

**Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan
Kepatuhan Minum Obat Hipertensi pada Lansia:Program Mantu Pasti
(Pemantauan Pasien Hipertensi) di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar
Lampung 2025**

(Skripsi)

**Oleh:
Hadijah Rosa Fikaria
2218031064**



**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
2026**

**Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan
Kepatuhan Minum Obat Hipertensi pada Lansia:Program Mantu Pasti
(Pemantauan Pasien Hipertensi) di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar
Lampung 2025**

**Oleh:
HADIJAH ROSA FIKARIA**

**Skripsi
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar
SARJANA FARMASI
Pada
Program Studi Farmasi
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

Judul Skripsi : Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Hipertensi pada Lansia:Program Mantu Pasti "Pemantauan Pasien Hipertensi" di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung

Nama Mahasiswa : **Hadijah Rosa Fikaria**

No. Pokok Mahasiswa : 2218031064

Program Studi : Farmasi

Fakultas : Kedokteran

MENYETUJUI

1. Komisi pembimbing

Prof. Dr. dr. Asep Sukohar S.Ked., M.Kes, Sp.KKLP
NIP 196905152001121004

apt. Muhammad Iqbal., S.Farm., M.S
NIP 198612052022031003

2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc
NIP-197601202003122001

MENGESAHKAN

1. Tim Pengujji

Ketua

: Prof. Dr. dr. Asep Sukohar, S.Ked.,
M.Kes., Sp.KKLP

Sekretaris

: apt. Muhammad Iqbal., S.Farm., M.Sc

Penguji

: apt. Ihsanti Dwi Rahayu, S.Farm.,
M.S. Farm.

Bukan Pembimbing

2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc
NIP 197601202003122001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 26 Januari 2026

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Hadijah Rosa Fikaria

NPM 2218031064

Jurusan : Farmasi

Judul Skripsi : Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Hipertensi pada Lansia:Program Mantu Pasti (Pemantauan Pasien Hipertensi) di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung 2025

Dengan ini menyatakan bahwa karya ilmiah Skripsi ini merupakan **HASIL KARYA SAYA SENDIRI**. Apabila di kemudian hari terbukti adanya Plagiarisme dan Kecurangan dalam karya ilmiah ini, maka saya bersedia diberi sanksi.

Bandar Lampung, 12 Februari 2026
Mahasiswa,



Hadijah Rosa Fikaria

RIWAYAT HIDUP

Penulis skripsi ini adalah Hadijah Rosa Fikaria. Penulis lahir di Bandar Lampung, 28 Oktober 2003. Penulis merupakan anak kedua dari pasangan Bapak Andi Zulfikar dan Ibu Sepsumawati. Penulis memiliki tiga saudara kandung yakni M.Aranta Fikario, M.Hafara Fikario, dan M. Afgan Fikario. Pendidikan formal pertama yang ditempuh oleh penulis adalah TK Muhammadiyah pada tahun 2009 dan lulus pada tahun 2010. Kemudian penulis melanjutkan pendidikannya ke SD Negeri 02 Labuhan Ratu Kota Bandar Lampung pada tahun 2010 dan lulus pada tahun 2016. Penulis melanjutkan pendidikannya di SMP Negeri 02 Bandar Lampung dari tahun 2016 hingga 2019.

Selanjutnya, penulis melanjutkan pendidikan di SMA Negeri 14 Bandar Lampung dan lulus pada tahun 2022. Pada tahun yang sama, penulis melanjutkan pendidikannya di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur SBMPTN. Selama menjadi mahasiswa, penulis aktif pada kegiatan organisasi di dalam kampus FK Unila. Penulis tergabung sebagai anggota Himpunan Mahasiswa Farmasi Universitas Lampung (HIMAFARSI UNILA). Penulis melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi pada Lansia:Program Mantu Pasti (Pemantauan Pasien Hipertensi) di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung tahun 2025”** untuk menyelesaikan pendidikannya di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Farmasi.

“Let your dreams be bigger than your fears”

“it’s fine to fake it until you make it, until you do, until it’s true”

-Taylor Swift

“Allah memang tidak menjanjikan hidupmu akan selalu mudah, tetapi dua kali Allah berjanji “fa inna ma’al-usri yusra” yang artinya

“disetiap kesulitan pasti ada kemudahan”

-QS. Al-Insyirah 94:5-6

”Semua jatuh bangunmu hal yang biasa, angan dan pertanyaan waktu yang menjawabnya, berikan tenggat waktu bersedihlah secukupnya, rayakan perasaanmu sebagai manusia”

-Baskara Putra, Hindia

SANWACANA

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah S.W.T yang Maha Pengasih lagi maha Penyayang atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Hipertensi pada Lansia:Program Mantu Pasti (Pemantauan Pasien Hipertensi) di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung 2025”** dengan tepat waktu. Skripsi ini disusun dalam rangka memenuhi syarat untuk mencapai gelar Sarjana Farmasi pada Program Studi Farmas Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Dalam penyelesaian studi dan penulisan skripsi ini, penulis banyak memperoleh bantuan baik dari pengajaran, bimbingan, dan arahan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung. Dengan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A.IPM selaku Rektor Universitas Lampung
2. Dr. dr. Evi Kurniawaty, S. Ked., M.Sc. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
3. Rani Himayani, dr., Sp.M selaku Ketua Jurusan Program Studi Farmasi.
4. apt. Ervina Damayanti, M.Clin.Pharm selaku pembimbing akademik penulis

5. Prof. Dr. dr. Asep Sukohar S.Ked., M.Kes, Sp.KKLP selaku pembimbing utama atas kesediaannya memberikan waktu, pikiran, ide, masukan serta dukungan penuh selama penyusunan skripsi ini.
6. apt. Muhammad Iqbal, S.Farm., M.SC selaku pembimbing kedua atas kesediaannya memberikan arahan, pendapat, dan membimbing dalam penyusunan skripsi ini.
7. apt. Ihsanti Dwi Rahayu, S.Farm., M.S Farm selaku Pembahas atas kesediaannya meluangkan waktu dan pikiran, memberikan saran dan kritik yang membangun selama penyusunan skripsi ini.
8. Seluruh Tenaga Kesehatan dan Staff Puskesmas Sumur Batu yang telah membantu dan membimbing penulis selama penulis menjalani penelitian.
9. Seluruh responden penelitian di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung.
10. Seluruh dosen dan karyawan di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas kesediaannya memberikan ilmu dan bantuan selama proses perkuliahan.
11. Seluruh Angkatan 2022 Troponin dan Tropomyosin yang telah menemani penulis selama menjalani pendidikan di Universitas Lampung.
12. Kepada pintu surgaku, ibunda tercinta Sepsumawati. Terima kasih telah menjadi sumber kekuatan dan motivasi penulis selama menjalani perkuliahan. Terima kasih untuk cinta, kasih sayang, dan materi, serta waktu dalam menemani penulis. Terima kasih telah bekerja keras sehingga penulis menyelesaikan pendidikannya. Terima kasih untuk menjadi ibu, teman,

serta pendengar yang baik bagi penulis. Terima kasih selalu memberikan semua hal untuk penulis agar penulis dapat menggapai mimpinya.

13. Kepada cinta pertama penulis, ayahanda Andi Zulfikar. Terimakasih telah menjadi sumber inspirasi penulis dan menjadi kekuatan pertama penulis. Terimakasih atas kasih sayang diberikan kepada penulis.

14. Kepada kakak tersayang penulis Muhammad Aranta Fikario yang senantiasa menjaga dan melindungi penulis selama penulis menjalani dunia pendidikan di Universitas Lampung. Terima Kasih atas cinta kasih, perhatian, dan waktu yang telah dicurahkan kepada penulis. Terima Kasih untuk segala kisah yang diberikan kepada penulis sebagai pembelajaran kepada penulis. Terima kasih untuk menjadi garda terdepan yang selalu menjaga penulis sejak hari pertama penulis dilahirkan.

15. Kepada kedua adik penulis yang penulis sayangi M.Hafara Fikario dan M. Afgan Fikario yang selalu senantiasa membantu dan menjadi motivasi penulis dalam menyelesaikan pendidikannya. Terimakasih sudah menemani dan memberikan kekuatan kepada penulis. Terimakasih atas segala pengertian dan perhatian kecil kepada penulis.

16. Kepada pemilik nama M. Dzaky Al-ghiffari yang menjadi bagian proses kehidupan penulis selama menempuh pendidikan. Terima kasih senantiasa menjadi pendengar keluh kesah selama penulis menjalani pendidikan. Terima kasih untuk selalu berproses bersama penulis. Terima kasih untuk selalu menjadi tempat bertanya, bercerita, dan menjadi teman menggapai cita-cita yang kita impikan.

17. Kepada seluruh keluarga ibunda. Terimakasih untuk segala cinta dan dukungan yang diberikan ke penulis sehingga menjadi motivasi bagi penulis untuk berjuang dalam menjalankan pendidikannya.
18. Kepada "Bismillah S. Farm" teruntuk Feby, Afifah, dan Karina selaku sahabat terbaik selama penulis menjalani dunia pendidikan. Terima kasih sudah bersedia menjadi rumah kedua bagi penulis. Terima kasih atas cinta, tawa, sedih, dan pertengkaran kecil yang diberikan kepada penulis. Terima kasih selalu memberikan pundak dan mendengarkan keluh kesah ketika penulis merasa sedih.
19. Kepada Khansa, Anisa, Aisyah, dan Ardhira selaku sahabat penulis sejak menginjak sekolah menengah pertama. Terima kasih telah menjadi bagian kehidupan penulis. Terima kasih telah selalu memberikan kisah manis selama menjadi teman penulis.
20. Kepada Fidel dan Rahmi selaku keluarga pertama penulis sejak pertama kali menjadi mahasiswa. Terima kasih atas dukungan dan cinta untuk penulis. Terimakasih sudah kebersamai penulis hingga penulis menyelesaikan pendidikannya.
21. Kepada seluruh teman penulis yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Terima kasih telah memberikan memori yang indah selama ini. Terima kasih untuk segala cerita yang indah.
22. *Last but not least*, kepada Hadijah Rosa Fikaria selaku penulis skripsi ini. Apresiasi sebesar-besarnya yang telah berjuang untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Terima kasih sudah menyelesaikan mimpi-mimpi yang

dicita-citakan. Terima kasih telah hadir didunia ini, telah bertahan dan selalu berjalan melewati segala tantangan yang semesta hadirkan. Terima kasih atas langkah-langkah kecil yang berarti, atas semua pencapaian, atas semua tangisan yang tidak bisa dihitung. Terimakasih telah menyelesaikan mimpi bunda untuk menjadi sarjana Farmasi. Terima kasih sudah menjadi perempuan hebat untuk keluarganya.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidaklah sempurna. Namun, penulis berharap semoga skripsi ini bermanfaat baik untuk kesehatan masyarakat Indonesia terutama pasien lansia Hipertensi .

Bandar Lampung, 12 Februari 2026

Penulis,

Hadijah Rosa Fikaria

ABSTRACT

“The Correlation Between Knowledge Levels and Family Support with Medication Adherence Among Elderly Patients with Hypertension: The 'Mantu Pasti' Program (Hypertension Patient Monitoring) at Sumur Batu Public Health Center, Bandar Lampung City, 2025”

By

Hadijah Rosa Fikaria

Background: Elderly is a phase of human maturation that can lead to physical, psychological, and cognitive decline, potentially triggering serious illnesses. One of these is hypertension, a condition characterized by consistently elevated blood pressure that often leads to comorbidities (complications). Managing hypertension requires strict adherence to medical therapy. However, in reality, many elderly patients with hypertension fail to comply with their treatment. This fact prompted the Sumur Batu Health Center to create the “**Mantu Pasti**” (Hypertension Patient Monitoring) program to prevent complications in the elderly. **Methods:** This study is a descriptive correlational research using a cross-sectional design. The sample consisted of 80 elderly patients with hypertension at the Sumur Batu Public Health Center, Bandar Lampung City, conducted from August to September 2025. Participants were selected using a consecutive sampling technique. Data were collected through medical records and interviews, which were subsequently analyzed using the Chi-square test with a significance level of $p < 0.005$. **Results:** The results showed a significant correlation between knowledge levels and medication adherence in elderly patients with hypertension ($p = 0.001$). Additionally, a significant relationship was found between family support and medication adherence among these patients ($p = 0.000$). Half of the interviewed patients demonstrated adherence to their medication regimen. **Conclusion:** Knowledge and family support play a crucial role in ensuring that elderly patients with hypertension remain consistent in undergoing their medical treatment.

Keywords: Knowledge Level, Family Support, Hypertension, Elderly, Adherence

ABSTRAK

“Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Hipertensi pada Lansia: Program Mantu Pasti (Pemantauan Pasien Hipertensi) di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung 2025”

Oleh

Hadijah Rosa Fikaria

Latar Belakang: Lansia merupakan fase pendewasaan yang terjadi pada manusia yang dapat menyebabkan terjadinya penurunan fisik, psikologis, dan kognitif yang memicu penyakit serius. Salah satunya adalah hipertensi, dimana hipertensi merupakan tekanan darah yang meningkat secara konsisten yang umumnya membawa penyakit penyerta (komplikasi). Pada hipertensi diperlukan adanya kepatuhan dalam menjalani terapi pengobatan. Tetapi faktanya banyaknya kasus hipertensi pada lansia tidak patuh dalam menjalani pengobatan, hal ini yang mendorong Puskesmas Sumur Batu membuat program “MANTU PASTI” (Pemantauan Pasien Hipertensi) dalam mencegah terjadinya komplikasi pada lansia. **Metode:** Pada penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasi dengan desain cross-sectional. Sampel yang digunakan pada penelitian ini berjumlah 80 pasien lansia hipertensi di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung pada bulan Agustus-September tahun 2025, yang dipilih dengan teknik pengambilan sampling teknik *consecutive sampling*. Data diperoleh dengan menggunakan rekam medis dan wawancara yang kemudian dianalisis menggunakan *Chi-square* dengan tingkat signifikansi $p < 0.05$. **Hasil Penelitian:** Hasil menunjukkan terdapat hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan lansia hipertensi ($p = 0,001$) dan terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien lansia hipertensi dalam meminum obat ($p = 0,000$). Setengah dari jumlah pasien yang diwawancarai menunjukkan adanya kepatuhan. **Kesimpulan:** Pengetahuan dan dukungan keluarga memiliki peran pada pasien lansia hipertensi untuk tetap konsisten dalam menjalankan pengobatan.

Kata Kunci: Tingkat Pengetahuan, Dukungan Keluarga, Hipertensi, Lansia, Kepatuhan

DAFTAR ISI

Halaman

DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.4.1. Manfaat Teoritis	4
1.4.2. Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Hipertensi	7
2.1.1 Definisi Hipertensi	7
2.1.2 Klasifikasi Hipertensi	8
2.1.3 Faktor Resiko Hipertensi.....	10
2.1.4 Tanda dan Gejala Hipertensi	13
2.1.5 Etiologi Hipertensi	14
2.1.6 Patofisiologi Hipertensi.....	15
2.1.7 Komplikasi Hipertensi	19
2.1.8 Tatalaksana Hipertensi	20
2.2 Teori <i>Lawrence Green</i>	30
2.3 Konsep Kepatuhan	32
2.3.1 Definisi kepatuhan	32
2.3.2 Tipe Kepatuhan (Model Kepatuhan).....	33
2.3.3 Instrumental tingkat kepatuhan	34
2.4 Konsep Mantu Pasti (Pemantauan Pasien Hipertensi)	38
2.5 Konsep Pengetahuan	38
2.5.1 Definisi Pengetahuan	38
2.5.2 Jenis – jenis pengetahuan	39
2.5.3 Dasar-dasar pengetahuan	40
2.6 Konsep Dukungan Keluarga	40
2.6.1 Definisi keluarga	40

2.6.2	Dukungan dan Peran Keluarga.....	41
2.6.3	Bentuk dukungan keluarga.....	43
2.7	Lansia	45
2.7.1	Definisi Lansia	45
2.7.2	Batasan Usia Lansia	45
2.8	Puskesmas	46
2.8.1	Definisi Puskesmas	46
2.8.2	Fungsi Puskesmas	47
2.8.3	Kategori Puskesmas	48
2.9	Kerangka Teori.....	50
2.10	Kerangka Konsep	50
2.11	Hipotesis.....	51
BAB III	METODE PENELITIAN	52
3.1	Desain Penelitian.....	52
3.2	Waktu dan Tempat Penelitian.....	53
3.2.1	Waktu Penelitian	53
3.2.2	Tempat Penelitian.....	53
3.3	Subjek Penelitian.....	53
3.3.1	Populasi.....	53
3.3.2	Sampel Penelitian.....	53
3.3.3	Teknik Pengambilan Sampel.....	54
3.4	Kriteria Penelitian	54
3.4.1	Kriteria Inklusi	54
3.4.2	Kriteria Eksklusi.....	54
3.5	Variabel Penelitian	55
3.6	Definisi Operasional Variabel	56
3.7	Cara Pengumpulan Data.....	57
3.8	Alur penelitian.....	62
3.9	Etik Penelitian	62
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	63
4.1.	Hasil Penelitian	63
4.1.1.	Gambaran umum Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung dan Program Mantu Pasti (Pemantauan Pasien Hipertensi)	63
4.1.2.	Karakteristik demografi responden	65
4.1.3.	Pengetahuan Pasien, Dukungan Keluarga, dan Kepatuhan Pengobatan	66
4.2.	Pembahasan.....	69
4.2.1.	Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kepatuhan Pengobatan Hipertensi di Puskesmas Sumur Batu	69

