

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hipertensi

1. Pengertian

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal (Wijaya dan Putri, 2013). Hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah arteri yang persisten (Nurarif dan Kusuma, 2013).

2. Etiologi

Tekanan darah bergantung pada kecepatan denyut jantung, volume sekuncup dan *Total Peripheral Resistance* (TPR), peningkatan salah satu dari ketiga variabel yang tidak dikompensasi dapat menyebabkan hipertensi. Peningkatan denyut jantung dapat terjadi akibat rangsangan saraf simpatis atau hormonal yang abnormal pada nodus SA. Peningkatan denyut jantung yang kronis seringkali menyertai kondisi hipertiroidisme. Peningkatan denyut jantung biasanya dikompensasi dengan penurunan volume sekuncup atau TPR, sehingga tidak mengakibatkan hipertensi (Corwin, 2009).

Peningkatan volume sekuncup yang berlangsung lama dapat terjadi apabila terdapat peningkatan volume plasma yang berkepanjangan, akibat gangguan penanganan garam dan air oleh ginjal atau konsumsi garam yang berlebihan.

Peningkatan pelepasan renin atau aldosteron maupun penurunan aliran darah ke ginjal dapat mengubah penanganan air dan garam oleh ginjal. Peningkatan volume plasma akan menyebabkan peningkatan volume diastolik akhir sehingga terjadi peningkatan volume sekuncup dan tekanan darah. Peningkatan preload biasanya berkaitan dengan peningkatan tekanan sistolik (Wijaya dan Putri, 2013).

Peningkatan *Total Periperial Resistance* yang berlangsung lama dapat terjadi pada peningkatan rangsangan saraf atau hormon pada arteriol, atau responsivitas yang berlebihan dari arteriol terhadap rangsangan normal. Kedua hal tersebut akan menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Peningkatan *Total Periperial Resistance*, jantung harus memompa secara lebih kuat dan dengan demikian menghasilkan tekanan yang lebih besar, untuk mendorong darah melintas pembuluh darah yang menyempit. Hal ini disebut peningkatan dalam afterload jantung dan biasanya berkaitan dengan peningkatan tekanan diastolik. Apabila peningkatan afterload berlangsung lama, maka ventrikel kiri mungkin mulai mengalami hipertrofi (membesar). Hipertrofi kebutuhan ventrikel akan oksigen semakin meningkat sehingga ventrikel harus mampu memompa darah secara lebih keras lagi untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Pasien dengan hipertrofi, serat-serat otot jantung juga mulai tegang melebihi panjang normalnya yang pada akhirnya menyebabkan penurunan kontraktilitas dan volume sekuncup (Wijaya dan Putri, 2013).

3. Klasifikasi

3.1 Klasifikasi Berdasarkan Etiologi.

3.1.1 Hipertensi Esensial (Primer). Merupakan 90% dari kasus penderita hipertensi, dimana sampai saat ini belum diketahui penyebabnya secara pasti. Beberapa faktor yang berpengaruh dalam terjadinya hipertensi esensial, seperti : faktor genetik, stress dan psikologis, serta faktor lingkungan dan diet (peningkatan penggunaan garam dan berkurangnya asupan kalium atau kalsium) (Wijaya dan Putri, 2013).

Peningkatan tekanan darah tidak jarang merupakan satu-satunya tanda hipertensi primer. Gejala baru terlihat setelah terjadi komplikasi pada organ target seperti ginjal, mata, otak dan jantung (Wijaya dan Putri, 2013)

3.1.2 Hipertensi Sekunder. Hipertensi sekunder, penyebab dan patofisiologi dapat diketahui dengan jelas sehingga lebih mudah untuk dikendalikan dengan obat-obatan. Penyebab hipertensi sekunder diantaranya berupa kelainan ginjal seperti tumor, diabetes, kelainan adrenal, kelainan aorta, kelainan endokrin lainnya seperti obesitas, resistensi insulin, hipertiroidisme, dan pemakaian obat-obatan seperti kontrasepsi oral dan kortiskosteroid (Wijaya dan Putri, 2013).

