

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hipertensi

1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi medis di mana tekanan darah di arteri terus meningkat dalam jangka waktu yang lama (Suling, 2018). Sedangkan menurut Kemenkes (2016). Hipertensi adalah keadaan di mana tekanan darah sistolik naik melebihi 140 mmHg dan diastolik naik melebihi 90 mmHg atau keduanya lebih tinggi dari batas normal. Sehingga dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah kondisi medis yang di mana tekanan darah sistolik di arteri meningkat melebihi 140 mmHg sedangkan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg.

2. Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi berdasarkan tekanan darah sistolik dan diastolik menurut *European Society of Hypertension- European Society of Cardiology* (ESH-ESC) 2018 (Ramzy, 2019), yaitu:

Tabel 2.1
Klasifikasi Hipertensi SCH-ESC (2018)

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	dan	<80
Normal	120-129	dan/atau	80-84
Normal Tinggi	130-139	dan/atau	85-89
Hipertensi Tingkat 1	140-159	dan/atau	90-99
Hipertensi Tingkat 2	160-179	dan/atau	100-109
Hipertensi Tingkat 3	>180	dan/atau	>110
Hipertensi Sistolik terisolasi	>140	dan	<90

3. Etiologi Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan. Faktor risiko terjadinya hipertensi dapat dibagi menjadi faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah (Ekasari *et al.*, 2021).

a. Faktor Risiko Hipertensi yang Tidak Dapat Diubah

1) Riwayat keluarga

Faktor genetik cukup berperan terhadap timbulnya hipertensi. seseorang memiliki riwayat hipertensi dalam keluarga sedarah seperti orang tua, adik, kakek, atau nenek, maka orang tersebut memiliki risiko tinggi juga untuk mengalami hipertensi.

2) Usia

Tekanan darah cenderung lebih tinggi seiring bertambahnya usia. Dengan bertambahnya usia, pembuluh darah menjadi lebih tebal dan kaku secara alami, meningkatkan risiko

hipertensi. Meskipun demikian, hipertensi juga dapat terjadi pada anak-anak.

3) Jenis Kelamin

Laki-laki mengalami hipertensi lebih sering di bawah usia lima puluh lima tahun, sedangkan wanita mengalami hipertensi lebih sering di atas lima puluh lima tahun. Setelah menopause, wanita yang sebelumnya memiliki tekanan darah normal mungkin terkena hipertensi sebagai akibat dari perubahan hormonal yang terjadi dalam tubuh mereka.

b. Faktor Risiko Hipertensi yang Dapat Diubah

1) Pola Makan tidak Sehat

Hipertensi dapat disebabkan oleh kebiasaan makan makanan tinggi garam atau asin, serta makanan yang rendah serat dan tinggi lemak jenuh.

2) Kurangnya Aktivitas Fisik

Kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan bertambahnya berat badan, yang meningkatkan risiko tekanan darah tinggi. Aktivitas fisik juga baik untuk jantung dan pembuluh darah.

3) Kegemukan

Kegemukan dan obesitas adalah hasil dari ketidakseimbangan antara asupan makanan dan pengeluaran energi. Secara definisi, obesitas adalah kelebihan lemak tubuh lebih dari 20% dibandingkan berat badan ideal. Kelebihan berat badan, atau obesitas, dikaitkan dengan peningkatan konsentrasi kolesterol jahat dan trigliserida dalam darah, yang meningkatkan risiko hipertensi. Selain hipertensi, obesitas juga merupakan salah satu faktor risiko utama diabetes dan penyakit jantung.

4) Konsumsi Alkohol Berlebih

Konsumsi alkohol secara rutin dan berlebihan dapat menyebabkan hipertensi, dan kebiasaan buruk ini juga dikaitkan dengan risiko kanker, obesitas, gagal jantung, stroke, dan kecelakaan.

