

BAB II
STUDI PUSTAKA
A. Tinjauan Pustaka

1. Hipertensi

a. Definisi dan Klasifikasi

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah diastolik yang tetap lebih besar dari 90 mmHg disertai dengan kenaikan tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg. Hipertensi disebabkan oleh peningkatan tonus otot polos vaskular perifer, yang menyebabkan peningkatan resistensi arteriola dan menurunnya kapasitas system pembuluh vena. Dari sudut peningkatan tekanan kesehatan, harus dicatat bahwa risiko paling rendah terjadinya penyakit kardiovaskular fatal dan nonfatal pada orang dewasa adalah jika tekanan darah sistolik di bawah 120 mmHg dan diastolik di bawah 80 mmHg^(8,9).

Penderita dengan Tekanan Darah Diastolik (TDD) < 90 mm Hg dan Tekanan Darah Sistolik (TDS) \geq 140mm Hg mengalami hipertensi sistolik terisolasi. Krisis hipertensi (tekanan darah di atas 180/120 mm Hg) adalah kondisi dimana tekanan darah sangat tinggi. Hipertensi ini dapat dikategorikan menjadi hipertensi *emergency* (meningkatnya tekanan darah akut atau disertai kerusakan organ) atau hipertensi *urgency* (meningkatnya tekanan darah tetapi tidak skut atau tanpa disertai kerusakan organ)⁽¹⁰⁾.

JNC 7 mengklasifikasi hipertensi pada orang dewasa (usia \geq 18 tahun) adalah berdasarkan rata-rata 2 atau lebih pengukuran tekanan darah. Berbeda dengan JNC 6, pada JNC 7 terdapat kategori prehipertensi dan kategori 2 dan 3 telah dikombinasi. Pasien dengan prehipertensi yaitu pasien yang memiliki tekanan darah (130-139/80-89 mmHg) di atas normal dan memiliki risiko untuk berkembang menjadi hipertensi. Berdasarkan JNC 5, hipertensi diklasifikasikan menjadi 4 kategori (tingkat 1, 2, 3, dan 4) pada JNC 6

terdapat 3 kategori (tingkat 1, 2, dan 3) sedangkan pada JNC 7 terdapat 2 kategori (tingkat 1 dan 2)^(11, 12, 13).

Tabel I. Klasifikasi tekanan darah menurut JNC 7⁽¹⁰⁾.

Klasifikasi tekanan darah	Tekanan darah sistolik (mmHg)	Tekanan darah diastolik (mmHg)
Normal	< 120	Dan < 80
Prehipertensi	120-139	Atau 80-89
Hipertensi stage 1	140-159	Atau 90-99
Hipertensi stage 2	≥ 160	Atau ≥ 100

b. Epidemiologi

Prevalensi hipertensi di seluruh dunia diperkirakan antara 15-20%. Pada usia setengah baya dan muda, hipertensi ini lebih banyak menyerang pria daripada wanita. Pada golongan umum 55 - 64 tahun, penderita hipertensi pada pria dan wanita sama banyak. Pada usia 65 tahun ke atas, penderita hipertensi wanita lebih banyak daripada pria. Penelitian epidemiologi membuktikan bahwa tingginya tekanan darah berhubungan erat dengan kejadian penyakit jantung. Sehingga, pengamatan pada populasi menunjukkan bahwa penurunan tekanan darah dapat menurunkan terjadinya penyakit jantung⁽⁹⁾. Tekanan darah tinggi merupakan salah satu penyakit degeneratif. Umumnya tekanan darah bertambah secara perlahan dengan bertambahnya umur. Risiko untuk menderita hipertensi pada populasi ≥ 55 tahun yang tadinya tekanan darahnya normal adalah 90%⁽¹⁾. Di Indonesia banyaknya penderita Hipertensi diperkirakan 15 juta orang tetapi hanya 4% yang merupakan hipertensi terkontrol. Prevalensi 6-15% pada orang dewasa, 50% diantaranya tidak menyadari sebagai penderita hipertensi. Data Riskesdas tahun 2007 menyebutkan prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 30% dengan insiden komplikasi penyakit kardiovaskular lebih banyak pada perempuan (52%) dan pada laki-laki (48%). Pada tahun 2008 sedikitnya 30% penduduk Indonesia mempunyai tekanan darah tinggi⁽¹²⁾. Di kabupaten Sleman pada tahun 2008, kasus hipertensi sebanyak 57.338 yang meliputi 18.190 kasus baru (32%) dan 39.148 kasus lama (68%)⁽²⁾.

c. Etiologi

Hipertensi dapat diklasifikasikan berdasarkan etiologi yaitu dengan penyebab yang tidak diketahui (hipertensi esensial/ primer atau idiopatik) dan dengan penyebab diketahui (hipertensi sekunder). Hipertensi primer ini tidak dapat disembuhkan tetapi dapat di kontrol. Kelompok lain dari populasi dengan persentase rendah mempunyai penyebab yang khusus, dikenal sebagai hipertensi sekunder. Banyak penyebab hipertensi sekunder; endogen maupun eksogen. Bila penyebab hipertensi sekunder dapat diidentifikasi, hipertensi pada pasien-pasien ini dapat disembuhkan secara potensial⁽¹³⁾. Meskipun hipertensi dapat terjadi akibat proses penyakit lain, lebih dari 90% pasien menderita hipertensi esensial, suatu penyakit pada pengaturan tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya. Riwayat hipertensi dalam keluarga meningkatkan kemungkinan seseorang mendapatkan penyakit hipertensi. Faktor-faktor lingkungan seperti cara hidup dengan stress, diet tinggi natrium, kegemukan, dan merokok merupakan faktor terjadinya hipertensi⁽⁹⁾.

1) Hipertensi Esensial

Lebih dari 90% pasien hipertensi mengalami hipertensi esensial. Beberapa mekanisme telah diidentifikasi yang kemungkinan berpengaruh terhadap pathogenesis hipertensi ini. Faktor genetik kemungkinan berperan penting terhadap perkembangan hipertensi esensial. Bentuk monogenik dan poligenik dari ketidakteraturan tekanan darah kemungkinan berperan terhadap hipertensi esensial⁽¹⁰⁾. Hipertensi esensial juga disebut hipertensi primer atau idiopatik. Kelainan hemodinamik utama pada hipertensi esensial adalah peningkatan resistensi perifer. Penyebab hipertensi esensial adalah multifaktor, terdiri dari faktor genetik dan lingkungan. Faktor predisposisi genetik ini dapat berupa sensitivitas terhadap natrium, kepekaan terhadap stress, peningkatan reaktivitas vaskular (terhadap vasokonstriktor), dan resistensi insulin. Paling sedikit ada 3 faktor lingkungan yang dapat menyebabkan hipertensi, yakni konsumsi garam (natrium) berlebihan, stress psikis, dan obesitas⁽¹³⁾.

