

**HUBUNGAN PELAYANAN *HOME CARE*
DENGAN TINGKAT KEPATUHAN DAN KONTROL
TEKANAN DARAH PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS
WIROBRAJAN DAN PUSKESMAS MANTRIJERON
YOGYAKARTA**

SKRIPSI



Oleh :

DEVI PERMATASARI

12 613 180

**JURUSAN FARMASI
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
SEPTEMBER 2016**

**HUBUNGAN PELAYANAN *HOME CARE*
DENGAN TINGKAT KEPATUHAN DAN KONTROL
TEKANAN DARAH PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS
WIROBRAJAN DAN PUSKESMAS MANTRIJERON
YOGYAKARTA**

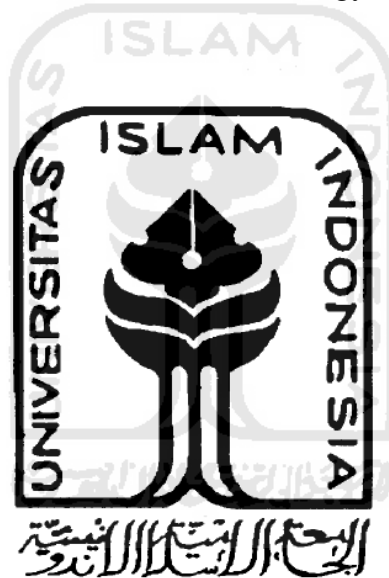
SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Farmasi

(S.Farm)

Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

Universitas Islam Indonesia Yogyakarta



Oleh :

DEVI PERMATASARI

12 613 180

**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
SEPTEMBER 2016**

SKRIPSI
HUBUNGAN PELAYANAN *HOME CARE*
DENGAN TINGKAT KEPATUHAN DAN KONTROL
TEKANAN DARAH PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS
WIROBRAJAN DAN PUSKESMAS MANTRIJERON
YOGYAKARTA

Yang diajukan oleh:



Telah disetujui oleh :

Pembimbing Utama,

Endang Sulistiyowati N. M. Sc., Apt

Pembimbing Pendamping,

Mutiara Herawati, M. Sc., Apt.

SKRIPSI

HUBUNGAN PELAYANAN *HOME CARE* DENGAN TINGKAT KEPATUHAN DAN KONTROL TEKANAN DARAH PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS WIROBRAJAN DAN PUSKESMAS MANTRIJERON YOGYAKARTA

Yang diajukan oleh:

DEVI PERMATASARI

12 613 180

Telah dipertahankan dihadapan Panitia Penguji Skripsi

Program Studi Farmasi Fakultas Matematika Dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia

Tanggal : 10 September 2016

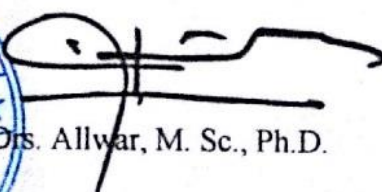
Ketua Penguji	: 1. Endang Sulistiyowati N, M. Sc., Apt	(.....)
Anggota Penguji	: 2. Mutiara Herawati, M. Sc., Apt	(.....)
	: 3. Yosi Febrianti, M. Sc., Apt	(.....)
	: 4. Susi Ari Kristina, M. Sc., Ph.D., Apt	(.....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

Universitas Islam Indonesia



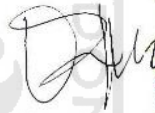

Drs. Allwar, M. Sc., Ph.D.

PERNYATAAN

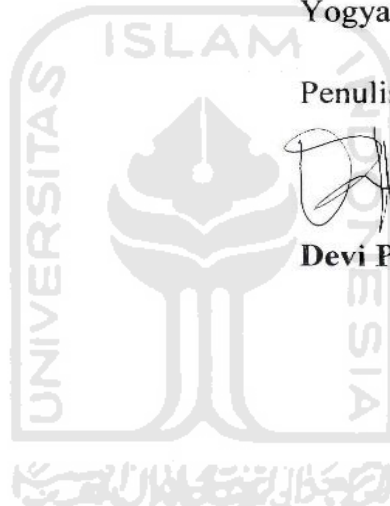
Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan diterbitkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, September 2016

Penulis,



Devi Permatasari



PERSEMBAHAN



**Allahumma Sholli'ala sayyidina Muhammad wa'ala ali sayyidina
muhammad**

**“Dia memberikan hikmah (ilmu yang berguna) kepada siapa yang dikehendaki Nya.
Barang siapa yang mendapat hikmah itu sesungguhnya ia telah mendapatkan
kebajikan yang banyak, dan tiadalah yang menerima peringatan melainkan orang
orang yang berakal”**

(Q.S. Al-Baqarah :269)

Karya ini dipersembahkan untuk :

Kedua orang tuaku tercinta, Ibu Nuraini dan Ayah Armawi.

Terimakasih mak, bak untuk kasih sayang yang luar biasa, pengorbanan yang luar biasa untuk kegigihannya menyekolahkan ayi. Terimakasih untuk semua doa-doa hebat yang tiada henti, untuk dukungan, semangat dan keyakinannya bahwa ayi bisa menyelesaikan ini. Terimakasih karena telah menjadi guru terbaik untuk hidup anakmu selama ini.

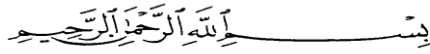
Ketiga kakakku, cak Lena Marleni, cak Diana dan Yuk Eni Hartati serta Adikku Rio Naldo Fanheli terimakasih atas doanya selama ini. Semoga kita semua dapat membanggakan dan membahagiakan kedua orang tua kita, Aamiin..

Untuk partner skripsiku, Jefri Bambang Fristanto, Rizky Ade Putra, Khairul Isnan, dan Rahmah Fitriyani, terimakasih atas semangat dan bantuannya.

Untuk Teman-teman seperhijrahan Enzhika Fara, Vie Hadmi Maharani dan Rapiun Nisa, terimakasih pelukan dan kekuatannya. Semoga kita tetap berjalan kearah yang lebih baik. Untuk teman-teman kost C30, Urwawuska Ladini, Nisrina Nurul Amalina, Cut Priandini AF, Laksmi Nindya Dewi, Firdhous Galuh Kumala Sari, Norma Indah Pertiwi, Okta Dila Rezani, Rosida Chasna, dan Laely Jamelia Farhah. Semoga kelak kita dipertemukan dalam keadaan lebih baik *and see you on top*.

Untuk almamaterku tercinta UII

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji dan syukur senantiasa kita panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Hubungan Pelayanan Home Care Dengan Tingkat Kepatuhan dan Kontrol Tekanan Darah Pasien Hipertensi Di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta”**.

Skripsi ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai derajat Sarjana Farmasi (S.Farm.) Program Studi Ilmu Farmasi pada Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta.

Penyusunan skripsi oleh penulis ini tidak lepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Endang Sulistiyowati N, M. Sc., Apt dan Ibu Mutiara Herawati, M. Sc., Apt selaku dosen pembimbing yang telah memberi masukan, bimbingan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Ibu Yosi Febrianti, M. Sc., Apt dan Ibu Susi Ari Kristina, M.Sc., Ph.D., Apt., selaku dosen penguji skripsi yang telah banyak memberikan masukan dan saran dalam penyusunan hasil akhir skripsi.
3. Bapak Drs. Allwar, M. Sc., Ph.D. selaku Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Indonesia.
4. Bapak Pinus Jumaryatno, S. Si., M. Phil., Ph. D., Apt selaku Ketua Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.

5. Bapak Aris Perdana Kusuma, M.Sc., Apt., selaku dosen pembimbing akademik serta para dosen pengajar Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia yang telah memberikan begitu banyak bekal ilmu kepada penulis.
6. Kepada pimpinan, apoteker, perawat dan seluruh pihak dan staff Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta yang telah memberikan ijin dan dukungan kepada penulis untuk melakukan penelitian.
7. Kepada Apoteker mas Imam S. Farm., Apt, yang telah membantu penulis dalam melakukan penelitian.
8. Kepada semua Staff Akademik dan Perkuliahan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah membantu terselesaikannya penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan mereka. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran dari pembaca dan semua pihak yang bersifat membangun sangat diharapkan demi kemajuan dan kesempurnaan penulisan di masa yang akan datang.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Yogyakarta, September 2016

Penulis,

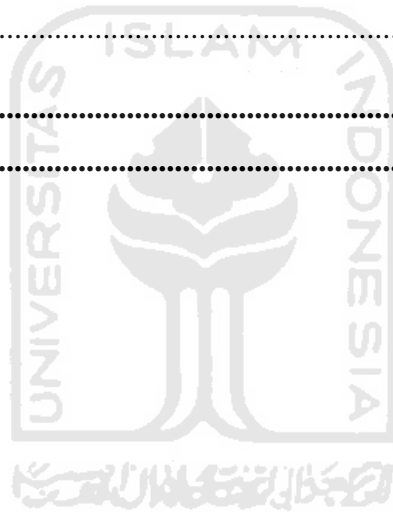
Devi Permatasari

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PERSETUJUAN PENGUJI	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
INTISARI	xv
ABSTRACT	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
BAB II STUDI PUSTAKA	4
2.1 Tinjauan Pustaka	4
2.1.1 Hipertensi	4
2.1.1.1 Definisi dan klasifikasi	4
2.1.1.2 Epidemiologi	5
2.1.1.3 Etiologi	5
2.1.1.4 Patogenesis	6
2.1.2 Tatalaksana Terapi	7
2.1.2.1 Terapi non farmakologi	8
2.1.2.2 Terapi farmakologi	8
2.1.3 Pelayanan <i>home care</i>	11
2.1.4 Edukasi	11
2.1.4.1 Definisi edukasi	11
2.1.4.2 Tujuan edukasi	11
2.1.4.3 Bentuk edukasi	12

2.1.4.4	Komponen edukasi	12
2.1.5	Kepatuhan	13
2.1.5.1	Definisi kepatuhan	13
2.1.5.2	Faktor-faktor penyebab ketidak patuhan	13
2.1.5.3	Meningkatkan kepatuhan.....	13
2.1.5.4	Metode pengukuran kepatuhan pasien.....	14
2.1.6	MMAS	15
2.1.6.1	Sejarah MMAS	15
2.1.6.2	Tujuan MMAS.....	15
2.1.6.3	Prinsip MMAS.....	15
2.1.6.4	Keuntungan MMAS.....	16
2.1.6.5	Kerugian MMAS.....	16
2.2	Landasan Teori.....	18
2.3	Kerangka konsep.....	19
2.4	Hipotesis.....	19
BAB III METODE PENELITIAN		20
3.1	Jenis dan Rancangan penelitian	20
3.2	Tempat dan waktu penelitian	20
3.3	Populasi	20
3.4	Definisi operasional variabel	21
3.5	Pengumpulan data	21
3.6	Pengolahan dan analisis data.....	22
3.7	Uji validitas dan uji reliabilitas	22
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		24
4.1	Gambaran Umum Penelitian.....	24
4.2	Karakteristik Subjek Penelitian.....	25
4.2.1	Jenis Kelamin	27
4.2.2	Usia.....	27
4.2.3	Tingkat Pendidikan.....	28
4.2.4	Indeks Massa Tubuh (IMT).....	29
4.2.5	Kebiasaan Olahraga.....	29
4.2.6	Kebiasaan Merokok.....	30
4.2.7	Pembatasan Penggunaan Garam.....	30
4.3	Pengaruh Pelayanan <i>Home Care</i> Terhadap Tingkat Kepatuhan dan Kontrol Tekanan Darah Pasien Hipertensi	30
4.3.1	Proses Pelayanan <i>Home Care</i>	30
4.3.2	Analisis Hubungan <i>Home Care</i> Dengan Tingkat Kepatuhan.....	31
4.3.3	Analisis Hubungan <i>Home Care</i> Dengan Kontrol Tekanan Darah ..	32
4.4	Perbedaan Kelompok <i>Home Care</i> dan Kelompok Tidak <i>Home Care</i>	

Terhadap Kepatuhan dan Kontrol Tekanan Darah	33
4.4.1 Penggunaan Obat Hipertensi	33
4.4.2 Gambaran Tingkat Kepatuhan Pasien dalam Penggunaan Obat	37
4.4.3 Perbedaan Tingkat Kepatuhan Pasien Hipertensi Pada Kelompok <i>Home Care</i> dan Kelompok Tidak <i>Home Care</i>	41
4.4.4 Perbedaan Kontrol Tekanan Darah Pasien Hipertensi Pada Kelompok <i>Home Care</i> dan Kelompok Tidak <i>Home Care</i>	43
4.5 Analisis Hubungan <i>Home Care</i> dengan Tingkat Kepatuhan dan Kontrol Tekanan Darah Pasien Hipertensi	44
4.6 Keterbatasan Penelitian	45
BAB 5 Kesimpulan dan Saran	46
5.1 Kesimpulan	46
5.2 Saran	46
DAFTAR PUSTAKA	47
LAMPIRAN.....	52



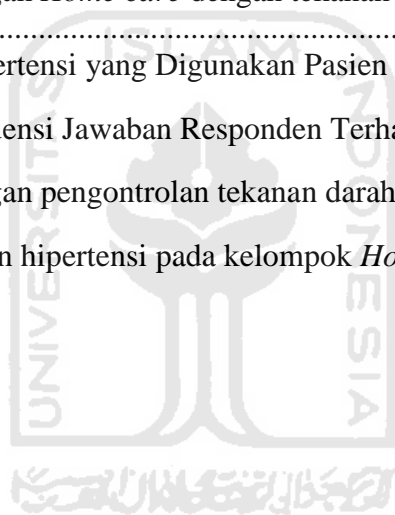
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Algoritma Terapai Hipertensi menurut JNC VIII.....	10
Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	19
Gambar 3.1 Alur Penelitian	23
Gambar 4.1 Frekuensi tingkat kepatuhan pasien di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriheron Yogyakarta..	41
Gambar 4.2 Selisih rata-rata tingkat kepatuhan pasien hipertensi pada kelompok tidak <i>Home care</i> dan kelompok <i>Home care</i> di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriheron Yogyakarta.	42
Gambar 4.3 Frekuensi kontrol tekanan darah pasien di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriheron Yogyakarta.....	43



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah	4
Tabel 2.2 Metode Mengukur Kepatuhan.....	14
Tabel 2.3 Point Pertanyaan dalam Kuesioner MMAS	17
Tabel 4.1 Karakteristik Demografi Pasien Hipertensi	26
Tabel 4.2 Analisis hubungan <i>Home care</i> dengan kepatuhan pasien hipertensi	32
Tabel 4.3 Analisis hubungan <i>Home care</i> dengan tekanan darah pasien hipertensi	33
Tabel 4.4 Jumlah Antihipertensi yang Digunakan Pasien Hipertensi	34
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Terhadap MMAS.....	38
Tabel 4.6 Analisis hubungan pengontrolan tekanan darah dengan kepatuhan pasien hipertensi pada kelompok <i>Home care</i>	44



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	<i>Ethical Clearence</i>	52
Lampiran 2	Surat Ijin Dinkes Kota Yogyakarta	53
Lampiran 3	Surat Ijin Penelitian dari Dinas Perizinan Kota Yogyakarta	54
Lampiran 4	<i>Informed Consent</i>	55
Lampiran 5	Kuesioner MMAS	57
Lampiran 6	Tahapan Pelaksanaan Penelitian.....	59
Lampiran 7	Materi Edukasi.....	60
Lampiran 8	SOP <i>Home Care</i>	64
Lampiran 9	<i>Leaflet</i>	65
Lampiran 10	Dokumentasi Penelitian	67
Lampiran 11	Distribusi karakteristik demografi dan klinis pasien hipertensi..	68
Lampiran 12	Analisis hubungan <i>Home Care</i> dengan tingkat kepatuhan pengobatan pasien hipertensi.....	76
Lampiran 13	Analisis hubungan <i>Home care</i> dengan pengontrolan tekanan darah pasien hipertensi.....	78
Lampiran 14	Jumlah Antihipertensi yang digunakan pasien hipertensi	79
Lampiran 15	Analisis hubungan pengontrolan tekanan darah dengan tingkat kepatuhan pasien hipertensi.....	80
Lampiran 16	Tabulasi Data Skor Kuisisioner MMAS.....	81
Lampiran 17	Data Karakteristik Pasien	84

HUBUNGAN PELAYANAN *HOME CARE* DENGAN TINGKAT KEPATUHAN DAN KONTROL TEKANAN DARAH PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS WIROBRAJAN DAN PUSKESMAS MANTRIJERON YOGYAKARTA

INTISARI

Hipertensi merupakan penyakit kronis yang berlanjut terus-menerus sepanjang usia dan dapat menyebabkan stroke, serangan jantung, gagal jantung dan menjadi penyebab utama gagal ginjal kronik serta menjadi faktor resiko utama penyebab kematian. Efektivitas terapi hipertensi dipengaruhi oleh kepatuhan pasien yang rendah karena kompleksitas regimen, kurangnya hubungan dengan petugas kesehatan, dan dosis yang digunakan tidak cukup kuat. Tingkat pengontrolan tekanan darah di dunia diperkirakan sekitar 50-58% dengan ketidakpatuhan pasien terhadap aturan penggunaan obat sebesar 30-55%. Pelayanan *Home Care* merupakan salah satu cara untuk mendampingi pasien hipertensi oleh apoteker dengan memberikan pelayanan kefarmasian di rumah dengan persetujuan pasien atau keluarganya. *MMAS (Modified Morisky adherence Scale)* merupakan metode awal untuk mengidentifikasi pasien dengan tingkat kepatuhan rendah, berbentuk kuesioner yang berisi delapan pertanyaan untuk mengukur laporan langsung dari pasien terkait pengobatan yang dijalannya. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pelayanan *home care* dengan tingkat kepatuhan dan kontrol tekanan darah pasien hipertensi. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kuasi-eksperimental prospektif. Tingkat kepatuhan pasien diukur dengan menggunakan kuesioner *MMAS (Modified Morisky adherence Scale)* dan kontrol tekanan darah diukur dengan mengukur tekanan darah. Analisis data diukur menggunakan metode SPSS. Penelitian ini melibatkan 61 pasien yang dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok *Home Care* (n=30) dan kelompok tidak *Home Care* (n=31). Analisis yang dilakukan dengan uji *Chi Square* menunjukkan adanya hubungan antara pelayanan *Home Care* dengan kepatuhan pengobatan dengan nilai $p=0,002$ ($p<0,1$) dan tekanan darah dengan nilai $p=0,001$ ($p<0,1$). Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pelayanan *Home Care* dengan kepatuhan pengobatan dan kontrol tekanan darah pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta.

Kata Kunci : hipertensi, kontrol tekanan darah, kepatuhan, *Home Care*, *MMAS*

**RELATION OF HOME CARE ON THE LEVEL ADHERENCE AND
CONTROL OF BLOOD PRESSURE OF HYPERTENSION PATIENT IN
WIROBRAJAN AND MANTRIJERON PRIMARY HEALTH CENTER
YOGYAKARTA**

ABSTRACT

Hypertension is the chronic disease cardiovascular continuum, and can stimulate the occurrence of stroke, heart attack, heart failure, a leading cause of chronic renal failure and being a major risk factor for the cause of death. The effectiveness therapy of hypertension is affected by low patient compliance due to the complexity of the regimen, the lack of a relationship with the health workers, and the dose used was not strong enough. The level of blood pressure control in the world is estimated at about 50-58% of patients with non-compliance with the rules of drug use by 30-55%. Home care service is one way to assist patients with hypertension by a pharmacist in providing pharmaceutical services in the home with the consent of the patient or his family. MMAS (Modified Morisky adherence Scale) is an original method to identify patients with a low level of adherence, in the form questionnaire containing eight questions to measure the direct reports of patient-related treatment undertaken. The aim of this study was to determine the relation of home care on the level adherence and controll of blood pressure of hypertension patient. This research was conducted by using a quasi-experimental prospective. The level of patient compliance was measured using a questionnaire MMAS (Modified Morisky adherence Scale) and controll of blood pressure is measured by measuring the blood pressure. Analysis of measured data using SPSS. The analysis conducted by Chi Square test showed a link between Home Care services with adherence to medication with p value = 0.002 ($p < 0.1$) and controll of blood pressure with p value = 0,001 ($p < 0.1$). This suggests that the influence of home care services with the level adherence and controll of blood pressure of hypertension patient in Wirobrajan and Mantrijeron primary health center Yogyakarta.

Keywords: *Hypertension, Control of Blood Pressure, Adherence, Home Care, MMA*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Hipertensi merupakan faktor resiko utama penyebab kematian. Sekitar tiga belas persen kematian diseluruh dunia dan menjadi faktor resiko terkuat penyebab menurunnya kualitas hidup selama bertahun-tahun. Hipertensi dapat meningkatkan terjadinya resiko stroke, penyakit jantung koroner, demensia, dan gagal ginjal serta penyakit kronis lainnya⁽¹⁾. Menurut survey yang dilakukan oleh World Health Organization (WHO) pada tahun 2015, jumlah penduduk dunia yang menderita hipertensi untuk pria sekitar 24,0% dan wanita sekitar 20,5%⁽²⁾. Berdasarkan penelitian Kearney, *et al* pada tahun 2012 diprediksikan bahwa penderita hipertensi pada tahun 2025 mencapai 1,56 miliar dari total penduduk dunia⁽³⁾. Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 25,8% yang didapat melalui pengukuran pada usia ≥ 18 tahun dengan prevalensi di Yogyakarta yaitu sebesar 25,7%⁽⁴⁾.

Prevalensi hipertensi dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain adalah jenis kelamin, usia, indeks massa tubuh yang berkaitan dengan obesitas, kebiasaan merokok, kebiasaan minum alkohol, aktivitas fisik sehari-hari, serta diet rendah lemak dan diet rendah garam⁽⁵⁾. Selain itu, tingginya prevalensi hipertensi juga menunjukkan bahwa rendahnya efektivitas terapi pada pasien yang mendapat pengobatan hipertensi. Efektivitas terapi hipertensi sendiri sangat dipengaruhi oleh kepatuhan pasien. Kepatuhan serta pemahaman yang baik dalam menjalankan terapi dapat mempengaruhi tekanan darah dan secara bertahap mencegah terjadinya komplikasi⁽⁶⁾. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan pasien pada pengobatan penyakit kronis cenderung rendah⁽⁷⁾. Pasien yang tidak patuh terhadap aturan penggunaan obat sebesar 30-55%⁽⁸⁾. Kompleksitas regimen, kurangnya hubungan dengan petugas kesehatan, dan dosis yang diberikan tidak cukup kuat menyebabkan ketidak patuhan pasien sehingga mempengaruhi efektivitas terapi⁽⁹⁾. Penelitian lainnya menyatakan bahwa lebih dari 50% karena lupa dan gejala yang tidak terlihat serta 50% lainnya disebabkan efek samping dan ketidaktersediaan obat⁽¹⁰⁾.