4.2.2. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien Hipertensi di Puskesmas Sumur Batu.....	73
---	----

BAB V SIMPULAN DAN SARAN	79
---------------------------------------	-----------

5.1. Kesimpulan	79
-----------------------	----

5.2. Saran.....	80
-----------------	----

DAFTAR PUSTAKA.....	81
----------------------------	-----------

LAMPIRAN.....	86
----------------------	-----------

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1 Klasifikasi Tekanan Darah menurut JNC VIII Hypertension The silent Killer Update JNC – 8 Guidline Recommendations.....	8
2.2 Obat-obat terapi antihipertensi.....	26
2.3 Kontraindikasi Pemberian Obat Antihipertensi.	27
2.4 Efek samping Obat Antihipertensi	28
3.1 Definisi Operasional Variabel	56
4.1 Distribusi karakteristik demografi responden Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Lansia Hipertensi pada Lansia;Program Mantu Pasti (Pemantauan Pasien Hipertensi) di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung, Agustus-Juli 2025	65
4.2 Distribusi Tingkat Pengetahuan, Dukungan Keluarga, dan Kepatuhan lansia pasien hipertensi di Puskesmas Sumur Batu.....	66
4.5 Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Kelaurga dengan kepatuhan pengobatan pasien lansia hipertensi di Puskesmas Sumur Batu	68

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2. 1 Faktor yang mempengaruhi terjadinya patofisiologi hipertensi..	19
2. 2 Alur Panduan Inisiasi Terapi Obat Sesuai dengan Klasifikasi Hipertensi.	24
2. 3 Target Tekanan Darah dalam 3 bulan.....	25
2. 4 Strategi Penatalaksanaan Hipertensi Tanpa Komplikasi.....	29
2. 5 Kerangka Teori Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Hipertensi di adaptasi dari buku Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan (2021).....	50
2. 6 Kerangka Konsep	50

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Lanjut usia atau yang lebih sering dikenal dengan lansia suatu fase kehidupan yang dicapai seseorang pada usia >60 tahun, yang umumnya ditandai dengan perubahan secara fisik, kognitif, psikologis, dan intelektual yang memicu terjadinya gangguan kesehatan. Penyakit yang umumnya terjadi pada lansia yaitu hipertensi (tekanan darah tinggi) yang sering disebut sebagai "*Silent Killer*" karena penyakit terus berkembang tanpa menimbulkan adanya gejala. Penyebab terjadinya hipertensi pada lansia adalah tekanan darah yang berkelanjutan yang dapat mempengaruhi jantung, pembuluh darah, dan hormon. Pada lansia arteri akan kehilangan elastisitasnya sehingga pembuluh darah menjadi kaku dan sempit serta penurunan pada sensitivitas *refleks baroreseptor* (Nade&Rantung, 2020a).

Pengobatan hipertensi dilakukan dengan waktu yang lama dan konsisten untuk mencegah terjadinya komplikasi serius pada pasien, penyakit ini tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikendalikan untuk mengurangi resiko komplikasi. Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi diartikan sebagai tingkatan perilaku pasien dalam menjalani pengobatan untuk mengendalikan hipertensi, tetapi banyaknya pasien hipertensi tidak patuh dalam menjalani terapi yang dimana pasien meminum obat seumur hidup sehingga menimbulkan kejenuhan pada pasien. Kepatuhan pasien dalam menjalani terapi pengobatan dipengaruhi beberapa faktor seperti sosial-ekonomi, pelayanan kesehatan, sifat penyakit, jenis obat, dan karakteristik pasien, namun terdapat faktor pendorong yang berperan penting dalam pengobatan yaitu tingkat pengetahuan dan dukungan keluarga. Dukungan keluarga bertujuan mengatasi kejenuhan pada pasien, bentuk dukunganyang diberikan umumnya seperti mengingatkan jadwal konsumsi obat dan pemberian afirmasi positif. Selain itu adapun faktor tingkat pengetahuan yang dimana pasien dengan pendidikan dan pengetahuan

yang baik berpotensi 5 kali lebih besar patuh dalam pengobatan, hal ini dapat menjadi pendorong kepedulian pasien dalam pengecekan tekanan darah dan gaya hidup sehat yang diterapkan. . Dengan demikian, semakin baik tingkat pengetahuan pasien maka lebih mudah menerima dan mencari informasi terkait penyakit yang diderita (Juniarti et al., 2023; Rusita & Isnaeni, 2025a).

Berdasarkan data *World Health Organization* terdapat sekitar 972 juta orang (26,4%) didunia yang mengidap penyakit hipertensi dan terus mengalami kenaikan menjadi 29,2% di tahun 2025. Menurut data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 hipertensi pada orang lanjut usia umur 55-64 tahun berada pada prevalensi 45,9%, pada usia 65 sebanyak 57,6%, sedangkan untuk lansia umur ≥ 75 tahun berada di prevalensi 63,8%. Penelitian Hazwan dan Pinatih didapatkan 70% pasien yang memiliki kepatuhan rendah dalam mengkonsumsi obat hipertensi yang diberikan, hal ini sejalan dengan penelitian Ayuchecaria *et al.*, (2018) yang menggambarkan kurangnya kepatuhan minum obat antihipertensi sebesar 45,14% dengan kepatuhan sedang, dan 24,75% dengan kepatuhan rendah dari responden yang diteliti. Dengan demikian lansia cenderung mengalami kesulitan dalam patuh mengkonsumsi obat yang telah diresepkan (Rusita & Isnaeni, 2025).

Pencegahan penyakit hipertensi pada lansia dapat dilakukan melalui perubahan gaya hidup sehat, seperti tidak merokok, melakukan olahraga ringan, dan mengurangi asupan gula dan garam, serta pengelolaan hormon stress yang dapat diwujudkan melalui kegiatan promosi kesehatan sebagai metode pendekatan pada masyarakat. Pada lansia juga diperlukan adanya evaluasi pengobatan dengan pendekatan khusus yang berbeda dengan standar medis pada umumnya. Dimana dokter harus mempertimbangkan berbagi faktor akibat penyakit penyerta, penurunan fisik dan kognitif, dan perlunya peran pendamping saat diskusi kondisi pasien Evaluasi ini harus

dilakukan pada minggu kedua hingga keempat setelah pasien menjalani terapi dimulai (Amanda et al., 2024; Asep Sukohar & Suarmanto, 2021).

Pada penelitian yang dilakukan Ashari *et al.*, (2021) mengindikasikan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dan kepatuhan dalam pengendalian hipertensi. Hasil studi menunjukkan pasien yang mendapatkan dukungan keluarga yang kurang baik cenderung memiliki risiko lebih tinggi sebesar 2,667 kali dibandingkan dengan pasien yang mendapatkan dukungan secara utuh dari keluarganya. Gambaran data yang diberikan dari penelitian ini dapat memperkuat adanya perbedaan yang signifikan antara kepatuhan pengendalian pada respon dengan dukungan keluarga yang utuh dengan dukungan keluarga yang kurang baik (Ashari *et al.*, 2021).

Dalam hal ini peneliti tertarik menganalisis terkait “Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga pada Pasien Lansia Hipertensi: Program Mantu Pasti (Pemantauan Pasien Hipertensi) di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung 2025”. Peneliti berharap penelitian ini dapat membantu pihak Puskesmas untuk mengetahui adanya faktor pendorong yang memiliki peran besar terhadap kepatuhan minum obat pasien hipertensi, sehingga dapat membantu upaya dalam mengurangi ketidakpatuhan lansia dalam menjalani pengobatan hipertensi. Dengan ini dapat menciptakan dan membangun rasa percaya di antara tenaga kesehatan dan pasien sehingga dapat mencapai target yang diinginkan.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang yang telah dijabarkan berdasarkan data yang ada terdapat perumusan masalah yang akan diteliti dalam penelitian:

1. Bagaimana tingkat pengetahuan pasien lansia hipertensi di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung tahun 2025?
2. Bagaimana dukungan keluarga pasien lansia hipertensi di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung tahun 2025?
3. Apakah terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan minum obat pada lansia penderita hipertensi di Puskesmas Sumur batu Kota bandar lampung tahun 2025?
4. Apakah terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada lansia penderita hipertensi di Puskesmas Sumur batu Kota bandar lampung tahun 2025?

1.3. Tujuan Penelitian

1. Menganalisis tingkat pengetahuan pada pasien hipertensi lansia di Puskesmas Sumur Batu
2. Menganalisis dukungan keluarga pasien hipertensi lansia di Puskesmas Sumur Batu
3. Mengidentifikasi kepatuhan pada pasien dalam meminum obat dan menjalani terapi pengobatan hipertensi di Puskesmas Sumur Batu
4. Menganalisis adanya hubungan tingkat pengetahuan dan dukungan keluarga pasien dengan kepatuhan pengobatan pada pasien hipertensi lansia di Puskesmas Sumur Batu

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat memberikan wawasan dan sudut pandang lain tentang hubungan pengetahuan dan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat hipertensia pada lansia.

1.4.2. Manfaat Praktis

a. Bagi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Hasil pada penelitian dapat memberikan informasi bagi unit pelayanan kesehatan dengan tujuan peningkatan upaya pemantauan minum obat pada lansia dengan pemberdayaan dukungan keluarga serta pengetahuan yang dapat diberikan kepada pasien.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber referensi bagi ilmu farmasi klinis. Temuan mengenai faktor-faktor keberhasilan pengobatan hipertensi pada lansia, seperti kepatuhan minum obat dan peran keluarga, serta tingkat pengetahuan, bisa menjadi dasar bagi penelitian lain. Selain itu, penelitian ini juga berguna sebagai materi pembelajaran bagi mahasiswa farmasi, memberi mereka pemahaman nyata tentang penyakit hipertensi pada lansia dan cara penanganannya.

c. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai urgensi dan metode pengendalian hipertensi yang efektif, khususnya bagi populasi lansia. Pengetahuan ini tidak hanya penting bagi tenaga kesehatan, tetapi juga bagi pasien lansia itu sendiri dan keluarga mereka. Dengan memahami cara kerja obat, efek samping, serta pentingnya gaya hidup sehat, diharapkan kepatuhan pasien dalam menjalankan terapi dapat meningkat.

d. Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan mampu meningkatkan kesadaran masyarakat akan betapa pentingnya pengetahuan dan peran keluarga dalam keberhasilan terapi hipertensi pada lansia. Hasil penelitian ini dapat menunjukkan bahwa pengetahuan dan dukungan keluarga bukan hanya sekedar pendamping, melainkan faktor pendorong yang signifikan dalam kepatuhan pasien lansia minum obat dan menjalani gaya hidup sehat. Dengan data yang kuat, masyarakat, terutama keluarga pasien, akan lebih memahami bahwa partisipasi aktif adalah bagian tak terpisahkan dari pengobatan. Hal ini diharapkan dapat mendorong perubahan perilaku positif dan menjadikan keluarga sebagai mitra strategis dalam menjaga kesehatan lansia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Penyakit tidak menular seperti hipertensi adalah penyakit kronik disebabkan karena adanya desakan darah yang berlebih dan tidak konstan pada pembuluh darah arteri. Tekanan ini berasal dari kekuatan jantung Ketika memompa darah. Pasien di diagnosis mengalami terjadi hipertensi ketika hasil pengukuran darah sistolik (TDS) yang dimiliki ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik (TDD) ≥ 90 mmHg setelah melakukan pemeriksaan tekanan darah secara berulang (Lukitaningtyas & Cahyono, 2023).

Hipertensi dibagi menjadi 2 yaitu hipertensi yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer adalah tekanan darah sistemik yang naik secara persisten, Sedangkan hipertensi sekunder adalah peningkatan tekanan darah yang diakibatkan kondisi fisik yang ada sebelumnya seperti penyakit ginjal atau gangguan tiroid. Tekanan darah yang tidak terkontrol dapat mengakibatkan komplikasi penyakit seperti stroke, *infark miokard*, gagal ginjal, ensefalopati, dan kejang (Wati et al., 2023).

Hipertensi diklasifikasikan sebagai penyakit *degenerative* yang memiliki mortalitas tinggi yang secara substansial dapat mengakibatkan kerusakan kualitas hidup dan produktivitas pada setiap individu yang terdampak. Naiknya tekanan darah seseorang dapat dipicu dari berbagai faktor risiko termasuk variabel yang tidak

dapat dimodifikasi misalnya seperti usia, jenis kelamin, dan juga genetik pada individu tersebut, namun terdapat faktor perilaku yang dapat dirubah untuk membantu menangani tekanan darah seperti aktivitas fisik, perilaku dan gaya hidup seseorang. Menurut *World Health Organization* (2022) biasanya pada pasien hipertensi muncul gejala seperti sakit kepala, penglihatan kabur, telinga mendengung, mimisan, dan detak irama jantung yang tidak teratur (Puspitasari et al., 2023).

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

The Eighth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VIII) telah mengelompokkan tekanan darah berdasarkan usia ≥ 18 tahun dengan atau tanpa adanya faktor resiko atau kerusakan pada organ.

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah menurut JNC VIII. *Hypertension The silent Killer Update JNC – 8 Guidline Recommendations*

Klasifikasi tekanan darah	Tekanan darah sistolik	Tekanan darah diastolic
Normal	<120 mmHg	<80 mmHg
Prehipertensi	120 – 139 mmHg	80 – 89 mmHg
Hipertensi derajat 1	140 – 159 mmHg	90 – 99 mmHg
Hipertensi derajat 2	≥ 160 mmHg	≥ 100 mmHg

(Yudha et al., 2018)

Hipertensi berdasarkan penyebabnya dikelompokkan menjadi 2, yaitu :

1. Hipertensi Primer (Hipertensi *Esensial*)

Suatu kejadian dimana terjadi peningkatan persisten tekanan arteri akibat ketidakaturan mekanisme *control homeostatic* normal, yang biasa dikenal sebagai hipertensi idiopatik. Faktor yang mempengaruhi hipertensi ini seperti, lingkungan, sistem *renin-angiotensin*, genetik, hiperaktivitas susunan saraf

simpatis, defek dalam ekskresi Na, peningkatan Na dan Ca intraseluler dan faktor-faktor yang beresiko meningkatkan tekanan darah seperti obesitas dan merokok (Lukitaningtyas & Cahyono, 2023).

2. Hipertensi Sekunder

Hipertensi ini berhubungan dengan adanya gangguan sekresi hormon dan fungsi ginjal. Penyebab spesifik hipertensi sekunder ini adalah penyakit ginjal, hipertensi vaskuler renal, penggunaan estrogen, hiperaldosteronisme primer, sindrom *Cushing*, dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan. Dari banyaknya kasus hipertensi sekunder ini dapat disembuhkan dengan cara tatalaksana secara tepat (Lukitaningtyas & Cahyono, 2023).

Hipertensi renal umumnya disebabkan oleh iskemia ginjal yang mengakibatkan pelepasan renin di ginjal. Pelepasan renin menyebabkan perubahan dari angiotensin menjadi *angiotensin I*. *Angiotensin I* akan diubah menjadi *angiotensin II* yang dilakukan oleh *Angiotensin Converting Enzyme* (ACE). *Angiotensinogen II* menyebabkan *vasokonstriksi* (peningkatan TPR) dan melepaskan aldosterone. Aldosteron menyebabkan retensi natrium dan melakukan peningkatan pada curah jantung (Kemenkes, 2019)

Hipertensi hormonal umumnya disebabkan dari *Sindrom adrenogenital*, *Primary hyperaldosteronism*, *Cushing's syndrome*, *Pheochromocytoma*, atau kontrasepsi. Pada sindrom adrenogenital pembentuk kortisol di korteks adrenal dihambat sehingga menyebabkan pelepasan *Adrenocorticotrophic Hormone* (ACTH) tidak dihambat. Sehingga terjadi retensi natrium yang menyebabkan peningkatan volume cairan ekstra

sel dan meningkatkan curah jantung. *Primary hyperaldosteronism (syndrome Conn)* yang diakibatkan oleh tumor korteks adrenal yang melepaskan aldosterone dalam jumlah yang besar tanpa pengaturan. *Cushing's syndrome*, pelepasan ACTH yang tidak cukup dikarenakan *neurogenic* atau tumor hipofisa ataupun tumor di korteks adrenal otonom yang menyebabkan peningkatan glukokortikoid didalam darah. Keduanya akan meningkatkan efek katekolamin (peningkatan curah jantung) dan peningkatan kerja mineralokortikoid akibat peningkatan kortisol (retensi natrium) sehingga terjadi kenaikan tekanan darah. *Pheochromocytoma* merupakan tumor yang ada pada medula adrenal yang menghasilkan katekolamin (epinefrin dan norepinefrin) sehingga mengakibatkan peningkatan curah jantung dan tahanan perifer total. Kontrasepsi oral dapat menyebabkan retensi natrium dan mengakibatkan curah jantung meningkat (Kemenkes, 2019).

Hipertensi *neurogenic* disebabkan oleh ensefalitis, edema serebral, pendarahan serebral dan tumor otak akan menyebabkan rangsangan pada pusat sistem saraf simpatik di otak, sehingga tekanan darah meningkat. Abnormalitas stimulasi pusat kerja jantung yang merupakan bagian dari sindrom jantung hiperkinetik akan merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya hipertensi (Kemenkes, 2019).

