

## Tingkat Kepatuhan Pengobatan Pasien Hipertensi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kota Bandung

Rano K. Sinuraya, Dika P. Destiani, Irma M. Puspitasari, Ajeng Diantini

Departemen Farmakologi dan Farmasi Klinik, Fakultas Farmasi, Universitas Padjadjaran, Sumedang, Indonesia/Pusat Studi Pengembangan Pelayanan Kefarmasian, Fakultas Farmasi, Universitas Padjadjaran, Sumedang, Indonesia

### Abstrak

Hipertensi merupakan salah satu penyakit dengan angka mortalitas dan morbiditas yang sangat tinggi di dunia. Prevalensi hipertensi semakin meningkat setiap tahunnya dan Jawa Barat berada di peringkat keempat dengan prevalensi 29,4%. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien hipertensi terhadap pengobatannya dengan menggunakan kuesioner *Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8). Studi ini merupakan penelitian observasional menggunakan rancangan potong lintang, dilakukan pada bulan Oktober 2017–Februari 2018 di fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Bandung. Sejumlah dua ratus dua puluh enam responden terlibat dalam penelitian ini. Responden mengisi kuesioner MMAS-8 versi Bahasa Indonesia yang telah divalidasi setelah menandatangani *informed consent* terlebih dahulu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 53,5% dari responden memiliki tingkat kepatuhan rendah, 32,3% dari responden memiliki tingkat kepatuhan sedang, dan 14,2% dari responden memiliki tingkat kepatuhan tinggi. Data kemudian diolah secara statistik menggunakan analisis *Chi-Square* sehingga diperoleh hasil bahwa terdapat korelasi yang bermakna ( $p>0,05$ ) antara tingkat kepatuhan terhadap gender, tingkat pendidikan, status pekerjaan, riwayat penyakit keluarga, kejadian komplikasi, dan pengalaman mendapatkan informasi mengenai hipertensi dan pola diet. Terdapat korelasi bermakna antara status tekanan darah (terkontrol dan tidak terkontrol) terhadap kepatuhan responden ( $p=0,000$ ). Lebih dari 50% pasien hipertensi di fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Bandung masih memiliki tingkat kepatuhan yang rendah terhadap pengobatannya dengan *rate* kepatuhan pasien hipertensi terhadap pengobatannya sebesar 26,3%.

**Kata kunci:** Hipertensi, tingkat kepatuhan, fasilitas kesehatan tingkat pertama

## Medication Adherence among Hypertensive Patients in Primary Healthcare in Bandung City

### Abstract

Hypertension is a disease with high mortality and also mobility all over the world. The prevalence of hypertension is increasing every year and West Java is ranked fourth with a prevalence by 29.4%. This study aimed to measure the level of medication adherence of hypertensive patients by using Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) questionnaire. This study was an observational study using cross sectional design and conducted in October 2017–February 2018 at primary healthcare facilities in Bandung City. A total of two hundred and twenty-six respondents were involved in the study. Respondents are required to fill out the validated Indonesian version of MMAS-8 questionnaire after signing informed consent. The results showed that 53.5% of the respondents had low level of adherence, 32.3% of the respondents had moderate level of adherence, and 14.2% of the respondents had high level of adherence. Then, data were processed statistically by using Chi-Square analysis and the results showed that there was significant correlation ( $p>0.05$ ) between the level of adherence to gender, education level, occupational status, family history of disease, incidence of complications, and experience with information about hypertension and diet. There was a significant correlation between the status of blood pressure (controlled and uncontrolled) to respondent's adherence ( $p=0.000$ ). In addition, more than 50% hypertensive patients in primary health care in Bandung City still has low level of medications adherence with rate of adherence is 26.3%.

**Keywords:** Hypertension, level of adherence, primary health care

**Korespondensi:** Rano K. Sinuraya, Apt., MKM., Departemen Farmakologi dan Farmasi Klinik, Fakultas Farmasi, Universitas Padjadjaran, Sumedang, Jawa Barat 45363, Indonesia, *email:* r.k.sinuraya@unpad.ac.id

Naskah diterima: 10 April 2018, Diterima untuk diterbitkan: 8 Mei 2018, Diterbitkan: 1 Juni 2018

