

**PERAN KELUARGA DALAM UPAYA PENINGKATAN KEPATUHAN  
TERAPI OBAT HIPERTENSI PADA PASIEN LANJUT USIA  
DI PUSKESMAS PRINGKUKU KABUPATEN PACITAN JAWA TIMUR**

**Skripsi**

Sebagai Persyaratan dalam Memperoleh Gelar  
Sarjana Farmasi (S.Farm)



**Oleh**

**Adiriani Wahyu Nengsih**

**NIM 33102300296**

**PROGRAM STUDI SARJANA FARMASI**

**FAKULTAS FARMASI**

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

**SEMARANG**

**2026**

**SKRIPSI**

**PERAN KELUARGA DALAM UPAYA PENINGKATAN KEPATUHAN  
TERAPI OBAT HIPERTENSI PADA PASIEN LANJUT USIA  
DI PUSKESMAS PRINGKUKU KABUPATEN PACITAN JAWA TIMUR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh

**Adiriani Wahyu Nengsih NIM**

**33102300296**

telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada  
tanggal 25 Februari 2026  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**Susunan Tim Penguji**

Pembimbing

Anggota Tim Penguji I



Dr. Indriyati Hadi Sulistyaningrum, M.Sc

apt. Abdur Rosyid, M.Sc

Penguji II

Penguji III



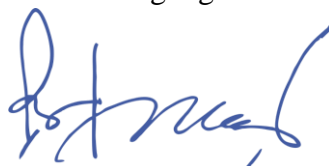
apt. Asih Puji Lestari, M.Sc

apt. Inesya Febrianing Rizky, M.Farm

Semarang, .....

Program Studi S1 Farmasi Fakultas Farmasi Universitas Islam

Sultan Agung



Dr. apt. Rina Wijayanti, M.Sc.

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Adiriani Wahyu Nengsih

NIM 33102300296

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang berjudul

**PERAN KELUARGA DALAM UPAYA PENINGKATAN KEPATUHAN  
TERAPI OBAT HIPERTENSI PADA PASIEN LANJUT USIA DI  
PUSKESMAS PRINGKUKU KABUPATEN PACITAN JAWA TIMUR**

Ini adalah benar karya saya sendiri, dan saya menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiarisme atau menggunakan seluruh atau sebagian besar tulisan orang lain tanpa memberikan kredit kepada pemilik aslinya. Saya setuju untuk dihukum sesuai dengan hukum yang berlaku jika terbukti bahwa saya telah melakukan plagiarisme.

Semarang, 2 Pebruari 2026



Adiriani Wahyu Nengsih

## PRAKATA

Bismillahirrahmanirrohim. Kehadiran Allah SWT dalam segala rahmat-Nya yang tak terbatas dipuji dan diakui dengan penuh syukur oleh penulis. Nabi Muhammad SAW yang agung beserta keluarga, sahabat, dan pengikutnya terus menerima banyak sambutan dan doa. Untuk mengakhiri tesis dengan judul ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada Allah SWT dan semua orang yang telah membantu **“PERAN KELUARGA DALAM UPAYA PENINGKATAN KEPATUHAN TERAPI OBAT HIPERTENSI PADA PASIEN LANJUT USIA DI PUSKESMAS PRINGKUKU KABUPATEN PACITAN JAWA TIMUR”**.

Salah satu prasyarat untuk memperoleh gelar Sarjana Farmasi dari Program Studi Farmasi Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung di Semarang . Dengan selesainya skripsi ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunannya. Penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada orang tua, pasangan, anak-anak, dan semua pihak lain yang telah memberikan arahan, dukungan, dorongan, dan bimbingan :

1. H. Gunarto, SH., M.Hum.,Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Dr. Rina Wijayanti, M.Sc .,Dekan Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Chintiana Nindya Putri, M.Farm., Kepala Program Studi Farmasi S1 Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Dr. Indriyati Hadi Sulistyaningrum, M.Sc., sebagai pribadi yang baik hati dan pembimbing penulis yang telah memberi bimbingan yang baik kapan pun penulis membutuhkannya dan bagaimana menyelesaikan penelitian skripsi ini.

5. apt.Abdur Rosyid, M.Sc., apt.Asih Puji Lestari, M.Sc., apt.Inesya Febrining Rizky, M.Farm., sebagai tim penguji yang telah memberi masukan kepada penulis untuk pengembangan skripsi ini.
6. Dosen, staf, dan karyawan Program Studi Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
7. Kepala Puskesmas Pringkuku, dr.Hanik Subekti dan staf atas motivasi dan dukungan kepada penulis
8. Almarhum orang tua penulis; Bapak Sukardi dan Ibu Koehadanenggar, suami saya Bapak Ngadiono, putri saya; "Ika dan putra saya, Deni, dan seluruh keluarga tercinta yang selalu memberikan limpahan cinta, dorongan, dan dukungan dalam segala persiapan yang dilakukan dengan doa dari penulis.
9. Kepada teman-teman Program RPL Angkatan 2, Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang tidak pernah berhenti mendukung.
10. Kepada semua pihak yang telah memfasilitasi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini dan yang namanya tidak dapat disebutkan satu per satu.

Karena penulis mengakui bahwa skripsi ini memiliki banyak kekurangan dan jauh dari sempurna, penulis terbuka untuk menerima masukan. Penulis percaya bahwa pembaca dan mereka yang membutuhkan akan menemukan skripsi ini bermanfaat.

Semarang, 2 Pebruari 2026

Adiriani Wahyu Nengsih

## DAFTAR ISI

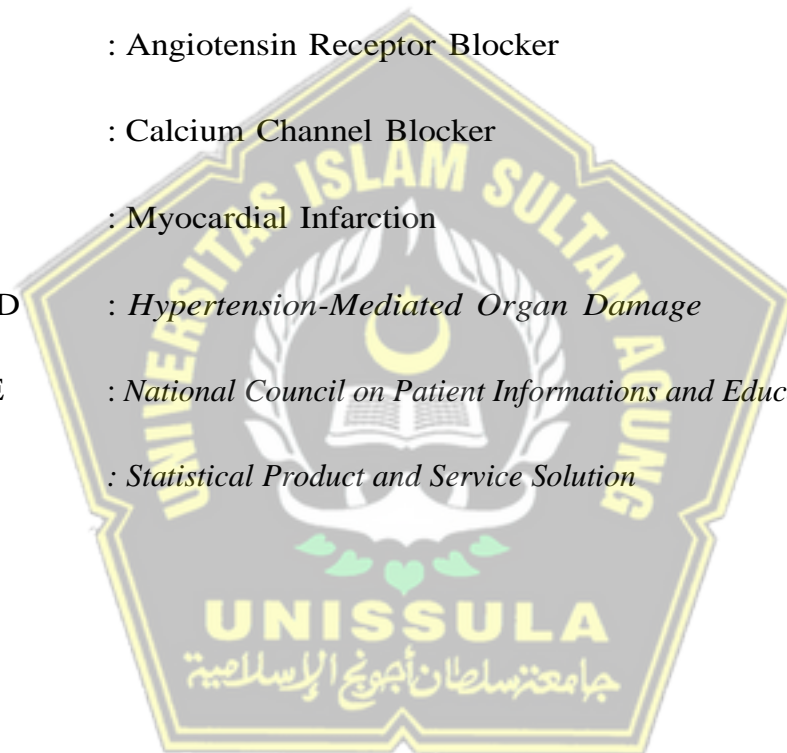
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH</b> .....	<b>iv</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>INTISARI</b> .....	<b>xii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
10.1 Latar Belakang.....	1
10.2 Rumusan Masalah.....	5
10.3 Tujuan Penelitian .....	5
10.4 Manfaat Penelitian .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
2.1 Hipertensi .....	7
2.2 Penentuan Risiko Kardiovaskuler.....	12
2.3 Pemeriksaan Fisik.....	13
2.4 Penapisan dan Deteksi Hipertensi.....	16
2.5 Tata Laksana Hipertensi .....	18
2.6 Obat-Obat untuk Tata Laksana Hipertensi .....	26
2.7 Kepatuhan Terhadap Pengobatan .....	30
2.8 Ayat-Ayat Relevan .....	33
2.9 Kerangka Teori .....	35
2.10 Kerangka Konsep.....	35
2.11 Hipotesis Penelitian.....	36
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	<b>40</b>
3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	40
3.2 Variabel dan Definisi Operasional .....	40
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	42
3.4 Instrumen dan Bahan Penelitian .....	43
3.5 Cara Penelitian.....	45
3.6 Tempat dan Waktu Penelitian .....	46
3.7 Analisis Hasil.....	46
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b> .....	<b>48</b>
4.1 Hasil Penelitian .....	48
4.2 Pembahasan.....	59
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	<b>69</b>
5.1 Kesimpulan.....	69
5.2 Saran .....	69
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>70</b>

<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>75</b>
<b>PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN .....</b>	<b>75</b>
<b>FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN.....</b>	<b>76</b>
<b>KUESIONER PENELITIAN.....</b>	<b>77</b>
<b>IDENTITAS RESPONDEN.....</b>	<b>78</b>
<b>DATA RESPONDEN .....</b>	<b>79</b>
<b>OUTPUT SPSS.....</b>	<b>94</b>
<b>PERMOHONAN IJIN PENELITIAN.....</b>	<b>108</b>



## DAFTAR SINGKATAN

DASH	: <i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>
TD	: Tekanan Darah
TDS	: Tekanan Darah Sistole
TDD	: Tekanan Darah Diastole
ACEi	: Angiotensin-Converting Enzyme inhibitor
ARB	: Angiotensin Receptor Blocker
CCB	: Calcium Channel Blocker
MI	: Myocardial Infarction
HMOD	: <i>Hypertension-Mediated Organ Damage</i>
NCPIE	: <i>National Council on Patient Informations and Educations</i>
SPSS	: <i>Statistical Product and Service Solution</i>



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi.....	8
Tabel 2.2 Anamnesis Riwayat dan Faktor Risiko .....	9
Tabel 2.3 Etiologi Sekunder Hipertensi.....	10
Tabel 2.4 Klasifikasi Risiko Hipertensi Berdasarkan Derajat Tekanan Darah, Faktor Risiko Kardioserebrovaskular, HMOD atau Komorbidita .....	13
Tabel 2.5 Batasan Tekanan Darah untuk Diagnosis Hipertensi.....	18
Tabel 2.6 Komposisi nutrisi berdasarkan rekomendasi DASH .....	21
Tabel 2.7 Contoh Perencanaan Makanan DASH untuk Kebutuhan 2000 Kalori	21
Tabel 2.9 Obat Anti Hipertensi Oral .....	26
Tabel 3.2 Waktu Penelitian.....	46
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di Puskesmas Pringkuku .....	48
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Hipertensi keluarga pasien di Puskesmas Pringkuku .....	49
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden tentang Pengetahuan Keluarga Pasien.....	50
Tabel 4.4 Latar Belakang Pendidikan Keluarga Pasien .....	51
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepatuhan minum obat Responden ....	52
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden tentang Kepatuhan Minum Obat .....	52
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Peran Keluarga Pasien Hipertensi.....	54
Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden tentang Peran Keluarga....	54
Tabel 4.9 Hubungan Pengetahuan tentang Hipertensi Dengan Kepatuhan Minum Obat di Puskesmas Pringkuku .....	57
Tabel 4.10 Hubungan Pendidikan Keluarga Pasien Dengan Kepatuhan Minum Obat .....	57
Tabel 4.11 Hubungan Peran Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat pasien hipertensi .....	58

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Penapisan dan Diagnosa Hipertensi .....	16
Gambar 2. 2 Alur Panduan Inisiasi Terapi Obat Sesuai Dengan Klasifikasi Hipertensi .....	25
Gambar 2. 3 Pilihan Kombinasi Obat Anti Hipertensi .....	29
Gambar 2. 4 Kerangka Teori.....	35
Gambar 2. 5 Kerangka Konsep.....	36



## INTISARI

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular dengan prevalensi tinggi dan menjadi faktor risiko utama penyakit kardiovaskuler terutama pada kelompok lanjut usia. Kepatuhan terhadap terapi antihipertensi berperan penting dalam pengendalian tekanan darah dan pencegahan komplikasi. Pada pasien lanjut usia keterlibatan keluarga diduga memiliki peran penting dalam meningkatkan kepatuhan terapi. Namun, bukti empiris mengenai hubungan tersebut di tingkat pelayanan kesehatan primer masih terbatas.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan peran keluarga, pengetahuan keluarga tentang hipertensi dan tingkat pendidikan keluarga dengan kepatuhan terapi obat antihipertensi pada pasien lanjut usia di Puskesmas Pringkuku Kabupaten Pacitan. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan rancangan cross-sectional dan pendekatan kuantitatif. Sampel penelitian sebanyak 62 responden dipilih menggunakan teknik purposive sampling dari kelompok Prolanis. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner terstruktur mengenai peran keluarga, pengetahuan hipertensi dan kepatuhan minum obat. Analisis data dilakukan menggunakan uji Chi-Square dengan tingkat signifikansi 95 % ( $\alpha = 0,05$ )

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara peran keluarga dengan kepatuhan minum obat ( $P = 0,040$ ), serta antara pengetahuan keluarga tentang hipertensi dengan kepatuhan minum obat pasien dengan kepatuhan minum obat ( $P=0,010$ ) sementara itu, tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan keluarga dengan kepatuhan minum obat ( $P= 0.146$ ). Sebagian besar responden memiliki tingkat kepatuhan dalam kategori patuh (77,4%), peran keluarga dalam kategori baik (88,7%) dan pengetahuan keluarga dalam kategori baik (77,4%).

Disimpulkan bahwa peran keluarga dan pengetahuan keluarga tentang Hipertensi berhubungan signifikan dengan kepatuhan terapi antihipertensi pada pasien lanjut usia. Keterlibatan aktif keluarga dalam pendampingan terapi perlu ditingkatkan sebagai bagian dari strategi pengelolaan Hipertensi di pelayanan kesehatan primer

Kata Kunci : Hipertensi, Kepatuhan terapi, Peran Keluarga , Pengetahuan keluarga, lanjut usia



# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Menurut Kementerian Kesehatan (2021), hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih tinggi dan tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih tinggi. Karena seringkali tidak menimbulkan keluhan atau tanda-tanda konvensional lainnya, hipertensi dikenal sebagai pembunuh diam-diam atau pembunuh tersembunyi, artinya mereka yang menderitanya tidak menyadari bahwa mereka mengidapnya. Ketika komplikasi seperti serangan jantung, stroke, dan kondisi lainnya telah terjadi, hipertensi seringkali teridentifikasi. Secara spesifik, ada dua jenis hipertensi:

- 1) Hipertensi esensial sering dikaitkan dengan hipertensi pada orang tua atau kerabat dekat dan diketahui tidak memiliki etiologi yang diketahui.
- 2) Gaya hidup yang buruk, termasuk terlalu sedikit mengonsumsi buah dan sayuran, tidak berolahraga, merokok, minum alkohol, kurang tidur, stres, dan sebagainya, dikaitkan dengan hipertensi. Sebaliknya, hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain, termasuk penyakit ginjal, dikenal sebagai hipertensi sekunder (Kementerian Kesehatan, 2021).

Peningkatan afterload, yang memaksa jantung untuk berkontraksi lebih keras dan mempercepat perkembangan aterosklerosis di arteri koroner, adalah cara utama hipertensi memengaruhi jantung. Penyakit jantung, disfungsi diastolik, penyakit jantung koroner, hipertrofi ventrikel kiri, dan disfungsi sistolik semuanya merupakan tanda-tanda hipertensi pada sistem

kardiovaskular. Gejala lain termasuk aritmia, masalah pembuluh darah perifer dan aorta, serta penyakit serebrovaskular juga dapat terjadi. (Kemenkes.,2021).

Pasien dengan hipertensi ringan memiliki risiko terbesar terkena stroke dan penyakit jantung. Pada tahun 2013, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan bahwa 9,4 juta orang meninggal dunia akibat penyakit kardiovaskular (2). Populasi dewasa secara umum memiliki prevalensi hipertensi yang bervariasi antara 30 dan 45%, dengan persentase yang terakhir terus meningkat seiring bertambahnya usia, hingga lebih dari setengah dari mereka yang berusia di atas 60 tahun menderita hipertensi. Penyakit kardioserebrovaskular meningkat dengan hipertensi yang meningkat paling cepat di negara-negara berkembang (80% dari populasi manusia), yang pengobatannya masih sulit. Kematian tahunan akibat hipertensi mencapai sekitar 8 juta orang di dunia, di mana sekitar 1,5 juta kematian terjadi di Asia Tenggara.