2) Hipertensi Sekunder

Kurang dari 10% pasien mengalami hipertensi sekunder. Dari banyak kasus, disfungsi ginjal karena ginjal kronik yang parah atau penyakit renovaskular dapat menyebabkan hipertensi sekunder⁽¹⁰⁾. Hipertensi sekunder dapat disebabkan oleh penyakit ginjal (hipertensi renal), penyakit endokrin (hipertensi endokrin), dan obat. Penggunaan kontrasepsi yang mengandung estrogen juga penyebab yang lazim bagi hipertensi sekunder, tetapi peningkatan tekanan darahnya ringan dan untuk sebagian besar tidak merupakan masalah klinik yang serius^(12,13).

a) Hipertensi Ginjal

Ginjal berperan dalam mempertahankan tekanan darah normal, maka tidak mengherankan jika hipertensi biasanya menyertai beberapa penyakit ginjal. Hipertensi ginjal sangat mungkin member reaksi pada obat yang mengganggu poros rennin-angiotensin. Bagaimanapun, pengobatan yang dipilih pada hipertensi ginjal adalah rekonstruksi arterinya⁽¹⁰⁾. Hipertensi yang disebabkan oleh penyakit ginjal adalah akibat kekacauan volume ginjal atau perubahan sekresi bahan vasoaktif oleh ginjal mengakibatkan perubahan sistemik atau local dalam tonus arteriolar. Subdivisi utama dari hipertensi renal adalah hipertensi renovaskuler, termasuk eklamsia dan preeklamsia, serta hipertensi parenkim ginjal⁽¹⁴⁾.

b) Hipertensi Endokrin

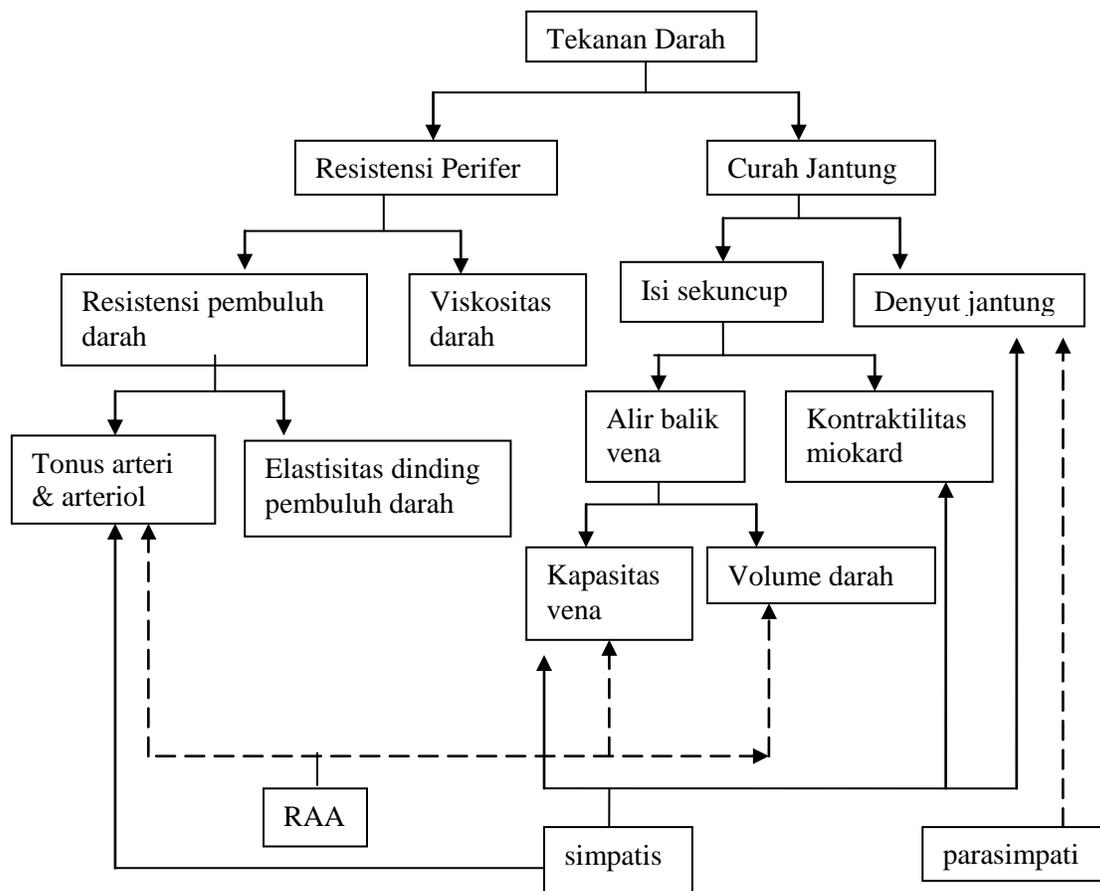
Hipertensi sekunder disebabkan oleh disfungsi adrenal biasanya melibatkan hipersekresi salah satu mineralokortikosteroid. Hipertensi merupakan gambaran berbagai abnormalitas korteks adrenal (aldosteronisme primer, sindrom Cushing), tumor di medulla adrenal (feokromositoma), akromegali, dan lain-lain^(12, 14).

Menurut Kapojos (2001), beberapa keadaan yang membantu diagnosis hipertensi sekunder yaitu:

- (1). Hipertensi pada usia sebelum 20 tahun atau di atas 50 tahun, dimungkinkan karena keadaan koarktasio aorta, displasia fibromuskular atau kelainan endokrin. Hipertensi yang terjadi setelah usia 50 tahun dimungkinkan suatu hipertensi renovaskular oleh karena arterosklerosis.
- (2). Hipertensi berat dengan kerusakan organ vital seperti retinopati derajat III atau IV dimungkinkan suatu hipertensi renovaskular atau feokromositoma.
- (3). Habitus tubuh yang spesifik seperti *striae* pada hiperkortisol dan eksoftalmus pada hipertiroidisme.
- (4). Hipertensi yang resisten atau refrakter, walaupun sudah diberi 3 macam obat antihipertensi yang berbeda golongan.
- (5). Tes biokimia yang spesifik seperti hiperkalsemia pada hiperparatiroidisme, hiperglikemia pada sindrom *Cushing* dan feokromositoma, hipokalemia pada hiperaldosteronisme primer, peningkatan ureum dan kreatinin pada hipertensi ginjal.
- (6). Tanda lain seperti bising diastolik pada perut mencurigai hipertensi renovaskular, pulsasi femoral berkurang pada koarktsio aorta atau hemianopsia bitemporal pada penyakit *Cushing*⁽¹⁵⁾.

d. Patofisiologi

Tekanan darah ditentukan oleh 2 faktor utama yaitu curah jantung dan resistensi perifer. Curah jantung adalah hasil kali denyut jantung dan isi sekuncup. Besar isi sekuncup ditentukan oleh kekuatan kontraksi miokard dan alir balik vena. Resistensi perifer merupakan gabungan resistensi pada pembuluh darah (arteri dan arteriol) dan viskositas darah. Resistensi pembuluh darah ditentukan oleh tonus otot polos arteri dan arteriol, dan elastisitas dinding pembuluh darah. Pengaturan tekanan darah didominasi oleh tonus simpatis yang menentukan frekuensi denyut jantung, kontraktilitas miokard, dan tonus pembuluh darah arteri maupun vena, sistem parasimpatis hanya ikut mempengaruhi frekuensi denyut jantung⁽¹⁶⁾.



Ket: SRAA (Sistem Renin Angiotensin Aldosteron)

Gambar 1. Mekanisme pengaturan tekanan darah⁽¹⁶⁾.

Sistem simpatis juga mengaktifkan sistem renin-angiotensin-aldosteron (SRAA) melalui peningkatan sekresi renin. Homeostasis tekanan darah dipertahankan oleh refleks baroreseptor sebagai mekanisme kompensasi yang terjadi seketika, dan oleh sistem RAA, sebagai mekanisme kompensasi yang berlangsung lebih lambat⁽¹⁶⁾.

e. Gejala Klinis

Sebagian besar pasien dengan hipertensi tidak mempunyai gejala spesifik yang menunjukkan kenaikan tekanan darahnya dan hanya diidentifikasi pada pemeriksaan fisik. Keluhan lain yang mungkin berhubungan adalah pusing, palpitasi, mudah lelah, dan impotensi. Secara umum pasien dapat terlihat sehat

atau beberapa diantaranya sudah mempunyai faktor resiko tambahan, tetapi kebanyakan asimtomatik⁽¹⁰⁾.

