

**HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN TERHADAP
KEPATUHAN MINUM OBAT ANTIHIPERTENSI DI
PUSKESMAS NUSA INDAH KOTA BENGKULU**

PROPOSAL SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat

Untuk mencapai gelar Sarjana Farmasi (S. Farm)



Oleh :

Famoya Adillah

21142075

**YAYASAN AL-FATHAH
PROGRAM STUDI S1 FARMASI KLINIS DAN KOMUNITAS
FARMASI
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN AL-FATAH BENGKULU
2023-2024**

**Proposal Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menempuh
Ujian Sarjana (S1) Farmasi Pada Sekolah Tinggi Kesehatan
Yayasan Al Fathah Bengkulu**



Disetujui Oleh :

Pembimbing I

Pembimbing II

**Devi Novia, M.Farm., Apt
NIDN : 0215058201**

**Nurwani Purnama Aji, M.Farm., Apt
NIDN : 0208028801**

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan Proposal Skripsi ini tepat pada waktunya. Proposal Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Sarjana Farmasi di Sekolah Tinggi Kesehatan Al-Fatah Bengkulu. Dengan tidak mengurangi rasa hormat, penulis ucapkan terima kasih atas bantuan dan dukungannya kepada :

1. Ibu Devi Novia, M. Farm., Apt selaku Pembimbing 1 yang telah tulus memberikan bimbingan dan arahan kepada saya dalam penyusunan Proposal Skripsi ini.
2. Ibu Nurwani Purnama Aji, M. Farm., Apt selaku Pembimbing 2 yang telah tulus memberikan bimbingan dan arahan kepada saya dalam penyusunan Proposal Skripsi ini.
3. Ibu Elly Mulyani, M.Farm., Apt selaku Penguji
4. Ibu Yuska Noviyanty, M.Farm., Apt selaku Ketua Sekolah Tinggi Kesehatan Al-Fatah Bengkulu.
5. Bapak Drs. Djoko Triyono, Apt., MM selaku Ketua Yayasan Sekolah Tinggi Kesehatan Al-Fathah Bengkulu.
6. Para dosen dan staf karyawan Sekolah Tinggi Kesehatan Al-Fatah Bengkulu yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis selama menempuh pendidikan di Sekolah Tinggi Al-Fatah Bengkulu.

7. Rekan-rekan seangkatan di Sekolah Tinggi Kesehatan Al-Fatah Bengkulu, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Penulis menyadari masih banyak terdapat kekurangan oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Bengkulu, Januari 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB 1.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	3
1.3 Rumusan Masalah.....	3
1.4 Tujuan Penelitian	3
1.5 Manfaat Penelitian	4
1.5.1 Bagi Akademik.....	4
1.5.2 Bagi Peneliti Lanjutan	4
1.5.3 Bagi Masyarakat.....	4
BAB II.....	6
LANDASAN TEORI	6
2.1 Kajian Teori	6
2.1.1 Definisi Hipertensi	6
2.1.2 Klasifikasi Hipertensi menurut WHO-ISH	7
2.1.3 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC-VII 2003	8
2.1.4 Patofisiologi Hipertensi.....	8
2.1.5 Diagnosa	9
2.1.6 Faktor Resiko Terjadinya Hipertensi	9
2.1.7 Tanda dan Gejala Hipertensi	11
2.1.8 Penatalaksanaan	12
2.1.9 Algoritma Terapi.....	18
2.2 Kepatuhan dalam Pengobatan.....	19
2.2.1 Definisi Kepatuhan Pasien : Pemenuhan (<i>Compliance</i>) dan Ketaatan (<i>Adherence</i>).....	19
2.2.2 Teori Kepatuhan Pasien.....	20

2.2.3	Tipe Ketidakpatuhan Pasien	21
2.2.4	Faktor Penyebab Ketidakpatuhan Pasien	23
2.3	Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat)	25
2.3.1	Pengertian Puskesmas	25
2.3	Kerangka Pikir	27
BAB III		28
METODE PENELITIAN		28
3.1	Tempat dan Waktu Penelitian	28
3.2	Populasi dan Sampel	28
3.2.1	Populasi	28
3.2.2	Sampel	28
3.3	Prosedur Kerja	31
3.3.1	Perizinan	31
3.3.2	Pengambilan Data	31
3.3.3	Pengumpulan Data	31
3.4	Analisis Data	32
3.5	Hipotesis	32
3.6	Definisi Operasional	32
3.6.1	Alat Ukur	32
3.6.2	Hasil Ukur	35
3.6.3	Skala Ukur	35
DAFTAR PUSTAKA		37

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Algoritma terapi hipertensi menurut JNC-VII	18
Gambar 2 Kerangka Pikir	27

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Klasifikasi Hipertensi menurut WHO-ISH	7
Tabel 2. Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC-VII 2003	8
Table 3 Daftar Pertanyaan Metode MMAS-8	36

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Organisasi kesehatan dunia WHO (*World Health Organization*) memperkirakan sebanyak 1,28 miliar orang dewasa berusia 30-79 tahun di seluruh dunia menderita hipertensi, sebagian besar (dua pertiga) tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. WHO (*World Health Organization*) juga menyebutkan bahwa 46% orang dewasa dengan hipertensi tidak menyadari bahwa mereka memiliki kondisi tersebut, dan kurang dari separuh orang dewasa (42%) dengan hipertensi didiagnosis dan diobati. Hanya sekitar 1 dari 5 orang dewasa (21%) dengan hipertensi dapat mengendalikan tekanan darah yang dimiliki. Hipertensi merupakan penyebab utama kematian dini di seluruh dunia. Hal inilah yang mendasari WHO menetapkan salah satu target global penyakit tidak menular adalah menurunkan prevalensi hipertensi sebesar 33% antara tahun 2010 dan 2030 (WHO, 2023).

Penyakit jantung dan pembuluh darah adalah tekanan darah tinggi yang menyebabkan kematian. Sebagai *silent killer* karena penyakit ini tinggi tanpa gejala dan baru diketahui ketika sudah terjadi gangguan pada tubuh. Masalah lengkap akibat hipertensi antara lain stroke, gangguan pada ginjal, dan gangguan pada jantung yang dapat menyebabkan seseorang kehilangan kesadaran (WHO, 2018). Prevalensi penyakit kardiovaskular yang paling umum adalah hipertensi, yang meningkat seiring bertambahnya usia. Penyebab utama stroke adalah hipertensi. Ini juga merupakan faktor risiko utama untuk penyakit arteri koroner

dan komplikasi terkaitnya. Selain itu, hipertensi juga merupakan kontibutor utama gagal jantung,insufisiensi ginjal, dan aneurisme aorta lapad.

Berdasarkan prevalensi hipertensi sebesar 34,1%, dapat disimpulkan bahwa 8,8% masyarakat terdiagnosis hipertensi, 13,3% penderita tidak minum obat, dan 32,3% tidak rutin minum obat. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita hipertensi tidak memahami bahwa dirinya menderita hipertensi sehingga menghambat mereka untuk mendapatkan pengobatan (Kemenkes, 2018). Diperkirakan jumlah penderita hipertensi di Provinsi Bengkulu berjumlah sekitar 899.010 jiwa, dengan 83.193 jiwa (9%) mendapat pelayanan standar.