2.1.3 Faktor Resiko Hipertensi

Puspitasari *et al.*, (2003) mengelompokkan faktor-faktor risiko hipertensi menjadi 2 golongan yaitu:

1. Faktor-faktor yang tidak dapat diubah, meliputi:

- a. Usia

Pertambahan umur merupakan faktor risiko independen yang signifikan terhadap hipertensi, yang dapat didorong

oleh kekakuan *vascular (aterosklerosis)* dan penurunan elastisitas pembuluh darah, yang secara kumulatif berkontribusi pada peningkatan tekanan darah atau sering juga disebut sebagai hipertensi.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor determinan dalam prevalensi hipertensi. Dimana secara umumnya, laki-laki menunjukkan kecenderungan yang lebih tinggi untuk mengalami terjadinya hipertensi yang biasanya dihubungkan dengan adanya modifikasi gaya hidup yang kurang sehat, seperti kebiasaan merokok. Namun, pola ini bergeser secara signifikan pada Perempuan *pascamenopause*, yang dimana kejadian hipertensi justru lebih meningkat dibandingkan pada kelompok laki-laki meskipun dengan kelompok usia yang sama. Peningkatan risiko hipertensi ini terjadi karena penurunan drastis produksi hormon estrogen yang merupakan agen protektif secara alami dapat membantu mencegah terjadinya aterosklerosis dan menjaga elastisitas pembuluh darah.

2. Faktor – faktor yang dapat diubah, meliputi :

a. Obesitas

Jika seseorang mengalami obesitas maka akan terjadinya peningkatan lemak yang berlebihan dalam darah yang akan menyebabkan hiperlipidemia, sehingga menyebabkan pembuluh darah menyempit dan memicu kerja jantung untuk memompa darah lebih keras. Hal ini akan menyebabkan tekanan darah meningkat.

b. Merokok

Di dalam rokok terkandung berbagai zat beracun, seperti karbon monoksida dan nikotin yang apabila dihisap kedalam tubuh akan masuk ke dalam aliran darah dan merusak lapisan pembuluh darah yang dapat menyebabkan terbentuknya aterosklerosis dan penebalan pada pembuluh darah sehingga tekanan darah meningkat.

c. Stress

Jika seseorang mengalami tekanan emosional dalam dirinya itu akan menjadi salah satu penyebab tekanan darah tinggi meningkat. Misalnya saat seseorang sedang mengalami kecemasan, ketakutan, dan dalam tekanan yang dapat merangsang keluarnya *hormone adrenaline*, sehingga jantung berdetak lebih cepat dari biasanya dan hal ini menyebabkan tekanan darah meningkat nutrisi konsumsi natrium berlebihan yang terkandung pada garam menjadi salah satu faktor tekanan darah meningkat sehingga terjadinya hipertensi.

d. Penyalahgunaan Obat

Penyalahgunaan obat diartikan sebagai penggunaan obat-obat terlarang dan merokok yang mengandung nikotin dan kokain yang menjadi faktor-faktor resiko terjadinya peningkatan tekanan darah atau hipertensi.

e. Etnis

Data statistik mortalitas mengidentifikasi bahwa angka kematian wanita dengan kulit putih dewasa hipertensi lebih rendah dibandingkan dengan angka kematian pria berkulit putih dewasa. Namun, sebaliknya wanita berkulit hitam

dewasa memiliki angka mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan laki – laki dewasa berkulit hitam.

f. Diabetes

Diabetes bisa menjadi faktor yang dapat mempercepat terjadinya *aterosclerosis* dan menyebabkan hipertensi dan kerusakan pada pembuluh darah besar.

g. Riwayat Keluarga

Keterkaitan genetik dalam keluarga terhadap penyakit hipertensi mencerminkan sifatnya yang poligenik dan *multifactorial*. Resiko hipertensi pada seseorang diyakini merupakan hasil dari interaksi antara warisan genetik mereka dengan determinasi lingkungan (gaya hidup, pola makan, dll.) yang lazim dalam unit keluarga tersebut.

2.1.4 Tanda dan Gejala Hipertensi

Menurut Fatma et al., (2021) pada kebanyakan kasus hipertensi yang terjadi tidak ada tanda dan gejala spesifik, sering kali keberadaan hipertensi tidak disadari. Hipertensi umumnya akan menimbulkan gejala ketika sudah mengalami komplikasi. Gejala yang umumnya dirasakan penderita hipertensi, yaitu:

1. Sakit Kepala dan Pusing

Hal ini sangat sering dialami penderita hipertensi, terutama pada penderita hipertensi dalam tahap krisis dengan tekanan darah >180/120 mmHg.

2. Terganggunya Sistem Penglihatan

Gangguan pada sistem penglihatan merupakan salah satu gejala dan tanda yang muncul ketika seseorang mengalami hipertensi atau naiknya tekanan darah diatas ambang normal. Hal ini disebabkan ketika tekanan darah mengalami kenaikan yang

tinggi dapat mengakibatkan pembuluh darah mata pecah dan penglihatan mengalami penurunan.

3. Mual dan Muntah

Ketika tekanan darah meningkat sangat memungkinkan terjadi pendarahan pada bagian dalam kepala dan menyemburkan muntah secara tiba-tiba. Salah satu faktor risiko perdarahan di dalam kepala adalah hipertensi.

4. Nyeri Dada dan Sesak Nafas

Nyeri dada merupakan tanda dan gejala yang umumnya dialami oleh penderita hipertensi. Hal ini disebabkan akibat penyumbatan pada pembuluh darah di bagian organ jantung, tetapi tidak jarang tanda ini menunjukkan adanya serangan jantung yang berasal dari kenaikan tekanan darah. Selain itu, penderita hipertensi dapat mengalami sesak napas akibat jantung mengalami pembesaran dan gagal memompa darah.

5. Bercak Darah di Mata dan Muka mengalami Kemerahan

Bercak darah pada daerah mata sering disebut sebagai perdarahan konjungtiva yang umumnya dialami penderita hipertensi dengan komplikasi diabetes melitus (DM) dan ketika pembuluh darah di wajah mengalami pelebaran akan menyebabkan wajah terlihat memerah.

2.1.5 Etiologi Hipertensi

Umumnya penyebab khusus terjadinya hipertensi hanya dapat ditemukan di beberapa kasus sekitar 10-15%. Pada kasus hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya dikenal dengan sebutan Hipertensi *Essensial*. Tekanan darah dapat meningkat disebabkan oleh peningkatan tahanan (*resistance*) pengaliran darah melalui *arteriol-arterioal* secara keseluruhan, sedangkan umumnya curah

jantung biasanya normal. Pada penelitian seksama yang dilakukan terhadap fungsi sistem saraf otonom, *refleks baroreseptor*, sistem *renin-angiotensin-aldosterone* dan ginjal belum dapat diidentifikasi adanya kelainan yang dapat menyebabkan meningkatnya resistensi pembuluh darah tepi pada hipertensi *essensial*. Salah satu faktor terjadinya peningkatan tekanan darah biasanya disebabkan oleh kombinasi dari berbagai kelainan (*multifactorial*), tetapi terdapat faktor lain seperti faktor keturunan, faktor lingkungan sekitar, berat badan yang tidak ideal (obesitas), resistensi insulin, konsumsi alkohol yang berlebihan, konsumsi natrium (garam) yang berlebih, usia, kurangnya aktivitas fisik, asupan kalium (K^+) dan kalsium (Ca^+) yang rendah, serta stress (Ernawati et al., 2020).

2.1.6 Patofisiologi Hipertensi

Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah kronis dalam jangka panjang yang menyebabkan kerusakan organ target dan mengakibatkan meningkatnya morbiditas dan mortalitas. Tekanan darah berasal dari hasil perkalian curah jantung dan resistensi vaskular sistemik karena itu pasien dengan hipertensi arteri dapat mengalami peningkatan curah jantung, peningkatan resistensi *vascular* sistemik atau bahkan keduanya. Peningkatan tekanan darah yang signifikan terutama pada saat sistol terjadi, hal ini kan mendorong peningkatan tekanan pada fase awal *diastole*, dimana mekanisme ini secara esensial memperbaiki fungsi arteri koroner. Namun, sejalan dengan proses penuaan, rigiditas progresif aorta dan arteri elastis yang menyebabkan pelebaran pada tekanan nadi. Fenomena gelombang pantul yang bergeser untuk mencapai puncak awal *diastole* ke fase akhir *sistol* secara patologis meningkatkan afterload pada ventrikel kiri dan berperan besar terhadap perkembangan hipertrofi ventrikel kiri. Oleh karena itu, terjadinya pelebaran tekanan nadi yang menjadi indikator

prognostik yang kuat untuk penyakit jantung koroner (Ernawati et al., 2020).

Sistem saraf otonom sangat berperan dalam pengendalian tekanan darah. Pada pasien hipertensi terjadi peningkatan pelepasan dan peningkatan *sensitivitas perifer* terhadap *norepinefrin*, serta terjadinya peningkatan respons stimulus stress. Gejala hipertensi arteri juga umumnya pengaturan ulang barorefleks dan penurunan *sensitivitas baroreseptor*. Sistem *renin-angiotensin* terlibat dalam beberapa bentuk hipertensi seperti hipertensi *renovascular* dan akan ditekan pada kondisi *hiperaldosteronisme primer*. Pada pasien lanjut atau seseorang dengan kulit hitam cenderung mengalami hipertensi renin rendah, namun pada pasien lain yang mengalami hipertensi renin tinggi lebih cenderung akan mengalami infark miokard dan komplikasi kardiovaskular lainnya. Pada beberapa bentuk hipertensi seperti hipertensi *essensial* dan hipertensi eksperimental regulasi volume dan hubungan antara tekanan darah serta ekskresi natrium (natriuresis tekanan) yang bersifat abnormal. Hal ini dapat menunjukkan bahwa pengaturan ulang pada natriuresis tekanan yang memegang kunci dalam penyebab hipertensi. Pada pasien hipertensi esensial, pengaturan ulang ini ditandai oleh pergeseran paralel ke tekanan darah yang lebih tinggi dan hipertensi yang tidak sensitif pada garam atau terjadi penurunan kemiringan natriuresis tekanan dan hipertensi yang sensitif terhadap garam (Ernawati et al., 2020).

Menurut DiPiro (2015) terdapat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi hipertensi primer yaitu :

1. Kelaianan humoral yang melibatkan sistem *renin-angiotensin-aldosterone*, dan hormon *natriuretic* ataupun insulin serta *hyperinsulinemia*
2. Terjadinya gangguan pada sistem saraf pusat, serabut saraf otonom, dan *reseptor adrenergic* atau baroreseptor.

3. Terjadi kelainan proses autoregulasi pada ginjal atau jaringan sekresi natrium, volume plasma, dan penyempitan arteriolar
4. Kurangnya zat sintetis yang menyebabkan vasodilatasi dalam *endothelium vascular* atau terjadinya kelebihan zat sehingga menyebabkan vasokonstriksi (*angiotensin II, endothelin I*) (Ernawati et al., 2020).

Menurut Ernawati et al (2020) organ-organ yang ada didalam tubuh manusia memiliki peran besar dalam *pathogenesis* dan patofisiologi hipertensi, sebagai berikut:

1. Peran Ginjal dalam Patogenesis Hipertensi *Essensial*

Organ ginjal berfungsi sebagai pengaturan tekanan darah melalui peraturan sekresi natrium dan air, homeostasis natrium yang terikat melalui adanya mekanisme penekanan natriuresis yang dapat menjaga kestabilan tekanan darah. Jika tekanan perfusi dari ginjal mengalami peningkatan maka output natrium pada ginjal akan meningkat dan volume cairan ekstraseluler akan berkontraksi dan menyebabkan tekanan kembali ke nilai normal. Berdasarkan teori ini, hipertensi dihasilkan dari efek mekanisme tekanan natriuresis. Namun, terdapat faktor endokrin seperti sistem *renin-angiotensin-aldosterone*, oksida nitrat dan prostaglandin yang bisa mengubah tekanan natriuresis menjadi meningkat ataupun mengalami penurunan. Pengaturan natrium dilakukan oleh segmen distal nefron yang berguna sebagai pengaturan keseimbangan natrium dalam kaitannya dengan perubahan tekanan darah seperti *Reactive Oxygen Species* (ROS) yang bisa memodifikasi hubungan tekanan dan natriuresis.

2. Sistem Saraf Simpatik dan Sistem RAA (*Renin Angiotensin Aldosteron*)

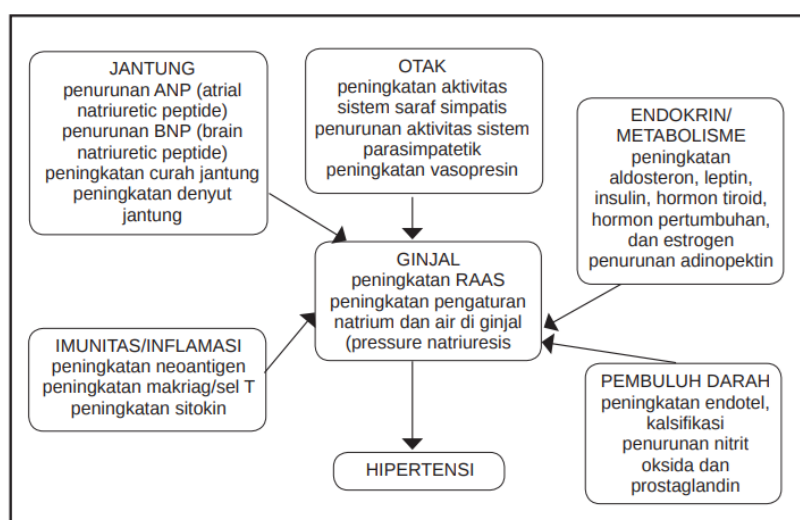
Sistem renin angiotensin aldosterone atau yang disingkat RAS berasal dari sintesis renin yang terdapat dari sel-sel *juncta*

glomerulus ginjal. Menurut Kobori *et al.*, (2007) dalam buku panduan kepatuhan konsumsi obat hipertensi mengatakan terdapat banyak komponen sistem *renin-angiotensin-aldosterone* di dalam ginjal. RAAS merupakan penyebab dari vasokonstriktor yang berfungsi sebagai *growth promoting peptide*. Fungsi angiotensin II didalam ginjal adalah sebagai pengontrol hemodinamik dan *glomerulus* karena angiotensin II yang memodulasi laju pada filtrasi di arteri aferen dan eferen dan berperan dalam modulasi reabsorpsi natrium tubulus ginjal. Angiotensin II juga dapat memicu terjadinya inflamasi, pertumbuhan sel, mitogenesis, apoptosis, migrasi dan diferensiasi, dan mengatur ekspresi gen zat bioaktif, serta untuk mengaktifkan beberapa jalur sinyal intraseluler yang dapat menyebabkan terjadinya kenaikan tekanan darah dan memicu terjadinya komplikasi. Pada angiotensin II dapat mengaktifkan fosfolipase A2 (PLA2) yang memiliki enzim yang menghasilkan asam arakidonat. Prostaglandin merupakan produk metabolisme dari asam arakidonat, dalam proses produksinya terdapat beberapa langkah sebagai berikut:

- a) Pelepasan asam arakidonat dari fosfolipid membrane dibawah aksi fosfolipase A2
- b) Prostaglandin H2 (PGH2) dihasilkan dari katalisis asam arakidonat oleh *siklooksigenase* (COX1, COX2, COX3)
- c) Pada generasi spesifik prostaglandin yang berada di bawah pengaruh *prostaglandin sintase* misalnya seperti *prostacyclin synthase* yang berguna sebagai pembentukan prostacyclin (PGI2) atau untuk pembentukan *thromboxane synthase* yang akan menghasilkan tromboksan A2 (Ernawati *et al.*, 2020).

3. Faktor-faktor yang berperan dalam patofisiologi Hipertensi

Organ manusia memiliki peran dalam terjadinya patofisiologi hipertensi yaitu jantung, otak, ginjal, dan pembuluh darah. Tetapi terdapat faktor lain yang dapat mempengaruhi patofisiologi hipertensi yaitu imunitas dan sistem endokrin. Penurunan *Atrial Natriuretic Peptide* (ANP) dan *Brain Natriuretic Peptide* (BNP) juga memiliki peran dalam naiknya tekanan darah. Posisi ANP dan BNP berada di jantung dan keluar saat *ventricular* jantung mengalami peregangan. Sifat dari ANP dan BNP yaitu *diuretic*, *antiproliferative* dan *antiinflamasi*. ANP menyebabkan terjadinya kontraksi volume *intravascular* yang dapat menyebabkan penghambatan pada ekresi aldosterone dan renin. Peningkatan tekanan darah dapat berasal dari adanya peningkatan *cardiac output*/curah jantung dan denyut jantung (Ernawati et al., 2020).



Gambar 2. 1 Faktor yang mempengaruhi terjadinya patofisiologi hipertensi. Adaptasi dari *Burnier & Wueznner* (2019) dalam buku buku panduan kepatuhan konsumsi obat hipertensi.

2.1.7 Komplikasi Hipertensi

Hipertensi dapat mempengaruhi adanya risiko gagal ginjal dan kondisi-kondisi lainnya. Hipertensi umumnya terjadi bersamaan

dengan penyakit lainnya seperti obesitas, diabetes, dan kolesterol tinggi yang meningkatkan efek bahaya bagi kesehatan. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama (persisten) dapat menjadi penyebab kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (jantung koroner), dan otak jika penderita tidak menyadari hipertensi secara dini serta mendapat pengobatan yang tepat (Suciana et al., 2024).

