusakan. Proses ini terus berlanjut dimana hormon estrogen tersebut berubah kuantitasnya sesuai dengan umur wanita (Kumar *dkk*, 2005).

#### d. Etnis/ras

Hipertensi lebih banyak terjadi pada orang yang memiliki kulit hitam dari pada yang berkulit putih. Pada orang kulit hitam ditemukan kadar renin yang lebih rendah dan sensitivitas terhadap vasopresin lebih besar. Namun sampai saat ini, belum diketahui secara pasti bagaimana penyebabnya (Junaedi *dkk*, 2013).

#### e. Obesitas

Obesitas dapat menimbulkan terjadinya hipertensi melalui berbagai mekanisme, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Secara langsung obesitas dapat menyebabkan peningkatan cardiac output karena makin besar massa tubuh makin banyak pula jumlah darah yang beredar sehingga curah jantung ikut meningkat.

Sedangkan secara tidak langsung melalui perangsangan aktivitas sistem saraf simpatis dan Renin Angiotensin Aldosteron System (RAAS) oleh mediator-mediator seperti hormon, sitokin, adipokin, dsb.

Salah satunya adalah hormon aldosteron yang berkaitan dengan retensi air dan natrium sehingga volume darah meningkat (Sulastri *et al*, 2012).

#### f. Pola asupan garam dalam diet

World Health Organization (WHO) merekomendasikan pola konsumsi garam yang dapat mengurangi risiko terjadinya hipertensi. Konsumsi natrium yang berlebihan dapat menyebabkan konsentrasi natrium di dalam cairan ekstraseluler meningkat. Untuk menormalkannya cairan intraseluler ditarik ke luar, sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Meningkatnya volume cairan ekstraseluler tersebut menyebabkan meningkatnya volume darah, sehingga berdampak kepada timbulnya hipertensi (Shapo *dkk*, 2003).

#### g. Merokok

Merokok dapat menyebabkan hipertensi karena zat-zat kimia yang terkandung di dalam tembakau dapat merusak lapisan dalam dinding arteri, sehingga lebih rentan terjadi penumpukan plak



(arterosklerosis). Selain itu, nikotin dapat merangsang saraf simpatis sehingga memacu kerja jantung lebih keras dan menyebabkan penyempitan pembuluh darah, serta peran karbonmonoksida yang dapat menggantikan oksigen dalam darah dan memaksa jantung memenuhi kebutuhan oksigen tubuh (WHO, 2011).

## 2.7 Komplikasi

Tabel 2.7.1 Komplikasi Hipertensi (Hoeymans *dkk*, 1999)

Sistem Organ	Komplikasi
Jantung	Infark miokard
	Angina pektoris
	Gagal jantung kongestif
Sistem Saraf Pusat	Stroke
	Ensefalopati hipertensif
Ginjal	Gagal ginjal kronis
Mata	Retinopati hipertensif
Pembuluh Darah Perifer	Penyakit pembuluh darah perifer

Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung. Beberapa organ tubuh yang sering menjadi target kerusakan organ yang diakibatkan oleh hipertensi yaitu :

### a. Otak

Stroke merupakan kerusakan target organ pada otak yang diakibatkan oleh hipertensi. Tekanan darah yang terlalu tinggi dapat

menyebabkan pembuluh darah menjadi pecah. Stroke juga dapat terjadi akibat sumbatan dari gumpalan darah yang muncul di pembuluh yang sudah sempit (Sustrani, 2004).

#### b. Jantung

Hipertensi yang sudah kronik dapat menimbulkan iskemik bahkan infark miokard. Hal ini terjadi karena kombinasi dari percepatan pembentukan aterosklerosis pada arteri koroner sehingga suplai oksigen ke otot jantung menurun dan beban kerja saat sistolik tinggi karena kebutuhan oksigen meningkat (Lilly, 2011).

#### c. Ginjal

Hipertensi kronik dapat menyebabkan penyakit ginjal kronik karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kepiler ginjal dan glomerulus. Adanya kerusakan tersebut dapat mengakibatkan darah mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, sehingga nefron akan terganggu dan dapat menjadi hipoksia serta kematian pada ginjal. Kerusakan membran glomerulus juga dapat menyebabkan protein keluar melalui urin sehingga dapat menyebabkan edema sebagai akibat dari tekanan osmotik koloid plasma yang berkurang (Corwin, 2007).

#### d. Mata

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah di mata, sehingga mengakibatkan penglihatan menjadi kabur atau kebutaan (Sustrani, 2004).



#### e. Pembuluh Darah

Semakin bertambahnya usia, maka seluruh pembuluh darah di tubuh akan semakin mengeras, terutama di jantung, otak, dan ginjal (Sustrani, 2004).

### 2.8 Diagnosis

Dilakukan anamnesis terhadap pasien hipertensi yang meliputi tingkat hipertensi, lama menderita hipertensi, pengobatan antihipertensi yang digunakan sebelumnya, riwayat dan gejala-gejala penyakit yang berkaitan seperti penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskuler dan lainnya.

Apakah terdapat riwayat penyakit keluarga yang juga menderita hipertensi, gejala-gejala yang berkaitan dengan penyakit hipertensi, gejala kerusakan organ, perubahan aktifitas atau kebiasaan sebagai faktor risiko hipertensi seperti merokok, konsumsi makanan, riwayat keluarga, lingkungan, pekerjaan, dan lainnya. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan pengukuran tekanan darah. Diagnosis hipertensi tidak dapat ditegakkan dalam satu kali pengukuran. Diagnosis hipertensi dapat ditetapkan setelah dua kali atau lebih pengukuran pada kunjungan berbeda, kecuali terdapat kenaikan tinggi atau gejala-gejala klinis yang menyertai. Pengukuran tekanan darah dilakukan dalam keadaan pasien duduk, setelah beristirahat selama 5 menit. Alat yang digunakan untuk mengukur tekanan darah disebut spigmomanometer.

Pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat dilakukan yaitu pemeriksaan laboratorium rutin yang dilakukan sebelum memulai terapi. Tujuannya untuk menentukan adanya kerusakan organ dan faktor risiko lain atau mencari penyebab hipertensi. Pada umumnya dilakukan pemeriksaan urinalisa, darah

perifer lengkap, kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa, kolesterol total), dan EKG (Yogiantoro, 2009).

## 2.9 Gejala Klinis

Beberapa penderita hipertensi tidak menyadari diri sebagai penderita hipertensi. Gejala-gejala yang muncul pada pasien hipertensi bervariasi pada setiap individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala yang sering dijumpai yaitu sakit kepala, jantung berdebar-debar, sulit bernafas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat, mudah lelah, penglihatan kabur, wajah memerah, hidung berdarah, sering buang air kecil terutama di malam hari, telinga berdeging (tinnitus), dan dunia terasa berputar (vertigo) (Sustrani *dkk*, 2004). Menurut Corwin (2007), sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun adalah nyeri kepala saat terjaga, kadang kadang disertai mual dan muntah yang disebabkan peningkatan tekanan darah intrakranial.

## 2.10 Home Pharmacy Care

### 2.10.1 Definisi Home Pharmacy Care

*Home pharmacy care* atau pelayanan kefarmasian di rumah adalah pelayanan yang dilakukan oleh apoteker berupa pendampingan pasien oleh apoteker dalam pelayanan kefarmasian di rumah dengan persetujuan pasien atau keluarganya untuk kelompok lansia dan pasien dengan pengobatan terapi kronis lainnya (Depkes RI, 2008).



### 2.10.2 Tujuan Home Pharmacy Care

Tujuan dari dilakukannya *home pharmacy care* ini dibagi menjadi 2 yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum dilakukannya *home pharmacy care* ini yaitu tercapainya keberhasilan terapi sesuai dengan yang diinginkan. Kemudian tujuan khusus dilakukannya *home pharmacy care* yaitu terlaksananya pendampingan pasien oleh apoteker untuk mendukung efektifitas, keamanan dan kesinambungan dari pengobatan, kemudian terwujudnya komitmen, keterlibatan dan kemandirian pasien dan keluarga dalam penggunaan obat dan atau alat kesehatan yang tepat serta terwujudnya kerjasama profesi kesehatan, pasien dan keluarga (Depkes RI, 2008).

### 2.10.3 Manfaat Home Pharmacy Care

Manfaat bagi pasien (Depkes RI, 2008) :

- a. Terjaminnya keamanan, efektifitas dan keterjangkauan biaya pengobatan
- b. Meningkatkan pemahaman dalam pengelolaan dan penggunaan obat dan/atau alat kesehatan
- c. Terhindarnya reaksi obat yang tidak diinginkan
- d. terselesaikannya masalah penggunaan obat dan/atau alat kesehatan dalam situasi tertentu

Manfaat bagi apoteker (Depkes RI, 2008) :

- a. Pengembangan kompetensi apoteker dalam pelayanan kefarmasian di rumah

- b. Pengakuan profesi farmasi oleh masyarakat kesehatan, masyarakat umum dan pemerintah
- c. Terwujudnya kerjasama antar profesi kesehatan

#### 2.10.4 Peran Apoteker

Peran apoteker dalam pelayanan kefarmasian di rumah atau *home pharmacy care* yaitu (Depkes RI, 2008) :

- a. Melakukan penilaian terhadap pasien sebelum dilakukan pelayanan kefarmasian di rumah seperti telah mendapatkan persetujuan pasien, keluarga atau pendamping pasien terhadap pemberian pelayanan kefarmasian di rumah oleh apoteker. Informasi yang didapatkan sebelum dilakukan pelayanan kefarmasian di rumah akan menentukan ketepatan dalam memberikan pelayanan kefarmasian di rumah.
- b. Penilaian dan pencatatan data awal pasien harus dicatat secara lengkap dalam catatan penggunaan obat pasien.
- c. Apoteker yang berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memberikan pelayanan kefarmasian di rumah, bertanggung jawab dalam penyeleksian produk, alat-alat kesehatan dan alat-alat tambahan yang diperlukan.
- d. Menyusun rencana pelayanan kefarmasian di rumah dengan bekerjasama dengan pasien, keluarga dan berkoordinasi dengan tenaga kesehatan lain.
- e. Melakukan koordinasi penyediaan pelayanan dengan tenaga kesehatan lain untuk mempermudah dilakukannya pelayanan.



- f. Melakukan pendidikan pasien dan konseling serta menyediakan informasi tambahan dalam bentuk tulisan untuk memperkuat informasi yang diberikan secara lisan.
- g. Pemantauan terapi obat yang digunakan oleh pasien dan evaluasi penggunaan obat pasien sesuai rencana pelayanan kefarmasian dan disampaikan semua hasilnya kepada tenaga kesehatan yang terlibat dalam pengobatan pasien. Hasil pemantauan ini didokumentasikan dalam catatan penggunaan obat pasien.
- h. Melakukan pengaturan dalam penyiapan pengiriman, penyimpanan dan cara pemberian obat dengan menjamin kondisi penyimpanan obat dan peralatan harus konsisten sesuai petunjuk pemakaian baik selama pengiriman obat dan saat disimpan di rumah pasien, menjamin bahwa pengobatan dan peralatan yang dibutuhkan pasien diberikan secara benar.
- i. Pelaporan efek samping obat dan cara mengatasi efek samping obat dengan cara memantau dan melaporkan hasil monitoring efek samping obat dan kesalahan pengobatan serta memastikan bahwa telah menginformasikan setiap kemungkinan munculnya efek samping obat kepada pasien.
- j. Ikut berpartisipasi dalam penelitian klinis obat di rumah. Apoteker sebaiknya telah memperoleh dan memiliki informasi yang cukup tentang protokol penelitian obat.
- k. Proses penghentian pelayanan kefarmasian di rumah harus memenuhi kriteria penghentian pelayanan kefarmasian di rumah yang

meliputi hasil pelayanan kefarmasian telah tercapai sesuai tujuan, kondisi pasien telah stabil, keluarga pasien sudah mampu melakukan pelayanan di rumah, pasien dirawat kembali di rumah sakit, pasien menolak dilakukan pelayanan lebih lanjut, pasien pindah tempat ke lokasi lain, pasien meninggal dunia.

## **2.11 Konseling**

### **2.11.1 Definisi Konseling**

Konseling obat merupakan salah satu bentuk pelayanan kefarmasian dengan metode edukasi pengobatan secara tatap muka atau wawancara untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasien dalam penggunaan obat (Depkes RI, 2007).

### **2.11.2 Tujuan Konseling**

Tujuan dari dilakukannya konseling dibagi menjadi 2 yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum konseling yaitu untuk meningkatkan keberhasilan terapi yang digunakan pasien dan memaksimalkan efek terapi, meminimalkan resiko efek samping pengobatan, meningkatkan cost effectiveness, menghormati pilihan pasien dalam menjalankan terapi. Sedangkan tujuan khusus konseling yaitu meningkatkan kepercayaan antara apoteker dengan pasien, menunjukkan perhatian serta kepedulian terhadap pasien, membantu pasien untuk mengatur dan terbiasa dengan obatnya, membantu pasien untuk mengatur dan menyesuaikan dengan penyakitnya, meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan, mencegah atau



meminimalkan *Drug Related Problem*, meningkatkan kemampuan pasien untuk memecahkan masalahnya sendiri dalam hal terapi, mengerti permasalahan dalam pengambilan keputusan serta membimbing dan mendidik pasien dalam menggunakan obat sehingga dapat mencapai tujuan pengobatan dan meningkatkan mutu pengobatan pasien (Depkes RI, 2007).

### 2.11.3 Manfaat Konseling

#### Bagi Pasien

- a. Menjamin keamanan dan efektifitas pengobatan
- b. Mendapatkan penjelasan tambahan mengenai penyakitnya
- c. Membantu pemecahan masalah terapi
- d. Menurunkan kesalahan penggunaan obat
- e. Meningkatkan kepatuhan dalam menjalankan terapi dan efektivitas & efisiensi biaya kesehatan
- f. Menghindari reaksi obat yang tidak diinginkan

#### Bagi Apoteker

- a. Mewujudkan bentuk pelayanan asuhan kefarmasian sebagai tanggung jawab profesi apoteker
- b. Menjaga citra profesi sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan
- c. Menghindarkan apoteker dari tuntutan karena kesalahan penggunaan obat (*Medication error*)
- d. Pelayanan tambahan untuk menarik pelanggan sehingga menjadi upaya dalam memasarkan jasa pelayanan

## 2.12 Pengetahuan

### 2.12.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Penginderaan terjadi melalui indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2005).

### 2.12.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya pengetahuan yaitu (Budiman, 2013) :

#### a. Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka orang tersebut akan semakin mudah menerima informasi sehingga pengetahuan yang dimilikinya akan semakin banyak pula.

#### b. Informasi

Informasi yang diperoleh seseorang dari pendidikan formal maupun non-formal dapat menghasilkan perubahan atau peningkatan dari pengetahuan orang tersebut.

#### c. Sosial, budaya, ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan oleh seseorang dapat mempengaruhi pengetahuannya. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan orang tersebut.



d. Lingkungan

Lingkungan akan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan kedalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut karena adanya interaksi yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh individu tersebut.

e. Pengalaman

Pengalaman merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulangi pengetahuan yang telah diperoleh.

f. Usia

Semakin bertambah usia seseorang, maka daya tangkap dan pola pikir orang tersebut akan semakin berkembang sehingga pengetahuan yang diperolehnya akan semakin baik.

### 2.12.3 Retensi Pengetahuan

Belajar dikatakan bermanfaat jika seseorang tersebut dapat menyimpan dan menerapkan hasil belajarnya dalam situasi baru (Ibrahim, 2002). Hasil belajar tidak terlepas dari masalah memori. Memori dan konsep belajar saling berkaitan erat karena keduanya menghasilkan keluaran yang berupa hasil belajar. Hasil belajar tersimpan dan dipelihara dalam memori agar dapat digunakan kembali (Hulse *et al*, 1975). Suatu informasi akan diteruskan ke dalam memori jangka pendek dan sebagian informasi akan hilang. Kemudian melalui suatu proses seleksi informasi diteruskan ke dalam memori jangka panjang dan yang tidak diteruskan akan dilupakan (Irwanto *et al*, 1994). Informasi yang disimpan dalam

memori jangka panjang bersifat permanen, tetapi bukan berarti bahwa kelupaan tidak pernah terjadi. Kegagalan mengingat informasi yang disimpan dapat mungkin terjadi karena tidak adanya petunjuk yang tepat atau efektif (Ellis, 1987). Retensi atau bertahannya materi yang dipelajari sehingga tidak mudah dilupakan dapat pula dilakukan dengan pengulangan materi yang dipelajari berulang kali, penggunaan tabel, diagram, dan gambar-gambar dapat pula membantu agar materi tidak cepat terlupakan (Solso, 1998). Menurut Depkes RI (2001), pengetahuan sebagai hasil dari proses belajar sangat dipengaruhi oleh waktu sejak memperoleh pemaparan, sesuatu yang dipelajari oleh seseorang akan cenderung menurun secara logaritmik dari waktu ke waktu, retensi dalam waktu 1 jam sekitar 42% hasil belajar menurun.

## **2.13 Kepatuhan**

### **2.13.1 Definisi Kepatuhan**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2002), kepatuhan adalah sifat patuh atau ketaatan dalam menjalankan perintah atau sebuah aturan. Menurut Smet (1994) kepatuhan merupakan tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau profesional kesehatan lainnya. Dalam aspek kesehatan dimaksudkan individu rela melakukan pengobatan dengan dukungan dari keluarga atau kerabat yang ditentukan oleh otoritas atau kebijakan petugas kesehatan seperti dokter, perawat, apoteker, ahli gizi maupun ahli medis serta kerelaan dari individu tersebut dalam menjalani pengobatan yang dilakukan.



### 2.13.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan seseorang yaitu :

a. Karakteristik individu

Karakteristik individu meliputi usia, pendidikan, kepribadian, ciri kesakitan serta ciri pengobatan. Karakteristik individu ini berpengaruh pada kepatuhan penderita penyakit kronis seperti penyakit hipertensi.

Selain itu kebiasaan pola hidup lama, pengobatan yang kompleks juga mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien (Smet, 1994).

b. Persepsi dan pengharapan pasien

Persepsi dan pengharapan pasien terhadap penyakit yang dideritanya dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Contohnya seperti seseorang akan cenderung patuh jika ancaman yang dirasakan begitu serius, sedangkan seseorang akan cenderung mengabaikan kesehatannya jika keyakinan akan pentingnya kesehatan yang harus dijaga rendah (Smet, 1994).

c. Komunikasi antara pasien dengan tenaga kesehatan

Kurangnya informasi dengan pengawasan, ketidakpuasan terhadap pengobatan yang diberikan, frekuensi pengawasan yang minimal dapat mempengaruhi kepatuhan pasien terhadap pengobatannya sehingga komunikasi yang baik antara pasien dengan tenaga kesehatan diperlukan (Smet, 1994).

d. Dukungan sosial

Secara umum, orang-orang yang menerima perhatian dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang biasanya

cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis, daripada pasien yang kurang merasa mendapat dukungan sosial (Sarafino, 1990).

e. Alat bantu meningkatkan kepatuhan

Berdasarkan penelitian Alfian (2016) menunjukkan bahwa *pillbox* yang diaturkan oleh farmasis dapat memberikan dampak positif dalam peningkatan kepatuhan pasien minum obat hipertensi sehingga target terapi hipertensi dapat tercapai dengan baik.