Komplikasi muncul jika pasien tidak mematuhi kontrol tekanan darah mereka. Usia, jenis kelamin, kebiasaan merokok, dan tingkat pendidikan adalah faktor risiko hipertensi. Salah satu cara untuk menghentikan peningkatan kasus hipertensi adalah melalui penanggulangan melalui pendidikan. Ini karena mendapatkan informasi untuk meningkatkan kualitas hidup diperlukan (Labiba Khuzaima *and* Sunardi, 2021).

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Tingkat Pendidikan Terhadap Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi di Puskesmas Nusa Indah Bengkulu” untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan minum obat pada pasien penderita penyakit hipertensi dengan alat ukur berupa kuisisioner MMAS-8 yang akan dilakukan uji validitas dan reabilitas kuisisioner, dan akan dilakukan pengolahan data uji *chi square* menggunakan SPSS 24.0 *for windows*.

1.2 Batasan Masalah

Untuk menghindari meluasnya suatu permasalahan dalam penelitian, maka perlu adanya pembatasan masalah. Adapun pembatasan masalahnya adalah sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui apakah tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam minum obat antihipertensi
2. Untuk menganalisis tingkat kepatuhan minum obat pasien rentang umur 45-65 tahun menggunakan kuesioner MMAS-8 yang telah melakukan 2 kali pengobatan

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan di atas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah tingkat pendidikan pasien mempengaruhi kepatuhan minum obat antihipertensi?
2. Apakah terdapat perbedaan kepatuhan diantara kelompok pendidikan yang berbeda?

1.4 Tujuan Penelitian

Adapun Tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Menilai dan menganalisis tingkat kepatuhan pasien dewasa terhadap minum obat antihipertensi dengan mempertimbangkan variasi tingkat pendidikan pada periode Januari 2023 menggunakan metode

observasional yang bersifat analitik dengan pendekatan *cross sectional*.

2. Menjelaskan hubungan antara tingkat pendidikan pasien mengkonsumsi obat antihipertensi di lingkungan puskesmas, dengan mengidentifikasi factor-faktor yang dapat memengaruhi interaksi tersebut

1.5 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang diharapkan dari hasil penelitian ini adalah:

1.5.1 Bagi Akademik

Adapun manfaat bagi akademik yaitu dapat menjadi wawasan dan penambah pengetahuan bagi perkembangan akademik dan dapat digunakan sebagai bahan referensi.

1.5.2 Bagi Peneliti Lanjutan

- a) Dapat menambah wawasan, pengetahuan, maupun keterampilan peneliti khususnya yang berkaitan tentang hubungan tingkat pendidikan terhadap kepatuhan minum obat antihipertensi.
- b) Sebagai sumber bagi peneliti lain untuk melakukan penelitian lanjutan tentang hubungan tingkat pendidikan terhadap kepatuhan minum obat antihipertensi

1.5.3 Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi masyarakat dalam pengembangan ilmu kefarmasian bahwa pentingnya tingkat

pendidikan terhadap kepatuhan minum obat yang dianjurkan untuk kesehatan tubuh.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Kajian Teori

2.1.1 Definisi Hipertensi

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia, tekanan darah tinggi dalam pembuluh darah didefinisikan sebagai hipertensi (tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg atau tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg) (Andhini, 2017). Karena dapat menyerang siapa saja secara tiba-tiba dan merupakan salah satu penyakit yang paling berbahaya, hipertensi sering disebut sebagai pembunuh diam-diam atau pembunuh diam-diam. Perawatan hipertensi harus segera dilakukan karena meningkatkan risiko berbagai penyakit lainnya, seperti gagal jantung, jantung koroner, penyakit ginjal, dan stroke. Ini karena hipertensi dapat menyebabkan komplikasi dan efek buruk lainnya, seperti penurunan harapan hidup pasien (Sulastri *et al*, 2012). Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu :

1) Hipertensi Essensial

atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya (90%)

2) Hipertensi Sekunder

Penyebabnya dapat ditentukan (10%), antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (*hipertiroid*), penyakit kelenjar adrenal (*hiperaldosteronisme*) dll.

Untuk menegakkan diagnosis hipertensi dilakukan pengukuran darah minimal 2 kali dengan jarak 1 minggu (Kemenkes RI, 2018).

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi menurut WHO-ISH

Tabel 1 di bawah ini menunjukkan klasifikasi hipertensi WHO-ISH, yang dibagi menjadi 9 kategori :

Tabel 1 Klasifikasi Hipertensi menurut WHO-ISH

Kategori	Tekanan Darah Sistol (mmHg)	Tekanan Darah Distol (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal-tinggi	130-139	85-89
<i>Grade 1</i> (Hipertensi ringan)	140-159	90-99
Sub-Group : perbatasan	140-149	90-94
<i>Grade 2</i> (Hipertensi sedang)	160-179	100-109
<i>Grade 3</i> (Hipertensi Berat)	>180	>110
Hipertensi Sistolik terisolasi	≥ 140	<90
Sub-Group : perbatasan	140-149	<90

Sumber : (Artiyaningrum, 2016)

2.1.3 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC-VIII 2014

Menurut JNC-VIII 2014, hipertensi dibagi menjadi 4 kategori, seperti yang ditunjukkan dalam tabel 2 di bawah ini :

Tabel 2. Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC-VIII 2014

Klasifikasi	TDS (mmHg)	TDD (mmHg)
Normal	<120	<80
Pra-Hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Tingkat 1	140-159	90-99
Hipertensi Tingkat 2	>160	≥100

Sumber : (Grover, 2016)

2.1.4 Patofisiologi Hipertensi

Patofisiologi terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh Angiotensin I *Converting Enzyme* (ACE) yang memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya hormone renin akan berubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Renin disintesis dan disimpan dalam bentuk inaktif yang disebut prorenin dalam sel-sel jukstaglomerular (sel JG) pada ginjal. Sel JG merupakan modifikasi dari sel-sel otot polos yang terletak pada dinding arteriol aferen tepat di proksimal glomeruli. Bila tekanan arteri menurun, reaksi intrinsik dalam ginjal itu sendiri menyebabkan banyak molekul protein dalam sel JG terurai dan melepaskan renin (Amari, 2023).