Efektivitas terapi hipertensi dapat didukung dengan pengontrolan tekanan darah. *Healthy People 2010 for Hypertension* menyatakan bahwa perlu dilakukan pendekatan yang lebih komprehensif dan intensif guna mencapai pengontrolan tekanan darah secara optimal⁽⁶⁾. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan terhadap penggunaan obat memberikan hasil yang positif terhadap

terapi⁽¹¹⁾. Penelitian Dewo (2011) menyatakan bahwa kepatuhan pasien meningkat dengan adanya pelayanan *home care*. Sehingga apoteker diharapkan dapat bekerja sama dengan dokter dalam memberikan edukasi kepada pasien mengenai hipertensi, memonitor respon pasien, *adherence* terhadap terapi obat dan non-obat, mendeteksi dan mengenali secara dini reaksi efek samping, dan mencegah serta memecahkan masalah yang berkaitan dengan pemberian obat⁽⁶⁾.

Berdasarkan Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Rumah (*Home Pharmacy Care*) oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2008, apoteker dituntut untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan agar mampu berinteraksi langsung dengan pasien di samping menerapkan keilmuannya di bidang farmasi, mempunyai tanggung jawab dalam memberikan informasi yang tepat tentang terapi obat kepada pasien, berkewajiban menjamin bahwa pasien mengerti dan memahami serta patuh dalam penggunaan obat sehingga diharapkan dapat meningkatkan keberhasilan terapi khususnya kelompok pasien lanjut usia dan pasien dengan penyakit kronis. Dengan adanya pelayanan *home care* diharapkan kepatuhan pasien terkait dengan penggunaan obat meningkat sehingga efektivitas terapi hipertensi dapat meningkat pula. *Home care* dapat dilakukan oleh Puskesmas. Dimana Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan yang paling dasar, sehingga tepat jika dijadikan tempat memperoleh gambaran awal kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi. Penelitian ini akan dilakukan di Puskesmas Wirobrajan dan Mantrijeron Yogyakarta. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan pihak Puskesmas untuk selalu menerapkan *home care* kepada pasien dengan penyakit kronis.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Apakah terdapat hubungan antara pelayanan *Home Care* dengan tingkat kepatuhan pada pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta?
2. Apakah terdapat hubungan antara pelayanan *Home Care* dengan kontrol tekanan darah pada pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Mengetahui hubungan antara pelayanan *Home Care* dengan tingkat kepatuhan pada pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta.

2. Mengetahui hubungan antara pelayanan *Home Care* dengan kontrol tekanan darah pada pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Masyarakat

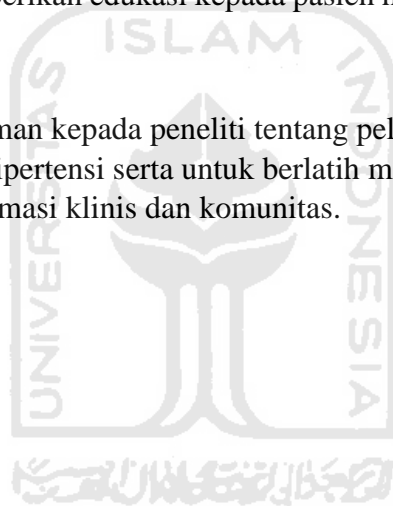
Diharapkan menjadi sumber informasi bagi masyarakat khususnya pasien hipertensi yang menjalani terapi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta.

2. Bagi Apoteker

Sebagai bahan masukan dan motivasi apoteker untuk dapat meningkatkan keterampilan dalam peran farmasi klinik dalam pelayanan kefarmasian terutama dalam memberikan edukasi kepada pasien hipertensi untuk mencapai target terapi.

3. Bagi Peneliti

Menjadi pengalaman kepada peneliti tentang pelayanan kesehatan khususnya penyakit hipertensi serta untuk berlatih menerapkan peran farmasis di bidang farmasi klinis dan komunitas.



BAB II STUDI PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Hipertensi

2.1.1.1 Definisi dan Klasifikasi

Hipertensi merupakan penyakit kardiovaskular paling umum yang jika tidak terdeteksi sejak dini dan tidak diobati dengan pengobatan yang tepat akan menyebabkan infark miokardium, stroke, gagal ginjal, hingga kematian⁽¹²⁾. Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah arteri diatas atau sama dengan 140/90 mmHg secara persisten⁽⁸⁾.

Joint National Committee (JNC) 8 tidak berbeda dengan JNC 7 dalam mengklasifikasikan tekanan darah pada orang dewasa (≥ 18 tahun), hanya berbeda pada tata laksana terapi hipertensi. Klasifikasi ditentukan berdasarkan rata-rata dua kali pengukuran tekanan darah pada posisi duduk. Target tekanan darah sistolik yang dicapai untuk populasi umum usia ≥ 60 tahun adalah <150 mmHg dan <90 mmHg untuk tekanan diastolik (*Strong Recommendation-Grade A*)⁽⁸⁾.

Tabel 2.1. Klasifikasi Tekanan Darah (Usia ≥ 18 tahun)⁽⁸⁾ :

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

Beberapa pasien hanya meningkat tekanan sistolik saja disebut *isolated systolic hypertension* (ISH), atau yang meningkat hanya tekanan diastoliknya saja disebut *isolated distolic hypertension* (IDH). Ada juga yang disebut *white coat hypertension* yaitu tekanan darah yang meningkat waktu diperiksa ditempat praktek, sedangkan tekanan darah yang diukur sendiri (*home blood pressure measurement/HBPM*) ternyata selalu terukur normal⁽⁹⁾. Hipertensi persisten (*Sustained hypertension*) adalah istilah tekanan darah yang meningkat (hipertensi),

baik diukur diklinik maupun diluar klinik⁽¹⁰⁾. Adapun yang dimaksud hipertensi resisten adalah tekanan darah yang tidak mencapai target normal meskipun sudah mendapat tiga kelas obat anti hipertensi yang berbeda dan sudah dengan dosis optimal (salah satunya harus diuretik)⁽¹¹⁾.

2.1.1.2 Epidemiologi

Hipertensi ditemukan pada semua populasi dengan angka kejadian yang berbeda-beda, sebab ada faktor-faktor genetik, ras, regional, sosial budaya, yang juga menyangkut gaya hidup yang juga berbeda. Hipertensi akan makin meningkat bersama dengan bertambahnya umur⁽¹²⁾.

Prevalensi hipertensi diseluruh dunia diperkirakan sekitar 15-20%, sedangkan dinegara-negara maju prevalensinya sekitar 10-20% dan di Asia sekitar 8-18%⁽¹³⁾. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Wolf-maier et al. tahun 2003, prevalensi hipertensi di negara Amerika Serikat sebanyak 27,8% dan Kanada 27,4%. Sedangkan 6 negara di Eropa yaitu Italia, Swedia, Inggris, Spanyol, Finlandia, dan Jerman menunjukkan bahwa rata-rata penderita hipertensi dinegara-negara tersebut sebesar 44,2%⁽¹⁹⁾.

Dengan bertambahnya umur, angka kejadian hipertensi juga meningkat, sehingga diatas umur 60 tahun prevalensinya mencapai 65,4%. Obesitas, sindroma metabolik, kenaikan berat badan adalah factor resiko independen untuk kejadian hipertensi⁽²⁰⁾.

2.1.1.3 Etiologi

Berdasarkan etiologinya, hipertensi di klasifikasi menjadi hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Dikatakan hipertensi primer jika penyebabnya tidak diketahui (90%) dan sering disebut hipertensi idiopatik atau esensial, bila sebabnya ditemukan maka disebut hipertensi sekunder (10%). Penyebabnya antara lain adalah⁽²¹⁾ :

- Penyakit, meliputi : penyakit ginjal kronik, sindroma cushing, koarktasi aorta, *obstructive sleep apnea*, penyakit paratiroid, feokromositoma, aldosteronism primer, penyakit renovaskular, serta penyakit tiroid.

- Obat-obatan, yaitu : prednisone, fludrokortison, triamsinolon.
 - Amfetamin/anorektin : *phendimetrazine, phentermine, sibutramine*.
 - *Antivaskular endothelin growth factor agents*
 - Estrogen : biasanya kontrasepsi oral.
 - *Calcineurin inhibitors* : siklosporin, takrolimus.
 - Dekongestan : fenilpropanolamin dan analog.
 - Agen stimulan eritropoiesis : eritropoietin, darbepoietin.
 - NSAIDs, COX-2 inhibitors, venlafaxine, bupropion, bromikriptin, buspiron, carbamazepine, clozapine, ketamin, metoklopramid.
 - Makanan : sodium, etanol, *licorice*
 - Obat jalanan yang mengandung bahan-bahan sebagai berikut : kokain, ephedra alkaloids (contohnya ma-huang), ketamin, phencyclidine, methylphenidate, dan lain-lain.

2.1.1.4 Patogenesis

Penyebab-penyebab hipetensi adalah multifaktorial, tidak bisa diterangkan hanya dengan satu faktor penyebab. Tetapi pada akhirnya semua akan menyangkut kendali natrium (Na) diginjal sehingga tekanan darah meningkat⁽²²⁾.

Ada empat faktor yang mendominasi terjadinya hipertensi⁽²²⁾:

a. Peran volume intravaskular

Menurut *Kaplan* tekanan darah tinggi adalah hasil interaksi antara *cardiac output* (CO) atau curah jantung (CJ) dan TPR (*Total peripheral resistance*, tahanan total perifer). Volume intravaskular merupakan determinan utama untuk kestabilan tekanan darah dari waktu ke waktu. Tergantung apakah TPR sedang dalam keadaan vasodilatasi atau vasokonstriksi. Ketika asupan NaCl meningkat, maka ginjal akan merespons agar ekskresi garam keluar bersama urin akan meningkat pula. Tetapi jika ekskresi NaCl melebihi ambang kemampuan ginjal, maka ginjal akan meretensi H₂O sehingga volume intravaskular meningkat. Selanjutnya CO akan meningkat pula. Akibatnya terjadi ekspansi volume intravaskular, sehingga tekanan darah akan meningkat. Seiring dengan perjalanan waktu TPR juga akan meningkat, lalu secara perlahan CO akan turun menjadi normal kembali akibat autoregulasi. Ketika TPR

vasodilatasi, tekanan darah akan menurun. Sebaliknya, jika TPR vasokonstriksi, maka tekanan darah akan meningkat⁽²²⁾.

b. Peran kendali saraf autonomy

Karena pengaruh lingkungan seperti genetik, stress kejiwaan, rokok, dan sebagainya, akan mengaktivasi system saraf simpatis berupa kenaikan katekolamin, norepinefrin (NE) dan sebagainya. Selanjutnya neurotransmitter ini akan meningkatkan denyut jantung lalu diikuti kenaikan curah jantung, sehingga tekanan darah akan meningkat dan akhirnya akan mengalami agregasi platelet. Peningkatan NE mempunyai efek negatif terhadap jantung, sebab di jantung ada reseptor $\alpha 1$, $\beta 1$, $\beta 2$, yang akan memicu terjadinya kerusakan miokard, hipertropi dan aritmia dengan akibat progresivitas dari hipertensi aterosklerosis. Karena pada dinding pembuluh darah juga ada reseptor $\alpha 1$, maka bila NE meningkat hal tersebut akan memicu vasokonstriksi (melalui reseptor $\alpha 1$) sehingga hipertensi juga makin progresif^(23,24).

c. Peran sistem Renin Angiotensin Aldosteron (RAA)

Bila tekanan darah menurun, maka akan memicu reflex baroreseptor. Secara fisiologis system RAA akan dipicu yang akhirnya renin akan disekresi, lalu angiotensin I, angiotensin II, dan seterusnya sampai tekanan darah meningkat kembali. Faktor resiko yang tidak dikelola akan memicu system RAA. Tekanan darah akan meningkat, hipertensi aterosklerosis makin progresif^(25,26,27).

d. Peran dinding vaskular pembuluh darah

Progresivitas sindrome aterosklerotik ini dimulai dengan faktor resiko yang tidak dikelola, akibatnya hemodinamika tekanan darah makin berubah, hipertensi makin meningkat serta vascular biologi berubah, dinding pembuluh darah makin menebal dan akan berakhir dengan kejadian kardiovaskuler⁽²⁸⁾.

2.1.2 Tatalaksana Terapi

Penatalaksanaan terapi hipertensi dapat dilakukan dengan dua macam terapi yaitu terapi non farmakologi dan terapi farmakologi. Terapi hipertensi bertujuan untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas akibat tekanan darah tinggi. Tekanan darah yang ditargetkan pada pasien usia <60 tahun adalah <140/90 mmHg, sama halnya dengan target yang diharapkan dalam terapi hipertensi dengan penyakit

penyerta diabetes melitus atau gagal ginjal. Sedangkan untuk pasien usia >60 tahun yaitu <150/90 mmHg⁽¹²⁾.

2.1.2.1 Terapi Non Farmakologi

Terapi non farmakologi merupakan bagian penting dalam pengobatan hipertensi, salah satunya yaitu dengan memodifikasi gaya hidup. Memodifikasi pola hidup dapat menurunkan progresi hipertensi pada pasien yang mengalami prehipertensi⁽²¹⁾. Memodifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan mengadopsi pola makan DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) yang kaya akan kalsium, diet rendah natrium, aktivitas fisik seperti olahraga ringan dan tidak mengkonsumsi alkohol⁽²⁹⁾.

2.1.2.2 Terapi Farmakologi

Menurut JNC VIII ada empat jenis antihipertensi utama yang dapat digunakan sebagai terapi farmakologi hipertensi yaitu golongan ACEI (*Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor*), ARB (*Angiotensin Receptor Blockers*), CCB (*Calcium Channel Blockers*), dan diuretik⁽¹²⁾.

1) ACEI (*Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor*)

Mekanisme kerja dengan menghambat enzim yang mengkonversi perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II, menstimulasi sintesis prostaglandin mengurangi aktivitas system syaraf simpatis⁽²¹⁾, dan menghambat degradasi bradikinin yang menyebabkan peningkatan bradikinin dalam darah yang dapat menimbulkan efek vasodilatasi. Secara tidak langsung vasodilatasi akan menurunkan tekanan darah⁽³⁰⁾. Pada awal pemberian ACEI, dapat menyebabkan hipotensi terutama pada hipertensi dengan aktivitas renin yang tinggi. Efek samping tergantung besarnya dosis dan bersifat *reversible* bila obat dihentikan. ACEI di kontraindikasikan untuk ibu hamil dan gagal ginjal⁽³¹⁾. Anti hipertensi ACEI bisa digunakan dalam bentuk tunggal tetapi akan lebih efektif ketika dikombinasikan dengan golongan diuretik thiazid atau obat antihipertensi lain. Efek samping dari penggunaan ACEI seperti gangguan fungsi ginjal, hiperkalemia, hipotensi, sesak napas, batuk kering, reaksi alergi, dan gangguan pencernaan⁽¹²⁾.

2) ARB (*Angiotensin Receptor Blockers*)

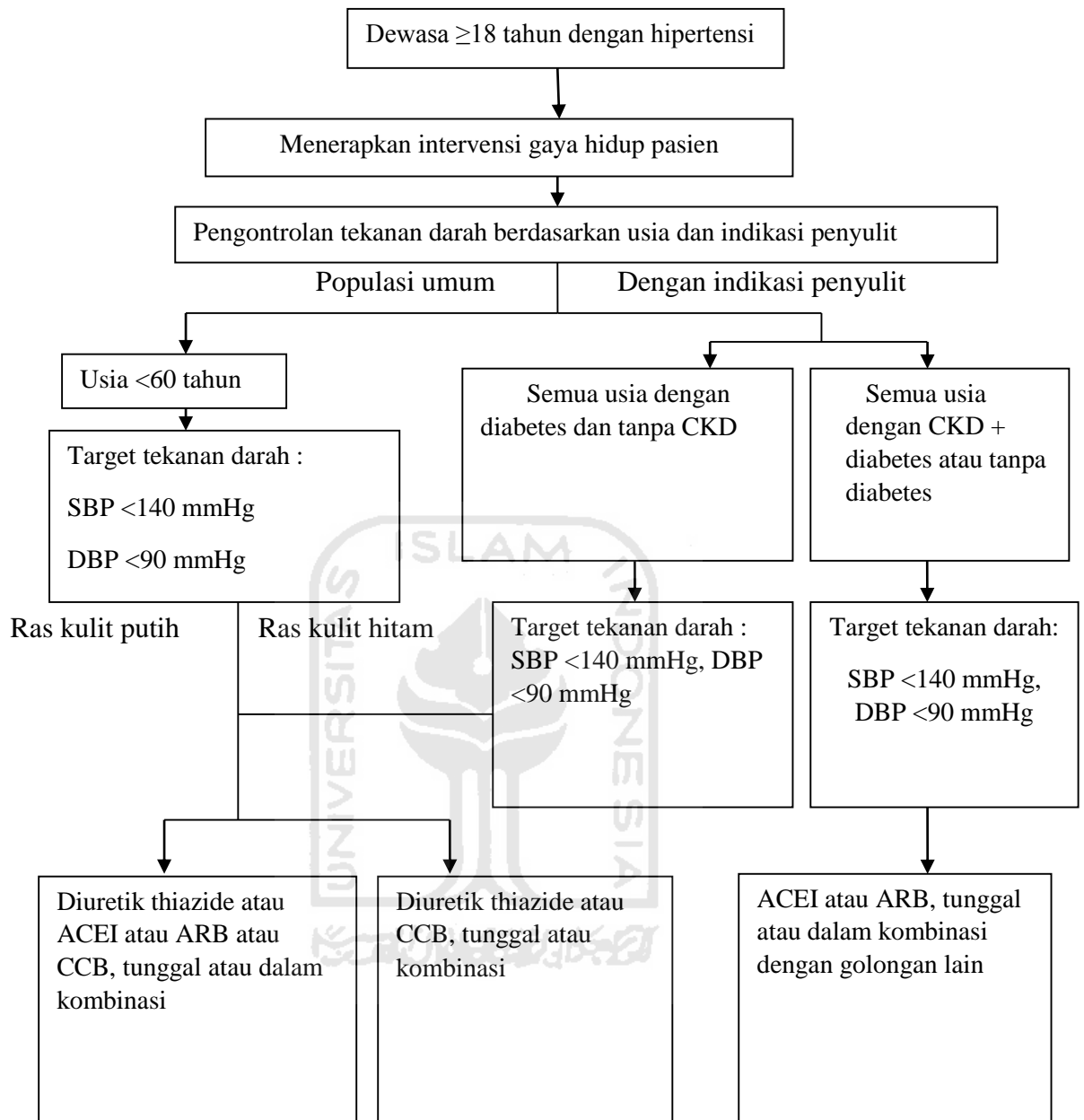
Mekanisme kerja dengan berikatan dengan reseptor angiotensin II sehingga menyebabkan angiotensin II tidak dapat berikatan dengan reseptornya. ARB mengantagonis reseptor angiotensin II dengan merelaksasi otot polos sehingga terjadi vasodilatasi, meningkatkan ekskresi garam dan air di ginjal, menurunkan volume plasma, dan mengurangi hipertropi sel⁽²⁵⁾. ACEI dan ARB mempunyai efek yang baik pada fungsi renal dan dapat merangsang sensitivitas insulin. Sehingga pada pasien DM dengan hipertensi, pilihan pertama terapi yang ideal adalah ACEI dan ARB⁽²⁶⁾. Tidak berbeda dengan ACEI, ARB dapat menyebabkan insufisiensi renal dan hiperkalemia, tetapi obat ini tidak menyebabkan batuk karena tidak memblok bradikinin⁽³²⁾.

3) CCB (*Calcium Channel Blockers*)

CCB bekerja dengan cara merelaksasi otot jantung dan otot polos melalui penghambatan masuknya ion kalsium masuk kedalam intrasel⁽²¹⁾. Pasien hipertensi dengan DM dapat menggunakan CCB sebagai bagian kombinasi terapi untuk mengontrol tekanan darah⁽³³⁾. Efek samping yang dapat terjadi adalah nyeri kepala dan bradikardi⁽³¹⁾.

4) Diuretik

Diuretik bekerja dengan menekan reabsorpsi natrium di tubulus ginjal sehingga meningkatkan ekskresi natrium, air dan klorida, sehingga volume darah dan cairan ekstraseluler menurun, yang mengakibatkan terjadi penurunan curah jantung dan tekanan darah. Beberapa dari diuretik juga menurunkan resistensi perifer, sehingga menambah efek hipotensinya. Efek samping dari diuretik adalah hipokalemia, hiperurikemia, hiperglikemia, hiperlipidemia, dan hiponatremia. Golongan diuretik ialah tiazid, diuretik loop, diuretik hemat kalium, dan antagonis aldosteron⁽²⁶⁾.



Gambar 2.1. Algoritma terapi hipertensi dewasa menurut JNC VIII ⁽¹²⁾

2.1.3 Pelayanan *Home Care*

Pelayanan *Home care* atau pelayanan kefarmasian di rumah yang dilakukan oleh apoteker merupakan pelayanan yang diberikan untuk mendampingi pasien di rumah dengan persetujuan pasien atau keluarganya guna mencapai keberhasilan terapi obat dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Pelayanan *Home care* tidak dapat dilakukan pada semua pasien karena lamanya waktu pelayanan yang juga berkesinambungan⁽⁶⁾. Kegiatan pelayanan kefarmasian di rumah perlu melakukan seleksi pasien, dengan memprioritaskan pasien yang dianggap sangat memerlukan pelayanan kefarmasian di rumah meliputi pasien lanjut usia, pasien yang menggunakan obat dalam jangka waktu yang lama, dan obat-obat untuk penyakit kronis lainnya⁽²⁷⁾.

Seorang apoteker harus membuat *medication report* yang berisi hal-hal yang disampaikan kepada pasien. Hal tersebut berguna bagi farmasis untuk selalu meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan perilaku sehingga dapat berinteraksi langsung dengan pasien. Pelayanan *Home care* pada pasien dapat berupa pemberian konseling yang berhubungan dengan penyakit yang diderita pasien⁽³⁰⁾.

2.1.4 Edukasi

2.1.4.1 Definisi Edukasi

Edukasi merupakan bentuk intervensi dari kegiatan pelayanan kefarmasian yang berguna untuk meningkatkan pengetahuan pasien mengenai obat serta kepatuhan menjalankan pengobatan sehingga dapat meningkatkan efektivitas terapi⁽²⁸⁾.

2.1.4.2 Tujuan Edukasi Pasien

Pemberian edukasi kepada pasien bertujuan untuk :

- 1) Meningkatkan pengetahuan tentang obat.
- 2) Mengubah sikap tentang obat dan penggunaannya.
- 3) Meningkatkan fungsi sosial (yaitu kompetensi sosial), sehingga dapat membuat keputusan yang lebih baik dalam situasi penggunaan obat.
- 4) Mengubah penggunaan obat pada umumnya dan jenis obat tertentu.
- 5) Pengurangan terjadinya masalah penggunaan obat tertentu⁽²⁹⁾.