5) Merokok

Merokok memiliki banyak efek negatif pada jantung dan pembuluh darah. Nikotin meningkatkan tekanan darah dan karbon monoksida mengurangi jumlah oksigen yang dibawa ke dalam darah. tidak hanya mereka yang berisiko merokok, perokok pasif, atau orang yang menghirup asap rokok di sekitarnya juga berisiko mengalami gangguan jantung dan pembuluh darah.

6) Stres

Risiko hipertensi meningkat karena stres, yang dapat menyebabkan pola makan berubah, malas beraktivitas, atau mengalihkan stres dengan merokok atau mengonsumsi alkohol di luar kebiasaan. Ini dapat menyebabkan hipertensi secara tidak langsung.

7) Kolesterol Tinggi

Kolesterol tinggi dapat menyebabkan penimbunan plak aterosklerosis, yang dapat menyebabkan pembuluh darah menyempit dan meningkatkan tekanan darah. Plak aterosklerotik juga dapat menyebabkan penyakit jantung koroner, yang dapat menyebabkan serangan jantung jika tidak ditangani dengan baik. Selain itu, plak aterosklerotik dapat menyebabkan stroke jika berada di pembuluh darah otak (Ekasari et al., 2021).

4. Penatalaksanaan Hipertensi

a. Intervensi Pola Hidup

Menurut *Indonesian Society of Hypertension* (InaSH) pada tahun 2019 Pola hidup sehat dapat mencegah atau memperlambat hipertensi derajat 1 dan dapat mengurangi risiko kardiovaskular. Namun, pola hidup sehat sebaiknya tidak menunda terapi obat pada pasien dengan HMOD atau risiko tinggi kardiovaskular. Seseorang dapat menurunkan tekanan darah dengan mengurangi konsumsi

garam dan alkohol, makan lebih banyak sayuran dan buah, menjaga berat badan ideal, berolahraga secara teratur, dan menghindari rokok.

1) Perubahan Pola Makan

Penderita hipertensi dianjurkan untuk konsumsi makanan seimbang yang mengandung sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan segar, produk susu rendah lemak, gandum, ikan, dan asam lemak tak jenuh (terutama minyak zaitun), serta mengurangi asupan daging merah dan asam lemak jenuh.

2) Penurunan Berat Badan dan Menjaga Berat Badan Ideal

Terdapat peningkatan prevalensi obesitas dewasa di Indonesia dari 14,8% berdasarkan data Riskesdas 2013, menjadi 21,8% dari data Riskesdas 2018. Tujuan pengendalian berat badan adalah mencegah obesitas ($IMT > 25 \text{ kg/m}^2$), dan menargetkan berat badan ideal ($IMT 18,5 - 22,9 \text{ kg/m}^2$) dengan lingkar pinggang $< 90 \text{ cm}$ pada laki-laki dan $< 80 \text{ cm}$ pada Perempuan.

3) Olahraga Teratur

Olahraga aerobik teratur mencegah dan mengobati hipertensi sekaligus menurunkan risiko mortalitas dan kematian kardiovaskular. Karena itu, pasien hipertensi disarankan untuk berolahraga setidaknya 30 menit latihan

aerobik dinamis berintensitas sedang (seperti berjalan, jogging, bersepeda, atau berenang) selama lima hingga tujuh hari setiap minggu.

4) Berhenti Merokok

Merokok merupakan faktor risiko vaskular dan kanker, sehingga status merokok harus ditanyakan pada seluruh pasien yang berkunjung dan penderita hipertensi yang merokok harus diedukasi agar berhenti merokok (Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia (PERHI), 2019).

b. Farmakologi

Penatalaksanaan medikamentosa pada penderita hipertensi merupakan upaya untuk menurunkan tekanan darah secara efektif dan efisien. Meskipun demikian pemberian obat antihipertensi bukan selalu merupakan langkah pertama dalam penatalaksanaan hipertensi. Salah satu pertimbangan untuk memulai terapi medikamentosa adalah nilai atau ambang tekanan darah. Pada Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi PERHI tahun 2016, disepakati bahwa target tekanan darah adalah $< 140/90$ mmHg, tidak tergantung kepada jumlah penyakit penyerta dan nilai risiko kardiovaskularnya

Untuk mencapai tekanan darah sesuai target, panduan penatalaksanaan hipertensi saat ini menyarankan penggunaan terapi obat kombinasi pada sebagian besar pasien. Bila tersedia luas dan

memungkinkan, maka dapat diberikan dalam bentuk pil tunggal berkombinasi (*single pill combination*), dengan tujuan untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan (Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia (PERHI), 2019).