2.1.5 Diagnosa

Sebagian besar pasien hipertensi tidak menunjukkan gejala. Beberapa pasien menunjukkan gejala seperti sakit kepala, rasa seperti berputar, atau penglihatan kabur. Faktor lain yang dapat menyebabkan hipertensi sekunder adalah penggunaan kontrasepsi hormonal, kortikosteroid, dekonjestan, dan obat lain serta obat *anti-inflamasi nonsteroid* (NSAID), seperti sakit kepala paroksimal, riwayat penyakit ginjal sebelumnya dan mengalami keringat atau takikardi. Pada riwayat keluarga dapat juga melihat faktor risiko kesehatan jantung seperti merokok, obesitas, kurangnya aktivitas fisik, dyslipidemia, diabetes mellitus, mikroalbuminuria, penurunan laju filtrasi glomerular (GFR) dan riwayat keluarga (Amari, 2023)

2.1.6 Faktor Resiko Terjadinya Hipertensi

Menurut (Kartika *et al.*, 2021), faktor risiko yang mempengaruhi hipertensi yaitu :

a. Faktor risiko yang dapat dikontrol

a. Jenis Kelamin

Dari hasil penelitian didapatkan hasil lebih dari setengah penderita hipertensi berjenis kelamin wanita sekitar 56,5%. Hipertensi lebih banyak terjadi pada pria bila terjadi pada usia dewasa muda. Sedangkan pada wanita menyerang setelah umur 55 tahun, sekitar 60% penderita hipertensi adalah wanita

b. Umur

Semakin tinggi umur seseorang semakin tinggi tekanan darahnya. Pada usia lanjut ginjal dan hati mulai menurun, karena itu dosis obat yang diberikan harus tepat. Tetapi pada kebanyakan kasus hipertensi banyak terjadi pada usia lanjut. Pada wanita, hipertensi sering terjadi pada usia 50 tahun, karena terjadi penurunan hormone.

3. Keturunan

Tekanan darah tinggi cenderung diwariskan dalam keluarganya sekitar 25%. Jika kedua orang tua memiliki tekanan darah tinggi maka peluang meningkat 60%.

b. Faktor risiko yang tidak dapat di control

1. Obesitas

Pada usia pertengahan asupan kalori tinggi dan tidak diimbangi dengan aktivitas, sehingga berat badan terus meningkat. Obesitas dapat memperburuk kondisi lansia dan memicu timbulnya penyakit seperti jantung, artritis, hipertensi

2. Kurang Olahraga

Latihan fisik berupa berjalan kaki selama 30-60 menit setiap hari sangat bermanfaat untuk menjaga jantung dan peredaran darah.

3. Kebiasaan Merokok

Merokok menyebabkan tekanan darah meningkat. Dalam penelitian kohort prospektif oleh dr. Thomas S Bowman terhadap 28.236 subyek penelitian yang tidak ada riwayat hipertensi, 51%

tidak merokok, 36% merupakan perokok pemula, 5% subyek merokok 1-14 batang rokok perhari dan 8% subyek yang merokok lebih dari 15 batang perhari. Subyek terus diteliti dan dalam median waktu 9,8 tahun. Kesimpulan dalam penelitian ini adalah kejadian hipertensi terbanyak pada kelompok subyek dengan kebiasaan merokok lebih dari 15 batang perhari.

4. Mengonsumsi Garam Berlebih

World Health Organization (WHO) merekomendasikan pola konsumsi garam yang dapat mengurangi risiko terjadinya hipertensi. Anjuran konsumsi garam perhari yang dianjurkan yaitu 6 gram. Konsumsi natrium yang berlebih menyebabkan konsentrasi natrium di dalam cairan ekstraseluler meningkat.

5. Minum Alkohol

Banyak penelitian membuktikan bahwa alkohol dapat merusak jantung dan organ-organ lain, termasuk pembuluh darah. Kebiasaan mengonsumsi alkohol yang berlebihan merupakan salah satu faktor risiko hipertensi.

6. Stress

Stress akan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung sehingga akan menstimulasi aktivitas saraf simpatis.

2.1.7 Tanda dan Gejala Hipertensi

Menurut (Sudarmin *et al.*, 2022) Gejala klinis yang dialami oleh penderita hipertensi seperti :

- 1) Pusing
- 2) Mudah marah
- 3) Telinga berdengung
- 4) Sukar tidur
- 5) Sesak nafas
- 6) Rasa berat di tengkuk
- 7) Mudah lelah
- 8) Mata berkunang-kunang
- 9) Keluar darah dari hidung

Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampilkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala yang timbul menunjukkan adanya kerusakan vaskuler dengan manifestasi sesuai sistem yang divaskularisasi oleh pembuluh darah yang bersangkutan.

Perubahan patologi pada ginjal dapat bermanifestasi berupa nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azotemia peningkatan nitrogen urea darah (BUN) dan kreatinin. Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan (Triyanto, 2014).

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi terbagi menjadi 2 yaitu :

1. Terapi non-farmakologi

Terapi non-farmakologi ini focus pada perubahan gaya hidup, termasuk di dalamnya: *smoking cessation*, penurunan berat badan, pengurangan minuman beralkohol, aktivitas fisik, pengurangan asupan garam, program *dietary approaches to stop hypertension* (DASH). Perubahan gaya hidup jika memungkinkan, sebaiknya dilakukan pada semua penderita hipertensi, termasuk yang sudah mendapatkan terapi farmakologi untuk menurunkan tekanan darah sekaligus mengontrol faktor risiko kardiovaskular yang lain (Mancia G, *et al* 2007).

2. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi untuk hipertensi, dapat menggunakan beberapa macam golongan obat antihipertensi sebagai berikut :

a. *Renin Angiotensin Aldosterone System (RAAS) blockers*

Sistem renin-angiotensin-aldosterone/ RAA merupakan salah satu mekanisme yang bertanggung jawab pada regulasi tekanan darah dalam tubuh dengan meregulasi sodium, potassium, dan keseimbangan cairan tubuh. Beberapa obat antihipertensi yang ada saat ini bekerja pada RAA dalam mencapai penurunan tekanan darah yang optimal. Golongan obat yang bekerja pada sistem RAA adalah sebagai berikut:

a) Penghambat *Angiotensin Converting Enzyme (ACE)*

Golongan obat ini bekerja dengan menghambat pembentukan angiotensin II dari angiotensin I dengan cara menghambat

Angiotensin Converting Enzyme/ACE. Angiotensin II merupakan vasokonstriktor poten, dan dapat menstimulasi pelepasan aldosteron yang menyebabkan reabsorpsi air dan sodium. Oleh karena itu, dengan dihambatnya pembentukan angiotensin II dapat terjadi proses vasodilatasi. Golongan penghambat ACE yang ada di Indonesia adalah kaptopril, enalapril, imidapril, lisinopril, perindopril, ramipril, trandolapril. Menurut beberapa pedoman terapi dan pustaka kesehatan, penghambat ACE merupakan salah satu pilihan obat antihipertensi apabila tidak ada kontraindikasi. Efek samping yang sering muncul adalah batuk kering yang diakibatkan oleh adanya hambatan pemecahan bradikinin oleh penghambat ACE. Efek samping lain yang mungkin muncul adalah terjadinya hiperkalemia, peningkatan serum kreatinin, dimana pada peningkatan kreatinin lebih dari 1 mg/dl penggunaan penghambat ACE sebaiknya dihentikan atau dikurangi dosisnya.

b) Antagonis Reseptor Angiotensin II

Golongan obat ini bekerja menghambat reseptor angiotensin I sehingga faktor-faktor yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah melalui reseptor angiotensin bisa dihambat. Golongan antagonis reseptor angiotensin II yang ada di Indonesia adalah eprosartan, irbesartan, kandesartan, losartan,

olmesartan, telmisartan, valsartan. Sama halnya dengan penghambat ACE, antagonis reseptor angiotensin II juga memiliki keunggulan mengurangi perkembangan nefropati pada penderita hipertensi yang disertai diabetes.