Survei Riset Kesehatan Dasar Indonesia (Riskesdas) 2018 melaporkan peningkatan prevalensi hipertensi di Indonesia, negara berpenduduk sekitar 260 juta jiwa, dari 25,8% pada survei Riskesdas 2013 menjadi 34,1%. Meskipun hanya 25% pasien hipertensi yang terdiagnosis di Indonesia, di antara mereka yang menderita hipertensi tanpa diagnosis di negara ini, hanya 0,7% yang menggunakan obat antihipertensi. Menurut data Sistem Registrasi Sampel (SRS) tahun 2014 dari Badan Riset dan Pengembangan

Kesehatan (Balitbangkes), hipertensi dengan komplikasi menempati peringkat ke-4 sebagai penyebab utama kematian untuk semua kelompok umur, dengan angka 6,8%. Sementara itu, temuan dari Penelitian Kesehatan Dasar Berbasis Riskesdas menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi nasional adalah 28,5 persen pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 34,11 persen pada tahun 2018. Menurut kelompok usia, prevalensi hipertensi adalah sebagai berikut: 13,2% untuk usia 18-24 tahun; 31,6% untuk usia 35-44 tahun; usia 45-54 tahun 45,3%; usia 55-64 tahun 55,2%; usia 65-74 tahun 63,2%, dan di atas usia 75 tahun (MonitorshealthIncoming Crisis(2021)). Profil

kesehatan Kabupaten Pacitan pada tahun 2024, melaporkan 10 penyakit rawat jalan yang paling umum dari yang tertinggi hingga terendah adalah hipertensi nomor 1 (Dinkes, 2024) dengan frekuensi kejadian ke-13.361 dari 51.597 pasien atau persentase (%) >25,89%.

Kelemahan fisik dan kerentanan terhadap penyakit yang disebabkan oleh perubahan lingkungan, berkurangnya mobilitas dan ketangkasan, serta perubahan fisiologis merupakan karakteristik usia lanjut. Kesehatan fisik menurun pada orang lanjut usia, terutama di bidang seperti energi, olahraga, kemampuan bekerja, ketidaknyamanan, dan ketergantungan pada perawatan medis (Murwani, 2020).

Dalam hal pengobatan hipertensi, kepatuhan sangat penting. Hasil pengobatan secara klinis dipengaruhi oleh ketidakpatuhan. Kasus tekanan darah tinggi dengan tingkat kepatuhan yang rendah dikaitkan dengan pengendalian tekanan darah yang lebih buruk dan konsekuensi yang merugikan, termasuk infark miokard, stroke, gagal jantung, dan kematian. (Peacock et al., 2018). Tingkat kepatuhan pasien terhadap saran medis dari

tenaga medis dikenal sebagai kepatuhan terhadap terapi. Menurut penelitian, 50% pasien diperkirakan tidak mengikuti pengobatan yang direkomendasikan untuk hipertensi, yang menunjukkan kepatuhan yang sangat buruk terhadap pengobatan (Saibi, Romadhon, dan Nasir, 2020).

Untuk mengendalikan prevalensi dan insidensi penyakit kardioserebrovaskular, oleh karena itu, hipertensi harus ditangani dengan intervensi lokal yang dapat diterapkan pada beberapa tingkatan pelayanan (Kementerian Kesehatan, 2024), terutama karena merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan di Indonesia. Pelayanan promosi, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, dan paliatif diselenggarakan dan diintegrasikan oleh Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama (Kementerian Kesehatan, 2024).

Pelayanan kesehatan adalah kegiatan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat dengan tindakan yang dilakukan pada penduduk atau di wilayah mana pun yang mencakup penyediaan pengobatan, rehabilitasi, pencegahan, dan paliatif untuk meningkatkan dan menjaga kesehatan mereka. Prinsip-prinsip berikut merupakan pedoman pelayanan kesehatan terpadu:

- a. Memenuhi kebutuhan kesehatan perempuan, anak-anak, remaja, dewasa, dan lansia di setiap tahap kehidupan.
- b. Meningkatkan faktor penentu kesehatan sosial, ekonomi, komersial, dan lingkungan, yang merupakan unsur-unsur yang mempengaruhi kesehatan (Peraturan Kementerian Kesehatan, 2024).

Berdasarkan data-data yang dipaparkan, penelitian tentang peran keluarga

dalam upaya peningkatan kepatuhan terapi obat hipertensi pada pasien lanjut usia adalah urgensi dan penting untuk membantu pasien mengontrol tekanan darah dan mencegah resiko komplikasi serta memenuhi kebutuhan kesehatan fase usia lanjut.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana peran keluarga dalam upaya peningkatan kepatuhan terapi obat hipertensi pada pasien lanjut usia di Puskesmas Pringkuku Kabupaten Pacitan Jawa Timur?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui peran keluarga dalam meningkatkan kepatuhan terapi obat hipertensi pada pasien lanjut usia.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Menganalisis hubungan peran keluarga dengan kepatuhan terapi antihipertensi
2. Menganalisis hubungan pengetahuan keluarga dengan kepatuhan terapi
3. Menganalisis hubungan tingkat pendidikan keluarga dengan kepatuhan terapi
4. Menganalisis hubungan peran keluarga dengan pengetahuan keluarga

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Diharapkan bahwa penelitian ini akan memajukan ilmu farmasi,

terutama berkaitan dengan bagaimana dukungan sosial dan profesional dapat meningkatkan kepatuhan terapi pada pasien hipertensi lanjut usia.

#### 1.4.2 Manfaat Praktis

##### 1. Bagi Keluarga

Memberikan wawasan kepada keluarga pasien lanjut usia mengenai pentingnya keterlibatan keluarga dalam mendampingi dan memotivasi lanjut usia agar patuh dalam menjalani terapi obat antihipertensi.

##### 2. Bagi Puskesmas

Menjadi dasar dalam pengembangan program pemberdayaan keluarga dan kolaborasi tenaga kesehatan untuk mendukung pengelolaan hipertensi pada lanjut usia

##### 3. Bagi Peneliti

untuk berfungsi sebagai panduan dan dasar bagi penelitian kualitatif dan kuantitatif yang lebih luas tentang variabel-variabel yang memengaruhi kepatuhan lanjut usia terhadap terapi obat antihipertensi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Hipertensi**

##### **2.1.1 Definisi**

Menurut Kementerian Kesehatan (2021), hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih tinggi dan tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih tinggi. Karena seringkali tidak menimbulkan keluhan atau tanda-tanda konvensional lainnya, hipertensi dikenal sebagai pembunuh diam-diam atau pembunuh tersembunyi, artinya mereka yang menderitanya tidak menyadari bahwa mereka mengidapnya. Ketika komplikasi seperti serangan jantung, stroke, dan kondisi lainnya telah terjadi, hipertensi seringkali teridentifikasi. Secara spesifik, ada dua jenis hipertensi:

- 1) Hipertensi esensial sering dikaitkan dengan hipertensi pada orang tua atau kerabat dekat dan diketahui tidak memiliki etiologi yang diketahui.
- 2) Gaya hidup yang buruk, termasuk terlalu sedikit mengonsumsi buah dan sayuran, tidak berolahraga, merokok, minum alkohol, kurang tidur, stres, dan sebagainya, dikaitkan dengan hipertensi. Sebaliknya, hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain, termasuk penyakit ginjal, dikenal sebagai hipertensi sekunder (Kementerian Kesehatan, 2021).

**Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi**

Klasifikasi	TD Sistolik (mmHg)		TD Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	dan	<80
Normal	120-129	dan/atau	80-84
Normal Tinggi	130-139	dan/atau	85-89
Hipertensi Derajat 1	140-159	dan/atau	90-99
Hipertensi Derajat 2	160-179	dan/atau	100-109
Hipertensi Derajat 3	≥180	dan/atau	≥110
Hipertensi Sistolik	≥140	dan	<90
Terisolasi			

### 2.1.2 Epidemiologi

Sekitar 1,13 miliar orang di seluruh dunia menderita hipertensi pada tahun 2015. Secara umum, antara 30 dan 45 persen orang menderita hipertensi. Dengan prevalensi lebih dari 60% pada orang berusia di atas 60 tahun, risiko hipertensi meningkat secara stabil seiring bertambahnya usia. Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menyatakan bahwa "prevalensi hipertensi meningkat dari 25,8% pada tahun 2013 menjadi 34,1% pada tahun 2018.

### 2.1.3 Pendekatan Diagnosis

#### 2.1.3.1 Anamnesis

Pertanyaan diajukan mengenai riwayat medis pasien, termasuk berapa lama mereka menderita hipertensi, efek samping apa pun dari pengobatan hipertensi sebelumnya, riwayat keluarga penyakit kardiovaskular atau hipertensi, serta kebiasaan diet dan psikologis mereka. Penting juga untuk membicarakan faktor risiko lain seperti merokok, kenaikan berat badan, diabetes, dislipidemia, dan rutinitas olahraga. Selama pengumpulan riwayat individu dan keluarga, disarankan untuk mengumpulkan informasi penting (Kementerian

Kesehatan, 2021).

**Tabel 2. 2 Anamnesis Riwayat dan Faktor Risiko**

<b>Faktor Risiko</b>
Riwayat menderita hipertensi, penyakit kardiovaskular, stroke, atau penyakit ginjal pada individu dan keluarga
Riwayat faktor risiko hipertensi pada individu dan keluarga (misal: hiperkolesterolemia familial)
Riwayat merokok
Riwayat pola diet dan konsumsi garam
Riwayat konsumsi alkohol
Kurangnya aktivitas fisik
Riwayat gangguan disfungsi ereksi pada laki-laki
Riwayat pola tidur, mengorok, <i>sleep apnoe</i> (informasi juga didapat dari pasangan)
Riwayat hipertensi pada kehamilan/preeklamsia sebelumnya
<b>Riwayat dan Gejala Kerusakan Organ Akibat Hipertensi, Penyakit Kardiovaskular, Stroke, dan Penyakit Ginjal</b>
Otak dan mata: sakit kepala, vertigo, sinkop, defisit sensoris dan motoris, stroke, revaskularisasi arteri karotis, gangguan kognitif, demensia pada geriatri, gangguan penglihatan
Jantung: nyeri dada, sesak nafas, edema, infark miokard, revaskularisasi koroner, sinkop, riwayat palpitasi, aritmia (fibrilasi atrial), gagal jantung
Ginjal: poliuria, nokturia, hematuria, infeksi saluran kemih
Arteri perifer: akral dingin, klaudikasio <i>intermitten</i> (nyeri pada tungkai menghilang pada saat berjalan jauh dan nyeri saat istirahat), revaskularisasi perifer
Pasien dengan riwayat keluarga penyakit ginjal kronis (contoh: penyakit ginjal polikistik)
<b>Riwayat Kemungkinan Hipertensi Sekunder</b>
Terdiagnosis hipertensi derajat 2-3 pada usia muda (<40 tahun), atau perburukan hipertensi yang mendadak pada pasien usia tua
Riwayat penyakit ginjal/saluran kemih
Penggunaan obat ' <i>recreational</i> '/penyalahgunaan obat/terapi yang dijalani saat ini: kortikosteroid, vesokonstriktor nasal, kemoterapi, <i>yohimbine</i> , <i>liquorice</i>
Adanya gejala berkeringat, sakit kepala, cemas, atau palpitasi yang berulang dan mengarah kecurigaan adanya feokromositoma
Riwayat hipokalemia baik spontan maupun akibat diuretik, gejala kelemahan otot, dan tetani (hiperaldosteronisme)

Gejala sugestif penyakit tiroid atau hiperparatiriodism
Riwayat kehamilan saat ini dan penggunaan kontrasepsi
Riwayat <i>sleep apnoe</i>
<b>Terapi Obat Antihipertensi</b>
Riwayat penggunaan obat antihipertensi saat ini maupun sebelumnya, baik efektivitas maupun intoleransi terhadap pengobatan
Kepatuhan terhadap terapi

Riwayat penyakit ginjal, perubahan fisik, kelemahan otot (jantung berdebar, keringat berlebihan, tremor), tidur tidak teratur, mendengkur, kantuk di siang hari, gejala hipo- atau hipertiroidisme, dan riwayat penggunaan obat peningkat tekanan darah merupakan indikator tambahan yang perlu diperhatikan jika terdapat bukti hipertensi sekunder (Tabel 2.3). Bukti kerusakan organ target, seperti riwayat kebutaan sementara, penglihatan kabur tiba-tiba, infark miokard, gagal jantung, disfungsi seksual, serangan iskemik transien (TIA), stroke, atau gejala angina, juga akan sangat penting untuk meningkatkan diagnosis dan pengobatan.

**Tabel 2. 3 Etiologi Sekunder Hipertensi**

Penyebab	Prevelansi	Gejala dan Tanda Sugestif	Investigasi
<i>Obstructive Sleep Apnoe</i>	5-10%	Mengorok; obesitas; sakit kepala pagi hari; mengantuk pada siang hari	Skor epworth dan tes poligraf selama 24 jam
<b>Penyakit Parenkim Ginjal</b>	2-10%	Biasanya asimtomatik; diabetes; hematuria; proteinuria; nokturia;	Kreatinin plasma dan elektrolit, eGFR; dipstik

Penyebab	Prevelansi	Gejala dan Tanda Sugestif	Investigasi
		anemia, masa ginjal pada pasien dewasa yang mengalami penyakit ginjal kronik akibat polikistik	untuk darah dan protein, rasio albumin: kreatinin urin; USG ginjal
<b>Penyakit Vaskular Ginjal</b>			
<b>Aterosklerosis Vaskular Ginjal</b>	1-10%	Pada usia tua: PAD; diabetes; riwayat merokok; edoma pulmonal rekuren; <i>bruit</i> abdomen	<i>Duplex renal artery doppler</i> , CT angiografi, MR angiografi
<b>Fibromuskular Dysplasia</b>		Pada usia muda; biasanya pada perempuan; <i>bruit</i> abdomen	
<b>Penyebab Endoktrim</b>			
<b>Aldosteronisme Primer</b>	5-15%	Biasanya asimtomatik: kelemahan otot	Aldosteron dan renin plasma, rasio aldosteron: renin hipokalemia (dalam jumlah kecil): hipokalemia dapat menurunkan jumlah aldosteron
<b>Feokromositoma</b>	<1%	Hipertensi paroksismal, sakit kepala berdenyut, berkeringat, palpitasi, dan pucat, TD yang labil; TD yang naik disebabkan oleh obat (opioid, anti depresan, metaklorpramid, penyekat beta)	Metanefrin terfraksi pada plasma atau urin selama 24 jam
<b>Sindorm Cushing's</b>	<1%	Moon face, obesitas sentral, atrofi kulit, striae dan memar; diabetes; penggunaan streoid jangka panjang	Urin selama 24 jam bebas kortisol
<b>Penyakit Tiroid (Hiper-atau Hipotiroidisme)</b>	1-2%	Gejala hiper-hipoparatiroid	Tes fungsi tiroid
<b>Hiperparatiroidisme</b>	<1%	Hiperkalsemia,	Hormon paratiroid

Penyebab	Prevelansi	Gejala dan Tanda Sugestif	Investigasi
		hipoposfatemi	Ca <sup>2+</sup>
<b>Penyebab Lain</b>			
<b>Koaktasio Aorta</b>	<1%	Biasanya terdeteksi pada usia anak-remaja TD ( $\geq 20/10$ mmHg) antara ekstremitas atas-bawah, atau antara kedua lengan dan puliasi radial-femoral yang melambat; ABI rendah, murmur ejeksi interskapula; <i>rib nothing</i> pada foto toraks	Ekokardiografi

## 2.2 Penentuan Risiko Kardiovaskuler

Pasien dengan hipertensi, baik yang memiliki penyakit kardiovaskular maupun tidak, harus selalu diperiksa faktor risiko metaboliknya, seperti diabetes dan kondisi tiroid. Paket teknis Manajemen CVD Berbasis Risiko dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO-HEARTS) dan Perhimpunan Kardiolog Eropa (ESC) untuk mengelola penyakit kardiovaskular di layanan kesehatan primer dapat digunakan untuk melakukan evaluasi faktor risiko. WHO-HEARTS mengategorikan penilaian risiko kardiovaskular menjadi dua kelompok: mereka yang menggunakan pengujian laboratorium (gula darah dan kolesterol) dan mereka yang tidak" (Kementerian Kesehatan, 2021).