2.1.4.3 Bentuk Edukasi

Metode yang dapat digunakan selama periode edukasi meliputi⁽³⁶⁾:

- 1) Komunikasi verbal (instruksi verbal)
- 2) Komunikasi nonverbal
- 3) Mendengarkan
- 4) Instruksi tertulis
- 5) Instruksi verbal ditambah tertulis
- 6) Kartu rekaman obat pasien
- 7) Instruksi audiovisual
- 8) Diskusi kelompok

2.1.4.4 Komponen Edukasi

Komponen intervensi berupa edukasi yang berkualitas bagi pasien antara lain mengandung⁽³⁷⁾:

- 1) Relevansi : perancangan intervensi disesuaikan dengan kebutuhan individu pasien, termasuk pengetahuan, kemampuan membaca, kepercayaan, dan pengalaman.
- 2) Bersifat individu : proses pembelajaran bersifat individu. Seseorang akan memahami sesuatu apabila timbul suatu pertanyaan atau kondisi yang sesuai dengan apa yang sedang ia hadapi.
- 3) Hubungan timbal balik : menunjukkan pada pasien kemajuan hasil terapi yang telah mereka capai. Hubungan timbal balik ini dapat digunakan sebagai alat untuk menilai tingkat pemahaman dari pasien.
- 4) *Reinforcement* : memberikan penghargaan terhadap perilaku pasien.
- 5) Dorongan : menggunakan metode yang dapat mengurangi ketidakpatuhan.
- 6) Kombinasi : menggabungkan seluruh bentuk intervensi di atas sehingga mampu meningkatkan dorongan dan perolehan informasi pasien. Pada pasien yang menderita penyakit kronik sangat penting untuk memberikan edukasi, timbal balik, dan dorongan secara terus-menerus sehingga informasi yang diterima pasien terus bertambah perihal penggunaan obat.

2.1.5 Kepatuhan

2.1.5.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan didefinisikan sebagai tingkatan dimana seorang pasien mengikuti instruksi yang diberikan kepadanya untuk mendukung pengobatan penyakitnya. Kepatuhan berdasar kepada proses dimana seseorang mampu mengasumsikan dan melaksanakan beberapa tugas yang merupakan bagian dari sebuah regimen terapeutik⁽³⁰⁾.

2.1.5.2 Faktor – Faktor Penyebab Ketidakpatuhan

Penyebab ketidakpatuhan antara lain⁽²⁸⁾ :

- 1) Sikap yang tidak sesuai dan keterampilan komunikasi yang buruk dari pelaku pelayanan kesehatan
- 2) Ketakutan pasien untuk mengajukan pertanyaan
- 3) Waktu konsultasi yang tidak memadai
- 4) Kurangnya akses pada informasi tercetak dalam bahasa yang sederhana, seperti selebaran atau etiket yang memadai
- 5) Ketidakmampuan membeli obat yang diresepkan
- 6) Kerumitan dan durasi pengobatan, terutama dalam kasus penyakit kronis.

2.1.5.3 Meningkatkan Kepatuhan Pasien

- 1) Motivasi pasien

Pemberian motivasi kepada pasien harus diberikan oleh farmasis dengan terlibat langsung pada peningkatan kesehatan pasien yang nantinya akan menimbulkan empati, mengerti tentang masalah yang dihadapi pasien dan memperbolehkan pasien untuk ambil bagian dalam mengambil keputusan tentang pengobatannya⁽²⁸⁾.

- 2) Informasi tentang obat

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian informasi tertentu kepada pasien akan membantu meningkatkan kepatuhan, diantaranya pemberian informasi nama obat, untuk apa, mengapa diberikan, bagaimana dan kapan harus diberikan, apa efeknya, efek samping apa yang dapat terjadi, dan apa yang harus dilakukan bila ada dosis yang terlewatkan⁽²⁸⁾.

3) Aturan pemberian obat

Aturan pemberian obat yang sederhana akan berdampak pada kepatuhan yang lebih baik. Sebagai bagian dari aktivitas pemantauan persepsian, farmasis idealnya menempatkan diri sebagai penasehat dokter dalam hal perbaikan aturan pemakaian obat yang ada⁽²⁸⁾.

2.1.5.4 Metode Pengukuran Kepatuhan Pasien

Metode pengukuran kepatuhan pasien dibedakan menjadi 2, yaitu metode langsung dan metode tidak langsung. Berikut kelebihan dan kekurangan dari masing-masing metode :

Tabel 2.2 Metode mengukur kepatuhan⁽⁵⁾

Pengukuran Langsung	Kelebihan	Kekurangan
Observasi terapi secara langsung	Paling akurat	Pasien dapat menyembunyikan pil dalam mulut dan kemudian membuangnya
Pengukuran kadar obat atau metabolit dalam darah	Obyektif	Variasi metabolisme dapat memberikan penafsiran yang salah terhadap kepatuhan, mahal
Pengukuran penanda biologis dalam darah	Obyektif, dalam uji klinik dapat juga digunakan untuk mengukur placebo	Memerlukan pengujian kuantitatif yang mahal dan pengumpulan cairan tubuh
Pengukuran Tidak Langsung	Kelebihan	Kekurangan
Kuesioner	Sederhana, tidak mahal, metode yang paling berguna dalam penentuan klinis	Rentan terhadap kesalahan dengan kenaikan waktu antara kunjungan, hasilnya mudah terdistorsi oleh pasien
Menghitung pil	Obyektif, mudah dilakukan	Data mudah diubah oleh pasien
Monitor obat secara elektronik	Tepat, hasilnya mudah diukur	Mahal, memerlukan kunjungan kembali dan pengambilan data

Tabel 2.2 (Lanjutan)

Pengukuran penanda fisiologis (contoh : denyut jantung pada penggunaan beta blocker)	Biasanya mudah untuk dilakukan	Penanda dapat tidak mengenali penyebab lain (misalnya: peningkatan metabolisme, turunnya absorpsi)
Buku harian pasien	Membantu memperbaiki ingatan yang lemah	Mudah diubah oleh pasien
Kecepatan menebus resep kembali	Obyektif, mudah untuk memperoleh data	Resep yang diambil tidak sampai dengan obat yang dikonsumsi
Penilaian respon klinis pasien	Sederhana, umumnya mudah melakukannya	Faktor lain dari kepatuhan dapat berefek pada respon klinik

2.1.6 *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS)

2.1.6.1 Sejarah MMAS

Hipertensi adalah suatu penyakit degeneratif yang membutuhkan terapi jangka panjang. Pasien dikatakan patuh terhadap terapi hipertensi yang dijalannya jika tekanan darah sistolik < 140 mmHg dan diastolik < 90 mmHg serta penurunan dampak reaksi yang tidak diinginkan. Sehingga perlu adanya suatu metode yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan pengobatan pada pasien hipertensi dengan validitas dan reabilitas yang baik serta mudah digunakan. Metode yang memiliki validitas dan reabilitas yang baik salah satunya adalah MMAS. MMAS merupakan kuesioner standar yang dibuat pada awal tahun 1986 oleh Donald E. Morisky dari Universitas California⁽³⁶⁾.

2.1.6.2 Tujuan MMAS

Metode MMAS sebagai metode awal berguna untuk mendeteksi pasien dengan kepatuhan yang rendah tekanan darah yang tidak terkontrol, sehingga nanti dapat dibandingkan dengan tingkat kepatuhan rendah dan tinggi⁽³⁶⁾.

2.1.6.3 Prinsip MMAS

MMAS berbentuk kuesioner yang didalamnya berisi delapan pertanyaan untuk mengukur laporan langsung dari pasien terkait pengobatan yang dijalannya. Delapan pertanyaan tersebut memiliki sensitivitas yang tinggi, yaitu sekitar 93%. MMAS dapat digunakan untuk mengidentifikasi pasien dengan tingkat kepatuhan

rendah dan tekanan darah yang tidak terkontrol. MMAS memiliki validitas yang baik untuk digunakan pada kondisi responden dengan tingkat pendapatan yang rendah dan pada uji reabilitas diperoleh nilai *alphareliability* sebesar 0,83⁽³⁶⁾.

2.1.6.4 Keuntungan MMAS

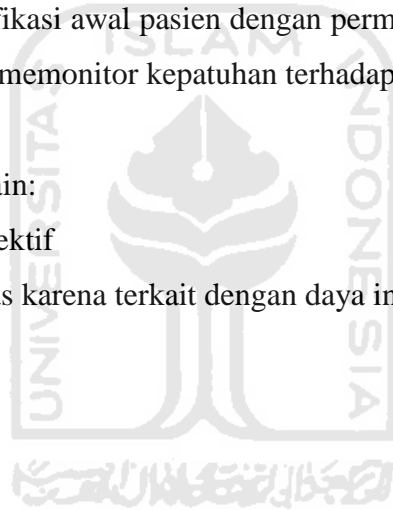
Keuntungan MMAS antara lain⁽³⁶⁾ :

- 1) Mudah dan bersifat ekonomis untuk digunakan
- 2) Relatif sederhana dan praktis untuk digunakan pada pasien rawat jalan
- 3) Data yang diperoleh langsung dari pasien dalam waktu yang singkat
- 4) Dapat mengemukakan faktor-faktor potensial yang menyebabkan rendahnya kepatuhan meliputi kondisi sosial, situasi dan faktor perilaku
- 5) Instrumen untuk identifikasi awal pasien dengan permasalahan kepatuhan dan dapat digunakan untuk memonitor kepatuhan terhadap pengobatan.

2.1.6.5 Kerugian MMAS

Kerugian MMAS antara lain:

- 1) Kuesioner bersifat subjektif
- 2) Hasil dapat menjadi bias karena terkait dengan daya ingat pasien⁽³⁶⁾.



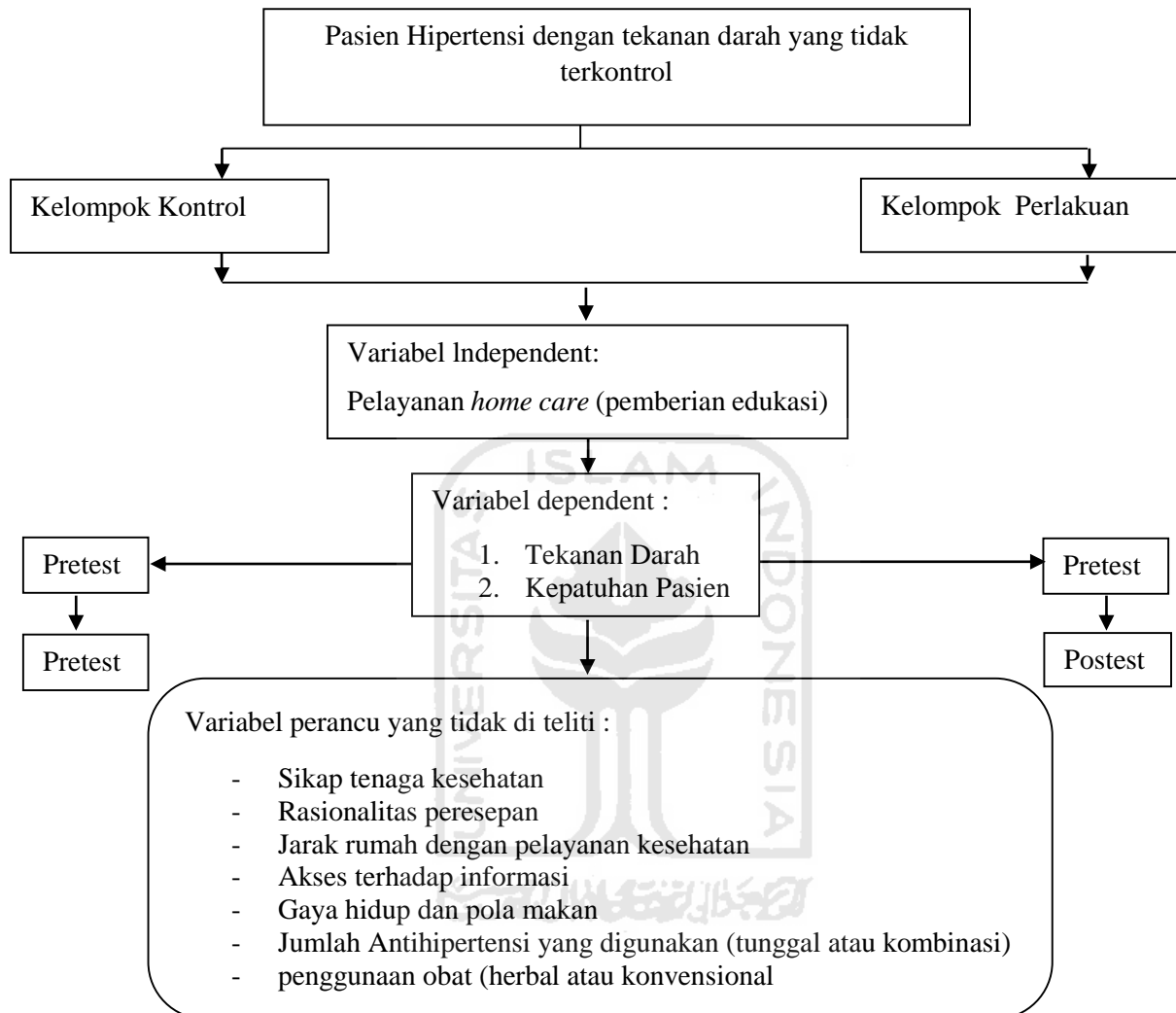
Tabel 2.3 Point Pertanyaan dalam Kuesioner MMAS

Questions	Answers	
	Yes	No
1. Do you sometimes forget to take your pills?		
2. People sometimes miss taking their medications for reasons other than forgetting. Thinking over the past two weeks, were there any days when you did not take your medicine?		
3. Have you ever cut back or stopped taking your medicine without telling your doctor because you felt worse when you took it?		
4. When you travel or leave home, do you sometimes forget to bring along your medicine ?		
5. Did you take all your medicine yesterday?		
6. When you feel like your symptoms are under control, do you sometimes stop taking your medicine?		
7. Taking medicine every day is a real inconvenience for some people. Do you ever feel hassled about sticking to your treatment plan?		
8. How often do you have difficulty remembering to take all your medicine? a. Never/rarely b. Once in a while c. Sometimes d. Usually e. All the time		

2.2 Landasan Teori

Penelitian ini dilakukan untuk melihat apakah terdapat hubungan *Home Care* dengan tingkat kepatuhan dan kontrol tekanan darah. Dimana faktor terbesar penyebab rendahnya kontrol tekanan darah adalah kepatuhan pasien. Tingkat pengontrolan tekanan darah di dunia diperkirakan sekitar 5-58% dengan ketidakpatuhan pasien terhadap aturan penggunaan obat sebesar 30-55%. Pemberian edukasi yang tepat dan efektif serta interaksi langsung dengan pasien mampu memberikan hasil yang positif terhadap terapi. Pemberian informasi yang berkaitan dengan hipertensi penting dilakukan kepada pasien guna menambah pengetahuan pasien sehingga dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan dan mengontrol tekanan darah. Salah satu pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat tersebut adalah dengan dilakukannya pelayanan kefarmasian oleh apoteker di rumah pasien, khususnya pasien dengan penyakit kronis lainnya atau pasien yang menggunakan obat-obatan dalam jangka waktu yang lama. Dengan adanya pelayanan kefarmasian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman mengenai pengobatan yang harus dilakukan dan memastikan pasien dapat menggunakan obat dengan tepat sehingga efek terapi yang diharapkan dapat maksimal. Pelayanan *home care* merupakan salah satu cara untuk mendampingi pasien hipertensi oleh apoteker dalam memberikan pelayanan kefarmasian di rumah dengan persetujuan pasien atau keluarganya. Penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya karena pada penelitian ini faktor-faktor resiko meningkatnya prevalensi juga diteliti, seperti faktor jenis kelamin, usia, indeks massa tubuh, tingkat pendidikan, kebiasaan olahraga, kebiasaan merokok, hingga pembatasan penggunaan garam.

2.3 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

2.4 Hipotesis

1. Terdapat hubungan antara pelayanan *Home care* dengan tingkat kepatuhan dan kontrol tekanan darah pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriheron Yogyakarta.
2. Terdapat hubungan antara pelayanan *Home care* terhadap kontrol tekanan darah pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriheron Yogyakarta.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimental dengan rancangan kuasi-eksperimental. Pengambilan data secara prospektif pada pasien hipertensi yang menjalani rawat jalan di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di rumah pasien untuk kelompok *Home Care* dan di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta untuk kelompok tidak *Home Care*, pada bulan Januari - April 2016.

3.3 Populasi

Penelitian ini menggunakan populasi dan tidak menggunakan sampel. Sehingga seluruh pasien hipertensi yang menjalani rawat jalan di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta yang memenuhi kriteria inklusi akan diikuti sertakan dalam penelitian. Kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan adalah :

1. Kriteria inklusi
 - a. Pasien rawat jalan minimal 2 kali kunjungan di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta untuk menentukan pasien benar-benar masuk dalam wilayah penelitian.
 - b. Pasien tekanan darah tidak terkontrol yang dilihat dari pengukuran tekanan darah terakhir kunjungan di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta
 - c. Bersedia dilibatkan dalam penelitian
2. Kriteria eksklusi
 - a. Pasien *Drop-out* (tiba-tiba keluar dari penelitian)
 - b. Pasien memiliki penyakit penyerta DM, jantung, gagal ginjal
 - c. Pasien meninggal dunia selama periode penelitian berlangsung

3.4 Definisi Operasional Variabel

1. Pelayanan *Home Care* adalah pelayanan kefarmasian berupa pemberian edukasi oleh apoteker kepada pasien melalui kunjungan ke rumah yang bertujuan untuk meningkatkan pengontrolan tekanan darah dan kepatuhan pasien.
2. Materi edukasi adalah segala materi tentang hipertensi yang disusun oleh Apoteker bersama peneliti dan pelaksanaan pelayanan *home care* dilaksanakan oleh Apoteker, meliputi : definisi hipertensi, klasifikasi, tanda dan gejala, penyebab hipertensi, komplikasi yang dapat terjadi, pencegahan komplikasi, tips menjaga kepatuhan minum obat, manfaat bila pasien patuh, serta akibat bila pasien tidak patuh minum obat
3. Kontrol tekanan darah dinilai berdasarkan nilai tekanan darah pasien hipertensi.
4. Tekanan darah pasien dikategorikan menjadi dua yaitu tekanan darah terkontrol dan tidak terkontrol. Tekanan darah terkontrol untuk pasien usia ≥ 60 tahun adalah $<150/90$ mmHg sedangkan untuk pasien usia <60 tahun yaitu $<140/90$ mmHg. Tekanan darah tidak terkontrol pada usia ≥ 60 tahun yaitu $>150/90$ mmHg dan $>140/90$ mmHg pada usia <60 tahun
5. Tingkat kepatuhan adalah gambaran sejauh mana pasien mengikuti saran medis selama rawat jalan berdasarkan hasil pengisian kuesioner *Modified Morisky Adherence Scale (MMAS)*. Pasien dikatakan kepatuhannya tinggi jika skor=8, kepatuhan rendah jika skor ≥ 6 dan kepatuhannya rendah jika skor <6 ⁽³⁹⁾.

3.5 Pengumpulan Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumbernya. Sumber data berasal dari hasil wawancara pasien hipertensi yang terdaftar dan menjalani rawat jalan di wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta. Data sekunder diperoleh dari pemeriksaan tekanan darah pasien baik pada tahap awal maupun tahap akhir penelitian dan dari hasil kuesioner *MMAS* baik dari hasil *pretest* maupun *posttest*. Instrumen penelitian yang

digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan adalah kuesioner *MMAS* sedangkan untuk melihat kontrol tekanan darah adalah tensimeter.

3.6 Pengolahan dan Analisis Data

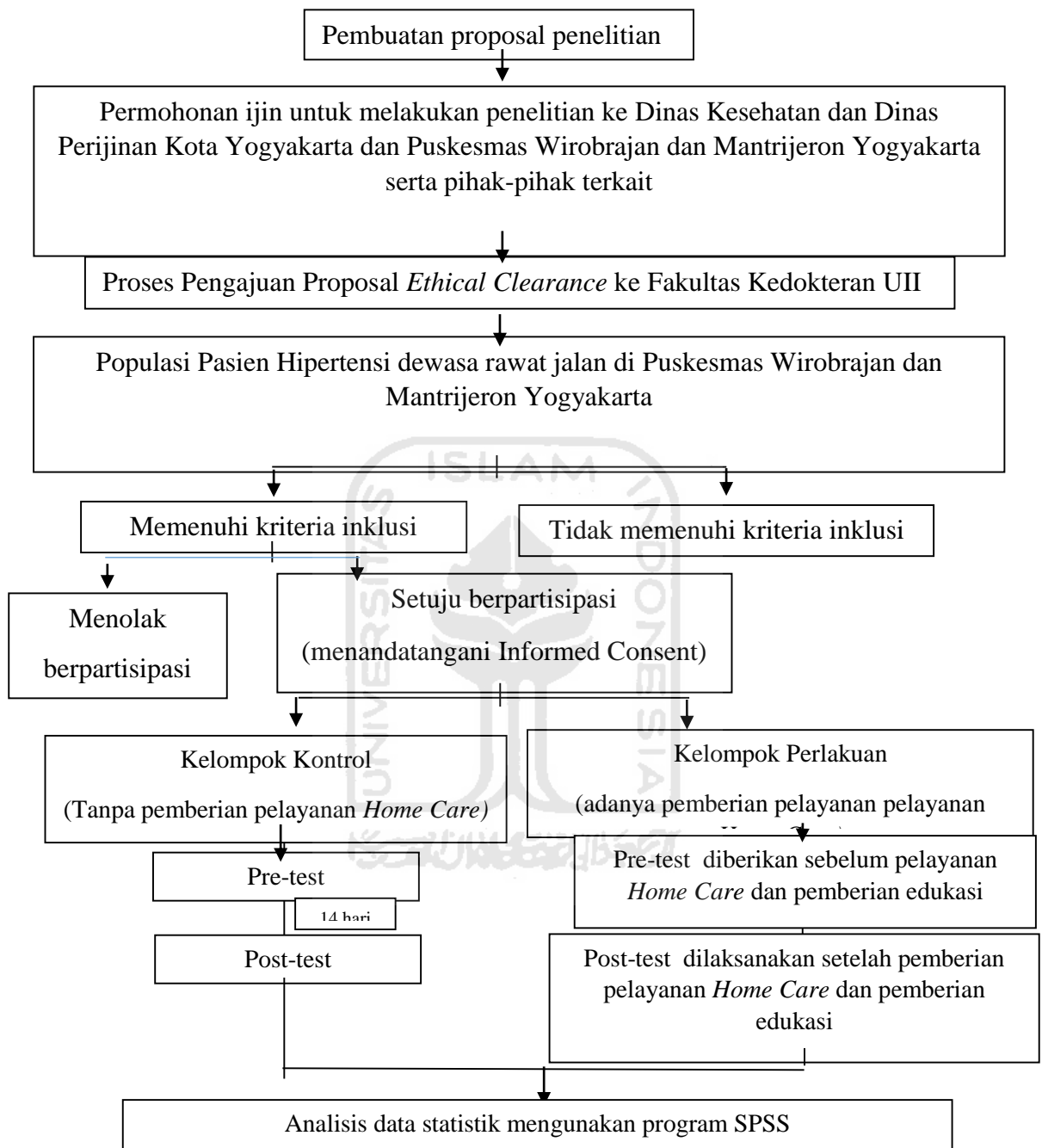
Pengolahan data untuk menganalisis karakteristik pasien dan karakteristik penggunaan obat antihipertensi, analisis hubungan *Home Care* dengan kepatuhan terapi serta analisis hubungan kepatuhan dengan pengontrolan tekanan darah pasien hipertensi menggunakan uji *chi-square* pada *software* SPSS. Analisis dilakukan untuk menguji perbedaan kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan⁽³⁸⁾.