Penyakit Hipertensi menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang mengakibatkan semakin tingginya tekanan di dalam darah. Pengobatan awal pada pasien hipertensi merupakan bagian krusial karena sebagai salah satu upaya pencegahan timbulnya komplikasi pada organ-organ lain. Hipertensi yang tidak terkontrol bisa mengakibatkan adanya gangguan psikososial, fisik, dan fungsi kognisi yang pada akhirnya mengakibatkan komplikasi yang sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Pencegahan komplikasi harus dilakukan untuk memperbaiki kualitas hidup pasien untuk mencegah adanya komplikasi fatal hipertensi seperti menghindari kegemukan, membatasi konsumsi alkohol dan rokok, dan berusaha membina hidup yang lebih positif. Hal ini dapat terwujud apabila masyarakat dan pasien hipertensi menyadari akan bahaya komplikasi hipertensi tinggi (Suciana et al., 2024).

2.1.8 Tatalaksana Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi terbagi menjadi dua bagian pendekatan yaitu pendekatan secara farmakologis dan nonfarmakologis. Penatalaksanaan farmakologis dilakukan sebagai upaya mengurangi angka kematian dan terjadinya komplikasi dengan cara mempertahankan tekanan darah arteri pada batas ambang target $\leq 140/90$ mmHg dan $\leq 130/80$ mmHg untuk pasien dengan penyakit *diabetes melitus* (DM) atau penyakit kronis pada ginjal. Penatalaksanaan dengan pendekatan non farmakologis melibatkan

modifikasi gaya hidup yang lebih sehat misalnya pembatasan konsumsi alkohol dan natrium, olahraga ringan, dan makanan-makanan sehat dengan tujuan mempertahankan berat badan ideal (Suciana et al., 2024).

1. Intervensi Pola Hidup

Pola hidup yang sehat bisa mencegah atau memperlambat hipertensi dan dapat mengurangi terjadinya resiko kardiovaskular. Dengan pola hidup yang sehat dapat memperlambat ataupun mencegah kebutuhan terapi obat pada kejadian hipertensi derajat 1, namun sebaiknya tidak menunda inisiasi terapi pada pasien dengan HMOD (*Hypertension-Mediated Organ Damage*) atau risiko tinggi kardiovaskular. Hal ini telah terbukti menurunkan tekanan darah, misalnya seperti pembatasan konsumsi garam dan alkohol, peningkatan konsumsi sayuran dan buah, penurunan berat badan, dan menjaga berat badan ideal, melakukan aktivitas fisik teratur, serta menghindari penggunaan rokok (Lukito et al., 2021).

a. Pembatasan Konsumsi Garam

Terdapat bukti adanya hubungan antara konsumsi garam dengan terjadinya hipertensi. Mengonsumsi garam yang berlebihan terbukti dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dan prevalensi hipertensi. Rekomendasi penggunaan natrium (Na) seharusnya tidak lebih dari 2 gram/hari atau setara dengan 5-6 gram *NaCl* dalam sehari ataupun 1 sendok teh garam dapur serta hindari makanan dengan kandungan tinggi garam.

b. Perubahan Pola Makan

Pasien hipertensi sangat disarankan untuk mengonsumsi makanan seimbang yang mengandung sayuran, kacang-kacangan, buah segar, produk olahan susu rendah lemak,

gandum, ikan dan asam lemak tak jenuh (terutama minyak zaitun), serta membatasi asupan daging merah dan asam lemak jenuh yang dapat meningkatkan tekanan darah.

c. Penurunan Berat Badan dan Menjaga Berat Badan Ideal

Menurut Riskesdas (2018) terjadi peningkatan prevalensi obesitas pada orang dewasa dari 14,8% menjadi sebesar 21,8%. Tujuan pengendalian berat badan ini untuk pencegahan obesitas ($IMT > 25 \text{ kg/m}^2$), dan menargetkan berat badan ideal ($IMT 18,5 - 22,9 \text{ kg/m}^2$) dengan lingkar pinggang $< 90 \text{ cm}$ pada laki-laki dan $< 80 \text{ cm}$ pada perempuan.

d. Olahraga Teratur

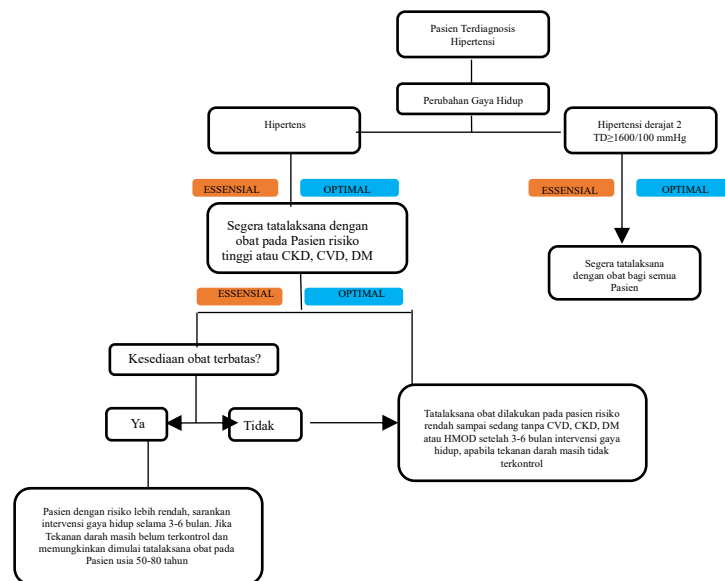
Aktivitas fisik aerobik yang dilakukan secara konsisten dan teratur merupakan intervensi non-farmakologis yang esensial yang tidak hanya berfungsi sebagai strategi preventif tetapi juga berguna sebagai terapi *adjuvant* untuk *hypertensin* itu sendiri serta memberikan peran vital dalam menurunkan morbiditas dan mortalitas kardiovaskular. Dampak dari penurunan tekanan darah (TD) dari latihan sangat bergantung pada intensitasnya. Protokol latihan dengan intensitas dan durasi rendah terbukti dapat memberikan efektivitas yang marginal dibandingkan dengan sesi latihan intensitas sedang atau tinggi. Bagi individu dengan hipertensi sangat dianjurkan untuk melakukan latihan *aerobic* dinamik berintensitas sedang, seperti berenang, berjalan cepat, bersepeda atau hal lain selama 30 menit per sesi, dengan frekuensi optimal 5 hingga 7 hari dalam seminggu untuk mencapai *control hemodinamik* yang signifikan.

e. Berhenti Merokok

Merokok merupakan faktor risiko *vascular* dan onkologis yang telah terbukti menyebabkan naiknya tekanan darah. Berdasarkan *consensus* penatalaksanaan hipertensi, semua individu yang di diagnosis dan memiliki kebiasaan merokok harus mendapatkan edukasi dan konseling *komprehensif* tentang penting menghentikan kebiasaan merokok secara total, mengingat dampak buruk substansial yang diberikan terhadap prognosis kardiovaskular.

2. Penentuan Batas Tekanan Darah untuk Inisiasi Obat

Penatalaksanaan medikamentosa (pemberian obat) pada pasien hipertensi yang bertujuan untuk mencapai penurunan tekanan darah yang efektif dan efisien guna meminimalisasikan risiko komplikasi. Penting untuk diketahui bahwa inisiasi terapi anti hipertensi farmakologis (obat-obatan) tidak selalu menjadi langkah intervensi pertama, banyaknya kasus kejadian hipertensi menggunakan penatalaksanaan modifikasi gaya hidup *komprehensif* (diet, olahraga, dll) sebagai langkah utama penatalaksanaan sebelum atau bersamaan dengan pemberian obat (Lukito et al., 2021).



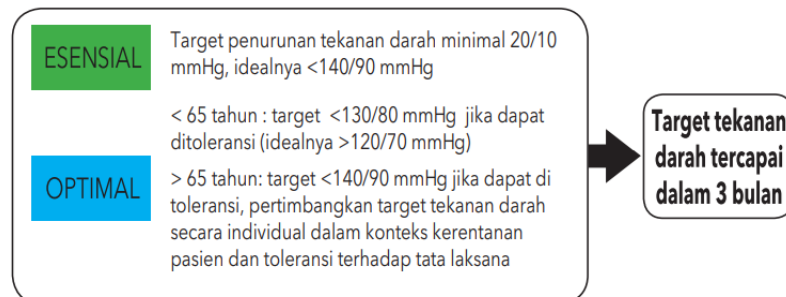
Gambar 2. 2 Alur Panduan Inisiasi Terapi Obat Sesuai dengan Klasifikasi Hipertensi.

HMOD=*hypertension-mediated organ damage*;
 PJK=Penyakit jantung koroner; PKV=Penyakit kardiovaskular; TD=tekanan darah

3. Target Pengobatan Hipertensi

Salah satu kriteria krusial yang mendasari inisiasi terapi farmakologis pada hipertensi adalah pada penetapan ambang batas tekanan darah yang relevan. Berdasarkan *consensus* penatalaksanaan hipertensi PERHIMPUNAN DOKTER SPESIALIS KARDIOVASKULAR INDONESIA (PERHI) pada tahun 2019, target tekanan darah yang disepakati mencapai nilai $\leq 140/90$ mmHg tidak tergantung pada jumlah penyakit penyerta serta nilai risiko dari kardiovaskularnya (Lukito et al., 2021).

Pada Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi pada tahun 2021 telah disepakati target tekanan darah sebagai berikut ini :



Gambar 2. 3 Target Tekanan Darah dalam 3 bulan

4. Pengobatan Hipertensi-Terapi Obat

Pada panduan penatalaksanaan hipertensi yang berlaku saat ini sangat menganjurkan untuk mengadopsi terapi obat kombinasi sebagai strategi inisial pada mayoritas pasien dengan tujuan untuk mencapai target tekanan darah yang lebih cepat dan efektif. Untuk melakukan pengoptimalan kepatuhan pasien terhadap regimen pengobatan, dianjurkan untuk menggunakan formulasi pil tunggal berkombinasi (*single pill combination*/SPC), penggunaan SPC ini telah terbukti secara klinis dapat meningkatkan kemudahan dan kepatuhan jangka panjang pasien terhadap terapi yang sedang dilakukan (Lukito et al., 2021).

Lima golongan obat antihipertensi utama yang rutin direkomendasikan yaitu : ACEi, ARB, Beta Bloker, CCB dan Diuretik.

Tabel 2. 2 Obat – obat terapi antihipertensi

Kelas	Obat	Dosis (mg/hari)	Frekuensi per hari
Obat – obat pada Terapi Lini Utama			
<i>Tiazid atau thiazed-type diuretics</i>	Hidroklorothiazid	25 – 50	1
	Indapamide	1,25 – 2,5	1
<i>ACE Inhibitor</i>	Captopril	12,5 – 150	2 atau 3
	Enalapril	5 – 40	1 atau 2
	Lisinopril	10 – 40	1
	Perindopril	5 – 10	1
	Ramipril	2,5 – 10	1 atau 2
	Candesartan	8 – 32	1
	Eprosartan	600 – 800	1 atau 2
ARB	Irbesartan	150 – 300	1
	Losartan	50 – 100	1 atau 2
	Olmesartan	20 – 40	1
	Telmisartan	20 – 80	1
	Valsartan	80 – 320	1
CCB-Dihidropiridin	Amlodipin	2,5 – 10	1
	Felodiprin	5 – 10	1
	Nifedipin GITS	20 – 60	1
	Lercanidipin	10 – 20	1
	Diltiazem SR	180 – 360	2
CCB-Non dihidropiridin	Diltiazem CD	100 – 200	1
	Verapamil SR	120 – 180	1 atau 2
Alfa -1 bloker	Doxazosin	1 – 8	1
	Prazonisin	2 – 20	2 atau 3
	Terazosin	1 – 20	1 atau 2
Sentral alfa –1 agonis dan obat sentral lainnya	Metildopa	250 – 1000	2
	Klonidin	0,1 – 0,8	2
Direct Vasodilator	Hidralazin	25 – 200	2 atau 3
	Minoxidil	5 - 100	1 – 3
Obat-obat pada Terapi Lini Kedua			
Diuretik loop	Furosemid	20 – 80	2
	Torsemid	5 – 10	1
Diuretik hemat kalium	Amilorid	5 – 10	1 atau 2
	Triamteren	50 - 100	1 atau 2
Diuretik antagonis aldosterone	Eplerenon	50 - 100	1 atau 2
	Spironolakton	25 – 100	1
Beta bloker-kardioselektif	Atenolol	25 – 100	1 atau 2
	Bisoprolol	2,5 – 10	1
	Metoprolol tartrate	100 – 400	2
Beta bloker-kardioselektif dan vasodilator	Nebivolol	5 – 40	1
	Propanolol IR	160 – 480	2
Beta bloker-non kardioselektif	Propanolol LA	80 – 320	1
	Carvedilol	12,5 – 50	2
Beta bloker-kombinasi reseptor alfa dan beta			

Kontraindikasi pemberian obat antihipertensi tercantum pada table berikut :

Tabel 2. 3 Kontraindikasi Pemberian Obat Antihipertensi.

Obat	Kontraindikasi	
	Tidak dianjurkan	Relatif
Diuretik (tiazid/thiazide-like) misalnya : Chlorthalidone Indapamide	• Gout	• Sindrom Metabolik • Intoleransi glukosa • Kehamilan • Hiperkalsemia • Hipokalsemia
Beta Bloker	• Asma • Setiap blok sinoatrial atau atriventrikular derajat tinggi	• Sindrom metabolic • Intoleransi glukosa • Atlet dan individu yang aktif secara fisik
Calcium Channel Blocker (Dihidropidin)		• Takiaritmia • Gagal jantung (HFrEF kelas III atau IV) • Terdapat adema tungkai berat
Calcium Channel Bloker (Non-Dihidropidin)	• Setiap bloksionatrial atau atriventrikular derajat tinggi • Gangguan ventrikel kiri berat (fraksi ejeksi ventrikel kiri <40%) • Bradikardia (denyut jantung <60 kali per menit)	• Konstipasi
ACE Inhibitor	• Kehamilan • Riwayat angiodemia • Hiperkalemia (kalium >5,5 meq/L) • Stenosis arteri renalis bilateral	• Perempuan usia subur tanpa kontrasepsi
Angiotensin Receptor Blocker	• Kehamilan • Hiperkalemia (kalium >5,5 meq/L)	• Perempuan usia subur tanpa kontrasepsi

ACE=angiotensin converting enzyme; HFrEF= heart failure reduced ejection fraction.

Berikut ini merupakan efek samping setelah penggunaan obat antihipertensi yaitu:

Tabel 2. 4 Efek samping Obat Antihipertensi

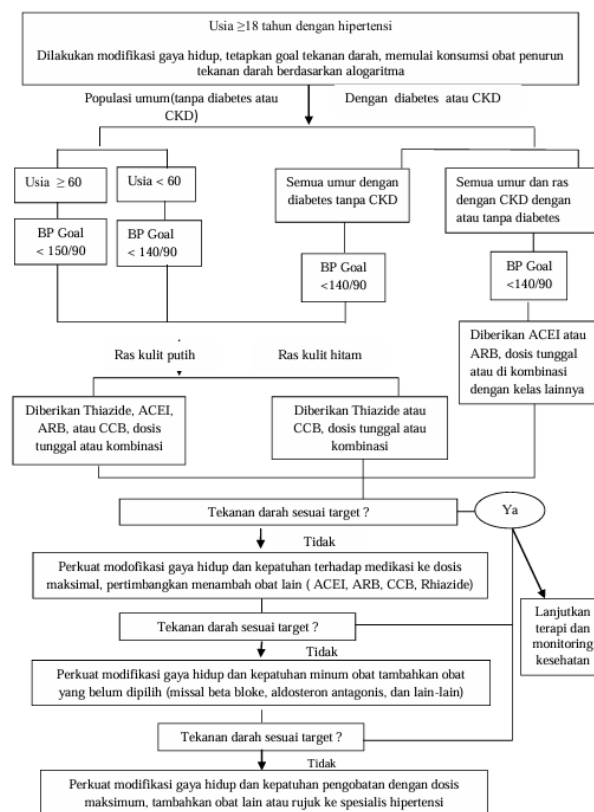
<i>ACE inhibitor</i>	Batuk, Hiperkalemia
<i>Angiotensin Receptor Bloker</i>	Hiperkalemia lebih jarang terjadi dibandingkan ACEi
<i>Calcium Chanel Blocker</i>	
Dihidropiridin	Edema pedis, sakit kepala
Non-Dihidropiridin	Kontipasi (verapamil), sakit kepala (diltiazem)
Diuretik	Sering berkemih, hiperglikemia, hiperlipidemia, hiperurisemia, disfungsi seksual
Sentral alfa-agonis	Sedasi, mulut kering, <i>rebound hypertension</i> , disfungsi seksual
Alfa bloker	Edema pedis, hipotensi ortostatik, pusing
Beta bloker	Lemas, bronkospasme, hiperglikemia, disfungsi seksual.