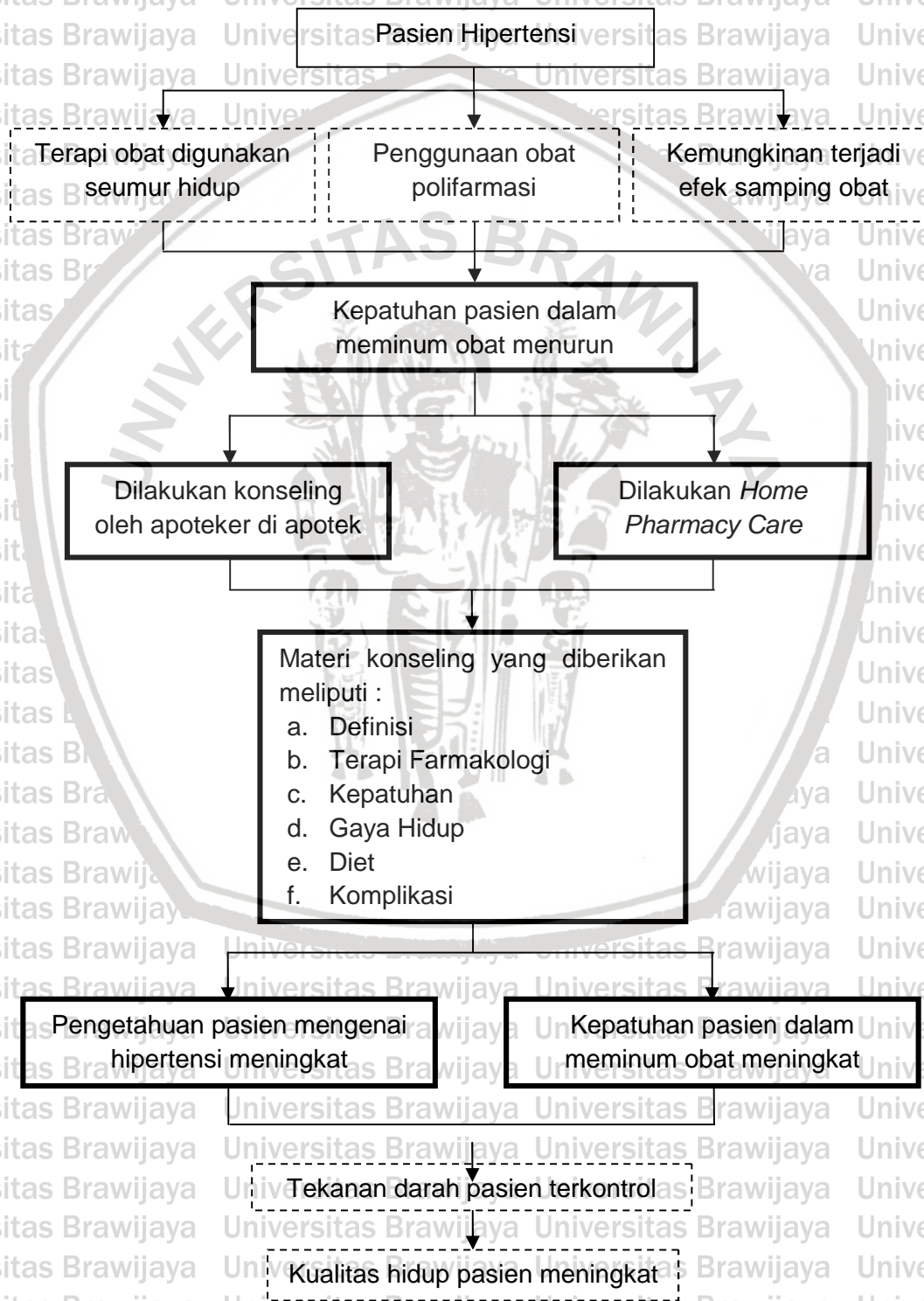




### BAB III

## KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

### 3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :



= Variabel utama yang diteliti



= Variabel atau objek yang diteliti



= Variabel yang tidak diteliti



= Alur berjalannya variabel

Pada penelitian ini yang akan diteliti adalah bagaimana efektivitas konseling home pharmacy care dalam meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan dalam pengobatan pada pasien hipertensi. Karena penggunaan obat polifarmasi dan obat hipertensi digunakan terus-menerus seumur hidup serta kemungkinan adanya efek samping setelah mengkonsumsi obat antihipertensi, seringkali pasien kurang memperhatikan dalam hal meminum obat secara teratur. Dari itu, diperlukan konseling oleh apoteker dan *home pharmacy care* yang meliputi definisi, terapi farmakologi, kepatuhan, gaya hidup, diet, dan komplikasi hipertensi. Pemberian konseling oleh apoteker dan dilakukannya *home pharmacy care* dapat meningkatkan pengetahuan pasien mengenai hipertensi dan kepatuhan pasien dalam meminum obat sehingga tekanan darah pasien dapat terkontrol dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Tujuan dilakukan *home pharmacy care* untuk meningkatkan dukungan sosial melalui peran keluarga pasien.



### 3.2 Hipotesis Penelitian

*Home pharmacy care* efektif dalam meningkatkan pengetahuan pasien mengenai penyakit dan terapi hipertensi dan kepatuhan pasien dalam meminum obat.



## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *true eksperimental* yang didapatkan dari data dengan rancangan penelitian *quasi eksperimental*. Jenis penelitian menggunakan *pre test-post test design* dan pengukuran variabel pada hingga akhir bulan ke-3. Rancangan penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh intervensi yang diberikan pada selang waktu tertentu kepada kelompok objek yang diteliti, dengan membandingkan hasil pemeriksaan akhir (*post-test*) terhadap hasil pemeriksaan awal (*pre-test*).

Penelitian ini membandingkan dua kelompok, yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Kelompok eksperimen diberikan perlakuan berupa home pharmacy care, sedangkan kelompok kontrol merupakan pasien yang mendapatkan konseling konvensional oleh apoteker. Kedua kelompok diberikan *pre-test* dan *post-test* dengan soal yang sama, dimana *pre-test* diberikan sebelum dilakukan perlakuan dan *post-test* diberikan setelah perlakuan. Pengumpulan data dilakukan sekaligus pada suatu saat (*point time approach*).

#### 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

##### 4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien hipertensi yang datang ke Apotek kota Malang untuk mendapatkan obat antihipertensi.



#### 4.2.2 Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien hipertensi yang datang ke Apotek di kota Malang untuk mendapatkan obat antihipertensi dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

#### 4.3 Kriteria Inklusi

1. Pasien hipertensi yang bersedia menjadi responden penelitian
2. Pasien yang mendapatkan terapi antihipertensi tunggal ataupun kombinasi
3. Pasien hipertensi yang dapat berkomunikasi dengan baik secara lisan dan/atau tulisan
4. Pasien hipertensi yang bertempat tinggal di kota Malang
5. Pasien hipertensi dengan usia  $\geq 18$  tahun

#### 4.4 Kriteria Eksklusi

1. Pasien hipertensi dengan penyakit penyerta yaitu gangguan ginjal
2. Keluarga pasien yang mewakili pasien mendapatkan obat antihipertensi di apotek

#### 4.5 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan secara *purposive sampling*. Tujuannya agar sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan. Pada setiap kecamatan akan dipilih apotek yang akan dituju sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Penarikan sampel dilakukan dengan cara peneliti datang ke apotek, kemudian peneliti

dapat mengetahui pasien hipertensi dengan cara melihat resep obat yang ditebus atau obat yang dibeli oleh pasien, lalu peneliti melakukan wawancara terkait dengan kriteria inklusi dan penelitian yang akan dilakukan.

#### 4.6 Jumlah Sampel

##### 4.6.1 Jumlah Apotek

Pada penelitian ini, jumlah sampel apotek diambil dari setiap kecamatan yang memenuhi kriteria tidak berada di rumah sakit, puskesmas, dan klinik sebesar 106. Penarikan sampel menggunakan rumus Slovin berdasarkan populasi kecil atau kurang dari 10.000 :

$$n = \frac{N}{1 + N (e^2)}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

$e^2$  = persentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih bisa ditolerir

Jumlah apotek yang akan diambil di setiap kecamatan adalah sebagai berikut :

a. Kecamatan Lowokwaru : 26 apotek  $\rightarrow \frac{26}{1+26(0,5^2)} = 3,47 = 3$  apotek

b. Kecamatan Belimbing : 26 apotek  $\rightarrow \frac{26}{1+26(0,5^2)} = 3,47 = 3$  apotek

c. Kecamatan Klojen : 19 apotek  $\rightarrow \frac{19}{1+19(0,5^2)} = 3,30 = 3$  apotek

d. Kecamatan Sukun : 18 apotek  $\rightarrow \frac{18}{1+18(0,5^2)} = 3,27 = 3$  apotek

e. Kecamatan Kedung Kandang : 19 apotek  $\rightarrow \frac{19}{1+19(0,5^2)} = 3,30 = 3$  apotek



#### 4.6.2 Jumlah Responden

Perhitungan sampel penelitian menggunakan rumus proporsi binomunal, dimana untuk jumlah populasi yang tidak diketahui adalah sebagai berikut (Lemeshow, 1997):

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel minimum

$Z\alpha^2$  = tingkat kepercayaan

p = proporsi yang mengalami paparan

q = proporsi yang tidak mengalami paparan

d = presisi

Tingkat kepercayaan dianggap 90% ( $Z\alpha^2 = 1,645$ ), proporsi dipilih 0,26 karena prevalensi hipertensi sekitar 25,8% (Kemenkes RI, 2014) yang digenapkan menjadi 26%. Jumlah sampel dapat dihitung sebagai berikut:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2} = \frac{(1,645)^2 \times 0,26 \times 0,74}{(0,1)^2} = \frac{0,5206}{0,01} = 52,06$$

Sehingga jumlah sampel minimal pada penelitian ini yaitu 53 orang.

Pembagian sampel tiap apotek adalah sebagai berikut :

a. Kecamatan Lowokwaru :  $\frac{3}{15} \times 74 = 14,8 = 15$  orang

b. Kecamatan Belimbing :  $\frac{3}{15} \times 74 = 14,8 = 15$  orang

c. Kecamatan Klojen :  $\frac{3}{15} \times 74 = 14,8 = 15$  orang

d. Kecamatan Sukun :  $\frac{3}{15} \times 74 = 14,8 = 15$  orang

e. Kecamatan Kedung Kandang :  $\frac{3}{15} \times 74 = 14,8 = 15$  orang

#### 4.7 Variabel Penelitian

Berdasarkan permasalahan maka variabel yang digunakan dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi variabel terikat (*Dependent Variabel*) dan variabel bebas (*Independent Variabel*) sebagai berikut :

- a. Variabel terikat (*Dependent Variabel*) adalah pengetahuan dan kepatuhan pasien hipertensi dalam meminum obat di Apotek kota Malang.
- b. Variabel bebas (*Independent Variabel*) adalah *home pharmacy care* dan konseling konvensional oleh apoteker di Apotek kota Malang.

#### 4.8 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di Apotek kota Malang pada bulan Oktober 2017 hingga Mei 2018. Waktu dapat disesuaikan hingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi.

#### 4.9 Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini, instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner untuk mengukur pengetahuan dan kuesioner untuk mengukur kepatuhan. Sedangkan alat bantu yang digunakan pada penelitian ini adalah checklist konseling apoteker, leaflet dan *pillbox*.

##### a. Kuesioner Pengetahuan

Kuesioner pengetahuan tentang hipertensi diberikan sebelum perlakuan (*pre-test*) dan sesudah perlakuan (*post-test*). Kuesioner tentang tingkat pengetahuan pasien hipertensi menggunakan modifikasi *Hypertension Knowledge-Level Scale* dengan skala Guttman, dimana data yang diperoleh berupa data interval atau rasio dikotomi (dua



alternatif) yaitu “benar” atau “salah” sehingga dengan demikian peneliti mendapatkan jawaban yang tegas terhadap suatu permasalahan yang ditanyakan.

b. Kuesioner Kepatuhan

Kuesioner kepatuhan pasien diberikan sebelum perlakuan (*pre-test*) dan sesudah perlakuan (*post-test*). Kuesioner tentang kepatuhan dengan menggunakan *Morisky Medication Adherence Scale* yang telah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia yang terdiri dari 8 pertanyaan.

Pilihan tanggapan adalah “ya” atau “tidak” untuk nomor 1 sampai 7 dan menggunakan skala respon *likert* untuk nomor 8. Jawaban “tidak” dinilai 1 dan jawaban “ya” dinilai 0 kecuali untuk nomor 5, di mana jawaban “ya” ” dinilai 1 dan “tidak” dinilai 0. Untuk nomor 8, jika jawaban “tidak pernah” dinilai 1, “pernah satu kali” dinilai 0,75, “kadang-kadang” dinilai 0,5, “sering kali” dinilai 0,25, “selalu setiap waktu” dinilai 0. Skor total MMAS-8 dalam rentang 0 sampai 8, dengan urutan skor <6 menunjukkan kepatuhan rendah, 6 sampai <8 menunjukkan kepatuhan sedang, dan 8 menunjukkan kepatuhan tinggi (Savoldelli et al., 2012).

c. Checklist Apoteker

Checklist konseling apoteker digunakan sebagai acuan atau panduan bagi apoteker dalam rangka pelayanan konseling kepada pasien yang meliputi definisi hipertensi, terapi farmakologi, kepatuhan dalam pengobatan, gaya hidup, diet dan komplikasi hipertensi.

d. Leaflet

Informasi yang terdapat dalam leaflet meliputi definisi hipertensi, terapi farmakologi, gaya hidup, diet dan komplikasi hipertensi.

#### e. *Pill Box*

*Pill box* digunakan untuk mempermudah pasien dalam pengobatannya sehingga dapat meningkatkan kepatuhan pasien. *Pill box* juga dapat membantu pasien untuk memilah dan mengatur obat sesuai dengan waktu dan hari dalam seminggu (Petersen *et al.*, 2007).

#### 4.9.1 Uji Validitas

Uji validitas yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan SPSS dengan korelasi. Untuk mengetahui validitas dari kuesioner, dapat dilakukan dengan adanya korelasi antara tiap pertanyaan dengan nilai total kuesioner tersebut (skor total). Dari hasil perhitungan korelasi akan didapatkan suatu koefisien korelasi yang digunakan untuk mengukur tingkat validitas suatu kuesioner dan menentukan apakah kuesioner tersebut layak digunakan atau tidak (Notoatmodjo, 2010). Suatu instrumen dikatakan valid jika nilai korelasi (pearson correlation) adalah positif, dan nilai probabilitas korelasi [sig. (2-tailed)] < taraf signifikan ( $\alpha$ ) sebesar  $\leq 0,05$  (Sugiyono, 2006). Sampel uji validasi sebanyak 30 responden yang merupakan standar minimal. Dapat menggunakan lebih dari 30 responden jika jumlah sampelnya lebih dari 300 (Ghozali, 2005).

Responden yang digunakan untuk uji validitas yaitu selain responden pada sampel penelitian.

#### 4.9.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas pada penelitian ini menggunakan SPSS. Suatu pengujian dikatakan reliabel jika nilai uji statistik Cronbach's Alpha lebih



besar dari 0,60 (Ghozali, 2005). Untuk cara pengujian pada uji reliabilitas hampir sama dengan uji validitas.

#### 4.10 Definisi Istilah/Operasional

Berikut merupakan batasan pengertian dan pengukuran yang bertujuan untuk menghindari adanya perbedaan pengertian :

##### a. Pasien Hipertensi

Merupakan pasien dengan tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg. Pasien dalam penelitian ini adalah pasien hipertensi yang datang ke apotek yang telah terdiagnosa oleh dokter dengan membawa resep maupun salinan resep.

##### b. Obat Anti Hipertensi

Merupakan obat yang diresepkan oleh dokter kepada pasien yang menderita hipertensi dengan tujuan untuk menurunkan dan mengontrol tekanan darah agar tetap dalam rentang normal. Pada penelitian ini, obat anti hipertensi yang digunakan yaitu semua golongan obat anti hipertensi.

##### c. Home Pharmacy Care

Pelayanan kefarmasian di rumah oleh apoteker adalah pendampingan pasien oleh apoteker dalam pelayanan kefarmasian di rumah dengan persetujuan pasien atau keluarganya yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan pasien dalam meminum obat.

##### d. Konseling

Suatu kegiatan komunikasi yang dilakukan dua arah oleh apoteker kepada pasien hipertensi yang dilakukan di Apotek yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan pasien dalam meminum obat.

#### e. Apotek

Apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian tempat dilakukan praktek kefarmasian oleh apoteker. Apotek yang dilakukan pada penelitian ini yaitu apotek yang berada di kota Malang.

#### f. Pengetahuan

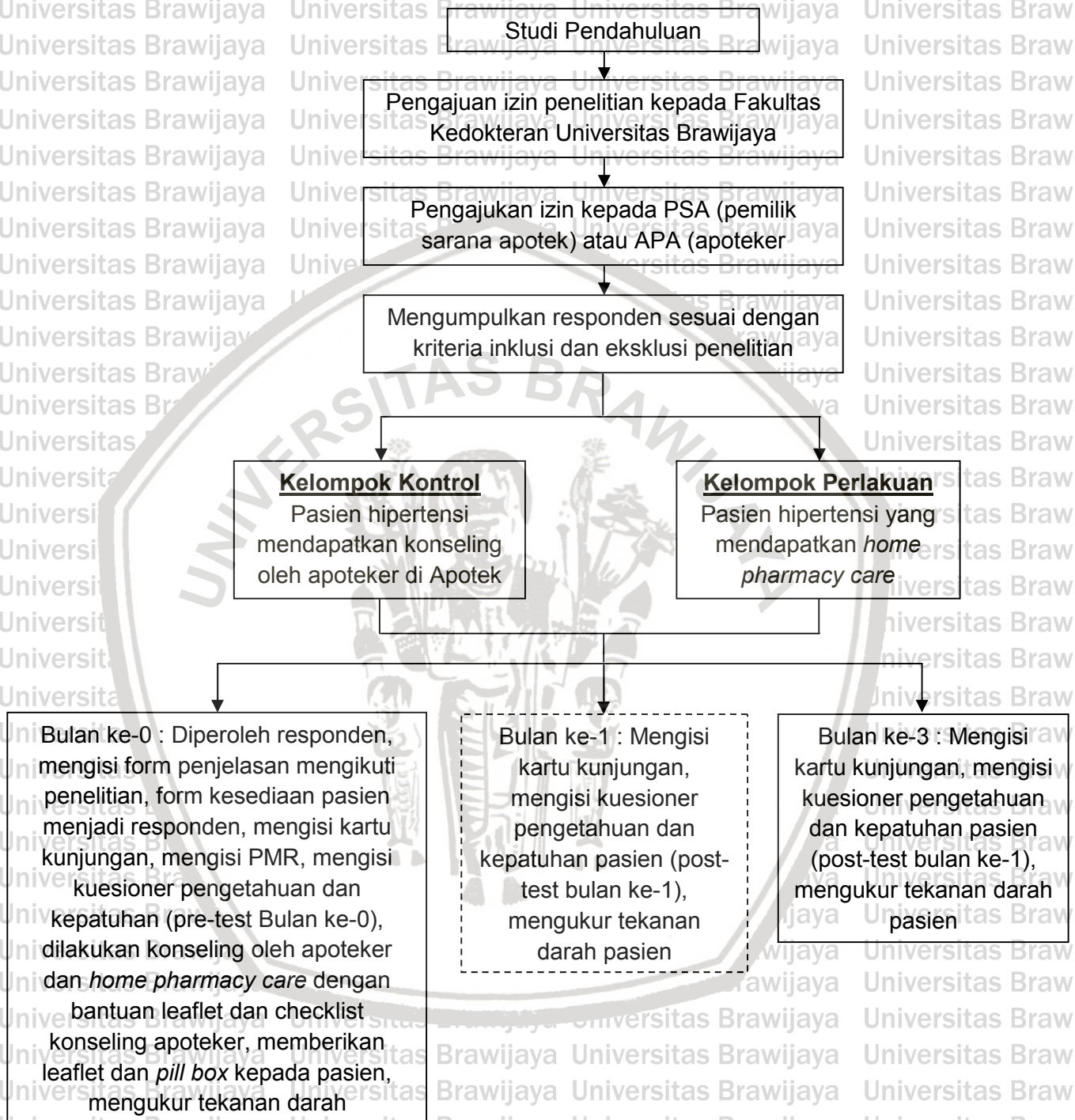
Merupakan segala sesuatu yang diketahui oleh pasien mengenai hipertensi yang meliputi nama dan kegunaan obat, tujuan, manfaat dan cara penggunaan obat, cara penyimpanan obat dan jangka waktu penggunaan, aktivitas yang dihindari selama penggunaan obat, makanan dan minuman yang harus dihindari, efek samping, interaksi dan kontraindikasi obat, tindakan ketika salah dosis maupun penggunaan obat, tindakan ketika lupa minum obat.

#### g. Kepatuhan

Merupakan perilaku pasien dalam meminum obat, mengubah diet dan melakukan perubahan gaya hidup yang benar sesuai dengan rekomendasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Kepatuhan pasien diukur dengan menggunakan kuesioner MMAS 8.



#### 4.11 Prosedur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

**Keterangan :**

Variabel yang diteliti :

Variabel yang tidak diteliti :

**4.12 Analisa Data**

Data yang telah didapatkan dari hasil kuesioner dilakukan analisis data dengan menggunakan perhitungan komputasi program IBM SPSS versi 16 yaitu suatu program komputer statistik yang mampu memproses data statistik secara tepat dan cepat dengan memasukkan data yang telah diperoleh kedalam program tersebut. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan uji statistik sebagai berikut:

**1. Kuesioner Pengetahuan**

Perhitungan skor total jawaban kuesioner pengetahuan dari modifikasi *Hypertension Knowledge-Level Scale* yang berjumlah 24 pertanyaan adalah skor minimal 0 dan skor maksimal 24.

Skor hasil kuesioner masing-masing responden dihitung dengan

rumus :

$$\text{Skor} = \frac{\text{nilai yang diperoleh}}{\text{nilai maksimal kuesioner}} \times 100\%$$

Keterangan :

Skor = nilai akhir yang diperoleh responden (%)

Nilai yang diperoleh = jumlah jawaban responden yang tepat pada kuesioner

Nilai maksimal kuesioner = jumlah total seluruh pertanyaan pada kuesioner



Setelah skor akhir responden dihitung, dilakukan klasifikasi tingkat pengetahuan responden berdasarkan tabel berikut (Arikunto, 2006):

**Tabel 4.12.1 Klasifikasi Pengetahuan Responden**

Kategori	Skor
Baik	76-100%
Cukup	56-75%
Kurang	≤55%

## 2. Kuesioner Kepatuhan

Perhitungan skor total jawaban kuesioner kepatuhan *Morisky Medication Adherence Scale* yang berjumlah 8 pertanyaan (MMAS-8) adalah untuk jawaban nomor 1 sampai 7 jawaban “ya” diberi skor 0 sedangkan jawaban “tidak” diberi skor 1 kecuali nomor 5 jawaban “ya” diberi skor 1 sedangkan jawaban “tidak” diberi skor 0. Untuk nomor 8, jawaban “tidak pernah” diberi skor 1, “pernah satu kali” diberi skor 0,75, “kadang-kadang” diberi skor 0,5, “sering kali” diberi skor 0,25, “selalu setiap waktu” diberi skor 0. Kemudian hasil dari nomor 1 sampai 8 dijumlahkan dan dapat dikategorikan dalam 3 kategori kepatuhan yaitu kepatuhan rendah (skor <6), kepatuhan sedang (6 sampai <8), dan kepatuhan tinggi (skor 8).