## Pendahuluan

Hipertensi merupakan suatu penyakit dengan angka mortalitas dan morbiditas yang sangat tinggi di dunia. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013 menunjukkan, prevalensi hipertensi di Indonesia yaitu sebesar 26,5%. Provinsi Jawa Barat berada di peringkat keempat sebagai wilayah dengan prevalensi hipertensi tertinggi yaitu sebesar 29,4%.<sup>1,2</sup> Pada tahun 2016, Kementerian Kesehatan RI melakukan Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas) dan diperoleh data bahwa prevalensi penyakit hipertensi di Indonesia telah meningkat menjadi sebesar 32,4%.<sup>3</sup> Laporan Dinas Kesehatan Kota Bandung pada tahun 2016 menyatakan bahwa penyakit hipertensi merupakan penyebab kematian utama di Kota Bandung selain penyakit stroke. Persentase penduduk yang menderita hipertensi semakin meningkat setiap tahun dan pada tahun 2016 sebanyak 12,4% penduduk di Kota Bandung berusia lebih dari 18 tahun telah didiagnosis hipertensi.<sup>4</sup>

Manifestasi klinis dari penyakit hipertensi adalah kerusakan organ yang dapat berakibat pada gangguan jantung dan ginjal, stroke, serta berbagai komplikasi lainnya.<sup>5</sup> Oleh sebab itu, salah satu target dari terapi hipertensi adalah menjaga tekanan darah pasien terkontrol untuk menekan angka morbiditas dan mortalitas.<sup>5,6</sup> Berbagai upaya dapat dilakukan agar target terapi pasien hipertensi dapat tercapai, salah satunya melalui kegiatan asuhan kefarmasian yang dilakukan oleh apoteker.<sup>6,7</sup>

Asuhan kefarmasian memiliki tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan tidak hanya melalui pemberian obat namun juga informasi, konseling dan edukasi kepada pasien, serta dilakukannya *monitoring* hasil terapi pasien dengan harapan agar kepatuhan pasien dapat meningkat.<sup>7</sup> Kepatuhan dalam menjalani pengobatan terapi merupakan faktor yang penting dalam mengontrol tekanan darah pasien hipertensi. Salah satu syarat mutlak

untuk dapat mencapai efektivitas terapi dan meningkatkan kualitas hidup pasien adalah kepatuhan, sedangkan ketidakpatuhan pasien dalam mengonsumsi obat merupakan salah satu faktor utama penyebab kegagalan terapi.<sup>8,9</sup> Penelitian ini memiliki tujuan untuk mencari gambaran tingkat kepatuhan pasien hipertensi terhadap pengobatannya.

## Metode

Penelitian ini merupakan studi observasional dengan menggunakan desain potong lintang di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FTKP) di Kota Bandung pada Oktober 2017–Februari 2018. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) versi Bahasa Indonesia yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas serta reliabilitas dilakukan kepada sebanyak tiga puluh orang responden dengan hasil yang diperoleh valid untuk setiap item pertanyaan ( $r > 0,45$ ) dengan nilai *Cronbach's alpha* sebesar 0,764. Hasil pengukuran kepatuhan pasien dikategorikan menjadi tiga kelompok, yaitu kepatuhan rendah (skor < 6), kepatuhan sedang (skor 6–7), dan kepatuhan tinggi (skor 8).

Sebanyak 226 responden dilibatkan dalam penelitian ini dan mengisi kuesioner dengan sebelumnya memberikan pernyataan kesediaan terlebih dahulu dan menandatangani *informed consent*. Kriteria inklusi responden penelitian ini adalah pasien yang berusia  $\geq 18$  tahun, menderita hipertensi dan/atau mendapatkan obat hipertensi dari dokter. Kriteria eksklusi responden penelitian ini antara lain pasien yang sedang menjalani hemodialisis, pasien hamil, dan menyusui. Data penelitian kemudian dianalisis dengan *Chi-Square* dan *Kruskal-Wallis* menggunakan SPSS versi 20.0 dengan nilai kemaknaan  $p < 0,05$ . Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran dengan nomor 653/

UN6.C.10/PN/2017).

## Hasil

Berdasarkan hasil analisis deskriptif, dapat dilihat bahwa pasien hipertensi terbanyak terdapat pada kelompok usia 60–69 tahun dan didominasi oleh pasien berjenis kelamin perempuan. Sebesar 49% responden penelitian telah menempuh pendidikan hingga jenjang pendidikan tinggi. Jenjang pendidikan tinggi didefinisikan sebagai jenjang diploma tiga (D3), sarjana (S1) dan pascasarjana. Hampir 50% dari responden merupakan pensiunan dan tidak bekerja, hal ini disebabkan karena sebagian besar pasien-pasien pada penelitian ini merupakan ibu rumah tangga dan sudah bukan dalam usia produktif lagi. Hasil analisis deskriptif sosiodemografi dan karakteristik klinis pasien dapat dilihat pada Tabel 1.