c) *Direct Renin Inhibitor/DRI*

Aliskiren merupakan obat golongan DRI pertama yang ada di dunia hingga saat ini. Golongan obat ini bekerja dengan menghambat aktivasi renin. Efektivitas aliskiren untuk hipertensi telah didukung oleh bukti penelitian baik terhadap plasebo atau terhadap antihipertensi lain, termasuk salah satu kajian sistematis oleh *Cochrane*. Aliskiren sudah mendapatkan persetujuan dari *Food Drug Association/FDA* sebagai monoterapi maupun kombinasi dengan antihipertensi yang lain. antihipertensi. Dosis aliskiren yang dapat digunakan, adalah 150 – 300 mg sekali sehari. Efek samping yang sering muncul pada penggunaan aliskiren, antara lain: diare, batuk, kemerahan, peningkatan kreatin kinase, pusing. Aliskiren memiliki sifat teratogenik pada janin sehingga sebaiknya tidak digunakan pada kehamilan.

b. Antagonis Kalsium

Golongan obat ini bekerja dengan menghambat masuknya ion Ca^{2+} ke dalam membran otot polos pembuluh darah dan jantung melalui kanal tipe L, dimana hambatan pada jalur ini

dapat menyebabkan terjadinya vasodilatasi perifer dan koroner. Antagonis kalsium terbagi menjadi dua jenis, yaitu: antagonis kalsium dihidropiridin dan non-dihidropiridin. Golongan antagonis kalsium dihidropiridin yang ada di Indonesia adalah amlodipin, felodipin, lerkanidipin, nikardipin, dan nifedipin, sedangkan antagonis kalsium nondihidropiridin yang ada di Indonesia adalah verapamil dan diltiazem. Efek samping yang dapat muncul pada penggunaan antagonis kalsium dihidropiridin, antara lain: pusing, *flushing*, sakit kepala, *gingival hyperplasia*, dan edema perifer, sedangkan untuk non-dihidropiridin efek samping yang mungkin muncul adalah bradikardi atau blok atrio-ventrikular.

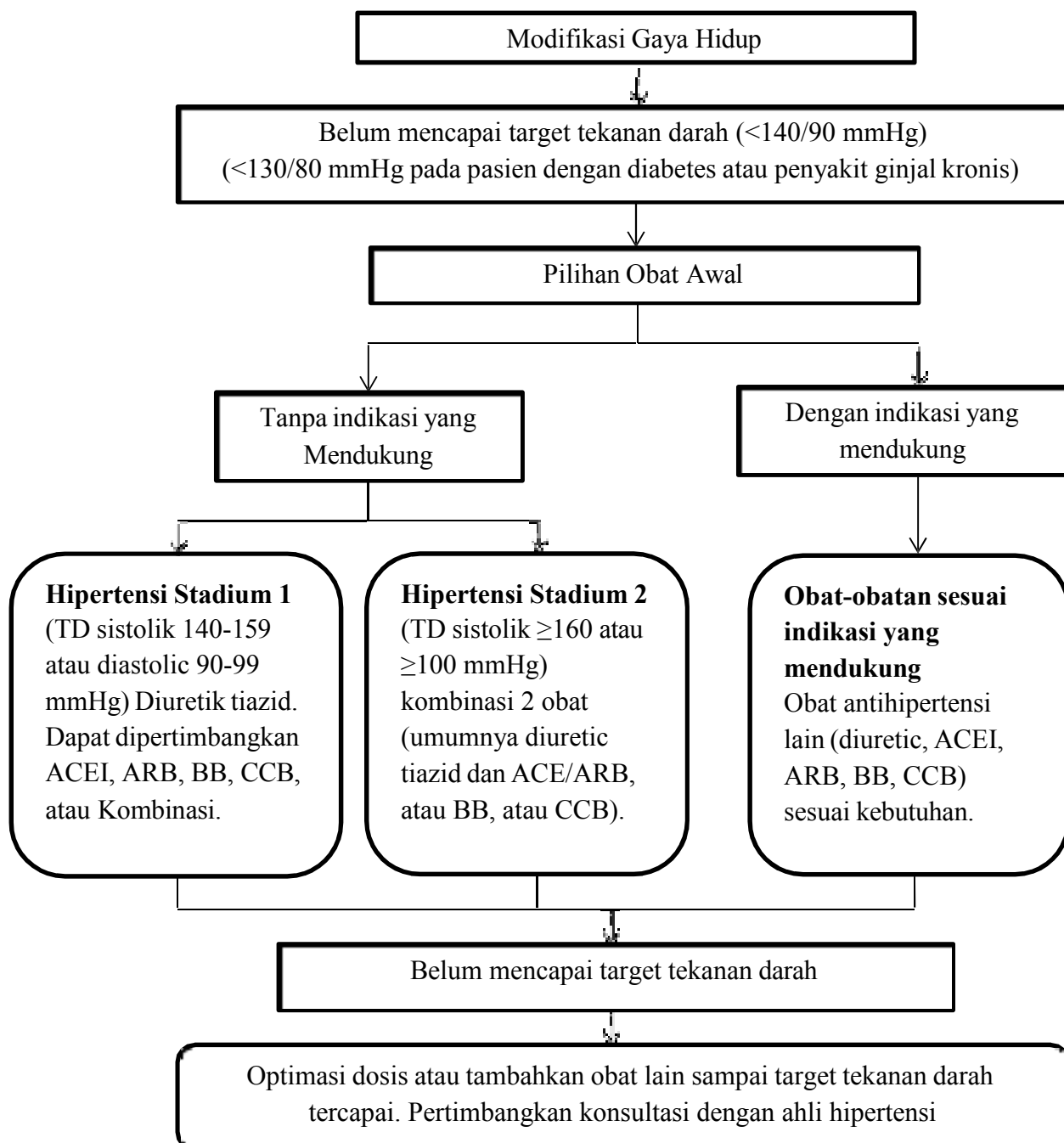
c. Diuretik

Golongan obat ini bekerja dengan menghambat reabsorpsi sodium dan meningkatkan diuresis, sehingga menyebabkan penurunan volume dan tahanan perifer. Diuretika ini terbagi menjadi 3 golongan, yaitu: diuretika kuat (*loop diuretic*), tiazid, dan diuretika hemat kalium. Contoh golongan obat diuretika yang ada di Indonesia adalah klortalidon, furosemid, hidroklorotiazid, indapamid. Efek samping yang dapat muncul karena penggunaan diuretika khususnya golongan tiazid, antara lain: hipokalemia, hipomagnesia, hiper-kalsemia, hiperurisemia, hiperglikemia, dislipidemia, dan disfungsi seksual.

d. Beta blocker

Mekanisme kerja dari golongan obat ini untuk hipertensi tidak terlalu jelas, mekanismenya lebih kepada sifat kronotropik dan inotropik negatif yang menyebabkan penurunan denyut jantung dan kontraktilitas jantung yang berakibat pada penurunan *cardiac output*. Golongan beta-bloker ini terbagi menjadi 2, yaitu: yang bersifat kardioselektif dan yang non-kardioselektif. Golongan kardioselektif memiliki afinitas yang lebih kuat terhadap reseptor beta 1 pada jantung daripada reseptor beta 2 di paru, sehingga tidak mengakibatkan efek bronkospasme. Golongan beta-bloker di Indonesia antar lain: atenolol, bisoprolol, karvedilol, metoprolol, dan propranolol. Efek samping yang mungkin muncul pada penggunaan beta-bloker lebih terkait pada efek hambatan adrenore-septor beta, seperti: bradikardi, abnormalitas pada konduksi atrioventrikular (blok pada jantung), dan gagal jantung akut.