## 3. Uji Normalitas

Uji normalitas untuk mengukur apakah data yang digunakan memiliki distribusi normal atau tidak normal. Data yang digunakan dalam uji normalitas yaitu skor total jawaban pada kuesioner pengetahuan dan kepatuhan dari bulan ke-0, 1 dan 3. Uji normalitas data dilakukan dengan menggunakan uji *Shapiro-Wilk*. Jika  $p$  value <

0,05 maka data tersebut tidak berdistribusi normal, tetapi apabila  $p$  value  $> 0,05$  maka data tersebut berdistribusi normal.

#### 4. Uji Hipotesis

Uji hipotesis pada penelitian ini menggunakan uji t-tidak berpasangan jika data berdistribusi normal dan jika data tidak berdistribusi normal dapat menggunakan uji alternatif yaitu uji Mann Whitney. Data yang digunakan dalam uji hipotesis yaitu skor total jawaban pada kuesioner pengetahuan dan kepatuhan dari bulan ke-0, 1 dan 3.

##### 1. Data Berdistribusi Normal

Jika data berdistribusi normal menggunakan uji t-tidak berpasangan. Uji t-tidak berpasangan digunakan untuk membandingkan nilai statistik 2 variabel (yang tidak berpasangan). Alpha ( $\alpha$ ) dianggap 0,05 yang artinya tingkat kesalahan yang diperbolehkan maksimal 5%. Hipotesis awal ( $H_0$ ) dan hipotesis alternatif ( $H_1$ ) pada uji ini dapat ditentukan sebagai berikut:

$H_0$  = selisih nilai sama dengan nol (tidak ada perbedaan nilai kelompok eksperimen dan kelompok kontrol)

$H_1$  = selisih nilai tidak sama dengan nol (ada perbedaan nilai kelompok eksperimen dan kelompok kontrol)

Jika  $p > 0,05$  maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik antara nilai sebelum dengan nilai sesudah perlakuan dan berlaku sebaliknya jika  $p < 0,05$  maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan secara



statistik antara nilai kelompok eksperimen dan kelompok kontrol ( $H_0$  ditolak) (Efendi dan Miranto, 2008).

## 2. Data Berdistribusi Tidak Normal

Digunakan uji *Mann Whitney* jika data yang diperoleh memiliki distribusi tidak normal untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Hipotesis yang digunakan yaitu :

$H_0$  : tidak ada perbedaan skor pengetahuan dan kepatuhan pasien kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

$H_1$  : ada perbedaan skor pengetahuan dan kepatuhan pasien kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Jika hasil uji statistik *Mann Whitney* didapatkan nilai signifikansi  $p$ -value ( $p < 0,05$ ) maka  $H_0$  ditolak, yang artinya ada perbedaan skor pengetahuan dan kepatuhan pasien kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

## BAB V

### HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

#### 5.1 Gambaran Umum Penelitian

Pada penelitian ini, pengambilan data dilakukan di lima kecamatan di Kota Malang yaitu kecamatan Lowokwaru, Belimbing, Klojen, Sukun, dan Kedung Kandang. Dari setiap kecamatan diambil tiga apotek sehingga total apotek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 15 apotek. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan secara *purposive sampling* yang didasarkan oleh pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti, yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Awalnya, jumlah total pasien hipertensi yaitu 40 orang. Namun, 1 pasien pada kelompok kontrol *drop out* pada saat proses pengambilan data. Sehingga jumlah pasien hipertensi yang dijadikan sampel pada penelitian ini sebanyak 79 orang, yang terdiri dari 40 pasien sampel kelompok eksperimen yang diberikan perlakuan berupa *home pharmacy care* dan 39 pasien sampel kelompok kontrol yang mendapatkan konseling oleh apoteker di apotek.

**Tabel 5.1 Jumlah Sampel Pasien Hipertensi**

Keterangan	Jumlah Apotek	Jumlah pasien
Kecamatan Lowokwaru	3 Apotek	20 pasien
Kecamatan Sukun	3 Apotek	21 pasien
Kecamatan Klojen	3 Apotek	23 pasien
Kecamatan Belimbing	3 Apotek	9 pasien
Kecamatan Kedung Kandang	3 Apotek	6 pasien
<b>TOTAL</b>	<b>15 Apotek</b>	<b>79 pasien</b>



Dari kelima kecamatan di Kota Malang, jumlah sampel pasien terbanyak terdapat pada kecamatan Klojen sebanyak 23 pasien dan jumlah sampel pasien yang paling sedikit terdapat pada kecamatan Kedung Kandang sebanyak 6 pasien.

Berdasarkan hasil penelitian ini, didapatkan beberapa informasi mengenai karakteristik dari responden meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pekerjaan, lama menderita penyakit hipertensi, jumlah obat antihipertensi yang diterima, tekanan darah pada bulan 0, 1 dan 3, dan hasil pertanyaan kuesioner.

## 5.2 Karakteristik Responden

### 5.2.1 Profil Distribusi Jenis Kelamin

Berdasarkan data yang didapatkan dari pasien hipertensi di 15 apotek dari 5 kecamatan di Kota Malang diperoleh data jenis kelamin pasien hipertensi yang termasuk dalam kelompok eksperimen dan kelompok kontrol yang ditunjukkan dalam tabel dan grafik di bawah ini :

**Tabel 5.2 Profil Distribusi Jenis Kelamin Pasien Hipertensi Kelompok Eksperimen**

Keterangan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Laki-laki	13	32,5
Perempuan	27	67,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Tabel 5.3 Profil Distribusi Jenis Kelamin Pasien Hipertensi Kelompok Kontrol**

Keterangan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Laki-laki	22	56,41
Perempuan	17	43,59
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa dari 40 sampel pasien hipertensi kelompok eksperimen pada penelitian ini lebih banyak berjenis kelamin perempuan sebanyak 67,5% (27 pasien) dibandingkan dengan pasien laki-laki sebanyak 32,5% (13 pasien). Sedangkan dari 39 sampel pasien hipertensi kelompok kontrol pada penelitian ini lebih banyak berjenis kelamin laki-laki sebanyak 56,41% (22 pasien) dibandingkan dengan pasien perempuan sebanyak 43,59% (17 pasien).

### 5.2.2 Profil Distribusi Usia

**Tabel 5.4 Profil Distribusi Usia Pasien Hipertensi Kelompok Eksperimen**

Usia (Tahun)	Frekuensi (n)	Presentase (%)
< 40	3	7,5
41-49	3	7,5
50-59	11	27,5
60-69	16	40
>70	7	17,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Tabel 5.5 Profil Distribusi Usia Pasien Hipertensi Kelompok Kontrol**

Usia (Tahun)	Frekuensi (n)	Presentase (%)
<40	1	2,56
41-49	5	12,82
50-59	15	38,46
60-69	11	28,21
>70	7	17,95
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa dari pasien hipertensi kelompok eksperimen yang memiliki frekuensi terbanyak pada pasien yang berusia 60-69 tahun dengan persentase 40% (16 pasien). Sedangkan dari sampel pasien hipertensi kelompok kontrol yang memiliki



frekuensi terbanyak pada pasien berusia 50-59 tahun dengan persentase 38,46%.

### 5.2.3 Profil Distribusi Pendidikan Terakhir

**Tabel 5.6 Profil Distribusi Pendidikan Terakhir Pasien Hipertensi Kelompok Eksperimen**

Pendidikan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
SD	9	22,5
SMP	8	20
SMA	9	22,5
Akademi/Sarjana	14	35
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Tabel 5.7 Profil Distribusi Pendidikan Terakhir Pasien Hipertensi Kelompok Kontrol**

Pendidikan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
SD	2	5,13
SMP	7	17,95
SMA	8	20,51
Akademi/Sarjana	22	56,41
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa dari 40 sampel pasien hipertensi kelompok eksperimen pada penelitian ini memiliki tingkat pendidikan terakhir yang bervariasi. Pada pasien kelompok eksperimen yang memiliki pendidikan terakhir dengan frekuensi terbanyak yaitu akademi/sarjana dengan persentase 35% (14 pasien).

Sedangkan dari 39 sampel pasien hipertensi kelompok kontrol yang memiliki pendidikan terakhir dengan frekuensi terbanyak yaitu akademi/sarjana dengan persentase 56,41% (22 pasien).

#### 5.2.4 Profil Distribusi Pekerjaan

**Tabel 5.8 Profil Distribusi Pekerjaan Pasien Hipertensi Kelompok Eksperimen**

Pekerjaan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
PNS	4	10
Swasta	0	0
Wiraswasta	6	15
Ibu Rumah Tangga	13	32,5
Buruh	0	0
Tidak Bekerja	10	25
Tenaga Pengajar	4	10
Lain-lain	3	7,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Tabel 5.9 Profil Distribusi Pekerjaan Pasien Hipertensi Kelompok Kontrol**

Pekerjaan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
PNS	6	15,38
Swasta	1	2,56
Wiraswasta	7	17,95
Ibu Rumah Tangga	7	17,95
Buruh	2	5,13
Tidak Bekerja	12	30,77
Tenaga Pengajar	4	10,26
Lain-lain	0	0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa dari 40 sampel pasien hipertensi kelompok eksperimen yang memiliki pekerjaan dengan frekuensi terbanyak yaitu ibu rumah tangga dengan persentase 32,5% (13 pasien). Sedangkan dari 39 sampel pasien hipertensi kelompok kontrol memiliki pekerjaan frekuensi terbanyak yaitu tidak bekerja dengan persentase 30,77% (12 pasien).



### 5.2.5 Profil Distribusi Lama Pasien Menderita Hipertensi

**Tabel 5.10 Profil Distribusi Lama Pasien Menderita Hipertensi Kelompok Eksperimen**

Lama Penyakit	Frekuensi (n)	Presentase (%)
< 1 tahun	3	7,5
1-10 tahun	30	75
11-19 tahun	5	12,5
>20 tahun	2	5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Tabel 5.11 Profil Distribusi Lama Pasien Menderita Hipertensi Kelompok Kontrol**

Lama Penyakit	Frekuensi (n)	Presentase (%)
< 1 tahun	2	5,13
1-10 tahun	27	69,23
11-19 tahun	5	12,82
>20 tahun	5	12,82
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa dari 40 sampel pasien kelompok eksperimen dengan lama menderita hipertensi yang memiliki frekuensi terbanyak yaitu 1-10 tahun dengan persentase 75% (30 pasien). Sedangkan dari 39 sampel pasien kelompok kontrol dengan lama menderita hipertensi yang memiliki frekuensi terbanyak yaitu 1-10 tahun dengan persentase 69,23% (27 pasien).

### 5.2.6 Profil Distribusi Jenis Obat Antihipertensi yang Diterima

**Tabel 5.12 Profil Distribusi Jenis Obat Antihipertensi yang Diterima Pasien**

Jenis Obat yang diterima	Kelompok Eksperimen	Persentase (%)	Kelompok Kontrol	Persentase (%)
Amlodipin	25	62,5	19	48,71
Nifedipin	2	5	0	0
Valsartan	2	5	1	2,56

Candesartan	1	2,5	0	0
Lisinopril	1	2,5	1	2,56
Amlodipin + Ramipril	0	0	1	2,56
Amlodipin + Lisinopril	0	0	1	2,56
Amlodipin + Valsartan	3	7,5	9	23,07
Amlodipin + Spironolakton	0	0	1	2,56
Valsartan + Nifedipin	0	0	1	2,56
Valsartan + Spironolakton	1	2,5	0	0
Valsartan + Furosemid	1	2,5	0	0
Valsartan + Diltiazem	1	2,5	0	0
Diltiazem + Bisoprolol	1	2,5	0	0
Ramipril + Bisoprolol Fumarat	0	0	1	2,56
Candesartan + Spironolakton	0	0	2	5,12
Valsartan + Furosemid + Spironolakton	1	5	1	2,56
Candesartan + Nifedipin + Bisoprolol	1	5	0	0
Candesartan + Amlodipin + Bisoprolol	0	0	1	2,56
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa dari 40 sampel kelompok eksperimen jenis obat antihipertensi yang diterima pasien terbanyak yaitu obat amlodipin tunggal dengan persentase 62,5% (25 pasien). Begitu pula dengan kelompok kontrol, dari 39 sampel kelompok kontrol jenis obat antihipertensi yang diterima pasien terbanyak yaitu obat amlodipin tunggal dengan persentase 48,71% (19 pasien).

### 5.3 Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

Pada penelitian ini menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner pengetahuan dan kepatuhan. Kuesioner yang digunakan telah diuji validitas dan reliabilitasnya agar kuesioner tersebut dapat dipercaya dan dapat mengukur apa yang seharusnya diukur. Pada penelitian ini uji validitas dan



reliabilitas kuesioner menggunakan 30 responden yang tidak digunakan sebagai sampel penelitian.

### 5.3.1 Uji Validitas

Uji validitas yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan

SPSS. Suatu instrumen penelitian dikatakan valid jika nilai probabilitas korelasi [*sig. (2-tailed)*] < taraf signifikan ( ) sebesar 0,05. Pada

penelitian ini instrumen yang digunakan yaitu kuesioner pengetahuan pasien tentang hipertensi yang terdiri dari 24 pertanyaan dan kuesioner kepatuhan pasien dalam minum obat yang terdiri dari 8 pertanyaan. Data validitas dapat dilihat dibawah ini :

#### 5.3.1.1 Hasil Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan

Tabel 5.13 Hasil Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan

Pertanyaan	Sig. (2-tailed)	Koefisien Korelasi	Keterangan
1	0,016	0,438	Valid
2	0,047	0,366	Valid
3	0,033	0,391	Valid
4	0,022	0,417	Valid
5	0,033	0,390	Valid
6	0,005	0,502	Valid
7	0,000	0,729	Valid
8	0,000	0,715	Valid
9	0,000	0,802	Valid
10	0,034	0,387	Valid
11	0,022	0,417	Valid
12	0,017	0,431	Valid
13	0,000	0,646	Valid
14	0,002	0,548	Valid
15	0,010	0,462	Valid
16	0,007	0,485	Valid
17	0,004	0,514	Valid
18	0,000	0,739	Valid

19	0,007	0,485	Valid
20	0,018	0,428	Valid
21	0,018	0,428	Valid
22	0,018	0,428	Valid
23	0,018	0,429	Valid
24	0,020	0,423	Valid

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa 24 pertanyaan yang terdapat pada kuesioner memiliki nilai korelasi [*signifikansi (2-tailed)*] 0,05 dan memiliki r hitung lebih besar dari r tabel (0,361).

Sehingga pertanyaan yang terdapat pada kuesioner tersebut dapat dinyatakan valid.

### 5.3.1.2 Hasil Uji Validitas Kuesioner Kepatuhan

Tabel 5.14 Hasil Uji Validitas Kuesioner Kepatuhan

Pertanyaan	Sig. (2-tailed)	Koefisien Korelasi	Keterangan
1	0,022	0,416	Valid
2	0,000	0,632	Valid
3	0,000	0,697	Valid
4	0,008	0,478	Valid
5	0,000	0,597	Valid
6	0,000	0,743	Valid
7	0,003	0,519	Valid
8	0,001	0,585	Valid

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa 8 pertanyaan yang terdapat pada kuesioner memiliki nilai korelasi [*signifikansi (2-tailed)*] 0,05 dan memiliki r hitung lebih besar dari r tabel (0,361).

Sehingga pertanyaan yang terdapat pada kuesioner tersebut dapat dinyatakan valid.



### 5.3.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas pada penelitian ini menggunakan SPSS. Suatu instrumen penelitian dikatakan reliabel jika nilai uji statistik Cronbach's Alpha lebih besar dari 0,60. Data reliabilitas dapat dilihat dibawah ini :

#### 5.3.2.1 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Pengetahuan

**Tabel 5.15 Hasil Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan**

Cronbach's Alpha	Jumlah Pertanyaan
0,737	24

Dari hasil uji reliabilitas menggunakan program SPSS menunjukkan bahwa nilai *alpha cronbach* sebesar 0,737 dimana nilai tersebut lebih besar daripada 0,60 ( $0,737 > 0,60$ ), sehingga pertanyaan yang berjumlah 24 pada kuesioner tersebut dinyatakan reliabel.

#### 5.3.2.2 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Kepatuhan

**Tabel 5.16 Hasil Uji Validitas Kuesioner Kepatuhan**

Cronbach's Alpha	Jumlah Pertanyaan
0,734	8

Dari hasil uji reliabilitas menggunakan program SPSS menunjukkan bahwa nilai *alpha cronbach* sebesar 0,734 dimana nilai tersebut lebih besar daripada 0,60 ( $0,734 > 0,60$ ), sehingga pertanyaan yang berjumlah 8 pada kuesioner tersebut dinyatakan reliabel.

### 5.4 Hasil Kuesioner

Berdasarkan data yang diperoleh dari pasien hipertensi di Apotek Kota Malang didapatkan data hasil kuesioner pengetahuan pasien tentang

hipertensi dan kuesioner kepatuhan pasien dalam minum obat kelompok eksperimen dan kelompok kontrol yang ditunjukkan dalam tabel di bawah ini :

#### 5.4.1 Hasil Kuesioner Pengetahuan Tentang Hipertensi Berdasarkan Kategori Pertanyaan

Dari hasil kuesioner pengetahuan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, dapat diketahui skor hasil kuesioner pengetahuan tentang hipertensi berdasarkan kategori pertanyaan kuesioner seperti yang ditunjukkan dalam tabel di bawah ini :

**Tabel 5.17 Skor Hasil Kuesioner Pengetahuan Tentang Hipertensi Berdasarkan Kategori Pertanyaan**

Kategori Pertanyaan	% Responden yang Menjawab Benar (Kelompok Eksperimen)			% Responden yang Menjawab Benar (Kelompok Kontrol)		
	Bulan Ke-0	Bulan Ke-1	Bulan Ke-3	Bulan Ke-0	Bulan Ke-1	Bulan Ke-3
Definisi	85%	93,75%	96,25%	93,58%	100%	100%
Terapi Farmakologi	85,5%	88,75%	92,25%	86,67%	90,25%	93,07%
Kepatuhan	95%	95%	98,75%	91,02%	94,87%	98,71%
Gaya Hidup	92,5%	95%	98,75%	89,74%	93,58%	94,87%
Diet	100%	97,5%	96,67%	94,87%	99,14%	100%
Komplikasi	85%	91%	94,5%	88,71%	96,92%	97,43%

Pada kategori definisi hipertensi meliputi pertanyaan nomer 1 dan nomer 2, kategori terapi farmakologi meliputi pertanyaan nomer 3-12, kategori kepatuhan meliputi pertanyaan nomer 13 dan 16, kategori gaya hidup meliputi pertanyaan nomer 14 dan 15, kategori diet meliputi pertanyaan nomer 17, 18 dan 19, dan kategori komplikasi meliputi pertanyaan nomer 20, 21, 22, 23 dan 24. Dari data diatas, pengetahuan yang paling banyak diketahui pasien hipertensi kelompok eksperimen



yaitu kategori diet dengan persentase pada bulan ke-0,1 dan 3 berturut-turut sebesar 100%, 97,5%, 96,67% dan pengetahuan yang paling sedikit diketahui yaitu terapi farmakologi persentase pada bulan ke-0, 1 dan 3 berturut-turut sebesar 85,5%, 88,75%, 92,25%. Sedangkan pada kelompok kontrol, pengetahuan yang paling banyak diketahui yaitu diet dengan persentase pada bulan ke-0, 1 dan 3 berturut-turut sebesar 94,87%, 99,14%, 100% dan pengetahuan yang paling sedikit diketahui yaitu terapi farmakologi dengan persentase pada bulan ke-0, 1 dan 3 berturut-turut sebesar 86,67%, 90,25%, 93,07%. Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa terjadi peningkatan persentase persentase dari bulan ke-0 sampai bulan ke-3 pada kelompok eksperimen dan kontrol. Kecuali pada pengetahuan tentang diet yang mengalami penurunan persentase dari bulan ke-0 sampai bulan ke-3.