Pada umumnya pasien memiliki keluarga dengan riwayat hipertensi. Lebih dari 40% dari responden telah menderita hipertensi selama satu sampai lima tahun dengan 50% lebih di antaranya tidak memiliki komplikasi penyakit terkait hipertensi. Sekitar 70% responden pada umumnya telah menerima informasi terkait penyakit hipertensi dan juga pengaturan pola makan (diet) yang bersumber dari tenaga kesehatan dan media informasi.

Tingkat kepatuhan responden dikategorikan menjadi tiga buah kelompok yaitu, rendah (53,5%), sedang (32,3%), dan tinggi (14,2%). Pada Tabel 2 dapat dilihat bahwa responden perempuan memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Demikian juga responden dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki tingkat kepatuhan yang lebih baik. Pasien yang telah menerima informasi mengenai penyakit hipertensi serta pengaturan pola makan (diet) yang bersumber dari tenaga-tenaga kesehatan memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan kelompok yang lainnya. Hasil analisis statistik faktor sosiodemografi dan data klinis

pasien terhadap tingkat kepatuhan dapat dilihat pada Tabel 2.

## Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian ini, kelompok responden terbesar adalah perempuan dengan jumlah presentase yang sebenarnya tidak terlalu jauh berbeda dengan jumlah responden laki-laki. Hal ini sedikit berbeda dengan data pada Profil Kesehatan Kota Bandung tahun 2016<sup>2,4</sup> yang menyatakan bahwa sebagian besar penderita hipertensi terutama di wilayah Jawa Barat berjenis kelamin laki-laki. Kelompok responden dengan presentasi tertinggi adalah pada rentang usia 60–69 tahun (35%), diikuti oleh kelompok usia 50–59 tahun (31%) dan kelompok usia lebih dari 70 tahun (19%). Pada penelitian sebelumnya juga telah dinyatakan bahwa peningkatan yang signifikan antara risiko menderita hipertensi seiring dengan pertambahan usia pada seseorang.<sup>10</sup>

Berdasarkan data yang diperoleh, kelompok pasien hipertensi ini didominasi oleh pasien dengan tingkat pendidikan tinggi, masih aktif bekerja, dan tingkat penghasilan di atas upah minimum regional (UMR). Hasil ini berbeda dengan hasil beberapa penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa persentase tertinggi penderita hipertensi umumnya terjadi pada kelompok pasien dengan pendidikan rendah dan pasien usia nonproduktif.<sup>11</sup> Namun hal tersebut tidak signifikan, sebab berdasarkan kajian H.L. Blum, derajat kesehatan seseorang dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu pola hidup, lingkungan, akses ke sarana kesehatan, dan faktor genetik.<sup>12</sup> Pendidikan seseorang, pekerjaan, dan penghasilan umumnya lebih erat kaitannya dengan pola hidup seseorang. Seseorang dengan pendidikan tinggi, faktor literasinya akan semakin baik, juga ia akan lebih mudah mengakses berbagai informasi kesehatan dibandingkan orang dengan tingkat pendidikan rendah.<sup>13,14</sup>