3.2 Klasifikasi Berdasarkan Derajat Hipertensi.

- a. Berdasarkan JNC VII

Tabel 1. Klasifikasi Hipertensi (JNC VII)

Derajat	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Normal	<120	dan < 80
Pre-Hipertensi	120-139	atau 80-89
Hipertensi Derajat I	140-159	atau 90-99
Hipertensi Derajat II	≥ 160	atau ≥ 100

Sumber : Wijaya dan Putri (2013)

b. Menurut *European Society of Cardiology* :

Tabel 2. Klasifikasi Hipertensi (ESC, 2007)

Kategori	Tekanan Sistolik (mmHg)		Tekanan Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	Dan	< 80
Normal	120-129	dan/atau	80-84
Normal Tinggi	130-139	dan/atau	85-89
Hipertensi Derajat I	140-159	dan/atau	90-99
Hipertensi Derajat II	160-179	dan/atau	100-109
Hipertensi Derajat III	≥ 180	dan/atau	≥ 110
Hipertensi Sistolik terisolasi	≥ 190	Dan	< 90

Sumber : Wijaya dan Putri (2013)

4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada hipertensi menurut Nurarif dan Kusuma (2013) menjadi :

4.1 Tidak ada gejala. Gejala yang spesifik dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

4.2 Gejala yang lazim. Dikatakan gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataan ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

5. Penatalaksanaan

Pudiastuti (2013) menyebutkan bahwa pengobatan hipertensi ada 2 cara yaitu pengobatan non farmakologik (perubahan gaya hidup) dan pengobatan farmakologik. Pengobatan non farmakologik dilakukan dengan cara: Pengurangan berat badan, menghentikan merokok, menghindari alkohol, melakukan aktifitas

fisik, membatasi asupan garam, memodifikasi gaya hidup. Pengobatan farmakologik yaitu diuretik yang dapat mengurangi curah jantung, beta bloker, penghambat ACE, antagonis kalsium yang dapat mencegah vasokonstriksi.

Tujuan pengobatan hipertensi untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat tekanan darah tinggi. Artinya tekanan darah harus diturunkan serendah mungkin yang tidak mengganggu fungsi ginjal, otak, jantung, maupun kualitas hidup sambil dilakukan pengendalian faktor resiko kardiovaskular. pasien dengan tekanan darah tinggi memerlukan obat-obatan selama hidupnya untuk mengontrol tekanan darah mereka. Peningkatan tekanan darah disebabkan oleh banyak faktor, diantaranya jenis kelamin, latihan fisik, makanan, stimulan (zat-zat yang mempercepat fungsi tubuh), stress emosional (marah, takut, dan aktivitas seksual), hereditas, nyeri, obesitas, usia, serta kondisi pembuluh darah Hegner, 2003 (dalam Santika, 2014).

Tekanan darah tinggi yang terus menerus menyebabkan jantung seseorang bekerja ekstra keras, akhirnya kondisi ini berakibat terjadinya kerusakan pada pembuluh darah jantung, ginjal, otak dan mata. Laporan komite nasional pencegahan, deteksi, evaluasi, dan penanganan hipertensi menyatakan bahwa tekanan darah yang tinggi dapat meningkatkan risiko serangan jantung, gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal (Pudiastuti, 2013).