5. Algoritma Terapi Obat untuk Hipertensi

Algoritma farmakoterapi saat ini telah banyak dikembangkan untuk memberikan rekomendasi pengobatan dengan tujuan mempermudah pengobatan pada pasien hipertensi, seperti berikut ini :

- a. Inisiasi pengobatan pada sejumlah pasien dengan menggunakan kombinasi dua obat dan apabila memungkinkan dalam bentuk SPC dengan tujuan kepatuhan pasien.
- b. Pada umumnya kombinasi dua obat yang digunakan pada pasien hipertensi adalah RAS blocker (*Renin-angiotensin system blocker*), yakni ACEi atau ARB, dengan CCB atau *diuretic*.
- c. Bila terdapat indikasi spesifik (angina, pasca IMA, gagal jantung) sangat dianjurkan untuk menggunakan kombinasi beta bloker dengan diuretic ataupun obat golongan lain.
- d. Bila tekanan darah belum terkontrol dilakukan penambahan obat golongan lain dengan kombinasi obat golongan diatasnya.

- e. Pertimbangan monoterapi bagi pasien dengan hipertensi derajat 1 yang memiliki resiko rendah (TDS <150 mmHg), pasien dengan tekanan darah normal-tinggi yang memiliki resiko tinggi, dan pasien lanjut usia ≥ 80 tahun ataupun pasien dengan kondisi ringkih.
- f. Jika penggunaan kombinasi dua obat tidak dapat mengontrol tekanan darah maka dilakukan penggunaan tiga kombinasi obat yaitu *RAS blocker* (ACEi atau ARB), CCB dan juga *diuretic*.
- g. Penggunaan kombinasi dua penghambat RAS sangat tidak dianjurkan karena dapat meningkatkan resiko pada pasien tanpa memberikan peningkatan manfaat yang setara (Lukito et al., 2021).



Gambar 2. 4 Strategi Penatalaksanaan Hipertensi Tanpa Komplikasi. Dikutip dari 2020 *International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines*.

ACEi=Angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB=Angiotensin receptor blocker; CCB=Calcium channel blocker; MI=Myocardial infarction.

2.2 Teori *Lawrence Green*

Didalam buku Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan (2021) teori *Lawrence Green* merupakan suatu model dalam melakukan perubahan perilaku *Precede-Proceed* yang dikemukakan oleh *Lawrence Green* dan M. Kreuter (2005) yang menyatakan perilaku kesehatan dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor individu, kelompok, ataupun lingkungan sekitar, karena hal itu maka teori ini memiliki dua bagian utama yang berbeda. Bagian pertama dalam teori ini dikenal dengan PRECEDE (*Predisposing, reinforcing, enabling, constructs in, educational, diagnosis, and evaluation*) dan bagian kedua dikenal dengan PROCEED (*Policy, regulatory, organizational, constructs in, educational, environment, and development*).

Menurut *Green Lawrence* ada dua faktor yang mempengaruhi kesehatan seseorang yaitu faktor perilaku dan faktor diluar perilaku. Faktor perilaku juga dipengaruhi oleh 3 hal yaitu :

1. Faktor Predisposisi dimaknai sebagai faktor yang dapat membantu terjadinya perilaku seseorang yang diwujudkan ke dalam pengetahuan, kepercayaan, keyakinan, dan nilai-nilai norma sosial budaya, serta faktor sosiodemografi. Faktor predisposisi digambarkan sebagai pertimbangan secara personal yang mempengaruhi munculnya suatu perilaku yang dapat menjadi pendorong maupun penghambat. Terdapat beberapa komponen didalam faktor predisposisi yaitu: pengetahuan yang merupakan hasil penginderaan sebagai upaya pencegahan dan pemanfaatan dalam pelayanan kesehatan. Selanjutnya persepsi yang menjadi bagian dalam menyeleksi, mengatur atau menginterpretasikan stimulus menjadi hal yang masuk akal. Usia menjadi pengaruh dalam tingkat kedewasaan seseorang untuk berfikir dan meminta terhadap permintaan layanan kesehatan. Pendidikan juga dapat membentuk perilaku, kesadaran, dan kemudahan individu dalam menerima adanya informasi. Pekerjaan dan pendapatan akan saling berkaitan dalam

menjaga kemampuan seseorang dalam pemanfaatan layanan kesehatan preventif ataupun kuratif terhadap kemampuan finansial. Terakhir adalah keyakinan yang menjadi faktor motivasi dalam melakukan perubahan perilaku seseorang.

2. Faktor Pemungkin (*Enabling factors*) dimaknai sebagai terjadi suatu perilaku tertentu dan memungkinkan suatu motivasi dapat direalisasikan, faktor ini merupakan suatu kondisi dari lingkungan yang memfasilitasi dalam melakukan suatu tindakan yang dilakukan individu ataupun masyarakat. Faktor ini merupakan target antara intervensi program baru dari *intervensi* program masyarakat yang terdiri dari sumber daya dan keterampilan baru.
3. Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*) adalah bagian elemen dalam memperkuat dan mempertahankan kelanjutan perilaku yang dimaknai sebagai konsekuensi dari tindakan yang telah terjadi, dan menentukan apakah perlu mendapatkan umpan balik yang bersifat positif atau dukungan. Faktor penguat mencakup berbagai macam masukan sosial, selain itu faktor penguat juga merupakan konsekuensi fisik yang akan timbul dari perilaku. Secara umum faktor ini digambarkan sebagai keuntungan sosial, keuntungan fisik, terukurnya penghargaan, dan penghargaan imajinatif. Tetapi faktor ini juga dapat menjadi konsekuensi *negative* yang dapat mengarahkan seseorang untuk berperilaku baik.

Berdasarkan teori *Precede – Proceed* dapat disimpulkan ini merupakan strategi dalam mengubah perilaku dengan adanya intervensi terhadap faktor predisposisi (Pakpahan et al., 2021).

2.3 Konsep Kepatuhan

2.3.1 Definisi kepatuhan

Menurut *World Health Organization* (2003) mengartikan kepatuhan sebagai aspek klinis pada terapi pengobatan dalam jangka panjang termasuk juga penyakit hipertensi. Kepatuhan akan memberikan dorongan klinis dan mempengaruhi aspek ekonomi. Dalam meningkatkan kepatuhan disarankan untuk melakukan strategi. Terminologi yang berikatan dengan kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, diantaranya *Compliance*, *Adherence* dan *Concordance* (Ernawati et al., 2020).

Berdasarkan *National Council Patient Informations and Educations* (NCPIE) menyatakan perbedaan definisi kepatuhan berdasarkan cara pandang tentang adanya hubungan antara pasien dan klinisi (tenaga kesehatan) yang meliputi keputusan definisi bagaimana perilaku seseorang dalam menggunakan obat yang telah disesuaikan dengan kondisi dan keinginan pasien tersebut. Kepatuhan awalnya dikenal dengan istilah “*Compliance*” dengan definisi sejauh mana perilaku pasien yang dalam hal ini berkaitan dengan meminum obat secara rutin, mengikuti diet, ataupun melakukan perubahan pada gaya hidup secara tepat sesuai resep dari klinisi. Definisi kedua berasal dari teori Dracup dan Meleis (1982) yang menyatakan kepatuhan sejauh mana perilaku sesuai dengan resep klinis, regimen harus konsensual, hal ini dicapai melalui negosiasi antara pasien dengan ahli Kesehatan. Lutfey dan Wishner (1999) mengatakan bahwa arti dari “*Adherence*” dikaitkan dengan adanya hubungan antara kebebasan, penggunaan intelegensi, inisiatifnya pasien dalam bertindak dan lebih suka rela dalam menjelaskan saran-saran dalam terapi yang sedang dijalani (Ernawati et al., 2020).

Berdasarkan Horne (2005) definisi dari “*Persistence*” adalah seseorang yang menunjukkan sikap rutin dan konsisten dalam menggunakan obat yang diawali dengan peresepan pertama sampai resep berikutnya dan seterusnya. Horne juga mengatakan bahwa “*Concordance*” adalah suatu perilaku patuh terhadap resep yang diberikan oleh dokter/klinisi yang sebelumnya sudah didiskusikan oleh tenaga medis. Kepatuhan minum obat antihipertensi didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku seseorang dalam menjalani pengobatan yang telah diberikan dan didiskusikan oleh tenaga medis sesuai kebutuhan serta kenyamanan pasien tersebut dan telah disepakati kedua belah pihak. Tingkat pengukuran kepatuhan yang menggunakan metode tidak langsung dapat menggunakan kuisisioner (*indirect method*), kuisisioner yang dapat digunakan adalah kuisisioner MGLS (*Morisky, Green, Levine Adherence Scale*) yang sudah dialihkan menjadi Bahasa Indonesia (Ernawati et al., 2020).

2.3.2 Tipe Kepatuhan (Model Kepatuhan)

Menurut Morgan dan Horne (2005) mengatakan bahwa terdapat 2 model kepatuhan yaitu *Unintentional non-adherence and Internasional non-adherence*. *Internasional non-adherence* adalah model yang menggambarkan terkait hal yang akan mempengaruhi penurunan kepatuhan minum obat pada pasien, ini dapat terjadi akibat adanya penurunan ingatan pada pasien (lupa terhadap aturan pakai atau lupa terhadap jadwal kontrol), pengetahuan atau kesulitan aktivitas sehari-hari (Ernawati et al., 2020).

Intentional non-adherence merupakan suatu tindakan ketidakpatuhan yang diibaratkan dengan cara pasien untuk terlibat ke dalam pengambilan Keputusan dalam pengobatan yang sedang dijalani pasien. Pada fase ini diperlukan nya tindakan rasional seperti keyakinan, kondisi, prioritas, dan pilihan, serta diperlukan

penanganan yang berbeda di setiap kondisi pasien (Ernawati et al., 2020).

2.3.3 Instrumental tingkat kepatuhan

2.3.3.1 Definisi

Kepatuhan merupakan salah satu masalah dalam pengelolaan penyakit kronis dalam jangka waktu panjang. Penatalaksanaan penyakit kronis jangka panjang memerlukan komitmen untuk keberlanjutan terapi khususnya kepatuhan farmakologis, hal ini merupakan tantangan terbesar untuk klinisi dan pasien dalam menjaga kepatuhan dalam menjalani terapi. Rendahnya angka terhadap kepatuhan terapi jangka panjang menimbulkan konsekuensi seperti halnya eskalasi biaya perawatan dan luaran klinis yang suboptimal. Pengukuran kepatuhan memiliki peran sebagai instrumen vital untuk memperkuat upaya pemantauan pengobatan (Ernawati et al., 2020).

2.3.3.2 Pengukuran Kepatuhan

1. Kuesioner

Kuesioner adalah salah satu instrumen yang berguna untuk mencatat hal-hal yang akan berhubungan dengan adanya kepatuhan seseorang. Kuesioner diberikan kepada pasien atau keluarga pasien dengan diawasi oleh profesional kesehatan. Kuesioner yang diberikan merupakan pertanyaan-pertanyaan singkat dan ringkas serta mudah untuk dipahami. Terdapat beberapa kelompok kuesioner berdasarkan penelitian yang ada, yaitu:

- a) Mencari terkait informasi perilaku minum obat pada pasien
- b) Mencari informasi terkait hambatan kepatuhan minum obat pada pasien

- c) Mencari informasi terkait kepercayaan pasien terhadap pengobatan yang sedang dijalannya
- d) Mencari informasi adanya hubungan kombinasi antara hambatan dan kepercayaan pengobatan pasien

Menurut Ernawati *et al.*, (2020) Pengujian kuesioner ini harus valid dan dapat diterima, contoh kuesioner yang digunakan dalam mengukur kepatuhan pada pasien hipertensi adalah sebagai berikut: MGLS (*Morisky Green Levine Scale*) (Morisky *et al.*, 1986), *Adherence Self Report Questionnaire*, *Stages of Change for Adherence Measure* (Wiley *et al.*, 2000), *The Brief Medication Questionnaire* (Starvstaid, *et al.*, 1999), *The Hill–Bone Compliance to High Blood Pressure Scale*, dan *The Morisky Medication Adherence Scale* (4 or 8 questions) (Morisky *et al.*, 2008).

Menurut *World Health Organization* (WHO) alih bahasa atau translasi kuesioner dari bahasa target harus sesuai dengan prosedur *international* yaitu: (Ernawati *et al.*, 2020)

a) *Forward Translation* (Translasi Awal)

Proses dimana penerjemah merupakan seorang profesional yang berasal dari bidang kesehatan yang terbiasa dengan bidang *terminology* yang mengerti tentang apa yang dibahas didalam instrument, memahami budaya, dan menjadi ahli bahasa asli instrumen dan bahasa target(Ernawati *et al.*, 2020)

b) *Expert Panel*

Pembentukan *expert panel* (panel ahli) terdiri dari seorang *profesional* pengembangan instrument yang merupakan bagian krusial untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan isu-isu konseptual dan *linguistic* yang tidak mudah dipahami pada hasil penerjemahan. Tujuan

utama dilakukannya *expert panel* adalah untuk merekonsiliasi antara draft terjemahan dengan pertanyaan-pertanyaan yang terdapat pada sumber yang asli, ini mencakup penerjemah awal, *profesional* kesehatan, dan spesialis yang memiliki kapabilitas yang mendalam untuk pengembangan dan adaptasi lintas-budaya dari instrument penelitian (Ernawati et al., 2020)

c) *Back Translation*

Proses penerjemahan kembali kedalam bahasa asli instrument, penekanan pada *back translation* digunakan kesetaran konseptual dan budaya

d) *Pre – Testing and Cognitive Interviewing*

Pada tahap ini dilakukan uji tahap awal pada instrument. Proses ini menyertakan individu yang akan mewakili populasi target yang diberikan kuesioner dengan jumlah minimal 10 orang laki-laki dan Perempuan. Hasil dari proses ini akan dicatat untuk didiskusikan dengan tim diskusi panel (Ernawati et al., 2020)

e) *Final Version*

Final version adalah tahapan terakhir dari proses translasi yang berasal dari seluruh tahapan translasi (Ernawati et al., 2020)

f) Dokumentasi

Hasil dari semua tahapan translasi harus terdokumentasi sesuai dengan arahan (Ernawati et al., 2020)

Kekurangan penggunaan kuesioner dalam penelitian :

- Kuesioner hanya bisa mengukur kepatuhan secara kualitatif, artinya dalam kuesioner tidak dapat mengukur adanya kadar obat yang ada pada tubuh pasien
- Hasil dari kuesioner mengarah pada hasil subjektif
- Mudah dimanipulasi oleh subjek penelitian

Kelebihan penggunaan kuesioner dalam penelitian :

- Instrumen kuesioner lebih cenderung murah dan mudah digunakan untuk membantu penelitian
- Data yang diambil dapat dijadikan sebagai acuan data awal (data kualitatif) dan dapat dilanjutkan menjadi data kuantitatif sebagai instrument penelitian
- Dapat digunakan tenaga kesehatan dan lebih mudah untuk diakses

2. Monitoring Sistem Elektronik (*Medication Electronic Monitoring System /MEMS*)

MEMS merupakan gabungan dari berbagai rangkaian aturan obat secara elektronik yang dimana tenaga kesehatan atau dokter yang mengatur dan membuat paket obat yang akan dikonsumsi selama terapi oleh pasien. Jika terdapat obat yang tidak sesuai atau hilang maupun obat tidak dikomunikasikan secara real time (disaat yang sama), penyimpanan obat yang sesuai harus dikomunikasikan dengan pasien. Keuntungan dari menggunakan metode ini adalah sistem pemantauan elektronik dapat memberikan informasi tambahan tentang perilaku minum obat pasien. Namun, dibalik keuntungannya terdapat juga kerugian yaitu kemungkinan adanya sistem yang diaktifkan sementara saat

membuka kotak obat tetapi obat tidak diambil (Ernawati et al., 2020).

2.4 Konsep Mantu Pasti (Pemantauan Pasien Hipertensi)

Pemantauan Terapi Obat (PTO) merupakan suatu bagian dari proses kegiatan kesehatan yang bertujuan untuk memastikan terapi obat yang sedang dijalankan oleh pasien aman, efektif, dan rasional. Kegiatan ini berupa pengkajian resep, dosis, cara pemberian obat, respons terapi, dan reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD), serta rekomendasi perubahan alternatif. PTO dilakukan dengan diikuti dievaluasi secara teratur pada suatu periode tertentu agar keberhasilan atau kegagalan terapi dapat diketahui. Pasien akan diseleksi terlebih dahulu untuk mendapatkan terapi obat yang memiliki resep dari polifarmasi, kompleksitas penyakit dan penggunaan obat pasien serta adanya respon individual yang muncul karena peningkatan masalah terkait obat. Hal ini diperlukan sebagai upaya penjaminan dan pengendalian mutu kefarmasian di pelayanan kesehatan yang didukung dengan sumber daya manusia dan peralatan yang memadai (Isnani et al., 2022)

2.5 Konsep Pengetahuan

2.5.1 Definisi Pengetahuan

Secara istilah pengetahuan merupakan kata benda turunan yang terbentuk dari kata dasar ‘tahu’ dan mendapatkan imbuhan ‘pe-an’ yang memiliki makna segala bentuk kegiatan dengan cara dan sarana yang digunakan untuk mendapatkan sebuah hasil yang ingin diperoleh. Pengetahuan seseorang diungkapkan dan dikomunikasikan satu sama lain dalam kehidupan bersama, baik menggunakan bahasa ataupun kegiatan yang bertujuan memperkaya pengetahuan satu sama lain. Pengetahuan merupakan bagian esensial dari adanya eksistensi manusia yang berasal dari buah dan aktivitas berpikir yang dilakukan oleh manusia. Pengetahuan sendiri dibagi menjadi dua yaitu pengetahuan empiris dan pengetahuan

rasional. Pengetahuan *empiris* adalah pengalaman indrawi atas segala fakta tertentu, sedangkan pengetahuan rasional merupakan pengetahuan yang didasari pada budi pekerti dan sifatnya apriori atau tidak menekankan pada pengalaman. Hakikat fundamental yang ada pada pengetahuan merupakan bagian totalitas dari hasil yang muncul setelah kegiatan subjek (Octaviana & Ramadhani, 2021).