Pengukuran tingkat kepatuhan dilakukan

**Tabel 1 Sosiodemografi dan Karakteristik Klinis Responden (n=226)**

| <b>Karakteristik</b>   | <b>n (%)</b> |
|--|--------------|
| <b>Usia (tahun)</b>  |              |
| <40  | 12 (5,3)     |
| 40–49  | 22 (9,7)     |
| 50–59  | 70 (31)      |
| 60–69  | 79 (35)      |
| >70  | 43 (19)      |
| $\bar{x}$ (SD)   | 60,31 (10,7) |
| Rentang (tahun)  | 29–86        |
| <b>Jenis Kelamin</b>   |              |
| Laki-laki  | 106 (46,9)   |
| Perempuan  | 120 (53,1)   |
| <b>Pendidikan</b>  |              |
| Pendidikan Dasar   | 33 (14,6)    |
| Pendidikan Menengah  | 82 (36,3)    |
| Pendidikan Tinggi  | 111 (49,1)   |
| <b>Pekerjaan</b>   |              |
| Bekerja  | 117 (51,8)   |
| Tidak Bekerja/Pensiunan  | 109 (48,2)   |
| Tidak Bekerja  | 51 (22,6)    |
| <b>Penghasilan*</b>  |              |
| <Rp2.843.000,-   | 97 (42,9)    |
| >Rp2.843.000,-   | 129 (57,1)   |
| <b>Lama Menderita Hipertensi</b>   |              |
| <1 tahun   | 40 (17,7)    |
| 1–5 tahun  | 104 (46)     |
| >5 tahun   | 82 (36,3)    |
| <b>Riwayat Keluarga dengan Hipertensi</b>                                    |              |
| Ya   | 123 (54,4)   |
| Tidak  | 103 (45,6)   |
| <b>Hipertensi dengan Komplikasi</b>  |              |
| Ya   | 94 (41,6)    |
| Tidak  | 132 (58,4)   |
| <b>Pernah Mendapatkan Informasi tentang Hipertensi dan Pola Makan (Diet)</b> |              |
| Ya   | 163 (72,1)   |
| Tidak  | 63 (27,9)    |
| <b>Sumber Informasi tentang Hipertensi dan Pola Makan (Diet)</b>             |              |
| Tenaga kesehatan   | 161 (71,2)   |
| Media informasi (cetak dan elektronik)                                       | 40 (17,7)    |
| Keluarga/tetangga  | 21 (9,3)     |
| Mencari sendiri  | 4 (1,8)      |

\*Berdasarkan upah minimum regional (UMR) Kota Bandung

untuk menilai apakah seorang pasien telah mengikuti aturan penggunaan obat serta mengikuti setiap anjuran terapi dengan baik. Tingkat kepatuhan ini diukur menggunakan instrumen MMAS dengan delapan pertanyaan yang akan mengidentifikasi perilaku pasien

terkait pengobatan, seperti lupa minum obat, motivasi sembuh yang rendah, dan beberapa perilaku lainnya.<sup>15</sup> Hasil dari analisis tingkat kepatuhan (Tabel 2) menunjukkan responden perempuan memiliki tingkat kepatuhan yang lebih baik dan signifikan ( $p=0,005$ ) apabila

**Tabel 2 Tingkat Kepatuhan Dengan Faktor Sosiodemografi dan Data Klinis Responden**

| Karakteristik dan Data Klinis  | Tingkat Kepatuhan |               |               | Nilai-p             |
|--|-------------------|---------------|---------------|---------------------|
|  | Rendah (n=121)    | Sedang (n=73) | Tinggi (n=32) |                     |
| <b>Usia (tahun)</b>  |                   |               |               | 0,110               |
| <60  | 62 (59,6%)        | 30 (28,8%)    | 12 (11,5%)    |                     |
| ≥60  | 59 (48,4%)        | 43 (35,2%)    | 20 (16,4%)    |                     |
| <b>Jenis Kelamin</b>   |                   |               |               | 0,005*              |
| Laki-laki  | 66 (62,3%)        | 32 (30,2%)    | 8 (7,5%)      |                     |
| Perempuan  | 55 (45,8%)        | 55 (34,2%)    | 24 (20,0%)    |                     |
| <b>Pendidikan</b>  |                   |               |               | 0,009*              |
| Pendidikan Dasar   | 16 (48,5%)        | 10 (30,3%)    | 7 (21,2%)     |                     |
| Pendidikan Menengah  | 48 (58,5%)        | 31 (37,8%)    | 3 (3,7%)      |                     |
| Pendidikan Tinggi  | 57 (51,4%)        | 32 (28,8%)    | 22 (19,8%)    |                     |
| <b>Status Pekerjaan</b>  |                   |               |               | 0,002*              |
| Bekerja  | 75 (64,1%)        | 30 (25,5%)    | 12 (10,3%)    |                     |
| Tidak Bekerja/Pensiunan  | 46 (42,2%)        | 43 (39,4%)    | 20 (18,3%)    |                     |
| <b>Penghasilan<sup>a)</sup></b>  |                   |               |               | 0,179               |
| <Rp2.843.000,-   | 47 (48,5%)        | 36 (37,1%)    | 14 (14,4%)    |                     |
| >Rp2.843.000,-   | 74 (57,4%)        | 37 (28,6%)    | 18 (14,0%)    |                     |
| <b>Lama Menderita Hipertensi</b>   |                   |               |               | 0,063               |
| <1 tahun   | 24 (60,0%)        | 14 (35%)      | 2 (5,0%)      |                     |
| 1–5 tahun  | 54 (51,9%)        | 29 (27,9%)    | 21 (20,2%)    |                     |
| >5 tahun   | 43 (52,4%)        | 30 (36,6%)    | 9 (11%)       |                     |
| <b>Riwayat Keluarga dengan Hipertensi</b>                                    |                   |               |               | 0,048*              |
| Ya   | 69 (56,1%)        | 42 (34,1%)    | 12 (9,8%)     |                     |
| Tidak  | 52 (50,5%)        | 31 (30,1%)    | 20 (19,4%)    |                     |
| <b>Hipertensi dengan Komplikasi</b>  |                   |               |               | 0,040*              |
| Ya   | 48 (51,1%)        | 27 (28,7%)    | 19 (20,2%)    |                     |
| Tidak  | 73 (55,3%)        | 46 (34,8%)    | 13 (9,8%)     |                     |
| <b>Pernah Mendapatkan Informasi tentang Hipertensi dan Pola Makan (diet)</b> |                   |               |               | 0,000*              |
| Ya   | 76 (46,6%)        | 55 (33,7%)    | 32 (19,6%)    |                     |
| Tidak  | 45 (71,4)         | 18 (28,6%)    | 0 (0%)        |                     |
| <b>Sumber Informasi tentang Hipertensi dan Pola Makan (Diet)</b>             |                   |               |               | 0,088 <sup>b)</sup> |
| Tenaga kesehatan   | 82 (50,9%)        | 58 (36,0%)    | 21 (13,2%)    |                     |
| Media informasi (cetak dan elektronik)                                       | 25 (62,5%)        | 10 (25,0%)    | 5 (12,5%)     |                     |
| Keluarga/tetangga  | 14 (66,7%)        | 1 (4,8%)      | 6 (28,6%)     |                     |
| Mencari sendiri  | 0 (0%)            | 4 (100%)      | 0 (0%)        |                     |
| <b>Tekanan Darah</b>   |                   |               |               | 0,000*              |
| Terkontrol   | 34 (28,8%)        | 53 (44,9%)    | 31 (26,3%)    |                     |
| Tidak terkontrol   | 87 (80,6%)        | 20(18,5%)     | 1 (0,90%)     |                     |