2.1.9 Algoritma Terapi



Gambar 1 Algoritma terapi hipertensi menurut JNC-VII

2.2 Kepatuhan dalam Pengobatan

2.2.1 Definisi Kepatuhan Pasien : Pemenuhan (*Compliance*) dan Ketaatan (*Adherence*)

Medication adherence adalah sebuah aksi yang dilakukan oleh pasien untuk mengambil obat ataupun pengulangan resep obat tepat waktu. Dalam praktiknya, *medication adherence* akan melibatkan komunikasi dua arah antara pasien dan tenaga kesehatan, khususnya apoteker untuk mengoptimalkan keberhasilan terapi yang didapatkan oleh pasien. Sementara itu, *medication compliance* adalah aksi yang dilakukan pasien untuk mengonsumsi obat sesuai jadwal minumnya ataupun sesuai yang diresepkan oleh dokter. Ketika seorang pasien menunjukkan sikap ketidakpatuhan terhadap pengobatannya, maka pasien akan mendapatkan dampak berikut ini:

1. Perburukan penyakit dan komplikasi yang tidak perlu
2. Menurunkan kemampuan fisik dan kualitas hidup
3. Menambah biaya pengeluaran untuk pengobatan (contoh: biaya pemeriksaan dan kunjungan dokter),
4. Meningkatkan penggunaan alat kesehatan yang mahal,
5. Perubahan pengobatan yang tidak dibutuhkan,
6. Memperlama waktu rawat di rumah sakit (Lam & Fresco, 2015).

2.2.2 Teori Kepatuhan Pasien

Menurut (Romdlon Fauzi, S.Farm., Apt. ; Khairu Nishaa, S.Farm., 2018), teori kepatuhan pasien meliputi :

1. *Health Belief Model Theory*

Model *health belief* ini telah berkembang sejak tahun 1950. Pada awalnya model ini digunakan untuk menjelaskan adanya skrining penyakit tuberculosis di Amerika Serikat. Dalam model ini, suatu perilaku kesehatan akan bergantung pada keyakinan seseorang ataupun persepsi yang dimiliki seseorang tentang penyakit yang dideritanya dan strategi apa yang bisa dia lakukan untuk menurunkan tingkat keparahan penyakitnya.

2. *Social Cognitive (Self-Efficacy) Theory*

Teori ini pertama kali dikenalkan oleh Bandura pada tahun 1977 dan mengalami perkembangan pada tahun 2005. *Self efficacy* merupakan suatu keyakinan yang ada pada individu tentang kemampuan dirinya untuk melakukan satu perilaku dalam rangka agar berhasil mencapai tujuan tertentu. Perilaku yang ditekankan dalam teori ini adalah perilaku sehat yang dilakukan individu untuk mencapai target terapi yang diharapkan.

3. *The Theory of Reasoned Action and Planned Behavior*

Teori ini memiliki manfaat dalam memperkirakan perilaku yang dilakukan oleh individu berdasarkan sikap dan keyakinan yang dimiliki.

4. *The Transtheoretical Model*

The transtheoretical model merupakan salah satu model perubahan perilaku seseorang untuk menjadi perilaku yang lebih positif ataupun menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya dalam hal perilaku kesehatan. Pengambilan keputusan oleh individu adalah titik focus dari model ini. Adanya keterlibatan penilaian emosi, pengetahuan, dan perilaku individu akan memengaruhi penilaian individu terhadap dirinya sendiri yang berdampak pada pengambilan keputusan atas permasalahan kesehatan yang dihadapi.

5. *Applied Behavior Analytic Theory* (ABA)

Applied behavior analytic theory atau analisis perilaku terapan merupakan suatu deskripsi sistematis dan implementasi intervensi terapeutik untuk mengubah perilaku tertentu yang didasarkan pada prinsip-prinsip ilmu pengetahuan dan perilaku.

2.2.3 Tipe Ketidakpatuhan Pasien

Secara umum, perilaku penggunaan obat pasien dipengaruhi oleh kesepakatan yang dibuat antara pasien dan pembuat resep, yaitu dokter. Keinginan pasien dalam menggunakan obat akan menentukan kepatuhan pasien dalam penggunaan obatnya selama terapi. Ketidakpatuhan yang dimiliki oleh pasien dapat dibagi menjadi beberapa tipe berdasarkan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan pengobatan dan perilaku pasien dalam penggunaan obatnya (Romdlon Fauzi, S.Farm., Apt. ; Khairu Nishaa, S.Farm., 2018)

1. Berdasarkan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan pengobatan

a. Ketidakpatuhan yang disengaja (*Intentional Nonadherence*)

Pasien yang secara aktif memutuskan untuk tidak menggunakan pengobatannya atau mengikuti rekomendasi pengobatan merupakan kesengajaan dalam perilaku ketidakpatuhan. Perilaku ini biasanya mencerminkan proses pengambilan keputusan yang rasional dimana pasien menimbang pro dan kontra pengobatan. Adanya informasi obat yang didapatkan oleh pasien selain dari tenaga kesehatan langsung seperti brosur-brosur obat pada kemasan yang berisikan sisi efek samping obat dan kerugian lainnya, sebagai contoh ketergantungan obat, menutupi penyakit lain, atau mengurangi efikasi jangka panjang, akan menanamkan sikap skeptis terhadap pengobatan mereka. Akibatnya, pasien menjadi kurang termotivasi untuk menggunakan obatnya.

b. Ketidakpatuhan tidak disengaja (*Unintentional Nonadherence*)

Pada ketidakpatuhan yang tidak sengaja, pasien berperilaku yang tidak direncanakan dan kurang kuat terkait dengan kepercayaan dan tingkat kognisi daripada ketidakentuan yang disengaja dalam menjalani pengobatannya. Sebagai contoh, ketidakpatuhan akibat kelupaan, ketidaktauan cara penggunaan obat-obatan yang didapat termasuk obat dengan sediaan khusus, kompleksitas dari regimen pengobatan yang didapat, dan daya ingat pasien yang rendah, baik lupa minum obat pada waktu yang ditentukan atau ingat instruksi yang buruk.