**Tabel 2. 4 Klasifikasi Risiko Hipertensi Berdasarkan Derajat Tekanan Darah, Faktor Risiko Kardioserebrovaskular, HMOD atau Komorbidita**

Tahapan Penyakit Hipertensi	Faktor Risiko Lain, HMOD, atau Penyakit	Derajat Tekanan Darah (mmHg)			
		Normal Tinggi TDS 130-139 TDD 85-89	Derajat 1 TDS 140-159 TDD 90-99	Derajat 2 TDS 160-179 TDD 100-109	Derajat 3 TDS $\geq 180$ atau TDD $\geq 110$
Tahap 1 (tidak berkomplikasi)	Tidak ada faktor risiko lain	Risiko rendah	Risiko rendah	Risiko sedang	Risiko tinggi
	1 atau 2 faktor risiko lain	Risiko rendah	Risiko sedang	risiko sedang-tinggi	Risiko tinggi
	$\geq 3$ faktor risiko lain	Risiko rendah-sedang	Risiko sedang-tinggi	Risiko tinggi	Risiko tinggi
Tahap 2 (asistomatik)	HMOD, PGK derajat 3, atau DM tanpa kerusakan organ	Risiko sedang-tinggi	Risiko tinggi	Risiko tinggi	Risiko tinggi-sangat tinggi
Tahap 3 (terdokumentasi CVD)	CVD, PGK derajat $\geq 4$ , atau	Risiko sangat tinggi	Risiko sangat tinggi	Risiko sangat tinggi	Risiko sangat tinggi

### 2.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi tinggi badan, berat badan, tekanan darah, lingkaran pinggang, dan gejala/tanda untuk mendeteksi komplikasi kerusakan organ target akibat hipertensi. Tanda dan gejala ini meliputi penilaian neurologis dan kognitif, funduskopi untuk retinopati hipertensi, pemeriksaan jantung, inspeksi, palpasi (termasuk perkusi), auskultasi saat istirahat, palpasi arteri karotis (tidak wajib) atau auskultasi (wajib), palpasi atau auskultasi arteri perifer pada kedua lengan secara bebas (jika tekanan darah positif pada satu lengan dibandingkan dengan sisi yang berlawanan), indeks pergelangan kaki/lengan (ABI). Hipertensi sekunder. Pemeriksaan fisik untuk penyebab sekunder hipertensi harus mencakup: pemeriksaan kulit (adanya bercak café-au-lait pada neurofibromatosis; feokromositoma); palpasi ginjal untuk penyakit ginjal polistik yang membesar; auskultasi untuk murmur/bruit arteri jantung atau ginjal dan tanda/gejala klinis yang menunjukkan koarktasi aorta,

hipertensi renovaskular; Tanda-tanda klinis yang mengindikasikan sindrom/penyakit Cushing dan akromegali; tanda-tanda klinis yang mengindikasikan penyakit tiroid (Kementerian Kesehatan, 2021).

Pengukuran TD yang direkomendasikan adalah:

a. Persiapan Pasien

Alih-alih merasa gugup, gelisah, atau kesakitan, pasien seharusnya merasa tenang. Sebelum pemeriksaan, luangkan waktu lima menit untuk rileks. Setidaknya setengah jam sebelum pemeriksaan, pasien harus menghindari merokok, minum kopi, atau berolahraga. Obat flu dan obat tetes mata yang mengandung stimulan adrenergik seperti fenilefrin atau pseudoefedrin tidak boleh digunakan oleh pasien. Pasien tidak boleh menahan buang air besar atau buang air kecil. Pakaian ketat, terutama di sekitar lengan, harus dihindari oleh pasien. Pemeriksaan dilakukan di tempat yang tenang dan nyaman. Sepanjang pemeriksaan, pasien tidak boleh bergerak atau berbicara.

b. Stigmomanometer

Baik sphygmomanometer merkuri maupun non-merkuri (digital atau aneroid) tersedia. Setiap 6–12 bulan, gunakan sphygmomanometer yang telah diverifikasi. Pilih ukuran manset berdasarkan lingkar lengan atas Anda (ALL). Manset biasanya berukuran panjang 35 cm dan lebar 12–13 cm. Untuk ALL di atas 32 cm, gunakan ukuran yang lebih besar; untuk anak-anak, gunakan ukuran yang lebih kecil. Manset harus berukuran 80–100% dari LLA dalam panjang dan 40% dari LLA dalam lebar.

c. Posisi

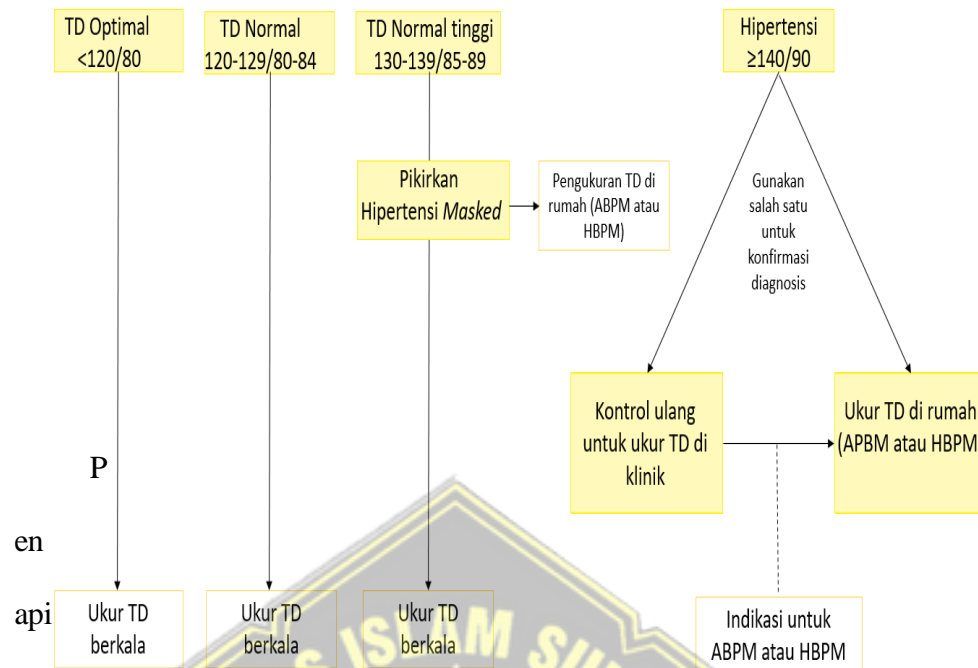
Tergantung pada kondisi klinis, pasien dapat duduk, berdiri, atau berbaring. Untuk mengurangi kontraksi otot isometrik saat duduk, gunakan kursi dengan sandaran dan meja untuk menopang lengan Anda. Letakkan siku setinggi jantung dan lengan bawah ditekuk.

Pastikan kedua kaki tidak disilangkan dan rata di lantai.

d. Prosedur

Pasien diperbolehkan duduk tenang selama 5 menit sebelum pengukuran tekanan darah. Tiga pengukuran dilakukan dengan interval 1-2 menit, kecuali jika dua pembacaan awal berbeda  $>10$  mmHg. Tekanan darah adalah rata-rata dari dua pembacaan terakhir. Pembacaan lain mungkin diambil dari pasien dengan tekanan darah tidak stabil karena aritmia (seperti fibrilasi atrium), dan dalam kasus tersebut, auskultasi manual harus digunakan karena alat otomatis untuk mengukur tekanan darah belum divalidasi pada pasien dengan fibrilasi atrium. Gunakan manset standar (lebar 12–13 cm, panjang 35 cm), tetapi sediakan manset yang lebih kecil dan lebih besar untuk lengan yang tipis atau besar. Manset ditempatkan setinggi jantung dan punggung/lengan tetap rileks untuk mencegah kontraksi otot yang dapat meningkatkan tekanan darah. Gunakan fase Korotkoff I dan V untuk memperkirakan SBP dan DBP jika menggunakan auskultasi. Ukur tekanan darah di 1 lengan lainnya pada kunjungan pertama untuk menyingkirkan kemungkinan perbedaan antara kedua lengan. Ukur tekanan darah (BP) dari lengan dengan nilai referensi tertinggi. Pada semua pasien pada pengukuran pertama ini, catat BP 1 menit dan 3 menit setelah berdiri dari posisi duduk untuk menyingkirkan hipotensi ortostatik. Pembacaan BP ortostatik harus diperoleh pada individu lanjut usia, pasien dengan diabetes melitus, dan pada mereka yang memiliki gangguan lain yang dapat menyebabkan hipotensi ortostatik. Catat denyut jantung dan singkirkan aritmia melalui kardiografi (Kementerian Kesehatan, 2021).

## 2.4 Penapisan dan Deteksi Hipertensi



**Gambar 2. 1 Penapisan dan Diagnosa Hipertensi**

Semua pasien >18,0 tahun harus diperiksa dan didiagnosa hipertensi. Tingkat pemeriksaan hipertensi akan lebih tinggi pada individu berusia >50 tahun karena meningkatnya prevalensi tekanan darah sistolik. Dengan menggunakan perbedaan ambang batas SBP >15 mmHg untuk menentukan sebagai indikasi penyakit vaskular, hal ini terkait erat dengan risiko kardiovaskular yang tinggi. Selama pemeriksaan diagnostik untuk penyakit vaskular (misalnya, koarktasi aorta, diseksi aorta, penyakit arteri perifer), tekanan darah diukur di keempat ekstremitas. Pedoman baru menyarankan bahwa pengukuran tekanan darah di luar klinik melalui pemantauan tekanan darah di rumah atau ambulatori (HBPM, dan/atau ABPM) adalah pendekatan alternatif dalam mengkonfirmasi diagnosis yang praktis dan ekonomis. Metodologi ini jelas bermanfaat untuk memperoleh informasi klinis, seperti hipertensi jas putih, yang harus dicurigai pada pasien dengan hipertensi stadium 1 pada pengukuran di klinik dan tanpa manifestasi kerusakan organ target akibat hipertensi atau penyakit kardiovaskular. Pada pasien dengan tekanan darah normal tinggi pada pengukuran tekanan darah di luar klinik, penting untuk menyingkirkan

kemungkinan hipertensi terselubung (Kementerian Kesehatan, 2021).

a. *Home Blood Pressure Monitoring* (HBPM)

HBPM mengacu pada penggunaan teknik pengukuran di mana pasien mengukur tekanan darah mereka di rumah atau di luar kantor klinik. Secara klinis, HBPM dapat memberikan informasi kepada dokter untuk diagnosis hipertensi termasuk hipertensi jas putih atau hipertensi terselubung. Selain itu, tekanan darah dan variabilitasnya dapat mengontrol pengobatan hidratis pasien hipertensi baik yang diobati dengan atau tanpa obat untuk memverifikasi kemanjuran pengobatan, penyesuaian dosis, kepatuhan pasien, dan identifikasi resistensi obat. HBPM diukur menggunakan osilometer yang telah divalidasi secara global.

Kalibrasi harus dilakukan setiap 6-12 bulan. Pembacaan dilakukan dengan peserta duduk, kaki di tanah, punggung disangga oleh kursi atau dinding dan lengan rileks di permukaan datar (meja setinggi jantung). Tekanan darah diukur setidaknya 2 menit setelah istirahat. Jika pasien aktif secara fisik, pengukuran harus dilakukan 30 menit setelah penghentian olahraga. Lengan pasien tidak boleh tegang, dan lengan tidak perlu disilangkan untuk pengukuran. Tekanan darah dicatat pada pagi hari. Tekanan darah pagi diukur 1 jam setelah bangun tidur, di pagi hari sebelum sarapan, dan setelah bangun tidur dan buang air kecil tetapi sebelum minum obat. Pengukuran tekanan darah diulang pada malam hari sebelum tidur. Semua pengukuran dilakukan setidaknya dua kali dengan interval 1 menit. Penilaian akhir adalah rata-rata dari setidaknya dua pengukuran pada tiga hari atau lebih (hingga 7 hari). dua pengukuran pertama harus membedakan antara waktu pagi dan malam. Pengukuran hari pertama dibuang tanpa dicatat. Pasien harus dididik dan dilatih tentang akurasi teknik pengukuran, metode pelaporan pengukuran (Kementerian Kesehatan, 2021).

b. *Ambulatory Blood Pressure Monitoring* (ABPM)

ABPM memberikan pengukuran tekanan darah sepanjang hari dan malam,

termasuk selama waktu tidur (5) dan direkomendasikan sebagai alat yang akurat untuk mendiagnosis hipertensi. ABPM memainkan peran penting dalam menunjukkan nilai tekanan darah dan denyut nadi kontinu 24 jam, variabilitas tekanan darah, pola sirkadian tekanan darah, pengaruh lingkungan dan emosi terhadap tekanan darah, menentukan lonjakan pagi dan penurunan malam hari, mengidentifikasi pasien dengan hipertensi resisten, dugaan hipertensi jas putih atau terkait dengan apnea tidur obstruktif (OSA), dan menilai efektivitas terapi berdasarkan profil 24 jam. Tekanan darah rata-rata yang diukur pada HBPM dan ABPM lebih rendah daripada di klinik, dan sebagai berikut untuk diagnosis hipertensi.

**Tabel 2. 5 Batasan Tekanan Darah untuk Diagnosis Hipertensi**

Kategori	TDS (mmHg)		TDD (mmHg)
TD Klinik	≥140	dan/atau	≥90
<b>ABPM</b>			
Rerata pagi-siang hari (atau bangun)	≥135	dan/atau	≥85
Rerata malam hari (atau tidur)	≥120	dan/atau	≥70
Rerata 24 jam	≥130	dan/atau	≥80
Rerata HBPM	≥135	dan/atau	≥85

## 2.5 Tata Laksana Hipertensi

Gaya hidup sehat dapat menurunkan risiko penyakit kardiovaskular (CVD), dan timbulnya hipertensi dapat dicegah atau ditunda. Gaya hidup sehat juga dapat mencegah dan menghilangkan kebutuhan akan terapi obat pada pasien hipertensi stadium 1, meskipun mereka yang memiliki HMOD atau risiko kardiovaskular tinggi tidak boleh menunda pengobatan. Gaya hidup sehat telah terbukti membantu menurunkan tekanan darah tinggi, termasuk diet rendah alkohol dan garam, dengan asupan buah dan sayuran yang lebih tinggi, penurunan berat badan dan mempertahankannya pada berat badan ideal (BMI 18,5–22,9 kg/m<sup>2</sup>), aktivitas fisik ringan hingga sedang secara teratur (misalnya, menyapu lantai, mencuci mobil, atau mengepel setidaknya 30 menit per hari), dan berhenti merokok. (Kementerian Kesehatan, 2021).

### 2.5.1 Pembatasan Konsumsi Natrium

Natrium merupakan bagian utama dari senyawa yang kita kenal sebagai garam dapur (NaCl). (MSG), makanan yang diawetkan (seperti makanan kaleng) dan daging olahan memang mengandung natrium (Na). Terdapat hubungan antara asupan natrium dalam garam NaCl dan hipertensi. Penguat rasa, seperti MSG, dinatrium inosinat, dan guanylat memiliki kandungan natrium yang lebih rendah dibandingkan dengan NaCl. Asupan maksimum Na yang direkomendasikan tidak lebih dari 2 g/hari (sekitar 5-6 g sebagai NaCl atau sekitar 1 sendok teh penuh +/- atau sama dengan glutamin dalam MSG). 1.500 mg/hari garam dapat menurunkan tekanan darah. Jika ini belum terpenuhi, penurunan 1.000 mg/hari dari asupan harian biasa juga telah terbukti menurunkan tekanan darah. Belum ada dosis toksik MSG yang pasti yang dilaporkan sebagai aditif makanan, sementara batas atas yang menyebabkan hipertoksisitas adalah dengan memberikan rekomendasi maksimum dari asam L-glutamat yang diproduksi secara alami dalam tomat dan metabolit keju Parmesan (antara 0,1% hingga 0,8% dari berat badan). MSG mengandung 12,28 g/100 g natrium, dengan kandungan NaCl (39,34 g/100 g). Penggantian ½ sdm NaCl (2,5 g) dengan ½ sdm MSG (2,0 g) dapat mengurangi tingkat asupan natrium sebesar 37%. Hiponatremia. Pembatasan asupan natrium akan disesuaikan dengan kondisi klinis pasien (hiponatremia).

### 2.5.2 Perubahan Pola Makan

Pasien disarankan untuk mengikuti diet seimbang yang terdiri dari sayuran, kacang-kacangan (berbagai jenis), buah segar, produk susu rendah lemak, biji-bijian utuh (gandum utuh), beras merah (yang sangat halus), ikan laut, dan asam lemak tak jenuh (minyak zaitun, tetapi terutama omega-3 dalam bentuk minyak ikan); batasi asupan daging merah dan asam lemak jenuh. Terdapat berbagai model diet yang diusulkan selain Diet DASH "*Dietary Approaches To Stop Hypertension*, Perubahan Gaya Hidup Terapeutik (*Therapeutic Lifestyle Changes/TLC*), dan Diet Mediterania. Diet DASH dan Asupan Natrium Pola diet untuk pasien hipertensi adalah diet DASH. Diet DASH adalah pola diet yang kaya akan sayuran, buah-buahan, produk susu rendah lemak/bebas lemak (susu bebas lemak), unggas, ikan, semua jenis kacang-kacangan – tetapi terutama biji-bijian – dan minyak nabati non-tropis (minyak wijen atau minyak bekatul) dan tinggi kalium, magnesium, kalsium, protein, dan serat. Diet ini rendah gula, gula tambahan atau minuman manis, natrium, dan daging merah serta lemak jenuh, lemak total, dan kolesterol. Lihat ringkasan konseling diet menurut DASH dan rencana makan.