Menurut Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular dalam pedoman teknis penemuan dan tataaksana hipertensi 2006 mengemukakan beberapa prinsip pemberian obat anti hipertensi sebagai berikut:

- 1) Pengobatan hipertensi sekunder lebih mengutamakan pengobatan penyebabnya.
- 2) Pengobatan hipertensi essensial ditujukan untuk menurunkan tekanan darah dengan harapan memperpanjang umur dan mengurangi timbulnya komplikasi.
- 3) Upaya menurunkan tekanan darah dicapai dengan menggunakan obat anti hipertensi.
- 4) Pengobatan hipertensi adalah pengobatan jangka panjang, bahkan pengobatan seumur hidup.
- 5) Jika tekanan darah terkontrol maka pemberian obat antihipertensi di Puskesmas dapat diberikan disaat kontrol dengan catatan obat yang diberikan untuk pemakaian selama 30 hari bila tanpa keluhan baru.

- 6) Untuk penderita hipertensi yang baru didiagnosis (kunjungan pertama) maka diperlukan kontrol ulang disarankan 4 kali dalam sebulan atau seminggu sekali, apabila tekanan darah sistolik >160 mmHg atau diastolik >100 mmHg sebaiknya diberikan terapi kombinasi setelah kunjungan kedua (dalam dua minggu) tekanan darah tidak dapat dikontrol.

Adapun jenis-jenis obat antihipertensi yang sering digunakan adalah sebagai berikut:

- 1) Diuretik

Pada awalnya obat jenis diuretik ini bekerja dengan menimbulkan pengurangan cairan tubuh secara keseluruhan (karena itu urin akan meningkat pada saat diuretik mulai digunakan). Selanjutnya diikuti dengan penurunan resistansi pembuluh darah diseluruh tubuh sehingga pembuluh-pembuluh darah tersebut menjadi lebih rileks Mary P. McGowan (2001). Diuretik terdiri dari 4 subkelas yang digunakan sebagai terapi hipertensi yaitu tiazid, loop, penahan kalium dan antagonis aldosteron. Diuretik terutama golongan tiazid merupakan lini pertama terapi hipertensi. Bila dilakukan terapi kombinasi, diuretik menjadi salah satu terapi yang direkomendasikan.

2) Penghambat beta (*Beta Blocker*)

Mekanisme kerja obat antihipertensi ini adalah melalui penurunan laju nadi dan daya pompa jantung. Obat golongan beta blocker dapat menurunkan risiko penyakit jantung koroner, prevensi terhadap serangan infark miokard ulangan dan gagal jantung. Jenis obat ini tidak dianjurkan pada penderita asma bronkial. Pemakaian pada penderita diabetes harus hati-hati, karena dapat menutupi gejala hipoglikemia (dimana kadar gula darah turun menjadi sangat rendah sehingga dapat membahayakan penderitanya).