2. Berdasarkan perilaku pasien dalam penggunaan obat

a. Ketidakpatuhan Primer (*Primary Nonadherence*)

Perilaku ini muncul pada pasien-pasien yang tidak menebus resep yang dia dapatkan. Pasien ini melakukan konsultasi kesehatan ke dokter dan mendapatkan resep untuk pengobatannya. Namun, setelah resep itu diberikan, pasien tidak berinisiatif untuk menebusnya ataupun mengambil ulang untuk pasien-pasien penyakit kronis yang membutuhkan terapi jangka panjang.

b. Ketidaktekunan (*Non Persistence*)

Perilaku ketidaktekunan ini ditunjukkan dengan pasien yang memutuskan untuk berhenti minum obat setelah memulai pengobatan tanpa disarankan oleh seorang profesional kesehatan untuk melakukannya.

c. Ketidaksesuaian (*Non Conforming*)

Beberapa pasien ada yang berperilaku tidak seperti yang ditentukan terkait pengobatannya. Sebagai contoh, perilaku ini cepat berkisar dari melewati dosis, mengonsumsi obat pada waktu yang salah, pengambilan obat pada dosis yang tidak benar atau bahkan mengambil lebih dari jumlah yang ditentukan.

2.2.4 Faktor Penyebab Ketidakpatuhan Pasien

Perilaku ketidakpatuhan yang berbeda yang ditunjukkan oleh pasien akan sangat menentukan intervensi yang akan dipilih apoteker dalam rangka meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan. Selain

memahami tipe ketidakpatuhan yang dimiliki pasien, apoteker juga perlu memahami faktor-faktor yang berpotensi memengaruhi kepatuhan pasien dalam pengobatan. Ada lima faktor yang dapat memengaruhi kepatuhan pasien, yaitu sebagai berikut:

1. Faktor demografi dan sosial-ekonomi
 - a. Usia dan Jenis ras
 - b. Jenis kelamin
 - c. Status pendidikan
 - d. Tingkat pengetahuan kesehatan
2. Faktor perilaku pasien
 - a. Kelupaan
 - b. Kecemasan selama terapi
 - c. Kesalahpahaman instruksi penggunaan obat
 - d. Ketakutan menjadi ketergantungan pada obat
 - e. Interaksi pasien dan tenaga kesehatan
3. Faktor Pengobatan
 - a. Regimen dosis
 - b. Lama terapi
 - c. Kompleksitas terapi
 - d. Bentuk sediaan obat
 - e. Efek samping yang tidak diinginkan
4. Faktor Kesehatan
 - a. Jenis penyakit

- b. Keparahan penyakit
 - c. Faktor resiko penyakit
 - d. Frekuensi kunjungan ke pelayanan kesehatan
 - e. Kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan
5. Faktor Ekonomi
- a. Status sosial-ekonomi
 - b. Jenis asuransi yang dimiliki
 - c. Biaya pengobatan
 - d. Pengobatan

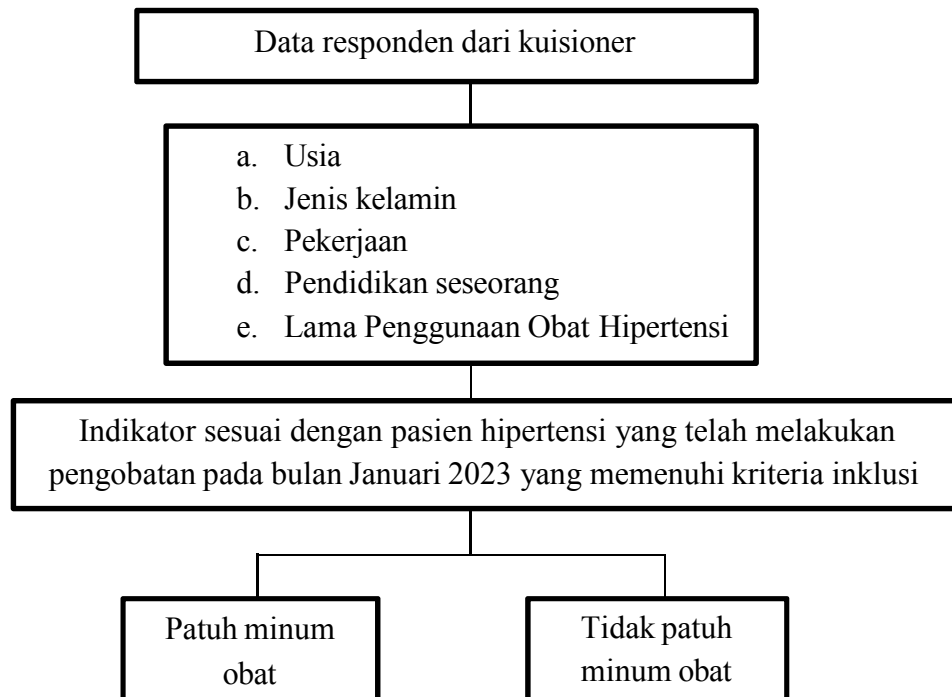
2.3 Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat)

2.3.1 Pengertian Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, menjelaskan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif, dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis kesehatan dibawah supervisi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Secara umum, mereka harus memberikan pelayanan preventif, promotif, kuratif sampai dengan rehabilitatif baik melalui Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), ataupun Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Puskesmas dapat memberikan

pelayanan rawat inap selain pelayanan rawat jalan. Untuk dapat memberikan pelayanan yang baik tentunya harus diusahakan adanya peningkatan kualitas layanan guna mencapai derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat. Untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui upaya kesehatan seperti yang dicanangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, perlu adanya pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas oleh para penyelenggara kesehatan, oleh karena itu sangat dituntut kinerja yang tinggi dari penyelenggara kesehatan itu sendiri. (Nasution *et al.*, 2022).

2.3 Kerangka Pikir



Gambar 2 Kerangka Pikir

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Puskesmas Nusa Indah Bengkulu tepatnya di Instalasi Farmasi pasien geriatri yang didiagnosa terkena Hipertensi. Waktu penelitian dilakukan dari bulan Februari hingga selesai.

3.2 Populasi dan Sampel

3.2.1 Populasi

Pengertian populasi yang lebih kompleks adalah bahwa populasi juga bukan sekedar jumlah yang ada pada subjek yang dipelajari, tetapi meliputi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki oleh subjek itu (Amin *et al.*, 2023).

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien hipertensi yang telah melakukan pengobatan hipertensi. Berdasarkan jumlah pasien hipertensi yang melakukan pengobatan di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu sebanyak 89 pasien .

3.2.2 Sampel

Sampel secara sederhana diartikan sebagai bagian dari populasi yang menjadi sumber data yang sebenarnya dalam suatu

penelitian. Dengan kata lain, sampel adalah sebagian dari populasi untuk mewakili seluruh populasi (Amin *et al.*, 2023).

Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan metode *Purposive Sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Amin *et al.*, 2023).