3.7 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Untuk mendapatkan data yang akurat, dilakukan uji validitas dan reliabilitas sehingga dapat meyakinkan bahwa instrumen yang digunakan valid dan reliable serta dapat digunakan. Dalam uji validitas dan reliabilitas digunakan model *Cronbach's alpha* dan untuk mengukur validitasnya dilihat dari nilai *corrected item-total* (r hitung). Semakin tinggi nilai r hitung menunjukkan bahwa korelasi variabelnya dengan variabel lain kuat, sedangkan jika nilai r hitung yang didapat rendah, maka variabel pada alat ukur tersebut menjadi tidak valid karena mempunyai korelasi yang lemah dengan variabel lainnya. Syarat minimum untuk dianggap memenuhi syarat adalah apabila nilai *corrected item-total* (r hitung) = 0,3. Uji reliabilitas akan semakin bagus jika nilai *Cronbach's alpha* semakin tinggi. Kuesioner dinyatakan reliable jika memiliki nilai *Cronbach's alpha* > 0,7⁽³⁹⁾.

Butir-butir pertanyaan *MMAS* dinyatakan valid ketika didapatkan hasil validitas variabel penelitian menunjukkan nilai r hitung pertanyaan pada kuesioner di atas 0,3. Hasil validitas variabel penelitian menunjukkan nilai r=0,46. Sedangkan hasil uji reliabilitas nilai uji *Cronbach's alpha* dari kuesioner *MMAS* adalah 0,83. Hasil uji validitas dan reliabilitas dari kuesioner *MMAS* tersebut berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Morisky (2008), menunjukkan bahwa kuesioner tersebut dapat digunakan sebagai instrumen kepatuhan. Sehingga dalam penelitian ini tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas lagi dikarenakan instrumen dan butir pertanyaan yang digunakan sama⁽³⁹⁾.

Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Penelitian

Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah mengetahui hubungan pelayanan *Home Care* terhadap pengontrolan tekanan darah dan tingkat kepatuhan pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta. Pengambilan data pada penelitian ini dilakukan secara prospektif. Subjek penelitian yang terlibat dalam penelitian ini adalah seluruh populasi target yaitu seluruh pasien hipertensi tunggal yang memenuhi kriteria inklusi yang menjalani rawat jalan di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta. Pasien hipertensi yang memenuhi kriteria inklusi dibagi menjadi 2 kelompok yakni kelompok *Home care* dan kelompok tidak *Home care* yang menyetujui untuk terlibat dalam penelitian dengan menandatangani *informed consent*. Subjek penelitian berjumlah 61 pasien terdiri dari 32 pasien (16 pasien kelompok tidak *Home care* dan 16 pasien kelompok *Home care*) di Puskesmas Wirobrajan dan 29 pasien (15 pasien kelompok tidak *Home care* dan 14 pasien kelompok *Home care*) di Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta.

Penilaian pengontrolan tekanan darah dilakukan dengan pengukuran tekanan darah yang dilakukan sebanyak dua kali pada saat *pretest* dan *posttest* dengan jarak pengukuran 14 hari karena diharapkan sudah bisa terlihat kepatuhan pasien yang berdampak pada tekanan darah pasien. Selain itu juga rata-rata pasien mendapatkan obat untuk 2 minggu. Sehingga pada hari ke-14 biasanya pasien akan kembali ke Puskesmas untuk kontrol tekanan darah dan menebus obat. Sedangkan penilaian tingkat kepatuhan penggunaan obat dilakukan dengan menghitung skor kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) yang telah diisi oleh subjek penelitian. Pada saat pengisian kuesioner, pasien didampingi supaya tidak salah persepsi dalam menjawab pertanyaan. Kriteria kepatuhan pasien dibagi menjadi tiga, yaitu kepatuhan tinggi apabila hasil skor menunjukkan skor ≥ 8 , kepatuhan sedang apabila hasil skor ≥ 6 dan kepatuhan rendah apabila skor < 6 ⁽³⁹⁾.

4.2 Karakteristik Subjek Penelitian

Penelitian dilakukan pada pasien yang menjalani rawat jalan di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta. Data pasien hipertensi di kedua puskesmas tersebut diambil pada bulan Oktober-Desember 2015 dan sebanyak 723 pasien rawat jalan di puskesmas Wirobrajan dan 792 pasien di puskesmas Mantrijeron. Sehingga total pasien hipertensi adalah 1515 pasien. Setelah ditetapkan kriteria inklusi, ada sebanyak 62 pasien memenuhi kriteria inklusi tersebut. Sebanyak 1453 pasien lainnya tereksklusi karena sebagian sudah mencapai target tekanan darah, meninggal dunia, tidak bersedia dilibatkan dalam penelitian, beberapa pasien juga dengan hasil pretest menunjukkan kepatuhan sehingga di eksklusi dan yang paling banyak adalah pasien memiliki penyakit penyerta DM, jantung, dan gagal ginjal. Dari 62 pasien yang memenuhi kriteria inklusi tersebut, terdapat satu pasien pindah rumah dan tidak memungkinkan untuk mencari alamat pasien tersebut karena kurangnya keterangan dari para tetangga sebelumnya. Sehingga, subjek penelitian menjadi 61 pasien terdiri dari 32 pasien di Puskesmas Wirobrajan (16 tidak *Home care* 16 *Home care*) dan 29 pasien di Puskesmas Mantrijeron (15 tidak *Home care* dan 14 *Home care*). Karakteristik demografi dan klinis pasien yang menjadi kelompok *Home care* dan kelompok tidak *Home care* dianalisis menggunakan uji *Chi-square* dengan taraf kepercayaan 90% dengan tujuan mengetahui apakah terdapat perbedaan nilai probabilitas yang signifikan antara kelompok *Home care* dan kelompok tidak *Home care*. Sehingga dapat diketahui apakah karakteristik pasien dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan dan pengontrolan tekanan darah pasien selain daripada *Home Care*. Karakteristik yang dianalisis meliputi jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, IMT (Indeks Massa Tubuh), kebiasaan olahraga, kebiasaan merokok, serta pembatasan penggunaan garam.

Nilai signifikansi karakteristik pasien ditunjukkan pada Tabel 4.1. Hasil menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara variabel jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, IMT, kebiasaan olahraga, kebiasaan merokok, dan pembatasan penggunaan garam pada kelompok *Home care* dan kelompok tidak *Home care* yang ditunjukkan dengan nilai probabilitas lebih dari 0,1 ($p > 0,1$).

Artinya variabel-variabel tersebut tidak mempengaruhi tingkat kepatuhan dan pengontrolan tekanan darah pasien (tidak mempengaruhi hasil akhir penelitian).

Tabel 4.1 Karakteristik Demografi Pasien Hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Mantrijeron Yogyakarta

Karakteristik	Kategori	Kelompok Tidak <i>Home Care</i>		Kelompok <i>Home Care</i>		Signifikansi (P Value) Chi-Square
		Jumlah (pasien)	(%)	Jumlah (Pasien)	(%)	
Jenis Kelamin	Perempuan	22	70,97	18	60	0,367
	Laki-laki	9	29,03	12	40	
Usia (Tahun)	<60 Tahun	8	25,81	4	13,33	0,221
	≥60 Tahun	23	74,19	26	86,67	
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah	2	6,45	3	10	0,147
	SD	13	41,94	6	20	
	SMP	10	32,26	7	23,33	
	SMA	3	9,68	9	30	
	Perguruan Tinggi	3	9,68	5	16,67	
IMT	<25 kg/m ²	24	77,42	22	73,33	0,711
	≥25 kg/m ²	7	22,58	8	26,67	
Kebiasaan Olahraga	Ada	7	22,58	9	30	0,510
	Tidak Ada	24	77,42	21	70	
Kebiasaan Merokok	Ya	5	16,13	4	13,33	0,758
	Tidak	26	83,87	26	86,67	
Pembatasan Penggunaan Garam	Ada	17	54,84	16	53,33	0,906
	Tidak	14	45,16	14	46,67	

Keterangan : Total pasien berjumlah 61 pasien, terdiri dari 31 pasien kelompok tidak *Home care* dan 30 pasien kelompok *Home care*.

4.2.1 Jenis kelamin

Berdasarkan uji statistik yang dilakukan, dapat dilihat bahwa nilai signifikansi menunjukkan H_0 ditolak (nilai $p > 0,1$) $0,367 > 0,1$ yang artinya adalah bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada kelompok tidak *Home care* dan kelompok *Home care*. Jumlah pasien perempuan dua kali lebih besar dari jumlah pasien laki-laki yaitu sebesar 65,57% yang mengalami hipertensi pada kedua Puskesmas. Penelitian Hadiyanto (2010) di Puskesmas Ngaglik I Sleman Yogyakarta menyebutkan bahwa penderita hipertensi pada perempuan (65%) lebih besar dibandingkan dengan laki – laki (35%)⁽⁴⁰⁾. Penelitian lain oleh Rakhmawati (2014) di Puskesmas Srandakan Bantul Yogyakarta menyebutkan bahwa perempuan yang mengalami hipertensi sebanyak 28 responden pada kelompok kontrol (70%), dan 27 responden pada kelompok perlakuan (67,5%)⁽⁴¹⁾. Penelitian Wang et al. (2014) juga menunjukkan prevalensi hipertensi usia ≥ 60 tahun pada perempuan lebih tinggi dibandingkan pria yaitu 59,0% pada perempuan⁽⁴²⁾. Perempuan lebih banyak mengalami hipertensi pada usia ≥ 60 tahun disebabkan karena pada fase menopause, perempuan akan mengalami pengurangan jumlah hormon estrogen dan progesteron yang mengakibatkan hilangnya elastisitas pembuluh darah. Profil lipid juga dapat diperburuk dengan berkurangnya hormon progesteron sehingga dapat beresiko menyebabkan penyumbatan pembuluh darah yang akan meningkatkan resiko hipertensi⁽⁴⁰⁾.

4.2.2 Usia

Berdasarkan hasil uji signifikansi, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok tidak *Home care* dengan kelompok *Home care* (H_0 ditolak). Pada penelitian ini pasien pada usia ≥ 60 lebih banyak terkena hipertensi (80,33%) dibandingkan pada usia < 60 tahun. Penelitian yang dilakukan oleh Lacruz et al. (2015), prevalensi hipertensi pada usia 55-64 sebesar 65,7%, dan pada usia 65-74 tahun sebesar 84,2%. Keduanya lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi hipertensi pada usia < 55 tahun yang hanya sebesar 55,4%⁽⁴³⁾. Hal ini disebabkan karena tekanan arterial yang meningkat sesuai dengan bertambahnya usia, terjadinya regurgitasi aorta, serta adanya proses degeneratif yang lebih sering pada

usia tua⁽⁴⁴⁾. Seperti yang dikemukakan oleh Muniroh, Wirjatmadi & Kuntoro (2007), pada saat terjadi penambahan usia sampai mencapai tua, terjadi pula risiko peningkatan penyakit yang meliputi kelainan syaraf/kejiwaan, kelainan jantung dan pembuluh darah serta berkurangnya fungsi panca indera dan kelainan metabolisme pada tubuh⁽⁴⁵⁾.

4.2.3 Tingkat pendidikan

Pada penelitian ini, tingkat pendidikan pasien dikelompokkan menjadi 5, yaitu pasien yang tidak sekolah, SD, SMP, SMA dan pendidikan tinggi. Berdasarkan hasil uji signifikansi, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok tidak *Home care* dan kelompok *Home care* (H_0 ditolak). Dari hasil tersebut juga dapat dilihat bahwa tingkat pendidikan pasien paling banyak adalah SD sebesar 31,15% dari total seluruh pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Tri Novitaningtyas (2014) terdapat 45,7% subjek yang termasuk dalam kategori tingkat pendidikan dasar mengalami hipertensi⁽⁴⁶⁾. Penelitian Murti (2007) juga menunjukkan bahwa tingkat pendidikan berhubungan signifikan dengan hipertensi pada wanita di Kabupaten Sukoharjo. Wanita berpendidikan SMP/SMU mempunyai risiko seperlima lebih kecil untuk mengalami hipertensi dibandingkan dengan yang berpendidikan SD/tidak sekolah⁽⁴⁷⁾.

Tingginya risiko terkena hipertensi pada pendidikan yang rendah, kemungkinan disebabkan karena kurangnya pengetahuan pada pasien yang berpendidikan rendah terhadap kesehatan dan sulit atau lambat menerima informasi (penyuluhan) yang diberikan oleh petugas sehingga berdampak pada perilaku/pola hidup sehat⁽⁴⁴⁾. Tingkat pendidikan SD dan tidak sekolah cenderung memiliki pengetahuan dan pemahaman yang kurang terkait penyakit hipertensi dan perilaku hidup sehat dibandingkan pasien pada tingkat pendidikan SMP, SMA serta pendidikan tinggi. Secara umum, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin cepat pula dalam proses menyerap informasi. Hal tersebut mendorong pasien dapat melakukan pengobatan secara benar dan rutin sehingga memberikan hasil terapi yang optimal.

4.2.4 Indeks Massa Tubuh (IMT)

Berdasarkan hasil uji signifikansi, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok tidak *Home care* dan kelompok *Home care* (H_0 ditolak). Penelitian yang dilakukan oleh Haendra (2003) diketahui ada 76,9% responden hipertensi yang memiliki IMT yang menunjukkan gizi lebih (obesitas) dan 6,1% yang memiliki IMT yang menunjukkan gizi tidak lebih atau normal. Penelitian ini menunjukkan adanya hubungan antara berat badan dengan hipertensi. Bila berat badan meningkat diatas berat badan ideal maka risiko hipertensi juga meningkat⁽⁴⁴⁾. Penelitian Framingham juga menunjukkan bahwa orang yang obesitas akan mengalami peluang hipertensi 10 kali lebih besar dibandingkan orang yang tidak mengalami obesitas⁽⁴⁸⁾.

Obesitas sangat erat kaitannya dengan pola makan yang tidak seimbang. Dimana seseorang lebih banyak mengkonsumsi lemak dan protein tanpa memperhatikan serat. Makin besar massa tubuh, makin banyak darah yang dibutuhkan untuk memasok oksigen dan makanan ke jaringan tubuh. Ini berarti volume darah yang beredar melalui pembuluh darah menjadi meningkat sehingga memberi tekanan lebih besar pada dinding arteri⁽⁴⁴⁾.

4.2.5 Kebiasaan Olahraga

Berdasarkan hasil uji signifikansi, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok tidak *Home care* dan kelompok *Home care* pada variabel kebiasaan olahraga (H_0 ditolak). Penelitian Sihombing (2010) menyatakan bahwa aktivitas fisik yang kurang akan meningkatkan risiko kelebihan berat badan yang dapat menjadi faktor resiko terjadinya hipertensi⁽⁴⁹⁾. Pada penelitian Rohmah (2016), orang yang tidak berolahraga memiliki risiko hipertensi 2,022 kali lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang memiliki kebiasaan olahraga teratur⁽⁵⁰⁾. Melalui kegiatan olahraga, jantung dapat bekerja lebih efisien, frekuensi denyut nadi berkurang, namun kekuatan memompa jantung semakin kuat, penurunan kebutuhan oksigen jantung pada intensitas tertentu, penurunan lemak dan berat badan serta menurunkan tekanan darah. Selain itu, olahraga dapat meningkatkan diameter arteri koroner, meningkatkan HDL dan menurunkan LDL darah⁽⁵¹⁾.

4.2.6 Kebiasaan Merokok

Dalam penelitian ini didapatkan hasil uji signifikansi pada kebiasaan merokok bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok tidak *Home care* dan kelompok *Home care* (H_0 ditolak). Merokok merupakan salah satu kebiasaan hidup yang dapat mempengaruhi tekanan darah. Pada keadaan merokok pembuluh darah di beberapa bagian tubuh akan mengalami penyempitan, dalam keadaan ini dibutuhkan tekanan yang lebih tinggi supaya darah dapat mengalir ke organ tubuh dengan jumlah yang tetap. Untuk itu jantung harus memompa darah lebih kuat, sehingga tekanan pada pembuluh darah meningkat. Selain itu, nikotin dan karbondioksida yang terkandung dalam rokok akan merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri, elastisitas pembuluh darah berkurang sehingga menyebabkan tekanan darah meningkat⁽⁴⁴⁾.

4.2.7 Pembatasan Penggunaan Garam

Dari hasil uji signifikansi, terlihat bahwa karakteristik berdasarkan pembatasan penggunaan garam tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok tidak *Home care* dan kelompok *Home care* pada variabel kebiasaan penggunaan garam (H_0 ditolak). Penggunaan garam sehari-hari seharusnya dibatasi, karena ketika asupan NaCl meningkat, maka ginjal akan merespons agar ekskresi garam meningkat dan keluar bersama urin. Tetapi jika ekskresi NaCl melebihi ambang kemampuan ginjal, maka ginjal akan meretensi H_2O sehingga volume intravaskular meningkat. Selanjutnya curah jantung akan meningkat pula. Akibatnya terjadi ekspansi volume intravaskular, sehingga tekanan darah akan meningkat pula⁽²²⁾.

4.3 Pengaruh Pelayanan *Home Care* Terhadap Tingkat Kepatuhan dan Kontrol Tekanan Darah Pasien Hipertensi

4.3.1 Proses Pelayanan *Home Care*

Proses pelayanan *Home Care* dilakukan dalam dua kali kunjungan. Pada kunjungan pertama pasien yang telah memenuhi kriteria inklusi dan bersedia dilibatkan dalam penelitian serta telah menandatangani *informed consent*, pasien yang masuk dalam kelompok tidak *Home care* hanya diminta untuk melakukan *pretest* (pengisian kuesioner MMAS). Sedangkan pada pasien yang masuk dalam

kelompok *Home care* dilakukan wawancara terkait pengobatannya, *pretest* (pengisian kuisisioner MMAS), menyerahkan leaflet yang berisi edukasi terkait penyakit hipertensi dan dilakukan pelayanan *Home Care* oleh apoteker dengan memberikan pemahaman terkait pengobatan hipertensi mulai dari pengertian hipertensi, tanda dan gejala, penyebab, komplikasi, pencegahan, dan pentingnya kepatuhan minum obat. Selain itu pasien diperkenankan bertanya apa saja terkait pengobatan maupun penyakit hipertensi kepada Apoteker. Pelayanan *Home Care* dilakukan selama dua jam, dan hanya dilakukan satu kali. Kunjungan kedua dilakukan 14 hari setelah kunjungan pertama. Pada kunjungan kedua ini, pasien yang masuk dalam kelompok tidak *Home care* dilakukan *posttest* (pengisian kuisisioner MMAS) dan setelah selesai diberikan edukasi berupa penyerahan leaflet dan wawancara singkat. Untuk pasien dalam kelompok *Home care*, pasien hanya melakukan *posttest* (pengisian kuisisioner MMAS).

4.3.2 Analisis Hubungan *Home Care* dengan Tingkat Kepatuhan Pasien

Pada penelitian ini, untuk melihat tingkat kepatuhan pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriheron, maka dilakukan analisis hasil kepatuhan dengan metode *Chi-Square* pada perangkat lunak SPSS. Analisis ini bertujuan untuk melihat apakah terdapat perbedaan kepatuhan antara pasien kelompok *Home Care* dengan pasien kelompok tidak *Home Care*. Analisis kepatuhan ini juga berguna untuk melihat apakah *Home Care* mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien hipertensi. Untuk menentukan perbedaan kepatuhan antara *Home care* dan tidak *Home care*, maka dapat dilihat dari nilai probabilitas. Nilai probabilitas yang diharapkan adalah kurang dari 0,1 ($p < 0,1$) sehingga H_0 diterima. Artinya pelayanan *Home Care* mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien hipertensi. Adapun hasil analisis hubungan *Home Care* dengan kepatuhan terapi ditampilkan pada tabel 4.2 berikut ini :

Tabel 4.2 Hasil Analisis Hubungan *Home Care* dengan Kepatuhan Terapi

Kelompok	Patuh - Rendah		Patuh - Sedang		Patuh - Tinggi		Signifikansi (P Value) Chi-Square
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	
	(Pasien)		(Pasien)		(Pasien)		
<i>HomeCare</i>	6	9,84	10	16,39	14	22,95	
Tidak <i>HomeCare</i>	18	29,51	10	16,39	3	4,92	0,001

Berdasarkan hasil uji signifikansi, terlihat bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kelompok *Home Care* dan kelompok tidak *Home Care* yang dianalisis dengan kepatuhan terapi. Nilai signifikansi yang didapat menunjukkan bahwa H_0 diterima. Hal ini ditandai dengan nilai $p < 0,1$ ($0,001 < 0,1$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa *Home Care* mempengaruhi kepatuhan terapi pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta.

4.3.3 Analisis Hubungan *Home Care* dengan Kontrol Tekanan Darah Pasien Hipertensi

Pada penelitian ini, hubungan *Home Care* dengan kontrol tekanan darah pasien hipertensi dianalisis dengan menggunakan metode *Chi-Square* pada perangkat lunak SPSS. Analisis ini bertujuan untuk melihat apakah terdapat hubungan yang bermakna antara *Home Care* dengan pengontrolan tekanan darah. Pengontrolan tekanan darah dinilai dari target tekanan darah pasien hipertensi. Apakah pada saat *posttest* tekanan darah pasien sudah memenuhi target atau belum. Menurut *Guideline JNC 8*, target tekanan darah didasarkan pada usia pasien dan ada atau tidaknya penyakit penyerta. Pada pasien yang berusia 60 tahun tanpa penyerta ataupun dengan penyakit penyerta, target tekanan darah yang diharapkan adalah <150 mmHg untuk tekanan darah sistolik dan <90 mmHg untuk tekanan darah diastolik⁽¹²⁾. Untuk menentukan perbedaan pengontrolan tekanan darah kelompok *Home care* dan tidak *Home care*, maka dapat dilihat dari nilai probabilitas. Nilai probabilitas yang diharapkan adalah kurang dari 0,1 ($p < 0,1$) sehingga H_0 diterima. Artinya pelayanan *Home Care* mempengaruhi pengontrolan tekanan darah pasien hipertensi. Adapun hasil analisis hubungan *Home Care* dengan pengontrolan

tekanan darah ditampilkan pada tabel 4.3 berikut ini :

Tabel 4.3 Hasil Analisis Hubungan *Home Care* dengan Tekanan Darah Pasien Hipertensi

Kelompok	Terkontrol		Tidak Terkontrol		Signifikansi (P Value)
	Jumlah (Pasien)	(%)	Jumlah (Pasien)	(%)	
<i>Home Care</i>	21	34,43	9	14,75	0,001
Tidak <i>Home Care</i>	9	14,75	22	36,07	

Berdasarkan hasil uji signifikansi, terlihat bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kelompok *Home Care* dan kelompok tidak *Home Care* yang dianalisis dengan pengontrolan tekanan darah. Nilai signifikansi yang didapat menunjukkan bahwa H_0 diterima. Sehingga dapat disimpulkan bahwa *Home Care* mempengaruhi pengontrolan tekanan darah pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriheron Yogyakarta.

4.4 Perbedaan Kelompok *Home Care* dan Kelompok Tidak *Home Care* Terhadap Kepatuhan dan Kontrol Tekanan Darah

4.4.1 Penggunaan Obat Antihipertensi

Terapi hipertensi bertujuan untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas akibat tekanan darah tinggi. Tekanan darah yang ditargetkan pada pasien usia <60 tahun adalah <140/90 mmHg, sama halnya dengan target yang diharapkan dalam terapi hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes melitus atau gagal ginjal. Sedangkan untuk pasien usia >60 tahun yaitu <150/90 mmHg⁽¹²⁾. Ketika penyakit hipertensi tidak tertangani dengan baik, hipertensi dapat meningkatkan resiko stroke, penyakit jantung koroner, demensia, dan gagal ginjal serta penyakit kronis lainnya⁽¹⁾. Obat-obat yang dapat digunakan sebagai terapi hipertensi antara lain adalah obat-obat dari golongan ACEI (*Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor*) atau golongan ARB (*Angiotensin Reseptor Blocker*) atau CCB (*Calcium Channel Blocker*), atau

obat golongan diuretik tipe tiazid, dapat digunakan secara tunggal maupun kombinasi⁽¹²⁾. Hasil uji signifikansi obat antihipertensi yang digunakan pasien dapat dilihat pada tabel 4.4 dibawah ini.

Tabel 4.4 Jumlah Antihipertensi yang digunakan pasien Hipertensi

Kelompok	Tunggal		Kombinasi		Signifikansi (P Value)
	Jumlah (Pasien)	(%)	(Jumlah Pasien)	(%)	
<i>Home Care</i>	28	93,33	2	6,67	0,973
<i>Tidak Home Care</i>	29	93,55	2	6,45	

Uji signifikansi pada jumlah antihipertensi yang digunakan adalah untuk melihat perbedaan antara penggunaan antihipertensi tunggal dengan kombinasi. Berdasarkan hasil uji tersebut, terlihat bahwa kelompok tidak *Home care* dan kelompok *Home care* tidak berbeda signifikan dalam penggunaan hipertensi tunggal maupun kombinasi (H_0 ditolak). Artinya bahwa kelompok tidak *Home care* dan kelompok *Home care* terdistribusi merata. Hal ini dapat dilihat dari nilai $p > 0,1$ ($0,973 > 0,1$). Obat hipertensi yang digunakan pasien rata-rata adalah obat dari golongan CCB (Amlodipin) dan obat dari golongan ACEI (Captopril), selain itu ada sebagian kecil pasien yang menggunakan HCT (golongan diuretik) dan Valsartan (golongan ARB). Tetapi karena Valsartan tidak tersedia di Puskesmas Wirobrajan maupun Puskesmas Mantrijeron, pasien yang kontrol dan mendapat resep dari Puskesmas, selanjutnya menebus resep tersebut di apotek. Dibawah ini merupakan gambaran penggunaan obat antihipertensi sebelum dan saat penelitian di kedua Puskesmas.

Berubahnya penggunaan beberapa obat sebelum dan selama penelitian terjadi karena berubahnya tekanan darah pasien hingga munculnya efek samping dari terapi yang digunakan sebelumnya. Sebanyak lima orang pasien dengan tekanan darah yang terus meningkat dalam beberapa kali kontrol sehingga dokter memutuskan untuk meningkatkan dosis obat Amlodipin 5mg/24 jam menjadi Amlodipin 10mg/24jam dan satu orang pasien yang ditingkatkan dosis Captopril

12,5mg/12jam menjadi 25mg/12jam. Sebanyak lima orang pasien diturunkan dosis obatnya karena tekanan darah pasien setelah beberapa kali kontrol mengalami penurunan yang stabil. Selain itu ada beberapa pasien yang efek samping obat sebelumnya baru terlihat, hingga dokter perlu mengganti dengan obat lain. Seperti penggantian Captopril karena efek samping batuk yang tidak membaik sebanyak tiga orang pasien, sehingga diganti dengan Amlodipin. Ada satu orang pasien yang menggunakan Amlodipin kemudian diganti menjadi Valsartan karena efek samping edema kaki yang muncul setelah penggunaan Amlodipin. Ada pula pasien yang setelah sekian periode kontrol tekanan darah dan tidak ada perbaikan atau penurunan sehingga dokter mengganti obat sebelumnya dengan obat lain yaitu sebanyak dua orang pasien yang sebelumnya menggunakan Captopril diganti menjadi Amlodipin. Pada penelitian Zappe et al. (2009) menyatakan bahwa Angiotensin-receptor blocker (ARB) valsartan dan kalsium channel blocker (CCB) amlodipin telah terbukti aman dan efektif untuk antihipertensi bila digunakan sebagai monoterapi. Penggunaan diuretik thiazide yang dikombinasikan dengan ARB atau CCB merupakan pilihan yang umumnya direkomendasikan pada banyak pasien yang membutuhkan lebih dari satu antihipertensi⁽⁵²⁾. Selain penggantian obat, sebanyak dua orang pasien yang sebelumnya mendapat terapi tunggal Amlodipin menjadi terapi kombinasi Amlodipin + HCT dan Amlodipin + Furosemid. Pada penelitian Zappe et al. (2009) sebesar 67,8% pasien mendapatkan tekanan darah yang terkontrol pada penggunaan amlodipin + HCT. Tetapi resiko kejadian edema perifer lebih tinggi pada penggunaan kombinasi amlodipine + HCT dibandingkan dengan amlodipin tunggal⁽⁵²⁾. HCT dan Furosemid merupakan obat golongan diuretik. Obat-obat golongan diuretik bekerja dengan menekan reabsorpsi natrium di tubulus ginjal sehingga meningkatkan ekskresi natrium, air dan klorida, sehingga volume darah dan cairan ekstraseluler menurun, yang mengakibatkan terjadi penurunan curah jantung dan tekanan darah. Beberapa dari diuretik juga menurunkan resistensi perifer, sehingga menambah efek hipotensinya⁽²⁶⁾.

Penggunaan antihipertensi pada Puskesmas Wirobrajan dan Mantrijeron didominasi oleh obat-obat golongan ACEI yaitu Captopril dan golongan CCB yaitu Amlodipin. ACEI bekerja dengan cara menghambat enzim yang mengkonversi

perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II, menstimulasi sintesis prostaglandin mengurangi aktivitas system syaraf simpatis⁽²¹⁾, dan menghambat degradasi bradikinin yang menyebabkan peningkatan bradikinin dalam darah yang dapat menimbulkan efek vasodilatasi. Secara tidak langsung vasodilatasi akan menurunkan tekanan darah⁽³⁰⁾. Dilihat secara keseluruhan dari kedua Puskesmas tersebut antihipertensi yang paling banyak digunakan adalah Amlodipin 5mg/24jam. Pada penelitian Palupi dkk (2013) menyatakan bahwa pemakaian obat antihipertensi golongan CCB terutama Amlodipin lebih tinggi dibandingkan antihipertensi golongan lain⁽⁵³⁾. Penelitian Baharuddin dkk (2013) menyebutkan bahwa persentase pemberian Amlodipin sebanyak 102 orang (49%) lebih tinggi daripada Kaptopril sebanyak 60 orang (28,8). Amlodipin dapat menurunkan tekanan darah pasien hipertensi sebesar 32,94/16,38 mmHg, sedangkan Kaptopril dapat menurunkan tekanan darah sebesar 29.16/11,83 mmHg⁽⁵⁴⁾. Penelitian Kristanti (2015) menjelaskan bahwa pada penggunaan Kaptopril, pasien yang memenuhi target tekanan darah sebesar 91% dan pada penggunaan Amlodipin sebesar 100% berhasil mencapai target tekanan darah. Selain itu, ia juga menyatakan bahwa Amlodipin memiliki efektivitas paling baik dibandingkan dengan Kaptopril dan HCT⁽⁵⁵⁾. Amlodipin bekerja dengan cara merelaksasi otot jantung dan otot polos melalui penghambatan masuknya ion kalsium masuk kedalam intrasel⁽²¹⁾. Efek antihipertensi amlodipin adalah bekerja langsung sebagai vasodilator arteri perifer yang dapat menyebabkan terjadinya penurunan resistensi vaskular serta penurunan tekanan darah. Amlodipin banyak digunakan pasien hipertensi, karena dengan dosis satu kali sehari dapat menghasilkan penurunan tekanan darah yang berlangsung selama 24 jam sehingga mempermudah pasien untuk menggunakannya. Onset kerja dari amlodipin adalah perlahan-lahan, sehingga tidak menyebabkan terjadinya hipotensi akut⁽⁵⁶⁾. Penelitian Kristanti (2015) menyebutkan efek samping yang umumnya muncul pada penggunaan Amlodipin adalah pusing, mual dan lemas, gangguan pada lambung, serta pembengkakan pada kaki. Efek samping yang muncul paling banyak pada penggunaan Kaptopril adalah batuk kering, dan efek samping yang muncul pada penggunaan HCT umumnya adalah sering buang air kecil, tubuh terasa lemas, dan

adanya denyut jantung yang abnormal⁽⁵⁵⁾. Pada penelitian Baharuddin dkk (2013) sebesar 10% mengalami efek samping akibat penggunaan HCT, 16,7% akibat penggunaan Kaptopril dan 26,5% akibat penggunaan Amlodipin⁽⁵⁴⁾. Semakin lama mengkonsumsi obat antihipertensi, maka resiko terjadinya efek samping pada penggunaan obat tersebut akan semakin tinggi⁽⁵⁵⁾.

4.4.2 Gambaran Tingkat Kepatuhan Pasien dalam Penggunaan Obat

Tingkat kepatuhan pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron dalam penggunaan obat diukur dengan menggunakan kuesioner MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*). Kuesioner ini terdiri dari 8 pertanyaan dengan skor 0 sampai 1. Kategori jawaban terdiri dari ya dan tidak. Skor 0 jika jawaban pertanyaan mengacu kepada ketidakpatuhan pasien, sedangkan skor 1 jika jawaban pasien mengacu kepada kepatuhan pasien tersebut dalam menggunakan obat hipertensi. Pertanyaan nomor 1-4 dan 6-7 bernilai 1 untuk jawaban tidak. Pertanyaan item 5 bernilai 1 untuk jawaban ya dan ada 5 pernyataan skala likert untuk pertanyaan nomor 8 dengan nilai 1 untuk jawaban tidak pernah, 0 untuk jawaban sekali-kali, kadang-kadang, biasanya dan selalu. Pasien dikatakan patuh ketika hasil hitung skor kuesioner ≥ 6 dan dikatakan tidak patuh apabila skor < 6 . Frekuensi jawaban responden terhadap pertanyaan kuesioner MMAS didistribusikan pada Tabel 4.5 :

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi jawaban responden tahap *pretest* dan *posttest* terhadap pertanyaan kuesioner MMAS untuk pertanyaan nomor 1 – 8.

Pertanyaan	Kelompok <i>Home Care</i>				Kelompok <i>Tidak Home Care</i>			
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest	
	Jawaban		Jawaban		Jawaban		Jawaban	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Apakah Anda kadang-kadang lupa untuk minum obat?	16	14	6	24	9	22	9	22
2. Selama dua minggu terakhir, adakah hari dimana Anda tidak minum obat hipertensi ?	12	18	10	20	16	15	17	16
3. Pernahkan Anda berhenti atau mengurangi minum obat tanpa memberitahukan terlebih dahulu kepada dokter, karena merasa semakin memburuk jika melanjutkan menggunakan obat?	4	26	0	30	8	23	6	25
4. Ketika Anda bepergian/meninggalkan rumah, apakah kadang-kadang lupa untuk membawa obat hipertensi ?	11	19	5	25	14	17	15	16
5. Apakah Anda minum obat hipertensi Anda kemarin?	25	5	25	5	25	6	24	7
6. Ketika Anda merasa tekanan darah sudah terkontrol, apakah kadang-kadang berhenti minum obat hipertensi ?	15	15	5	25	15	16	18	13
7. Apakah Anda pernah merasakan bahwa pengobatan yang dilakukan tidak memberikan efek?	8	22	1	29	14	17	11	20
8. Seberapa seringkah Anda kesulitan untuk mengingat kapan harus minum obat hipertensi ?								
Tidak pernah / hampir tidak pernah	24		26		24		17	
Sekali dalam satu waktu	1		3		5		6	
Kadang – kadang	4		1		2		5	
Selalu	1		0		0		3	
Setiap waktu	0		0		0		0	

Berdasarkan distribusi jawaban responden tahap *pretest* terlihat bahwa kelompok *Home care* dan tidak *Home care* memiliki tingkat kepatuhan yang rendah. Pada tahap *pretest* sebesar 29,03% pada kelompok tidak *Home care* dan 53,33% pada kelompok *Home care* menyatakan lupa untuk meminum obat. Beberapa pasien menyatakan lupa meminum obat dikarenakan tidak ada yang mengingatkan untuk minum obat, serta kesibukan sehari-hari juga menjadi faktor ketidakpatuhan akan jadwal minum obat. Mengingat sebagian besar pasien berusia sama dengan atau diatas 60 tahun sehingga daya ingat banyak mengalami penurunan ditambah pula beberapa pasien lansia tidak tinggal bersama anak atau orang lain yang bisa mengingatkan, sehingga lupa meminum obat merupakan hal yang sangat wajar menurut mereka. Dengan adanya *Home care* pasien-pasien yang menyatakan lupa meminum obat karena tidak ada yang mengingatkan dibuatkan jadwal minum obat yang jelas dan diletakkan bersama obat-obat yang harus diminum dimeja makan atau disamping tempat tidur supaya pasien tidak melewatkan waktu meminum obat. Sehingga dapat dilihat terdapat perbedaan jumlah pasien yang lupa untuk meminum obat menjadi lebih sedikit setelah dilakukan *Home care* dibandingkan sebelum dilakukan *Home care* yaitu sebesar 20% pada kelompok perlakuan. Sedangkan pada kelompok tidak *Home care*, jumlah pasien yang lupa minum obat masih sama yaitu sebesar 29,03%.

Terdapat 25,81% pasien pada kelompok tidak *Home care* dan 13,33% pasien pada kelompok *Home care* yang menghentikan pengobatan tanpa memberitahukan terlebih dahulu kepada dokter pada tahap *pretest*. Pasien yang menghentikan pengobatan merasa bahwa pengobatan yang diberikan tidak memberikan efek yang bermakna pada tekanan darah mereka. Selain itu juga beberapa pasien menghentikan pengobatan karena merasa obat yang digunakan menimbulkan efek samping seperti penggunaan Captoril yang menyebabkan batuk kering, dan penggunaan Amlodipin yang menyebabkan kaki bengkak pada pasien. Sebagian besar pasien menghentikan pengobatan tersebut hingga mereka kembali ke Puskesmas dan mendapat obat baru. Namun, pasien didukasi untuk tidak menghentikan pengobatan. Jika efek samping yang dirasa tak kunjung membaik dan semakin berat, maka harus segera konsultasi ke dokter untuk penggantian obat.

Sehingga setelah dilakukan *Home care* sebesar 0% yang menghentikan pengobatan tanpa memberitahukan kepada dokter. Sedangkan pada kelompok tidak *Home care*, sebesar 19,35% pasien masih menghentikan pengobatan tanpa pemberitahuan dari dokter.

Pada tahap *pretest* sebesar 45,16% pasien kelompok tidak *Home care* dan 36,67% pasien kelompok *Home care* yang terkadang lupa membawa obat hipertensi ketika bepergian atau meninggalkan rumah. Mereka berpendapat bahwa obat-obatan tidak perlu dibawa saat bepergian karena mereka sudah cukup tua untuk bepergian keluar rumah dalam waktu yang lama. Tetapi ketika suatu waktu mereka bepergian lebih dari semalam, mereka tidak juga membawa obat hipertensi karena lupa dan terburu-buru. Setelah dilakukan *Home care*, ada sebesar 16,67% pasien yang lupa membawa obat ketika bepergian. Sedangkan beberapa pasien lainnya menyatakan bahwa jika pergi untuk waktu yang lama maupun sebentar, mereka akan tetap membawa obat hipertensi karena mereka khawatir jika tiba-tiba gejala hipertensi muncul, seperti sakit kepala dan terasa tegang di bagian tengkuk, dan rasa emosi memuncak yang tiba-tiba muncul.

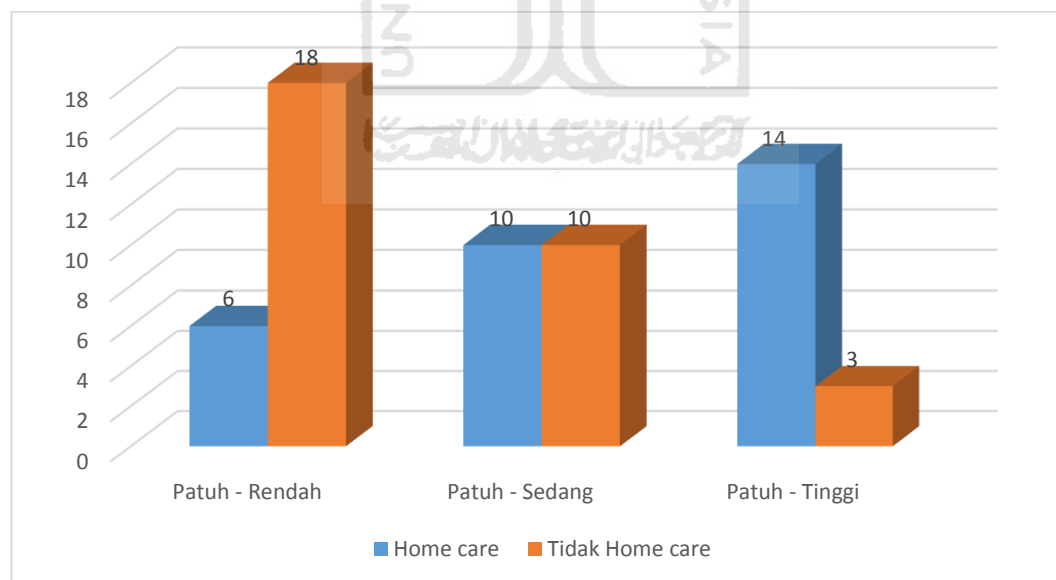
Terdapat 48,39% pasien pada kelompok tidak *Home care* dan 50% pasien pada kelompok *Home care* berhenti minum obat ketika merasa tekanan darah sudah terkontrol. Beberapa pasien lebih memilih tidak meminum obat ketika tidak ada gejala yang muncul. Mereka sudah memahami tanda dan gejala yang muncul ketika tekanan darah mereka naik. Hal ini bertentangan dengan literatur yang menyatakan bahwa pengobatan hipertensi harus dilakukan secara terus-menerus tidak boleh dihentikan oleh pasien guna mencapai kondisi tekanan darah yang selalu terkontrol serta mencegah memburuknya fungsi organ jantung dan ginjal. Sehingga pasien perlu pemahaman bahwa efek obat tidak bisa dinilai dari apa yang dirasakan oleh tubuh saja, tetapi dengan pemeriksaan tekanan darah secara rutin. Setelah dilakukan *Home care* terjadi penurunan jumlah pasien yang menghentikan pengobatan menjadi sebesar 16,67%.

Secara keseluruhan, setelah dilakukan *Home care*, terjadi penurunan jumlah pasien yang tidak patuh dalam meminum obat. Dalam proses pemberian pelayanan *Home care* terdapat edukasi berkaitan dengan hipertensi seperti tanda, gejala,

komplikasi, penjelasan mengenai manfaat bila patuh minum obat dan juga akibat apa saja yang timbul ketika pasien lupa untuk minum obat serta adanya catatan tambahan untuk waktu minum obat bagi pasien. Selain itu, pasien juga lebih teratur untuk kontrol dan memeriksakan tekanan darah secara rutin. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian pelayanan *Home care* oleh apoteker bermanfaat bagi pasien guna meningkatkan kepatuhan minum obat. Sebagian besar pasien mengatakan bahwa dengan adanya *Home care* pasien merasa lebih diperhatikan, munculnya motivasi untuk selalu patuh terhadap pengobatan dan bebas berdiskusi terkait dengan pengobatan dan penyakit serta gaya hidup yang harus dibenahi ketika menjadi pasien dengan hipertensi.

4.4.3 Perbedaan Tingkat Kepatuhan Pasien Hipertensi Pada Kelompok *Home Care* dan Tidak *Home Care*

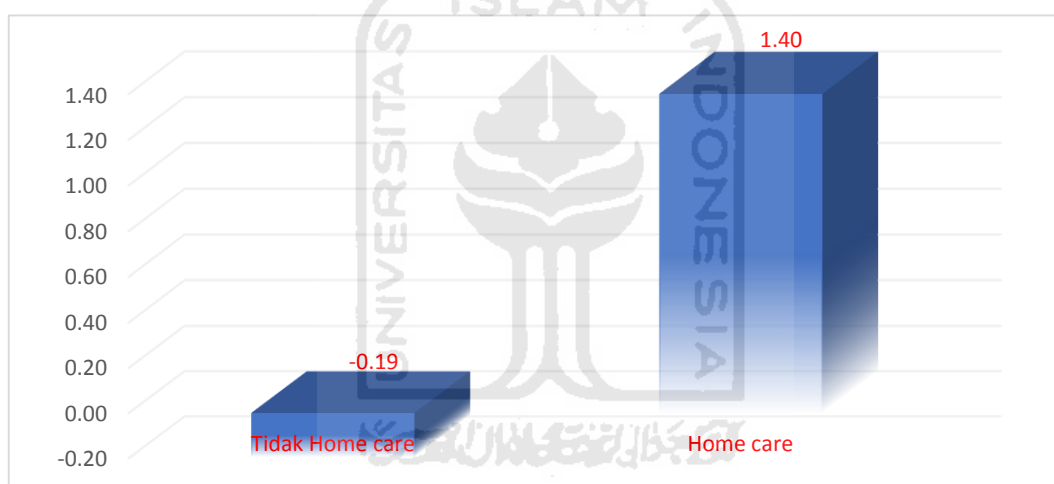
Tingkat kepatuhan pasien pada penelitian ini dilihat berdasarkan skor nilai kuesioner MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*). Perbedaan frekuensi tingkat kepatuhan pada kelompok *Home Care* dan tidak *Home Care* dapat dilihat pada Gambar 4.1.