3) Golongan penghambat *angiotensin converting enzyme* (ACE) dan *angiotensin receptor blocker* (ARB)

Penghambat *angiotensin converting enzyme* (ACE inhibitor/ACEI) menghambat kerja ACE sehingga perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II (vasokonstriktor) terganggu. Sedangkan angiotensin receptor blocker (ARB) menghalangi ikatan zat angiotensi II pada reseptornya. Baik ACEI maupun ARB mempunyai efek vasodilatasi, sehingga meringankan beban jantung. ACEI dan ARB diindikasikan terutama pada pasien hipertensi dengan gagal jantung, diabetes melitus, dan penyakit ginjal kronik. Menurut penelitian

ON TARGET, efektifitas ARB sama dengan ACEI. Secara umum, ACEI dan ARB ditoleransi dengan baik dan efek sampingnya jarang. Obat-obatan yang termasuk golongan ACEI adalah valsartan, lisinopril, dan ramipril

4) Golongan *Calcium Channel Blockers* (CCB)

Golongan Calcium Channel Blockers (CCB) menghambat masuknya kalsium kedalam sel pembuluh darah arteri, sehingga menyebabkan dilatasi arteri koroner dan juga arteri perifer. Ada dua kelompok obat CCB, yaitu dihidropiridin dan nondihidropiridin, keduanya efektif untuk pengobatan hipertensi pada usia lanjut. Secara keseluruhan, CCB diindikasikan untuk pasien yang memiliki faktor risiko tinggi penyakit koroner dan untuk pasien-pasien diabetes. Calcium Channel Blockers dengan durasi kerja pendek tidak direkomendasikan pada praktek klinis. Tinjauan sistematik menyatakan bahwa CCB ekuivalen atau lebih inferior dibandingkan dengan obat antihipertensi lain.

5) Golongan antihipertensi lain

Penggunaan penyekat reseptor alfa perifer, obat-obatan yang bekerja sentral, dan obat golongan vasodilator pada populasi lanjut usia sangat terbatas, karena efek samping yang signifikan. Walaupun obat-obatan ini mempunyai

efektifitas yang cukup tinggi dalam menurunkan tekanan darah, tidak ditemukan asosiasi antara obat-obatan tersebut dengan reduksi angka mortalitas maupun morbiditas pasien-pasien hipertensi (Depkes RI, 2013).

B. Perilaku Dalam Kesehatan

1. Konsep Perilaku

Perilaku pada pandangan biologi merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor genetik dan lingkungan merupakan penentu dari perilaku makhluk hidup termasuk perilaku manusia (Notoatmodjo, 2010).

2. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon individu terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Adapaun stimulus terdiri dari 4 unsur pokok yaitu sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan dan lingkungan.

Menurut Green (1980), masalah kesehatan dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu faktor perilaku (*behavior cause*) dan faktor non perilaku (*non behaviour cause*). Perilaku sendiri ditentukan atau terbentuk oleh 3 faktor utama yaitu:

- a. Faktor-faktor Predisposisi (*predisposing factors*), yaitu faktor sebelum terjadinya suatu perilaku, yang menjelaskan alasan dan motivasi untuk berperilaku termasuk dalam faktor predisposisi adalah pengetahuan, keyakinan, nilai sikap dan demografi (umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan).
- b. Faktor-faktor Pendukung (*enabling factors*), agar terjadi perilaku tertentu, diperlukan perilaku pemungkin, suatu motivasi yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.
- c. Faktor-faktor Pendorong (*reinforcing factors*), merupakan faktor perilaku yang memberikan peran dominan bagi menetapnya suatu perilaku yaitu keluarga, petugas kesehatan dan petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Notoatmodjo, 2010).

3. Perilaku Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan adalah perilaku menaati saran dan prosedur dari seorang dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului dengan konsultasi (Wahyudi, 2017). *The U. S Food and Drug*

Administration (FDA) dalam Cureatr (2020) menyebutkan bahwa Kepatuhan minum obat secara umum didefinisikan sebagai sejauh mana pasien meminum obat seperti yang diresepkan oleh dokter mereka. Hal ini melibatkan faktor-faktor seperti mengisi resep, mengingat untuk meminum obat tepat waktu, dan memahami petunjuk yang diberikan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kepatuhan minum obat adalah perilaku pasien dalam menaati resep dan prosedur penggunaan obat yang diberikan oleh tenaga kesehatan maupun dokter.