Keluhan-keluhan yang tidak spesifik pada penderita hipertensi antara lain sakit kepala, gelisah, jantung berdebar-debar, pusing, penglihatan kabur, rasa sakit didada, serta mudah lelah. Gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai yaitu: gangguan penglihatan, gangguan saraf, gangguan jantung, gangguan fungsi ginjal, gangguan serebral (otak) yang mengakibatkan kejang dan perdarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan, gangguan kesadaran hingga koma⁽⁹⁾.

f. Diagnosis

Hipertensi merupakan penyakit “silent killer” (pembunuh diam-diam) karena banyak pasien yang tidak memiliki gejala-gejala hipertensi. Gejala fisik yang terlihat adalah peningkatan tekanan darah. Diagnosis hipertensi tidak dapat ditegakkan berdasarkan sekali pengukuran tekanan darah saja, tetapi berdasarkan nilai rata-rata dari dua atau lebih pengukuran tekanan darah⁽¹³⁾.

g. Komplikasi

Komplikasi pada penderita hipertensi pada umumnya terjadi pada hipertensi berat, yaitu bila tekanan sistolik >130 mmHg atau pada kenaikan yang mendadak dan tinggi. Komplikasi yang sering terjadi adalah mata, jantung, ginjal, otak. Pada mata berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan sampai dengan kebutaan. Gagal ginjal merupakan kelainan yang sering ditemukan pada hipertensi berat selain koroner dan miokard. Pada otak terjadi perdarahan yang dapat disebabkan pecahnya mikro aneurisma yang dapat menyebabkan kematian. Sedangkan pada ginjal sering terjadi gagal ginjal⁽¹⁷⁾.

2. Tatalaksana Terapi Hipertensi

Secara umum, tujuan terapi dari hipertensi adalah untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas. Terjadinya morbiditas penyakit dan mortalitas

berhubungan dengan kerusakan organ (seperti pada gagal jantung, penyakit kardiovaskular, dan penyakit ginjal)⁽¹³⁾. Hal ini menunjukkan 2 tujuan utama. Pertama, penurunan morbiditas dan mortalitas adalah tujuan akhir dari terapi, bukan angka tekanan darah yang rendah. Kedua, mengubah gaya hidup dibutuhkan untuk mengontrol tingginya tekanan darah yang kemungkinan akan berpengaruh pada kualitas hidup pasien karena rasa ketidaknyamanan, efek samping, atau meningkatnya biaya yang harus dikeluarkan. Mengontrol tekanan darah hanya sebagai tujuan lain sebagai tujuan akhir terapi, akan tetapi saat ini hanya hal tersebut yang dapat digunakan sebagai pemandu terapi hipertensi⁽¹⁶⁾.

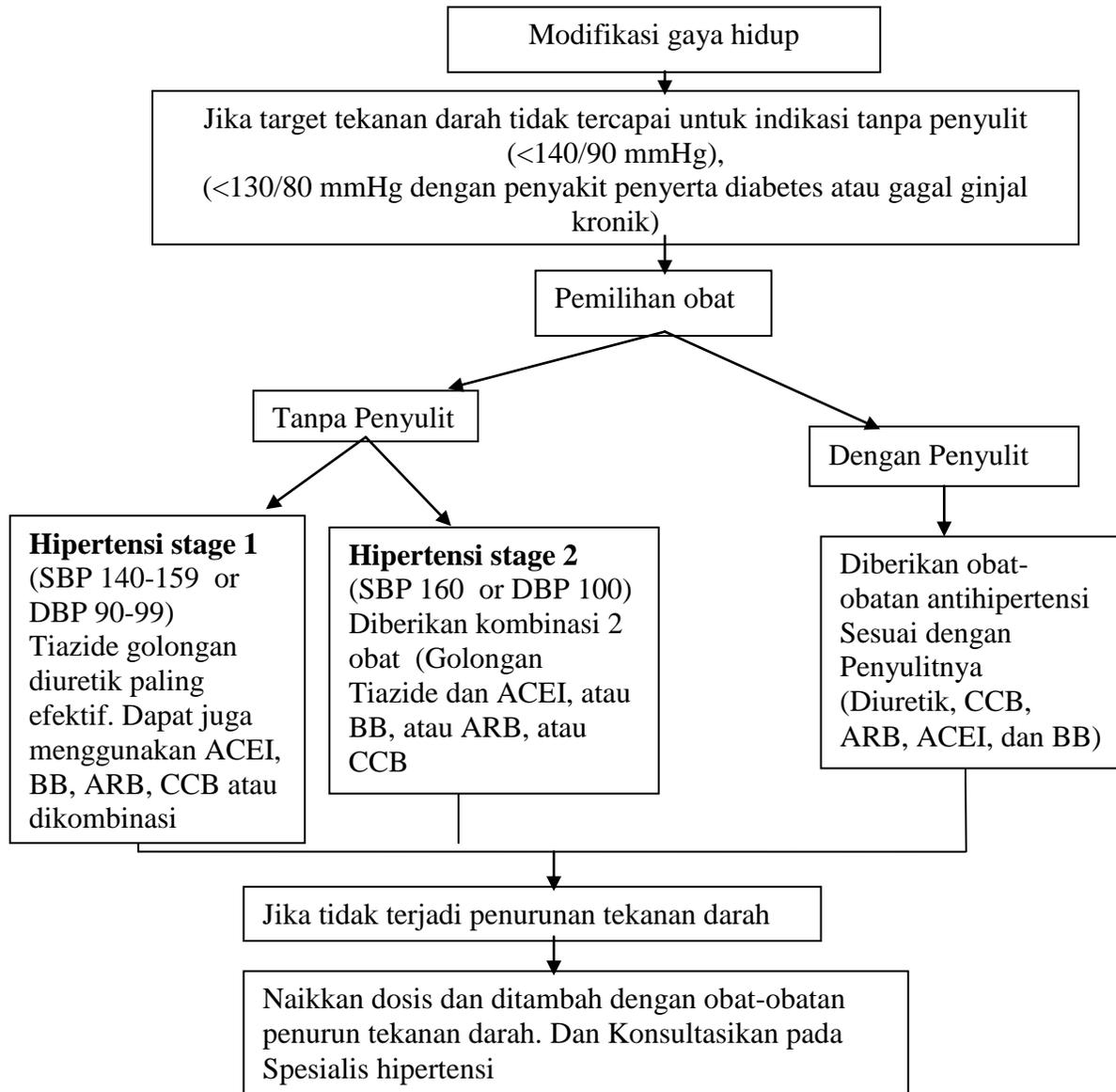
Prinsip umum penanganan hipertensi menurut JNC 7:

- a. Menurunkan tekanan darah ke titik yang optimal lebih penting daripada pemilihan obat antihipertensi secara spesifik.
- b. Paling tidak 5 kelas obat memberikan manfaat dalam mengurangi kematian akibat hipertensi.
- c. Pemilihan obat ideal untuk pasien hipertensi sangat berkaitan pada karakteristik pasien.
- d. Terapi kombinasi diperlukan pada sebagian besar hipertensi untuk mencapai tekanan darah yang optimal⁽¹⁰⁾.