**Tabel 2. 6 Komposisi nutrisi berdasarkan rekomendasi DASH**

Nutrien	DASH
Karbohidrat (%)	55
Lemak (%)	27
Protein (%)	18
Lemak Jenuh (%)	6
Kolesterol (%)	150
Serat (%)	30
Natrium (%)	<2300
Kalium (%)	4700
Kalsium (%)	1250
Magnesium (%)	500

\*Natrium 1500 mg diketahui dapat menurunkan tekanan darah lebih baik pada pasien dengan tekanan darah tinggi, Afro Amerika, usia paruh baya, dan lanjut usia.

**Tabel 2. 7 Contoh Perencanaan Makanan DASH untuk Kebutuhan 2000 Kalori**

Kelompok Makanan	Jumlah Porsi Per Hari	Ukuran 1 (Satu) Porsi
Beras, gandum atau produknya	6-7	½ cangkir nasi matang
Buah	4-5	1 buah ukuran sedang, 1 gelas jus buah, ½ mangkuk kecil buah beku
Sayur	4-5	½ cangkir sayuran matang
Makanan rendah lemak	2-3	1 cangkir susu
Daging tanpa lemak, ikan, unggas	≤6	1 telur, 1 potong daging kecil
Kacang-kacang, biji-biji, kacang polong	4-5 per minggu	1/3 cangkir kacang tanah
Lemak dan minyak	Terbatas, 2-3	1 sdt margarin lembut
Gula dan permen	≤5 per minggu	1 sdt gula, 1 sendok teh selai

### 2.5.3 Kebiasaan

Penurunan Berat Badan dan Berat Badan Ideal: Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, angka kejadian obesitas pada orang dewasa di Indonesia meningkat dari 14,8% pada tahun 2013 menjadi 21,8% pada tahun 2018. Dengan target berat badan optimal (BMI 18,5–22,9 kg/m<sup>2</sup>) dan lingkar pinggang kurang dari 90 cm untuk pria dan kurang dari 80 cm untuk wanita, manajemen berat badan bertujuan untuk mencegah obesitas (BMI >25 kg/m<sup>2</sup>). Berat badan (kg) dibagi dengan kuadrat tinggi

badan (meter<sup>2</sup>) menghasilkan BMI. Lampiran berisi protokol untuk menghitung lingkaran pinggang (Kementerian Kesehatan, 2021).

#### **2.5.4 Berhenti Merokok**

Setiap kunjungan pasien harus mencakup pertanyaan tentang status merokok karena merupakan faktor risiko vaskular. Selain itu, pasien hipertensi yang merokok harus didorong untuk berhenti.

#### **2.5.5 Latihan Fisik dan Olahraga Teratur**

Latihan sistematis untuk hipertensi dengan dosis yang ditentukan (frekuensi, intensitas, durasi, dan jenis latihan) dapat menurunkan tekanan darah (sistolik dan diastolik masing-masing sebesar 5-7 mmHg), alasannya karena penurunan penebalan dinding pembuluh darah, penurunan massa ventrikel kiri jantung, sehingga menurunkan perlindungan pembuluh darah perifer. Sebuah meta-analisis melaporkan bahwa latihan aerobik sedang secara teratur dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 8,3 mmHg dan diastolik 5,2 mmHg. Dalam Pedoman Praktik Hipertensi Global 2020 dari International Society of Hypertension, aktivitas fisik merupakan elemen dalam pengelolaan hipertensi pada bagian modifikasi gaya hidup; karena modifikasi gaya hidup dianggap sebagai terapi antihipertensi lini pertama dan dapat meningkatkan respons terhadap obat-obatan. Aktivitas fisik yang berkelanjutan bermanfaat bahkan pada individu prahipertensi (normal tinggi) dan hipertensi stadium 1.

Aktivitas fisik teratur dan olahraga inti seperti latihan aerobik, latihan beban, dan latihan fleksibilitas dapat menurunkan tekanan darah dan bermanfaat untuk pencegahan dan pengobatan hipertensi, pengurangan risiko kardiovaskular, dan mortalitas. Latihan fisik yang tepat dimulai dengan pemanasan dan diakhiri dengan pendinginan selama 5-10 menit. Latihan harus ditentukan berdasarkan frekuensi, intensitas, waktu

(durasi), dan jenis latihan (FITT). Program latihan aerobik yang memadai untuk pasien hipertensi adalah 5-7 kali per minggu, intensitas sedang (40-59% cadangan denyut jantung\*), dan durasi 30-60 menit.

Jenis latihan aerobik spesifik didasarkan pada tingkat kebugaran, faktor risiko kardiorespirasi, komorbiditas, dan kapasitas fungsional. Pasien hipertensi yang kelebihan berat badan atau obesitas lebih cocok untuk latihan aerobik tanpa beban, seperti berenang.

Latihan beban bukanlah latihan tunggal, tetapi merupakan cara terbaik untuk melengkapi latihan aerobik. Latihan beban untuk hipertensi harus dilakukan dengan intensitas sedang dan repetisi yang lebih tinggi. Frekuensi latihan 2-3 sesi seminggu, intensitas 60/70% Repetisi Maksimum (RM) pada pasien lanjut usia dan subjek yang belum pernah berolahraga antara 40 hingga 50% dari satu repetisi maksimum (1 RM)\*\*; jumlah gerakan per sesi bisa antara 8 dan 10 (8-12 repetisi per gerakan), melatih kelompok otot besar, jumlah set - tergantung pada protokol spesifik yang digunakan - ini bisa mencapai 2 hingga 4 set.

Latihan fleksibilitas disarankan sebagai tambahan program latihan fisik, dengan frekuensi  $\geq 2-3$  kali per minggu. Intensitas peregangan dihentikan saat terasa sedikit tidak nyaman dan dipertahankan selama

10-30 detik dengan 2-4 pengulangan per peregangan. Perhatian khusus:

- a. Penilaian faktor risiko sebelum berolahraga pada pasien hipertensi.
- b. Pasien dengan risiko rendah dapat berlatih dengan cara ini tanpa pengawasan medis. Kelompok risiko rendah didefinisikan sebagai tekanan darah normal tinggi (SBP: 130-139 mmHg, DBP: 85-89 mmHg) dengan >3 faktor risiko atau hipertensi stadium 1 (SBP: 140-159 mmHg dan/atau DBP: 90-99 mmHg) tanpa faktor risiko (lihat Tabel 5).

- c. Pasien dengan risiko menengah dapat mengikuti program latihan yang diawasi oleh dokter. Risiko sedang: Hipertensi Grade 1 (Tekanan Darah: 140-159, Tekanan Darah Diastolik: 90-99) dengan satu hingga dua faktor risiko atau Hipertensi Grade 2 tanpa faktor risiko (Tekanan Darah: 160-179, Tekanan Darah Diastolik: 100-109, lihat Tabel 2.2).
- d. Kategori ini mewakili kelompok risiko menengah, di mana pasien harus berolahraga secara mandiri tanpa pengawasan dokter. Setelah tekanan darah mencapai lebih dari 200/105 mmHg saat berolahraga, olahraga harus dihentikan dan konsultasikan dengan spesialis.
- e. Jangan melakukan manuver Valsalva saat latihan beban, karena dapat meningkatkan tekanan darah.
- f. Pelajari dampak obat antihipertensi pada denyut jantung istirahat, peningkatan suhu tubuh, dan hipotensi pasca olahraga.

Keterangan:

\*Heart rate reserve (HRR) adalah

*Heart rate maximal (HR<sub>max</sub>) – Heart rate rest (HR<sub>rest</sub>)*

*Target heart rate: ((HR<sub>max</sub> – HR<sub>rest</sub>) x % intensity)*

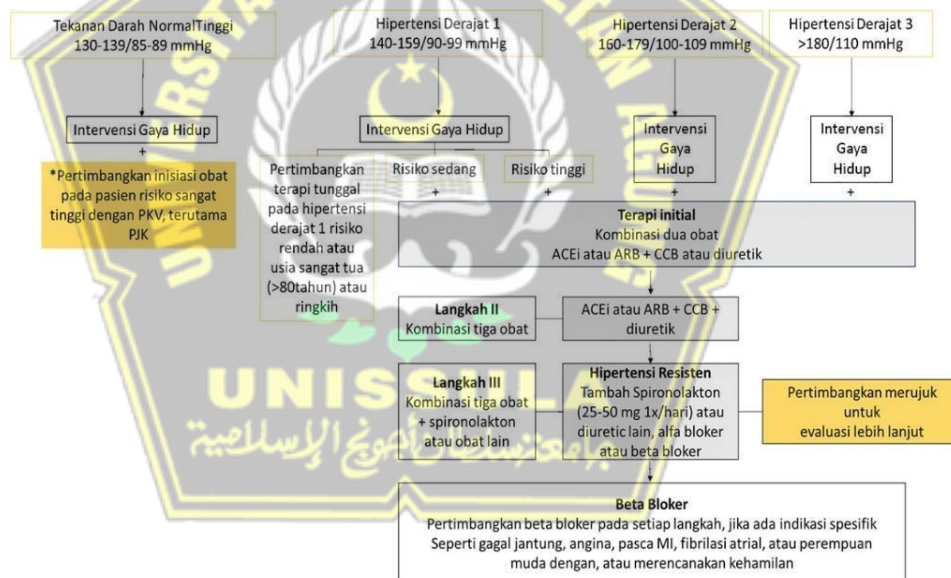
+HRR\*\*1-*Repetition Maximum (RM)*: Beban maksimal yang dapat diangkat dalam satu repetisi.

40–50% dari 1-RM adalah intensitas 1-RM ringan. 60-70% dari 1-RM adalah intensitas sedang. Sebelum memulai latihan aerobik, pasien harus menjalani tes latihan untuk mengumpulkan data tentang kapasitas fungsional, prognosis, dan diagnosis mereka. Pengukuran kemampuan fungsional, penilaian risiko, resep latihan, dan pemberian program

latihan yang komprehensif semuanya dapat memperoleh manfaat dari data yang dikumpulkan selama tes latihan. Untuk menjaga tekanan darah sistolik dan diastolik tetap konstan, penderita hipertensi harus mendapatkan perawatan ekstra selama latihan (Kementerian Kesehatan, 2021).

### 2.5.6 Penentuan Batas Tekanan Darah untuk Inisiasi Obat

Penurunan tekanan darah yang efektif dan efisien adalah tujuan perawatan medis bagi penderita hipertensi. Namun, pengelolaan hipertensi tidak selalu dimulai dengan pemberian obat antihipertensi. Setiap empat hingga enam minggu, pengobatan dan perubahan gaya hidup dievaluasi.



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

**Tabel 2. 8 Ambang Batas TD untuk Inisiasi Obat**

Kelompok Usia	Ambang Batas di Klinik untuk Inisiasi Obat (mmHg)					TDD di Klinik (mmHg)
	Hipertensi	+Diabetes	+PGK	+PJK	+stroke/TIA	
18-65 tahun	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
65-79 tahun	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
≥80 tahun	≥160	≥160	≥160	≥160	≥160	≥90
TDD di klinik (mmHg)	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90	

## 2.6 Obat-Obat untuk Tata Laksana Hipertensi

### 2.6.1 Pemilihan Obat Hipertensi

Menurut pedoman terbaru untuk penanganan hipertensi, sebagian besar pasien harus mengonsumsi kombinasi obat untuk mencapai tekanan darah yang diinginkan. Untuk meningkatkan kepatuhan, hal ini sebaiknya dilakukan sesering mungkin menggunakan kombinasi pil tunggal (SPC). Lima jenis utama obat antihipertensi yang sering diresepkan meliputi beta-blocker, penghambat ACE, ARB, CCB, dan diuretik.

**Tabel 2. 9 Obat Anti Hipertensi Oral**

Kelas	Obat	Dosis (mg/hari)	Frekuensi	Waktu Pemberian Obat
<b>Obat-obat Lini Utama</b>				
<b>Tiazid atau diuretik tipe tiazid</b>	Hidroklorothiazid	25 - 50	1	Pagi hari
	Indapamide	1,25 – 2,5	1	Pagi hari
<b>Penghambat ACE</b>	Captopril	1,25 - 150	2 atau 3	Malam hari
	Enalapril	5 - 40	1 atau 2	Malam hari
	Lisinopril	10 - 40	1	Malam hari
	Perindopril	4 - 16	1	Malam hari

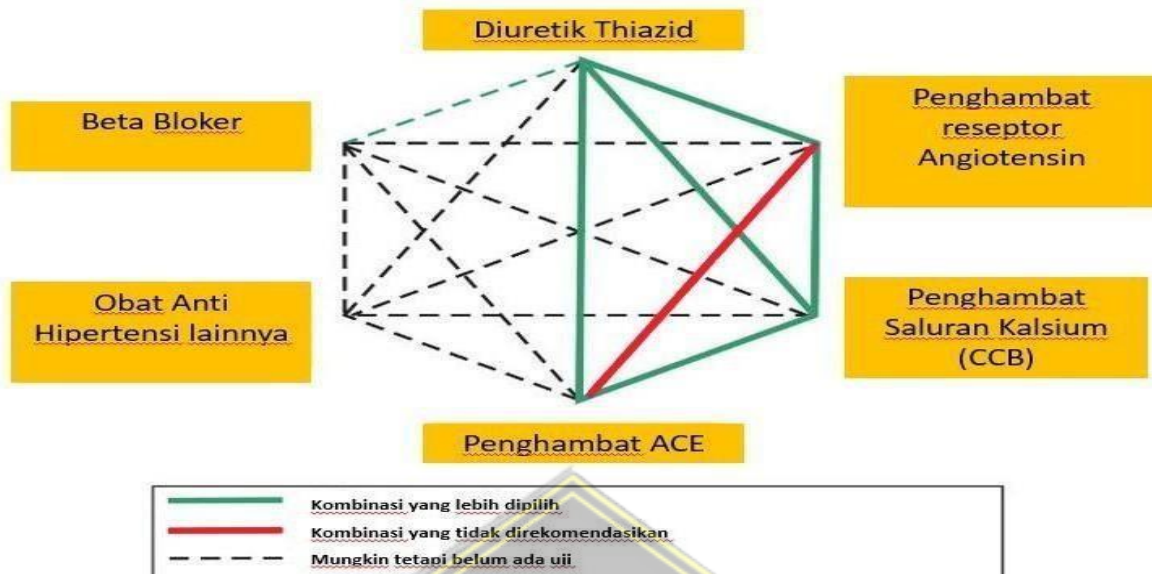
Kelas	Obat	Dosis (mg/hari)	Frekuensi	Waktu Pemberian Obat
	Ramipril	2,5 - 10	1 atau 2	Malam hari
	Imidapril	5-10	1	Malam hari
ARB	Candesartan	8 - 32	1	Malamhari
	(Eprosartan)	600 - 800	1 atau 2	Tidak ada data
	Irbesartan	150 - 300	1	Malam hari
	Losartan	50 - 100	1 atau 2	Malam hari
	Olmesartan	20 - 40	1	Malam hari
	Telmisartan	80 - 320	1	Malam hari
	Valsartan	80 - 320	1	Malam hari
CCB- dihidropiridine	Amlodipine	2,5 - 10	1	Pagi hari
	(Felodipin)	5 - 10	1	Tidak ada data
	Nifedipine	60 - 120	1	Malam hari
	Lecarnidipine	10-20	1	Pagi hari
CCB - non dihidropiridine	Diltiazem SR	180 - 360	1	Malam hari
	Diltiazem CD	100 - 200	1	Malam hari
	Verapamil SR	120 - 480	1	Malam hari
<b>Obat-obat Lini Kedua</b>				
Diuretik loop	Furosemid	20 - 80	2	Pagi hari
	(Torsemid)	5 - 10	1	Pagi hari
Diuretik hemat kalium	(Amilorid)	5 - 10	1 atau 2	Tidak ada data
	(Triamferen)	50 - 100	1 atau 2	Tidak ada data
Diuretik antagonis aldosteron	(Eplerenon)	50 - 100	1 atau 2	Tidak ada data
	Spirolonakton	50 - 100	1	Pagi hari
Penyekat beta – kardioselektif	Atenolol	25 - 100	1 atau 2	Pagi atau malam hari tidak ada perbedaan signifikan
	Bisoprolol	2,5 - 10	1	Tidak ada data
	Metoprolol tartate	100 - 400	2	Pagi hari dengan makanan
Penyekat beta - kardioselektif dan vasodilator	Nebivolol	5 - 40	1	Pagi atau malam hari
Penyekat beta- non kardioselektif	Propranolol IR	160 - 480	2	Malam hari
	Propranolol LA	80 - 320	1	Malam hari
	Propranolol LA	80 - 320	1	Malam hari
Peyekat beta-kombinasi reseptor alpha-dan beta	Carvedilol	12.5-50	2	Pagi dan sore hari

Kelas	Obat	Dosis (mg/hari)	Frekuensi	Waktu Pemberian Obat
Penyekat alpha-1	Terazosin	2-20	2	Pagi dan malam hari
	Doxazosin	1-8	1	Pagi hari
Agonis alpha-2-sentral dan obat lainnya yang bekerja secara sentral	Clonidine	0.075 - 0.150	2	Pagi dan malam hari
	Metildopa	250-1000	2	Pagi dan sore hari
Vasodilator langsung	Hidralazine	100-200	2	Pagi dan malam hari

### 2.6.2 Strategi Kombinasi Obat Hipertensi

Memulai dan meningkatkan dosis obat penurun tekanan darah. Ada beberapa pendekatan untuk memulai dan meningkatkan dosis obat penurun tekanan darah. Pendekatan ini dapat dimulai dengan monoterapi sebagai langkah pertama, dilanjutkan dengan dosis yang lebih tinggi jika target tidak tercapai atau beralih ke monoterapi kedua. Namun, peningkatan dosis monoterapi hanya memberikan penurunan tekanan darah yang kecil dan memiliki efek samping. Selain itu, peralihan dari satu monoterapi ke monoterapi lain juga merepotkan dan dalam banyak kasus tidak efektif. Karena semua alasan ini, pedoman terbaru menekankan pendekatan bertahap, memulai pengobatan dengan monoterapi lain dan kemudian menambahkan satu atau lebih obat secara berurutan hingga kontrol tekanan darah tercapai. Rekomendasi menunjukkan target tekanan darah yang lebih ketat (nilai pengobatan  $\leq 130/80$  mmHg pada populasi umum dan  $\leq 140/90$  mmHg pada pasien hipertensi lanjut usia), sehingga mengakibatkan kesulitan yang lebih besar untuk mencapai kontrol tekanan darah yang memadai.