2.5.2 Jenis – jenis pengetahuan

Terdapat beberapa jenis pengetahuan menurut Octaviana & Ramadhani (2021) yaitu :

1. Pengetahuan biasa atau *common sense* adalah pengetahuan yang berasal dari aktivitas kesadaran (akal sehat) manusia dalam memahami suatu objek serta dapat menyimpulkan dan menarik keputusan secara langsung. *Common sense* dapat diperoleh tanpa harus melalui pemikiran yang mendalam karena pada umumnya hanya menggunakan akal sehat secara langsung sehingga dapat diterima semua orang.
2. Pengetahuan agama adalah pengetahuan yang didasari dengan hal-hal terkait keyakinan dan kepercayaan yang diperoleh melalui wahyu Tuhan. Pengetahuan agama bersifat mutlak dan wajib diikuti para pengikutnya, namun sebagian besar bersifat mistis atau gaib yang tidak dapat dipikirkan oleh akal sehat manusia.
3. Pengetahuan filsafat adalah pengetahuan yang bersifat spekulatif yang didapat dengan adanya renungan yang mendalam. Pengetahuan ini menekankan keuniversalan dan kedalam suatu kajian dari suatu objek yang terjadi yang ditandai dengan adanya unsur rasionalitas, kritis , dan radikal atas refleksi kenyataan. Filsafat menjadi penjelas yang bersifat substansial dari segala hal yang dihadapi manusia.
4. Pengetahuan ilmiah adalah pengetahuan yang berdasarkan evidensi, disusun secara sistematis yang memiliki metode dan

prosedur yang jelas. Pengetahuan ilmiah diperoleh melalui beberapa tahapan yaitu observasi, eksperimen, dan klarifikasi. Pengetahuan ini lebih sering dikenal sebagai ilmu pengetahuan.

2.5.3 Dasar-dasar pengetahuan

Menurut manusia memiliki dasar-dasar pengetahuan sebagai berikut:

1. Penalaran memiliki arti suatu proses berpikir dalam menyimpulkan yang didasari pengetahuan dengan karakteristik tertentu dalam menemukan kebenaran. Penalaran merupakan kegiatan berpikir dengan suatu pola yang sifatnya logis dan analitik dari proses berpikirnya.
2. Logika merupakan kegiatan mengkaji suatu objek dengan berfikir secara benar dan dapat menarik suatu kesimpulan. Logika berdasarkan cara menarik kesimpulan suatu objek dibedakan menjadi dua cara yaitu, logika induktif dan logika deduktif (Octaviana & Ramadhani, 2021).

2.6 Konsep Dukungan Keluarga

2.6.1 Definisi keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil yang ada pada masyarakat dan memiliki peran besar bagi suatu negara dan bangsa yang berbudaya. Masyarakat dengan tatanan yang baik berasal dari keluarga yang kuat dan baik pula. Keluarga sering disebut sebagai jantung masyarakat dan tulang punggung masyarakat untuk menumpang masyarakat menjadi kokoh dan kuat yang akan melahirkan kesejahteraan dan kemakmuran dalam kehidupan. Keluarga tercatat secara sah dalam perundang-undangan di Indonesia melalui ikatan perkawinan. Dalam sebuah perkawinan untuk membentuk keluarga yang utuh tidak hanya sebagai media penyaluran hawa nafsu dari dua orang manusia untuk meneruskan keturunan tetapi sebagai

sarana melakukan perbuatan yang lebih mulia untuk mendapatkan pahala melalui orientasi ibadah (Wahid & Halilurrahman, 2019).

2.6.2 Dukungan dan Peran Keluarga

Dukungan keluarga adalah proses hubungan keterikatan antara keluarga dan lingkungan sosialnya yang terjadi sepanjang kehidupan. Ada tiga tahap dimensi interaksi dalam dukungan keluarga yaitu hubungan timbal balik yang didasari kebiasaan dan frekuensi hubungan timbal balik, nasihat, dan keterlibatan emosional dalam hubungan sosial. Dukungan yang bersumber dari keluarga akan menimbulkan rasa nyaman dan menahan efek-efek *negative* serta stress selama seseorang menjalani pengobatan (Mangera et al., 2019).

Menurut *Friedman* (2016) mengartikan dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap seseorang yang menderita sakit. Anggota keluarga adalah sudut pandang orang yang bersifat memberi dukungan dan pertolongan ataupun bantuan jika diperlukan. Dimana dukungan keluarga menjadi salah satu faktor seseorang untuk bangkit dari keadaan yang sedang dialaminya dan hal ini sangat berhubungan dengan kepatuhan seseorang dalam menjalani terapi pengobatan terutama dalam pengobatan jangka panjang. Dukungan keluarga menjadi sarana motivasi untuk seseorang tetap melanjutkan terapi pengobatan sesuai dengan ajuran pengobatan (Er Unja et al., 2022).

Friedman (2016) juga berpendapat bahwa jika seseorang hidup dalam lingkungan yang bersifat suportif, kondisinya akan jauh lebih baik dari mereka yang tidak memiliki lingkungan yang suportif. Sedangkan menurut Niven (2012) menyatakan bahwa dukungan keluarga dan masyarakat memiliki andil yang sangat besar dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan. Ada berbagai aspek yang

dapat mempengaruhi kepatuhan terapi pengobatan berdasarkan dukungan keluarga, yaitu dukungan secara emosional dimana hal ini akan mendorong pasien untuk menjalani pengobatan secara teratur karena dukungan ini dijadikan sebagai energi positif untuk penggerak bagi pasien dalam menjalankan suatu pengobatan. Dukungan penghargaan diartikan jika seseorang mendapatkan suatu pujian atau dorongan positif maka orang tersebut cenderung akan melakukan tindakan yang sama, namun dukungan ini belum banyak diterapkan karena umumnya keluarga pasien memberikan kritik yang bersifat tidak membangun atau memotivasi pasien untuk meningkatkan kesehatannya, ini didasari oleh banyak keputusan terkait pengobatan yang didominasi oleh pihak keluarga pasien. Hal ini menyebabkan tidak terpenuhinya dukungan yang diartikan sebagai pasien merasa tidak dihargai usahanya dalam menjaga kesehatan dirinya (Er Unja et al., 2022).

Dukungan informasi dapat memberikan sudut pandang pada pasien tentang terapi yang akan dijalankan, kurangnya dukungan informasi ini salah satunya dapat dipengaruhi oleh kurangnya penyuluhan yang diberikan petugas kesehatan kepada keluarga pasien dan juga kurangnya intensitas keterbukaan keluarga dengan sumber-sumber informasi seperti tv, koran, radio, dan pengalaman tetangga, sehingga menyebabkan kurangnya pemahaman keluarga terhadap kondisi pasien saat ini, hal ini juga berkaitan dengan status pendidikan keluarga pasien. Selanjutnya dukungan instrumental dimana dukungan ini memiliki peran dalam memenuhi sarana pasien dalam terapi, dukungan ini juga dapat dipengaruhi oleh faktor penghasilan atau status ekonomi dari pasien dan keluarga pasien. Dimana jika penghasilan yang didapatkan oleh keluarga pasien rendah akan menyebabkan kesulitannya pemenuhan terhadap kebutuhan pasien tersebut (Er Unja et al., 2022).

2.6.3 Bentuk dukungan keluarga

Menurut Friedman (2013) bentuk dan fungsi dukungan keluarga dikelompokkan menjadi 7 yaitu: (Inayati & Hasanah, 2022)

1. Dukungan emosional

Dukungan keluarga secara emosional diartikan tempat aman dan damai untuk istirahat dalam pemulihan dan membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek yang mempengaruhi dukungan emosional pada pasien meliputi dukungan yg diterapkan dalam bentuk afeksi yaitu adanya rasa kepercayaan, perhatian, mendengarkan, dan didengarkan yang akan melibatkan rasa dan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, cinta ataupun bantuan emosional. Dengan semua tingkah laku yang dilakukan keluarga akan menimbulkan rasa nyaman dan mengarahkan individu untuk percaya diri dan menegaskan perasaan dihormati dan dicintai serta percaya bahwa ada orang yang akan selalu membantunya adalah hal ini pengobatan terapi pasien (Inayati & Hasanah, 2022).

2. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit yang berhubungan dengan kebutuhan keuangan, makan, minum dan tempat tinggal. Dimana ini akan membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan pasien dalam menjalani terapi pengobatan sehingga pasien tidak mengalami kekurangan sesuatu hal dalam pengobatannya dan hal ini akan membangun motivasi dan kepercayaan diri pada diri pasien untuk sehat kembali (Inayati & Hasanah, 2022).

3. Dukungan informasional

Dukungan informasional diartikan sebagai keluarga memiliki peran penting dalam memberikan informasi-informasi bagi pasien dalam menjelaskan tentang saran, sugesti dan informasi

yang dapat digunakan pasien tersebut untuk menjadi acuan dalam menjalani terapi. Hal ini menjadi salah satu faktor penting keberhasilan dalam pengobatan agar pasien tidak merasakan bahwasannya dirinya sendirian (Inayati&Hasanah, 2022).

4. Dukungan penilaian atau penghargaan

Dukungan penilaian atau penghargaan dapat dilakukan dalam bentuk bertindak membimbing dan memberi saran atas permasalahan dalam menjalani terapi dan memberikan ruang kepada pasien untuk memilih terapi apa yang diinginkan pasien yang artinya keluarga membatasi diri dan tidak berusaha mendominasi setiap keputusan yang berhubungan dengan pasien. Sehingga pasien merasa bahwa usahanya dihargai dan dihormati lingkungan sekitarnya (Inayati&Hasanah, 2022).

5. Dukungan Fisiologis

Dukungan fisiologis adalah dukungan yang biasanya terlihat sederhana tapi memiliki makna serta peran yang besar pada pasien. Hal ini diterapkan dengan memberikan pertolongan dalam aktivitas pasien. Pertolongan yang dimaksud dalam hal ini seperti menyiapkan makanan dan minuman pasien, membantu kegiatan fisik pasien yang dimana hal-hal tersebut dapat menimbulkan dan menciptakan lingkungan yang sehat kepada pasien (Inayati & Hasanah, 2022).

6. Dukungan psikologis

Memberikan perhatian dan kasih sayang serta membuat suasana yang hangat merupakan contoh dari dukungan keluarga secara psikologis pada pasien. Dimana hal tersebut akan memberikan rasa aman, membantu menyadarkan keadaan pasien tersebut. Selain itu meminta pendapat, meluangkan waktu untuk

berdiskusi akan membuat pasien merasa lebih baik (Inayati & Hasanah, 2022).

7. Dukungan sosial

Dukungan sosial adalah dukungan yang bersumber dari pengalaman yang dialami lingkungan sekitarnya. Jika pasien diarahkan untuk mengikuti kegiatan-kegiatan yang melibatkan banyak orang, pasien mungkin akan melupakan sejenak hal-hal yang memberikan pikiran berlebihan untuk pasien tersebut. Hal ini akan memberikan rasa bahagia yang akan membuat pasien merasa lebih baik (Inayati & Hasanah, 2022).

2.7 Lansia

2.7.1 Definisi Lansia

Lanjut usia atau sering juga disebut lansia adalah proses tumbuh kembang yang dialami manusia mulai dari bayi, dewasa dan menjadi tua. Semua manusia akan mengalami proses penuaan, dimana seseorang mengalami kemunduran fisik, mental, dan sosial secara bertahap yang ditandai dengan ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Lansia biasanya mengalami gejala-gejala yang disebabkan oleh penurunan fungsi biologis yang menyebabkan terjadi perubahan, seperti perubahan pada sistem indra, sistem *kardiovaskuler*, sistem respirasi, sistem *gastrointestinal*, sistem reproduksi dan sistem psikososial serta ekonomi (Sakti & Luhung, 2025)

2.7.2 Batasan Usia Lansia

Usia yang menjadi patokan dari lanjutnya usia seseorang umumnya berbeda-beda, biasanya berkisar antara 60-65 tahun. Menurut beberapa ahli tentang batasan dari lanjut usia sendiri sebagai berikut:

1. Menurut *World Health Organization* WHO (1999), terdapat 4 tahapan yaitu :
 - a. *Middle Age* (usia pertengahan) yang berkisar diantara usia 45-59 tahun.
 - b. *Elderly* (Lanjut usia) yang berkisar antara usia 60-74 tahun.
 - c. *Old* (Lanjut usia tua) yang berkisar antara usia 75-90 tahun
 - d. *Very Old* (Usia Sangat tua) berkisar ≥ 90 tahun.

2. Menurut *Bernice Neugarden* 1975 (dalam *Aspiani*, 2014) mengelompokan lanjut usia menjadi dua bagian yaitu:
 - a. Lanjut usia muda yang berusia antara 55-75 tahun.
 - b. Lanjut usia tua yang berusia lebih ≥ 75 tahun.

3. Menurut *Levinson* (1978) membagi lanjut usia menjadi 3 kelompok yaitu:
 - a. Orang lanjut usia peralihan awal berkisar antara usia 50-55 tahun.
 - b. Orang lanjut usia peralihan menengah berkisar antara usia 55-60 tahun (*Sakti & Luhung*, 2025).

2.8 Puskesmas

2.8.1 Definisi Puskesmas

Pelayanan publik mencakup rangkaian kegiatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan fasilitas masyarakat yang diselenggarakan sebagai upaya Kesehatan perorangan tingkat pertama yang mengedepankan upaya *promotive* dan preventif di wilayah kerjanya. Puskesmas bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dan dapat dijangkau oleh masyarakat itu sendiri dan peran aktif masyarakat serta pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna dengan biaya yang ditanggung oleh pemerintah dan

masyarakat. Dengan terbentuknya puskesmas terdapat fasilitas pelayanan masyarakat yang layak dan memadai serta mudah dijangkau. Puskesmas adalah unit pelaksanaan teknis kesehatan yang berada dibawah pengawasan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pembangunan pelayanan kesehatan (Puskesmas) memiliki tujuan, yaitu: (Lutfiana et al., 2023)

1. Memperkenalkan kepada masyarakat hidup yang sehat seperti kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat.
2. Puskesmas dapat dijangkau dengan prinsip pelayanan kesehatan bermutu
3. Memiliki derajat kesehatan yang optimal

Upaya Kesehatan masyarakat (UKM) merupakan kegiatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang bertujuan sebagai pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan di masyarakat dengan sasaran keluarga, individu, maupun kelompok. Sedangkan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) adalah kegiatan pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menanggulangi dan mencegah terjadinya masalah pada perseorangan (Lutfiana et al., 2023).

2.8.2 Fungsi Puskesmas

Menurut Mubarak dan Chaytin (2009), puskesmas sebagai tempat pelayanan masyarakat mempunyai 3 fungsi yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan berlandaskan dengan adanya wawasan kesehatan, tempat pemberdayaan masyarakat (individu/keluarga) dalam peningkatan pembangunan kesehatan masyarakat serta memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama, hal ini juga membuktikan bahwa ini merupakan langkah awal yang menjadi program keperawatan masyarakat yang tidak hanya memiliki peran serta fungsi tentang bagaimana fungsi teknis medis saja tetapi juga menjadi berbagai sumber keterampilan manusia untuk mengorganisir model sosial yang telah berkembang di masyarakat dan juga menjadi lembaga kesehatan yang dapat menjangkau seluruh masyarakat walaupun di tempat yang sangat terpecil

sekalipun. Namun, hal ini sangat memerlukan strategi untuk pengorganisasian masyarakat yang akan terlibat dalam Kesehatan secara mandiri (Sanah, 2017)

2.8.3 Kategori Puskesmas

Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 tahun 2016, mengklasifikasikan menjadi 2 dua kategori puskesmas, yaitu:

1. Puskesmas dengan tempat tidur (DTD)

Puskesmas dengan tempat tidur biasanya dikenal dengan puskesmas rawat inap, dimana puskesmas ini menyediakan fasilitas dengan ruang tambahan untuk menolong pasien gawat darurat, berupa tindakan operatif ataupun rawat inap sementara. Puskesmas ini diberi tambahan sumber daya manusia sesuai dengan kondisi pelayanan di daerah tersebut. Puskesmas ini berada di kawasan pedesaan, kawasan terpencil serta kawasan sangat terpencil.

2. Puskesmas tanpa tempat tidur

Puskesmas tanpa tempat tidur umumnya menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, perawatan dari rumah ke rumah (*home care*), serta memiliki pelayanan gawat darurat, tetapi di beberapa puskesmas terdapat tempat penginapan bersalin secara normal.

Berdasarkan rangkaian pemenuhan pelayanan kesehatan yang didasari kondisi dan kebutuhan, puskesmas dikategorikan menjadi :

1. Karakteristik wilayah
2. Kemampuan pelayanan

Berdasarkan karakteristik wilayah kerja, puskesmas dikategorikan menjadi :

1. Puskesmas kawasan perkotaan

Puskesmas kawasan kota merupakan puskesmas dengan wilayah kerjanya berada di pusat kota dengan karakteristik seperti

memiliki aktivitas penduduknya lebih dari 50% (lima puluh persen) pada sektor non agrarisnya, terutama pada sektor industri, perdagangan dan jasa, terdapat akses jalan raya dan transportasi untuk menuju fasilitas perkotaan, memiliki fasilitas perkotaan yang tidak jauh sekitar 2-2,5 km, 90% (sembilan puluh persen) memiliki listrik yang memadai, pelayanan UKM dan UKP yang diselenggarakan pemerintah, dan optimalisasi serta peningkatan kemampuan jaringan pelayanan puskesmas.