Setelah pasien didiagnosa hipertensi, maka pasien tersebut harus menerapkan modifikasi gaya hidup dan melakukan terapi obat secara bersamaan. modifikasi gaya hidup saja dapat dilakukan untuk pasien dengan prehipertensi. Namun, untuk pasien dengan hipertensi dan dengan tambahan risiko kardiovaskular, terutama pasien dengan target tekanan darah kurang dari 130/80 mmHg (seperti pasien diabetes, penyakit arteri coroner, penyakit ginjal kronis) atau kurang dari 120/80 mmHg (seperti pada pasien dengan disfungsi ventrikel kiri), pasien yang belum mencapai target tekanan darahnya⁽¹³⁾.

Pemilihan terapi awal berdasarkan tingginya tekanan darah dan adanya indikasi penyakit penyerta. Pasien dengan hipertensi tahap 1 pada awalnya harus diterapi dengan diuretic thiazide, ACEI atau CCB. Pasien dengan hipertensi tahap

2 maka diterapi dengan kombinasi obat dan direkomendasikan salah satunya dengan diuretic thiazide⁽¹³⁾.



Gambar 2. Algoritma terapi hipertensi⁽¹⁰⁾.

a. Terapi Non Farmakologi

Semua pasien dengan prehipertensi dan hipertensi harus mendapatkan terapi modifikasi gaya hidup. Modifikasi gaya hidup dapat menurunkan perkembangan menjadi hipertensi pada pasien prehipertensi⁽¹³⁾.

Tabel II. Modifikasi gaya hidup untuk mencegah dan mengontrol tekanan darah⁽¹³⁾.

Modifikasi	Rekomendasi	Rata-rata tekanan sistolik yang berkurang
Mengurangi berat badan	Mempertahankan berat badan normal (BMI 18,5-24,9 kg/m ²)	Berat badan berkurang 5-20 kg per 10 kg
Diet khusus hipertensi	Mengonsumsi buah dan sayur, makanan yang rendah lemak	8-14 mmHg
Mengurangi konsumsi garam	Mengurangi konsumsi natrium harian. Idealnya = 65 mmol/hari (1,5 g/hari natrium atau 3,8 g/hari natrium klorida)	2-8 mmHg
Aktivitas fisik	Aktivitas fisik aerobik yang teratur 9minimal 30 menit/hari)	4-9 mmHg
Konsumsi alcohol	Mengonsumsi ≤ 2 /hari pada laki-laki, dan ≤ 1 /hari pada wanita	2-4 mmHg

1) Pembatasan sodium

Berdasarkan bukti dari penelitian randomized clinical trials telah menunjukkan bahwa pembatasan sodium dapat menurunkan 4,9 mmHg tekanan sistolik dan penurunan 2,6 mmHg tekanan diastolik. Semua pasien hipertensi harus membatasi konsumsi sodiumnya dengan tidak menambahkan garam pada makanannya.

2) Mengurangi berat badan dan konsumsi lemak

Penurunan tekanan darah secara signifikan berhubungan dengan penurunan berat badan pada pasien yang *overweight*. Oleh karena itu, pasien dengan hipertensi tahap 1 direkomendasikan untuk melakukan penurunan berat badan bersamaan dengan modifikasi gaya hidup lainnya sebelum melakukan terapi obat. Tidak terdapat hubungan langsung antara perubahan konsumsi lemak pada makanan dan pengaturan tingginya tekanan darah, penurunan berat badan lebih mudah tercapai dengan dilakukannya diet rendah lemak. Artinya,

tekanan darah menurun karena adanya penurunan berat badan yang disebabkan oleh diet rendah lemak.

3) Olah raga

Individu yang lebih aktif secara fisik telah diketahui dapat menurunkan tekanan darah dibandingkan individu yang kurang aktif secara fisik.

4) Merokok

Rokok meningkatkan risiko kanker dan penyakit paru-paru dan penyakit kardiovaskular. Merokok menyebabkan peningkatan tekanan darah akut mulai dari 3/5 mmHg sampai 12/10 mmHg. JNC merekomendasikan program berhenti merokok sebagai komponen dari terapi hipertensi.

5) Kafein

Berdasarkan pemantauan pada orang yang memiliki kebiasaan minum kopi bahwa terjadi peningkatan tekanan darah sebanyak 4/4 mmHg. Oleh karena itu, pasien hipertensi harus di ingatkan untuk tidak meminum kopi atau mengurangnya⁽¹⁸⁾.

b. Terapi Farmakologi

Beberapa penelitian klinis telah melaporkan bahwa terapi antihipertensi secara umum dapat mengurangi risiko terjadinya komplikasi terhadap hipertensi (morbiditas dan mortalitas). Bukti ini menjadi dasar bagi tatalaksana terapi pada JNC 7 2003 dan AHA 2007, yang merekomendasikan bukti spesifik farmakoterapi berdasarkan sejarah pengobatan pasien dan risiko penyakit kardiovaskular⁽¹⁹⁾.

Jenis-jenis antihipertensi yang dianjurkan oleh JNC 7 untuk terapi farmakologis hipertensi adalah:

- 1) Diuretik, terutama thiazide atau *aldosterone antagonist*
- 2) *Beta Blockers (BBs)*
- 3) *Calcium Channel Blockers* atau *Calcium Antagonist (CCBs)*
- 4) *Angiotensin Converting enzyme Inhibitors (ACEIs)*

5) Angiotensin II Receptor Blockers atau AT₁ receptor antagonist/blockers (ARBs)

Terapi dimulai dengan modifikasi gaya hidup, dan jika target tekanan darah tidak tercapai, maka antihipertensi golongan diuretik tiazid dapat digunakan sebagai terapi awal untuk pasien. Golongan diuretik tiazid dapat digunakan secara tunggal ataupun kombinasi dengan salah satu antihipertensi dari golongan lain (ACEI, ARB, BB, CCB) yang telah menunjukkan penurunan satu atau lebih komplikasi hipertensi. Pemilihan salah satu antihipertensi dari golongan lain sebagai terapi awal direkomendasikan bila diuretik tidak dapat digunakan atau ketika adanya indikasi penyulit yang membutuhkan penggunaan antihipertensi yang spesifik. Jika pemilihan terapi awal tidak diterima atau ada kontraindikasi, sementara salah satu antihipertensi dari golongan lain terbukti menurunkan kejadian kardiovaskular maka dapat diganti^(10,13). Rekomendasi pemilihan obat berdasarkan klasifikasi tekanan darah disajikan pada Tabel III.

Ketika pasien hipertensi membutuhkan dua atau lebih terapi antihipertensi untuk mencapai target tekanan darah, penambahan terapi kedua dari golongan yang berbeda akan dimulai bila penggunaan terapi tunggal dengan dosis yang adekuat gagal untuk mencapai target tekanan darah. Bila tekanan darah >20 mmHg di atas sistolik tercapai, dapat dipertimbangkan pemberian terapi awal dengan dua obat, dengan peresepan yang terpisah atau kombinasi *fixed-dose*⁽¹⁰⁾.

Terapi awal dengan lebih dari satu obat meningkatkan kemungkinan tercapainya target tekanan darah. Penggunaan kombinasi obat yang beragam sering penampakan penurunan tekanan darah yang lebih baik pada dosis yang lebih rendah dan efek samping yang ditimbulkan kecil (11). Pemilihan obat antihipertensi dengan indikasi penyulit disajikan pada tabel IV.