Menurut Wijaya & Putri (2013) penatalaksanaan hipertensi secara garis besar dibagi menjadi dua yaitu:

5.1 Penatalaksanaan Nonfarmakologi. Penatalaksanaan nonfarmakologis dengan memodifikasi gaya hidup sangat penting dalam mencegah tekanan darah

tinggi dan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam mengobati tekanan darah tinggi. Penatalaksanaan hipertensi dengan non farmakologis terdiri dari berbagai macam cara memodifikasi gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah yaitu:

Mempertahankan berat badan ideal

- a. Mempertahankan berat badan ideal. BMI dapat diketahui dengan membagi berat badan dengan tinggi badan yang telah dikuadratkan dalam satuan meter. Mengatasi obesitas (kegemukan) juga dapat dilakukan dengan melakukan diet rendah kolesterol namun kaya dengan serat dan protein dan jika berhasil menurunkan berat badan 2,5-5 kg maka tekanan darah diastolik dapat diturunkan sebanyak 5 mmHg.
- b. Kurangi asupan natrium (sodium). Mengurangi asupan natrium dapat dilakukan dengan cara diet rendah garam yaitu tidak lebih dari 100 mmol/hari (kira kira 6 gram NaCl atau 2,4 gram garam/ hari). Jumlah yang lain dengan mengurangi asupan garam sampai kurang dari 2300 mg (1 sendok teh) setiap hari. Pengurangan konsumsi garam menjadi ½ sendok teh/hari, dapat menurunkan tekanan sistolik sebanyak 5 mmHg dan tekanan diastolik sekitar 2,5 mmHg.
- c. Batasi konsumsi alkohol. Para peminum berat mempunyai resiko mengalami hipertensi empat kali lebih besar dari pada mereka yang tidak minum-minuman beralkohol
- d. Makan K dan Ca yang cukup dari diet. Kalium dapat menurunkan tekanan darah dengan meningkatkan jumlah natrium yang terbuang bersama air

kencing. Buah dan sayur yang mengandung potasium dan baik di konsumsi penderita tekanan darah tinggi antara lain semangka, alpukat, melón, buah pare, labu siam, bligo, labu parang/labu, mentimun, lidah buaya, seledri, bawang merah, dan bawang putih.

- e. Menghindari merokok. Merokok memang tidak berhubungan secara langsung dengan timbulnya hipertensi, tetapi merokok dapat meningkatkan resiko komplikasi pada pasien hipertensi seperti penyakit jantung dan stroke, maka perlu dihindari mengkonsumsi tembakau karena dapat memperberat hipertensi.
- f. Punurunan stress. Stress memang tidak menyebabkan hipertensi yang menetap namun jika episode stress sering terjadi dapat menyebabkan kenaikan sementara yang sangat tinggi
- g. Terapi massage (pijat). Prinsip pijat yang dilakukan pada penderita hipertensi adalah untuk memperlancar aliran energi dalam tubuh sehingga gangguan hipertensi dan komplikasinya dapat diminimalisir, ketika semua jalur energi terbuka dan aliran energi tidak terhalang oleh ketegangan otot dan hambatan lain maka risiko hipertensi dapat ditekan.

5.2 Penatalaksanaan Farmakologi.

- a. Diuretika. Diuretik adalah obat yang menghambat reabsorpsi natrium dan air di bagian asenden ansa henle (Dorland, 2012). Diuretika adalah senyawa yang dapat menyebabkan ekskresi urin yang lebih banyak. Menghambat reabsorpsi garam di tubulus distal dan membantu reabsorpsi kalium. Jika pada peningkatan ekskresi air, terjadi juga peningkatan ekskresi garam–garam,

maka diuretika ini dinamakan saluretika atau natriuretika (Gray, Dawkins, Morgan, Simpson, 2005).