#### 5.4.2 Hasil Kuesioner Kelompok Eksperimen

Tabel 5.18 Hasil Kuesioner Pengetahuan Kelompok Eksperimen

No.	Pernyataan	Bulan Ke-0		Bulan Ke-1		Bulan Ke-3		Jumlah n (%)
		Benar n (%)	Salah n (%)	Benar n (%)	Salah n (%)	Benar n (%)	Salah n (%)	
1.	Tekanan darah 140/90 mmHg selama 2 kali pengukuran berturut-turut menunjukkan tekanan darah tinggi	32 (80%)	8 (20%)	38 (95%)	2 (5%)	38 (95%)	2 (5%)	40 (100%)
2.	Gejala yang ditemui pada penderita hipertensi yaitu sakit kepala, terasa berat dan ditenguk, dan perubahan emosi	36 (90%)	4 (10%)	37 (92,5%)	3 (7,5%)	39 (97,5%)	1 (2,5%)	40 (100%)
3.	Obat antihipertensi memiliki efek samping	10 (25%)	30 (75%)	19 (47,5%)	21 (52,5%)	21 (52,5%)	19 (47,5%)	40 (100%)





	minum obat hanya ketika merasa sakit							
13.	Apabila antihipertensi mengontrol tekanan darah, maka tidak perlu mengubah gaya hidup	obat bisa	3 (7,5%)	37 (92,5%)	3 (7,5%)	37 (92,5%)	0 (0%)	40 (100%)
14.	Pasien dengan tekanan darah tinggi dapat mengonsumsi minuman beralkohol		1 (2,5%)	39 (97,5%)	0 (0%)	40 (100%)	0 (0%)	40 (100%)
15.	Pasien dengan tekanan darah tinggi tidak boleh merokok		35 (87,5%)	5 (12,5%)	36 (90%)	4 (10%)	39 (97,5%)	1 (2,5%)
16.	Pasien dengan tekanan darah tinggi bebas mengonsumsi makanan asin selama mereka minum obat secara teratur		1 (2,5%)	39 (97,5%)	1 (2,5%)	39 (97,5%)	1 (2,5%)	39 (97,5%)
17.	Pasien dengan tekanan darah tinggi dianjurkan mengonsumsi buah dan sayuran setiap hari		40 (100%)	0 (0%)	40 (100%)	0 (0%)	40 (100%)	0 (0%)
18.	Makanan yang baik dikonsumsi pasien tekanan darah tinggi adalah dengan cara digoreng		0 (0%)	40 (100%)	3 (7,5%)	37 (92,5%)	2 (5%)	38 (95%)
19.	Makanan yang baik dikonsumsi pasien tekanan darah tinggi adalah dengan cara direbus atau dipanggang		40 (100%)	0 (0%)	40 (100%)	0 (0%)	38 (95%)	2 (5%)
20.	Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kematian jika tidak diobati		35 (87,5%)	5 (12,5%)	38 (95%)	2 (5%)	38 (95%)	2 (5%)
21.	Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan penyakit jantung (seperti serangan		38 (95%)	2 (5%)	39 (97,5%)	1 (2,5%)	39 (97,5%)	1 (2,5%)

	jantung) jika tidak diobati						
22.	Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan stroke jika tidak diobati	39 (97,5%)	1 (2,5%)	39 (97,5%)	1 (2,5%)	38 (95%)	2 (5%)
23.	Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan gagal ginjal jika tidak diobati	33 (82,5%)	7 (17,5%)	34 (85%)	6 (15%)	39 (97,5%)	1 (2,5%)
24.	Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan gangguan penglihatan jika tidak diobati	25 (62,5%)	15 (37,5%)	32 (80%)	8 (20%)	35 (87,5%)	5 (12,5%)

Dari hasil kuesioner pengetahuan pada kelompok eksperimen dapat diketahui gambaran tingkat pengetahuan responden kelompok eksperimen seperti yang ditunjukkan dalam tabel di bawah ini :

**Tabel 5.19 Tingkat Pengetahuan Kelompok Eksperimen**

Tingkat Pengetahuan	Bulan Ke-0		Bulan Ke-1		Bulan Ke-3	
	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	35	87,5	35	87,5	39	97,5
Cukup	4	10	5	12,5	1	2,5
Kurang	1	2,5	0	0	0	0
Total	40	100	40	100	40	100

Berdasarkan hasil penelitian, dari 40 orang responden pada kelompok eksperimen diketahui tingkat pengetahuan pasien terbanyak pada bulan ke-0 yaitu pada kategori baik sebesar 87,5% dan yang paling sedikit yaitu pada kategori kurang sebesar 2,5%. Pada bulan ke-1 diketahui hasil pengetahuan pasien terbanyak yaitu pada kategori baik sebesar 87,5% dan yang paling sedikit yaitu pada kategori kurang sebesar 0%. Pada bulan ke-3 diketahui hasil pengetahuan pasien



terbanyak yaitu pada kategori baik sebesar 97,5% dan yang paling sedikit yaitu pada kategori kurang sebesar 0%.

**Tabel 5.20 Hasil Kuesioner Kepatuhan Kelompok Eksperimen**

No.	Pertanyaan	Bulan Ke-0		Bulan ke-1		Bulan ke-3		Jumlah n (%)
		Ya n (%)	Tidak n (%)	Ya n (%)	Tidak n (%)	Ya n (%)	Tidak n (%)	
1.	Apakah anda pernah lupa untuk meminum obat antihipertensi?	33 (82,5%)	7 (17,5%)	26 (65%)	14 (35%)	21 (52,5%)	19 (47,5%)	40 (100%)
2.	Apakah selama 2 minggu terakhir ini, ada hari dimana anda tidak meminum obat antihipertensi?	19 (47,5%)	21 (52,5%)	15 (37,5%)	25 (62,5%)	12 (30%)	28 (70%)	40 (100%)
3.	Apakah anda pernah berhenti minum obat antihipertensi tanpa memberi tahu tenaga kesehatan karena merasa kondisi anda memburuk? (misalnya tekanan darah anda tetap tidak terkontrol)?	5 (12,5%)	35 (87,5%)	6 (15%)	34 (85%)	4 (10%)	36 (90%)	40 (100%)
4.	Apakah anda pernah lupa membawa obat antihipertensi ketika anda berada dalam suatu perjalanan atau pergi keluar kota?	18 (45%)	22 (55%)	13 (32,5%)	27 (67,5%)	11 (27,5%)	29 (72,5%)	40 (100%)
5.	Apakah kemarin anda sudah meminum semua obat antihipertensi anda?	31 (77,5%)	9 (22,5%)	37 (92,5%)	3 (7,5%)	37 (92,5%)	3 (7,5%)	40 (100%)
6.	Apakah anda pernah berhenti minum obat antihipertensi ketika merasa kondisi anda sudah membaik (tekanan darah sudah terkontrol)?	19 (47,5%)	21 (52,5%)	15 (37,5%)	25 (62,5%)	11 (27,5%)	29 (72,5%)	40 (100%)
7.	Apakah anda pernah merasa terganggu	14 (35%)	26 (65%)	10 (25%)	30 (75%)	5 (12,5%)	35 (87,5%)	40 (100%)

karena jadwal minum obat yang setiap hari?

No	Pertanyaan	Tidak pernah n (%)	Pernah satu kali n (%)	Kadang-kadang n (%)	Sering kali n (%)	Selalu setiap waktu n (%)	Jumlah n (%)
8.	Seberapa sering anda memiliki kesulitan untuk meminum semua obat antihipertensi yang anda dapatkan?	<b>Bulan Ke-0</b> 33 (82,5%)	0 (0%)	4 (10%)	2 (5%)	1 (2,5%)	40 (100%)
		<b>Bulan Ke-1</b> 37 (92,5%)	2 (5%)	1 (2,5%)	2 (5%)	1 (2,5%)	40 (100%)
		<b>Bulan Ke-3</b> 36 (90%)	0 (0%)	3 (7,5%)	1 (2,5%)	0 (0%)	40 (100%)

Sedangkan dari hasil kuesioner kepatuhan pada kelompok eksperimen dapat diketahui gambaran tingkat kepatuhan responden kelompok eksperimen seperti yang ditunjukkan dalam tabel di bawah ini :

**Tabel 5.21 Tingkat Kepatuhan Kelompok Eksperimen**

Tingkat Kepatuhan	Bulan Ke-0		Bulan Ke-1		Bulan Ke-3	
	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tinggi	3	7,5	8	20	16	40
Sedang	13	32,5	15	37,5	14	35
Rendah	24	60	17	42,5	10	25
Total	40	100	40	100	40	100

Berdasarkan hasil penelitian, dari 40 orang responden pada kelompok eksperimen diketahui hasil kepatuhan pasien dalam meminum obat antihipertensi yang digunakan terbanyak pada bulan ke-0 yaitu pada



kategori rendah sebesar 60% dan yang paling sedikit yaitu pada kategori tinggi sebesar 7,5%. Pada bulan ke-3 diketahui hasil kepatuhan pasien terbanyak yaitu pada kategori tinggi sebesar 40% dan yang paling sedikit yaitu pada kategori rendah sebesar 25%.

#### 5.4.3 Hasil Kuesioner Kelompok Kontrol

**Tabel 5.22 Hasil Kuesioner Pengetahuan Kelompok Kontrol**

No.	Pernyataan	Bulan Ke-0		Bulan Ke-1		Bulan Ke-3		Jumlah n (%)
		Benar n (%)	Salah n (%)	Benar n (%)	Salah n (%)	Benar n (%)	Salah n (%)	
1.	Tekanan darah 140/90 mmHg selama 2 kali pengukuran berturut-turut menunjukkan tekanan darah tinggi	37 (94,9%)	2 (5,1%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)
2.	Gejala yang ditemui pada penderita hipertensi yaitu sakit kepala, terasa berat ditengok, dan perubahan emosi	36 (92,3%)	3 (7,7%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)
3.	Obat antihipertensi memiliki efek samping hipotensi dengan gejala kepala pusing, lemas, pucat, pandangan kabur, dan jantung terasa berdebar	12 (30,8%)	27 (69,2%)	23 (59%)	16 (41%)	27 (69,2%)	12 (30,8%)	39 (100%)
4.	Pasien hipertensi dianjurkan melakukan cek rutin tekanan darah satu bulan sekali pada tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tertentu (apotek, puskesmas, klinik, rumah sakit)	37 (94,9%)	2 (5,1%)	37 (94,9%)	2 (5,1%)	38 (97,4%)	1 (2,6%)	39 (100%)
5.	Pasien dengan tekanan	33	6	31	8	34	5	39

	darah tinggi harus minum obat seumur hidup	(84,6%)	(15,4%)	(79,5%)	(20,5%)	(87,2%)	(12,8%)	(100%)
6.	Meningkatnya tekanan darah karena bertambahnya usia sehingga pengobatan tidak perlu dilakukan	3 (7,7%)	36 (92,3%)	1 (2,6%)	38 (97,4%)	3 (7,7%)	36 (92,3%)	39 (100%)
7.	Apabila lupa minum obat antihipertensi boleh minum obat dengan dosis 2 kali lipat	2 (5,1%)	37 (94,9%)	1 (0%)	39 (100%)	1 (0%)	39 (100%)	39 (100%)
8.	Obat antihipertensi harus disimpan di kulkas	3 (7,7%)	36 (92,3%)	1 (2,6%)	38 (97,4%)	1 (2,6%)	38 (97,4%)	39 (100%)
9.	Obat antihipertensi dapat diminum bersamaan dengan teh / kopi	1 (2,6%)	38 (97,4%)	2 (5,1%)	37 (94,9%)	1 (2,6%)	38 (97,4%)	39 (100%)
10.	Obat antihipertensi pada umumnya dapat diminum sebelum atau sesudah makan	38 (97,4%)	1 (2,6%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)
11.	Obat untuk tekanan darah tinggi harus dikonsumsi setiap hari	37 (94,9%)	2 (5,1%)	34 (87,2%)	5 (12,8%)	38 (97,4%)	1 (2,6%)	39 (100%)
12.	Pasien dengan tekanan darah tinggi harus minum obat hanya ketika merasa sakit	5 (12,8%)	34 (87,2%)	3 (7,7%)	36 (92,3%)	3 (7,7%)	36 (92,3%)	39 (100%)
13.	Apabila obat antihipertensi bisa mengontrol tekanan darah, maka tidak perlu mengubah gaya hidup	5 (12,8%)	34 (87,2%)	4 (10,3%)	35 (89,7%)	1 (2,6%)	38 (97,4%)	39 (100%)
14.	Pasien dengan tekanan darah tinggi dapat mengonsumsi minuman beralkohol	2 (5,1%)	37 (94,9%)	0 (0%)	39 (100%)	1 (2,6%)	38 (97,4%)	39 (100%)
15.	Pasien dengan tekanan darah tinggi tidak boleh merokok	33 (84,6%)	6 (15,4%)	34 (87,2%)	5 (12,8%)	3 (7,7%)	36 (92,3%)	39 (100%)
16.	Pasien dengan tekanan darah tinggi bebas mengonsumsi makanan asin selama mereka	2 (5,1%)	37 (94,9%)	0 (0%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)	39 (100%)



	minum obat secara teratur							
17.	Pasien dengan tekanan darah tinggi dianjurkan mengonsumsi buah dan sayuran setiap hari	38 (97,4%)	1 (2,6%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)
18.	Makanan yang baik dikonsumsi pasien tekanan darah tinggi adalah dengan cara digoreng	4 (10,3%)	35 (89,7%)	1 (2,6%)	38 (97,4%)	0 (0%)	39 (100%)	39 (100%)
19.	Makanan yang baik dikonsumsi pasien tekanan darah tinggi adalah dengan cara direbus atau dipanggang	38 (97,4%)	1 (2,6%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)
20.	Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kematian jika tidak diobati	36 (92,3%)	3 (7,7%)	38 (97,4%)	1 (2,6%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)
21.	Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan penyakit jantung (seperti serangan jantung) jika tidak diobati	38 (97,4%)	1 (2,6%)	39 (100%)	0 (0%)	38 (97,4%)	1 (2,6%)	39 (100%)
22.	Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan stroke jika tidak diobati	38 (97,4%)	1 (2,6%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)	0 (0%)	39 (100%)
23.	Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan gagal ginjal jika tidak diobati	31 (79,5%)	8 (20,5%)	36 (92,3%)	3 (7,7%)	38 (97,4%)	1 (2,6%)	39 (100%)
24.	Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan gangguan penglihatan jika tidak diobati	30 (77%)	9 (23%)	37 (94,9%)	2 (5,1%)	36 (92,3%)	3 (7,7%)	39 (100%)

Dari hasil kuesioner pengetahuan pada kelompok kontrol dapat diketahui gambaran tingkat pengetahuan responden kelompok kontrol seperti yang ditunjukkan dalam tabel di bawah ini :

**Tabel 5.23 Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol**

Tingkat Pengetahuan	Bulan Ke-0		Bulan Ke-1		Bulan Ke-3	
	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	36	92,3	38	97,4	39	100
Cukup	3	7,7	1	2,6	0	0
Kurang	0	0	0	0	0	0
Total	39	100	39	100	39	100

Berdasarkan hasil penelitian, dari 39 orang responden pada kelompok kontrol diketahui hasil pengetahuan pasien mengenai hipertensi terbanyak pada bulan ke-0 yaitu pada kategori baik sebesar 92,3% dan yang paling sedikit yaitu pada kategori kurang sebesar 0%. Pada bulan ke-1 diketahui hasil pengetahuan pasien terbanyak yaitu pada kategori baik sebesar 97,4% dan yang paling sedikit yaitu pada kategori kurang sebesar 0%. Pada bulan ke-3 diketahui hasil pengetahuan pasien terbanyak yaitu pada kategori baik sebesar 100% dan yang paling sedikit yaitu pada kategori cukup dan kurang sebesar 0%.

**Tabel 5.24 Hasil Kuesioner Kepatuhan Kelompok Kontrol**

No.	Pertanyaan	Bulan Ke-0		Bulan ke-1		Bulan ke-3		Jumlah n (%)
		Ya n (%)	Tidak n (%)	Ya n (%)	Tidak n (%)	Ya n (%)	Tidak n (%)	
1.	Apakah anda pernah lupa untuk meminum obat antihipertensi?	31 (79,5%)	8 (20,5%)	25 (64,1%)	14 (35,9%)	21 (53,8%)	18 (46,2%)	39 (100%)
2.	Apakah selama minggu terakhir ini, ada hari dimana anda tidak meminum obat antihipertensi?	17 (43,6%)	22 (56,4%)	14 (35,9%)	25 (64,1%)	14 (35,9%)	25 (64,1%)	39 (100%)
3.	Apakah anda pernah berhenti minum obat antihipertensi tanpa	8 (20,5%)	31 (79,5%)	5 (12,8%)	34 (87,2%)	6 (15,4%)	33 (84,6%)	39 (100%)



	memberi tahu tenaga kesehatan karena merasa kondisi anda memburuk? (misalnya tekanan darah anda tetap tidak terkontrol)?						
4.	Apakah anda pernah lupa membawa obat antihipertensi ketika anda berada dalam suatu perjalanan atau pergi keluar kota?	30 (77%)	8 (20,5%)	31 (79,5%)	12 (45%)	27 (55%)	39 (100%)
5.	Apakah kemarin anda sudah meminum semua obat antihipertensi anda?	36 (92,3%)	3 (7,7%)	34 (87,2%)	5 (12,8%)	37 (94,9%)	39 (100%)
6.	Apakah anda pernah berhenti minum obat antihipertensi ketika merasa kondisi anda sudah membaik (tekanan darah sudah terkontrol)?	11 (28,2%)	28 (71,8%)	5 (12,8%)	34 (87,2%)	5 (12,8%)	34 (87,2%)
7.	Apakah anda pernah merasa terganggu karena jadwal minum obat yang setiap hari?	8 (20,5%)	31 (79,5%)	5 (12,8%)	34 (87,2%)	5 (12,8%)	34 (87,2%)

No	Pertanyaan	Tidak pernah n (%)	Pernah satu kali n (%)	Kadang-kadang n (%)	Sering kali n (%)	Selalu setiap waktu n (%)	Jumlah n (%)
8.	Seberapa sering anda memiliki kesulitan untuk meminum semua obat antihipertensi yang anda dapatkan?						
	<b>Bulan Ke-0</b>	26 (66,7%)	7 (17,9%)	4 (10,3%)	2 (5,1%)	0 (0%)	39 (100%)
	<b>Bulan Ke-1</b>	35 (89,7%)	2 (5,1%)	1 (2,6%)	1 (2,6%)	0 (0%)	39 (100%)
	<b>Bulan Ke-3</b>	36 (92,3%)	0 (0%)	1 (2,6%)	2 (5,1%)	0 (0%)	39 (100%)

Sedangkan dari hasil kuesioner kepatuhan pada kelompok kontrol (Lampiran 12.) dapat diketahui gambaran tingkat kepatuhan responden kelompok kontrol seperti yang ditunjukkan dalam tabel di bawah ini :

**Tabel 5.25 Tingkat Kepatuhan Kelompok Kontrol**

Tingkat Kepatuhan	Bulan Ke-0		Bulan Ke-1		Bulan Ke-3	
	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tinggi	5	12,8	8	20,5	15	38,4
Sedang	17	43,6	19	48,7	12	30,8
Rendah	17	43,6	12	30,8	12	30,8
Total	39	100	39	100	39	100

Berdasarkan hasil penelitian, dari 39 orang responden pada kelompok kontrol diketahui hasil kepatuhan pasien dalam meminum obat antihipertensi yang digunakan terbanyak pada bulan ke-0 yaitu pada kategori sedang dan rendah masing-masing sebesar 43,6% dan yang paling sedikit yaitu pada kategori tinggi sebesar 12,8%. Pada bulan ke-1 diketahui hasil kepatuhan pasien terbanyak yaitu pada kategori sedang sebesar 48,7% dan yang paling sedikit yaitu pada kategori tinggi sebesar 20,5%. Pada bulan ke-3 diketahui hasil kepatuhan pasien terbanyak yaitu pada kategori tinggi sebesar 38,4% dan yang paling sedikit yaitu pada kategori sedang dan rendah masing-masing sebesar 30,8%.

### 5.5 Hasil Checklist Apoteker

Berdasarkan hasil pengumpulan data dari kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, diperoleh hasil checklist konseling apoteker yang ditunjukkan dalam tabel di bawah ini :



Tabel 5.26 Hasil Checklist Konseling Apoteker Kelompok Kontrol

No.	Informasi obat	Disampaikan (%)	Tidak Disampaikan (%)
1.	Definisi hipertensi	92,31	7,69
2.	Nama obat dan kekuatan	94,87	5,13
3.	Aturan pakai	100,00	0,00
4.	Indikasi	94,87	5,13
5.	Cara penyimpanan obat	48,72	51,28
6.	Lama terapi	58,9	41,03
7.	Terapi non-farmakologi (modifikasi gaya hidup dan kebiasaan makan minum)	94,87	5,13
8.	Efek samping obat	89,74	10,26
9.	Kontraindikasi obat	17,95	82,05
10.	Interaksi obat	15,38	84,62
11.	Tindakan ketika lupa minum obat	38,46	61,54
12.	Komplikasi hipertensi	82,05	17,95
13.	Monitoring (efektifitas dan ESO)	35,89	64,11

Berdasarkan tabel diatas, pada kelompok kontrol diketahui hasil distribusi checklist apoteker dengan % yang disampaikan terbanyak yaitu pada nomor 3 mengenai aturan pakai sebesar 100% (39 responden) dan yang paling sedikit pada nomer 10 mengenai interkasi obat sebesar 15,38% (6 responden).

## 5.6 Uji Normalitas

Uji normalitas digunakan untuk mengetahui penyebaran karakteristik data sampel apakah sebaran memiliki sebaran normal atau tidak. Uji yang digunakan adalah uji *Shapiro-Wilk* karena jumlah sampel kurang dari 50 (Dahlan, 2008). Hasil uji normalitas data penelitian di bawah ini :

Tabel 5.27 Hasil Uji Normalitas

Data	Kelompok	Sig.	Keterangan
Pengetahuan Bulan Ke-0	Eksperimen	0,069 > 0,05	Berdistribusi normal
	Kontrol	0,899 > 0,05	Berdistribusi normal
Pengetahuan Bulan Ke-1	Eksperimen	0,597 > 0,05	Berdistribusi normal
	Kontrol	0,096 > 0,05	Berdistribusi normal
Pengetahuan Bulan Ke-3	Eksperimen	0,645 > 0,05	Berdistribusi normal
	Kontrol	0,993 > 0,05	Berdistribusi normal
Kepatuhan Bulan Ke-0	Eksperimen	0,821 > 0,05	Berdistribusi normal
	Kontrol	0,380 > 0,05	Berdistribusi normal
Kepatuhan Bulan Ke-1	Eksperimen	0,101 > 0,05	Berdistribusi normal
	Kontrol	0,616 > 0,05	Berdistribusi normal
Kepatuhan Bulan Ke-3	Eksperimen	0,231 > 0,05	Berdistribusi normal
	Kontrol	0,162 > 0,05	Berdistribusi normal

Data dikatakan berdistribusi normal apabila signifikansi lebih besar dari 0,05. Pada penelitian ini, kuesioner pengetahuan dan kepatuhan pada kelompok eksperimen dan kontrol berdistribusi normal karena nilai signifikansi >0,05.