Sampel penelitian ini adalah pasien yang telah melakukan pengobatan yang memenuhi kriteria inklusi. Kriteria Inklusi yaitu kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili dalam sampel penelitian, memenuhi syarat sebagai sampel. Kriteria inklusi untuk sampel penelitian ini adalah:

1. Pasien yang melakukan pengobatan secara rutin di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu
2. Pasien hipertensi yang berpendidikan minimal SD
3. Pasien Hipertensi dengan usia 45-64 tahun yang melakukan pengobatan di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu
4. Pasien sudah mengonsumsi obat antihipertensi minimal 2 kali periode pengobatan
5. Pasien yang bersedia menjadi responden
6. Tidak memiliki komplikasi penyakit hipertensi
7. Responden berada ditempat pada saat pengambilan data

3.3 Prosedur Kerja

3.3.1 Perizinan

Perizinan merupakan salah satu syarat yang mutlak dalam pengambilan data, pada penelitian ini dibutuhkan surat keterangan dari akademik dan Surat Kesehatan bangsa dan politik untuk melakukan penelitian dan pengambilan data di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu, sehingga pihak dari Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu memberikan izin untuk peneliti mengambil data yang dibutuhkan oleh peneliti.

3.3.2 Pengambilan Data

Pengambilan data pasien melakukan pengumpulan data menggunakan data kuesioner untuk melihat data pasien yang menggunakan Obat Antihipertensi dilakukan di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu dengan data meliputi: nama pasien, umur pasien, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan pasien.

3.3.3 Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilakukan data primer yaitu data yang diperoleh melalui kuisisioner pasien penyakit hipertensi di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu yang telah melakukan pengobatan sebanyak 2x pengobatan.

3.4 Analisis Data

Penelitian ini menggunakan deskriptif analitik, untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan terhadap kepatuhan minum obat antihipertensi dengan *Uji Chi-Square Test*. Sebelum dilakukannya uji Chi Square Test kuisisioner akan diuji kevaliditasan dan reabilitasnya dengan menggunakan SPSS 27.0 for Windows.

3.5 Hipotesis

Jika H_a diterima maka ada hubungan tingkat pendidikan terhadap kepatuhan minum obat antihipertensi di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu, sedangkan jika H_o diterima maka tidak ada hubungan.

3.6 Definisi Operasional

- a) Pasien Hipertensi merupakan pasien yang telah lama terdiagnosis penyakit hipertensi di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu.
- b) Kuesioner atau angket merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab pasien hipertensi di Puskesmas Nusa Indah Bengkulu.

3.6.1 Alat ukur tingkat kepatuhan minum obat

Alat ukur yang digunakan pada penelitian ini menggunakan kuesioner MMAS-8 yang merupakan nilai kepatuhan penggunaan obat dengan rentang nilai 0 sampai 8. Kategori respon terdiri dari “ya” dan “tidak”. Item nomor 1 sampai 4 dan 6 sampai 7 mendapatkan nilai 1 untuk jawaban “tidak”.

Sedangkan, item nomor 8 dengan 5 pilihan mendapat nilai 1 untuk jawaban “iya”, 0,75 untuk jawaban “tidak pernah/sekali-kali”, 0,50 “kadang-kadang”, 0,25 “biasanya”, dan 0 “selalu”. MMAS-8 dikategorikan menjadi 3 tingkat kepatuhan minum obat antara lain :

- 1) Kepatuhan tinggi apabila 8
- 2) Kepatuhan sedang apabila nilai 6-7
- 3) Kepatuhan rendah apabila nilai <6

3.6.2 Uji Validitas dan reliabilitas kuisioner MMAS-8

Kuisioner kepatuhan minum obat dalam penelitian ini merupakan kuisioner yang sudah baku dari MMAS. MMAS-8 dapat diandalkan untuk mengukur kepatuhan pada pasien hipertensi dan secara bermakna dapat mengontrol tekanan darah.

Validitas adalah ketepatan atau kecermatan suatu instrument dalam pengukuran. Pengukuran validitas faktor ini dengan cara mengkorelasikan antara skor faktor (penjumlahan item dalam satu faktor) dengan skor total faktor (total keseluruhan faktor). Pengukuran validitas item dengan cara mengkorelasikan antara skor item dengan skor total item. Validitas item ditunjukkan dengan adanya korelasi atau dukungan terhadap item total (skor total). Bila kita menggunakan lebih dari satu faktor, berarti pengujian validitas item dengan cara mengkorelasikan antara skor item dengan skor faktor, kemudian dilanjutkan mengkorelasikan antara item dengan skor total faktor (penjumlahan dari beberapa faktor).

Dari hasil perhitungan korelasi akan di dapat suatu koefisien korelasi yang digunakan untuk mengukur tingkat validitas suatu item dan menentukan apakah suatu item layak digunakan atau tidak. Dalam menentukan layak atau tidaknya suatu item yang digunakan, biasanya digunakan uji signifikansi valid jika berkorelasi signifikan terhadap skor total. Teknik pengujian SPSS sering digunakan untuk uji validitas adalah menggunakan korelasi *Bivariate Pearson* (Produk Momen Pearson) dan *Corrected Item-Total Correlation* (Ayunita, 2018).

Sedangkan Uji reliabilitas digunakan untuk mengetahui konsistensi alat ukur, apakah alat pengukur yang digunakan dapat diandalkan dan tetap konsisten jika pengukuran tersebut diulang. Ada beberapa metode pengujian reliabilitas di antaranya metode tes ulang, formula *Flanagan*, *Cronbach's Alpha*, metode formula KR (*Kuder-Richardson*) – 20, KR – 21, dan metode *Anova Hoyt*. Metode yang sering digunakan dalam penelitian adalah metode Cronbach's Alpha. Metode ini sangat cocok digunakan pada skor dikotomi (0 dan 1) dan akan menghasilkan perhitungan yang setara dengan menggunakan metode KR-20 dan Anova Hoyt. Reliabilitas berarti dapat dipercaya” Artinya, instrumen dapat memberikan hasil yang tepat. Alat ukur instrument dikategorikan reliabel jika menunjukkan konstanta hasil pengukuran dan mempunyai ketetapan hasil pengukuran sehingga terbukti bahwa alat ukur itu benar-benar dapat dipertanggung jawabkan kebenarannya (Ayunita, 2018).

3.6.3 Hasil Ukur

a. Dependen

Patuh : jika patuh

Tidak Patuh : jika tidak patuh

b. Independen

Usia : 45-64 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki, perempuan

Pendidikan Terakhir : Tamat SD, SMP, SMA/SMK, Perguruan tinggi

Lama Penggunaan Obat : 2 sampai 5 kali, lebih dari 5 kali

3.6.4 Skala Ukur

Skala ukur pada penelitian ini menggunakan skala ordinal Data yang diperoleh dari kuesioner yaitu untuk soal nomor 1 sampai 7 jawaban Ya diberi skor 1, jawaban Tidak diberi skor 0, untuk soal nomor 8 skor 1 apabila menjawab A dan skor 0 apabila menjawab B, C atau D .