- b. Penghambat sipatetik (*Metildopa, Klonidin, dan Reserpin*). Menghambat aktivitas saraf simpatis (Wijaya dan Putri, 2013).
- c. Betabloker (*Metaprolol, Propanolol, dan Atenolol*). Menurunkan daya pompa jantung, tidak dianjurkan pada penderita yang telah diketahui mengidap gangguan pernapasan seperti asma bronkial. Pada penderita diabetes mellitus : dapat menutupi gejala hipoglikemia (Wijaya dan Putri, 2013).
- d. Vasodilator (*Prasosin, Hidralasin*). Bekerja langsung pada pembuluh darah dengan relaksasi otot polos pembuluh darah (Wijaya dan Putri, 2013).
- e. ACE inhibitor (*Captopril*). Menghambat pembentukan zat Angiotensin II. Efek samping : batuk kering, pusing, sakit kepala dan lemas (Wijaya dan Putri, 2013).
- f. Penghambat reseptor Angiotensin II (*Valsartan*). Menghalangi penempelan zat Angiotensin II pada reseptor sehingga memperingan daya pompa jantung (Wijaya dan Putri, 2013).
- g. Antagonis kalsium (*Diltiazem dan Verapamil*). Menghambat kontraksi jantung (Wijaya dan Putri, 2013).

B. Prolanis

1. Pengertian

Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis) adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara

terintegrasi yang melibatkan Peserta, Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (BPJS-Kesehatan, 2015).

Prolanis adalah sebuah program manajemen penyakit kronis yang merupakan bagian dari Askes. Program dimulai pada 2010 dan berfokus pada manajemen mandiri diabetes. Ini merupakan bagian dari layanan konsultasi dan pemeriksaan bulanan dari rumah sakit ke Pusat Kesehatan yang memberikan manfaat kepada pasien dari segi waktu tunggu yang lebih rendah secara signifikan dan lebih banyak waktu untuk berkonsultasi dan memberikan pendidikan kepada pasien. Ini adalah perubahan positif bagi mereka yang diasuransikan oleh Askes tetapi menimbulkan pertanyaan adanya ketidakadilan akses terhadap informasi dan pendidikan bagi mereka tidak diasuransikan oleh Askes (Soewondo, Ferrario and Tahapary, 2013).

2. Tujuan

Tujuan Prolanis adalah Mendorong peserta penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke Faskes Tingkat Pertama memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM Tipe 2 dan Hipertensi sesuai Panduan Klinis terkait sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi penyakit (BPJS-Kesehatan, 2015).

3. Sasaran

Sasaran Prolanis adalah Seluruh Peserta BPJS Kesehatan penyandang penyakitkronis (Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi) (BPJS-Kesehatan, 2015)

4. Penanggung jawab

Penanggung jawab dalam kegiatan Prolanis adalah kantor cabang BPJS Kesehatan bagian manajemen pelayanan primer. Pada pelaksanaan kegiatan prolanis FKTP yang bekerjasama dengan BPJS dan melaksanakan kegiatan prolanis harus memberikan laporan pertanggungjawaban ke pihak BPJS Kesehatan. Laporan ini tentunya digunakan oleh BPJS untuk memonitoring apakah melaksanakan kegiatan dapat berjalan secara lancar sesuai dengan yang diharapkan serta dapat menyelesaikan permasalahann ataupun kendala-kendala yang dihadapi oleh FKTP selama pelaksanaan kegiatan Prolanis.

5. Kegiatan Prolanis

Aktifitas dalam Prolanis meliputi aktifitas konsultasi medis/edukasi, Home Visit, Reminder, aktifitas klub dan pemantauan status kesehatan.

Konsultasi Medis Peserta Prolanis : jadwal konsultasi disepakati bersama antara peserta dengan Faskes Pengelola

Edukasi Kelompok Peserta Prolanis, Edukasi Klub Risti (Klub Prolanis) adalah kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan status kesehatan bagi peserta PROLANIS. Sasaran : Terbentuknya kelompok peserta (Klub) PROLANIS minimal 1 Faskes Pengelola 1 Klub.

Pengelompokan diutamakan berdasarkan kondisi kesehatan Peserta dan kebutuhan edukasi

C. Kepatuhan

1. Pengertian

Kepatuhan dalam pengobatan dapat diartikan sebagai perilaku pasien yang mentaati semua nasihat dan petunjuk yang dianjurkan oleh kalangan tenaga medis, seperti dokter dan apoteker mengenai segala sesuatu yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan pengobatan, salah satu diantaranya adalah kepatuhan dalam minum obat (Saragi, 2011).