### 5.7 Uji Efektivitas

Setelah dilakukan uji normalitas, maka selanjutnya dilakukan uji efektivitas. Uji yang digunakan yaitu uji t-tidak berpasangan karena dari hasil uji normalitas data penelitian memiliki hasil data yang berdistribusi normal. Uji t-tidak berpasangan digunakan untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan dan kepatuhan pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol. Hasil uji T-test dibawah ini :



Tabel 5.28 Hasil Uji T-test Pengetahuan

Data	Nilai Signifikansi (P-value)	Keterangan
Perbedaan Pengetahuan Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Bulan Ke-0	0,878	Tidak Signifikan
Perbedaan Pengetahuan Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Bulan Ke-1	0,500	Tidak Signifikan
Perbedaan Pengetahuan Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Bulan Ke-3	0,561	Tidak Signifikan

Hasil uji T-test menunjukkan nilai *P-value* perbedaan pengetahuan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol bulan ke-0 yaitu  $0,878 > 0,05$ , nilai *P-value* perbedaan pengetahuan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol bulan Ke-1 yaitu  $0,500 > 0,05$ , nilai *P-value* perbedaan pengetahuan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol bulan ke-3 yaitu  $0,561 > 0,05$ . Masing-masing menunjukkan *P-value*  $> 0,05$  yang artinya  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak, sehingga dapat diketahui bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol pada bulan ke-0, 1 dan 3.

Tabel 5.29 Hasil Uji T-test Kepatuhan

Data	Nilai Signifikansi (P-value)	Keterangan
Perbedaan Kepatuhan Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Bulan Ke-0	0,950	Tidak Signifikan
Perbedaan Kepatuhan Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Bulan Ke-1	0,361	Tidak Signifikan
Perbedaan Kepatuhan Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Bulan Ke-3	0,806	Tidak Signifikan

Hasil uji T-test menunjukkan nilai *P-value* perbedaan kepatuhan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol bulan ke-0 yaitu  $0,950 > 0,05$ , nilai *P-value* perbedaan kepatuhan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol bulan Ke-1 yaitu  $0,361 > 0,05$ , nilai *P-value* perbedaan kepatuhan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol bulan Ke-3 yaitu  $0,806 > 0,05$ . Masing-masing menunjukkan *P-value*  $> 0,05$  yang artinya  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak, sehingga dapat diketahui bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kepatuhan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol pada bulan ke-0, 1 dan 3.

## 5.8 Hasil Rata-rata Pengukuran Tekanan Darah Pasien

### 5.8.1 Hasil Rata-rata Pengukuran Tekanan Darah Pasien Kelompok Eksperimen

**Tabel 5.30 Hasil Rata-rata Pengukuran Tekanan Darah Kelompok Eksperimen**

Keterangan	Tekanan Darah
Bulan Ke-0	142/88
Bulan Ke1	140/87
Bulan Ke-3	136/86

Berdasarkan hasil rata-rata pengukuran tekanan darah yang dilakukan pada pasien kelompok eksperimen, dapat diketahui bahwa terjadi penurunan rata-rata tekanan darah pada bulan ke-1 dibandingkan dengan rata-rata tekanan darah pada bulan ke-0. Begitu juga rata-rata tekanan darah pada bulan ke-3 yang mengalami penurunan dibandingkan dengan bulan ke-1.



## 5.8.2 Hasil Rata-rata Pengukuran Tekanan Darah Pasien Kelompok Kontrol

**Tabel 5.31 Hasil Rata-rata Pengukuran Tekanan Darah Kelompok Kontrol**

Keterangan	Tekanan Darah
Bulan Ke-0	138/87
Bulan Ke-1	134/83
Bulan Ke-3	139/87

Berdasarkan hasil rata-rata pengukuran tekanan darah yang dilakukan pada pasien kelompok kontrol, dapat diketahui bahwa terjadi penurunan rata-rata tekanan darah pada bulan ke-1 dibandingkan dengan rata-rata tekanan darah pada bulan ke-0. Akan tetapi terjadi peningkatan rata-rata tekanan darah pada bulan ke-3 dibandingkan dengan rata-rata tekanan darah bulan ke-1 meskipun tidak terlalu signifikan.

## 5.9 Tabulasi Silang Variabel Perancu

### 5.9.1 Tabulasi Silang Profil Distribusi Pendidikan Terakhir Responden

#### 5.9.1.1 Kelompok Eksperimen

**Tabel 5.32 Tabulasi Silang Profil Distribusi Pendidikan Terakhir dengan Pengetahuan Kelompok Eksperimen**

Kategori	Pengetahuan Bulan Ke-3			Total
	Kurang	Cukup	Baik	
SD	1 (2,5%)	1 (2,5%)	7 (17,5%)	9 (22,5%)
SMP	0 (0%)	2 (5,0%)	6 (15,0%)	8 (20,0%)
SMA	0 (0%)	1 (2,5%)	8 (20,0%)	9 (22,5%)
Akademi/Sarjana	0 (0%)	1 (2,5%)	13 (32,5%)	14 (35,0%)
Total	1 (2,5%)	5 (12,5%)	34 (85,0%)	40 (100,0%)

**Tabel 5.33 Tabulasi Silang Profil Distribusi Pendidikan Terakhir dengan Kepatuhan Kelompok Eksperimen**

Kategori	Kepatuhan Bulan Ke-3			Total
	Rendah	Sedang	Tinggi	
SD	0 (0%)	0 (0%)	9 (22,5%)	9 (22,5%)
SMP	2 (5,0%)	1 (2,5%)	5 (12,5%)	8 (20,0%)
SMA	0 (0%)	1 (2,5%)	8 (20,0%)	9 (22,5%)
Akademi/Sarjana	1 (2,5%)	5 (12,5%)	8 (20,0%)	14 (35,0%)
Total	3 (7,5%)	7 (17,5%)	30 (75,0%)	40 (100,0%)

Berdasarkan uji mengenai hubungan antara pendidikan terakhir dengan pengetahuan dan kepatuhan menggunakan uji *somers' d* diperoleh hasil sebagai berikut :

**Tabel 5.34 Hasil Uji Somers' d Hubungan Antara Pendidikan Terakhir Dengan Pengetahuan dan Kepatuhan Kelompok Eksperimen**

Kategori	P-value	Koefisien Korelasi	Kekuatan Hubungan	Keterangan
Pengetahuan Bulan Ke-3	0,205 > 0,05	0,110	Sangat Lemah	Tidak Signifikan
Kepatuhan Bulan Ke-3	0,058 > 0,05	-0,182	Sangat Lemah	Tidak Signifikan

Dari analisis uji *somers' d* yang telah dilakukan diperoleh nilai *P-value* > 0,05 yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan terakhir dengan pengetahuan dan kepatuhan pasien hipertensi kelompok eksperimen pada bulan ke-3. Koefisien korelasi yang diperoleh memiliki kekuatan hubungan yang sangat lemah. Hal ini disebabkan karena angka koefisien korelasi mendekati 0. Jika koefisien korelasi bernilai negatif



artinya korelasi antara kedua variabel tersebut bersifat berlawanan atau tidak searah.

### 5.9.1.2 Kelompok Kontrol

**Tabel 5.35 Tabulasi Silang Profil Distribusi Pendidikan Terakhir dengan Pengetahuan Kelompok Kontrol**

Kategori	Pengetahuan Bulan Ke-3			Total
	Kurang	Cukup	Baik	
SD	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,13%)	2 (5,13%)
SMP	0 (0%)	0 (0%)	7 (17,95%)	7 (17,95%)
SMA	0 (0%)	0 (0%)	8 (20,51%)	8 (20,51%)
Akademi/Sarjana	0 (0%)	0 (0%)	22 (56,41%)	22 (56,41%)
Total	0 (0%)	0 (0%)	39 (100,0%)	39 (100,0%)

**Tabel 5.36 Tabulasi Silang Profil Distribusi Pendidikan Terakhir dengan Kepatuhan Kelompok Kontrol**

Kategori	Kepatuhan Bulan Ke-3			Total
	Rendah	Sedang	Tinggi	
SD	0 (0%)	1 (2,56%)	1 (2,56%)	2 (5,13%)
SMP	3 (7,69%)	4 (10,26%)	0 (0%)	7 (17,95%)
SMA	3 (7,69%)	2 (5,13%)	3 (7,69%)	8 (20,51%)
Akademi/Sarjana	6 (15,38%)	5 (12,82%)	11 (28,21%)	22 (56,41%)
Total	12 (30,7%)	12 (30,7%)	15 (38,5%)	39 (100,0%)

Berdasarkan uji mengenai hubungan antara pendidikan terakhir dengan pengetahuan dan kepatuhan menggunakan uji *somers' d* diperoleh hasil sebagai berikut :

**Tabel 5.37 Hasil Uji Somers' d Hubungan Antara Pendidikan Terakhir Dengan Pengetahuan dan Kepatuhan Kelompok Kontrol**

Kategori	P-value	Koefisien Korelasi	Kekuatan Hubungan	Keterangan
Pengetahuan Bulan Ke-3	0,707 > 0,05	0,047	Sangat Lemah	Tidak Signifikan
Kepatuhan Bulan Ke-3	0,676 > 0,05	0,053	Sangat Lemah	Tidak Signifikan

Dari analisis uji *somers' d* yang telah dilakukan diperoleh nilai *P-value* > 0,05 yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan terakhir dengan pengetahuan dan kepatuhan pasien hipertensi kelompok kontrol pada bulan ke-3. Koefisien korelasi yang diperoleh memiliki kekuatan hubungan yang sangat lemah. Hal ini disebabkan karena angka koefisien korelasi mendekati 0.

## 5.9.2 Tabulasi Silang Profil Distribusi Lama Pasien Menderita Hipertensi

### 5.9.2.1 Kelompok Eksperimen

**Tabel 5.38 Tabulasi Silang Profil Distribusi Lama Pasien Menderita Hipertensi dengan Pengetahuan Kelompok Eksperimen**

Kategori	Pengetahuan Bulan Ke-3			Total
	Kurang	Cukup	Baik	
< 1 tahun	1 (2,5%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	3 (7,5%)
1-10 tahun	0 (0%)	3 (7,5%)	27 (67,5%)	30 (75,0%)
11-19 tahun	0 (0%)	0 (0%)	5 (12,5%)	5 (12,5%)
>20 tahun	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	2 (5,0%)
Total	1 (2,5%)	5 (12,5%)	34 (85,0%)	40 (100,0%)



**Tabel 5.39 Tabulasi Silang Profil Distribusi Lama Pasien Menderita Hipertensi dengan Kepatuhan Kelompok Eksperimen**

Kategori	Kepatuhan Bulan Ke-3			Total
	Kurang	Cukup	Baik	
< 1 tahun	1 (2,5%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	3 (7,5%)
1-10 tahun	2 (5,0%)	3 (7,5%)	25 (62,5%)	30 (75,0%)
11-19 tahun	0 (0%)	2 (5,0%)	3 (7,5%)	5 (12,5%)
>20tahun	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	2 (5,0%)
Total	3 (7,5%)	7 (17,5%)	30 (75,0%)	40 (100,0%)

Berdasarkan uji mengenai hubungan antara lama pasien menderita hipertensi dengan pengetahuan dan kepatuhan menggunakan uji *somers' d* diperoleh hasil sebagai berikut :

**Tabel 5.40 Hasil Uji Somers' d Hubungan Antara Lama Pasien Menderita Hipertensi Dengan Pengetahuan dan Kepatuhan Kelompok Eksperimen**

Kategori	P-value	Koefisien Korelasi	Kekuatan Hubungan	Keterangan
Pengetahuan Bulan Ke-3	0,377 > 0,05	0,157	Sangat Lemah	Tidak Signifikan
Kepatuhan Bulan Ke-3	0,949 > 0,05	0,012	Sangat Lemah	Tidak Signifikan

Dari analisis uji *somers' d* yang telah dilakukan diperoleh nilai *P-value* > 0,05 yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lama pasien menderita hipertensi dengan pengetahuan dan kepatuhan pasien hipertensi kelompok eksperimen pada bulan ke-3. Koefisien korelasi yang diperoleh memiliki kekuatan hubungan yang sangat lemah. Hal ini disebabkan karena angka koefisien korelasi mendekati 0.

### 5.9.2.2 Kelompok Kontrol

**Tabel 5.41 Tabulasi Silang Profil Distribusi Lama Pasien Menderita Hipertensi dengan Pengetahuan Kelompok Kontrol**

Kategori	Pengetahuan Bulan Ke-3			Total
	Kurang	Cukup	Baik	
< 1 tahun	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,13%)	2 (5,13%)
1-10 tahun	0 (0%)	0 (0%)	27 (69,23%)	27 (69,23%)
11-19 tahun	0 (0%)	0 (0%)	5 (12,82%)	5 (12,82%)
> 20 tahun	0 (0%)	0 (0%)	5 (12,82%)	5 (12,82%)
Total	0 (0%)	0 (0%)	39 (100,0%)	39 (100,0%)

**Tabel 5.42 Tabulasi Silang Profil Distribusi Lama Pasien Menderita Hipertensi dengan Kepatuhan Kelompok Kontrol**

Kategori	Kepatuhan Bulan Ke-3			Total
	Rendah	Sedang	Tinggi	
< 1 tahun	2 (5,13%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,13%)
1-10 tahun	8 (20,51%)	8 (20,51%)	11 (28,21%)	27 (69,23%)
11-19 tahun	1 (2,56%)	1 (2,56%)	3 (7,69%)	5 (12,82%)
>20 tahun	1 (2,56%)	3 (7,69%)	1 (2,56%)	5 (12,82%)
Total	12 (30,7%)	12 (30,7%)	15 (38,5%)	39 (100,0%)

Berdasarkan uji mengenai hubungan antara lama pasien menderita hipertensi dengan pengetahuan dan kepatuhan menggunakan uji somers'  $d$  diperoleh hasil sebagai berikut :



**Tabel 5.43 Hasil Uji Somers' d Hubungan Antara Lama Pasien Menderita Hipertensi Dengan Pengetahuan dan Kepatuhan Kelompok Kontrol**

Kategori	P-value	Pearson Correlation	Kekuatan Hubungan	Keterangan
Pengetahuan Bulan Ke-3	0,164 > 0,05	0,170	Sangat Lemah	Tidak Signifikan
Kepatuhan Bulan Ke-3	0,089 > 0,05	0,247	Lemah	Tidak Signifikan

Dari analisis uji *somers' d* yang telah dilakukan diperoleh nilai *P-value* > 0,05 yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lama pasien menderita hipertensi dengan pengetahuan dan kepatuhan pasien hipertensi kelompok kontrol pada bulan ke-3. Koefisien korelasi yang diperoleh memiliki kekuatan hubungan yang sangat lemah pada kategori pengetahuan. Hal ini disebabkan karena angka koefisien korelasi mendekati 0. Untuk koefisien korelasi kategori kepatuhan pasien memiliki kekuatan hubungan yang lemah karena nilai koefisien korelasi diantara 0,20-0,40.

## BAB VI PEMBAHASAN

### 6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

Pada penelitian ini, pengambilan data dilakukan di lima kecamatan di Kota Malang yaitu kecamatan Lowokwaru, Belimbing, Klojen, Sukun, dan Kedung Kandang. Dari setiap kecamatan diambil tiga apotek sehingga total apotek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 15 apotek. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan secara *purposive sampling* yang didasarkan oleh pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti, yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Jumlah pasien hipertensi yang menjadi responden pada penelitian ini sebanyak 79 orang, yang terdiri dari 40 pasien sampel kelompok eksperimen yang diberikan perlakuan berupa *home pharmacy care* dan 39 pasien sampel kelompok kontrol yang mendapatkan konseling konvensional oleh apoteker. Penelitian ini dilakukan mulai bulan Februari hingga Juli 2018. Pengambilan data dilakukan di apotek dengan responden yaitu pasien yang datang untuk mendapatkan obat antihipertensi. Kemudian dilihat apakah pasien tersebut sesuai dengan kriteria penelitian. Lalu menanyakan kepada pasien tersebut mengenai kesiediaan pasien dalam mengikuti penelitian ini dan menjelaskan mengenai prosedur penelitian. Selanjutnya melengkapi identitas pasien yang dibutuhkan dan mengisi kuesioner pengetahuan dan kepatuhan. Data kuesioner ini merupakan data bulan ke-0. Dilanjutkan dengan konseling oleh apoteker di apotek dan di rumah pasien. Pada akhir bulan pertama dan bulan



ketiga, kemudian dilakukan pengisian kuesioner pengetahuan dan kepatuhan kembali. Data kuesioner ini termasuk dalam bulan ke-1 dan bulan ke-3.

Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan data jumlah responden dari setiap kecamatan di Apotek Kota Malang. Diketahui pada kecamatan lowokwaru diperoleh 20 responden, kecamatan sukun diperoleh 21 responden, kecamatan klojen diperoleh 23 pasien, kecamatan belimbing diperoleh 9 pasien, dan kecamatan kedungkandang diperoleh 6 pasien. Dari setiap kecamatan, diambil 3 apotek sebagai tempat penelitian.

Berdasarkan tabel 5.2 dan 5.3 didapatkan data jenis kelamin pasien hipertensi berturut-turut yaitu data jenis kelamin kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pada kelompok eksperimen, jumlah responden laki-laki lebih sedikit dari pada responden perempuan. Jumlah responden perempuan sebesar 67,5%. Sedangkan pada kelompok kontrol, jumlah responden laki-laki lebih banyak dari pada perempuan yaitu sebesar 56,41%. Pada umumnya laki-laki lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan dengan perempuan. Laki-laki sering mengalami tanda-tanda hipertensi pada usia akhir 30-an. Akan tetapi setelah memasuki masa menopause, prevalensi hipertensi pada perempuan akan meningkat. Wanita memiliki resiko lebih tinggi untuk menderita hipertensi. Produksi hormon estrogen menurun saat menopause, sehingga tekanan darah dapat meningkat (Herbert Benson, dkk, 2012). Penelitian mengenai hubungan antara jenis kelamin dan tingkat kepatuhan pasien memperlihatkan bahwa pria memiliki tingkat kepatuhan yang lebih rendah dibanding wanita. Hal tersebut terjadi karena pria memiliki aktivitas yang lebih banyak sehingga tingkat kesibukannya lebih tinggi dan lebih berpeluang melupakan waktu minum obatnya (Ambaw AD, 2012).

Berdasarkan tabel 5.4 dan 5.5 didapatkan data usia pasien hipertensi berturut-turut yaitu data usia kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Pada kelompok eksperimen, jumlah responden hipertensi terbanyak memiliki usia 60-69 dengan persentase sebesar 40%. Sedangkan pada kelompok kontrol, jumlah responden hipertensi terbanyak memiliki usia 50-59 dengan persentase sebesar 38,46%. Semakin bertambahnya usia seseorang, maka resiko hipertensi akan semakin meningkat (Saseen *et al.*, 2008). Menurut Pinto (2007), pada pasien usia 50 tahun keatas mulai mengalami perubahan struktural pada arteri yang menyebabkan peningkatan tekanan darah. Perubahan tersebut terjadi pada elastisitas dinding arteri. Dinding arteri akan mengalami penebalan karena adanya penumpukan zat kolagen pada lapisan otot, sehingga pembuluh darah berangsur-angsur menyempit. Selain itu, terjadi penurunan sensitivitas refleks baroreseptor yang berfungsi dalam pengaturan tekanan darah.

Berdasarkan tabel 5.6 dan 5.7 didapatkan data pendidikan terakhir pasien hipertensi berturut-turut yaitu data pendidikan terakhir kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pada kelompok eksperimen, persentase terbanyak dengan pendidikan terakhir akademi/sarjana sebesar 35%. Sedangkan pada kelompok kontrol, persentase terbanyak dengan pendidikan terakhir akademi/sarjana sebesar 56,41%. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan meningkatkan tingkat intelektual orang tersebut sehingga akan cepat menerima informasi dan mudah menyerap informasi yang diberikan serta memiliki pola pikir yang lebih baik terhadap penyakit dan terapi yang dijalannya (Notoatmodjo, 2007).



Berdasarkan tabel 5.8 dan 5.9 didapatkan data pekerjaan pasien hipertensi berturut-turut yaitu data pekerjaan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pada kelompok eksperimen, persentase terbanyak dengan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga sebesar 32,5%. Sedangkan pada kelompok kontrol, persentase terbanyak yaitu tidak bekerja atau pensiunan sebesar 30,77%. Jenis pekerjaan berkaitan dengan aktivitas fisik yang dilakukan oleh seseorang. Orang yang tidak aktif melakukan kegiatan atau beraktivitas akan cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantung harus bekerja lebih keras setiap kontraksi. Semakin keras dan sering otot jantung memompa maka makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri sehingga menyebabkan kenaikan tekanan darah. Kurangnya aktivitas fisik juga dapat meningkatkan resiko kelebihan berat badan atau obesitas yang akan menyebabkan peningkatan resiko hipertensi (Saseen *et al.*, 2008 ; Chobanian AV *et al.*, 2003).