<sup>a)</sup>Berdasarkan upah minimum regional (UMR) Kota Bandung

<sup>b)</sup>Dianalisis menggunakan *Kruskal–Wallis*

\*Signifikan

dibandingkan responden laki-laki. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Joho,<sup>16</sup> yang menyatakan bahwa pasien berjenis kelamin perempuan lebih patuh dalam menjalani pengobatan dan juga lebih *aware* terhadap penyakit yang dideritanya.

Pada analisis hubungan antara tingkat kepatuhan dengan kelompok usia, kelompok usia responden dibagi menjadi dua kategori, yaitu <60 tahun dan ≥60 tahun berdasarkan rata-rata yang terdapat pada Tabel 1. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak terdapat korelasi yang bermakna antara usia dan tingkat kepatuhan responden ( $p=0,110$ ). Hasil ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Ambaw,<sup>17</sup> yang menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara tingkat kepatuhan dan usia seseorang. Namun, hasil penelitian tersebut bertentangan dengan yang dilakukan Akoko,<sup>18</sup> yang menyatakan terdapat perbedaan bermakna antara tingkat kepatuhan dan usia, yakni semakin bertambah usia seseorang maka tingkat kepatuhannya semakin tinggi.

Tingkat pendidikan memiliki korelasi yang signifikan terhadap kepatuhan responden ( $p=0,009$ ). Responden yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki kepatuhan yang lebih baik bila dibandingkan responden dengan tingkat pendidikan rendah. Hasil ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Sumantra<sup>19</sup> dan Boima,<sup>20</sup> yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan dari seseorang akan memengaruhi perilaku dan tingkat kesadaran untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Status pekerjaan memiliki korelasi yang signifikan terhadap tingkat kepatuhan seseorang. Responden berstatus tidak bekerja dan pensiunan mempunyai tingkat kepatuhan yang lebih baik dibandingkan responden yang masih bekerja ( $p=0,002$ ). Hal ini kemungkinan disebabkan responden yang masih aktif bekerja memiliki probabilitas untuk lupa minum obat atau melewati jadwal minum obat lebih tinggi bila dibandingkan dengan responden