**Gambar 2. 3 Pilihan Kombinasi Obat Anti Hipertensi**



Kita perlu menyelidiki lebih lanjut beberapa kemungkinan penjelasan mengapa pendekatan pengobatan saat ini gagal menghasilkan kontrol tekanan darah yang lebih baik. Pertama, 5-10% pasien hipertensi resisten terhadap obat antihipertensi; kedua, pola perawatan atau dokter yang suboptimal menyebabkan kegagalan dalam kontrol tekanan darah; ketiga, tingkat kepatuhan pasien yang berbeda; keempat, kurangnya penggunaan terapi kombinasi: lebih banyak pasien menerima monoterapi; dan kelima, kompleksitas strategi pengobatan saat ini (secara bersama-sama memengaruhi kepatuhan pasien).

Dari pertimbangan ini, diusulkan bahwa strategi berbasis bukti yang paling efektif untuk meningkatkan kontrol tekanan darah adalah pertama, menggunakan terapi kombinasi, terutama ketika target tekanan darah yang lebih rendah dikejar; kedua, mengikuti algoritma pengobatan yang direkomendasikan menggunakan terapi SPC sebagai pengobatan awal pada semua pasien kecuali pasien dengan tekanan darah normal tinggi dan pasien lanjut usia yang lemah; dan ketiga, merekomendasikan

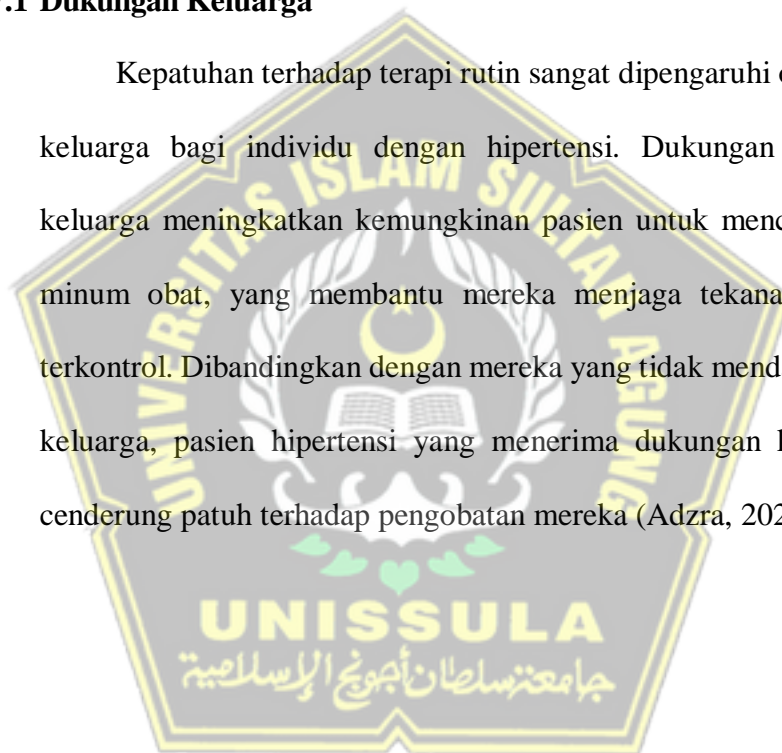
adopsi terapi SPC sebagai pilihan utama daripada kombinasi dosis tetap.

## **2.7 Kepatuhan Terhadap Pengobatan**

Tingkat kepatuhan pasien terhadap saran medis dari penyedia layanan kesehatan dikenal sebagai kepatuhan pengobatan. Menurut penelitian, 50% pasien diperkirakan tidak mengikuti pengobatan yang direkomendasikan untuk hipertensi, yang menunjukkan kepatuhan pengobatan yang sangat buruk (Saibi, Romadhon, dan Nasir, 2020).

### **2.7.1 Dukungan Keluarga**

Kepatuhan terhadap terapi rutin sangat dipengaruhi oleh dukungan keluarga bagi individu dengan hipertensi. Dukungan dari anggota keluarga meningkatkan kemungkinan pasien untuk mencari terapi dan minum obat, yang membantu mereka menjaga tekanan darah tetap terkontrol. Dibandingkan dengan mereka yang tidak mendapat dukungan keluarga, pasien hipertensi yang menerima dukungan keluarga lebih cenderung patuh terhadap pengobatan mereka (Adzra, 2022).



Untuk pengobatan hipertensi jangka panjang, dukungan keluarga sangat penting. Dapat dipahami bahwa pasien hipertensi termotivasi untuk mengikuti rejimen pengobatan mereka karena dukungan keluarga yang kuat meningkatkan motivasi dan harga diri. Selain itu, dukungan keluarga dapat membantu pasien hipertensi memilih obat yang tepat, dan keluarga dapat berperan penting dalam memfasilitasi akses ke manajemen perawatan kesehatan, yang akan meningkatkan pengelolaan hipertensi (Hariawan, Tatisina, 2020).

### **2.7.2 Pendidikan Terakhir**

Tingkat pendidikan seseorang sangat berkaitan dengan pengetahuan tentang suatu penyakit seperti hipertensi. Orang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi umumnya memiliki pemahaman yang lebih baik tentang hipertensi, dan pengetahuan tentang penyebabnya, potensi komplikasi, dan kebutuhan akan pengobatan berkelanjutan. Pengetahuan holistik ini berfungsi sebagai dasar untuk merasionalisasi keputusan tentang bagaimana mengelola kesehatan seseorang, termasuk kepatuhan terhadap terapi (N. Susanti, Siregar, dan Falefi, 2020).

Manfaat lain dari pendidikan, selain pengetahuan, adalah memberikan orang-orang alat untuk mereformasi perilaku mereka. Orang dengan pendidikan yang lebih tinggi biasanya sudah lebih terampil dalam mencari informasi, mengumpulkan sumber informasi, dan memprosesnya.

Hal ini memungkinkan mereka untuk menciptakan gaya hidup yang lebih mudah mendukung pengobatan, dengan mengubah pola makan, tetap aktif, dan mengelola stres. Artinya, pendidikan bukan hanya

untuk memberi informasi tetapi untuk menanamkan instrumen yang digunakan seseorang untuk melakukan tindakan praktis. Singkatnya, pendidikan yang lebih tinggi sangat berkaitan dengan pengendalian hipertensi yang lebih baik. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin banyak informasi yang diperolehnya mengenai kondisi kesehatannya, terutama mengenai saran dari tenaga kesehatan profesional dalam mengelola penyakit serta menjaga kesehatan sepanjang hidupnya (Sihaloho et al. 2023).

### **2.7.3 Pengetahuan Tentang Hipertensi**

Penginderaan adalah proses di mana individu mempelajari suatu objek menggunakan indra mereka (mata, hidung, pendengaran, dll.). Tingkat atau intensitas pengetahuan individu tentang suatu objek bervariasi. Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan secara luas dapat diklasifikasikan menjadi enam tingkatan: mengetahui, memahami, penerapan, analisis, sintesis, dan evaluasi. Penelitian Ekarini (2011) mengungkapkan hubungan antara pengetahuan dan tingkat kepatuhan pengobatan pada individu dengan hipertensi ( $p=0,002$ ). Kesadaran seseorang untuk mendapatkan perawatan dari layanan kesehatan meningkat seiring dengan tingkat pengetahuannya" (Syamsi dan Asmi 2019).

Memahami teknik pemeliharaan kesehatan berikut (Notoatmodjo, 2010:56):

- a. Memahami penyakit menular dan tidak menular, termasuk jenis, gejala, cara penularan, strategi pencegahan, dan pilihan penanganan atau pengobatan jangka pendek.
- b. Kesadaran akan isu-isu terkait kesehatan dan/atau yang memengaruhi kesehatan, seperti polusi udara, asupan makanan, fasilitas air bersih, pembuangan air limbah, pembuangan kotoran manusia, pembuangan sampah, dan perumahan yang sehat.
- c. Mengenal fasilitas perawatan kesehatan konvensional dan profesional.
- d. Memahami cara mencegah kecelakaan, termasuk yang terjadi di tempat umum, di rumah, dan di jalan raya.

Tingkat kepatuhan terhadap terapi sangat dipengaruhi oleh tingkat pemahaman individu tentang hipertensi. Orang yang berpengetahuan biasanya memiliki kesadaran yang mendalam tentang hipertensi, termasuk penyebabnya, kemungkinan efek samping, dan pentingnya pengobatan yang konsisten. Pengambilan keputusan yang logis tentang pengelolaan kesehatan mereka didasarkan pada pemahaman yang mendalam ini. Dengan kata lain, orang yang lebih terinformasi tentang hipertensi lebih cenderung memahami betapa pentingnya menjaga tekanan darah dalam kisaran normal dan mematuhi pedoman pengobatan (Syamsi dan Asmi 2019).

## **2.8 Ayat-Ayat Relevan**

Sesungguhnya Allah SWT tidak pernah memberikan cobaan yang melebihi kemampuan seseorang; sebaliknya, Dia selalu memberikan tugas

sesuai dengan kemampuan mereka. Sebagaimana disebutkan dalam firman-Nya di QS Asy-Syu'arā' (26):

بِئْسَ مَا يَشْكُرُ الْبَشَرُ إِذَا سَأَلَكَ عَمْرُؤًا نَصْرًا فَذَكَرَ الْإِنشَاءَ

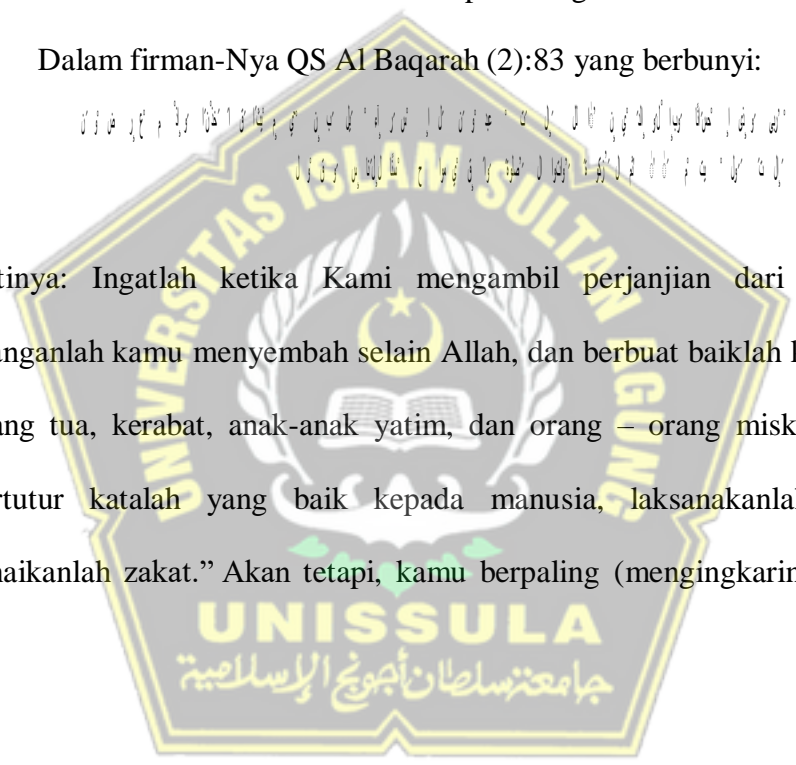
Artinya: "Apabila aku sakit, Dialah yang menyembuhkanku" (Kemenag RI, 2022).

Menurut ayat ini, Allah SWT dapat menyembuhkan penyakit apa pun yang diderita seseorang karena Dialah yang menyembuhkan manusia ketika mereka sakit. Tetapi agar Allah SWT dapat menyembuhkan penyakit tersebut, manusia harus terlebih dahulu mencari pertolongan medis.

Dalam firman-Nya QS Al Baqarah (2):83 yang berbunyi:

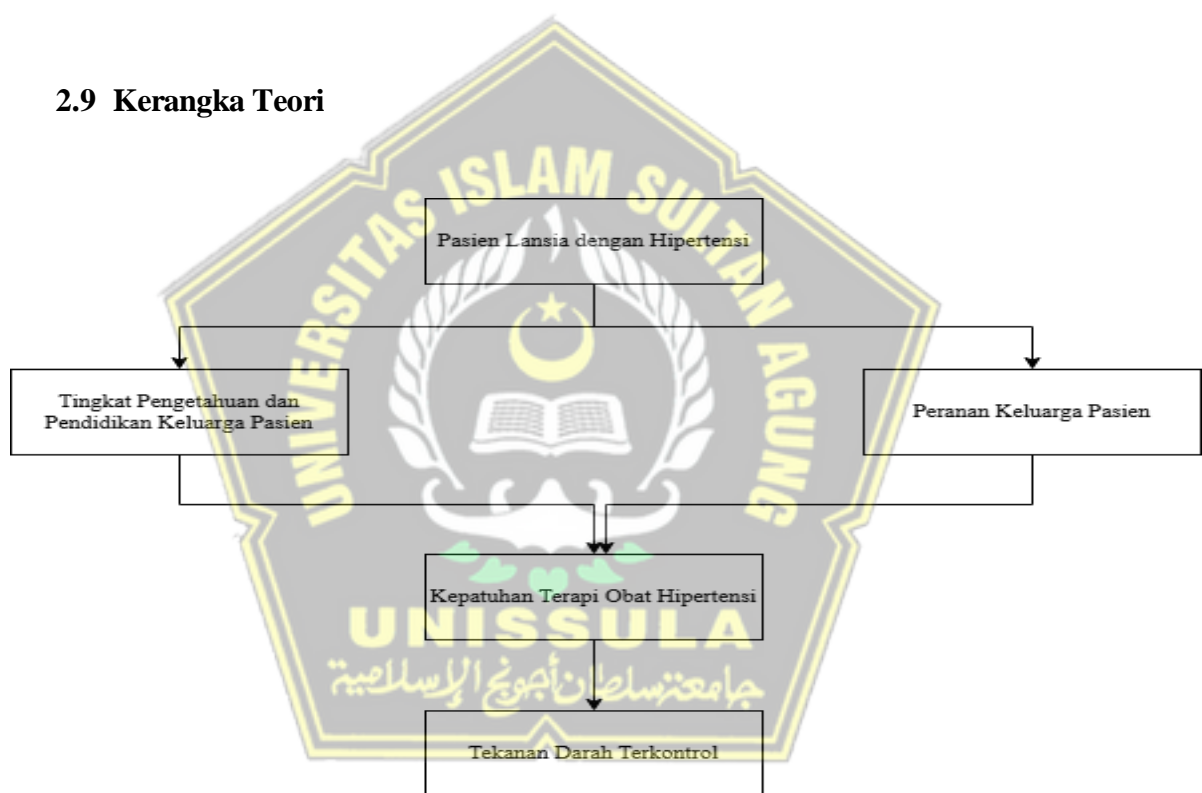
وَأَقِيمُوا الصَّلَاةَ وَآتُوا الزَّكَاةَ وَارْتَبِعُوا آيَاتِنَا لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ  
وَلَا تُؤْتُوا السُّفَهَاءَ أَمْوَالَكُمُ الْمِيرَاثَ لَعَلَّكُمْ أَصْحَابُ الْأَعْنَاقِ يَكُونُوا  
عَلَىٰ أَعْنَاقِكُمْ تَذَرُونَهَا أَصْحَابُ الْأَعْنَاقِ يَحْتَسِبُونَ وَقَدْ خَلَقْنَا  
الْإِنسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ ثُمَّ رَدَدْنَاهُ أَسْفَلَ سَافِلِينَ إِلَّا الصَّالِحِينَ

Artinya: Ingatlah ketika Kami mengambil perjanjian dari Bani Israil, “Janganlah kamu menyembah selain Allah, dan berbuat baiklah kepada kedua orang tua, kerabat, anak-anak yatim, dan orang – orang miskin.Selain itu, bertutur katalah yang baik kepada manusia, laksanakanlah salat dan tunaikanlah zakat.” Akan tetapi, kamu berpaling (mengingkarinya), kecuali



sebagian kecil darimu, dan kamu (masih menjadi) pembangkang (kemenag RI, 2022). Ayat ini menjelaskan bahwa Allah SWT mewajibkan hambaNya untuk berbuat baik kepada orang tua dan kerabat. Ayat ini menjadi dasar bagi keluarga untuk ikut serta memberi perhatian, pendampingan dan kasih sayang kepada orang tua dan kerabat dalam kondisi apapun khususnya dalam kondisi sakit dan memerlukan perawatan.