Table III. Klasifikasi dan tatalaksana pengobatan tekanan darah⁽¹⁰⁾

Klasifikasi tekanan darah	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)	Perubahan gaya hidup	Tanpa indikasi penyulit	Dengan indikasi penyulit
Normal	< 120	Dan < 80	Dianjurkan		
Prehipertensi	120-139	Atau 80-89	Ya	Tidak ada obat antihipertensi yang dianjurkan	Obat-obatan untuk indikasi penyulit
Hipertensi Tingkat 1	140-159	atau 90-99	Ya	Diuretika - thiazide untuk sebagian besar. Dapat dipertimbangkan ACEIs, ARB, β -blocker, CCB atau kombinasi	Obat-obatan untuk indikasi penyulit. Obat antihipertensi lainnya (diuretika, ACEIs, ARB, β -blocker, CCB) sesuai kebutuhan
Hipertensi Tingkat 2	≥ 160	atau ≥ 100	Ya	Kombinasi 2 obat untuk sebagian besar (umumnya jenis thiazide dan ACEIs atau ARB atau β -blocker atau CCB)	

Tabel IV. Pemilihan obat untuk kondisi tertentu⁽¹⁰⁾.

Indikasi Penyerta	Pilihan terapi Awal
Gagal jantung	Thiazid, BB, ACEI, ARB, Aldosteron Antagonis
Pasca infark miokard	BB, ACEI, Aldosteron Antagonis
Risiko penyakit pembuluh darah	Thiazid, BB, ACEI, CCB
Diabetes	Thiazid, BB, ACEI, ARB, CCB
Penyakit ginjal kronis	ACEI, ARB
Pencegahan stroke berulang	Thiazid, ACEI

3. Kepatuhan Pasien

a. Definisi

Definisi kepatuhan menurut WHO adalah "kondisi saat pasien mengikuti dan menjalankan petunjuk pengobatan". Dalam perkembangan selanjutnya, definisi kepatuhan jika dihubungkan dengan pengobatan jangka panjang maka dapat diartikan sebagai "ketaatan pada petunjuk pengobatan, diikuti dengan *diet*, perubahan gaya hidup, dan melaksanakan rekomendasi/masukan dari tenaga kesehatan⁽²⁰⁾. Berkaitan dengan pengadaan pelayanan kesehatan, konsep kepatuhan dapat dikaji secara luas, jika dihubungkan dengan instruksi yang berkenaan dengan makanan (*diet*), latihan, istirahat, perjanjian kembali, dan pada penggunaan obat. Dalam hal ini, istilah "kepatuhan pasien" yang paling sering digunakan adalah yang berkaitan dengan terapi obat. Dalam konteks ini, kepatuhan dapat didefinisikan sebagai tingkat ketepatan perilaku seorang individu dengan nasihat medis atau kesehatan. Istilah "ketidakpatuhan pasien" memberi kesan bahwa pasien bersalah karena penggunaan obat yang tidak tepat. Walaupun hal ini merupakan kasus yang sering dalam banyak situasi, dokter dan apoteker tidak melengkapi pasien dengan instruksi yang memadai atau tidak memberikan instruksi dengan cara yang dimengerti pasien. Ketidakpatuhan adalah salah satu diagnosis yang luput paling umum dan cara pasien menggunakan obatnya harus dievaluasi sebelum regimen terapi diubah⁽²¹⁾. Kepatuhan merupakan suatu hal yang penting agar

dapat mengembangkan rutinitas (kebiasaan) yang dapat membantu dalam mengikuti jadwal yang kadang kala rumit yang mengganggu kegiatan sehari-hari. Kepatuhan dapat sangat sulit dan membutuhkan dukungan agar menjadi biasa dengan perubahan. Dengan mengatur, meluangkan waktu dan kesempatan yang dibutuhkan untuk menyesuaikan diri. Kepatuhan terjadi bila aturan pakai obat yang diresepkan serta pemberiannya diikuti dengan benar⁽²²⁾.

Situasi yang paling umum berkaitan dengan ketidakpatuhan pada terapi obat mencakup kegagalan menebus resep, melalaikan dosis, kesalahan dosis, kesalahan dalam waktu pemberian atau konsumsi obat, dan penghentian obat sebelum waktunya. Pasien rawat jalan yang tidak patuh karena tidak mengerti instruksi penggunaan dengan benar dan ada yang salah menginterpretasikan. Selain itu kemungkinan juga dapat disebabkan karena kurangnya pengawasan terapi. Namun ketidakpatuhan juga dapat terjadi pada pasien rawat inap atau pasien yang berada pengawasan yang ketat⁽²¹⁾.

b. Faktor-faktor yg Mempengaruhi Kepatuhan Pasien

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan pasien terhadap terapi yang diberikan yaitu kualitas hidup, kompleksitas dan efek samping obat, system perawatan kesehatan, demografi, perilaku, pengobatan, dan kurangnya pengetahuan tentang hipertensi. Kepatuhan terhadap terapi antihipertensi dapat menyebabkan tekanan darah yang terkontrol dan mengurangi efek yang tidak diinginkan⁽³⁾.

Kenyataan di masyarakat menunjukkan bahwa tidak semua pengguna/konsumen obat mematuhi aturan-aturan penggunaan obat yang benar. Kepatuhan atau sikap disiplin pengguna obat ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, WHO membaginya menjadi 5 faktor terkait, disajikan dalam tabel V.

Tabel V. Faktor –faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien⁽²⁰⁾.

Hipertensi (Faktor- terkait)	Faktor yang mempengaruhi kepatuhan	
	(+) Untuk patuh	(-) Untuk tidak patuh
1. Sosial ekonomi	-	Status sosial ekonomi rendah; buta huruf; pengangguran; suplai obat terbatas; biaya berobat yang tinggi
2. Sistem pelayanan kesehatan	Hubungan yang baik antara pasien dan dokter/tenaga kesehatan	Pengetahuan yang rendah dari tenaga kesehatan; pengetahuan/ pelatihan yang kurang terhadap tenaga kesehatan dalam mengatasi penyakit kronis; durasi waktu konsultasi yang kurang cukup
3. Kondisi/ lingkungan	Pemahaman dan persepsi yang baik mengenai hipertensi	-
4. Terapi	Pengobatan tunggal dengan jadwal dosis harian yang mudah, frekuensi dosis yang sering, perubahan yang sedikit pada pengobatan antihipertensi	Regimen pengobatan kompleks; durasi pengobatan; kemampuan toleransi rendah terhadap obat, menimbulkan reaksi yang tidak dikehendaki dari pengobatan
5. Pasien	Persepsi pada resiko kesehatan berhubungan dengan penyakit; aktif berpartisipasi pada monitoring pengobatan dan penanganan penyakit	Pengetahuan dan kemampuan yang tidak cukup dalam menangani gejala penyakit dan pengobatan; tidak ada kesadaran pada biaya dan keuntungan pengobatan, tidak melakukan monitoring

c. Tipe Kesalahan dalam Kepatuhan Pasien

Ketidakpatuhan konsumen obat dalam menggunakan obatnya akan mengakibatkan kesalahan-kesalahan. Tipe-tipe kesalahan yang sering ditemui adalah:

- 1) Kelebihan dosis (*Overdosis*)
 - a) Menggunakan obat lebih dari dosis yang dianjurkan untuk satu kali pakai.
 - b) Menggunakan obat lebih dari aturan yang telah dianjurkan untuk satu hari pakai.
 - c) Menggunakan obat tidak mengikuti aturan waktu yang telah ditetapkan.
 - d) Menggunakan obat yang sama yang berasal dari wadah yang berbeda dalam waktu bersamaan.
 - 2) Kurangnya dosis (*Underdosis*)
 - a) Menggunakan obat kurang dari jumlah yang dianjurkan untuk sekali pakai.
 - b) Mengabaikan satu/lebih dosis.
 - c) Menghentikan pemakaian sebelum waktunya.
 - d) Tidak menggunakan obat sama sekali dalam satu hari.
 - 3) Lain-lain
 - a) Menggunakan obat tidak pada waktunya seperti yang dianjurkan.
 - b) Salah cara menggunakan obat.
 - c) Menggunakan obat yang telah dihentikan dokter.
 - d) Menggunakan obat yang sudah lama/kadaluwarsa.
 - e) Tidak mengambil/menebus obat.
 - f) Salah dalam teknik penggunaan obat⁽²³⁾.
- d. Akibat dari ketidakpatuhan pasien

Ketidakpatuhan salah satunya disebabkan karena penggunaan suatu obat yang kurang. Dengan cara demikian, pasien kehilangan manfaat terapi yang diantisipasi dan kemungkinan mengakibatkan kondisi yang secara bertahap menjadi buruk⁽²¹⁾.