Berdasarkan tabel 5.10 dan 5.11 didapatkan data lama pasien menderita hipertensi berturut-turut yaitu data lama pasien menderita hipertensi kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pada kelompok eksperimen, persentase terbanyak dengan lama pasien menderita hipertensi 1-10 tahun sebesar 75%. Sedangkan pada kelompok kontrol, persentase terbanyak dengan lama menderita hipertensi 1-10 tahun sebesar 69,23%. Menurut WHO (2003), lama pengobatan mempengaruhi kepatuhan. Semakin lama pasien menjalani pengobatan, semakin kecil kemungkinan pasien untuk patuh.

Pada penelitian ini, mayoritas pasien menggunakan 1 jenis obat antihipertensi. Berdasarkan tabel 5.12 didapatkan data jenis obat

antihipertensi yang diterima oleh pasien kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pada pasien kelompok eksperimen, jenis obat antihipertensi yang diterima pasien terbanyak yaitu amlodipin dengan persentase 62,5%. Sedangkan pada kelompok kontrol, jenis obat antihipertensi yang diterima pasien terbanyak yaitu amlodipin dengan persentase 48,71%. Amlodipin mempunyai selektivitas yang tinggi terhadap otot pembuluh darah. Amlodipin mempunyai afinitas delapan puluh kali lebih tinggi terhadap pembuluh darah dibanding afinitasnya terhadap otot jantung, sehingga efeknya terhadap penurunan tekanan darah lebih banyak disebabkan oleh penurunan resistensi pembuluh darah dibandingkan dengan penurunan curah jantung. Disamping itu dosis yang dibutuhkan untuk menurunkan tekanan darah mempunyai efek minimal terhadap nodus sino atrial dan nodus atrio ventrikuler pada jantung. Dengan demikian penurunan tekanan darah yang terjadi tidak diiringi oleh peningkatan denyut jantung. Pemberian amlodipin hanya sedikit berpengaruh terhadap ekskresi natrium dan air pada ginjal, tidak mempengaruhi metabolisme glukosa, profil lipid dan asam urat. Amlodipin diserap hampir sempurna pada saluran cerna, mempunyai kadar puncak setelah 8 – 12 jam pemberian serta mempunyai masa paruh eliminasi 35-45 jam. Dengan demikian Amlodipin cukup diberikan sekali sehari. Amlodipin dimetabolisme di hati dan hasil metabolismenya dikeluarkan dalam bentuk tidak aktif melalui urine dan faeses (Naylor, 1997). Efek samping yang sering terjadi akibat pemakaian obat tersebut adalah : edema, sakit kepala, flushung, takikardia atau palpitasi, dispepsia, dizziness, nausea (Pessina,1997). Pada penelitian ini, mayoritas obat antihipertensi yang paling banyak diterima oleh pasien



adalah amlodipin, karena amlodipin merupakan salah satu obat antihipertensi yang ditanggung oleh BPJS. Selain itu, dari data PMR ada beberapa pasien yang pernah menggunakan kaptopril mengeluhkan adanya efek samping batuk kering dari penggunaan kaptopril. Banyaknya jumlah obat yang digunakan pasien, menunjukkan adanya kompleksitas regimen pengobatan yang dapat mempengaruhi kepatuhan (WHO, 2003).

Pada penelitian ini, untuk mengukur pengetahuan dan kepatuhan pasien digunakan instrumen penelitian kuesioner. Kuesioner untuk mengukur pengetahuan dan kepatuhan pasien hipertensi yang diberikan sebelum perlakuan (*pre-test*) dan sesudah perlakuan (*post-test*). Kuesioner tentang pengetahuan pasien hipertensi menggunakan modifikasi *Hypertension Knowledge-Level Scale* (HK-LS) yang berjumlah 24 pertanyaan. Untuk kuesioner tentang kepatuhan menggunakan *Morisky Medication Adherence Scale* yang telah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia yang terdiri dari 8 pertanyaan.

Sebelum kuesioner digunakan untuk mengukur pengetahuan dan kepatuhan pasien, terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas dilakukan untuk mengukur tingkat validitas suatu kuesioner dan menentukan apakah kuesioner tersebut layak digunakan atau tidak (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini taraf signifikansi yang digunakan yaitu 5% dengan nilai  $r$  tabel = 0,361. Berdasarkan tabel 5.13 dan 5.14 didapatkan hasil uji validitas kuesioner pengetahuan dan kepatuhan dari semua pertanyaan dinyatakan valid. Hal ini dikarenakan  $r$  hitung > 0,361. Berdasarkan tabel 5.15 dan 5.16 didapatkan hasil uji reliabilitas kuesioner pengetahuan dan kepatuhan dinyatakan reliabel. Hal ini dikarenakan pada

hasil uji reliabilitas kuesioner pengetahuan nilai *alpha cronbach* sebesar 0,737 dimana nilai tersebut lebih besar daripada 0,60 ( $0,737 > 0,60$ ), sehingga pertanyaan yang berjumlah 24 pada kuesioner tersebut dinyatakan reliabel. Sedangkan pada hasil uji reliabilitas kuesioner kepatuhan nilai *alpha cronbach* sebesar 0,734 dimana nilai tersebut lebih besar daripada 0,60 ( $0,734 > 0,60$ ), sehingga pertanyaan yang berjumlah 8 pada kuesioner tersebut dinyatakan reliabel.

Pada penelitian ini, pengambilan data dilakukan sebanyak tiga kali, yaitu pre-test bulan ke-0, post-test bulan ke-1 dan post-test bulan ke-3 dengan memberikan dua kuesioner yaitu kuesioner tingkat pengetahuan dan tingkat kepatuhan. Materi konseling yang akan disampaikan dibagi menjadi dua bagian sehingga kunjungan pada pasien kelompok eksperimen dilakukan sebanyak dua kali sebelum dilakukan post-test bulan ke-1. Tujuannya agar pasien lebih mudah memahami materi konseling yang diberikan. Satu bulan setelah kunjungan bulan ke-1, pasien diberikan kuesioner pengetahuan dan kepatuhan kembali sebagai post-test bulan ke-1 serta dilakukan pengukuran tekanan darah pasien. Kunjungan bulan ke-3 memiliki perlakuan yang sama dengan bulan ke-1.

Berdasarkan hasil kuesioner kelompok eksperimen dan kelompok kontrol berturut-turut pada 5.18 dan 5.22, diperoleh data hasil kuesioner pengetahuan yaitu kategori definisi hipertensi yang meliputi pertanyaan nomer 1 tentang apakah benar atau salah tekanan darah 140/90 mmHg selama 2 kali pengukuran berturut-turut menunjukkan tekanan darah tinggi dan nomer 2 tentang apakah benar atau salah gejala yang ditemui pada penderita hipertensi yaitu sakit kepala, terasa berat ditengkuh, dan



perubahan emosi. Dari hasil kuesioner menunjukkan mayoritas pasien telah menjawab pertanyaan nomer 1 dan nomer 2 dengan benar (Tabel 5.17).

Namun, beberapa pasien masih menjawab salah. Hal ini dapat disebabkan karena setiap orang mempunyai tekanan darah yang berbeda-beda tergantung kondisi tubuhnya masing-masing. Menurut *guideline* JNC 8, target tekanan darah sistolik pada pasien berusia 60 tahun ke atas <150 mmHg dan target diastolik <90 mmHg. Target tekanan darah pada pasien dewasa dengan diabetes mellitus atau penyakit gagal ginjal kronis 140/90 mmHg.

Selain itu, ada beberapa pasien yang masih menjawab pertanyaan nomer 2 salah. Menurut Widyanto (2013), penderita hipertensi seringkali tidak menampakkan gejala dan dapat mengakibatkan kefatalan secara tiba-tiba, karena itu hipertensi disebut juga sebagai *silent killer*. Sehingga pasien beranggapan bahwa pernyataan nomer 2 tentang gejala yang ditemui pada penderita hipertensi salah.

Pada pertanyaan nomer 3-12 termasuk dalam kategori pertanyaan mengenai terapi farmakologi. Berdasarkan tabel 5.17, dapat diketahui bahwa persentase responden menjawab benar paling sedikit yaitu pada kategori terapi farmakologi. Pada pertanyaan nomer 3 dengan pertanyaan mengenai efek samping obat memiliki persentase responden menjawab benar paling sedikit. Hal ini dapat dilihat dari data PMR (*Patient Medication Record*) yang menunjukkan bahwa pada kelompok eksperimen, hanya 27,5% (11 pasien) pasien saja yang pernah mengalami efek samping obat antihipertensi, sehingga obat antihipertensi tersebut dianggap tidak memiliki efek samping. Efek samping obat antihipertensi yang biasa dirasakan pasien seperti batuk kering (kaptopril), pusing (amlodipin), bengkak (amlodipin), jantung terasa

berdebar (nifedipin), dan sering buang air kecil (furosemid). Selain itu, tidak semua pasien menjawab pertanyaan tersebut dengan benar. Pada pertanyaan nomer 4 tentang apakah benar atau salah pasien hipertensi dianjurkan melakukan cek rutin tekanan darah satu bulan sekali pada tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tertentu (apotek, puskesmas, klinik, rumah sakit). Berdasarkan hasil tersebut menunjukkan bahwa mayoritas pasien telah menjawab pertanyaan tersebut dengan benar. Hal ini didukung dengan data PMR pasien kelompok eksperimen, bahwa dari 29 pasien yang dilakukan wawancara, sebesar 79,31% (23 pasien) mengatakan telah melakukan cek rutin tekanan darah 1 bulan sekali dan 10,34% (3 pasien) telah melakukan cek rutin tekanan darah 1-3 minggu sekali. Menurut rekomendasi kontrol hipertensi dari AHA (*American Heart Association*) (2014) yang menyebutkan bahwa penderita hipertensi dengan tekanan darah sistolik 140–159 mmHg dan diastolik 90 – 99 mmHg perlu melakukan kontrol tekanan darah 3 bulan sekali, sedangkan penderita hipertensi dengan tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastol > 100 mmHg perlu melakukan kontrol tekanan darah 2–4 minggu sekali.

Pada pertanyaan nomer nomer 5 tentang apakah benar atau salah pasien dengan tekanan darah tinggi harus minum obat seumur hidup, pertanyaan nomer 11 tentang apakah benar atau salah obat untuk tekanan darah tinggi harus dikonsumsi setiap hari dan pertanyaan nomer 12 tentang apakah benar atau salah pasien dengan tekanan darah tinggi harus minum obat hanya ketika merasa sakit. Hasil dari kuesioner tersebut menunjukkan tidak semua pasien menjawab pertanyaan tersebut dengan benar. *The Eighth Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection,*



*Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VIII)* mengemukakan bahwa jangka waktu terapi antihipertensi adalah seumur hidup. Beberapa pasien tidak setuju karena alasan takut terhadap efek samping dan ketergantungan. Menurut Depkes (2006), sekitar 40% kematian yang diakibatkan hipertensi tidak terkontrol, penderita tidak menyadari bahwa dirinya sebagai penderita hipertensi harus mengkonsumsi obat antihipertensi secara teratur tanpa terputus dan melakukan modifikasi gaya hidup. Pada pertanyaan nomor 9 tentang apakah benar atau salah obat antihipertensi dapat diminum bersamaan dengan teh/kopi, mayoritas pasien telah menjawab benar. Namun saat dilakukan wawancara, terdapat pasien yang memang memiliki kebiasaan minum obat menggunakan teh sehingga membenarkan pertanyaan tersebut. Kopi mempengaruhi tekanan darah karena mengandung polifenol, kalium, dan kafein. Kafein memiliki efek yang antagonis kompetitif terhadap reseptor adenosin. Adenosin merupakan neuromodulator yang mempengaruhi sejumlah fungsi pada susunan saraf pusat. Hal ini berdampak pada vasokonstriksi dan meningkatkan total resistensi perifer, yang akan menyebabkan tekanan darah. Kandungan kafein pada secangkir kopi sekitar 80-125 mg (Uiterwaal C, *et al*, 2007). Kafein dalam teh akan meningkatkan aktifitas syaraf simpatis karena dapat merangsang sekresi *Corticotropin Releasing Hormone (CRH)* yang berujung pada peningkatan tekanan darah (Sugiyono, 2007). Pada pertanyaan nomor 8 tentang penyimpanan obat antihipertensi, mayoritas pasien telah mengetahui cara penyimpanan obat antihipertensi yang benar.

Pada pertanyaan nomor 13 dan 16 termasuk dalam kategori kepatuhan (Tabel 5.17). Pertanyaan nomor 13 tentang apakah benar atau

salah apabila obat antihipertensi bisa mengontrol tekanan darah, maka tidak perlu mengubah gaya hidup dan nomor 16 tentang apakah benar atau salah pasien dengan tekanan darah tinggi bebas mengonsumsi makanan asin selama mereka minum obat secara teratur. Hasil dari pengambilan data tersebut sebagian besar pasien telah menjawab pertanyaan tersebut dengan benar. Konsumsi natrium yang tinggi serta ketidakpatuhan mengonsumsi obat antihipertensi menjadikan tekanan darah cenderung semakin meningkat. Sehingga penderita hipertensi tidak terkontrol perlu mengetahui faktor apa sajakah yang menjadi risiko kejadian hipertensi tidak terkontrol guna menurunkan angka mortalitas, morbiditas dan akan mengurangi risiko komplikasi (Sarjunan, 2009). Garam merupakan faktor yang sangat penting dalam patogenesis hipertensi. Yang dimaksud garam adalah garam natrium seperti yang terdapat dalam garam dapur ( $\text{NaCl}$ ), soda kue ( $\text{NaHCO}_3$ ), *baking powder*, natrium benzoat, dan vetsin (mono sodium glutamat). Dalam keadaan normal, jumlah natrium yang dikeluarkan tubuh melalui urin harus sama dengan jumlah yang dikonsumsi, sehingga terdapat keseimbangan (Almatsier S, 2010). Asupan natrium yang berlebih terutama dalam bentuk natrium klorida dapat menyebabkan gangguan keseimbangan cairan tubuh, sehingga menyebabkan hipertensi (Depkes RI, 2006).

Pada pertanyaan nomor 14 dan 15 termasuk dalam kategori gaya hidup (Tabel 5.17). Pertanyaan nomor 14 tentang apakah benar atau salah pasien dengan tekanan darah tinggi dapat mengonsumsi minuman beralkohol dan pertanyaan nomor 15 tentang apakah benar atau salah pasien dengan tekanan darah tinggi tidak boleh merokok. Sebagian besar pasien telah menjawab pertanyaan tersebut dengan benar (Tabel 5.17).



Gaya hidup yang tidak sehat dapat menjadikan tekanan darah cenderung semakin meningkat (Sarjunani, 2009). Orang yang mengkonsumsi alkohol dengan kadar tinggi akan memiliki tekanan darah yang cepat berubah dan cenderung meningkat tinggi. Meminum alkohol secara berlebihan, yaitu tiga kali atau lebih dalam sehari merupakan faktor penyebab 7% kasus hipertensi. Mengonsumsi alkohol sedikitnya dua kali per hari, tekanan darah sistolik meningkat 1,0 mmHg dan tekanan darah diastolik 0,5 mmHg per satu kali minum (Palmer, 2007). Dari data PMR dapat diketahui, pada pasien eksperimen sebesar 10,71% (3 pasien) memiliki kebiasaan merokok. Rokok mengandung zat kimia berbahaya seperti tar, nikotin, dan karbon monoksida.

Zat kimia tersebut yang masuk kedalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri dan mengakibatkan proses aterosklerosis dan hipertensi (Nurkhalida, 2003).

Pada pertanyaan nomer 17, 18 dan 19 termasuk dalam kategori diet.

Pertanyaan nomer 17 tentang apakah benar atau salah pasien dengan tekanan darah tinggi dianjurkan mengonsumsi buah dan sayuran setiap hari, nomer 18 tentang apakah benar atau salah makanan yang baik dikonsumsi pasien tekanan darah tinggi adalah dengan cara digoreng, nomer 19 tentang apakah benar atau salah makanan yang baik dikonsumsi pasien tekanan darah tinggi adalah dengan cara direbus atau dipanggang. Berdasarkan tabel 5.17, dapat diketahui bahwa pertanyaan kategori diet memiliki persentase responden menjawab benar terbesar. Modifikasi gaya hidup merupakan hal yang penting diperhatikan, karena berperan dalam keberhasilan penanganan hipertensi (Nurkhalida, 2003). Pengaturan pola makan pasien hipertensi berdasarkan *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) meliputi

konsumsi makanan yang banyak mengandung buah dan sayur serta mengurangi asupan lemak atau yang mengandung lemak diperkirakan menurunkan tekanan diastol 8-14 mmHg (Chobanian *et al*, 2003).

Pada pertanyaan nomer 20, 21, 22, 23 dan 24 termasuk dalam kategori komplikasi hipertensi. Pertanyaan nomer 20 tentang apakah benar atau salah tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kematian jika tidak diobati. Pertanyaan nomer 21-24 tentang apakah benar atau salah tekanan darah tinggi dapat menyebabkan penyakit jantung (seperti serangan jantung), stroke, gagal ginjal dan gangguan penglihatan jika tidak diobati. Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terkena tekanan darah. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang dipendarahnya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma (suatu dilatasi dinding arteri, akibat kongenital atau perkembangan yang lemah pada dinding pembuluh). Dapat terjadi gagal ginjal karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema (Elizabeth J, 2001). Gagal jantung juga merupakan salah satu komplikasi yang sering ditemukan pada hipertensi berat (Susalit *et al*, 2001). Selain itu, salah satu gangguan tajam penglihatan pada mata



adalah retinopati, baik retinopati diabetik maupun retinopati hipertensi. Retinopati merupakan gangguan penglihatan karena adanya kelainan pada retina. Penyebabnya bisa bermacam-macam, mulai dari penyakit diabetes mellitus (DM), hipertensi hingga usia lanjut. Karena hal tersebut, beberapa pasien mengira gangguan penglihatan hanya timbul pada penderita diabetes mellitus. Retinopati hipertensi adalah kelainan-kelainan retina dan pembuluh darah retina akibat tekanan darah tinggi. Retinopati hipertensi merupakan suatu kondisi dengan karakteristik perubahan vaskularisasi retina pada pasien hipertensi. Retinopati hipertensi dapat juga disebabkan karena hipertensi yang tidak terkontrol (Gumanti, 1999). Semakin tinggi dan semakin lama hipertensi berlangsung, maka semakin berat kerusakan yang terjadi.

Berdasarkan data pengetahuan pasien kelompok eksperimen dan kontrol tentang hipertensi berturut-turut seperti pada tabel 5.19 dan 5.23 yaitu pada kelompok eksperimen bulan ke-0 dengan tingkat pengetahuan baik sebesar 87,5%, pengetahuan cukup sebesar 10%, pengetahuan kurang sebesar 2,5%. Pada kelompok eksperimen bulan ke-1 dengan tingkat pengetahuan baik sebesar 87,5%, pengetahuan cukup sebesar 12%, pengetahuan kurang sebesar 0%. Pada kelompok eksperimen bulan ke-3 dengan tingkat pengetahuan baik sebesar 97,5%, pengetahuan cukup sebesar 2,5%, pengetahuan kurang sebesar 0%. Sedangkan pada kelompok kontrol bulan ke-0 dengan tingkat pengetahuan baik sebesar 92,3%, pengetahuan cukup sebesar 7,7%, pengetahuan kurang sebesar 0%. Pada kelompok kontrol bulan ke-1 dengan tingkat pengetahuan baik sebesar 97,4%, pengetahuan cukup sebesar 2,6%, pengetahuan kurang sebesar 0%. Pada kelompok kontrol bulan ke-3 dengan tingkat pengetahuan baik sebesar

100%, pengetahuan cukup sebesar 0%, pengetahuan kurang sebesar 0%.

Berdasarkan hasil tersebut, disimpulkan bahwa terjadi peningkatan

persentase pengetahuan pada kelompok eksperimen maupun kelompok

kontrol dari bulan ke-0, 1 dan 3. Peningkatan pengetahuan pada pasien

kelompok eksperimen kemungkinan disebabkan karena pemberian *home*

*pharmacy care* di rumah pasien bulan ke-0. Hal ini sesuai dengan penelitian

Rostikarina (2011) yang menyatakan bahwa *home pharmacy care* memiliki

pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan tentang

penggunaan obat antihipertensi oral. Selain itu, peningkatan pengetahuan

pada pasien kelompok kontrol juga dapat disebabkan karena pemberian

konseling oleh apoteker di apotek menggunakan pedoman konseling atau

checklist informasi yang disampaikan. Konseling adalah salah satu cara yang

dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan pasien terkait penyakit

dan obat yang diminum. Menurut penelitian Kasanaho *et al* (2002), pasien

menyatakan bahwa konseling berguna sebesar 77% dan pasien yang

menyatakan sangat berguna sebesar 22%. Pengetahuan sebagai hasil dari

proses belajar sangat dipengaruhi oleh waktu sejak memperoleh pemaparan,

sesuatu yang dipelajari oleh seseorang akan cenderung menurun secara

logaritmik dari waktu ke waktu (Depkes RI, 2001).