yang sudah tidak aktif bekerja. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Lee,<sup>21</sup> yang menyatakan bahwa kesibukan atau aktivitas suatu individu adalah variabel yang dapat menjadi pemicu dalam melewati jadwal minum obat sehingga target pengobatannya menjadi tidak tercapai. Berdasarkan tingkat penghasilan responden, diperoleh data bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kepatuhan responden yang berpenghasilan di atas UMR dengan di bawah UMR. Hal ini kemungkinan disebabkan karena saat ini biaya pelayanan kesehatan di Indonesia telah menggunakan sistem *universal coverage* melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sehingga masyarakat tidak perlu memikirkan perihal biaya pengobatan, terutama pengobatan dasar di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Tidak terdapat korelasi yang signifikan antara durasi menderita penyakit hipertensi dengan kepatuhan responden ( $p=0,063$ ), namun berdasarkan data pada Tabel 2, responden yang menderita hipertensi antara satu sampai lima tahun memiliki kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan kelompok lainnya. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lulebo,<sup>22</sup> yang menyatakan bahwa tidak terdapat korelasi antara lamanya menderita suatu penyakit dengan kepatuhan seseorang. Pada umumnya semakin lama orang menderita suatu penyakit maka ia akan semakin paham terhadap penyakit yang dideritanya, namun hasil yang berbeda juga ditemukan, yaitu semakin lama durasi seseorang menderita suatu penyakit maka akan menjadi faktor pemicu seseorang menjadi bosan terhadap pengobatan sehingga menurunkan kepatuhan dalam menjalani terapi.

Berdasarkan Tabel 2, dapat dilihat bahwa terdapat korelasi yang signifikan antara riwayat penyakit pada keluarga terhadap kepatuhan pasien hipertensi ( $p=0,048$ ). Responden yang memiliki riwayat keluarga dengan hipertensi justru memiliki tingkat kepatuhan yang lebih

rendah bila dibandingkan kelompok lainnya. Tingkat kepatuhan tinggi justru dimiliki oleh kelompok responden yang tidak memiliki keluarga dengan riwayat hipertensi. Hasil ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Schneider<sup>23</sup> yang menyatakan bahwa faktor riwayat keluarga yang memiliki suatu penyakit tertentu tidak menjamin kepatuhan seseorang terhadap penyakit tersebut secara langsung, hal ini disebabkan karena dibutuhkan suatu proses pemahaman terlebih dahulu sebelum kepatuhan itu muncul.

Terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan dan komplikasi ( $p=0,04$ ). Responden yang memiliki pengalaman dalam mengalami komplikasi terkait hipertensi akan lebih patuh dalam pengobatan dibandingkan responden yang belum pernah mengalami komplikasi sama sekali. Hal ini sejalan dengan hasil dari penelitian yang dilakukan oleh Vrijens<sup>24</sup> dan Kim,<sup>25</sup> yang menyatakan bahwa umumnya setelah mengalami komplikasi pasien akan menjadi lebih patuh dalam pengobatan, sebab komplikasi akan berdampak pada penurunan kualitas hidup pasien dan aktivitas menjadi lebih terganggu. Oleh karena itu, hal tersebut menjadi faktor yang memacu pasien untuk menjadi sembuh dan meningkatkan kualitas hidupnya.

Sebagian besar responden yang terlibat di dalam penelitian ini pernah mendapatkan edukasi mengenai penyakit yang dideritanya dan pola makan (diet) yang harus dilakukan agar tekanan darahnya terkontrol. Terdapat hubungan yang signifikan antara mendapatkan informasi mengenai penyakit dengan tingkat kepatuhan responden ( $p=0,000$ ). Hal ini membuktikan bahwa responden tersebut telah terinformasikan dengan baik dengan mereka dapat mengaplikasikan informasi tersebut di dalam kesehariannya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kilic,<sup>26</sup> yang menyatakan bahwa apabila pasien mendapat informasi dengan baik, maka hal tersebut dapat meningkatkan pengetahuan pasien terhadap

penyakitnya sehingga memicu pasien untuk patuh dalam pengobatannya.

Sebanyak 161 responden (71,2%) menerima informasi terkait hipertensi dan pola makan (diet) dari ahli tenaga kesehatan, dan sebanyak 21% di antaranya memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi dalam pengobatan. Pada fasilitas kesehatan, umumnya pasien diberi informasi pada saat pengambilan obat. Pasien umumnya memperoleh informasi pada saat pemberian informasi obat dan konseling yang dilakukan oleh apoteker. Penelitian yang dilakukan oleh Lu<sup>27</sup> menyatakan bahwa pemberian informasi yang lebih efektif adalah melalui tatap muka langsung disertai interaksi aktif antara pasien dan konselor sehingga dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatannya.