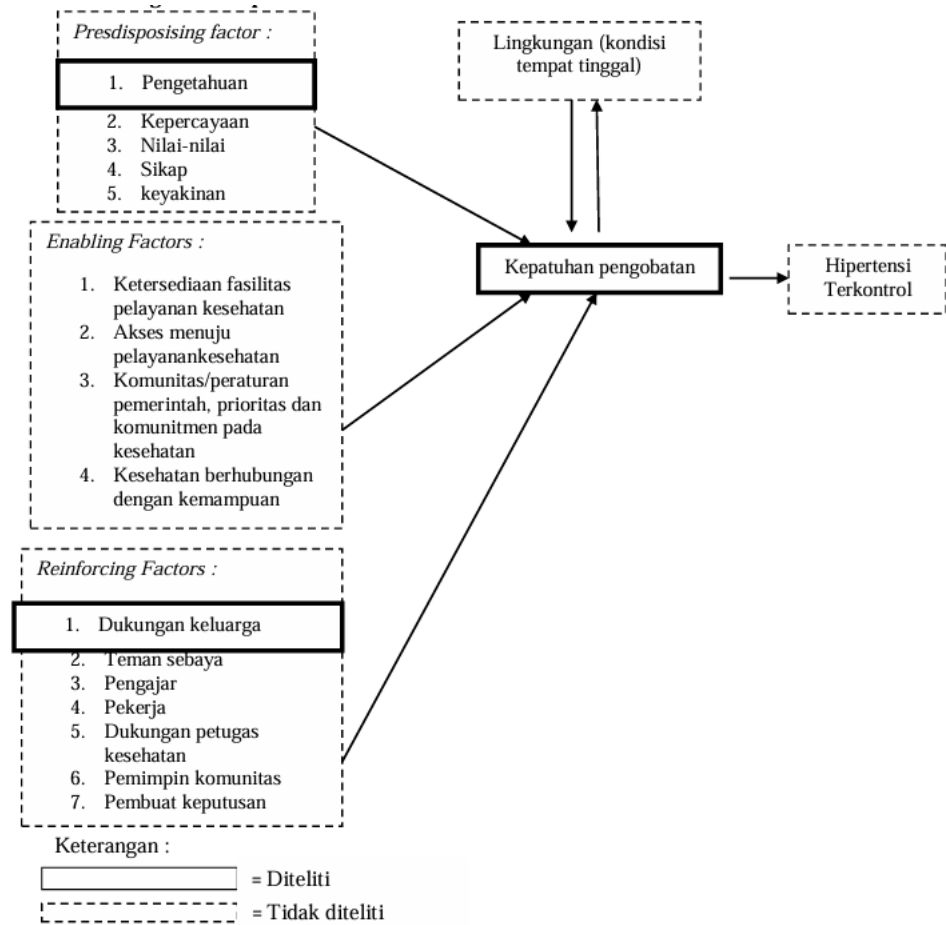
2. Puskesmas kawasan perdesaan

Puskesmas kawasan perdesaan merupakan puskesmas yang memiliki kriteria masyarakatnya memiliki aktivitas 50% (lima puluh persen) di sektor agraris atau maritim, fasilitas pedesaan yang disediakan pemerintah tidak jauh sekitar 2-2,5 km, akses jalan yang layak, UKM dan UKP diselenggarakan masyarakat dengan pola pendekatan sesuai keadaan pedesaan.

3. Puskesmas kawasan terpencil dan Puskesmas sangat terpencil

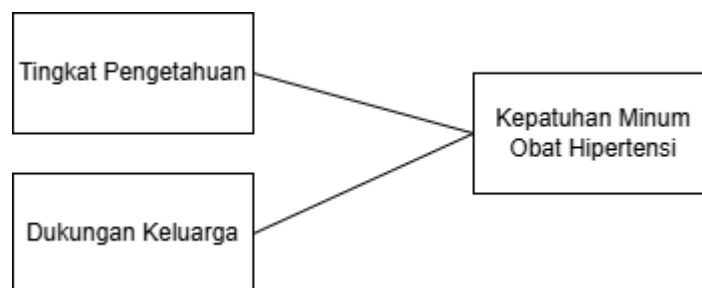
Puskesmas kawasan terpencil merupakan puskesmas dengan wilayah yang mengalami isolasi secara signifikan sehingga sulit untuk mendapatkan akses dan layanan publik yang layak pakai. Puskesmas ini memiliki kriteria seperti pelayanan UKM dan UKP dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti bidan dan perawat, dan dokter dengan memperhatikan kearifan lokal sebagai penggerak aksesibilitasnya serta pendekatan yang sesuai dengan pola wilayah di kawasan tersebut, diikuti optimalisasi dan peningkatan pada jaringan pelayanan puskesmas (Permenkes, 2016)

2.9 Kerangka Teori



Gambar 2. 5 Kerangka Teori Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Hipertensi di adaptasi dari buku Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan (2021).

2.10 Kerangka Konsep



Gambar 2. 6 Kerangka Konsep

2.11 Hipotesis

1. Ada hubungan antaran pengetahuan dengan kepatuhan pengobatan pasien hipertensi pada lansia
2. Ada hubungan antaran dukungan keluarga dengan kepatuhan pengobatan pasien hipertensi pada lansia

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Pada penelitian ini desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif korelasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu pembuatan rancangan penelitian sebagai gambaran umum atau deskripsi mengenai suatu keadaan secara objektif (S. D. Sari & Legiran, 2024)

Pada penelitian ini digunakan 2 variabel yang bertujuan dalam mempelajari lebih dalam tentang dinamika antara faktor predisposisi yakni tingkat pengetahuan dan faktor pendukung yakni dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan pasien lansia hipertensi dalam menjalani terapi pengobatan hipertensi di Puskesmas Sumur Batu. Penelitian deskriptif dalam penelitian ini digunakan sebagai upaya meningkatkan program “Mantu Pasti” pada pelayanan Puskesmas Sumur Batu dalam menangani penyakit tidak menular (PTM) misalnya hipertensi.

Dengan menggunakan penelitian *cross-sectional* nantinya akan diketahui ada atau tidaknya hubungan antara variabel penelitian. Pada penelitian ini variabel independennya adalah tingkat pengetahuan dan dukungan keluarga pasien hipertensi, sedangkan variabel dependen yang akan diteliti adalah kepatuhan pasien lansia dalam pengobatan hipertensi di Puskesmas Sumur Batu.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Oktober 2025-Januari 2026.

3.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung.

3.3 Subjek Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek/subjek yang akan diteliti (Amin et al., 2023). Populasi yang digunakan dalam penelitian merupakan pasien lansia hipertensi yang telah melakukan dan tercatat mengikuti kontrol rutin di Puskesmas Sumur Batu dari bulan Agustus-September 2025. Terdapat 482 pasien yang tercatat melakukan kontrol di Puskesmas Sumur Batu pada bulan Agustus-September, sedangkan kelompok lansia berjumlah 242 pasien penderita hipertensi.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah pasien lansia dengan umur 55-70 tahun yang tercatat menderita hipertensi pada bulan Agustus-September 2025 di Puskesmas Sumur Batu. Sampel yang akan digunakan dalam penelitian akan ditentukan besaran sampel yang dipakai dengan metode metode Taro Yamane dengan rumus sebagai berikut :

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

$$n = \frac{242}{242(0.1)^2 + 1}$$

$$n = \frac{242}{3,42}$$

$$n = 70,76$$

$$n = 71 + 9$$

$$n = 80$$

Keterangan :

n = Besar Sampel

N = Besar Populasi

d² = Presisi yang ditetapkan (10%)

Sampel pada penelitian ini adalah 71 sampel, tetapi dilakukan penambahan sampel sebanyak 9 sampel dengan total sampel menjadi 80 sampel. Penambahan sampel ini memiliki tujuan memperhentikan adanya data yang hilang atau rusak.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Pada penelitian ini digunakan teknik pengambilan sampel dengan jenis *non-probability* sampling yaitu teknik *consecutive sampling* yang merupakan teknik yang paling relevan dengan penelitian. Dimana setiap pasien yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah pasien yang diperlukan dapat terpenuhi.

3.4 Kriteria Penelitian

3.4.1 Kriteria Inklusi

- Responden merupakan pasien lansia hipertensi yang berusia 60-79 tahun
- Responden bersedia mengisi kuesioner dan *Informed Consent*
- Responden sudah menjalani dan tercatat melakukan kontrol di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung pada bulan Agustus-September tahun 2025.

3.4.2 Kriteria Eksklusi

- Pasien yang menolak menjadi responden
- Pasien sedang mengalami keadaan darurat atau kritis
- Pasien menderita penyakit komplikasi selain hipertensi dan memerlukan rujukan

3.5 Variabel Penelitian

1. *Variabel Dependent* (terpengaruh) merupakan variabel yang berperan sebagai faktor utama yang dipengaruhi oleh variabel lain. Pada penelitian ini terdapat *variabel dependentnya* adalah kepatuhan pengobatan pasien lansia hipertensi.
2. *Variabel Independent* (mempengaruhi) memiliki peran dalam memberikan pengaruh ke variabel lainnya. Pada penelitian *variabel independent* merupakan tingkat pengetahuan dan dukungan keluarga pasien hipertensi.

3.6 Definisi Operasional Variabel

Tabel 3. 1 Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Pengetahuan	Kemampuan berfikir dalam memahami dan mengingat pengobatan yang sedang dijalani pasien	Dilakukannya tes pengetahuan pasien yang berisi 14 pertanyaan: 1. Manfaat pengobatan= pada soal nomor 4, 8, 9, 11, 14 2. Tujuan pengobatan= Pada soal nomor 10, 12, 13 3. Cara pengobatan= pada soal nomor 1, 2, 3, 5, 6, 7	Kuesioner	Ordinal	Benar : 1 Salah : 0 1=pengetahuan kurang jika nilai <50% 2=Pengetahuan sedang, jika nilai 50-75% 3=Pengetahuan baik, jika nilai 76-100% Kemudian dikategorikan menjadi 2 yaitu: 2=pengetahuan baik jika nilai 14-11 1=pengetahuan kurang jika nilai <11
Dukungan Keluarga	Upaya yang dilakukan keluarga yang bertujuan menjadi faktor pendorong penderita hipertensi.	Dilakukan tes dukungan keluarga yang berisi 16 pertanyaan : 1. Dukungan informasional = pada soal nomor 1-4 2. Dukungan instrumental = pada soal nomor 5-8 3. Dukungan emosional= pada soal nomor 9-12 4. Dukungan harga diri = pada soal nomor 13-16.	Kuesioner	Ordinal	Kuesioner dengan 16 pertanyaan dukungan keluarga. Ya = 2 Tidak = 1 Skor maksimal 32 Skor minimal 16 3 = Dukungan keluarga baik = 32 2 = Dukungan keluarga sedang = 31-16 1 = Dukungan keluarga buruk=16 Kemudian dikategorikan menjadi 2 yaitu:

						2=dukungan keluarga baik=32 1=dukungan keluarga kurang baik ≥32
Kepatuhan Pengobatan	Ketaatan pasien dalam mengikuti saran dan perintah yang diberikan tenaga kesehatan	Dilakukan tes kepatuhan kepada pasien hipertensi tentang kepatuhan dan kontrol dalam meminum obat yang berisi 8 pertanyaan	MMAS -8 (Morisky Item Medication Adherence Questionnaire)	Nominal	Skor 6-8 = Patuh <6=Tidak Patuh	Setelah itu dikategorikan menjadi : Patuh= 1 Tidak Patuh= 0

3.7 Cara Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah instrument yang berupa kuesioner yang sesuai dengan variabel yang terdiri dari 4 bagian yaitu:

1. Data demografi yaitu data yang berupa nama responden, umur, jenis kelamin, agama, dan tingkat pendidikan, serta pekerjaan responden.

2. Kuesioner Tingkat Pengetahuan

Kuesioner ini merupakan kuesioner baku yang di dalamnya berisi tentang bagaimana pengetahuan seorang pasien dengan pengobatan yang sedang dijalannya, yang bersumber dari penelitian Mulyasari (2016). Pertanyaan di dalam kuesioner berisi 8 pertanyaan *favorable* dan 2 pertanyaan *unfavorable*. Pada setiap pertanyaan *favorable* dengan jawaban “Ya” akan bernilai 1 dan jawaban “salah” akan bernilai . Kemudian untuk pertanyaan *unfavorable* jika “salah” nilainya adal 1 dan jawaban “benar” akan bernilai 0. Pada pertanyaan nomor 4, 8, 9, 11, dan 14 akan berisi pertanyaan tentang manfaat dari pengobatan hipertensi pasien, pada pertanyaan nomor 10, 12, 13 berisi tentang kepatuhan dari pengobatan pasien hipertensi. Selanjutnya pada nomor 1, 2, 3, 5, 6, 7 berisi tentang pertanyaan cara melakukan pengobatan pada pasien.

Pertanyaan ini dalam bentuk skala *Guttman* yang bersifat tegas dan konsisten dalam memberikan jawaban. Responden akan memilih salah satu jawaban yang telah peneliti sediakan yaitu Benar (B) dan Salah (S) dengan tanda *check list* (✓).

Pengukuran tingkat pengetahuan akan diperhitungkan melalui rumus sebagai berikut :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Ket :

P = Prosentase

F = Jumlah jawaban yang benar

N = Jumlah skor maksimal

Terdapat 3 penilai dari kuesioner yaitu:

3= Pengetahuan baik = nilai prosentase 76-100%

2= Pengetahuan sedang = nilai prosentase 50-75%

1= Pengetahuan kurang = nilai prosentase <50%

Setelah itu dikategorikan kembali menjadi 2 yaitu:

1= Pengetahuan Kurang

2= Pengetahuan Baik

3. Kuesioner Dukungan Keluarga

Alat pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini yaitu instrumen berupa kuesioner tentang dukungan keluarga yang digunakan dalam penelitian Mulyasari (2016) Di dalam kuesioner terdapat 4 komponen pertanyaan tentang dukungan keluarga yang diterima oleh pasien hipertensi yaitu dukungan informasional pada nomor 1-4, dukungan instrumental pada nomor 4-8, dan dukungan emosional pada nomor 9-12, serta dukungan harga diri pada nomor 13-16. Semua pertanyaan dibentuk sebagai pertanyaan positif dan membuat *skala likert* dengan 4 pilihan dari jumlah

pertanyaan dukungan keluarga sebanyak 12 item. Pada setiap item terdapat pilihan “Ya” atau “Tidak”. Kemudian pengukuran terhadap dukungan keluarga bagi pasien dikategorikan menjadi 2 yaitu baik dan kurang baik. Dikatakan baik jika jumlah skor mencapai 32, dan dikatakan tidak baik jika jumlah skor di bawah 32.

Hal ini dapat dianalisa melalui nilai pengukuran dimensi dari dukungan keluarga dengan ketetapan kategori pada skala likert sebagai berikut :

3 = Skor 32: dukungan keluarga baik

2 = Skor 13-32: dukungan keluarga cukup

1 = Skor ≤ 12 :dukungan keluarga kurang

Dan dikategorikan kembali menjadi 2 kategori yaitu:

1= Dukungan Keluarga Kurang Baik

2= Dukungan Keluarga Baik

4. Kepatuhan Pengobatan

Alat pengukur kepatuhan pengobatan pada penelitian ini digunakan instrumen kuesioner tentang kepatuhan pengobatan yang berasal dari MMAS-8. Kuesioner ini berisi tentang 8 pertanyaan tentang pengobatan pelayanan kesehatan dan minum obat pada pasien hipertensi. Dalam kuesioner ini terdiri dari 6 pertanyaan negatif (*unfavourable*) dan 1 pertanyaan positif (*favourable*). Pada setiap pertanyaan *unfavourable* diberi pilihan, jika menjawab “Ya” diberikan nilai 0 dan untuk jawaban “Tidak” diberi nilai 1. Kemudian pada setiap pertanyaan positif (*favourable*) dengan jawaban “Ya” diberikan nilai 1 dan jawaban “Tidak” diberi nilai 0. Pada pertanyaan nomor 8 terdapat pilihan “tidak pernah/jarang” diberikan nilai 1 dan jawaban “sesekali, sering, terkadang, atau selalu” diberikan nilai 0. Dalam kuesioner dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Skor < 6 dikatakan tidak patuh

2. Skor 6-8 dikatakan patuh

Instrumen kuesioner yang digunakan adalah kuesioner MMAS-8 (*Medication Morisky Adherence Scale*) yang sudah dilakukan penerjemahan kedalam Bahasa Indonesia.

5. Rekam Medis Elektronik

Rekam medis elektronik atau juga *Electronic Medical Record* (EMR) merupakan berkas yang memuat data pasien seperti identitas, pemeriksaan, pengobatan, maupun tindakan lain yang dilakukan pada pelayanan kesehatan untuk pasien dengan rawat jalan atau pasien rawat inap. Hal ini telah tertulis dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 29 tahun 2008 bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis atau elektronik dengan data yang jelas dan lengkap. Pada penelitian ini digunakan Rekam Medik pasien lansia yang melakukan kontrol pada bulan agustus-september pada tahun 2024.

6. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas merupakan instrumen sebagai langkah untuk memastikan instrumen penelitian dapat dipastikan kebenarannya dan sesuai. Validitas sendiri merupakan suatu acuan sejauh mana instrumen mengukur variabel yang ada dengan akurat sebagai kunci keakuratan penelitian. Uji validitas menggunakan *SSPS* dengan besar r tabel yang telah ditentukan dari jumlah responden dengan tingkat signifikansi 5% (0,05). Dengan item instrumen yang dianggap telah valid atau relevan dengan penelitian jika r hitung $> r$ tabel. Pada kuesioner *MMAS-8* telah dinyatakan valid yang memperoleh nilai r tabel 0.795. Uji reliabilitas bertujuan untuk menetapkan instrumen (kuesioner) dapat digunakan lebih dari satu kali. Reliabel apabila nilai *cronbach* lebih besar dari konstanta 0,60 dengan tingkat kemaknaan 5%. Uji validitas dan uji reabilitas dilakukan di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung yang dinyatakan sebagai berikut:

1. Pada kuesioner tingkat pengetahuan dengan 14 item pertanyaan valid yaitu setiap item r hitung $> r$ tabel dengan nilai korelasi *cronbach alpa* 0,856.

2. Pada kuesioner tingkat pengetahuan dengan 16 item pertanyaan valid yaitu setiap item r hitung $> r$ tabel dengan nilai korelasi *cronbach alpa* 0,886.

7. Analisis Data

Pengelolaan data dalam penelitian ini menggunakan *software statistik*, yang dimana digunakan analisis univariat dan bivariat. Pada analisis univariat hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan prosentase setiap variabel, sedangkan analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antar dua variabel yaitu variabel independen (tingkat pengetahuan dan dukungan keluarga pada pasien lansia hipertensi) dengan variabel dependen (kepatuhan pengobatan pada pasien lansia hipertensi).

Tujuan penelitian dengan mengukur tingkat pengetahuan dan dukungan keluarga atau adanya hubungan antara variabel dengan skala ordinal dan nominal maka digunakan uji Chi square dengan kemaknaan (α)=5% dengan tingkat kepercayaan 95% yang digunakan untuk menguji perbedaan proporsi atau persentase antara beberapa kelompok data yang mana digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel kategorik dan non kategorik. Jika Chi square hitung $\alpha > (0,05)$, maka H_1 ditolak dimaknai tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien dalam menjalani terapi pengobatan hipertensi, namun sebaliknya bila Chi Square hitung $\alpha < (0,05)$ maka H_1 diterima yang dimaknai sebagai adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi pengobatan hipertensi.

Kekuatan korelasi (r) :

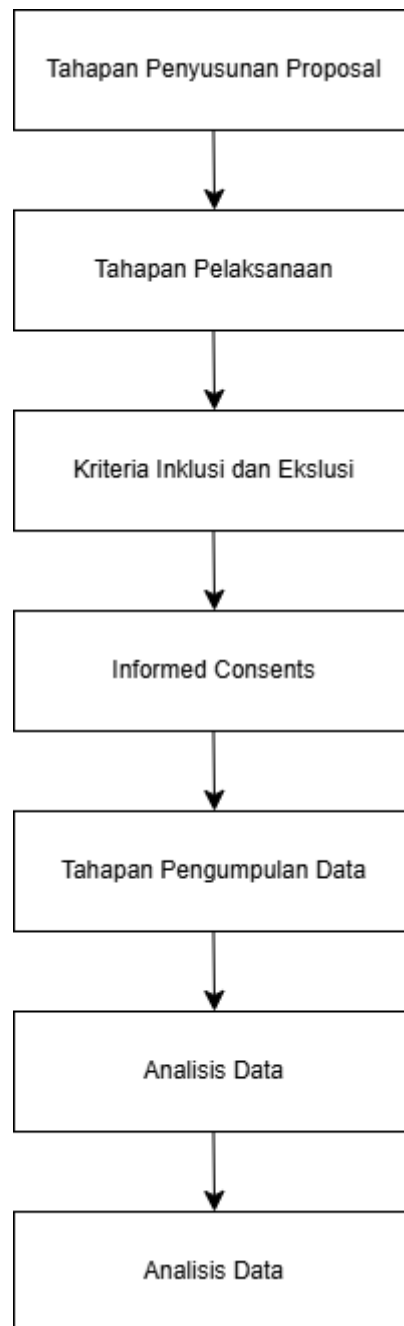
0.00-0.25 = sangat lemah

0.26-0.50 = Cukup

0.51-0.75 = kuat

0.76-1.00 = korelasi sempurna

3.8 Alur penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

3.9 Etik Penelitian

Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor 7133/UN26.18/PP.05.02.00/2025

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian "Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Hipertensi pada Lansia: Program Mantu Pasti (Pemantauan Pasien Hipertensi) di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung 2025" dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Sebagian besar pasien lansia hipertensi di Puskesmas Sumur Batu memiliki tingkat pengetahuan yang kurang baik, dimana hanya 38 responden (47%) yang memiliki pengetahuan baik dari 80 pasien hipertensi yang ada pada Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung tahun 2025.
2. Sebagian besar pasien lansia hipertensi di Puskesmas Sumur Batu memiliki dukungan keluarga dengan kategori kurang baik, dimana hanya 48 responden (60%) yang mendapatkan dukungan keluarga baik dalam menjalani pengobatan hipertensi di Puskesmas Sumur Batu Kota Bandar Lampung tahun 2025.
3. Terdapat Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan minum obat pada lansia penderita hipertensi di puskesmas Sumur Batu Kota Bandara Lampung tahun 2025 dengan nilai *p-value* sebesar 0.001 ($\alpha < 0,05$).
4. Terdapat Hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada lansia penderita hipertensi di puskesmas Sumur Batu Kota Bandara Lampung tahun 2025 dengan nilai *p-value* sebesar 0.000 ($\alpha < 0,05$).

5.2. Saran

1. Bagi pusat layanan kesehatan masyarakat (PUSKESMAS)

Diharapkan dapat mengembangkan program mantu pasti dengan pemanfaatan peran dukungan keluarga pasien dan pembekalan edukasi pada pasien dibantu dengan tenaga kesehatan dan tokoh-tokoh masyarakat di lingkungan sekitar.

2. Bagi pasien hipertensi

Diharapkan pasien dapat meningkatkan motivasi untuk patuh dalam menjalani terapi pengobatan dengan baik untuk menurunkan risiko komplikasi dan menurunkan angka mortalitas serta morbiditas akibat penyakit hipertensi pada pasien lansia.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan penelitian selanjutnya melanjutkan penelitian tentang kepatuhan pengobatan dengan mempertimbangkan faktor-faktor lain yang berkaitan dengan hipertensi seperti faktor dari dalam diri pasien terkait polifarmasi sehingga dapat mengurangi ketidakpatuhan pada pengobatan hipertensi pasien lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Amanda, F., Oktarlina, R. Z., Andrifanie, F., & Iqbal, M. (2024). Farmakoterapi hipertensi pada lansia. *Jurnal Sains Medisina*, 2(5), 164–168.
- Amin, N. F., Garancang, S., & Abunawas, K. (2023). Konsep umum populasi dan sampel dalam penelitian. *JURNAL PILAR: Jurnal Kajian Islam Kontemporer*, 14.
- Asep Sukohar, & Suharmanto. (2021). Health belief model and hypertension prevention. *Jurnal Kedokteran Forensik Dan Toksikologi Indonesia*, 15(3).
- Christiyani, N., Marlina, T. T., & Estri, A. K. (2023). Hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan minum obat pada pasien lansia hipertensi di yogyakarta. 7(1), 18–26.
- DiPiro, J. T., Wells, B. G., Schwinghammer, T. L., & DiPiro, C. V. (2015). *Pharmacotherapy handbook:ninth edition (9th ed.)*.
- Ekasari, F. M., Suryati, E. S., Badriah, S., Narendra, S. R., & Amini, F. I. (2021). *Hipertensi:kenali penyebab, tanda gejala, dan penanganannya (A. Jubaedi, Ed.)*.
- Ernawati, I., Fandinata, S. S., & Permatasari, S. N. (2020). *Kepatuhan konsumsi obat pasien hipertensi (N. R. H, Ed.; 1st ed.)*. Penerbit Graniti. www.penerbitgraniti.com
- Hi Bisnu, M. I., Kepel, B. J., & Mulyadi. (2017). Hubungan dukungan keluarga dengan derajat hipertensi pada pasien di puskesmas ranomut kota manado. *E-Journal Keperawatan*, 5(1).
- Hikmawati, Marasabessy, N. B., & Pelu, A. D. (2022). Tingkat pengetahuan mempengaruhi kepatuhan diet hipertensi pada lansia. *Jurnal Keperawatan Indonesia Timur*, 2, 45–54.
- Inayati, H., & Hasanah, L. (2022). Gambaran dukungan keluarga dengan kehadiran lansia pada posyandu lansia di desa errabu kecamatan bluto. *Journal of Innovation Research and Knowledge*, 2(7).
- Isnani, N., Mulyani, & Zulfa. (2022). Gambaran pemantauan terapi obat pada pasien diabetes melitus tipe 2 di intalasi farmmasi rawat inap rumah sakit Dr. r. soeharso. *Jurnal.Polanka.Ac.Id/Index.Php/JKIKT*, 4(1), 46–54.
- Juniarti, B., Anjar Rina Setyani, F., & Aquino Erjinyuare Amigo, T. (2023). *Tingkat Pengetahuan dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Hipertensi. Cendekia Medika : Jurnal STIKES Al-Ma'arif Baturaja*, 8(1), 43–52.

- Juniarti, B., Setyani, F. A. R., & Amigo, T. A. E. (2023). Tingkat pengetahuan dengan kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi. *Cendekia Medika : Jurnal STIKES Al-Ma'arif Baturaja*, 8(1), 43–52.
- Kemenkes, K. K. R. I. (2019). Pedomanan pelayanan kefarmasian pada hipertensi.
- Lukitaningtyas, D., & Cahyono, E. A. (2023). Hipertensi. *Jurnal Pengembangan Ilmu Dan Praktik Kesehatan*, Vol 2(2). <https://doi.org/http://e-journal.lppmdianhusada.ac.id/index.php/PIPK>
- Lukito, A. A., Harmeiwaty, E., Situmorang, T. D., Hustrini, N. M., Kuncoro, A. S., Barack, R., & Yulianti, E. D. (2021). Konsensus penatalaksanaan hipertensi 2021:update konsensus PERHI 2019 (perhimpunan dokter hipertensi indonesia).
- Lutfiana, A., Lestari, I. S., Annisa, K., Sarah, Puspita, R., & Rasyid, Y. (2023). Strategi pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) kecamatan cilandak dalam meningkatkan akreditasi ke tingkat paripurna. *Jurnal Administrasi Publik*, 1(1), 1–14.
- Mangera, N., Haniarti, & Rusman, A. D. P. (2019). Hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di rsud andi makkasau kota parepare. *Jurnal Ilmiah Manusia Dan Kesehatan*, 1(1), 2614–3151. <http://jurnal.umpar.ac.id/index.php/makes>
- Maulidah, K., Neni, N., & Maywati, S. (2022). Hubungan pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga dengan upaya pengendalian hipertensi pada lansia di wilayah kerja puskesmas cikampek kabupaten karawang. *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*, 18(2), 484–494.
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67–74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007.
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348–354
- Mualidah, K., Neni, N., & Maywati, S. (2022). Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Dukungan Keluarga dengan Upaya Pengendalian Hipertensi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Cikampek Kabupaten Karawang. In *Jurnal Kesehatan komunitas Indonesia* (Vol. 18).
- Mulyasari, P. (2016). Hubungan dukungan keluarga dan pengetahuan pasien dengan kepatuhan pengobatan pasien hipertensi di puskesmas pegirian surabaya.
- Nade, M. S., & Rantung, J. (2020a). Dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat terhadap lansia dengan hipertensi di wilayah kerja puskesmas

- parongpon kab. bandung barat. CHMK Nursing Scientific Journal, 4(1), 192–198.
- Nade, M. S., & Rantung, J. (2020b). Dukungan Keluarga dan Kepatuhan Minum Obat terhadap Lansia dengan Hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Parongpong Kab. Bandung Barat. In CHMK NURSING SCIENTIFIC JOURNAL (Vol. 4, Issue 1).
- Octaviana, D. R., & Ramadhani, R. A. (2021). Hakikat manusia: pengetahuan, ilmu pengetahuan, filsafat dan agama. Jurnal Tawadhu, 5(2), 2021.
- Pakpahan, M., Siregar, D., Susilawaty, A., Tasnim, Ramdany, M. R., Manurung, E. I., Sianturi, E., Tompunu, M. R. G., Sitanggang, Y. F., & M, M. (2021). Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan (R. Watrianthos, Ed.; Vol. 1). Yayasan kita menulis.
- Permenkes. (2016). Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 74 tahun 2016.
- Puspitasari, F., Suyanto, & Khadijah, S. (2023). Menurunkan hipertensi pada lansia menggunakan latihan brisk walking (T. Media, Ed.). Tahta Media.
- Rusita, R., & Isnaeni. (2025a). Hubungan Tingkat pendidikan dan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien hipertensi di klinik suradita tangerang banten. MAHESA : Malahayati Health Student Journal, 5(3), 1308–1322. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v5i3.16835>
- Rusita, R., & Isnaeni. (2025b). Hubungan tingkat pendidikan dan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien hipertensi di klinik suradita tangerang banten. MAHESA : Malahayati Health Student Journal, 5(3), 1308–1322. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v5i3.16835>
- Sakti, I. P., & Luhung, M. (2025). Buku ajar penatalaksanaan lansia hipertensi. PT. Literasi Nusantara Abadi Grup. www.penerbitlitnus.co.id
- Sanah, N. (2017). Pelaksanaan fungsi puskesmas dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di kecamatan long kali kabupaten paser. EJurnal Ilmu Pemerintahan, 5(1), 305–314.
- Sari, H. S. P., Wiyono, J., & W, R. C. Adi. (2018). Hubungan tingkat pengetahuan lansia tentang hipertensi dengan kepatuhan dalam meminum obat di posyandu lansia drupadi. Nursing News, 3(1), 214–222.
- Sari, S. D., & Legiran. (2024). Desain cross-sectional bagi penelitian bidang kebidanan. The journal health of science, 1(1), 18–28.
- Sasih, N. L., Septiari, I. G. A. A., Wintariani, N. P., & Ardinata, I. P. R. (2023). Hubungan tingkat pengetahuan, dukungan keluarga, dan peran petugas terhadap kepatuhan minum obat pada lansia penderita hipertensi di

- puskesmas kintamani. *Journal Scientific of Mandalika (JSM)*, 4(9), 151–161.
<http://ojs.cahayamandalika.com/index.php/jomla/issue/archive>
- Seran, B., Anderson, E., & Manoppo, A. J. (2023). Dukungan keluarga dengan kualitas hidup. *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*, 3(7), 1910–1919. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i7.10455>
- Starace, F., Massa, A., Ammassari, A., & Murri, R. (1999). Adherence to antiretroviral therapy: An empirical test of the Health Belief Model. *AIDS Care*, 11(2), 153–162.
- Suciana, F., Hidayati, I. N., & Daryani. (2024). Peningkatan pengetahuan tentang komplikasi hipertensi beserta pencegahannya. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Wasathon*, 02(2).
- Sumantra, I. G., Kumaat, L. T., & Bawotong, J. (2017). Hubungan dukungan informatif dan emosional keluarga dengan kepatuhan minum obat pada lansia hipertensi di puskesmas ranomut kota manado. *E-Jurnal Keperawatan*, 5(1).
- Wahid, A., & Halilurrahman, M. (2019). Keluarga institusi awal dalam membentuk masyarakat berperadaban. *CENDEKIA: Jurnal Studi Keislaman*, 5(1).
- Warjiman, Berniati, & Unja, E. E. (2022). Hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien tuberkulosis paru di puskesmas sungai bilu. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI)*, 7(2), 163–169.
- Wati, N. A., Ayubana, S., & Purwono, J. (2023). Application of slow deep breathing to blood pressure in hypertension patients at rsud jendral ahmad yani metro. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(1), 144–148.
- Willey, C., Redding, C., Stafford, J., Fairfield, K., Pane-Monteiro, K., Simmons, W., Ferszt, G., Koehler, R., & Zapka, J. (2000). Stages of change for adherence with medication regimens for chronic disease. *Epidemiology*, 11(6), 677–683.
- Wulandari, P., & Kartinah. (2024). Tingkat pengetahuan dan kepatuhan menjalankan diit hipertensi pada lansia. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 18(2), 194–201. <https://doi.org/10.33024/hjk.v18i2.260>
- Yudha, B. L., Muflikhah, L., & Wihandika, R. C. (2018). Klasifikasi risiko hipertensi menggunakan metode neighbor keighted k-nearest neighbor (NWKNN) (Vol. 2, Issue 2). <http://j-ptiik.ub.ac.id>
- Zahra, A., Suheti, T., Rumijati, T., Meilianingsih, L., & Husni, A. (2024). Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan minum obat antihipertensi pada lansia. *Jurnal Keperawatan Indonesia Florence Nightingale*, 4(1), 1–7.
<https://doi.org/10.34011/jkifn.v4i1.2131>