Gambar 4.1 Frekuensi tingkat kepatuhan pasien di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriheron Yogyakarta.

Berdasarkan Gambar 4.1 dapat dilihat bahwa frekuensi tingkat kepatuhan pasien pada kelompok *Home care* lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok tidak *Home care*. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pelayanan *Home care* dapat meningkatkan kepatuhan pasien di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriijeron Yogyakarta.

Berdasarkan nilai *pretest* dan *posttest* dapat dilihat tingkat kebutuhan *Home care* pada pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriijeron Yogyakarta dengan menghitung nilai selisih rata-rata tingkat kepatuhan pada *pretest* dan *posttest* kelompok tidak *Home care* dan kelompok *Home care*. Selisih rata-rata tingkat kepatuhan pasien hipertensi pada kelompok tidak *Home care* dan kelompok *Home care* dapat dilihat pada gambar 4.2 berikut ini.



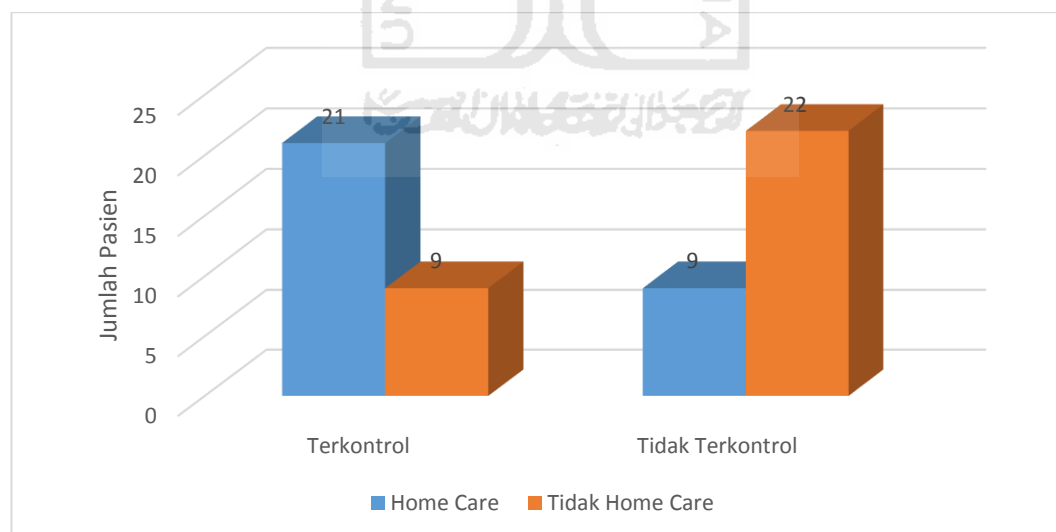
Gambar 4.2 Selisih rata-rata tingkat kepatuhan pasien hipertensi pada kelompok tidak *Home care* dan kelompok *Home care* di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriijeron Yogyakarta.

Berdasarkan gambar 4.2 dapat dilihat bahwa pada kelompok *Home care* selisih rata-rata tingkat kepatuhan pasien pada *pretest* dan *posttest* adalah 1,40 sedangkan pada kelompok tidak *Home care* adalah -0,19. Artinya bahwa dengan adanya pelayanan *Home care* dapat meningkatkan kepatuhan pada pasien hipertensi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa *Home care* benar-benar dibutuhkan untuk meningkatkan kepatuhan pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriijeron Yogyakarta.

Menurut Ambaw (2012) dalam *BMC Public Health*, semakin tinggi tingkat pengetahuan pasien terkait penyakit hipertensi dan pengobatannya, semakin tinggi pula kepatuhan minum obat, sehingga dapat meningkatkan efektivitas terapi. Karena pelayanan *Home care* terbukti mampu meningkatkan pemahaman dan kesadaran akan penyakit hipertensi, sehingga menurunkan resiko yang dapat muncul ketika tekanan darah tidak terkontrol serta resiko apabila pasien tidak patuh minum obat⁽⁵⁹⁾. Penelitian Rakhmawati (2014) dan Suyani (2013) menunjukkan pelayanan *Home care* mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien dalam penggunaan obat antihipertensi^(41,60). Penelitian lain oleh Aguwa et al. (2008) menyatakan bahwa farmasis berperan penting dalam meningkatkan kepatuhan pasien hipertensi sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup pasien⁽⁶¹⁾.

4.4.4 Perbedaan Kontrol Tekanan Darah Pasien Hipertensi Pada Kelompok *Home Care* dan Tidak *Home Care*

Pada penelitian ini, kontrol tekanan darah dilihat berdasarkan nilai pengukuran tekanan darah pasien. Perbedaan frekuensi kontrol tekanan darah pada kelompok *Home Care* dan tidak *Home Care* dapat dilihat pada Gambar 4.3 dibawah ini.



Gambar 4.3 Frekuensi pengontrolan tekanan darah pasien di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriheron Yogyakarta.

Berdasarkan Gambar 4.3 dapat dilihat bahwa frekuensi kontrol tekanan darah pasien pada kelompok *Home care* lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok tidak *Home care*. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pelayanan *Home care* dapat meningkatkan pengontrolan tekanan darah pasien di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriheron Yogyakarta. Pada Puskesmas Wirobrajan sebanyak 17 pasien dengan tekanan darah terkontrol dan 15 pasien dengan tekanan darah tidak terkontrol. Sedangkan pada Puskesmas Mantriheron sebanyak 13 pasien dengan tekanan darah terkontrol dan 26 pasien dengan tekanan darah tidak terkontrol. Penelitian Jeannie et al. (2006) menyatakan bahwa *Home care* merupakan program *Pharmacy care* yang dapat membantu menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi⁽⁵⁷⁾. Berdasarkan penelitian Jose (2002) menyatakan bahwa pasien kelompok perlakuan (dengan pemberian *Home care*) terjadi penurunan tekanan darah sistolik dari 152 mmHg menjadi 129 mmHg. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat penurunan tekanan darah yang signifikan⁽⁵⁸⁾.

4.5 Analisis Hubungan Antara *Home Care* dengan Tingkat Kepatuhan Dan Kontrol Tekanan Darah Pasien Hipertensi

Untuk menganalisis hubungan antara *Home care* dengan tingkat kepatuhan dan pengontrolan tekanan darah pasien hipertensi dilakukan dengan uji *Spearman's*. Tujuan dilakukannya uji ini adalah untuk melihat ada tidaknya hubungan antara pengontrolan tekanan darah dengan kepatuhan pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantriheron Yogyakarta. Ada pun hasilnya dapat dilihat pada tabel 4.6 berikut.

Tabel 4.6 Analisis hubungan kontrol tekanan darah dengan kepatuhan pasien hipertensi

	Tekanan Darah				Nilai P (<i>Spearman's</i>)
	Tidak terkontrol	(%)	Terkontrol	(%)	
Kepatuhan	Patuh -Rendah	2	6,67	4	13,33
	Patuh - Sedang	3	10	7	23,33
	Patuh - Tinggi	4	13,33	10	33,33

Berdasarkan tabel 4.10 didapatkan hasil $p > 0,1$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat kepatuhan dengan tekanan darah pasien hipertensi pada kelompok *Home care* di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta.

4.6 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan pada penelitian ini adalah penggunaan metode pengukuran kepatuhan hanya berdasarkan kuesioner MMAS yang bersifat subjektif. Selain itu juga terbatasnya subjek uji yang memenuhi kriteria inklusi untuk terlibat dalam penelitian sehingga data yang diperoleh kurang representatif dan hasil penelitian juga tidak dapat digeneralisir sepenuhnya.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 KESIMPULAN

Dari data penelitian yang dikumpulkan, dapat disimpulkan bahwa,

1. Ada hubungan antara pelayanan *Home Care* dengan tingkat kepatuhan pada pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta dengan nilai signifikansi yaitu $p = 0,001$ ($p < 0,1$).
2. Ada hubungan antara pelayanan *Home Care* dengan kontrol tekanan darah pada pasien hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta dengan nilai signifikansi yaitu $p = 0,001$ ($p < 0,1$).

5.2 SARAN

1. Perlu dilakukan *follow up* kepada pasien hipertensi untuk melihat kelanjutan terapi dan keberhasilan pelayanan *home care* agar lebih optimal.
2. Perlu dilakukan penelitian serupa kepada pasien hipertensi dengan penyakit penyerta mengenai intervensi terhadap tekanan darah pasien dan kepatuhan penggunaan obat antihipertensi.
3. Perlu dilakukan penelitian serupa dengan jumlah pasien lebih besar dan di instansi kesehatan yang lebih besar pula.
4. Bagi instansi Puskesmas terkait, untuk lebih mengoptimalkan peran apoteker agar dapat menjalankan tugas pelayanan *home care* kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Robitaille C, Dai S, Waters C, Loukine L, Bancej C, Quach S, *et al.* 2012. Diagnosed hypertension in Canada: Incidence, prevalence and associated mortality. *Cmaj*. 184(1):49–56.
2. Anonim. 2015. World Health Statistics 2015. *World Health Organization*.
3. Obreli-Neto, Paulo Roque., *et al.* 2011. Effect of a 36-month Pharmaceutical Care Program on Pharmacotherapy Adherence in Elderly Diabetic and Hypertensive Patients. *Int J Clin Pharm*. 33:642-649
4. Riskesdas. 2013. *Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan
5. Morgado, Manuel R, Sandra, Castelo-Branco, Miguel. 2011. Pharmacist Intervention Program to Enhance Hypertension Control: A Randomised Controlled Trial. *Int J Clin Pharm*. 33:132-140
6. Anonim. 2006. *Pharmaceutical Care untuk Penyakit Hipertensi*, Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta. available free at: <http://binfar.depkes.go.id> (diakses 10 Juli 2015)
7. Thawornchaisit P, de Looze F, Reid CM, Seubsman S a, Sleigh a. 2013. Thai Cohort Study T. Health-Risk Factors And The Prevalence Of Hypertension: Cross-Sectional Findings From A National Cohort Of 87,143 Thai Open University Students. *Glob J Heal Sci* [Internet]. 5(4):126–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23777729>
8. World Health Organization. 2003. International Society of Hypertension Guidelines for Management of Hypertension. *Jornal of Hypertension*. 21(11):1983-1992
9. Banning, Maggi. 2009. A Reviies of Interventions Used to Improved Adherence to Medication in Older People. *Int J of Nursing Studies*. 46:1505-1515
10. Al-Mehza, Amal M, Al-Muhailije, Fatma A, M Khalfan, Maryam, Al Yahya, Ali A. 2009. Drug Compliance Among Hypertensive Patients: An Area Based Study. *Eur J Gen Med*. 6(1):6-10
11. Anonim. 2003. Adherence to Long-Term Therapies: an Evidence for Action. *World Health Organization 2003*
12. James P a., Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, *et al.* 2013. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. *Jama* [Internet]. 1097: 1–14. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497> \nhttp://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2013.284427
13. Setiati Siti, Idrus Alwi, Aru W. Sudoyo, Marcellus Simadibrata K, Bambang Setiyohadi AFS. 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi Keenam Jilid II*. 2260 p.

14. Chobanian A V., Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green L a., Izzo JL, et al. 2003. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 42(6):1206–52.
15. Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, Mcinnes GT, Potter JF, et al. 2004. Guidelines for management of hypertension : report of the fourth working party of the British Hypertension Society , 2004 — *BHS IV*. 139–85.
16. Calhoun D a, Jones D, Textor S, Goff DC, Murphy TP, Toto RD, et al. 2008. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Hypertension*. 51(6):1403–19.
17. Muntner P, Shimbo D, Tonelli M, Reynolds K, Arnett DK, Oparil S. 2011. The relationship between visit-to-visit variability in systolic blood pressure and all-cause mortality in the general population: Findings from NHANES III, 1988 to 1994. *Hypertension*. 2011;57(2):160–6.
18. Rahmawati F, Rini H, Vivi G. 2006. Kajian retrospektif interaksi obat di Rumah Sakit Pendidikan Dr . Sardjito Yogyakarta. *Majalah Farmasi Indonesia*. 17(4):177–83.
19. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense H-W, Joffres M, et al. 2003. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA*. 289(18):2363–9.
20. Hypertension C, Program E. 2011. Canadian hypertension education program recommendations: An annual update. *Can Fam Physician*. 57(12):1393–7.
21. DiPiro J, Talbert RL, Yee G, Matzke G, Wells B, Posey LM. 2011. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach, 8th ed. chapter 15: Hypertension*. The McGraw-Hill Companies
22. Kaplan NM. 2010. *Primary Hypertension: Kaplan's Clinical Hypertension. 10th edition*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 44-108 p.
23. Klabunde R. 2005. *Cardiovascular Physiology Concepts*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins
24. López-Sendón J, Swedberg K, McMurray J, Tamargo J, Maggioni AP, Dargie H, et al. 2004. Expert consensus document on beta-adrenergic receptor blockers. *Eur Heart J*. 25(15):1341–62.
25. Dzau VJ BE. 1991. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statement. *Am Hear J*. 121:1244–63.
26. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. 2004. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 364:937–52.

27. Victor RG. 2007. Pathophysiology of target-organ disease: does angiotensin II remain the key. *J Clin Hypertens*. 9(11):54.
28. Dzau VJ, Antman EM, Black HR et al. 2006. The cardiovascular disease continuum validated: clinical evidence of improved patient outcomes. *Circulation*. 114:2850–70.
29. Sacks F.M.,. 2001. Effects On Blood Pressure Of Reduced Dietary Sodium And The Dietary Approaches To Stop Hypertension (Dash) Diet. *DASH Collaborative Research Group*. NEJM. 344:3-10
30. Susalit, Kapojos EJ. 2001. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid II, Edisi Ketiga*,. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 453-472 p.
31. Febriyanti K. 2012. *Pengaruh Ceramah Kesehatan Terhadap Kepatuhan dan Tekanan Darah Pasien Hipertensi di Puskesmas Kecamatan Beji Kota Depok Tahun 2012*. Jakarta: FMIPA UI. 10
32. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. 2005. Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *Lancet*. 365(9455):217–23.
33. Setiawati A. 1995. *Antihipertensi, Dalam Farmakologi dan Terapi, Edisi Keempat*. Jakarta: Universitas Indonesia Press. 315-342 p.
34. Oates JA. 2007. *Senyawa-Senyawa Antihipertensi dan Terapi Obat Antihipertensi, Dalam Goodman & Gilman, Dasar Farmakologi Terapi Edisi 10 Volume 1*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. 845-871 p.
35. Hoffmant BB. 2006. *Therapy of Hypertension. In the Pharmacological Basis of Therapeutics*. USA: McGraw-Hill Companies Inc
36. Siregar C.J. 2006. *Farmasi Klinik Teori & Penerapan*. Jakarta: EGC. 322-369
37. Nafrialdi. 2007. *Antihipertensi, Dalam Farmakologi dan Terapi, Edisi Kelima*. Jakarta: Universitas Indonesia Press. 341-342 p.
38. Alhusin, Syahri. 2003. *Aplikasi Statistik Praktis dengan SPSS 10 for Windows*. Yogyakarta: Graha Ilmu. 335-346 p
39. Morisky DE, Alfonso A, Wood MK, Ward HJ. 2015. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens*. 19(2):161–9.
40. Hadiyanto, A., 2010, Analisis Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Ngaglik I Sleman Yogyakarta, *Skripsi*, Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Islam Indonesia
41. Rakhmawati, S.F., 2014, Pengaruh Pemberian Pelayanan Residensial Terhadap Tingkat Kepatuhan Pasien Hipertensi Geriatri Rawat Jalan Di Puskesmas Srandakan Bantul Yogyakarta, *Skripsi*, Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Islam Indonesia
42. Wang J, Zhang L, Wang F, Liu L, Wang H. 2014. Prevalence , Awareness , Treatment , and Control of Hypertension in China : Results From a National Survey. 27(November):1355–61.

43. Lacruz ME, Kluttig A, Hartwig S, Lo M, Tiller D, Greiser KH, et al. 2015. Prevalence and Incidence of Hypertension in the General Adult Population. 94(22):1-7.
44. Haendra F, Anggara D, Prayitno N. 2013. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tekanan Darah Di Puskesmas Telaga Murni, Cikarang Barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. (1):20-25
45. Muniroh L, Wirjatmadi B, Kuntoro. 2007. Pengaruh Pemberian Jus Buah Belimbing Dan Mentimun Terhadap Penurunan Tekanan Darah Sistolik Dan Diastolik Penderita Hipertensi. *The Indonesian Journal of Public Health*. 4(1):1-5
46. Novitaningtyas T. 2014. Hubungan Karakteristik (Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan) Dan Aktivitas Fisik Dengan Tekanan Darah Pada Lansia Di Kelurahan Makamhaji Kecamatan Kartasura Kabupaten Sukoharjo. *Naskah Publikasi*. Program Studi Gizi, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
47. Murti B. 2007. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Dan Hipertensi Pada Wanita Di Kabupaten Sukoharjo. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*.. 3(1):25-30
48. Dhianningtyas Y, Hendrati, Lucia Y. 2006. Risiko Obesitas, Kebiasaan Merokok, Dan Konsumsi Garam Terhadap Kejadian Hipertensi Pada Usia Produktif. *The Indonesian Journal of Public Health*. 2(3)
49. Sihombing M. 2010. Hubungan Perilaku Merokok, Konsumsi Makanan/Minuman dan Aktivitas Fisik Dengan Penyakit Hipertensi Pada Responden Obes Usia Dewasa Di Indonesia. *Jurnal Majalah Kedokteran Indonesia*. 60(9)
50. Rohmah N.D. 2016. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Wanita Usia 45-60 Tahun Di Puskesmas Tlogosari Wetan Kota Semarang Tahun 2016. *Skripsi*. Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro
51. Cahyono S. 2008. *Gaya Hidup dan Penyakit Modern*. Jakarta. Kanisius
52. Zappe D, Papst C.C, Ferber P. 2009. Rendomized Study to Compare Valsartan ± HCTZ Versus Amlodipin ± HCTZ strategies to Maximize Blood Pressure Control. *Dove Press Journal : Vascular Health and Risk Management*. 5:883-892
53. Palupi,R., Gunawan,A., Sala,R., Triastuti,E. 2013. Profil Pola terapi Antihipertensi dan Kontrol Takanan darah pasien ERSD(end renal disease). *Naskah Publikasi*.
54. Baharuddin, Kabo P, Suwandi D. 2013. Perbandingan Efektivitas Dan Efek Samping Obat Anti Hipertensi Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pasien Hipertensi. *Naskah Publikasi*. 1-14

55. Kristanti P. 2015. Efektivitas dan Efek Samping Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Kalirungkut Surabaya. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya*. 4(2):1-13
56. Laurent L, Bruno, Keith L, Parker. 2011. Manual Farmakologi dan Terapi (Goodman dan Gilman). Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta
57. Jeannie K.L., Karen A.G., Allen J.T. 2006. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol., *JAMA*. 296:2563-2571.
58. Jose A.G, Jose C. 2002. Evaluation of Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patient in Rural Portugal, *Am J Pharm Assoc*. 42(6): 858-864
59. Ambaw, A. D., Alemie, G. A., Yohannes, S. M., & Mengesha, Z. B. 2012. Adherence To Antihypertensive Treatment And Associated Factors Among Patients On Follow Up At University Of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Public Health*. 12:282.
60. Suryani, N.M, Wirasuta, I.M.A.G, Susanti, N.M.P. 2013. Pengaruh Konseling Obat dalam Home Care Terhadap Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Komplikasi Hipertensi. *Naskah Publikasi*. Jurusan Farmasi, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Udayana
61. Aguwa, C.N., Ukwe, C.V., Ekwunife, O.I. 2008. Effect Of Pharmaceutical Care Programme on Blood Pressure And Quality Of life In A Nigerian Pharmacy. *Pharm World Sci*. 30(1):107-10.

Lampiran 1. Ethical Clearance



الجامعة الإسلامية الإندونيسية
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMITE ETIK PENELITIAN KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
 Sekretariat : Jl. Kaliurang Km. 14,5 YOGYAKARTA 55584
 Telp. (0274) 898444 ext. 2060 Fax. (0274) 898444 ext. 2007; E-mail : ke.fkuii@yahoo.co.id

Nomor : 08/Ka.Kom.Et/70/KE/XII/2015

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

ETHICAL APPROVAL

Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran dan kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Islamic University of Indonesia, with regards of the protection of human rights and welfare in medical and health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"Pengaruh Pelayanan *Home Care* terhadap Efektivitas Terapi dan Tingkat Kepatuhan Pasien Hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta."

Peneliti Utama : Devi Permatasari
Principal Investigator

Nama Institusi : Program Studi Farmasi FMIPA UII
Name of the Institution

dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
and approved the above-mentioned protocol.



Yogyakarta, 8 Desember 2015

Ketua
Chairman

Prof. Dr. Dra. Wiryatun Lestaryana, Apt

***Ethical Approval** berlaku satu tahun dari tanggal persetujuan

****Peneliti berkewajiban**

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila :
 - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos kaji etik, penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical clearance* harus diperpanjang
 - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*)
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada subyek sebelum penelitian lolos kaji etik dan *informed consent*

Lampiran 2. Surat Ijin Dinkes Kota Yogyakarta



PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
DINAS KESEHATAN

Jalan Kenari 56, Yogyakarta 55165 Telepon (0274) 515866, 515869 Faksimile (0274) 515869
EMAIL : kesehatan@jogjakota.go.id
HOT LINE SMS : 03122780001 HOTLINE EMAIL : upik@jogjakota.go.id
WEB SITE : www.jogjakota.go.id

Nomor : 070/ 873
Hal : Rekomendasi izin penelitian

Yogyakarta 1 - 12 - 2015
Yth. Kepala Dinas Perizinan
Kota Yogyakarta
Di-
YOGYAKARTA

Berdasarkan surat dari Fakultas MIPA Universitas Islam Indonesia Nomor 025/Dek/70-s./Bag.TA/XI/2015 Tanggal 25 November 2015 perihal pada pokok surat, bahwa

Nama : Devi Permatasari
No Mhs/NIM : 12613180
Pekerjaan : Mhs Fakultas MIPA - UII
Alamat : Jl. Kaliurang Km 14,5 Besi, Sleman, Yogyakarta

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan memberikan rekomendasi penelitian dengan judul karya tulis ilmiah/skripsi :

Pengaruh Pelayanan Home Care Terhadap Efektivitas Terapi dan Tingkat Kepatuhan Pasien Hipertensi di Puskesmas Wirobrajan dan Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta

Demikian rekomendasi penelitian ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

a. n. Kepala
Sekretaris

Agus Sudrajat, SKM, M.Kes
NIP-196505301988031006

Tembusan :

1. Kepala Puskesmas Wirobrajan Kota Yogyakarta
2. Kepala Puskesmas Mantrijeron Kota Yogyakarta

Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian dari Dinas Perizinan Kota Yogyakarta



PEMERINTAHAN KOTA YOGYAKARTA
DINAS PERIZINAN
 Jl. Kenari No. 56 Yogyakarta 55165 Telepon 514448, 515865, 515865, 515866, 562682
 Fax (0274) 555241
 E-MAIL : perizinan@jogjakota.go.id
 HOTLINE SMS : 081227625000 HOT LINE EMAIL : upik@jogjakota.go.id
 WEBSITE : www.perizinan.jogjakota.go.id

SURAT IZIN

NOMOR : 070/3709

7223/34

Membaca Surat : Dari Dekan Fak. MIPA - UII Yk
 Nomor : 026/Dek/70.s/Bag.TA.F/XII/2015 Tanggal : 25 November 2015

Mengingat : 1. Peraturan Gubernur Daerah istimewa Yogyakarta Nomor : 18 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Perizinan, Rekomendasi Pelaksanaan Survei, Penelitian, Pendataan, Pengembangan, Pengkajian dan Studi Lapangan di Daerah Istimewa Yogyakarta.
 2. Peraturan Daerah Kota Yogyakarta Nomor 10 Tahun 2008 tentang Pembentukan, Susunan, Kedudukan dan Tugas Pokok Dinas Daerah;
 3. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 29 Tahun 2007 tentang Pemberian Izin Penelitian, Praktek Kerja Lapangan dan Kuliah Kerja Nyata di Wilayah Kota Yogyakarta;
 4. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 85 Tahun 2008 tentang Fungsi, Rincian Tugas Dinas Perizinan Kota Yogyakarta;
 5. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 20 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Perizinan pada Pemerintah Kota Yogyakarta;

Dijijinkan Kepada : Nama : DEVI PERMATASARI
 No. Mhs/ NIM : 12613180
 Pekerjaan : Mahasiswa Fak. MIPA - UII Yk
 Alamat : Jl. Kaliurang Km.14.5 Yogyakarta
 Penanggungjawab : Endang Sulistiyowatiningsih, M.Sc., Apt
 Keperluan : Melakukan Penelitian dengan judul Proposal : PENGARUH PELAYANAN HOME CARE TERHADAP EFEKTIVITAS TERAPI DAN TINGKAT KEPATUHAN PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS WIROBRAJAN DAN PUSKESMAS MANTRIJERON YOGYAKARTA

Lokasi/Responden : Kota Yogyakarta
 Waktu : 2 Desember 2015 s/d 2 Maret 2016
 Lampiran : Proposal dan Daftar Pertanyaan
 Dengan Ketentuan : 1. Wajib Memberikan Laporan hasil Penelitian berupa CD kepada Walikota Yogyakarta (Cq. Dinas Perizinan Kota Yogyakarta)
 2. Wajib Menjaga Tata tertib dan menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku setempat
 3. Izin ini tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kesetabilan pemerintahan dan hanya diperlukan untuk keperluan ilmiah
 4. Surat izin ini sewaktu-waktu dapat dibatalkan apabila tidak dipenuhinya ketentuan-ketentuan tersebut diatas

Kemudian diharapkan para Pejabat Pemerintahan setempat dapat memberikan bantuan seperlunya

Tanda Tangan
 Pemegang Izin

DEVI PERMATASARI



Drs. HARDONO
 NIP. 195804101985031013

Tembusan Kepada :

- Yth 1. Walikota Yogyakarta (sebagai laporan)
 2. Ka. Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
 3. Ka. Puskesmas Wirobrajan Kota Yogyakarta
 4. Ka. Puskesmas Mantrijeron Kota Yogyakarta
 5. Dekan Fak. MIPA - UII Yk
 6. Ybs.

Lampiran 4. Informed Consent

SURAT PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa :

Saya telah mendapat penjelasan segala sesuatu mengenai penelitian:

“HUBUNGAN PELAYANAN *HOME CARE* TERHADAP KETERCAPAIAN
TEKANAN DARAH DAN KEPATUHAN PENGOBATAN HIPERTENSI DI
PUSKESMAS UMBULHARJO 2 DAN PUSKESMAS DANUREJAN 2
YOGYAKARTA”

Setelah saya memahami penjelasan tersebut, dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari siapapun bersedia ikut serta dalam penelitian ini dengan kondisi :

- a) Data yang diperoleh dari penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dipergunakan untuk kepentingan ilmiah.
- b) Apabila saya inginkan, saya boleh memutuskan untuk keluar/ tidak berpartisipasi lagi dalam penelitian ini tanpa harus menyampaikan alasan apapun.

Yogyakarta,.....2016

Yang membuat pernyataan,

(.....)

Tn/ Ny Responden yang terhormat,

Dalam rangka memperoleh data **penelitian tentang penderita penyakit Hipertensi**, saya mengharapkan bantuan Anda untuk mengisi kuisisioner ini. Info penelitian ini diperlukan guna meningkatkan pelayanan dalam bidang kesehatan. Anda dimohon untuk memberikan jawaban terhadap pernyataan yang ada, sesuai dengan kondisi diri Anda. Perlu diperhatikan bahwa **tidak ada jawaban yang benar dan salah**. Jawaban yang diberikan adalah benar sepanjang sesuai dengan keadaan diri Anda. Segala keterangan dan jawaban yang Anda berikan dalam kuisisioner ini **DIJAMIN KERAHASIAANNYA** dan akan menjadi tanggung jawab saya selaku peneliti. Jadi, Anda tidak perlu khawatir untuk memberikan jawaban secara jujur, terbuka, dan apa adanya. Dalam pengisian kuisisioner ini **Jangan sampai ada satu nomor pun terlewatkan**. Karena jawaban yang anda berikan akan sangat berarti bagi penelitian ini. Atas partisipasi dan kesediaan Anda, saya ucapkan terima kasih.



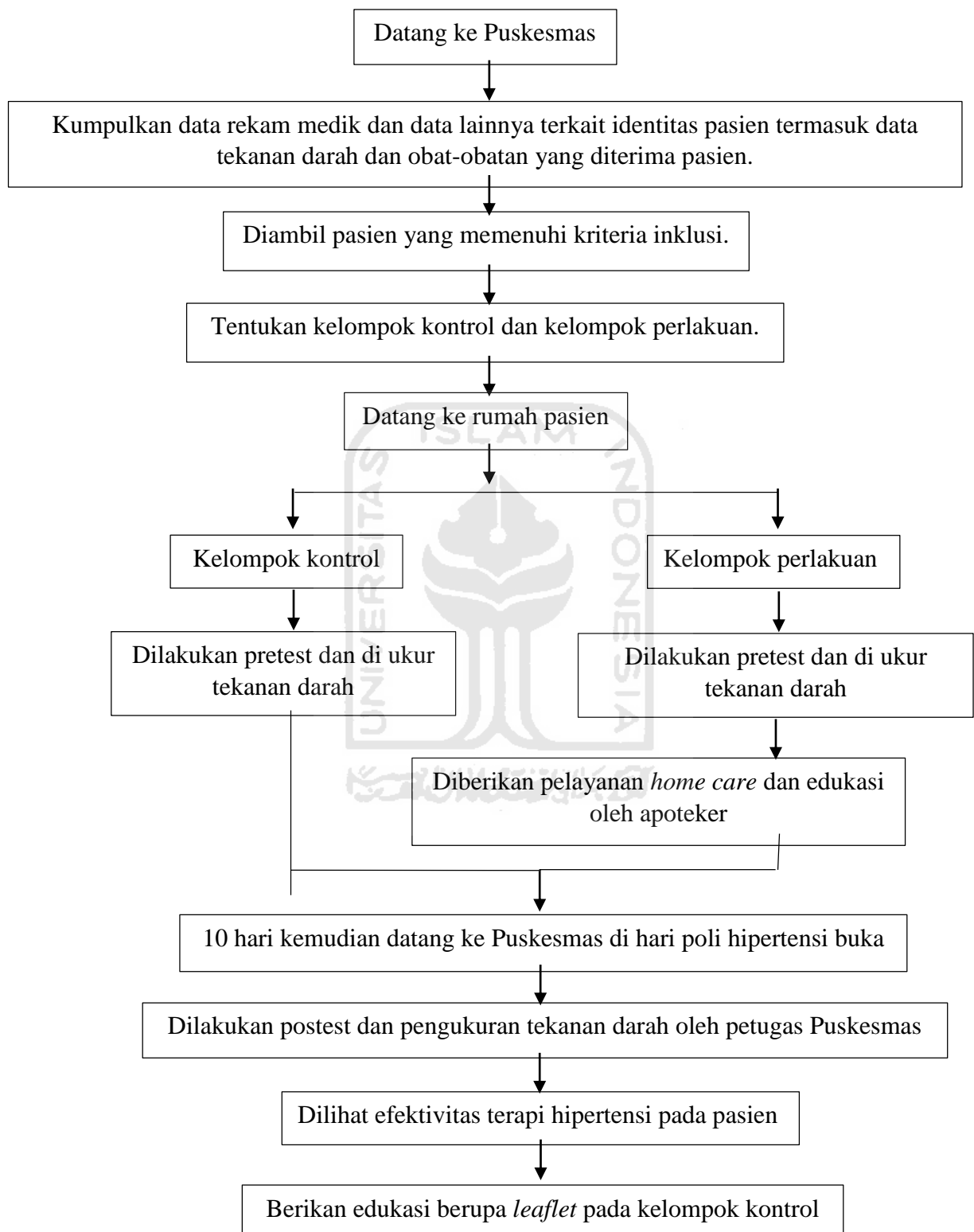
Hormat saya,

Peneliti

Lampiran 5. Kuesioner MMAS

Pertanyaan	Pretest	
	Jawaban	
	Ya	Tidak
1. Apakah Anda kadang-kadang lupa untuk minum obat?		
2. Selama dua minggu terakhir, adakah hari dimana Anda tidak minum obat hipertensi ?		
3. Pernahkan Anda berhenti atau mengurangi minum obat tanpa memberitahukan terlebih dahulu kepada dokter, karena merasa semakin memburuk jika melanjutkan menggunakan obat?		
4. Ketika Anda bepergian/meninggalkan rumah, apakah kadang-kadang lupa untuk membawa obat hipertensi ?		
5. Apakah Anda minum obat hipertensi Anda kemarin?		
6. Ketika Anda merasa tekanan darah sudah terkontrol, apakah kadang-kadang berhenti minum obat hipertensi ?		
7. Apakah Anda pernah merasakan bahwa pengobatan yang dilakukan tidak memberikan efek?		
8. Seberapa seringkah Anda kesulitan untuk mengingat kapan harus minum obat hipertensi ? a. Tidak pernah/Hampir tidak pernah b. Sekali dalam satu waktu c. Kadang-kadang d. Selalu e. Setiap waktu		

Pertanyaan	Postest	
	Jawaban	
	Ya	Tidak
9. Apakah Anda kadang-kadang lupa untuk minum obat?		
10. Selama dua minggu terakhir, adakah hari dimana Anda tidak minum obat hipertensi ?		
11. Pernahkan Anda berhenti atau mengurangi minum obat tanpa memberitahukan terlebih dahulu kepada dokter, karena merasa semakin memburuk jika melanjutkan menggunakan obat?		
12. Ketika Anda bepergian/meninggalkan rumah, apakah kadang-kadang lupa untuk membawa obat hipertensi ?		
13. Apakah Anda minum obat hipertensi Anda kemarin?		
14. Ketika Anda merasa tekanan darah sudah terkontrol, apakah kadang-kadang berhenti minum obat hipertensi ?		
15. Apakah Anda pernah merasakan bahwa pengobatan yang dilakukan tidak memberikan efek?		
16. Seberapa seringkah Anda kesulitan untuk mengingat kapan harus minum obat hipertensi ? a. Tidak pernah/Hampir tidak pernah b. Sekali dalam satu waktu c. Kadang-kadang d. Selalu e. Setiap waktu		

Lampiran 6. Tahapan Pelaksanaan Penelitian

Lampiran 7. Materi Edukasi

MATERI EDUKASI PASIEN HIPERTENSI

1. Definisi dan klasifikasi hipertensi

Hipertensi : meningkatnya tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg

2. Tatalaksana terapi hipertensi

Pemilihan obat antihipertensi bergantung pada indikasi maupun kontraindikasi yang sesuai untuk pasien. Respons pengobatan dengan obat antihipertensi dapat dipengaruhi oleh usia pasien dan latar belakang suku (etnis).

Pada pasien hipertensi usia dewasa (<60 tahun) dan tanpa penyulit tekanan darah yang diharapkan ialah <140/90 mmHg dengan obat utama yaitu golongan diuretik tiazid atau ACEI atau ARB atau CCB, baik tunggal maupun dalam kombinasi.

Pada pasien hipertensi dewasa (<60 tahun) dengan penyakit diabetes, target tekanan darah adalah <140/90 mmHg dengan obat utama yaitu golongan diuretik thiazid atau ACEI atau ARB atau CCB, baik tunggal ataupun kombinasi.

Pada pasien hipertensi dewasa (<60 tahun) dengan penyakit penyerta gagal ginjal kronik, target tekanan darah adalah <140/90 mmHg dengan obat utama yaitu ACEI atau ARB, baik tunggal ataupun kombinasi dengan obat golongan lain.

Hipertensi pada lansia : pada lansia yang nampak sehat apabila mengalami hipertensi tekanan darahnya harus diturunkan. Target tekanan darah pada lansia adalah tekanan darah sistolik <150 mmHg dan tekanan darah diastolik <90 mmHg dengan obat utama yaitu ACEI atau ARB, baik tunggal ataupun kombinasi dengan obat golongan lain. Pasien hipertensi lansia dengan penyakit diabetes dan gagal ginjal kronik target tekanan darah adalah <140/90 mmHg

dengan obat utama yaitu ACEI atau ARB, baik tunggal ataupun kombinasi dengan obat golongan lain.

TIPS POLA HIDUP SEHAT :

1. Olahraga secara teratur

Olahraga yang dapat dilakukan antara lain jogging, dan naik sepeda. Olahraga dilakukan sedikitnya 30 menit setiap hari dalam satu minggu. Olahraga yang tidak diperbolehkan pada penderita hipertensi yaitu angkat beban.

2. Mengurangi makanan yang mengandung kolesterol

Kolesterol terbentuk dari lemak yang merupakan substansi alami dan komponen normal dari darah. Tubuh menggunakan kolesterol untuk memproduksi hormon, untuk membuat sel – sel baru dan memproduksi substansi yang mencerna makanan. Kolesterol tinggi tidak baik karena :

- Berkaitan erat dengan resiko menderita penyakit jantung
- Semakin tinggi kolesterol anda, resiko menderita penyakit jantung semakin besar. Kolesterol tinggi dengan digabung dengan kondisi tekanan darah tinggi akan lebih meningkatkan resiko lebih besar.

Hal yang dapat dilakukan untuk menurunkan kolesterol yaitu :

- Mengurangi berat badan untuk mencapai berat badan yang sehat
- Kurangi makanan berlemak jenuh, makan makanan yang mengandung lemak tidak jenuh sebagai pengganti (misalnya margarine dan minyak zaitun)
- Makan banyak serat (buah dan sayur)
- Makan ikan lebih banyak

3. Mengurangi berat badan

Khususnya untuk penderita diabetes. Lemak yang berada disekitar perut khususnya merupakan faktor resiko penyakit jantung dan pembuluh darah.

4. Mengurangi makanan yang mengandung garam berlebihan

Garam dapat memperburuk tekanan darah tinggi. Walaupun ada pasien hipertensi yang tidak sensitive terhadap garam, kebanyakan pasien

mengalami penurunan tekanan darah sistoliknya dengan pembatasan garam. Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 6 gram atau 1,5 sendok tiap harinya.

Makanan yang diperbolehkan dan yang tidak diperbolehkan

Golongan Bahan Makanan	Makanan yang Diperbolehkan	Makanan yang Tidak Diperbolehkan
Sumber hidrat arang	beras, kentang, singkong, terigu, tapioca, gula, makanan yang diolah dari bahan makanan tersebut tanpa garam dan soda	roti, biskuit dan kue – kue yang dimasak dengan garam dapur atau soda
Sumber protein hewani	ayam, daging, ikan maksimum 100 gram sehari, telur 1 butir sehari, susu maksimum 200 gram sehari	ak ginjal, lidah, sardine, keju. Semua sumber protein hewani yang diolah atau diawetkan dengan garam dapur seperti dendeng, abon, ikan asin, daging asap
Sumber protein nabati	kacang – kacangan dan hasilnya diolah dan dimasak tanpa garam	kacang tanah dan semua kacang-kacangan dan hasilnya diolah dengan garam dapur
Sayuran	Semua sayuran segar	Sayuran diawetkan dengan garam dapur seperti asinan, acar, sayuran dalam kaleng
Buah – buahan	Semua buah segar	Buah – buahan yang diawetkan dengan garam dapur

mak	nyak, margarine tanpa garam, mentega tanpa garam	argarine dan mentega dengan garam
mbu – bumbu	mbu bumbu segar dan kering yang tidak mengandung garam	ram dapur, baking powder, soda kue, terasi, tauco
numan	r putih	h, kopi, <i>softdrink</i>

5. Menghentikan rokok

- Nikotin dan karbonmonoksida berperan dalam penyakit jantung dan pembuluh darah
- Tar dalam tembakau mengandung banyak bahan kimia yang menyebabkan kanker
- Merokok bisa menyumbat pembuluh darah arteri sehingga dapat menyebabkan serangan jantung, stroke dan penyakit darah perifer
- Merokok memperberat kerja jantung, mengurangi persediaan oksigen, membuat pembuluh darah menggumpal dan menyebabkan irama jantung tidak teratur.

6. Mengurangi stress

Stress dapat memperburuk kondisi hipertensi. Reaksi stress meliputi perubahan dalam denyut jantung dan tekanan darah, berkeringat, nafas cepat, merasa tegang, cemas, pucat dan mulut kering.

7. Pembatasan konsumsi alcohol

Alkohol mempunyai kalori tinggi yang dapat menambah berat badan, dan juga dapat mengganggu tekanan darah. Selain itu juga dapat mengubah kadar trigliserida (lemak) darah.

Lampiran 8. SOP *Home Care*

Tgl berkunjung :

Jam :

Ruang lingkup *Home Care*

Informasi yang di berikan	<ul style="list-style-type: none"> - Pengertian hipertensi - Tanda dan gejala hipertensi - Penyebab hipertensi - Komplikasi hipertensi - Pencegahan komplikasi - Tips pola hidup sehat - Kenapa pasien harus patuh minum obat - Tips menjaga kepatuhan minum obat - Manfaat patuh minum obat - Akibat tidak patuh minum obat
Pertanyaan wawancara dengan pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Nama - Usia - Pekerjaan - Berat badan dan Tinggi badan - Pendidikan - Jumlah obat yang digunakan - Lama pengobatan pasien - Tekanan darah pasien terakhir - Pembatasan garam - Punya kebiasaan olahraga - Merokok - Kebiasaan minum teh atau kopi - Penggunaan obat herbal

Prosedur operasional pelayanan *home care* pasien hipertensi Kunjungan pertama

1. Berkunjung ke rumah pasien
2. Menawarkan kepada pasien pelayan *home care* dan menandatangani informed consent
3. Wawancara dengan pasien tentang pengobatannya
4. Pretest (pengisian kuisisioner MMAS)
5. Memberikan edukasi berupa penyerahan leaflet, memberikan pemahaman tentang pengobatan hipertensi, pentingnya kepatuhan minum obat (hanya diberikan sekali) oleh Apoteker

Kunjungan kedua setelah 14 hari pre-test

1. Posttest (pengisian kuisisioner MMAS)
2. Wawancara dengan pasien tentang perkembangan pengobatan

Lampiran 9. Leaflet Bagian Depan

HIPERTENSI (Tekanan Darah Tinggi)





UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
 PRODI FARMASI
 FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
 UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
 2015

Apakah tekanan darah tinggi itu?

adalah gangguan pada sistem pembuluh darah yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg.



Klasifikasi tekanan darah tinggi

KATEGORI	TEKANAN DARAH SISTOLIK (mmHg)	TEKANAN DARAH DIASTOLIK (mmHg)
NORMAL	< 120	< 80
PREHIPERTENSI	120 - 139	80 - 90
HIPERTENSI STAGE 1	140 - 159	90 - 99
HIPERTENSI STAGE 2	≥ 160	≥ 100

Bagaimana Tanda dan Gejalanya?

- Sakit kepala
- Mudah marah
- Telinga berdengung
- Mata terasa berat atau pandangan kabur
- Mudah lelah
- Susah tidur
- Terasa sakit di tengkuk
- Tekanan darah lebih dari normal



Penyebab Tekanan Darah Tinggi

- Gaya hidup tak sehat
- Konsumsi garam berlebih
- Merokok
- Minum-minuman beralkohol
- Kurang olahraga
- Kegemukan



Komplikasi dari Darah Tinggi ?

1. Penebalan dan pengerasan dinding pembuluh darah
2. Penyakit jantung
3. Serangan otak/ stroke
4. Pengelihan menurun
5. Gangguan gerak dan keseimbangan
6. Kerusakan ginjal
7. Kematian



Pencegah Komplikasi Darah Tinggi

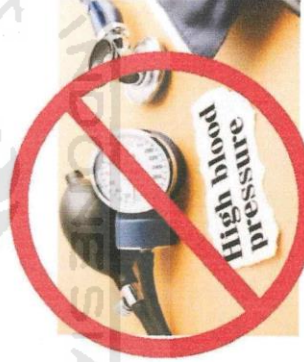
1. Berat badan ideal
2. Makan makanan yang bergizi
3. Olahraga teratur
4. Mengubah kebiasaan hidup (kurangi merokok, minum kopi, dll)
5. Kurangi makan berlemak tinggi dan bergaram tinggi
6. Kontrol teratur ke puskesmas atau fasilitas kesehatan
7. Hindari stress
8. Dekatkan diri pada Allah SWT.