Berdasarkan hasil kuesioner kepatuhan kelompok eksperimen dan

kelompok kontrol (Tabel 5.20 dan 5.24), untuk pertanyaan nomer 1, 2, 4 dan

5 termasuk dalam pertanyaan dalam segi frekuensi lupa atau tidaknya pasien

dalam minum obat. Pertanyaan nomer 1 tentang apakah anda pernah lupa

untuk meminum obat antihipertensi, pertanyaan nomer 2 tentang apakah

selama 2 minggu terakhir ini, ada hari dimana anda tidak meminum obat



antihipertensi, pertanyaan nomer 4 tentang apakah anda pernah lupa membawa obat antihipertensi ketika anda berada dalam suatu perjalanan atau pergi keluar kota, pertanyaan nomer 5 tentang apakah kemarin anda sudah meminum semua obat antihipertensi anda. Berdasarkan hasil tersebut sebagian besar pasien menjawab pernah lupa untuk mengonsumsi obat antihipertensi yang diterima. Kepatuhan pengobatan pasien hipertensi merupakan hal penting karena hipertensi merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan tetapi harus selalu dikontrol atau dikendalikan agar tidak terjadi komplikasi yang dapat berujung pada kematian (Palmer, 2007). Masalah ketidakpatuhan umum dijumpai dalam pengobatan penyakit kronis yang memerlukan pengobatan jangka panjang seperti hipertensi. Pada penelitian ini, rata-rata usia pasien diatas 50 tahun. Hal ini disebabkan karena pada pasien usia lanjut kurang memahami seberapa penting pengobatan hipertensi yang sedang dijalaninya. Pasien usia lanjut memiliki kepatuhan yang rendah terkait pengobatan hipertensi karena pada pasien usia lanjut telah memiliki keterbatasan dalam hal penglihatan pendengaran serta memori (Jin *et al*, 2008). Menurut penelitian Agrina *et al* (2011), ketidakpatuhan pasien dapat dipengaruhi oleh pengetahuan ataupun sikap penderita hipertensi itu sendiri. Pengetahuan yang kurang dikarenakan kurangnya informasi yang diperoleh oleh penderita, baik dari petugas kesehatan maupun media cetak atau elektronik. Selain itu, dari hasil wawancara pasien mengenai alasan lupa untuk minum obat yaitu sibuk, malas, takut ketergantungan, stok obat antihipertensi dari apotek kosong ataupun karena keluar kota tidak dalam jangka waktu yang lama.

Pada pertanyaan nomer 3, 6, 7 dan 8 termasuk dalam aspek tepat atau tidaknya cara pasien mengonsumsi obat antihipertensi. Pertanyaan nomer 3 tentang apakah anda pernah berhenti minum obat antihipertensi tanpa memberi tahu tenaga kesehatan karena merasa kondisi anda memburuk (misalnya tekanan darah anda tetap tidak terkontrol), nomer 6 tentang apakah anda pernah berhenti minum obat antihipertensi ketika merasa kondisi anda sudah membaik (tekanan darah sudah terkontrol), nomer 7 tentang apakah anda pernah merasa terganggu karena jadwal minum obat yang setiap hari dan nomer 8 tentang seberapa sering anda memiliki kesulitan untuk meminum semua obat antihipertensi yang anda dapatkan. Berdasarkan penelitian dahulu menyatakan bahwa terdapat salah satu responden yang menghentikan pengobatan antihipertensi tanpa memberitahu tenaga kesehatan karena merasa tekanan darahnya sudah terkontrol. Hal tersebut disebabkan karena pasien tersebut kurang paham terhadap penjelasan yang disampaikan oleh dokter atau tenaga kesehatan mengenai pentingnya kepatuhan pada pengobatan hipertensi. Faktor psikososial pada pasien yakni hasil dari proses pengambilan keputusan sendiri yang akan berpengaruh terhadap persepsi dan keyakinan seseorang terkait kesehatan yang dialami serta berpengaruh terhadap kepatuhan untuk mengonsumsi obat (Purwanto, 2006). Komunikasi antara petugas kesehatan dengan pasien memiliki peranan penting dalam meningkatkan pengetahuan pasien terhadap penyakitnya. Komunikasi yang terjadi antara petugas kesehatan dan pasien harus memiliki tujuan yang jelas dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Petugas kesehatan juga harus tanggap terhadap masalah pasien dan fokus pada penjelasan mengenai kondisi dan perawatan pasien.



Gaya komunikasi yang harus diterapkan dalam komunikasi antara petugas kesehatan dan pasien yaitu ramah, menghargai pasien, dan memberikan dukungan emosi (Xu-Yin, Toobert, Savage, Pan & Whitmer, 2008). Menurut penelitian Mulyati *et al* ( 2013), terdapat beberapa alasan interaksi antara petugas pelayanan kesehatan dengan pasien yang menyebabkan ketidakpatuhan dalam terapi obat-obatan yaitu jika interaksi yang terjadi terlalu singkat, terlalu bersikap formal, terlalu mengontrol atau adanya ketidakpuasan pasien dalam perawatan.

Berdasarkan data kepatuhan pasien kelompok eksperimen dan kontrol dalam minum obat berturut-turut seperti pada tabel 5.21 dan 5.25 yaitu pada kelompok eksperimen bulan ke-0 dengan tingkat kepatuhan tinggi sebesar 7,5%, kepatuhan sedang sebesar 32,5%, kepatuhan rendah sebesar 60%. Pada kelompok eksperimen bulan ke-1 dengan tingkat kepatuhan tinggi sebesar 20%, kepatuhan sedang sebesar 37,5%, kepatuhan rendah sebesar 42,5%. Dan pada kelompok eksperimen bulan ke-3 dengan tingkat kepatuhan tinggi sebesar 40%, kepatuhan sedang sebesar 35%, kepatuhan rendah sebesar 25%. Sedangkan pada kelompok kontrol bulan ke-0 dengan tingkat kepatuhan tinggi sebesar 12,8%, kepatuhan sedang sebesar 43,6%, kepatuhan rendah sebesar 43,6%. Pada kelompok kontrol bulan ke-1 dengan tingkat kepatuhan tinggi sebesar 20,5%, kepatuhan sedang sebesar 48,7%, kepatuhan rendah sebesar 30,8%. Dan pada kelompok kontrol bulan ke-3 dengan tingkat kepatuhan tinggi sebesar 38,4%, kepatuhan sedang sebesar 30,8%, kepatuhan rendah sebesar 30,8%. Berdasarkan hasil tersebut, disimpulkan bahwa terjadi peningkatan persentase kepatuhan pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol bulan ke-0,1 dan 3.

Kepatuhan pasien merupakan faktor utama penentu keberhasilan terapi. Pada penelitian ini, terjadi peningkatan kepatuhan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol pada bulan ke-1 dan 3. Peningkatan kepatuhan kelompok eksperimen dapat disebabkan karena pemberian *home pharmacy care*. Hal ini sesuai dengan penelitian Utaminingrum *dkk* (2017) bahwa pelayanan *home care* yang diberikan berpengaruh dalam meningkatkan kepatuhan pasien hipertensi. Selain itu, terjadi peningkatan juga pada kepatuhan kelompok kontrol. Peningkatan kepatuhan dapat disebabkan karena pasien mendapatkan konseling oleh apoteker di apotek pada bulan ke-0. Adanya konseling memudahkan apoteker mengidentifikasi masalah dan menyelesaikan masalah terkait obat sehingga pasien dapat patuh menjalankan terapi pengobatannya dengan aman dan benar. Konseling yang efektif akan membuat pasien mengerti tentang penyakit dan pengobatan yang sedang dijalani dan meningkatkan kepatuhan minum obat (Puspitasari *et al*, 2009). Kepatuhan serta pemahaman yang baik dalam menjalankan terapi dapat mempengaruhi tekanan darah (Depkes, 2006). Beberapa alasan pasien tidak menggunakan obat antihipertensi dikarenakan sifat penyakit yang secara alami tidak menimbulkan gejala, terapi jangka panjang, efek samping obat, regimen terapi yang kompleks, pemahaman yang kurang tentang pengelolaan dan risiko hipertensi serta biaya pengobatan yang relatif tinggi (Osterberg & Blaschke, 2005). Selain itu, pasien eksperimen maupun kontrol juga mendapatkan *pill box* yang digunakan untuk mempermudah pasien dalam pengobatannya sehingga dapat meningkatkan kepatuhan pasien. Menurut penelitian Sammulia *dkk* (2016), penggunaan *pill box* dianggap sangat membantu pasien dalam



mengatur obatnya dalam menjalankan terapi terutama untuk pasien geriatri.

Selain itu, *pill box* juga dapat membantu pasien untuk memilah dan mengatur

obat sesuai dengan waktu dan hari dalam seminggu (Petersen *et al.*, 2007).

Agar konseling menjadi lebih efektif, terdapat beberapa alat bantu yang dapat

digunakan. Salah satunya yaitu checklist konseling apoteker yang berfungsi

untuk mengingatkan apoteker point-point konseling yang penting. Pada tabel

5.26, diketahui hasil distribusi checklist apoteker dengan % yang

disampaikan terbanyak yaitu pada nomor 3 mengenai aturan pakai sebesar

100% (39 responden) dan yang paling sedikit pada nomor 10 mengenai

interaksi obat sebesar 15,38% (6 responden). Sedangkan pada kelompok

eksperimen, semua informasi yang terdapat dalam checklist konseling

apoteker telah disampaikan. Dari data checklist konseling diatas, diketahui

bahwa tidak semua materi konseling telah disampaikan oleh apoteker pada

kelompok kontrol. Hal ini disebabkan karena keterbatasan waktu

pelaksanaan konseling yang dilakukan di apotek. Selain itu, konselor pada

kedua kelompok berbeda namun menggunakan checklist konseling dengan

daftar informasi yang sama. Konselor pada kelompok eksperimen yaitu

peneliti, sedangkan pada kelompok kontrol yaitu apoteker di apotek.

Selanjutnya, setelah semua data terkumpul, dilakukan uji normalitas.

Uji normalitas dilakukan untuk mengukur distribusi data. Uji normalitas data

digunakan adalah uji *Shapiro-Wilk* karena sampel yang digunakan kurang

dari 50. Suatu data dikatakan berdistribusi tidak normal jika  $p \text{ value} < 0,05$ ,

tetapi apabila  $p \text{ value} > 0,05$  maka data tersebut berdistribusi normal.

Berdasarkan data hasil uji normalitas pada tabel 5.27, diperoleh hasil uji

normalitas dari data kuesioner pengetahuan dan kepatuhan kelompok

eksperimen maupun kontrol pada bulan ke-0,1 dan 3 berdistribusi normal, karena nilai signifikansi masing-masing lebih besar dari 0,05.

Kemudian, dilakukan uji efektivitas. Uji yang digunakan yaitu uji t-tidak berpasangan karena dari hasil uji normalitas data penelitian memiliki hasil data yang berdistribusi normal. Uji t-tidak berpasangan digunakan untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan dan kepatuhan pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol. Berdasarkan data hasil uji t-tidak berpasangan pada tabel 5.28, diperoleh hasil uji t-tidak berpasangan dari data perbedaan pengetahuan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol bulan ke-0 diperoleh nilai  $P\text{-value}$   $0,878 > 0,05$ , untuk data perbedaan pengetahuan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol bulan ke-1 diperoleh nilai  $P\text{-value}$   $0,500 > 0,05$ , untuk data perbedaan pengetahuan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol bulan ke-3 diperoleh nilai  $P\text{-value} = 0,561 > 0,05$ . Masing-masing menunjukkan  $P\text{-value} > 0,05$  yang artinya  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak, sehingga dapat diketahui bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol pada bulan ke-0, 1 dan 3.

Berdasarkan data hasil uji t-tidak berpasangan pada tabel 5.29, diperoleh hasil uji t-tidak berpasangan dari data perbedaan kepatuhan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol bulan ke-0 diperoleh nilai  $P\text{-value}$   $0,950 > 0,05$ , untuk data perbedaan kepatuhan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol bulan ke-3 diperoleh nilai  $P\text{-value}$   $0,361 > 0,05$ , untuk data perbedaan kepatuhan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol bulan ke-1 diperoleh nilai  $P\text{-value} = 0,806 > 0,05$ . Masing-masing menunjukkan  $P\text{-value} > 0,05$  yang artinya  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak, sehingga



dapat diketahui bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kepatuhan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol pada bulan ke-0, 1 dan 3.

Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Khanifatunnisa (2006) yang menunjukkan bahwa adanya perbedaan yang signifikan baik dari tingkat pengetahuan dan tingkat kepatuhan antara responden kelompok kontrol dan responden kelompok intervensi. Kelompok intervensi merupakan kelompok yang menerima *home pharmacy care* dan kelompok kontrol tidak menerima *home pharmacy care*. Hal ini dapat disebabkan karena pada penelitian Khanifatunnisa intervensi *home pharmacy care* dilakukan sebanyak empat kali kunjungan dengan rentang waktu dua minggu untuk setiap kunjungannya. Sedangkan pada penelitian ini, intervensi *home pharmacy care* dilakukan dua kali pada hari pertama berkunjung dan hari ke-14 dengan berkunjung ke rumah pasien. Selain itu, jika dilihat dari hasil kuesioner pengetahuan pasien kelompok eksperimen dan kelompok kontrol pada bulan ke-0 menunjukkan bahwa rata-rata pasien memiliki pengetahuan yang baik. Selama 3 bulan penelitian, pasien juga bisa mendapatkan informasi yang berasal dari pengalaman sendiri, lingkungan, cerita yang di dengar, ataupun pengalaman orang lain. Pengetahuan responden juga dapat dipengaruhi oleh banyak faktor seperti pengalaman serta sarana informasi. Pengetahuan tidak hanya di dapat secara formal melainkan juga melalui pengalaman (Notoatmodjo, 2007).

Berdasarkan tabel 5.30 dan 5.31, didapatkan data rata-rata hasil pengukuran tekanan darah berturut-turut kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Dari data kelompok eksperimen diketahui bahwa terjadi penurunan tekanan darah pada bulan ke-1 dan bulan ke-3. Hal ini dapat

disebabkan karena terjadi peningkatan pengetahuan dan kepatuhan pada hasil kuesioner kelompok eksperimen. Menurut Sharma (2014), pengetahuan pasien yang baik mengenai hipertensi akan memengaruhi kepatuhan pasien dalam meminum obat. Hal ini akan mempengaruhi tekanan darah pasien sehingga dapat menurunkan terjadinya komplikasi hipertensi. Sedangkan pada kelompok kontrol juga mengalami penurunan tekanan darah pada bulan ke-1. Hasil penelitian Ragot *et al* (2005) yang menyatakan bahwa pengetahuan dan kesadaran pasien mengenai tekanan darah memegang peranan penting dalam kemampuan untuk mencapai kesuksesan pengendalian tekanan darah pada hipertensi. Hasil penelitian Alexander *et al* (2003) juga mengungkapkan bahwa pengetahuan dan kesadaran pasien mengenai hipertensi merupakan faktor penting dalam mencapai kontrol tekanan darah serta memainkan peranan penting dalam kemampuan mengontrol hipertensi. Namun terjadi peningkatan tekanan darah pada bulan ke-3 dibandingkan pada bulan ke-1. Hal tersebut dikarenakan peningkatan skor kuesioner kepatuhan tidak benar-benar diikuti dengan perubahan perilaku pasien.

Tabel 5.32 dan 5.33 menunjukkan tabulasi silang antara pendidikan terakhir dengan pengetahuan dan kepatuhan kelompok eksperimen. Pada tabulasi silang antara pendidikan terakhir dengan pengetahuan kelompok eksperimen, didapatkan hasil responden dengan pengetahuan baik terbanyak yaitu pasien dengan pendidikan terakhir akademi/sarjana sebanyak 13 responden. Kemudian pada tabulasi silang antara pendidikan terakhir dengan kepatuhan kelompok eksperimen, didapatkan hasil responden dengan kepatuhan tinggi yaitu pasien dengan pendidikan terakhir



SD sebanyak 9 responden. Uji korelasi yang digunakan (Tabel 5.34) untuk melihat hubungan antara pendidikan terakhir dengan pengetahuan dan kepatuhan kelompok eksperimen pada penelitian ini yaitu uji korelasi *somers' d*. Hal ini disebabkan karena data kedua variabelnya bertipe ordinal dan ditampilkan dalam bentuk tabel kontingensi, sehingga korelasi yang tepat digunakan korelasi *somers'd*. Dari analisis uji *somers' d* yang telah dilakukan diperoleh nilai  $P\text{-value} = 0,205 > 0,05$  untuk tabulasi silang antara pendidikan terakhir dengan pengetahuan kelompok eksperimen dan  $P\text{-value} = 0,058 > 0,05$  untuk tabulasi silang antara pendidikan terakhir dengan kepatuhan kelompok eksperimen. Dari data tersebut menunjukkan bahwa nilai  $P\text{-value}$  dari keduanya  $> 0,05$  yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan terakhir dengan pengetahuan dan kepatuhan pasien hipertensi kelompok eksperimen pada bulan ke-3. Sehingga dapat dikatakan bahwa faktor perancu pendidikan terakhir kelompok eksperimen tidak mempengaruhi pengetahuan dan kepatuhan pasien. Koefisien korelasi yang diperoleh memiliki kekuatan hubungan yang sangat lemah. Tabel 5.35 dan 5.36 menunjukkan tabulasi silang antara pendidikan terakhir dengan pengetahuan dan kepatuhan kelompok kontrol. Pada tabulasi silang antara pendidikan terakhir dengan pengetahuan kelompok kontrol, didapatkan hasil responden dengan pengetahuan baik terbanyak yaitu pasien dengan pendidikan terakhir akademi/sarjana sebanyak 22 responden. Kemudian pada tabulasi silang antara pendidikan terakhir dengan kepatuhan kelompok kontrol, didapatkan hasil responden dengan kepatuhan tinggi yaitu pasien dengan pendidikan terakhir akademi/sarjana sebanyak 11 responden. Uji korelasi yang digunakan (Tabel 5.37) untuk melihat hubungan antara

pendidikan terakhir dengan pengetahuan dan kepatuhan kelompok kontrol pada penelitian ini yaitu uji korelasi *somers' d*. Dari analisis uji *somers' d* yang telah dilakukan diperoleh nilai  $P\text{-value} = 0,707 > 0,05$  untuk tabulasi silang antara pendidikan terakhir dengan pengetahuan kelompok kontrol dan  $P\text{-value} = 0,676 > 0,05$  untuk tabulasi silang antara pendidikan terakhir dengan kepatuhan kelompok kontrol. Dari data tersebut menunjukkan bahwa nilai  $P\text{-value}$  dari keduanya  $> 0,05$  yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan terakhir dengan pengetahuan dan kepatuhan pasien hipertensi kelompok kontrol pada bulan ke-3. Sehingga dapat dikatakan bahwa faktor perancu pendidikan terakhir kelompok kontrol tidak mempengaruhi pengetahuan dan kepatuhan pasien. Koefisien korelasi yang diperoleh memiliki kekuatan hubungan yang sangat lemah.

Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dikemukakan oleh Sugihartono dkk (2003) bahwa tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan dan pengetahuan seseorang dalam menerapkan perilaku hidup sehat, terutama mencegah penyakit hipertensi. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula kemampuan seseorang dalam menjaga pola hidup agar tetap sehat. Sebaliknya, hasil korelasi sejalan dengan penelitian Mursal (2016) bahwa pendidikan penderita bukan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan berobat penderita hipertensi akan tetapi tersedianya waktu luang yang menyebabkan penderita patuh berobat sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Pada penelitian ini, pada kelompok eksperimen yang memiliki pengetahuan baik dengan jumlah terbanyak yaitu akademi/sarjana sebanyak 13 orang. Sedangkan yang memiliki kepatuhan tinggi dengan jumlah



terbanyak yaitu SD sebanyak 13 orang. Pada kelompok kontrol yang memiliki pengetahuan baik dengan jumlah terbanyak yaitu akademi/sarjana sebanyak 22 orang. Sedangkan yang memiliki kepatuhan tinggi dengan jumlah terbanyak yaitu akademi sebanyak 11 orang. Dari hasil tersebut dapat diketahui bahwa kebanyakan responden yang memiliki tingkat pengetahuan dan kepatuhan baik adalah responden dengan tingkat pendidikan tinggi yaitu akademi/sarjana. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka pengetahuannya akan semakin baik, sehingga hal tersebut berakibat pada peningkatan potensi diri untuk menjaga, mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Namun tingkat pendidikan yang rendah tidak selamanya akan menghambat seseorang untuk belajar dari media lain, seperti televisi, koran, majalah, radio dan pengalaman-pengalaman orang lain yang dijadikan referensi bagi dirinya. Hal ini terbukti pada kelompok eksperimen, yang memiliki kepatuhan baik dengan jumlah terbanyak yaitu pendidikan terakhir SD.