Table 3 Daftar Pertanyaan Metode MMAS-8

No.	Pertanyaan	Jawaban		Skor (Y=1) (T=0)
		Ya	Tidak	
1.	Apakah Anda terkadang lupa mengonsumsi obat Anda?			
2.	Apakah ada hari di mana Anda lupa mengonsumsi Obat Anda dalam 2 minggu terakhir?			
3.	Pernahkah Anda menghentikan pengobatan Anda tanpa berkonsultasi ke dokter/apoteker dahulu karena Anda merasa lebih buruk setelah menggunakannya?			
4.	Ketika Anda melakukan perjalanan/meninggalkan rumah, apakah terkadang Anda lupa untuk membawa obat Anda?			
5.	Apakah Anda mengonsumsi seluruh obat Anda kemarin?			
6.	Ketika Anda merasa gejala Anda membaik, apakah Anda terkadang menghentikan pengobatan?			
7.	Apakah Anda pernah merasa terusik/terganggu dengan rencana terapi Anda?			
8.	Seberapa sering Anda memiliki kesulitan untuk mengingat dalam mengonsumsi semua obat Anda? _A. Tidak pernah/Jarang _B. Sekali dalam satu waktu _C. Kadang-kadang _D. Sering _E. Setiap waktu			A = 0 B-E = 1
		Total Skor		

DAFTAR PUSTAKA

- Amari, R. O. (2023). *JURNAL PENGEMBANGAN ILMU DAN PRAKTIK KESEHATAN Volume 2, Nomor 2, April 2023. HIPERTENSI; ARTIKEL REVIEW*, 2(April), 31–41. file:///C:/Users/UseR/Downloads/272-Article Text-513-2-10-20230805.pdf
- Amin, N. F., Garancang, S., & Abunawas, K. (2023). *Konsep Umum Populasi dan Sampel dalam Penelitian. Jurnal Pilar*, 14(1), 15–31.
- Andhini, N. F. (2017). *Hubungan asupan natrium dan lemak pada kejadian hipertensi. Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Ayunita, D. (2018). *Modul Uji Validitas dan Reliabilitas. Statistika Terapan, October*, 1. https://www.researchgate.net/publication/328600462_Modul_Uji_Validitas_dan_Reliabilitas
- Grover, S. (2016). *Geriatric Dentistry: From Entry to Exit and Beyond for DentalCare.com. Proctor & Gamble, February 2016*.
- Kartika, M., Subakir, S., & Mirsiyanto, E. (2021). *Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Hipertensi. Jurnal Kesmas Jambi*, 5(1), 1–9.
- Kemenkes. (2018). *Laporan Provinsi Bengkulu RISKESDAS 2018. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, 123.
- Labiba Khuzaima, L., & Sunardi. (2021). *Hubungan Tingkat Pendidikan Terhadap Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi Di Puskesmas Sewon Ii Periode Januari 2021. Jurnal Kefarmasian Akfarindo*, 15–21. <https://doi.org/10.37089/jofar.vi0.103>
- Lam, W. Y., & Fresco, P. (2015). *Medication Adherence Measures: An Overview. BioMed Research International*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/217047>
- Nasution, I. F. S., Kurniansyah, D., & Priyanti, E. (2022). *Analisis pelayanan pusat kesehatan masyarakat (puskesmas). Kinerja*, 18(4), 527–532. <https://doi.org/10.30872/jkin.v18i4.9871>
- Romdlon Fauzi, S.Farm., Apt. ; Khairu Nishaa, S.Farm., A. (2018). *Apoteker Hebat Terapi Taat Pasien Sehat. Stiletto Indie Book*.
- Sudarmin, H., Fauziah, C., & Hadiwardjo, Y. H. (2022). *Gambaran Faktor Resiko Pada Penderita Hipertensi Di Poli Umum Puskesmas Limo Tahun*

2020. *Riset Kedokteran*, 6(2), 1–8.
<https://conference.upnvj.ac.id/index.php/sensorik/article/view/2084>

WHO. (2018). *World Health Statistic*. Geneva.

WHO. (2023). *Hypertension*. W. H. O. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Yth. Calon Responden

Di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Sarjana Farmasi Klinis dan Komunitas STIKES Al-Fatah Kota Bengkulu :

Nama : Famoya Adillah

NIM 21142075

Saat ini sedang mengadakan penelitian dengan judul “ **Hubungan Tingkat Pendidikan Terhadap Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi di Puskesmas Nusa Indah Bengkulu**”. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kepatuhan minum obat pasien hipertensi dalam menjalani pengobatan di Puskesmas Nusa Indah Kota Bengkulu.

Penelitian ini tidak berbahaya dan tidak merugikan responden. Kerahasiaan semua informasi yang telah diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian saja. Responden yang tidak bersedia diperbolehkan tidak ikut berpartisipasi dalam penelitian. Responden yang bersedia menjadi responden dimohon untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden penelitian dan mengisi data diri di lembar demografi. Atas perhatian dan kerja samanya, peneliti ucapka terimakasih.

Hormat Saya

(Famoya Adillah)

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Dengan surat ini saya menyatakan bahwa saya **Bersedia/Tidak Bersedia*** untuk menjadi responden dalam penelitian dengan judul “Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi di Puskesmas Nusa Indah Bengkulu” yang akan dilaksanakan oleh saudari Famoya Adillah, mahasiswa program Studi Sarjana Farmasi Klinis dan Komunitas STIKES AL- Fatah Bengkulu.

Saya Telah mengetahui maksud dan tujuan dari penelitian ini sesuai dengan penjelasan yang sudah disampaikan oleh peneliti kepada saya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sadar dan secara sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Bengkulu, Maret 2024

Responden

$$(\quad)$$

Lampiran 3

*coret yang tidak perlu

LEMBAR KUESIONER MMAS-8

Data Demografi

Nama :
 Umur :
 Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
 Pendidikan Terakhir : ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA ☐ Diploma/Sarjana
 Lama Pengobatan : ☐ <1tahun ☐ 1-3 tahun ☐ >3 tahun

B. Kuesioner MMAS-8

Beri tanda ceklis (√) pada salah satu kolom jawaban yang paling sesuai

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah anda kadang-kadang lupa minum obat?		
2.	Apakah ada hari di mana Anda lupa mengonsumsi Obat Anda dalam 2 minggu terakhir?		
3.	Pernahkah Anda menghentikan pengobatan Anda tanpa berkonsultasi ke dokter/apoteker dahulu karena Anda merasa lebih buruk setelah menggunakannya?		
4.	Ketika Anda melakukan perjalanan/meninggalkan rumah, apakah terkadang Anda lupa untuk membawa obat Anda?		
5.	Apakah Anda mengonsumsi seluruh obat Anda kemarin?		
6.	Ketika Anda merasa gejala Anda membaik, apakah Anda terkadang menghentikan pengobatan?		
7.	Apakah meminum obat setiap hari membuat anda terganggu dalam mematuhi pengobatan?		
8.	Seberapa sering anda mengalami kesulitan dalam mengingat penggunaan obat?	a. Tidak pernah/jarang b. Beberapa kali c. Kadang-kadang d. Sering e. Selalu	

Penilaian :

Pertanyaan no 1-7

YA = 0

TIDAK = 1

Pertanyaan no 5

Ya = 1

TIDAK = 0

Pertanyaan no 8

a = 1

b-e = 0,75, 0,50,
0,25, 0

*Pasien dinyatakan Tidak Patuh jika Skor >2