Kepatuhan adalah derajat dimana pasien mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya dan menggunakan obat sesuai anjuran yang sudah diberikan (Saepudin, Padmasari, Hidayanti, dan Ningsih, 2013). Kepatuhan atau ketaatan (*compliance* atau *adherence*) sebagai tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh tim medis lainnya. Perilaku pasien yang mentaati semua nasihat dan petunjuk yang dianjurkan oleh kalangan tenaga medis. Segala sesuatu yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan pengobatan, salah satunya adalah kepatuhan minum obat (Evadewi dan Luh, 2013).

2. Cara meningkatkan kepatuhan

Cara meningkatkan kepatuhan menurut Saragi (2011) antara lain adalah : Memberikan informasi kepada pasien akan manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan. Pasien diingatkan untuk melakukan segala sesuatu yang harus dilakukan demi keberhasilan pengobatan melalui

telepon atau alat komunikasi yang lainnya. Apabila mungkin obat yang digunakan hanya dikonsumsi sehari satu kali, karena pemberian obat yang dikonsumsi lebih dari satu kali dalam sehari mengakibatkan pasien sering lupa, sehingga menyebabkan tidak teratur minum obat. Pasien diberi petunjuk kemasan obat yang sebenarnya, yaitu dengan cara membuka kemasan atau vial dan sebagainya. Pasien diberikan keyakinan efektivitas obat. Pasien diberikan informasi resiko ketidakpatuhan. Pasien mendapatkan layanan kefarmasian dengan observasi langsung, mengunjungi rumah pasien dan memberikan konsultasi kesehatan. Kepatuhan dapat dibantu dengan menggunakan alat ukur seperti multi kompartemen atau sejenisnya. Dukungan dari pihak keluarga, teman dan orang-orang di sekitarnya untuk selalu mengingatkan pasien, agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Faktor yang mendukung kepatuhan pasien menurut (Niven, 2002) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah:

3.1 Pendidikan. Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

3.2 Akomodasi. Usaha yang harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan.

3.3 Modifikasi faktor lingkungan dan social. Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman, kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program pengobatan seperti pengurangan berat badan, berhenti merokok dan menurunkan konsumsi alkohol.

3.4 Perubahan model terapi. Program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan klien terlihat aktif dalam pembuatan program pengobatan (terapi).

3.5 Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien. Interaksi profesional kesehatan dengan klien adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat menurut Davies (2009) adalah sebagai berikut :

4.1 Pemahaman. Masalah meliputi kesulitan pentingnya minum obat. Pasien dan keluarga sering memiliki pemahaman yang tidak adekuat mengenai keuntungan dan keterbatasan pengobatan.

4.2 Kenyamanan. Hal ini mengarah kepada aspek yang tidak menyenangkan pada suatu terapi seperti efek samping. Disforia, sedasi, peningkatan berat badan, disfungsi seksual dan galaktorea pada perempuan merupakan beberapa efek samping obat yang berperan pada ketidakpatuhan. Efek

samping biasanya timbul sebelum efek terapeutik, baik pada obat antipsikotik atau obat antidepresan.

4.3 Kolaborasi. Ketidakpatuhan juga dapat dilihat sebagai akibat retaknya hubungan baik antara pasien dan dokter, maupun pasien dengan keluarga.

5. Cara mengetahui ketidak patuhan

Cara mengetahui ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat menurut Saragi (2011) yaitu : Melihat hasil terapi yang dicapai secara berkala. Memonitor pasien kembali datang untuk membeli obat pada periode selanjutnya setelah obat habis diminum. Melihat sisa jumlah obat pasien dalam jangka waktu pengobatan maupun secara berkala. Langsung bertanya kepada pasien mengenai kepatuhannya kepada pengobatan.