Dalam pengobatan hipertensi, jika dokter tidak sadar bahwa pasien tidak menggunakan obatnya sesuai dengan petunjuk dan menemukan kenaikan tekanan darah tidak terkontrol. Dokter itu dapat menulis dosis zat terapi yang sama dan lebih tinggi atau menulis obat antihipertensi yang lebih keras. Hal ini

akan memaparkan pasien terhadap risiko efek merugikan yang lebih besar. Oleh karena itu, sebelum seorang pasien diduga tidak responsive atau tidak terkendali secara optimal dengan terapi semula yang ditulis, harus dipastikan bahwa obat-obatnya telah digunakan sesuai dengan instruksi. Resistensi yang benar terhadap suatu regimen antihipertensi adalah tidak biasa, dan ketidakpatuhan serta ketidakcukupan dosis adalah factor yang paling sering bertanggung jawab untuk pengendalian tekanan darah yang meningkat dan tidak cukup⁽²¹⁾. Akibat dari ketidakpatuhan diantaranya adalah:

- 1) Kegagalan pengobatan, dimana obat menjadi sama sekali atau kurang berarti bagi penanganan penyakitnya.
- 2) Meningkatkan biaya perawatan. Hal ini bisa disebabkan karena penyakit tidak membaik atau justru semakin bertambah parah, mungkin juga karena keracunan (*toksik*) dan efek samping obat lainnya. Ini dapat memperlama perawatan dan naiknya biaya⁽²³⁾. Kurangnya kepatuhan terhadap pengobatan bertanggungjawab cukup besar terhadap memburuknya penyakit, kematian dan meningkatkan biaya perawatan (di Amerika)⁽²⁴⁾.
- 3) Memerlukan perawatan tambahan. Tidak efektifnya obat bisa menaikkan tingkat keparahan penyakit yang akan memerlukan perawatan tambahan⁽²³⁾.
- 4) Risiko terhadap keracunan obat. Terutama bila takaran obatnya berlebihan atau over⁽²³⁾.

e. Peran Apoteker dalam Peningkatan Kepatuhan

Apoteker memiliki suatu kesempatan untuk mendorong kepatuhan, terutama karena biasanya ia adalah professional kesehatan yang terakhir menemui pasien sebelum waktu obat digunakan. Beberapa peranan apoteker dalam menghadapi masalah ketidakpatuhan, yaitu:

- 1) Identifikasi faktor risiko

Semua pasien dianggap sebagai seseorang yang mungkin tidak patuh. Suatu langkah awal dalam upaya meningkatkan kepatuhan, perlu

mengenal individu yang paling mungkin tidak patuh lalu dilakukan identifikasi faktor-faktor risiko yang ada pada pasien.

2) Pengembangan rencana pengobatan

Rencana pengobatan harus didasarkan pada kebutuhan pasien, apabila mungkin pasien harus menjadi partisipan dalam keputusan berkaitan dengan regimen terapi. Untuk membantu ketidaknyamanan dan kelalaian, regimen harus disesuaikan agar dosis obat diberikan pada waktu yang sesuai dengan beberapa kegiatan tetap atau jadwal harian pasien. Instruksi penggunaan obat harus spesifik mungkin agar tidak menjadi kesalahan interpretasi. Apoteker harus memastikan bahwa pasien mengerti cara menggunakan obatnya.

3) Alat bantu kepatuhan

a) Pemberian label

Label tambahan yang mencantumkan informasi tambahan berkaitan dengan penggunaan, perhatian dan penyimpanan obat juga berkontribusi pada pencapaian kepatuhan. Pengenalan setiap keterbatasan pasien yang dapat membahayakan kemampuannya membaca dan mengerti informasi pada etiket, harus dilakukan oleh apoteker.

b) Kalender pengobatan dan kartu pengingat obat

Kalender pengobatan telah dikembangkan dan didesain untuk membantu pasien dalam mengonsumsi sendiri obatnya. Selain itu juga diberikan kartu pengingat obat yang berisi tentang waktu penggunaan obat, dosis yang digunakan setiap kali penggunaan obat yang nantinya dapat dievaluasi oleh apoteker atau dokter.

(1) Pemantauan terapi

(a) Pemantauan sendiri

Pasien perlu diberitahukan pentingnya pemantauan sendiri regimen pengobatan dan memantau parameter respon dengan menggunakan kalender pengobatan ataupun kartu

pengingat obat. Berbagai studi mengatakan bahwa kepatuhan terhadap regimen antihipertensi dapat meningkat apabila pasien mengukur tekanan darah sendiri atau dilakukan oleh salah seorang anggota keluarga. Cara ini dapat membuat pasien menjadi lebih terlibat dalam pemantauan hasil terapi dan juga kemajuan pengobatan.

(b) Pemantauan apoteker

Peranan apoteker dalam meminimalkan ketidakpatuhan tidak berakhir apabila resep telah didispensingkan. Jika ia mengetahui bahwa pasien tidak menggunakan obat sebagaimana yang dimaksud, maka ia harus berupaya untuk menetapkan alasan dan memberikan solusi. Apoteker berada pada posisi yang sangat baik untuk mendeteksi ketidakpatuhan, berkaitan dengan penggunaan obat dalam manajemen kondisi kronik, seperti hipertensi dan diabetes dengan memperhatikan secara ketat pada frekuensi seorang pasien mengulang resepnya.

4) Komunikasi apoteker dengan pasien

Sasaran komunikasi dengan pasien adalah menyajikan informasi yang dapat mudah dimengerti pasien. Pendekatan komunikasi harus merupakan suatu yang menentramkan pasien, bukan menyebabkan kekhawatiran pasien.

a) Komunikasi verbal/konseling

Komunikasi antara apoteker dan pasien tentang penggunaan obat, dapat dilakukan baik verbal maupun tertulis. Komunikasi verbal adalah aspek paling penting dari edukasi pasien. Oleh karena itu, pasien harus dilibatkan secara langsung dengan apoteker dalam komunikasi dua arah serta memberikan kesempatan bagi pasien mengajukan pertanyaan. Komunikasi demikian agar

sangat efektif, maka harus dilakukan dalam suatu lingkungan yang memberikan kebebasan pribadi atau bebas dari gangguan lain.

Efek dari konseling apoteker pada kepatuhan pasien telah dievaluasi dalam berbagai penelitian. Dalam suatu penelitian diketahui bahwa 90% pasien yang telah dikonseling oleh apoteker, mereka patuh dengan instruksi resep. Penelitian lain juga telah menunjukkan nilai konseling apoteker dalam meningkatkan kepatuhan.

b) Komunikasi tertulis

Pada waktu kunjungan ke dokter atau apoteker, pasien dapat mengerti cara menggunakan obat, akan tetapi ada kemungkinan pasien tidak dapat mengingat mengenai rincian yang berkaitan dengan pemberian/penggunaan obat. Oleh karena itu, instruksi spesifik untuk penggunaan obat harus ditulis pada etiket wadah obat.

c) Bahan audiovisual

Penggunaan bantuan audiovisual mungkin penting dalam situasi tertentu karena pasien mungkin lebih baik kemampuannya untuk memvisualisasi penyakit dan cara kerja obatnya serta cara penggunaannya.

d) Terapi terkendali

Pasien menggunakan sendiri obatnya dan profesional kesehatan memantau dan bersedia untuk menjawab pertanyaan dan mengidentifikasi jika muncul permasalahan.

e) Motivasi pasien

Informasi harus diberikan kepada pasien dengan cara yang tidak memaksa, mengancam dan merendahkan, upaya edukasi yang bertujuan paling baik dan paling komprehensif akan tidak efektif jika pasien tidak dapat dimotivasi untuk mematuhi instruksi⁽²¹⁾.

f. Metode Pengukuran Kepatuhan Pasien

Cara untuk mengukur kepatuhan penggunaan obat terdiri dari 2 metode, yaitu pengukuran langsung dan tidak langsung. Masing-masing metode memiliki keuntungan dan kekurangan, dan tidak ada metode yang menjadi standart baku.

Table VI. Keuntungan dan kerugian masing-masing metode pengukuran kepatuhan pengobatan⁽²⁴⁾.

Pengukuran	Keuntungan	Kekurangan
Langsung		
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 plasebo	Memerlukan pengujian kuantitatif yang mahal dan pengumpulan cairan tubuh
Tidak langsung		
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 melakukan	Data mudah diubah oleh pasien
Monitor obat secara elektronik	Tepat, hasilnya mudah diukur	Mahal, memerlukan kunjungan kembali dan pengambilan data
Pengukuran penanda Fisiologis (contoh: denyut jantung pada penggunaan beta bloker)	Biasanya mudah untuk melakukan	Penanda dapat tidak mengenali penyebab lain (misalnya: peningkatan metabolisme, turunnya absorpsi)

Tabel VI. (Lanjutan)

Pengukuran	Keuntungan	Kekurangan
Buku harian pasien	Membantu memperbaiki ingatan yang lemah	Mudah diubah oleh pasien
Jika pasien anak-anak, kuesioner untuk orang tua atau yang merawatnya	Sederhana, obyektif	Rentan terhadap distorsi
Kecepatan menebus resep kembali	Obyektif, mudah untuk memperoleh data	Resep yang diambil tidak sama dengan obat yang dikonsumsi
Penilaian respon klinis pasien	Sederhana, umumnya mudah melakukannya	Faktor lain dari kepatuhan pengobatan dapat berefek pada respon klinik

Saat ini, belum terdapat standar yang baku dalam pengukuran kepatuhan. Krousel-Wood dkk (2004) memberikan ringkasan metode untuk menilai kepatuhan terhadap pengobatan yaitu:

1) *Biological Assay*

Biological assay dilakukan dengan cara mengukur konsentrasi obat, metabolit, atau senyawa lain dalam darah dan urin. Secara keseluruhan metode ini membutuhkan biaya yang sangat mahal dan membatasi dalam studi kelayakan penerapannya. Metode yang diterapkan dapat mengganggu kenyamanan pasien karena cuplikan obat dalam cairan harus diambil secara berkala. Dalam proses pelaksanaannya ada beberapa hal yang dapat mengganggu hasil dari metode ini, diantaranya adalah interaksi antar obat dengan obat lain atau makanan, perbedaan status psikologi, jadwal minum obat dan waktu paruh eliminasi obat.

2) Menghitung pil

Metode ini dilakukan dengan cara menghitung jumlah sisa tablet/pil yang dimiliki oleh pasien dan menghitung jumlah obat sisa sejak pasien mendapatkan obat sampai pengobatan berakhir. Metode ini mudah dilaksanakan dalam mengukur kepatuhan. Namun pengukuran ini terkendala penerapannya pada studi populasi di pasien *geriatri*. Untuk menilai kepatuhan seringkali sulit untuk dilakukan dengan metode ini, dikarenakan

pasien pada umumnya mendapatkan resep obat secara berkala, ketika resep yang pertama belum habis dan sudah mendapatkan resep baru lagi maka resep obat yang pertama kali akan dihabiskan terlebih dahulu kemudian di ikuti dengan resep selanjutnya

3) Monitoring dengan Elektronik

System monitoring pengobatan (MEMS) memungkinkan dilakukannya perhitungan jumlah tablet/pill yang lupa diminum dalam suatu periode pengobatan serta kepatuhan terhadap dosis yang diberikan. Sistem ini memonitor ketika botol *pill* dibuka kemudian peneliti memasukkan data-datanya ke komputer secara berkala. Ketersediaan dan biaya membuat metode ini memiliki keterbatasan kelayakan penggunaan.

4) Catatan farmasi dan tagihan resep

Metode ini dapat digunakan terutama untuk obat untuk penyakit kronis (seperti hipertensi). Catatan hanya menjadi ukuran tidak langsung dari obat yang dikonsumsi.

5) Wawancara pasien

Wawancara pasien dilakukan untuk menilai pengetahuan tentang obat dan dosis yang diresepkan yang dapat memberikan sedikit informasi tentang kepatuhan pasien dan merupakan penilaian subyektif dari pewawancara. Metode ini jarang digunakan dalam penelitian medis untuk menilai kepatuhan.

6) Kuisisioner berskala

Salah satu dari metode kuisisioner berkala adalah Morsky. Morisky et al. (1986) mengembangkan kuisisioner 4-item skala untuk menilai kepatuhan dengan pengobatan antihipertensi⁽²⁵⁾.

g. *Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)*

1) Sejarah MMAS

Hipertensi merupakan penyakit degeneratif dan membutuhkan terapi jangka panjang. Kepatuhan terhadap terapi pengobatan hipertensi berhasil dengan indikator terkontrolnya tekanan darah (sistolik < 140 mmHg

dan diastolik < 90 mmHg) dan berkurangnya dampak reaksi yang tidak dikehendaki. Berawal dari itu semua maka dibutuhkan suatu metode untuk mengukur tingkat kepatuhan pengobatan pada pasien hipertensi yang memiliki validitas dan reliabilitas yang baik serta mudah digunakan MMAS merupakan kuesioner standar yang dibuat pada awal tahun 1986 oleh Donald E. Morisky dari Universitas California. Kuesioner ini memiliki validitas dan reliabilitas yang baik⁽³⁾. Pada pertengahan tahun 1980-an, morisky dan teman-temannya mengembangkan kuesioner singkat untuk mengetahui kepatuhan dalam penggunaan antihipertensi. Instrument tersebut telah di validasi dalam beberapa penelitian dan menunjukkan bahwa instrument tersebut memiliki sifat psikometri yang baik. Beberapa penelitian lainnya telah memperluas penggunaan instrumen tersebut untuk penyakit lainnya seperti diabetes dan penyakit paru obstruktif kronik⁽³⁾.

2) Tujuan MMAS

Diharapkan metode ini dapat digunakan sebagai metode awal untuk mendeteksi pasien dengan kepatuhan yang rendah dan berhadapan dengan tidak terkontrolnya tekanan darah, yang nantinya dapat dibandingkan dengan tingkat kepatuhan rendah dan tinggi⁽³⁾.