## 2.9 Kerangka Teori

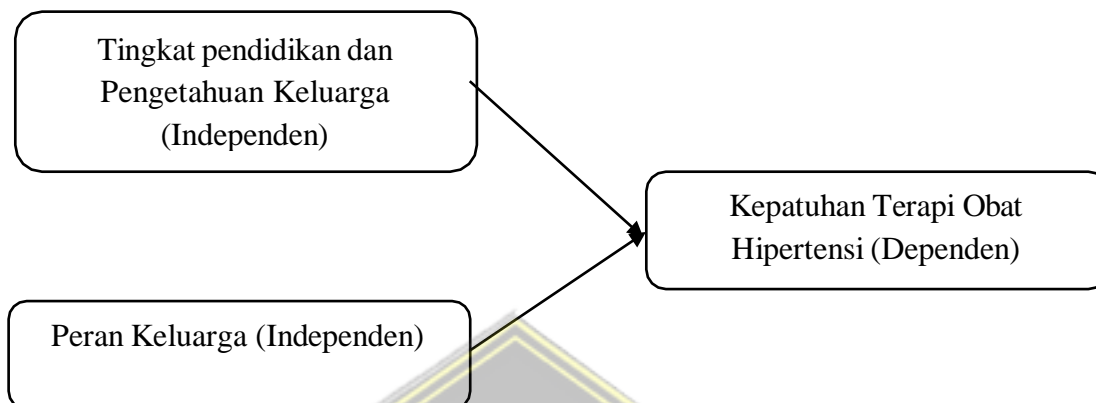


Gambar 2. 4 Kerangka Teori

## 2.10 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini menggambarkan hubungan antara variabel independen dan dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang Hipertensi dan peran

keluarga, sedangkan variabel dependen adalah Kepatuhan terapi obat Hipertensi.



**Gambar 2. 5 Kerangka Konsep**

### 2.11 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian adalah respons sementara terhadap topik penelitian atau dugaan tentatif. Hipotesis ini didasarkan pada teori, hasil penelitian sebelumnya, atau pengamatan awal. Hipotesis akan dievaluasi keakuratannya melalui pengumpulan dan analisis data serta berfungsi sebagai panduan untuk penelitian.

Ha : "Ada hubungan yang signifikan tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan terapi obat hipertensi di Puskesmas Pringkuku Kabupaten Pacitan Jawa Timur"

Ho : "Tidak ada hubungan tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan terapi obat hipertensi di Puskesmas Pringkuku Kabupaten Pacitan Jawa Timur"

Ha : "Ada hubungan yang signifikan peran keluarga dengan kepatuhan terapi obat hipertensi di puskesmas Pringkuku Kabupaten Pacitan Jawa Timur"

Ho : "Tidak ada hubungan peran keluarga dengan kepatuhan terapi obat hipertensi di puskesmas Pringkuku Kabupaten Pacitan Jawa Timur"



## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian**

Penelitian ini adalah penelitian observasional analitik. Rancangan penelitian bersifat *cross sectional* dan pengambilan data secara *Kualitatif*. Pengukuran kepatuhan menggunakan hasil kuesioner kepada penderita hipertensi lanjut usia yang bertempat di wilayah kerja Puskesmas Pringkuku.

### **3.2 Variabel dan Definisi Operasional**

#### **3.2.1 Variabel**

##### **3.2.1.1 Variabel Bebas**

Tingkat pendidikan dan kesadaran mengenai hipertensi serta keterlibatan keluarga selama terapi merupakan variabel independen yang dibahas.

##### **3.2.1.2 Variabel Terikat**

Kepatuhan pengobatan, yang diukur menggunakan metode *Modified Monisky Adherence* dengan delapan item pertanyaan, adalah variabel yang disebutkan. Evaluasi akhir dibagi menjadi dua kategori: tidak patuh (skor  $<6$ ) dan patuh (skor  $\geq 6$ ).

### 3.2.2 Definisi Operasional

**Tabel 3. 1 Definisi Operasional**

Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Pengetahuan Tentang Hipertensi	Segala sesuatu yang diketahui responden tentang penyakit Hipertensi, agar Responden lebih memahami penyakit Hipertensi	Kuesioner	Ordinal	1. Kurang 2. Cukup 3. Baik
Peranan Keluarga	Peran keluarga dalam bentuk dukungan emosional, penghargaan, instrumental dan informasi agar responden patuh dalam terapi obat hipertensi	Kuesioner	Ordinal	1. Kurang 2. Cukup 3. Baik

Kepatuhan Terapi Hipertensi	Ketaatan responden dalam melakukan pengobatan hipertensi sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh dokter	Kuesioner	Ordinal	1. Patuh 2. Tidak patuh
-----------------------------	---	-----------	---------	----------------------------

### 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi

Menurut Notoatmodjo (2020), suatu populasi terdiri dari semua item atau orang yang memiliki kualitas yang diteliti. Partisipan di Prolanis yang telah didiagnosis menderita hipertensi di Puskesmas Pringkuku merupakan populasi penelitian ini.

#### 3.3.2 Sampel Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2020), sampel adalah subset dari item penelitian yang dianggap mewakili populasi total. Pengambilan sampel bertujuan digunakan untuk memilih hanya individu Prolanis dengan diagnosis hipertensi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi untuk penelitian ini.

Berikut adalah kriteria responden dalam penelitian ini.

a. Kriteria Inklusi

1. Terdaftar sebagai peserta Prolanis
2. Usia lebih dari 60 tahun
3. Mempunyai diagnosis Hipertensi Essensial lebih dari 3 bulan

b. Kriteria Eksklusi

1. Responden tidak hadir saat pengambilan data
2. Pasien memiliki penyakit penyerta berat
3. tidak bersedia menjadi responden

### 3.4 Instrumen dan Bahan Penelitian

Kuesioner yang dirancang untuk pasien berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi digunakan sebagai instrumen penelitian. Menurut Ismail dan AlBahri (2019), kuesioner adalah serangkaian pertanyaan tertulis yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi dari responden tentang kepribadian atau pengetahuan mereka. Tujuan kuesioner ini adalah untuk mengumpulkan data tentang variabel yang terkait dengan kehadiran pasien hipertensi pada sesi pengobatan. Survei ini diambil dari penelitian Indah Lestari yang berjudul “Faktor- faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Kontrol Hipertensi di Puskesmas Padangmatinggi tahun 2024” dan kuesioner telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas untuk mengetahui apakah kuesioner “*valid*” dan “*reliable*” (Notoatmodjo, 2010:88). Bahan penelitian menggunakan data hasil kuesioner yang diolah dan dilakukan analisa data

Dengan menggunakan Software Statistical Product and Service Solution (SPSS)

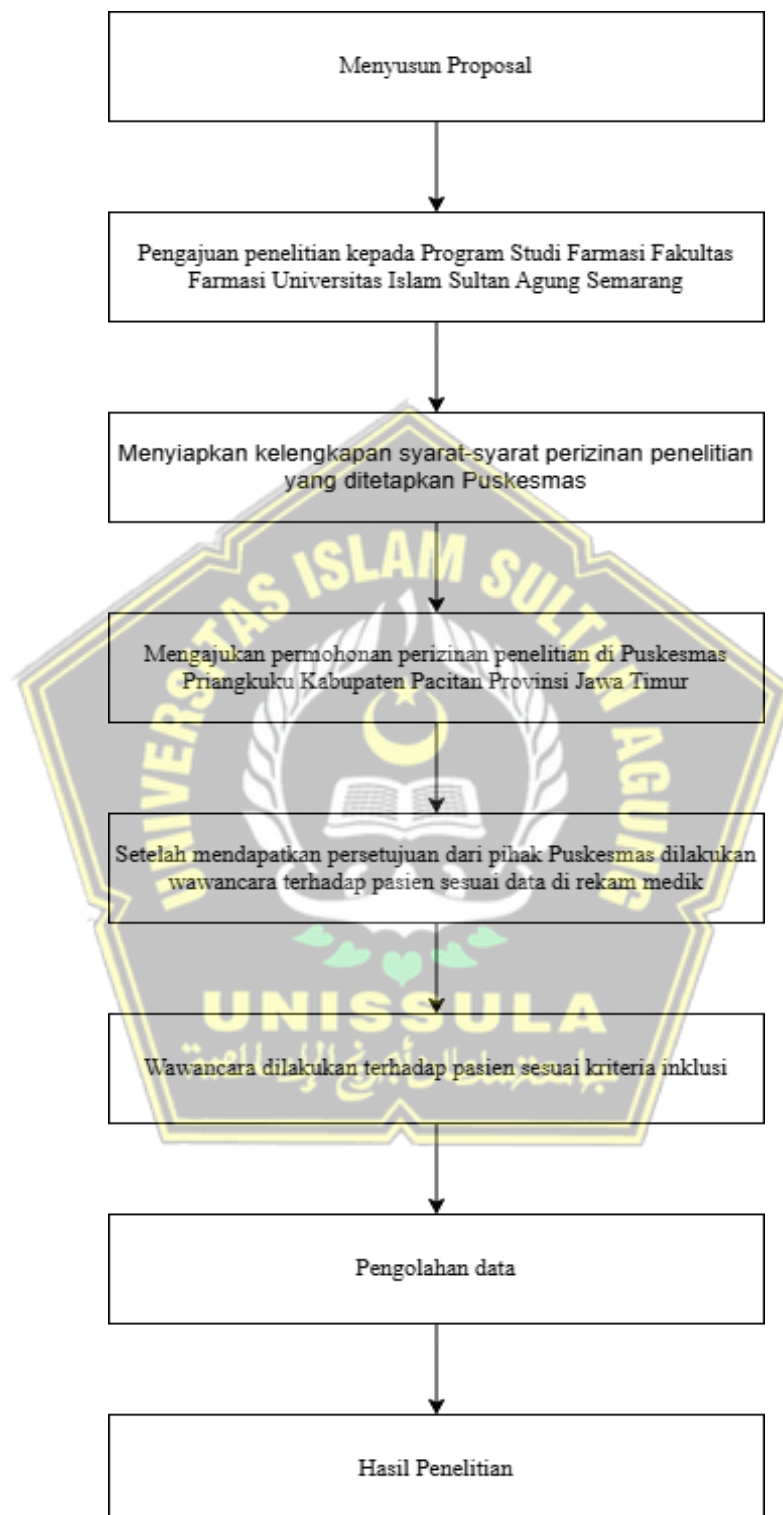
a. Uji Validitas

Validitas adalah ukuran yang menunjukkan bahwa instrumen pengukuran mengukur apa yang seharusnya diukur. Pengujian validitas instrumen dalam penelitian ini menggunakan program komputer dengan uji *Pearson Product moment*, dengan hasil akhir ( $r$  hitung) dibandingkan dengan  $r$  tabel yang dapat dilihat pada nilai tabel *rproduct moment*. Instrumen yang dapat dilupakan adalah instrumen di mana  $r$  tabel  $<$   $r$  yang diperoleh dari pengujian (hasil uji  $r$ ) dan ini mungkin hanya terjadi karena  $T$  tabel diperoleh dengan menggunakan Pearson Product Moment untuk 5%. Uji validitas konvergen dilakukan pada bulan September 2015 dengan 30 pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Sekaran karena mereka memiliki karakteristik yang hampir sama dengan pasien hipertensi di Puskesmas Padangmatinggi.

b. Uji Reliabilitas

Tingkat keandalan atau kepercayaan suatu alat ukur untuk penggunaan yang sering ditunjukkan oleh indeks keandalannya. Keandalan instrumen dinilai dengan membuat tabel hasil pengujian, menganalisis data untuk memastikan varians setiap item, dan kemudian menjumlahkan semua varians tersebut (Notoatmodjo, 2010: 168). Jika nilai  $r$  yang diperoleh  $>$   $r_a$  (0,6), dengan nilai  $r_a$  0,6, suatu instrumen dianggap dapat diandalkan dan dapat digunakan sebagai alat pengumpulan data.

### 3.5 Cara Penelitian



### 3.6 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pringkuku Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur. Adapun tabel berikut adalah waktu dalam penelitian ini.

**Tabel 3. 2 Waktu Penelitian**

No	Jenis Kegiatan	Bulan					
		AGT 2025	SEPT- OKT 2025	NOV 2025	DES 2025	JAN 2026	FEB 2026
1	Pengajuan Judul	X					
2	Pembuatan Proposal		X				
3	Sidang Proposal			X			
4	Pengajuan Surat Izin ke Prodi			X			
5	Pengambilan Data				X		
6	Penyusunan					X	
7	Sidang Hasil						X

### 3.7 Analisis Hasil

Perangkat lunak Statistical Product and Service Solution (SPSS) digunakan untuk memproses data wawancara berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusif. Dalam penelitian ini, dua variabel yang diduga saling berhubungan dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan uji statistik chi-square dengan tingkat signifikansi 95% jika kondisi tertentu terpenuhi, khususnya ketika nilai yang diharapkan dihitung kurang dari 5 atau tidak lebih dari 20%. Uji lain, yaitu Uji Fisher, digunakan jika persyaratan tersebut tidak terpenuhi.

Analisis Univariat Puskesmas Pringkuku menggunakan tabel distribusi frekuensi untuk menentukan variabel independen, yaitu hipertensi dan peran keluarga dalam kaitannya dengan kepatuhan terhadap terapi pengobatan hipertensi. Dengan menggunakan uji chi-square dengan signifikansi ( $\alpha$ ) = 0,1 dan kriteria berikut, analisis bivariat dilakukan untuk menentukan apakah variabel independen dan variabel dependen dalam kepatuhan terhadap terapi pengobatan hipertensi di Puskesmas Pringkuku saling berhubungan:

Ho : Terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

Ha : Tidak terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil Penelitian

##### 4.1.1 Analisa Univariat

##### 4.1.1.1 Karakteristik Responden

**Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di Puskesmas Pringkuku**

Variabel Penelitian	jumlah	(%)
Laki laki	19	30.6
Perempuan	43	69.4
Jumlah	62	
Kelompok Umur		
60 - 69	25	40.3
70- 79	31	50
80 - 89	5	8.1
90-91	1	1.6
jumlah	62	
Tingkat Pendidikan		
SD	22	35.5
SMP	3	4.8
SMA	17	27.4
Pendidikan Tinggi	14	22.6
Tidak sekolah	6	9.7
jumlah	62	
Pekerjaan		
Pensiunan	14	22.6
Petani	17	27.4
Lain lain	18	29
Tidak bekerja	13	21
jumlah	62	

Dari 62 responden yang disurvei, proporsi responden perempuan adalah yang terbesar yaitu 69,4%, sedangkan proporsi responden laki-laki adalah yang terendah yaitu 30,6%, seperti yang ditunjukkan pada Tabel 4.1. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah responden perempuan lebih banyak daripada responden laki-

laki. Berdasarkan kelompok umur tertinggi kelompok umur 70 – 79 sejumlah 50 %, terendah kelompok umur 90 – 99 sejumlah 1.6 %. Hal ini menunjukkan proporsi kelompok umur 70 – 79 mendominasi usia responden. Tingkat pendidikan responden tertinggi pada kelompok SD sejumlah 35.5%, terendah SMP sejumlah 4.8% Hal ini menunjukkan proporsi kelompok SD mendominasi pendidikan responden. Pada jenis pekerjaan tertinggi kelompok lain lain "pedagang, serabutan sejumlah 29 % , terendah kelompok tidak bekerja sejumlah 21%. Hal ini menunjukkan proporsi kelompok pekerjaan lain lain mendominasi jenis pekerjaan responden.

#### 4.1.1.2 Pengetahuan Tentang Hipertensi Keluarga Pasien

**Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Hipertensi keluarga pasien di Puskesmas Pringkuku**

Pengetahuan tentang Hipertensi	jumlah	(%)
baik	48	77.4
cukup	14	22.6
kurang	0	0
<b>Jumlah</b>	<b>62</b>	

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 62 keluarga pasien yang diteliti berdasarkan pengetahuan Hipertensi tertinggi pada pengetahuan baik sejumlah 77.4 %, terendah pada pengetahuan cukup sejumlah 22.6 %. Hal ini menunjukkan proporsi tingkat pengetahuan baik lebih besar dibandingkan tingkat pengetahuan cukup pada keluarga pasien.

**Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Jawaban Pengetahuan Keluarga Pasien tentang Hipertensi**

no	pertanyaan	jawaban				Total	
		benar		salah		n	%
		n	%	n	%		
1	Hipertensi merupakan suatu penyakit dimana tekanan darah mencapai $\geq 140/90$ mmHg (Hasil Tensi)	62	100	0	0	62	100
2	Hipertensi merupakan penyakit keturunan (Genetik)	32	51.6	30	48.4	62	100
3	Gejala hipertensi terlihat dari penampilan fisik	48	77.4	14	22.6	62	100
4	Penyakit hipertensi selalu disertai keluhan dan gejala seperti sakit kepala, jantung berdebar-debar, penglihatan kabur dan mudah lelah	53	85.5	9	14.5	62	100
5	Faktor pencetus hipertensi yang tidak dapat dicegah atau tidak dapat diubah adalah kebiasaan merokok	29	46.8	33	53.2	62	100
6	Hipertensi mempengaruhi fungsi jantung dan ginjal	55	88.7	7	11.3	62	100
7	Hipertensi hanya bisa diobati dengan obat-obatan dari dokter	33	53.2	29	46.8	62	100
8	Obat anti hipertensi diminum terus menerus dalam jangka waktu panjang	52	83.9	10	16.1	62	100
9	Penderita hipertensi tidak diharuskan	50	80.6	12	19.4	62	100

	mengontrol tekanan darah setiap bulan						
10	Aktifitas fisik seperti senam aerobik dan jalan cepat secara rutin dapat menurunkan tekanan darah.	27	43.5	35	56.5	62	100

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 62 keluarga pasien yang diteliti berdasarkan jawaban tentang pengetahuan hipertensi keluarga pasien adalah paling tinggi jawaban benar pada pernyataan Hipertensi merupakan suatu penyakit dimana tekanan darah mencapai  $\geq 140/90$  mmHg ( 100%) Jawaban benar paling rendah adalah pada pernyataan aktifitas fisik seperti senam aerobik dan jalan cepat secara rutin dapat menurunkan tekanan darah. (43.5 %)

#### 4.1.2.3 Tingkat Pendidikan

**Tabel 4.4 Latar Belakang Pendidikan Keluarga Pasien**

Tingkat Pendidikan	jumlah	(%)
SD	6	9.7
SMP	5	8.1
SMA	38	61.3
S1	13	21
<b>Jumlah</b>	<b>62</b>	

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa dari 62 keluarga pasien yang diteliti berdasarkan latar belakang pendidikan terbanyak tingkat SMA sejumlah 61.3 %,terendah tingkat SMP sejumlah 8.1 %.Hal ini menunjukkan proporsi tingkat pendidikan SMA mendominasi latar belakang pendidikan keluarga pasien

#### 4.1.2.4 Tingkat Kepatuhan

**Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepatuhan minum obat Responden**

Kepatuhan minum obat	Jumlah	(%)
patuh	48	77.4%
Tidak patuh	14	22.6 %
<b>Jumlah</b>	<b>62</b>	

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa dari 62 responden yang diteliti berdasarkan tingkat kepatuhan penderita hipertensi tertinggi patuh sejumlah 77.4%, terendah tingkat kepatuhan tidak patuh sejumlah 22.6 %. Hal ini menunjukkan proporsi responden patuh minum obat lebih besar dibandingkan responden tidak patuh minum obat. Hal ini sejalan dengan penelitian Rusita et al (2025) dengan hasil tingkat kepatuhan tinggi sebanyak 68 orang (58,6%).

**Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden tentang Kepatuhan Minum Obat**

no	pertanyaan	jawaban					
		Ya		tidak		total	
		n	%	n	%	n	%
1	Apakah anda kadang kadang lupa minum obat untuk penyakit anda	25	40.3	37	59.7	62	100
2	Orang kadang kadang tidak sempat minum obat bukan karena lupa.selama 2 minggu terakhir,pernahkah anda dengan sengaja tidak minum obat ?	3	4.8	59	95.2	62	100

3	Pernahkah anda dengan sengaja mengurangi atau berhenti minum obat tanpa memberitahu dokter karena anda merasa kondisi anda bertambah parah ketika meminum obat	8	12.9	54	87.1	62	100
4	Ketika anda bepergian atau meninggalkan rumah, apakah anda kadang kadang lupa membawa obat ?	18	29	44	71	62	100
5	Apakah kemarin anda lupa minum obat ?	0	0	62	100	62	100
6	Ketika anda merasa sehat apakah anda kadang juga berhenti minum obat ?	14	22.6	48	77.4	62	100
7	Minum obat setiap hari adalah hal yang tidak menyenangkan bagi sebagian orang. Apakah anda pernah merasa terganggu dengan kewajiban anda terhadap pengobatan yang harus anda jalani ?	15	24.2	47	75.8	62	100
8	Seberapa sering anda mengalami kesulitan meminum semua obat anda? A. tidak pernah / jarang B. Beberapa kali C. kadang kala D. Sering E. Selalu (ya: jika jawaban B/C/D/E; tidak: jika jawaban A)	14	22.6	48	77.4	62	100

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa dari 62 responden yang diteliti berdasarkan jawaban responden tentang kepatuhan minum obat paling tinggi ketidakpatuhan pada pertanyaan Apakah anda kadang kadang lupa minum obat untuk penyakit

anda (40.3%) dan jawaban responden ketidakpatuhan paling rendah pada pertanyaan apakah kemarin anda lupa minum obat ? ( 0% )

#### 4.1.2.5 Peran Keluarga

**Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Peran Keluarga Pasien Hipertensi**

Peran keluarga	jumlah	(%)
<b>baik</b>	55	88.7%
<b>cukup</b>	7	11.3%
<b>Jumlah</b>	62	

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa dari 62 responden yang diteliti tertinggi peran keluarga baik sejumlah 88.7 %,terendah peran keluarga cukup sejumlah 11.3 %.Hal ini menunjukkan proporsi peran keluarga kategori baik lebih besar dibandingkan peran keluarga kategori cukup. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rusita et al (2025) dengan jumlah responden hipertensi yang memiliki dukungan yang baik sebanyak 56%

**Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden tentang Peran Keluarga**

no	pertanyaan	jawaban										total	
		selalu		sering		Kadang kadang		Tidak pernah		total			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>1</b>	Dukungan Emosional dan penghargaan												
	1.Keluarga mendampingi saya dalam perawatan	53	85.5	7	11.3	2	3.2	0	0	62	100		
	2.Keluarga memberi pujian dan perhatian kepada saya	53	85.5	7	11.3	2	3.2	0	0	62	100		

	3. Keluarga tetap dan memperhatikan keadaan saya selama saya sakit	58	93.5	4	6.5	0	0	0	0	62	100
	4. Keluarga memaklumi bahwa sakit yang saya alami sebagai suatu musibah	49	79	13	21	0	0	0	0	62	100
<b>2</b>	Dukungan Instrumental	52	83.9	9	14.5	1	1.6	0	0	62	100
	1. Keluarga selalu menyediakan waktu dan fasilitas jika saya memerlukan untuk keperluan pengobatan										
	2. Keluarga sangat berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakit saya	54	87.1	6	9.7	2	3.2	0	0	62	100
	3. Keluarga bersedia membiayai dan perawatan pengobatan saya	50	80.6	11	17.7	1	1.6	0	0	62	100
	4. Keluarga selalu berusaha mencari kekurangan sarana dan peralatan perawatan yang saya perlukan	52	83.9	9	14.5	1	1.6	0	0	62	100
<b>3</b>	Dukungan informasi										
	1. Keluarga selalu memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat kepada saya	36	58.1	17	27.4	9	14.5	0	0	62	100

Lanjutan tabel 4.8											
2.Keluarga selalu mengingatkan saya untuk kontrol, minum obat, olahraga dan makan	51	82.3	9	14.5	2	3.2	0	0	62	100	
3.Keluarga selalu mengingatkan saya tentang perilaku-perilaku yang memperburuk penyakit saya	49	79	13	21	0	0	0	0	62	100	
4. Keluarga selalu menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit saya	50	80.6	11	17.7	1	1.6	0	0	62	100	

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa dari 62 responden yang diteliti berdasarkan jawaban responden tentang peran keluarga pasien paling tinggi pada jawaban selalu ( 93.5%) dan paling rendah pada jawaban kadang – kadang (1.6%).Hal ini menunjukkan proporsi jawaban responden yang selalu mendukung pasien lebih besar dibandingkan jawaban yang kadang kadang mendukung pasien.

#### 4.1.3 Analisis Bivariat

Menemukan interaksi antara dua variabel, baik asosiatif, korelatif, atau komparatif, dikenal sebagai analisis bivariat (Suryono, 2010). Dua variabel yang diduga saling berhubungan dianalisis menggunakan analisis bivariat, yang menggunakan nilai  $p$ —khususnya, analisis chi-square—untuk menilai signifikansi hubungan tersebut.

#### 4.1.3.1 Hubungan Pengetahuan Tentang Hipertensi Keluarga Pasien Dengan Kepatuhan Minum Obat

**Tabel 4.9 Hubungan Pengetahuan tentang Hipertensi Dengan Kepatuhan Minum Obat di Puskesmas Pringkuku**

pengetahuan keluarga pasien	Tidak patuh		Patuh		jumlah	P value
	n	%	n	%		
<b>baik</b>	7	14.6	41	85.4	48	0.010
<b>cukup</b>	7	50	7	50	14	
<b>jumlah</b>	14		48		62	

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa dari 14 responden yang menyatakan keluarga pasien memiliki pengetahuan cukup terdapat 7 tidak patuh dalam minum obat dan 7 patuh dalam minum obat. Dari 48 responden dengan keluarga memiliki pengetahuan baik terdapat 7 tidak patuh dalam minum obat dan 41 patuh dalam minum obat. Hasil analisis statistik diperoleh  $p(0.010) < p(0.05)$  sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara pengetahuan keluarga pasien tentang hipertensi dengan kepatuhan minum obat di puskesmas Pringkuku.

#### 4.1.3.2 Hubungan Pendidikan Keluarga Pasien Dengan Kepatuhan Minum Obat

**Tabel 4.10 Hubungan Pendidikan Pendamping / Keluarga Pasien Dengan Kepatuhan Minum Obat**

Pendidikan pendamping pasien	Tidak patuh		Patuh		jumlah	P value
	n	%	n	%		
<b>SD –SMP</b>	5	38.5	8	61.5	13	0.146

<b>SMA- S1</b>	9	18.4	40	81.6	49
<b>jumlah</b>	14		48		62

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa dari 13 keluarga pasien yang memiliki pendidikan SD-SMP terdapat 5 tidak patuh dalam minum obat dan 8 patuh dalam minum obat. Dari 49 keluarga pasien yang memiliki pendidikan SMA-S1 terdapat 9 tidak patuh dalam minum obat dan 40 patuh dalam minum obat. Hasil analisis statistic diperoleh nilai  $p (0.146) > p (0.05)$  sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara pendidikan keluarga pasien dengan kepatuhan minum obat hipertensi pada pasien di puskesmas Pringkuku

#### 4.1.3.3 Hubungan Peran Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien

##### Hipertensi

**Tabel 4.11 Hubungan Peran Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat pasien hipertensi**

Peran keluarga	Tidak patuh		Kepatuhan minum obat		jumlah	P value
	n	%	n	%		
<b>Baik</b>	10	18.2	45	81.8	55	0.040
<b>cukup</b>	4	42.9	3	57.1	7	
<b>Jumlah</b>	14		48		62	

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa dari 55 responden dengan peran keluarga baik terdapat 10 tidak patuh dalam minum obat dan 45 patuh dalam minum obat. Dari 7 responden dengan peran keluarga cukup terdapat 4 tidak patuh dalam minum obat dan 3 patuh dalam minum obat. Jumlah

responden yang memiliki kepatuhan minum obat paling tinggi sejumlah 81.8 % ditemukan pada responden dengan peran keluarga baik." Jumlah responden dengan kepatuhan minum obat paling rendah sejumlah 42.9 % ditemukan pada responden dengan peran keluarga cukup. Hal ini sejalan dengan penelitian Rusita et al ( 2025) bahwa jumlah responden hipertensi yang memiliki kepatuhan minum obat rendah paling banyak ditemukan pada responden dengan dukungan keluarga yang kurang yaitu sebanyak 19 orang (16,4%). Jumlah responden hipertensi yang memiliki kepatuhan minum obat sedang paling banyak ditemukan pada responden dengan dukungan keluarga yang kurang yaitu sebanyak 23 orang (19,8%), jika dibandingkan dengan responden yang memiliki dukungan keluarga baik yaitu sebanyak 59 orang (50,9%).

Hasil analisis statistic diperoleh nilai  $p (0.04) < p (0.05)$  sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara peran keluarga dengan kepatuhan minum obat hipertensi di puskesmas Pringkuku .Hal ini sejalan dengan penelitian Rusita et al (2025) Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji Chi Square didapatkan nilai  $p = 0,001$  ( $p \text{ value} < 0,05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi

## **4.2 Pembahasan**

### **4.2.1 Analisa Univariat**

#### **4.2.1.1 Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin,Umur dan Pendidikan**

Menurut data profil responden di Puskesmas Pringkuku tahun 2025, karakteristik yaitu jenis kelamin, kelompok umur, dan tingkat pendidikan dapat digunakan sebagai indikator generalisasi populasi penelitian. Pertama, terkait jenis kelamin terdapat kehadiran perempuan yang sangat dominan (69,4%) dan laki-laki (30,6%). Hal ini menunjukkan bahwa dalam penelitian ini, perempuan merupakan kelompok yang paling banyak diwakili. Jumlah perempuan yang lebih banyak daripada laki-laki dalam program kesehatan dapat dijelaskan oleh tingkat keterlibatan yang lebih tinggi. Hasil penelitian ini konsisten dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Fatonah (2022) yaitu pasien hipertensi yang menjadi responden penelitian di Puskesmas Purwasari Karawang. Sebanyak 62 responden, jumlah terbanyak di antaranya adalah perempuan, yang mencapai 62 orang (59,5%). Temuan ini didukung oleh diagnosis dokter dalam Riskesdas (2018) bahwa hipertensi paling banyak ditemukan pada perempuan (36,9%). Riyadina (2019) menyatakan bahwa ketika wanita memasuki tahap menopause, di mana hormon estrogen akan menurun produksinya meskipun hormon ini sebelumnya berfungsi untuk melindungi pembuluh darah dari kerusakan. Jika tidak menstruasi, tubuh tanpa estrogen menjadi lebih sensitif terhadap garam sehingga meningkatkan resistensi renin dan insulin, dengan penambahan berat badan yang menyebabkan tekanan darah tinggi.

Kedua, mayoritas responden (50%) berada dalam rentang usia 70–79 tahun, menurut bagian kelompok usia. Kelompok usia 60–69 tahun (40,3%) dan kelompok usia 80–89 tahun (8,1%) berada setelah kelompok

usia ini. Distribusi ini menunjukkan bahwa mayoritas responden berada dalam rentang usia yang paling rentan terhadap masalah kesehatan, seperti yang disebabkan oleh stres, pilihan gaya hidup, dan penurunan fungsi organ. Akibatnya, sangat penting untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya menjaga kesehatan yang baik, khususnya pengendalian tekanan darah, dan penggunaan obat-obatan pada rentang usia ini untuk menurunkan risiko.

Ketiga, dari segi pendidikan. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan sekolah dasar (35,5%), diikuti oleh pendidikan sekolah menengah atas (27,4%), pendidikan tinggi (22,6%), tidak bersekolah (9,7%), dan rasio terendah responden berpendidikan sekolah menengah pertama adalah 4,8%. Bagi orang-orang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi, seringkali ada kesadaran akan pentingnya menjaga kesehatan. Di era ledakan informasi, responden yang berpendidikan menengah dan responden dengan pendidikan dasar memiliki kesempatan untuk memahami dan menyadari bagaimana menjaga kesehatan melalui perolehan informasi kesehatan tersebut dari internet. Secara umum, profil sampel penelitian didominasi oleh perempuan yang berusia 70-79 tahun, dengan tingkat pendidikan rendah dan menengah. Profil ini menjadi contoh bahwa intervensi untuk meningkatkan pemenuhan pengobatan hipertensi harus ditargetkan pada populasi lansia, usia yang cenderung rentan terhadap masalah kesehatan dengan menekankan pentingnya kesadaran kontrol tekanan darah dan kepatuhan terapi hipertensi serta berpartisipasi aktif pada program

kesehatan di Fasilitas Kesehatan

#### **4.2.1.2 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Hipertensi Keluarga Pasien**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 62 keluarga pasien yang diteliti berdasarkan pengetahuan baik sejumlah 77.4% dan pengetahuan cukup sejumlah 22.6%. Hasil ini sejalan dengan penelitian Pengetahuan tentang hipertensi memiliki peran yang signifikan dalam mempengaruhi kepatuhan seseorang terhadap terapi hipertensi, sebagaimana yang telah dibuktikan dalam berbagai penelitian terdahulu. Seseorang dengan tingkat pengetahuan yang baik mengenai hipertensi, termasuk penyebab, faktor risiko, dampak jangka panjang dan pentingnya pengobatan cenderung lebih patuh dalam menjalankan kontrol kesehatan secara rutin. Hal ini menyebabkan mereka lebih sadar akan konsekuensi dari hipertensi yang tidak terkontrol seperti stroke, penyakit jantung atau gagal ginjal sehingga penderita termotivasi untuk mematuhi rekomendasi medis. Keluarga pasien sebagai orang yang mendampingi pasien memiliki peran signifikan untuk memberikan dukungan secara baik serta menunjukkan sikap caring kepada anggota keluarga yang menderita hipertensi dan akan berdampak pada kepatuhan terapi hipertensi. .

#### **4.2.1.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Keluarga Pasien**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 62 responden keluarga pasien atau yang mendampingi pasien berdasarkan latar belakang pendidikan SMA (61.3%) pendidikan tinggi (21%) SD (9.7%) DAN SMP (8.1%) Pendidikan pasien Menurut Dolo et al. (2021), "berdasarkan

berbagai penelitian, Pendidikan merupakan faktor sosial yang mempengaruhi perilaku kesehatan. tingkat Pendidikan seseorang mampu menentukan seberapa baik mereka memahami penyakitnya, mengelola pengobatan, dan mengikuti anjuran kesehatan. Pendidikan SMA memberikan pemahaman dasar tentang kesehatan dan pentingnya pengobatan, termasuk kepatuhan minum obat. Lulusan SMA umumnya mampu memahami instruksi medis, menyadari risiko jika tidak patuh, dan memiliki tanggung jawab terhadap pengobatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin baik pengetahuan yang dimiliki, yang berdampak positif terhadap kepatuhan minum obat, khususnya pada pasien penyakit kronis seperti hipertensi.

#### **4.2.1.4 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepatuhan Minum obat Responden**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 62 responden yang diteliti berdasarkan tingkat kepatuhan minum obat yaitu patuh sejumlah 77.4% dan tidak patuh sejumlah 22.6%. Berdasarkan NCPIE (*National Council on Patient Informations and Educations*), kepatuhan berkaitan dengan keputusan bagaimana perilaku seseorang dalam menggunakan obat yang disesuaikan dengan kondisi dan keinginan pasien. Istilah "kepatuhan" dalam penggunaan obat telah mengalami perkembangan makna. Menurut Ernawati et al. (2020), "adherence atau ketaatan menggambarkan sejauh mana perilaku seseorang dalam menggunakan obat, mengikuti diet, atau mengubah gaya hidup sesuai dengan rekomendasi yang telah disepakati bersama dengan penyedia layanan

kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan tingkat kepatuhan baik sejumlah 77.4 %. Hal ini menjadi tanda bahwa pasien lansia dengan hipertensi peserta prolanis di Puskesmas Pringkuku belum seluruhnya memiliki kepatuhan minum obat sehingga perlu dilakukan kajian

#### **4.2.1.5 Distribusi Frekuensi Tingkat Peran Keluarga**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 62 responden yang diteliti berdasarkan tingkat peran keluarga baik sejumlah 88.7% dan peran keluarga cukup sejumlah 11.3%. Penelitian yang dilakukan penulis menunjukkan dukungan emosional dan penghargaan berupa keluarga selalu mendampingi dalam perawatan, selalu memberi pujian dan perhatian, tetap mencintai dan memperhatikan dan memaklumi sakit yang diderita memberi rasa aman secara emosional pada pasien. Dukungan instrumental berupa keluarga selalu menyediakan waktu dan fasilitas, keluarga bersedia membiayai perawatan dan pengobatan serta melengkapi sarana dan peralatan perawatan yang diperlukan akan berdampak percepatan kesembuhan pasien. Dukungan informasi berupa keluarga selalu memberitahu hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter, keluarga selalu mengingatkan untuk kontrol, minum obat, olahraga dan makan, menjelaskan hal – hal yang tidak jelas tentang penyakit yang diderita atau mengingatkan perilaku – perilaku yang memperburuk penyakit merupakan dukungan yang akan menjaga kestabilan kondisi pasien tetap prima.

#### **4.2.2 Analisa Bivariat**

#### 4.2.2.1 Hubungan Pengetahuan Tentang Hipertensi dengan kepatuhan Minum obat

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan ( $p < 0,010$ ) antara pengetahuan tentang hipertensi dari keluarga pasien dengan kepatuhan minum obat. Kepatuhan minum obat dipengaruhi beberapa faktor yang salah satunya adalah pengetahuan karena pengetahuan yang baik dari seseorang menunjukkan pemahaman akan penyakit hipertensi dan akan cenderung patuh dalam kontrol rutin dan minum obat dibanding dengan seseorang yang kurang pengetahuan. Hal ini sejalan dengan penelitian Zahra dkk (2024) di Kalurahan Margorejo Tempel Sleman Yogyakarta dengan hasil penelitian ada hubungan yang kuat ( $p < 0,001$ ) antara pengetahuan dengan kepatuhan minum obat. Hasil penelitian ini mendukung gagasan bahwa meningkatkan pengetahuan dan mendapatkan pemahaman tentang risiko hipertensi jangka panjang adalah pendekatan yang valid untuk meningkatkan kemanjuran pengobatan hipertensi. Sahadewa et al., (2019) berpendapat bahwa tenaga kesehatan berperan dalam menambah informasi kepada keluarga pasien tentang farmakoterapi dan non obat atau perubahan gaya hidup karena pengobatan saja tidak akan berhasil apabila tidak diimbangi dengan perubahan gaya hidup penderita hipertensi. Setelah tenaga kesehatan memberikan edukasi terkait pengobatan ditambah perubahan gaya hidup yang sesuai, diharapkan pengetahuan cukup dapat meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan minum obat hipertensi.

#### **4.2.2.2 Hubungan Pendidikan Keluarga Pasien dengan Kepatuhan Minum Obat**

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan ( $p = 0,146$ ) antara latar belakang pendidikan dari keluarga pasien dengan kepatuhan minum obat. Pendidikan formal adalah jalur pendidikan yang terstruktur dan berjenjang yang melibatkan institusi seperti sekolah atau perguruan tinggi. Tujuan pendidikan formal untuk mencerdaskan bangsa, membentuk sumber daya manusia berkualitas dan membekali peserta didik untuk kehidupan bermasyarakat. Menurut Rikmasari et al (2020) pendidikan dan pengetahuan merupakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat antihipertensi, dimana pendidikan yang tinggi dan pengetahuan yang baik merupakan faktor yang mendukung kepatuhan minum obat. Dalam hal pendidikan keluarga pasien tidak signifikan terhadap kepatuhan minum obat karena selain pendidikan ada faktor pengetahuan yang baik yang lebih mempengaruhi kepatuhan minum obat dimana pengetahuan adalah hasil tahu manusia terhadap suatu objek melalui penginderaan, pengalaman atau pembelajaran. Pengetahuan dibentuk dari pemahaman dan seringkali menjadi landasan tindakan atau perilaku.

#### **4.2.2.3 Hubungan Peran Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat**

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan ada hubungan yang signifikan ( $P = 0.040$ ) antara peran keluarga dengan kepatuhan minum obat. Banyak pasien hipertensi tidak menjalankan pengobatan secara

teratur, yang disebabkan oleh berbagai faktor seperti kesibukan, lupa jadwal minum obat, dan minimnya keterlibatan keluarga dalam proses pengobatan (Rahayu et al., 2021). Keluarga memainkan peran penting dalam menciptakan lingkungan yang kondusif bagi proses penyembuhan, sehingga pasien lebih termotivasi untuk mengikuti anjuran medis (Fadhilah, 2020). Keterlibatan keluarga yang konsisten berkontribusi pada peningkatan kepatuhan pasien terhadap pengobatan, pencegahan terjadinya komplikasi, serta perbaikan sikap dan pandangan pasien terhadap pengobatan (Fitri Aulia et al., 2023). Lebih jauh lagi keluarga harus terlibat dalam pemantauan kesehatan pasien, seperti secara rutin mengukur tekanan darah dan menyampaikan hasilnya kepada tenaga medis. Keterlibatan ini bukan hanya memperkuat hubungan antara pasien dan keluarga, tetapi juga menumbuhkan rasa tanggung jawab bersama dalam menjaga kesehatan. Keluarga yang aktif akan mendorong pasien untuk patuh dalam mengonsumsi obat, serta menjaga motivasi dan kesejahteraan psikososial pasien (Adzra, 2022). Hasil dari penelitian menunjukkan jawaban responden dengan dukungan emosional dan penghargaan, dukungan Instrumental dan dukungan informasi dengan persentase tinggi memberikan hubungan yang signifikan antara peran keluarga dengan kepatuhan minum obat. Penelitian yang dilakukan penulis juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Orlando et al (2025) di UPTD Puskesmas Menteng Palangka Raya dengan sebagian besar responden memiliki peran keluarga baik dan hasil identifikasi

kepatuhan minum obat pada anggota keluarga dengan hipertensi di UPTD Puskesmas Menteng Palangka Raya sebagian besar responden patuh (73.8% ) dan ada hubungan yang signifikan ( $p < 0,001$ )

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang mempengaruhi hasil penelitian yaitu jumlah sampel responden yang minimal , variabel yang sempit,populasi yang terbatas dan wilayah yang kurang luas.Oleh karena itu apabila ada penelitian yang serupa,peneliti menyarankan untuk memperluas sampel responden, menambah variabel, melakukan penelitian pada populasi yang lebih luas dan wilayah yang berbeda.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Dari penelitian Peran Keluarga Dalam Upaya Peningkatan Kepatuhan Terapi Obat Hipertensi Pada Pasien Lanjut Usia di Puskesmas Pringku Kabupaten Pacitan Jawa Timur, diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Mayoritas Responden adalah perempuan (69.4%) berusia 70 – 79 tahun (50%) dan berpendidikan Sekolah Dasar ( 35.5%)
2. Mayoritas pendidikan keluarga pasien berlatar belakang SMA (61.3%) dan memiliki tingkat pengetahuan baik tentang hipertensi (77.4%)
3. Tingkat Kepatuhan minum obat responden sebesar 77.4 % dengan peran keluarga kategori baik ( 88.7%)
4. Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan keluarga pasien terhadap kepatuhan minum obat pada pasien sehingga  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak
5. Terdapat hubungan yang signifikan antara peran keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada pasien sehingga  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak
6. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara latar belakang pendidikan keluarga pasien terhadap kepatuhan minum obat pada pasien sehingga  $H_a$  ditolak dan  $H_0$  diterima"

#### 5.2 Saran

1. Bagi Puskesmas

Hasil penelitian menunjukkan persentase kepatuhan minum obat pasien lanjut usia dengan hipertensi sejumlah 77.4 % sehingga penulis menyarankan kajian lebih lanjut untuk lebih meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien lanjut usia dengan hipertensi

## 2. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian menunjukkan persentase peran keluarga pada tingkat baik sebesar 88.7% untuk itu keluarga disarankan selalu mendampingi pasien dan meningkatkan pengetahuan tentang hipertensi, berkomunikasi serta selalu berkonsultasi dengan tenaga kesehatan di puskesmas

## 3. Bagi peneliti

Penelitian selanjutnya disarankan dengan pengambilan sampel yang lebih besar, variabel yang berbeda, populasi yang lebih luas, dan wilayah yang berbeda dalam upaya peningkatan kepatuhan terapi hipertensi pada pasien lanjut usia.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adzra, Syaharani. 2022. "Gambaran Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Pada Pasien Penderita Hipertensi: Studi Literature Review." *Jurnal Ilmu Psikologi Dan Kesehatan (Sikontan)* 1(2): 53–64
- .Dinas Kesehatan, 2024,*Profil Kesehatan Kabupaten Pacitan*, Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur,Pacitan
- Hariawan, Hamdan, And Cut Mutia Tatisina. 2020. "Pelaksanaan Pemberdayaan Keluarga Dan Senam Hipertensi Sebagai Upaya Manajemen Diri Penderita Hipertensi." *Jurnal Pengabdian Masyarakat Sasambo* 1(2): 75–79.
- Ismail, Ismail, And Fauzan Putra Al Bahri. 2019. "Perancangan E- Kuisi oner Menggunakan Codeigniter Dan React-Js Sebagai Tools Pendukung Penelitian." *J-Sakti (Jurnal Sains Komputer Dan Informatika)* 3(2): 337–47.
- Kementerian Kesehatan, 2024,*Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 tahun 2024*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta
- Kementerian Kesehatan,2021,*Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa*,No HK.01.07/MENKES/4634/2021,Jakarta
- Kementerian Agama RI,2022,Qur'an Kemenag. Retrieved August 15, 2025, from <https://quran.kemenag.go.id/quran/per-ayat/surah/26?from=1&to=227>
- Lestari I,2024, *Faktor Faktor yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Kontrol Hipertensi Di Puskesmas Padangmatinggi tahun 2024*, Sumatera Utara
- Notoatmodjo, Prof. Dr. Soekidjo, 2020, *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Orlando R,Wiyono H,Arsesiana A, 2025,*Peran Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Anggota Keluarga dengan Hipertensi di UPTD Puskesmas Menteng Palangka Raya*, *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan* Volume.3, Nomor.4 Oktober 2025
- Puspita E, Oktaviarini E,Santik Y,2017,*Peran Keluarga dan Petugas Kesehatan dalam Kepatuhan Pengobatan Penderita Hipertensi di Puskesmas Gunung Pati Semarang*,*Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*,12(2):2017

- Rusita R,Isnaeni,2025,*Hubungan tingkat Pendidikan dan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Di Klinik Suradita Tangerang Banten*,Mahesa:Malahayati Health Student Journal,P-ISSN :2746-198X,E-ISSN:2746-3486 Volume 5 Nomor 3 Tahun 2025,Hal 1308-1322
- Saibi, Yardi, Rizki Romadhon, And Narila Mutia Nasir. 2020. “Kepatuhan Terhadap Pengobatan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Jakarta Timur.” *Jurnal Farmasi Galenika (Galenika Journal Of Pharmacy)(E- Journal)* 6(1): 94–103.
- Sihaloho, Wardani Et Al. 2023. “Pendidikan Dan Perubahan Sosial.”*Jurnal Dirosah Islamiyah* 5(3): 829–41
- Susanti, Nofi, Putra Apriadi Siregar, And Reinpal Falefi. 2020. “*Determinan Kejadian Hipertensi Masyarakat Pesisir Berdasarkan Kondisi Sosio Demografi Dan Konsumsi Makan.*” *Jurnal Ilmiah Kesehatan* 2(1): 43–52
- Syamsi, Nur, And A Syamsinar Asmi. 2019. “*Gambaran Tingkat Pengetahuan Lansia Terhadap Hipertensi Di Puskesmas Kampala Sinjai.*” *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada* 8(1): 17–21.
- Zahra dkk,2024,”*Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Hipertensi Di Kalurahan Margorejo Tempel Sleman Yogyakarta*”,Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Rapih, Yogyakarta