4. Jenis Ketidakpatuhan (*Non-Adherence*)

Menurut Ruppar (2019 dalam Ernawati et al., 2020), ketidakpatuhan terdiri dari 2 jenis di antaranya ketidakpatuhan yang disengaja dan ketidakpatuhan yang tidak disengaja. Ketidakpatuhan yang disengaja dapat disebabkan oleh ketidakpercayaan pada penyedia layanan Kesehatan atau keyakinan yang salah tentang kondisi Kesehatan atau regimen pengobatan seseorang. Sedangkan ketidakpatuhan yang tidak disengaja dapat disebabkan oleh pasien lupa meminum obat, akses yang buruk ke apotek, ketidakmampuan untuk membeli obat.

5. Metode Pengukuran Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan terhadap terapi merupakan fenomena multifaktorial dan bervariasi pada tiap populasi, oleh karena itu diperlukan metode khusus untuk mengukur tingkat kepatuhan seseorang terhadap terapi, Pengukuran tingkat kepatuhan konsumsi obat antihipertensi dapat

dilakukan menggunakan 2 metode yakni metode kualitatif dan metode kuantitatif. Metode kualitatif diantaranya penggunaan kuesioner, wawancara, *self report* (laporan pribadi pasien) ke dokter atau tenaga kesehatan lainnya dapat pula menggunakan *diary* atau catatan pasien. Metode kuantitatif dapat menggunakan *pill count*, *drugrefill* (pengambilan obat kembali), monitoring sistem elektronik (*Medication Event Monitoring System/MEMS*), pengukuran kadar obat langsung dalam darah atau cairan tubuh menggunakan instrument seperti LC-MS/MS (Ernawati, Fandinata dan Permatasari, 2020).

Dari berbagai metode tersebut, penggunaan kuisisioner untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien dirasa lebih efektif dan efisien dibandingkan dengan metode lain, karena dengan kelebihan sederhana, murah, hanya membutuhkan waktu yang singkat, serta merupakan metode paling berguna dalam penentuan klinis. Namun metode kuesioner ini juga mempunyai kekurangan yaitu rentan terhadap kesalahan dan hasilnya mudah terdistorsi oleh pasien.

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) merupakan salah satu instrumen pengukuran tingkat kepatuhan minum obat yang paling populer dan sering digunakan secara luas. MMAS pertama kali terdiri atas 4 item dikembangkan oleh Morisky et al. pada tahun 1986. Pada tahun 2008 Morisky et al mengembangkan dan menyempurnakan MMAS menjadi 8 item. MMAS baru yang terdiri atas 8 item ini sering disebut sebagai MMAS-8 (Morisky et al., 2008).

6. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat

a. Lama Menderita Hipertensi

Tingkat kepatuhan minum obat penderita hipertensi di Indonesia cukup rendah. Semakin lama seseorang mengidap suatu penyakit, maka akan menjalani terapi pengobatan dalam jangka panjang atau lama, pasien akan cenderung tidak patuh karena pasien menjadi putus asa dengan terapi lama, kompleks, dan tidak menghasilkan kesembuhan. Dalam terapi pengobatan, tidak hanya membutuhkan pengobatan saja, akan tetapi perubahan gaya hidup, mengatur pola makan, olahraga, dan lain-lain (Nur Aini, 2018).

Pasien yang telah lama menderita hipertensi cenderung memiliki kepatuhan mengonsumsi obat yang lebih buruk. Pengalaman pasien yang lebih banyak dimana pasien yang telah mematuhi proses dari pengobatan tetapi hasil yang didapatkan tidak memuaskan, menyebabkan pasien pasrah dan tidak mematuhi proses pengobatannya (Evadevi, 2013).

Susanto (2023) menyatakan semakin lama seseorang menderita hipertensi maka cenderung untuk tidak patuh karena merasa jenuh menjalani pengobatan atau meminum obat sedangkan tingkat kesembuhan yang telah dicapai tidak sesuai dengan yang diharapkan.

b. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintetis, evaluasi (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan atau kognitif yaitu domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Lestari, 2015).