Sebanyak 90 responden (39,8%) memiliki tekanan darah yang terkontrol dan terdapat korelasi yang signifikan antara status tekanan darah dengan kepatuhan ( $p=0,000$ ). Kategori tekanan darah terkontrol dan tidak terkontrol dibedakan berdasarkan pada *guidelines Eighth Joint National Committee (JNC 8)*.<sup>28</sup> Pasien dengan usia di bawah 60 tahun dikategorikan terkontrol apabila tekanan darahnya  $<140/90$  mmHg, sedangkan pasien berusia  $\geq 60$  tahun dikatakan terkontrol apabila tekanan darah pasien  $<150/90$  mmHg. Berdasarkan data yang diperoleh, sebanyak 26,3% responden dengan kepatuhan tinggi memiliki kecenderungan tekanan darah yang terkontrol. Berdasarkan suatu penelitian yang dilakukan oleh Akoko<sup>18</sup>, persentase tersebut dapat digunakan sebagai suatu representasi *rate* dari kepatuhan pasien hipertensi terhadap pengobatannya.

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah tidak memasukkan variabel lainnya yang dapat memengaruhi kepatuhan seseorang terhadap pengobatan, seperti biaya pengobatan/terapi, ketersediaan obat, efek samping, penggunaan obat tradisional, dan beberapa variabel lainnya. Penelitian ini sebagai penelitian pendahuluan dalam mencari gambaran tingkat kepatuhan penderita hipertensi terhadap pengobatannya.

## Simpulan

Pasien hipertensi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kota Bandung memiliki tingkat kepatuhan rendah sebesar 53%, kepatuhan sedang sebesar 32,3%, dan kepatuhan tinggi sebesar 14,2%. Tingkat kepatuhan pasien berkorelasi secara bermakna ( $p < 0,05$ ) dengan gender, tingkat pendidikan, status pekerjaan, riwayat keluarga, kejadian komplikasi, dan pengalaman mendapatkan informasi terkait hipertensi dan diet. *Rate* kepatuhan pasien hipertensi dalam pengobatannya sebesar 26,3%.

## Pendanaan

Penelitian ini mendapat dana Hibah Internal Universitas Padjadjaran Tahun 2017.

## Konflik Kepentingan

Seluruh penulis menyatakan bahwa tidak terdapat konflik kepentingan dalam penulisan manuskrip ini.

## Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar Republik Indonesia (2013). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
2. Dinas Kesehatan Jawa Barat. Profil Kesehatan Jawa Barat. Bandung: Dinas Kesehatan Jawa Barat; 2015.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
4. Profil Kesehatan Kota Bandung. Bandung: Dinas Kesehatan Kota Bandung; 2016.
5. Ewald DR, Haldeman LA. Risk factors in adolescent hypertension. *Global Pediatr Health*. 2016;3:2333794X15625159. doi: 10.1177/2333794X15625159
6. Jiang B, Liu H, Ru X, Zhang H, Wu S, Wang W. Hypertension detection, management, control and associated factors among residents accessing community health services in Beijing. *Sci Rep*. 2014; 4:4845. doi: 10.1038/srep04845.
7. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2017. doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.006
8. Gwadry-Sridhar FH, Manias E, Lal L, Salas M, Hughes DA, Ratzki-Leewing A, et al. Impact of interventions on medication adherence and blood pressure control in patients with essential hypertension: A systematic review by the ISPOR medication adherence and persistence special interest group. *Value Health*. 2013;16(5):863–71. doi: 10.1016/j.jval.2013.03.1631
9. Parati G, Omboni S, Compare A, Grossi E, Callus E, Venco A, et al. Blood pressure control and treatment adherence in hypertensive patients with metabolic syndrome: Protocol of a randomized controlled study based on home blood pressure telemonitoring vs. conventional management and assessment of psychological determinants of adherence (TELEBPMET Study). *Trials*. 2013;14:22. doi: 10.1186/1745-6215-14-22.
10. Irazola VE, Gutierrez L, Bloomfield GS, Carrillo-Larco RM, Dorairaj P, Gaziano T, et al. Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in selected communities of nine low and middle income countries: Results from the NHLBI/UHG Network of Centers of Excellence for Chronic Diseases. *Glob Heart*. 2016;