JADWAL MINUM OBAT

Nama obat	Dosis lazim	Penggunaan/waktu
Amlodipin	2,5-10 mg/hari	1x sehari (pagi atau malam)
Captopril	12,5-50 mg/hari	2xsehari (pagi atau malam)
Furosemid	20-80 mg/hari	2xsehari (pagi dan sore)
HCT	12,5-50 mg/hari	1xsehari (pagi hari)

TIPS MENJAGA KEPATUHAN MINUM OBAT

- 1 MINUM OBAT SECARA TERATUR SESUAI DENGAN ANJURAN DOKTER
- 2 BUAT JADWAL RUTIN MINUM OBAT
- 3 LETAKKAN OBAT DITEMPAT YANG TERLIHAT DAN MUDAH DIINGAT
- 4 PASTIKAN SELURUH OBAT DIKONSUMSI TEPAT PADA WAKTUNYA
- 5 BILA BERPERGIAN JANGAN LUPA MEMBAWA OBAT
- 6 MELAKUKAN PEMERIKSAAN RUTIN DI PUSKESMAS ATAU TEMPAT LAYANAN KESEHATAN LAINNYA



MANFAAT BILA PASIEN HIPERTENSI PATUH MINUM OBAT

Kepatuhan minum obat pada pengobatan Hipertensi sangat penting karena dengan minum obat antihipertensi secara teratur dapat mengontrol tekanan darah. Tekanan darah yang terkontrol bermanfaat untuk :

- 1 Mengurangi keparahan penyakit
- 2 Mencegah penyakit komplikasi
- 3 Mengurangi biaya pengobatan
- 4 Meningkatkan kualitas dan kenyamanan hidup

AKIBAT BILA PASIEN HIPERTENSI TIDAK PATUH MINUM OBAT

- 1 Kegagalan pengobatan
- 2 Meningkatkan risiko keparahan penyakit
- 3 Meningkatkan risiko timbulnya penyakit lain (terjadinya komplikasi)
- 4 Meningkatkan risiko timbulnya efek samping obat
- 5 Meningkatkan biaya pengobatan

"Tanya obat ? Tanya apoteker"

Lampiran 10. Dokumentasi Penelitian



Lampiran 11. Distribusi karakteristik demografi dan klinis pasien hipertensi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
JK * Kelompok	61	100.0%	0	.0%	61	100.0%
Usia * Kelompok	61	100.0%	0	.0%	61	100.0%
Tingkat_Pendidikan * Kelompok	61	100.0%	0	.0%	61	100.0%
IMT * Kelompok	61	100.0%	0	.0%	61	100.0%
Olahraga * Kelompok	61	100.0%	0	.0%	61	100.0%
Merokok * Kelompok	61	100.0%	0	.0%	61	100.0%
Pembatasan_Garam * Kelompok	61	100.0%	0	.0%	61	100.0%

- Jenis Kelamin

Crosstab

Count		Kelompok		
		Kontrol	perlakuan	Total
JK	lakilaki	9	12	21
	perempuan	22	18	40
Total		31	30	61

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.812 ^a	1	.367		
Continuity Correction ^b	.399	1	.528		
Likelihood Ratio	.814	1	.367		
Fisher's Exact Test				.426	.264
Linear-by-Linear Association	.799	1	.371		
N of Valid Cases ^b	61				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.33.

b. Computed only for a 2x2 table

- Usia

Crosstab

Count		Kelompok		
		kontrol	perlakuan	Total
Usia	<60	8	4	12
	>60	23	26	49
Total		31	30	61

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.501 ^a	1	.221		
Continuity Correction ^b	.815	1	.367		
Likelihood Ratio	1.527	1	.217		
Fisher's Exact Test				.335	.184
Linear-by-Linear Association	1.476	1	.224		
N of Valid Cases ^b	61				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.90.

b. Computed only for a 2x2 table

- Tingkat Pendidikan

Crosstab

Count		Kelompok		Total
		kontrol	perlakuan	
Tingkat_Pendidikan	Tidak_sekolah	2	3	5
	SD	13	6	19
	SMP	10	7	17
	SMA	3	9	12
	Pendidikan_tinggi	3	5	8
Total		31	30	61

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.794 ^a	4	.147
Likelihood Ratio	7.003	4	.136
Linear-by-Linear Association	2.662	1	.103
N of Valid Cases	61		

a. 4 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.46.

- Indeks Massa Tubuh

Crosstab

Count		Kelompok		Total
		Kontrol	perlakuan	
IMT	<25	24	22	46
	>25	7	8	15
Total		31	30	61

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.137 ^a	1	.711		
Continuity Correction ^b	.005	1	.942		
Likelihood Ratio	.137	1	.711		
Fisher's Exact Test				.772	.471
Linear-by-Linear Association	.135	1	.713		
N of Valid Cases ^b	61				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.38.

b. Computed only for a 2x2 table

- Kebiasaan Olahraga

Crosstab

Count		Kelompok		
		kontrol	perlakuan	Total
		Olahraga	Tidak_olahraga	24
	Olahraga	7	9	16
Total		31	30	61

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.434 ^a	1	.510		
Continuity Correction ^b	.135	1	.713		
Likelihood Ratio	.434	1	.510		
Fisher's Exact Test				.570	.357
Linear-by-Linear Association	.427	1	.514		
N of Valid Cases ^b	61				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.87.

b. Computed only for a 2x2 table

- Kebiasaan Merokok

Crosstab

Count		Kelompok		
		kontrol	perlakuan	Total
		Merokok	Tidak_Merokok	26
	Merokok	5	4	9
Total		31	30	61

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.095 ^a	1	.758		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.095	1	.758		
Fisher's Exact Test				1.000	.522
Linear-by-Linear Association	.093	1	.760		
N of Valid Cases ^b	61				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.43.

b. Computed only for a 2x2 table

- Pembatasan Penggunaan Garam

Crosstab

Count		Kelompok		
		kontrol	perlakuan	Total
Pembatasan_Garam	Tidak_dikurangi	14	14	28
	Dikurangi	17	16	33
Total		31	30	61

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.014 ^a	1	.906		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.014	1	.906		
Fisher's Exact Test				1.000	.555
Linear-by-Linear Association	.014	1	.907		
N of Valid Cases ^b	61				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.77.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 12. Analisis Hubungan *Home Care* dengan Tingkat Kepatuhan Pengobatan Psien Hipertensi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kepatuhan * Homecare	61	100.0%	0	.0%	61	100.0%

Kelompok * Kepatuhan Crosstabulation

Count		Kepatuhan			Total
		Patuh - Rendah	Patuh - Sedang	Patuh - Tinggi	
Kelomp ok	Tidak home care	18	10	3	31
	home care	6	10	14	30
Total		24	20	17	61

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Monte Carlo Sig. (2- sided)		Monte Carlo Sig. (1- sided)			
				Sig.	90% Confidence Interval		90% Confidence Interval		Sig.
					Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound	Upper Bound	
Pearson Chi-Square	13.10 5 ^a	2	.001	.002 ^b	.001	.003			
Likelihood Ratio	13.98 6	2	.001	.002 ^b	.001	.003			
Fisher's Exact Test	13.26 1			.002 ^b	.001	.003			
Linear-by-Linear Association	12.81 9 ^c	1	.000	.001 ^b	.000	.001	.000	.001	.000 ^b
N of Valid Cases	61								

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.36.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is 3.580.

Lampiran 13. Analisis Hubungan *Home Care* dengan Pengontrolan Tekanan Darah Pasien Hipertensi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Efektivitas * Homecare	61	100.0%	0	.0%	61	100.0%

Efektivitas * Homecare Crosstabulation

Count		Homecare		Total
		Tidak	Ya	
Efektivitas	Tidak Efektif	22	9	31
	Efektif	9	21	30
Total		31	30	61

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	10.238 ^a	1	.001	.002	.001	
Continuity Correction ^b	8.664	1	.003			
Likelihood Ratio	10.544	1	.001	.002	.001	
Fisher's Exact Test				.002	.001	
Linear-by-Linear Association	10.070 ^c	1	.002	.002	.001	.001
N of Valid Cases	61					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.75.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 3.173.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Lampiran 14. Jumlah Antihipertensi yang Digunakan Pasien Hipertensi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jumlah_Antihipertensi * Kelompok	61	100.0%	0	.0%	61	100.0%

Jumlah_Antihipertensi * Kelompok Crosstabulation

Count		Kelompok		Total
		kontrol	perlakuan	
Jumlah_Antihipertensi	tunggal	29	28	57
	kombinasi	2	2	4
Total		31	30	61

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.001 ^a	1	.973		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.001	1	.973		
Fisher's Exact Test				1.000	.681
Linear-by-Linear Association	.001	1	.973		
N of Valid Cases ^b	61				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.97.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 15. Analisis hubungan pengontrolan tekanan darah dengan kepatuhan pasien hipertensi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kepatuhan * Tekanan.Darah	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

Kepatuhan * Tekanan.Darah Crosstabulation

Count		Tekanan.Darah		Total
		Tidak terkontrol	Terkontrol	
		Kepatuhan	Patuh - Rendah	
	Patuh - Sedang	3	7	10
	Patuh - Tinggi	4	10	14
Total		9	21	30

Correlations

			Kepatuhan	Tekanan.Darah
Spearman's rho	Kepatuhan	Correlation Coefficient	1.000	.036
		Sig. (2-tailed)	.	.849
		N	30	30
	Tekanan.Darah	Correlation Coefficient	.036	1.000
		Sig. (2-tailed)	.849	.
		N	30	30

Lampiran 16. Tabulasi Data Skor Kuisisioner MMASKelompok Tidak *Home Care*

No.	Pasien	PRETEST									POSTEST									SELISIH
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Total	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Total	
1	K1	1	1	1	0	1	0	0	1	5	1	1	1	0	1	1	0	0	5	0
2	K2	1	0	1	1	0	1	1	0	5	1	0	1	1	0	1	1	1	6	1
3	K3	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	1	0	1	0	0	4	2
4	K4	1	1	1	0	1	0	0	1	5	1	1	0	0	1	0	1	1	5	0
5	K5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0
6	K6	1	1	1	0	1	1	0	1	6	0	0	1	0	1	1	1	0	4	-2
7	K7	1	1	1	1	1	1	0	1	7	1	0	1	0	1	1	1	0	5	-2
8	K8	1	1	1	1	1	1	0	1	7	1	1	1	1	1	1	0	1	7	0
9	K9	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	1	1	3	1
10	K10	0	0	0	1	1	1	1	0	4	1	0	1	0	1	0	0	1	4	0
11	K11	0	1	1	1	1	0	1	1	6	1	1	1	0	1	0	1	1	6	0
12	K12	0	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1
13	K13	1	0	1	0	1	1	0	1	5	0	0	0	1	1	0	1	0	3	-2
14	K14	0	0	0	1	0	0	1	1	3	1	0	0	1	1	0	0	0	3	0
15	K15	0	0	1	1	1	0	0	1	4	0	0	1	0	0	1	0	0	2	-2
16	K16	1	0	1	1	1	0	1	1	6	1	1	1	1	0	0	0	0	4	-2
17	K17	1	1	1	0	1	0	1	1	6	1	1	1	1	1	0	1	1	7	1
18	K18	1	0	0	0	1	1	0	1	4	1	1	0	0	1	0	1	0	4	0
19	K19	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	0	1	1	1	1	1	1	7	-1
20	K20	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	0	1	1	0	1	1	1	6	-2
21	K21	1	1	1	1	1	0	1	1	6	1	1	1	1	1	0	0	1	6	0
22	K22	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0	0	1	1	1	0	1	1	5	-3
23	K23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2
24	K24	0	0	0	0	1	1	0	1	3	1	1	0	0	0	0	1	0	3	0
25	K25	1	1	1	0	1	1	1	0	6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2
26	K26	1	1	1	1	1	1	0	1	7	1	1	1	1	0	0	1	1	6	-1
27	K27	1	0	1	0	0	0	0	1	3	0	1	1	0	1	0	0	0	3	0
28	K28	1	0	0	0	1	1	1	0	4	1	0	1	0	0	1	1	0	4	0
29	K29	1	0	1	1	1	0	1	1	6	0	1	1	1	1	0	1	1	6	0
30	K30	1	0	1	0	1	0	1	1	5	1	1	1	0	1	0	1	1	6	1
31	K31	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0

Kelompok Home Care

No.	Pasien	PRETEST									POSTEST									SELISIH
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Total	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Total	
1	P1	1	1	1	0	1	0	1	1	6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2
2	P2	0	0	1	1	0	0	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	4
3	P3	1	1	1	1	1	1	0	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1
4	P4	1	1	1	0	1	0	0	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	3
5	P5	0	1	0	0	1	0	1	0	3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	5
6	P6	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	1	1	0	4	2
7	P7	0	0	1	1	1	0	1	1	5	1	1	1	0	1	1	1	1	7	2
8	P8	0	0	1	0	1	0	1	0	3	1	0	1	1	0	0	1	1	5	2
9	P9	1	1	1	0	1	1	0	1	6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2
10	P10	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0	0	1	1	1	1	0	1	5	-2
11	P11	1	1	0	0	1	0	0	1	4	1	1	1	0	1	0	1	1	6	2
12	P12	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0
13	P13	1	1	1	0	1	1	0	1	6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2
14	P14	1	1	0	1	1	0	0	1	5	1	1	1	1	1	0	1	1	7	2
15	P15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	0	1	0	0	0	1	1	4	-4
16	P16	0	0	1	1	0	0	1	1	4	1	0	1	1	0	0	1	1	5	1
17	P17	0	0	1	0	1	0	1	1	4	0	0	1	1	1	1	1	1	6	2
18	P18	1	1	0	0	0	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	3
19	P19	0	1	1	1	1	0	1	0	5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	3
20	P20	0	1	1	1	1	0	1	0	5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	3
21	P21	0	0	1	1	1	1	1	1	6	0	1	1	1	1	1	1	0	6	0
22	P22	0	0	1	0	1	0	1	0	3	0	0	1	1	1	1	1	1	6	3
23	P23	1	0	1	1	1	0	1	1	6	1	0	1	1	1	1	1	1	7	1
24	P24	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0
25	P25	1	0	1	1	0	1	1	1	6	0	0	1	1	0	1	1	0	4	-2
26	P26	0	1	1	1	1	1	1	1	7	1	0	1	1	1	1	1	1	7	0
27	P27	1	0	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1
28	P28	0	0	1	1	1	1	1	0	5	1	1	1	1	0	1	1	0	6	1
29	P29	0	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1
30	P30	0	1	1	0	1	1	0	1	5	1	1	1	0	1	1	1	1	7	2

Lampiran 17. Data Karakteristik Pasien Kelompok Tidak *Home Care*

No	Pasien	JK (L/P)	Usia (Tahun)	IMT (kg/m ²)	Tingkat Pendidikan	AHT	Kebiasaan Merokok	TD1 (mmHg)	TD2 (mmHg)	Perubahan Sisistolik	Perubahan Diastolik	Olahraga	Kepatuhan Awal
1	K1	L	58	19.78	SD	Tunggal	Tidak merokok	130/80	140/90	-10	+10	Tidak	Tidak Patuh
2	K2	P	50	19.48	SMP	Tunggal	Tidak merokok	150/90	160/90	+10	0	Tidak	Tidak Patuh
3	K3	P	60	23.31	SMP	Tunggal	Tidak merokok	140/80	160/90	+20	+10	Tidak	Tidak Patuh
4	K4	L	61	24.01	SMP	Tunggal	Merokok	150/90	150/90	0	0	Tidak	Tidak Patuh
5	K5	L	50	23.05	SD	Tunggal	Merokok	140/90	140/80	0	-10	Tidak	Patuh
6	K6	L	73	19.31	SD	Tunggal	Tidak merokok	140/90	130/80	-10	-10	Tidak	Patuh
7	K7	P	58	23.28	TS	Tunggal	Tidak merokok	110/80	160/80	+50	0	Tidak	Patuh
8	K8	P	64	21.36	SMP	Tunggal	Tidak merokok	120/80	150/100	+30	+20	Tidak	Patuh
9	K9	L	67	24.84	TS	Tunggal	Merokok	160/90	140/80	-20	-10	Tidak	Tidak Patuh
10	K10	P	53	27.24	SD	Tunggal	Tidak merokok	150/80	160/90	-10	+10	Tidak	Tidak Patuh
11	K11	P	62	19.90	SD	Tunggal	Tidak merokok	140/90	130/80	-10	-10	Ya	Patuh
12	K12	P	67	19.47	PT	Tunggal	Tidak merokok	120/80	130/80	+10	0	Ya	Patuh
13	K13	P	71	19.82	PT	Tunggal	Tidak merokok	130/80	120/80	-10	0	Ya	Tidak Patuh
14	K14	P	42	24.44	SMP	Tunggal	Tidak merokok	150/80	140/80	-10	0	Tidak	Tidak Patuh
15	K15	P	55	25.89	SMP	Tunggal	Tidak merokok	160/90	170/90	+10	0	Tidak	Tidak Patuh
16	K16	L	60	18.07	SMP	Tunggal	Merokok	140/90	180/90	+40	0	Tidak	Patuh
17	K17	P	62	26.64	SMA	Tunggal	Tidak merokok	140/100	140/90	0	-10	Tidak	Patuh
18	K18	L	64	25.39	SD	Tunggal	Merokok	140/90	160/110	+20	+20	Ya	Tidak Patuh
19	K19	P	82	18.97	SD	Tunggal	Tidak merokok	140/70	140/70	0	0	Tidak	Patuh
20	K20	P	75	20.28	SD	Tunggal	Tidak merokok	170/110	150/90	-20	-20	Tidak	Patuh

21	K21	P	65	20.50	SD	Tunggal	Tidak merokok	140/80	160/90	+20	-10	Tidak	Patuh
22	K22	P	60	24.77	SMA	Tunggal	Tidak merokok	150/90	130/90	-20	0	Tidak	Patuh
23	K23	P	62	19.82	SD	Tunggal	Tidak merokok	150/90	120/90	-30	0	Tidak	Tidak Patuh
24	K24	L	75	24.75	SD	Tunggal	Tidak merokok	160/100	170/110	+10	+10	Tidak	Tidak Patuh
25	K25	P	55	28.20	SD	Tunggal	Tidak merokok	140/90	140/80	0	-10	Tidak	Patuh
26	K26	P	53	27.53	PT	Kombinasi	Tidak merokok	170/100	170/100	0	0	Tidak	Patuh
27	K27	L	63	19.05	SMP	Tunggal	Tidak merokok	170/90	170/100	0	+10	Tidak	Tidak Patuh
28	K28	P	82	29.67	SMA	Kombinasi	Tidak merokok	150/90	150/90	0	0	Tidak	Tidak Patuh
29	K29	P	84	20.44	SMP	Tunggal	Tidak merokok	140/90	160/90	+20	0	Ya	Patuh
30	K30	P	68	18.18	SD	Tunggal	Tidak merokok	160/100	150/80	-10	-20	Tidak	Tidak Patuh
31	K31	P	51	23.01	SMP	Tunggal	Tidak merokok	150/90	150/100	0	+10	Tidak	Tidak Patuh

Data Karakteristik Pasien Kelompok *Home Care*

No	Pasien	JK (L/P)	Usia	IMT (kg/m ²)	Tingkat Pendidikan	AHT	Kebiasaan Merokok	TD1 (mmHg)	TD2 (mmHg)	Perubahan Sisistolik	Perubahan DIastolik	Olahraga	Kepatuhan Awal
1	P1	P	50	21.64	SMP	Tunggal	Tidak merokok	150/90	120/80	-30	-10	Tidak	Patuh
2	P2	P	48	22.60	SMP	Tunggal	Tidak merokok	150/90	130/90	-20	0	Ya	Tidak Patuh
3	P3	P	69	22.64	PT	Tunggal	Tidak merokok	130/80	130/80	0	0	Ya	Patuh
4	P4	L	79	23.44	PT	Tunggal	Tidak merokok	140/90	120/80	-20	-10	Ya	Tidak Patuh
5	P5	P	64	22.52	SMA	Tunggal	Tidak merokok	170/90	140/80	-30	-10	Ya	Tidak Patuh
6	P6	L	54	19.83	SMP	Tunggal	Merokok	160/90	150/90	-10	0	Tidak	Tidak Patuh
7	P7	L	66	29.86	SMA	Tunggal	Tidak merokok	130/80	140/90	+10	+10	Ya	Tidak Patuh
8	P8	L	67	25.01	SMA	Tunggal	Merokok	150/100	150/90	0	-10	Tidak	Tidak Patuh
9	P9	P	52	26.84	SMP	Tunggal	Tidak merokok	140/80	110/80	-30	0	Ya	Patuh
10	P10	L	61	22.53	SMA	Tunggal	Merokok	120/80	160/90	+40	+10	Ya	Patuh
11	P11	L	62	26.89	SMA	Tunggal	Tidak merokok	140/90	130/90	-10	0	Ya	Tidak Patuh
12	P12	L	67	23.12	SMA	Tunggal	Merokok	150/90	130/80	-20	-10	Tidak	Patuh
13	P13	P	61	21.50	SMA	Tunggal	Tidak merokok	120/80	130/80	+10	0	Ya	Patuh
14	P14	P	61	27.55	PT	Tunggal	Tidak merokok	140/90	120/80	-20	-10	Ya	Tidak Patuh
15	P15	L	64	23.80	PT	Tunggal	Tidak merokok	140/100	120/80	-20	-20	Ya	Patuh
16	P16	P	75	37.81	TS	Kombinasi	Tidak merokok	160/80	170/110	+10	+30	Tidak	Tidak Patuh
17	P17	P	74	24.35	SMP	Tunggal	Tidak merokok	160/90	150/100	-10	+10	Ya	Tidak Patuh
18	P18	P	80	22.51	SD	Tunggal	Tidak merokok	140/80	140/80	0	0	Ya	Tidak Patuh
19	P19	P	74	17.94	SMP	Tunggal	Tidak merokok	150/80	130/70	-20	-10	Tidak	Tidak Patuh
20	P20	L	80	18.31	PT	Tunggal	Tidak merokok	160/90	130/80	-30	-10	Tidak	Tidak Patuh

21	P21	P	68	30.44	SD	Kombinasi	Tidak merokok	160/90	150/80	-10	-10	Ya	Patuh
22	P22	P	80	17.86	TS	Tunggal	Tidak merokok	190/90	160/90	-30	0	Tidak	Tidak Patuh
23	P23	L	73	15.22	TS	Tunggal	Tidak merokok	140/90	140/90	0	0	Tidak	Patuh
24	P24	P	68	23.61	SMA	Tunggal	Tidak merokok	170/100	150/80	-20	-20	Ya	Patuh
25	P25	P	63	22.22	SD	Tunggal	Tidak merokok	150/90	130/80	-20	-10	Tidak	Patuh
26	P26	P	73	25.16	SD	Tunggal	Tidak merokok	140/90	150/90	+10	0	Ya	Patuh
27	P27	P	75	21.48	SD	Tunggal	Tidak merokok	150/90	140/90	-10	0	Ya	Patuh
28	P28	L	77	21.09	SMP	Tunggal	Tidak merokok	140/80	140/80	0	0	Tidak	Tidak Patuh
29	P29	P	69	16.65	SD	Tunggal	Tidak merokok	150/80	140/80	-10	0	Tidak	Patuh
30	P30	L	60	20.31	SMA	Tunggal	Tidak merokok	130/90	130/100	0	+10	Ya	Tidak Patuh