3) Prinsip MMAS

Pada prinsipnya MMAS merupakan suatu bentuk kuesioner yang terdiri dari 8-item pertanyaan untuk mengukur laporan langsung dari pasien terkait pengobatan yang dijalani. Metode ini merupakan perkembangan dari metode sebelumnya yang terdiri dari 4-item pertanyaan. Kelebihan dari kuisisioner ini yaitu lebih spesifik untuk melihat tingkat kepatuhan dari pasien. Delapan-item pertanyaan ini memiliki sensitivitas yang tinggi di banding dengan 4-item. Sensitivitas yang di dapat 93 % di samping itu skala pengukuran ini baik digunakan untuk identifikasi pasien yang memiliki tingkat kepatuhan rendah dan memiliki tekanan darah tidak terkontrol. Memiliki validitas yang baik untuk digunakan pada kondisi responden

dengan tingkat pendapatan yang rendah dan pada uji reliabilitas didapatkan nilai *alpha reliability* sebesar 0.83⁽³⁾.

4) Keuntungan

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

5) Kerugian

- a) Bias (penyimpangan) terkait daya ingat dari pasien.
- b) Penelitian ini sesuai jika diterapkan terhadap populasi pasien dengan status sosial ekonomi rendah, dimungkinkan terkendala jika diterapkan pada populasi dengan status sosial ekonomi yang berbeda⁽³⁾.

4. **Konseling**

Kata “konseling” mencakup bekerja dengan banyak orang dan hubungan yang mungkin saja bersifat pengembangan diri, dukungan terhadap krisis, psikoterapis, bimbingan atau pemecahan masalah. Tujuan konseling adalah memberikan kesempatan kepada “klien” untuk mengeksplorasi, menemukan, dan menjelaskan cara hidup lebih memuaskan⁽²⁶⁾.

Pasien yang berpengetahuan tentang obatnya, menunjukkan ketaatan yang meningkat terhadap pengobatannya sehingga menghasilkan hasil terapi yang meningkat. Oleh karena itu, apoteker mempunyai tanggung jawab untuk melengkapi pasien dengan informasi dan konseling yang cukup agar memaksimalkan pengertian mereka terhadap regimen obat. Sasaran dari konseling obat pasien adalah untuk meningkatkan hasil terapi dengan mendorong penggunaan obatnya dengan tepat⁽²¹⁾.

Konseling yang dilakukan apoteker merupakan komponen dari *pharmaceutical care* dan harus ditujukan untuk meningkatkan hasil terapi dengan memaksimalkan penggunaan obat-obatan yang tepat. Dilaporkan bahwa ketidakpatuhan terjadi dalam 30-50% dari pasien yang menerima obat. Penyebab kegagalan obat demikian adalah multifokus dan dapat berkisar dari kurangnya edukasi, terapi dan hambatan ekonomi yang menghalangi pengadaan obat. Studi tambahan telah menunjukkan bahwa intervensi oleh apoteker, menggunakan konseling lisan dan tertulis pada permulaan terapi obat menghasilkan perbaikan yang signifikan dalam kepatuhan pasien. Studi ini juga menunjukkan pentingnya konseling dan edukasi pasien yang berkelanjutan setelah pertemuan permulaan⁽²¹⁾.

Apoteker harus mampu mengidentifikasi dan memprioritaskan berbagai pasien atau jenis pasien yang memerlukan pelayanan edukasi obat. Oleh karena itu, penting untuk mempertimbangkan ketersediaan waktu untuk memberikan pelayanan ini. pasien yang dibutuhkan untuk diberikan konseling yaitu: pasien yang ditunjuk dokter, pasien dengan status penyakit tertentu/khusus (seperti pasien penyakit kardiovaskular, diabetes dan kanker), pasien yang menerima golongan obat tertentu (indeks terapi sempit, obat dengan persyaratan pemberian khusus, yang memiliki interaksi obat-obat), populasi lanjut usia, pediatri⁽²¹⁾.

5. *Leaflet*

Leaflet untuk Informasi kepada Pasien (Pils) diproduksi oleh produsen atau apoteker untuk kepentingan pasien dan secara umum dianggap sebagai alat yang paling penting untuk mendidik pasien tentang obat mereka dan penyakit. Komunikasi adalah proses penting dalam penyediaan perawatan kesehatan. Ini tidak hanya sebagai dasar untuk diagnosis dan pengobatan, tetapi juga berkaitan erat dengan hasil terapi. Pasien dapat merasa puas dengan jumlah informasi yang mereka terima dan informasi yang diberikan sering disalahpahami atau dilupakan. *Leaflet* murah untuk diproduksi dan dapat

menjadi solusi bagi pasien yang merasa malu untuk mengajukan pertanyaan langsung kepada seorang profesional kesehatan. *Leaflet* dapat digunakan untuk memperkuat apa yang telah dibahas⁽⁴⁾.

Leaflet untuk informasi kepada pasien merupakan tambahan penting untuk pertukaran pesan verbal antara dokter dan pasien. Informasi tertulis dapat melengkapi pesan verbal, sehingga meningkatkan dan mendorong perubahan perilaku. *Leaflet* untuk informasi kepada pasien secara luas digunakan oleh berbagai organisasi dan profesional kesehatan sebagai bagian dari pendidikan pasien atau upaya promosi kesehatan, dalam mendukung tujuan pencegahan, pengobatan dan kepatuhan pasien⁽⁴⁾.

a. Kegunaan dan keunggulan *leaflet*

- 1) Klien dapat menyesuaikan dan belajar mandiri.
- 2) Pengguna dapat melihat isinya pada saat santai.
- 3) Informasi dapat dibagi dengan keluarga dan teman.
- 4) Dapat memberikan detil (misalnya statistik) yang tidak mungkin bila disampaikan secara lisan.
- 5) Sederhana dan murah

b. Keterbatasan *leaflet*

- 1) Materi yang diproduksi massal dirancang untuk sasaran pada umumnya dan tidak cocok untuk setiap orang.
- 2) Mudah hilang⁽²⁷⁾.

B. Landasan Teori

Kepatuhan pada terapi antihipertensi akan menentukan keberhasilan terapi yang ditandai dengan tercapainya tekanan darah terkontrol. Berdasarkan data dari WHO (World Health Organization) pada tahun 2003, diperkirakan 50-70% pasien hipertensi tidak patuh terhadap obat antihipertensi yang diresepkan. Sebagai contoh penelitian yang terkait kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi di Iran (2004) menunjukkan bahwa 39,6% pasien patuh, Pakistan (2007) 77% pasien patuh, dan Amerika Serikat (2005) 31-67% pasien patuh. Pengaruh konseling terhadap

kepatuhan penggunaan obat pada pasien berdasarkan penelitian RCT menunjukkan bahwa konseling pada pasien dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, yang selanjutnya dapat meningkatkan kualitas hidup pasien⁽⁵⁾. Sedangkan pengaruh diberikannya *leaflet* terhadap kepatuhan pasien hipertensi berdasarkan penelitian sistematik review menunjukkan bahwa *leaflet* berpengaruh sangat penting terhadap peningkatan pengetahuan pasien dan kepatuhan pasien hipertensi serta meningkatkan manajemen penyakit secara mandiri oleh pasien⁽⁴⁾. Indonesia sebagai salah satu negara berkembang belum mempunyai data yang cukup mengenai kepatuhan pasien terhadap terapi, karena itulah dilakukan penelitian ini yaitu mengetahui pengaruh edukasi menggunakan *leaflet* terhadap kepatuhan penggunaan obat antihipertensi di Puskesmas Mlati II Sleman Yogyakarta.

C. Hipotesis

Edukasi menggunakan *leaflet* mempengaruhi kepatuhan pasien rawat jalan terhadap terapi antihipertensi di Puskesmas Mlati II Sleman Yogyakarta.