- 11(1):47–59. doi: 10.1016/j.gheart.2015.12.008.
11. Nahimana MR, Nyandwi A, Muhimpundu MA, Olu O, Condo JU, Rusanganwa A, et al. A population-based national estimate of the prevalence and risk factors associated with hypertension in Rwanda: Implications for prevention and control. *BMC Public Health*. 2018;18:2. doi: 10.1186/s12889-017-4536-9
  12. Lopez JP, Camacho LPA, Arbelaez DG, Alvarado L, Molina DI, Sanchez G, et al. PP.29.11: Educational level influence in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in colombia. *J Hypertens*. 2015;33:e392-3. doi: 10.1097/01.hjh.0000468603.20917.d5
  13. Mezuk B, Kershaw KN, Hudson D, Lim KA, Ratliff S. Job strain, workplace discrimination, and hypertension among older workers: The health and retirement study. *Race Soc Probl*. 2011;3(1):38–50. doi: 10.1007/s12552-011-9041-7
  14. Olesen K, Carneiro IG, Jørgensen MB, Rugulies R, Rasmussen CDN, Søgaard K, et al. Associations between psychosocial work environment and hypertension among non-Western immigrant and Danish cleaners. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012;85(7):829–35. doi: 10.1007/s00420-011-0728-2
  15. Morello CM, Chynoweth M, Kim H, Singh RF, Hirsch JD. Strategies to improve medication adherence reported by diabetes patients and caregivers: Results of a taking control of your diabetes survey. *Ann Pharmacother*. 2011;45(2):145–53. doi: 10.1345/aph.1P322.
  16. Joho AA. Factors affecting treatment compliance among hypertension patients in three district hospital-Dar es Salaam. Dar es Salaam: Muhimbili University of Health and Allied Science; 2012.
  17. Ambaw AD, Alemie GA, W/Yohannes SM, Mengesha ZB. Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Public Health*. 2012;12:282. doi: 10.1186/1471-2458-12-282
  18. Akoko BM, Fon PN, Ngu RC, Ngu KB. Knowledge of hypertension and compliance with therapy among hypertensive patients in the bamenda health district of cameroon: A cross-sectional study. *Cardiol Ther*. 2017;6(1):53–67. doi: 10.1007/s40119-016-0079-x
  19. Gede SI. The level of medication compliance of hypertension in adults and elderly patient. *J Hypertens*. 2015;33:e43. doi: 10.1097/01.hjh.0000469883.58487.e6
  20. Boima V, Ademola AD, Odusola AO, Agyekum F, Nwafor CE, Cole H, et al. Factors associated with medication nonadherence among hypertensives in Ghana and Nigeria. *Int J Hypertens*. 2015;2015:205716. doi: 10.1155/2015/205716
  21. Lee GKY, Wang HXH, Liu KQL, Cheung Y, Morisky DE, Wong MCS. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using morisky medication adherence scale. *PLoS ONE*. 2013;8(4):e62775. doi: 10.1371/journal.pone.0062775
  22. Lulebo AM, Mutombo PB, Mapatano MA, Mafuta EM, Kayembe PK, Ntumba LT, et al. Predictors of non-adherence to antihypertensive medication in Kinshasa, democratic Republic of Congo: A cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2015;8:526. doi: 10.1186/s13104-015-1519-8
  23. Schneider KI, Schmidtke J. Patient compliance based on genetic medicine: A literature review. *J Community Genet*. 2014;5(1):31-48. doi: 10.1007/s12687-013-0160-2.
  24. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, de la Sierra A, Volpe M. Current situation of medication adherence in hypertension.

- Fronti Pharmacol. 2017;8:100. doi: 10.3389/fphar.2017.00100.
25. Kim HJ, Yoon SJ, Oh IH, Lim JH, Kim YA. Medication adherence and the occurrence of complications in patients with newly diagnosed hypertension. *Korean Circ J*. 2016;46(3):384–93. doi: 10.4070/kcj.2016.46.3.384
26. Kilic M, Uzunçakmak T, Ede H. The effect of knowledge about hypertension on the control of high blood pressure. *Int J Cardiovasc Acad*. 2016;2(1):27–32. doi: 10.1016/j.ijcac.2016.01.003
27. Lu CH, Tang ST, Lei YX, Zhang MQ, Lin WQ, Ding SH, et al. Community-based interventions in hypertensive patients: A comparison of three health education strategies. *BMC Public Health*. 2015;15:33. doi: 10.1186/s12889-015-1401-6
28. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *J Am Med Assoc*. 2014;311(5):507–20. doi:10.1001/jama.2013.284427