Hasil pendidikan berperan penting dalam membentuk pola berpikir, persepsi dan sikap dalam pengambilan suatu keputusan. Pendidikan seseorang mengajarkan individu mengambil keputusan yang terbaik untuk dirinya. Slameto (2003) juga menyebutkan semakin tinggi tingkat pendidikan atau pengetahuan seseorang maka semakin membutuhkan pelayanan kesehatan sebagai tempat berobat. Dengan berpendidikan tinggi, maka wawasan pengetahuan semakin bertambah dan semakin menyadari bahwa begitu penting kesehatan bagi kehidupan sehingga termotivasi untuk melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Tabel 5.38 dan 5.39 menunjukkan tabulasi silang antara lama pasien menderita hipertensi dengan pengetahuan dan kepatuhan kelompok eksperimen. Pada tabulasi silang antara lama pasien menderita hipertensi dengan pengetahuan kelompok eksperimen, didapatkan hasil responden dengan pengetahuan baik terbanyak yaitu pasien dengan lama menderita 1-10 tahun sebanyak 27 responden. Kemudian pada tabulasi silang antara lama pasien menderita hipertensi dengan kepatuhan kelompok eksperimen, didapatkan hasil responden dengan kepatuhan tinggi terbanyak yaitu pasien dengan lama menderita hipertensi 1-10 tahun sebanyak 25 responden. Uji korelasi yang digunakan (Tabel 5.40) untuk melihat hubungan antara lama pasien menderita hipertensi dengan pengetahuan dan kepatuhan kelompok eksperimen pada penelitian ini yaitu uji korelasi *somers' d*. Dari analisis uji *somers' d* yang telah dilakukan diperoleh nilai  $P\text{-value} = 0,377 > 0,05$  untuk tabulasi silang antara lama pasien menderita hipertensi dengan pengetahuan kelompok eksperimen dan  $P\text{-value} = 0,949 > 0,05$  untuk tabulasi silang antara lama pasien menderita hipertensi dengan kepatuhan kelompok eksperimen. Dari data tersebut menunjukkan bahwa nilai  $P\text{-value}$  dari keduanya  $> 0,05$  yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara lama pasien menderita hipertensi dengan pengetahuan dan kepatuhan pasien hipertensi kelompok eksperimen pada bulan ke-3. Sehingga dapat dikatakan bahwa faktor perancu lama menderita hipertensi kelompok eksperimen tidak mempengaruhi pengetahuan dan kepatuhan pasien. Koefisien korelasi yang diperoleh memiliki kekuatan hubungan yang sangat lemah. Hal ini disebabkan karena angka koefisien korelasi mendekati 0.

Tabel 5.41 dan 5.42 menunjukkan tabulasi silang antara lama pasien



menderita hipertensi dengan pengetahuan dan kepatuhan kelompok kontrol. Pada tabulasi silang antara lama pasien menderita hipertensi dengan pengetahuan kelompok kontrol, didapatkan hasil responden dengan pengetahuan baik terbanyak yaitu pasien dengan lama menderita hipertensi 1-10 tahun sebanyak 27 responden. Kemudian pada tabulasi silang antara lama pasien menderita hipertensi dengan kepatuhan kelompok kontrol, didapatkan hasil responden dengan kepatuhan baik terbanyak yaitu pasien dengan lama menderita hipertensi 1-10 sebanyak 11 responden. Uji korelasi yang digunakan (Tabel 5.38) untuk melihat hubungan antara lama pasien menderita hipertensi dengan pengetahuan dan kepatuhan kelompok kontrol pada penelitian ini yaitu uji korelasi *somer's d*. Dari analisis uji *somers' d* yang telah dilakukan diperoleh nilai  $P\text{-value} = 0,164 > 0,05$  untuk tabulasi silang antara lama pasien menderita hipertensi dengan pengetahuan kelompok kontrol dan  $P\text{-value} = 0,089 > 0,05$  untuk tabulasi silang antara lama pasien menderita hipertensi dengan kepatuhan kelompok kontrol. Dari data tersebut menunjukkan bahwa nilai  $P\text{-value}$  dari keduanya  $> 0,05$  yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan pengetahuan dan kepatuhan pasien hipertensi kelompok kontrol pada bulan ke-3. Sehingga dapat dikatakan bahwa faktor perancu lama menderita hipertensi kelompok kontrol tidak mempengaruhi pengetahuan dan kepatuhan pasien. Koefisien korelasi yang diperoleh berturut-turut memiliki kekuatan hubungan yang sangat lemah dan cukup. Hal ini disebabkan karena angka koefisien korelasi mendekati 0. Untuk koefisien korelasi kategori kepatuhan pasien memiliki kekuatan hubungan yang cukup karena nilai koefisien korelasi diantara 0,25-0,50.

Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan Hadi & Rostami Gooran (2004), bahwa lama pasien menderita hipertensi tidak memiliki berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Suhadi (2011) juga menyatakan bahwa lama menderita hipertensi tidak berhubungan dengan kepatuhan dalam perawatan hipertensi pada lansia.

Lama menderita pasien hipertensi sangat mendukung terhadap pengetahuan dalam penggunaan obat. Pada penelitian ini, pasien dengan lama menderita hipertensi paling panjang yaitu 1-10 tahun dari kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol. Menurut Notoatmodjo (2007), semakin lama seseorang menderita hipertensi maka pengalamannya terhadap penyakit tersebut akan bertambah pula. Pengalaman akan memperluas pengetahuan dari seseorang. Semakin banyak pengalaman seseorang, maka semakin tinggi juga pengetahuannya.

## **6.2 Implikasi terhadap Bidang Farmasi**

Dengan adanya penelitian ini, diharapkan dapat mengetahui bagaimana tingkat pengetahuan pasien mengenai hipertensi dan terapi pengobatannya serta tingkat kepatuhan pasien dalam minum obat hingga akhir bulan ke-3 setelah edukasi, sehingga dapat menjadi bahan masukan bagi tenaga kesehatan terutama bagi apoteker untuk dapat melakukan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien untuk mendapatkan pengobatan yang lebih baik.

## **6.3 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu :



1. Pada pertanyaan kuesioner pengetahuan nomer 10 memiliki makna ganda sehingga pasien memberikan jawaban yang kurang jelas.
2. Konselor yang memberikan konseling pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol berbeda.



## BAB VII PENUTUP

### 7.1 Kesimpulan

Setelah melakukan penelitian mengenai efektivitas *home pharmacy care* dalam meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan dalam pengobatan pasien hipertensi di Apotek Kota Malang yang dilakukan hingga akhir bulan ke-3, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol pada bulan ke-0, 1 dan 3.
2. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kepatuhan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol pada bulan ke-0, 1 dan 3.

### 7.2 Saran

Setelah dilakukan penelitian ini, terdapat beberapa saran yaitu :

1. Diharapkan peran profesi apoteker lebih aktif dalam menyampaikan informasi pelayanan kefarmasian.
2. Diharapkan agar pihak apotek lebih berperan aktif dalam meningkatkan pengetahuan dan memantau kepatuhan terapi pengobatan terhadap pasien.
3. Perlu melakukan monitoring terhadap pemahaman dalam penggunaan obat untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam terapi pengobatannya.
4. Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan referensi untuk melakukan penelitian selanjutnya



## DAFTAR PUSTAKA

Aditama L. 2011. *Karakteristik dan Kebutuhan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di Apotek Ubaya Terhadap Layanan Residensial (Home Care) Serta Pengaruh Layanan Tersebut Pada Penatalaksanaan Penyakit Diabetes Mellitus (Skripsi)*. Surabaya : Universitas Surabaya.

Adroque, H. J., Madias, N.E., 2007. Mechanisms of Disease Sodium and Potassium in the Pathogenesis of Hypertension. *The New England Journal of Medicine*. 356:19.

Agrina., Sunarti Swastika Rini., & Riyan Hairitama. 2011. *Kepatuhan Lansia. Hipertensi dalam Pemenuhan Diet Hipertensi*. Abstract Vol 6, No. 1 April. 2011 : 46-53.

Alexander M., Gordon N.P., Davis C.C., & Chen R.S. 2003. Patient Knowledge and Awareness of Hypertension Is Suboptimal: Results From a Large Health Maintenance Organization. *The Journal of Clinical Hypertension*. 5: 254-60.

Alfian, Riza., Zakiah, Wardati. 2016. Perbandingan Pengaruh Penggunaan Layanan Pesan Singkat Peningkat dan Aplikasi Digital Pillbox Reminder Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. *Jurnal Pharmascience*, Vol 3, No. 1, hal: 75 - 82.

Almatsier S. 2010. *Penuntun Diet, Edisi Baru*. Jakarta : Gramedia.

Ambaw AD, Alemie GA, Yohannes SMW, Mengesha ZB. 2012. Adherence To Antihypertensive Treatment And Associated Factors Among Patients On Follow Up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Public Health*. 2012; 12. (1):1.

American Heart Asosiasi (AHA). 2014. *An Effective Approach to High Blood Pressure Control*. Diakses Juli 2018. <http://hyper.ahajournals.org/content/early/2013/11/14/HYP.00000000000000003>.

Budiman, A.R. 2013. *Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika.

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr. 2003. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003; 42(6): 1206–52.

Chobanian A. V, et al. 2005. *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. JAMA 289:2560-2572.

Cortas K, et all. 2017. *Hypertension*. Last update 23 Maret 2017. <http://www.emedicine.com>. [Diakses pada tanggal 10 januari 2018].

Corwin, E. J., 2007. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Dahlan, MS. 2008. *Statistik Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Dahlan, Muhammad Sopiudin. 2012. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika.

Depkes RI. 2001. *Modul Pelatihan Metode dan Teknologi Diktat (METEK)*. Jakarta : Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai Depkes RI.

Departemen Kesehatan R.I. 2006. *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Hipertensi*. Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Depkes RI. 2007. *Pedoman Konseling Pelayanan Kefarmasian di Sarana Kesehatan*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.

Depkes RI. 2008. *Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Rumah (Home Pharmacy Care)*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.

Efendi A. dan Miranto E.Y., 2008. *Pengolahan dan Analisis Data dengan Microsoft Excel Suatu Pendekatan Aplikatif*, Salemba Infotek, hal. 123-126.

Elizabeth J, Corwin. 2001. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta : EGC.

Ghozali, Imam. 2005. *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program SPSS*. Semarang : Badan Penerbit Universitas Diponegoro.

Gray, et al. 2005. *Lecture Notes Kardiologi*. Jakarta: Erlangga Medical.

Gumanti, Tagor. 1999. *Hipertensi Esensial, Buku Ajar Kardiologi*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.

Hadi, N. & Rostami-Gooran, N. 2004. Determinant Factors of Medication Compliance in Hypertensive Patients of Shiraz, Iran. *Archieve of Iranian Medicine*. Volume 7, Number 4, 292-296.

Herbert Benson dkk. 2012. *Menurunkan Tekanan Darah*. Jakarta: Gramedia.



Hidayat, Wisnu. 2011. *Efektivitas Pemberian Tambahan Terapi Non Farmakologis Untuk Mencegah Kenaikan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Stadium I.* (Thesis). Semarang.

Hoeymans N, Smit HA, Verkleij H, Kromhout D. *Cardiovascular Risk Factors in Netherlands.* Eur Heart ; 1999.p 520.

Jin J., Sklar GE., Oh Vernon Min Sen., Li Shu Chue., 2008. Factors Affecting Therapeutic Compliance: A Review From The Patient's Perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2008;4(1) 269–286.

Junaedi. E, Yulianti. S dan Rinata. G. M. 2013. *Hipertensi Kandas Berkat Herbal.* Jakarta Selatan : FMedia.

Kasanaho H., Isonen SN., Pietila K., Airaksinen M., Isonem T. 2002. *Patient Counselling Profile In A Finnish Pharmacy,* J.PEC. 47(1): 77–82.

Khanifatunnisa, Aulya. 2016. *Pengaruh Homecare Kefarmasian Terhadap Tingkat Pengetahuan, Tingkat Kepatuhan dan Kontrol Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Kembaran I Dan Puskesmas Kembaran II.* Bachelor Thesis. Universitas Muhammadiyah Purwokerto.

Khatib, O.M.N., 2005. *Clinical Guidelines for the Management Hypertension /* Edited by Oussama M.N. Khatib p. EMRO Technical Publications Series 29.

Kemenkes RI. 2014. *Hipertensi.* Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.

Kumar V, Abbas AK, Fausto N. 2005. *Hypertensive Vascular Disease. Dalam: Robn and Cotran Pathologic Basis of Disease,* 7th edition. Philadelphia: Elsevier Saunders, p 528-529.

Lailatushifah, S. 2012. *Kepatuhan Pasien Yang Menderita Penyakit Kronis Dalam Mengonsumsi Obat Harian.* Skripsi. Universitas Mercu Buana Yogyakarta.

Lemeshow, S. 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan.* Gajah Mada University. Yogyakarta.

Lilly, L. S., 2011. *Pathophysiology of Heart Disease. 5th edition.* Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.

Lionakis N., dkk. 2012. Hypertension in the elderly. *World Journal of Cardiology.* 135-47.

Mardalis. 2008. *Metode Penelitian Suatu Pendekatan Proposal.* Jakarta: Bumi Aksara.

Meliono, I., dkk., 2007. *Pengetahuan*. Dalam : MPKT Modul 1. Jakarta : Lembaga Penerbitan FEUI.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.35 Tahun 2016*. Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek.

Menkes RI. 2004. *Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek*. Jakarta : Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Morisky, D & Munter, P. 2009. New Medication Adherence Scale Versus Pharmacy Fill Rates in Senior With Hypertension. *American Jurnal of Managed Care.*, 15(1) : 56-66.

Mursal. 2016. Konseling Terhadap Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi. *Jurnal Ilmu Keperawatan* (4.1).

Mustaida. 2000. *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Hipertensi dengan Terkontrolnya Tekanan Darah di Poliklinik Penyakit Dalam RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. Skripsi. Yogyakarta.

Nayler, W.G. 1997. *Amlodipin*. Germani : Spinger Berlin Heidelberg.

Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Penerbit PT. Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Nurkhalida. 2003. *Warta Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.

Ogedegbe, G., Tobin, J.N., Fernandez, S., Gerin, W., Diaz-gloster., Cassells, A., et, al. 2009. Counseling African Americans To Control Hypertension (CAATCH) trial: a Multi-level intervention to improve blood pressure control in hypertension blacks. *Journal of The American Heart Association*, 2: 249-256.

Osterberg., Lars, Blashke., Terrence. 2005. Adherence To Edication. *The New England Journal of Medicine*, 97, 353-487.



Palmer, Anna and William, B. 2007. *Simpel Guide Tekanan Darah Tinggi*. Jakarta : Erlangga.

Pessina, A.C., Boori, L., Dominicis, D.E., Giusti, C., Marchesi, M., Mos, L., Novo, S., Semeraro, S., Uslenghi, E., Kilama, M.O. 2001. *Efficacy, Tolerability, and Influence on "Quality of Life" of Nifedipine GITS versus Amlodipine in Elderly patients with Mild-Moderate Hypertension*. Clinica Medica IV. University of Padua. Italy. Blood Press. 10(3):176-83.

Petersen, M.L., Wang, Y., Laan, M.J., Guzman, D., Riley, E., dan Bangsberg, D.R., 2007. *Pillbox Organizer Are Associated with Improved Adherence to HIV Antiretroviral Therapy and Viral Suppression : A Marginal Structural Model Analysis*. HIV/AIDS CID, 45 : 908-915.

Pinto, E. 2007. Blood Pressure and Ageing. *Postgrad Med J*. 83, 109-114.

Pratiwi, D. 2011. *Pengaruh Konseling Obat Terhadap Kepatuhan Pasien Hpiptensi di Poliklinik Khusus RSUP Dr. M. Djamil Padang*. Artikel. Program Pasca Sarjana Uiversitas Andalas, Padang.

Purwanto, M.N. 2000. *Ilmu Pendidikan Teoritis dan Praktis Edisi Kedua*. Bandung : PT Remaja Rosda Karya.

Purwanto, H. 2006 *Pengantar Perilaku Manusia untuk Perawat*. Jakarta : EGC.

Puspitasari HP., Aslani P., Krass I. 2009. Review Article A Review Of Counseling Practices On Prescription Medicines In Community Pharmacies. *Research In Social & Administrative Pharmacy*. Sep; 5(3):197-210

Ragot S., Sosner P., Bouche G., Guillemain J., & Herpin D., 2005. Appraisal of the Knowledge of Hypertensive Patients and Assesment of the Role pf the Pharmacists in the Management of Hypertension: Results of a Regional Survey. *Journal of Human Hypertension*. 19: 577-84.

Rahajeng, E., dan Tuminah, S. 2009. *Prevalensi hipertensi dan Determinannya di Indonesia*. Majalah Kedokteran Indonesia, 59 (12).

Rahman, Abdul Rashid Abdul. 2013. *Management of Hypertension (4th Edition)*. Clinical Practice Guidelines. ISBN 978-967-12406-0-1.

Reidt S, Morgan J, Larson T, Blade MA. 2013. The role of a pharmacist in a home care team. *Home Healthcare Nurse*. 31(2) : 80-7.

Riduwan. 2010. *Dasar-dasar Statistika*. Bandung : Alfabeta.

Rostikarina, Nur Amalia. 2011. *Pengaruh Home Pharmacy Care Terhadap Pengetahuan Tentang Penggunaan Obat Antihipertensi Oral*. Skripsi. Program Studi Farmasi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Malang.

Saifunurmazah, Dimas. 2013. *Kepatuhan Penderita Diabetes Mellitus Dalam Menjalani Terapi Olahraga Dan Diet*. (Thesis). Semarang.

Sammulia, Suci Fitriani., Fita Rahmawati., Tri Murti Andayani. 2016. Perbandingan Pill Box dan Medication Chart Dalam Meningkatkan Kepatuhan dan Outcome Klinik Geriatri Kota Batam. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*. Volume 6 Nomor 4 – Desember 2016.

Santrock, J. 2002. *Life-Span Development Perkembangan Masa Hidup*. Jakarta : Erlangga.

Sarafino, Edward P. 1990. *Health Psychology: Biopsychosocial Interaction*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.

Sarjunani, Nina. 2009. *Rancangan RPJMN 2010-2014 Kesehatan, Proses Penyusunan & Materi Kebijakan*. Jakarta : Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI.

Saseen JJ, Maclaughlin JM. In : Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM (ed). 2008. *Pharmacotherapy : A Pathophysiology Approach, 7th Edition*. New York : McGraw Hill Company.

Savoldelli V.K., Gillaizeau F., Pouchot J., Lenain E., Vinay N.P., Plouin P.F., et al. Validation of a French Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Adults. *The Journal of Clinical Hypertension*, 2012, 14 (7): 429-434.

Shapo L, Pomerleau J, McKee M. 2003. Epidemiology of Hypertension and Associated Cardiovascular Risk Factors in a Country in Transition. Albania : *Journal Epidemiology Community Health* ; 57:734–739.

Sharma S, Bhuvan KC, Alrasheedy AA, Kaundinnayana A, Khanals A. 2014. Impact of Community Pharmacy-Based Educational Intervention On Patients With Hypertension In Western Nepal. *Australasian Medical J*. 2014;7(7): 304–13.

Slameto. 2003. *Belajar dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Smet, Bart. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT Grasindo.

Sugihartono, A, dkk. 2003. *Faktor-faktor Resiko Hipertensi Grade II Pada Masyarakat (Studi Kasus di Kabupaten Karang Anyar)*. Volume 6.



- Sugiyono. 2006. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung : CV. Alfabeta.
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung : CV. Alfabeta.
- Sugiyono, A. 2007. *Mayo Clinic Hipertensi, Mengatasi Tekanan Darah Tinggi*. Jakarta : PT. Intisari Mediatama.
- Suhadi. 2011. *Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Lansia dalam Perawatan Hipertensi di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang*. Tesis. Universitas Indonesia.
- Sulastrri, Delmi., Elmatris., Rahmi Ramadhani. 2012. *Hubungan Obesitas Dengan Kejadian Hipertensi Pada Masyarakat Etnik Minangkabau Di Kota Padang*. Majalah Kedokteran Andalas. No.2.Vol.36.
- Suryani, Ni Made., Wirasuta, I.M.A.G., Susanti, N.M.P. 2013. Pengaruh Konseling Obat Dalam Home Care Terhadap Kepatuhan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Komplikasi Hipertensi. *Jurnal Farmasi Fakultas MIPA Universitas Udayana*. Bali.
- Susalit E, Kapojos EJ, Lubis HR. 2001. *Hipertensi Primer Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi III*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Sustrani, Lanny dkk. 2004. *Hipertensi*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama.
- The American Academy of Family Physicians Practice Guideline: JNC 8 Guidelines for The Management of Hypertension in Adults. 2014. *Am Fam Physician*. 2014; 90(7):503-04.
- Udjianti, W. J. 2011. *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta : Seleba medika.
- Uiterwaal C, et al. 2007. Coffe Intake and Incidence of Hypertension. *Am J Clin Nutr*.
- Utamingrum, Wahyu., Resita Pranasari., Anjar M. Kusuma. 2017. Pengaruh Home Care Apoteker terhadap Kepatuhan Pasien Hipertensi. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*, Desember 2017. Vol. 6 No. 4, hlm 240–246.
- Wade, A Hwheir, D N Cameron, A. 2003. Using a Problem Detection Study (PDS) to Identify and Compare Health Care Prvider and Consumer Views of Antihypertensive therapy. *Journal of Human Hypertension*, Jun Vol 17 Issue 6, p: 397.
- WHO. 2017. *Hypertension*. <http://www.who.int/topics/hypertension/en/>, diakses pada tanggal 28 Juni 2017.

WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 2003. Guideline of The Management of Hypertension. *Journal Hypertension*, 21(11), 1983-1992.

Widyanto, F.C., Triwibowo, C. 2013. *Trend Disease, Trend Penyakit Saat Ini*. Jakarta : Trans Info Media.

World Health Organization. 2011. *The Global Burden of Disease : 2007 update*. Geneva : WHO Library Cataloguing in-Publication Data ; 40-51.

World Health Organization. 2003. Adherence to Long Term Therapies : Evidence for Action. Switzerland : *World Health Organization*.

Xu-Yin, Toobert, D., Savage, C., Pan, W., & Whitmer, K. 2008. Factors Influencing Diabetes Self Management In Chinese People With Type 2 Diabetes. *Research in Nursing & Health*, 31, 613–625.

Yogiantoro M. 2006. *Hipertensi Esensial dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I Edisi IV*. Jakarta: FK UI.