Pengetahuan tentang tatacara memelihara kesehatan (Notoatmodjo, 2010) meliputi:

- 1) Pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit dan tanda-tandanya, cara penularannya, cara pencegahannya, cara mengatasi atau menangani sementara).
- 2) Pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait dan/atau mempengaruhi kesehatan antara lain: gizi makanan, sarana air bersih, pembuangan air limbah, pembuangan kotoran manusia, pembuangan sampah, perumahan sehat, polusi udara, dan sebagainya.
- 3) Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun tradisional.

- 4) Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, maupun kecelakaan lalu lintas, dan tempay-tempat umum.

c. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah pemberian bantuan, seperti emosional, finansial hingga individu yang hidup bersama sebagai anggota keluarga (Kamaryati, 2020).

Friedman (2013) membagi bentuk dan fungsi dukungan keluarga menjadi empat dimensi yaitu:

- 1) Dukungan Emosional

Dukungan emosional adalah keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional. Dengan semua tingkah laku yang mendorong perasaan nyaman dan mengarahkan individu untuk percaya bahwa ia dipuji, dihormati, dan dicintai, dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian.

2) Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental adalah keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya adalah dalam hal kebutuhan keuangan, makan, minum, dan istirahat.

3) Dukungan Informasi

Dukungan informasi adalah keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, dimana keluarga menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

4) Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan adalah keluarga bertindak membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, dan perhatian.

Penderita hipertensi membutuhkan dukungan keluarga karena orang sakit memerlukan perhatian. Bagaimana keluarga memperlakukan, bertindak dan menerima penderita yang sakit adalah contoh dukungan keluarga. Keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung,

selalu berusaha memberi dukungan dengan nasehat dan sikap. Keluarga memainkan peran penting dalam kesembuhan penderita hipertensi dalam hal pencegahan kesehatan, mulai dari perawatan, kepatuhan penderita dalam meminum obat dan rehabilitasi (Hanum et.al, 2019)

d. Peran Tenaga Kesehatan

Penyedia layanan kesehatan memiliki peran penting dalam kepatuhan terhadap obat hipertensi dan kardiovaskular. Kualitas hubungan antara pasien dan dokter, gaya komunikasi dokter, dan keputusan perawatan yang berpusat pada pasien merupakan hal-hal yang mempengaruhi kepatuhan konsumsi obat hipertensi. Diskusi atau konsultasi yang sering dengan tenaga kesehatan dapat meningkatkan kepatuhan. Komunikasi yang optimal antara dokter/klinisi atau tenaga kesehatan dengan pasien dapat menjadi cara untuk mencegah menurunnya tingkat kepatuhan (Ernawati, Fandinata dan Permatasari, 2020).

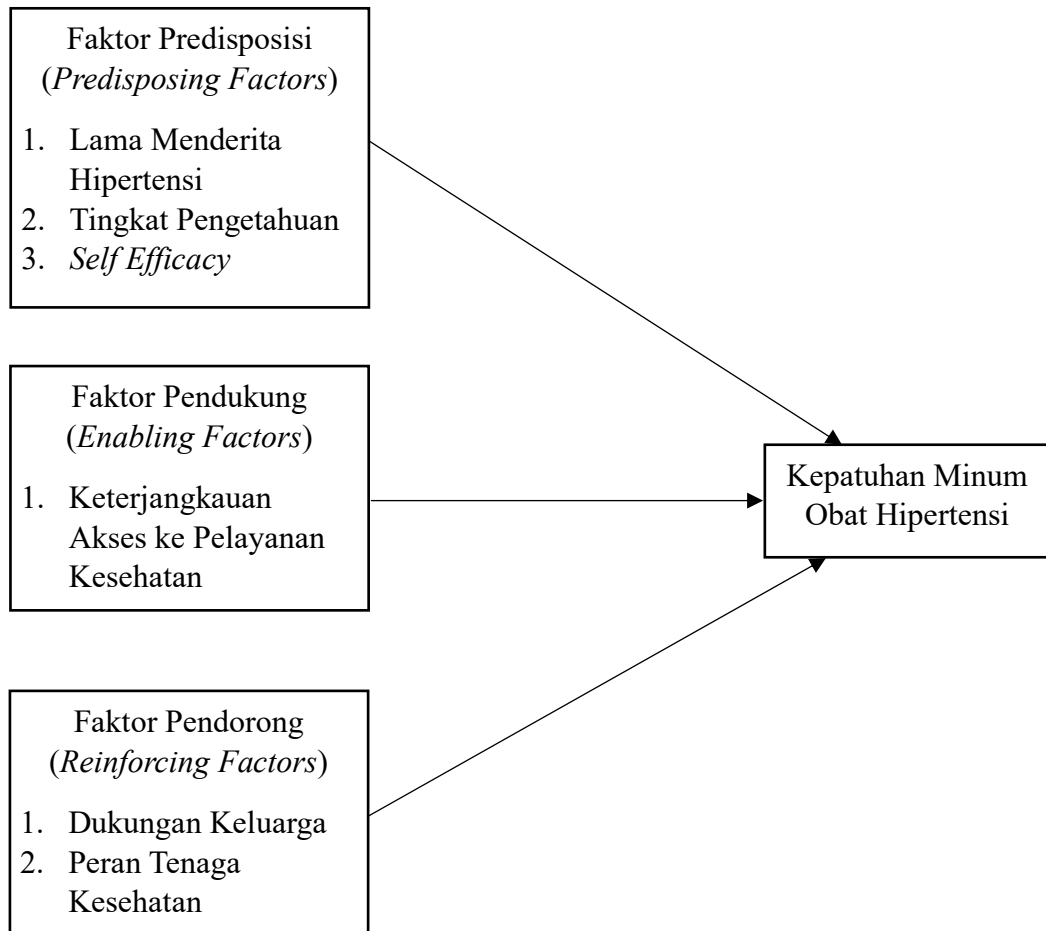
Peran tenaga kesehatan merupakan faktor pendorong yang dapat merubah perilaku kesehatan seseorang. Petugas kesehatan yang lebih ramah, akan memberikan dampak positif bagi penderita. Selain itu, peran petugas kesehatan dalam pelayanan kesehatan dapat berfungsi sebagai *conforter* atau pemberi rasa nyaman, *protector* atau pelindung dan pembela, dan *rehabilitator*. Peran

tenaga kesehatan juga dapat berfungsi sebagai konseling kesehatan (Mubarak, 2009).

e. *Self Efficacy*

Self efficacy pertama kali dikemukakan oleh Bandura (1997) yang menyatakan bahwa *Self efficacy* merupakan pertimbangan dirinya terhadap kemampuan mengorganisasikan dan melaksanakan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan yang di harapkan. Bandura menjelaskan seseorang yang memiliki *self efficacy* rendah akan menghindari tindakan dan menyerah dengan mudah ketika masalah muncul. *Self efficacy* menurut Jannah (2020) yaitu keyakinan dalam kemampuan seseorang untuk mengambil tindakan. Ini mengacu pada tingkat kepercayaan seseorang terhadap kemampuannya untuk berhasil melakukan perilaku. *Self efficacy* adalah konstruksi dalam banyak teori perilaku karena berhubungan langsung dengan apakah seseorang melakukan perilaku yang diinginkan. *Self efficacy* yang tinggi memiliki pengaruh besar dalam mengikuti pengobatan/kepatuhan pasien hipertensi serta terdapat hubungan/korelasi tinggi antara kepatuhan terhadap pengobatan dengan pengendalian hipertensi (Ernawati, Fandinata dan Permatasari, 2020).

C. Kerangka Teori



Gambar 2.1 : Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi Teori Lawrence Green (Notoatmodjo, 2010); Cureatr (2020)