6. Pengukuran Kepatuhan Minum Obat Hipertensi

Tingkat kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi dapat diukur dengan metode MMAS-8 (*Morisky Medication Adherence Scale*). Secara khusus MMAS-8 ini memuat skala untuk mengukur tingkat kepatuhan minum obat dengan 8 item yang berisi pernyataan-pernyataan mengenai frekuensi kelupaan dalam minum obat, kesengajaan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, dan kemampuan untuk mengendalikan dirinya untuk tetap minum obat (Morisky dkk, 2009).

Modified Morisky's Adherence Scale (MMAS-8) dikembangkan oleh Morisky dkk, pada awalnya kuesioner ini hanya berisi 4 jenis pertanyaan. Kuesioner ini pertama kali diaplikasikan untuk mengetahui tingkat kepatuhan

pada pasien hipertensi pada pre dan *post interview*. Kuesioner MMAS-8 terdiri dari 8 pertanyaan dan tingkat kepatuhan diukur dengan rentang nilai 0-8. Kategori respon terdiri dari ya atau tidak untuk item pertanyaan 1-7. Pada item pertanyaan nomor 1-4 dan 6-7 nilai 1 bila jawaban tidak dan 0 bila jawaban iya. Sedangkan item pertanyaan nomor 5 dinilai 1 bila jawaban ya dan 0 bila jawaban tidak. Item pertanyaan nomor 8 dinilai dengan 4 skala sesuai dengan jawaban responden, yaitu nilai 1 apabila tidak pernah, nilai 0,75 apabila sesekali, nilai 0,5 apabila kadang-kadang dan nilai 0,25 apabila biasanya. Sistem *scoring* dibagi menjadi dua kategori, yaitu patuh (nilai 6-8) dan tidak patuh (nilai <6). Uji validitas dan reliabilitas sudah dilakukan pada tahun 2008 oleh Morisky dkk yang mempublikasikan bahwa MMAS-8 memiliki reliabilitas yang tinggi ($\alpha=0.83$) serta nilai sensitivitas 93% dan spesifisitas 53% (Morisky dkk., 2009).

D. Landasan Teori

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal (Wijaya dan Putri, 2013).

Tekanan darah tinggi yang terus menerus menyebabkan jantung seseorang bekerja ekstra keras, akhirnya kondisi ini berakibat terjadinya kerusakan pada pembuluh darah jantung, ginjal, otak dan mata. Laporan komite nasional pencegahan, deteksi, evaluasi, dan penanganan hipertensi menyatakan bahwa

tekanan darah yang tinggi dapat meningkatkan risiko serangan jantung, gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal. (Pudiastuti, 2013).

Salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan terapi adalah kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat. Kepatuhan berobat baik secara farmakologi dan non farmakologis sangat penting untuk diterapkan oleh penderita hipertensi. Kepatuhan dalam pengobatan dapat diartikan sebagai perilaku pasien yang mentaati semua nasihat dan petunjuk yang diajarkan oleh kalangan tenaga medis, seperti dokter dan apoteker mengenai segala sesuatu yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan pengobatan, salah satu diantaranya adalah kepatuhan dalam minum obat (Saragi, 2011).

Penderita hipertensi dapat menjalani hari-harinya dengan tetap aktif dan tidak mengalami penyakit komplikasi, maka penderita hipertensi diperlukan untuk selalu patuh dalam berobat baik dari segi farmakologis maupun nonfarmakologis. Hal-hal yang mempengaruhi kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat adalah umur, Jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan pasien.

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian yang muncul adalah :

1. Gambaran tingkat kepatuhan penderita hipertensi mengkonsumsi obat antihipertensi di kelompok Prolanis Puskesmas Kedu Kabupaten Temanggung adalah tinggi, sedang dan rendah.
2. Faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan penderita hipertensi mengkonsumsi obat antihipertensi di kelompok Prolanis Puskesmas Kedu

Kabupaten Temanggung adalah umur, Jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan.