

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengetahuan

2.1.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan secara umum didefinisikan sebagai hasil proses mengetahui seseorang setelah merasakan suatu objek. Menurut Fitria (2022), pengetahuan merupakan ranah kognitif yang terbentuk melalui pengalaman, pendidikan, dan informasi, serta menjadi dasar pembentukan sikap dan perilaku. Individu dengan tingkat pengetahuan yang tinggi cenderung lebih mampu mengambil keputusan yang tepat.

Perspektif psikologi kognitif, pengetahuan dipahami sebagai hasil pemrosesan informasi yang melibatkan atensi, memori, dan pemahaman. Yuliani (2023) menjelaskan bahwa pengetahuan bukan sekadar akumulasi informasi, tetapi juga proses menafsirkan dan mengintegrasikan informasi yang diperoleh. Hal ini sejalan dengan penelitian Dewi & Lestari (2021) yang menekankan bahwa pengetahuan berkembang melalui interaksi antara pengalaman individu dengan lingkungan sosial dan budaya.

Bidang kesehatan, pengetahuan berperan krusial karena menjadi dasar perubahan perilaku kesehatan masyarakat. Ernawati (2020) menyatakan bahwa peningkatan pengetahuan pasien tentang penyakit tertentu, seperti hipertensi atau diabetes, berkontribusi terhadap kepatuhan terapi.

2.1.2 Tingkat Pengetahuan dalam Domain Kognitif

Menurut Notoatmodjo dalam Irawan (2022) mengatakan bahwa di dalam domain kognitif memiliki 6 tingkat pengetahuan, yaitu:

1. Tahu (*Know*)

Mengetahui memiliki arti untuk mengingat kembali (memanggil) ingatan yang sebelumnya ada setelah mengamati suatu hal.

2. Memahami (*Comprehensif*)

Memahami sesuatu melibatkan lebih dari sekadar mengetahui dan mampu mendiskusikannya, seseorang juga harus mampu menginterpretasikan dengan tepat apa yang telah diketahui mengenai hal tersebut.

3. Aplikasi (*Application*)

Jika seseorang mampu menggunakan atau menerapkan prinsip-prinsip yang diakui dalam konteks yang berbeda, itu menandakan pemahaman mereka terhadap objek yang dimaksud.

4. Analisis (*Analysis*)

Kemampuan untuk mengkarakterisasi dan atau memisahkan, lalu menemukan hubungan antara bagian-bagian dari suatu masalah atau objek yang dikenal sebagai analisis. Jika seseorang dapat memisahkan, mengelompokkan, dan membuat diagram pemahamannya terhadap suatu objek, itu menunjukkan bahwa pengetahuannya telah mencapai tingkat analisis.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Kemampuan untuk mensintesis atau menyusun potongan-potongan pengetahuan yang dimiliki seseorang secara logis dikenal sebagai sintesis. Dengan kata lain, kemampuan untuk merumuskan sesuatu yang baru dari elemen-elemen yang sudah ada dikenal sebagai proses sintesis.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi terkait dengan kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek tertentu.

2.1.3 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2019) ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu:

1. Usia

Usia memengaruhi persepsi dan suasana hati seseorang. Seiring bertambahnya usia, persepsi dan pola pikir kita cenderung berkembang. Namun, setelah mencapai usia 40-60 tahun, persepsi dan kondisi mental seseorang dapat menurun.

2. Jenis Kelamin

Secara teoritis, gender atau jenis kelamin merupakan salah satu faktor genetik yang memengaruhi perilaku seseorang, di samping faktor lingkungan. Secara umum, dapat dikatakan bahwa faktor genetik dan lingkungan menentukan perilaku makhluk hidup, termasuk perilaku manusia. Hereditas merupakan konsep dasar atau

fondasi bagi perkembangan perilaku makhluk hidup selanjutnya. Sementara itu, lingkungan merupakan kondisi atau fondasi bagi perkembangan perilaku tersebut. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu faktor genetik yang memengaruhi perilaku seseorang, termasuk perilaku kesehatan.

3. Pendidikan

Pendidikan memainkan peran krusial dalam menentukan kemampuan seseorang untuk memahami dan menerapkan ilmu yang telah diperolehnya. Secara umum, tingkat pendidikan seseorang memengaruhi proses pembelajaran; semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin baik pula tingkat pengetahuannya.

4. Pekerjaan

Pekerjaan merupakan suatu kegiatan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan, dan di lingkungan kerja seseorang dapat memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

5. Pengalaman

Pengalaman merupakan suatu proses perolehan pengetahuan secara benar dengan mengulang-ulang pengetahuan yang telah diperoleh dalam menghadapi permasalahan di masa lalu, dan dapat digunakan untuk memperoleh pengetahuan lebih lanjut.

6. Informasi

Meskipun seseorang memiliki tingkat pendidikan yang rendah, mencari informasi dari berbagai media seperti media sosial, televisi, dan sejenisnya dapat menambah pengetahuannya.

7. Sosial budaya dan ekonomi

Tradisi atau kebiasaan yang sering dipraktikkan oleh suatu masyarakat dapat meningkatkan pengetahuan, dan kondisi ekonomi juga dapat memengaruhi pengetahuan melalui akses terhadap lembaga tertentu.

8. Lingkungan

Lingkungan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap proses perolehan pengetahuan karena adanya hubungan-hubungan yang memberikan jawaban sebagai wujud pengetahuan bagi setiap individu.

2.1.4 Cara Memperoleh Pengetahuan

Pengetahuan tidak muncul secara spontan tetapi diperoleh melalui berbagai pendekatan atau kerangka teoritis. Dalam filsafat ilmu, terdapat lima aliran pemikiran utama yang menjelaskan proses munculnya pengetahuan manusia (Misbah, 2022). Aliran-aliran ini menyediakan kerangka kerja untuk memahami asal-usul dan mekanisme pembentukan pengetahuan, yang penting dalam meneliti bagaimana pasien memperoleh pengetahuan tentang obat hipertensi. Lima aliran utama perolehan pengetahuan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Empirisme (Pengalaman Indrawi)

Empirisme merupakan aliran pemikiran dalam epistemologi yang berpendapat bahwa pengalaman indrawi pengamatan langsung melalui indra, seperti melihat, mendengar, menyentuh, mencium, dan mengecap adalah sumber utama pengetahuan. Manusia tidak dilahirkan dengan pengetahuan bawaan (*tabula rasa*), melainkan pengetahuan dibentuk melalui interaksi dengan lingkungan eksternal dan pengalaman yang diperoleh di sana (Khamim, *et. al.*, 2024).

2. Rasionalisme (Akal/Pikiran)

Rasionalisme merupakan pendekatan terhadap epistemologi yang menekankan akal sebagai sumber pengetahuan utama dan paling valid. Dari perspektif ini, kebenaran tidak selalu bergantung pada pengalaman indrawi, beberapa pengetahuan diyakini ada secara *a priori* dalam pikiran manusia dan dapat ditemukan melalui logika dan deduksi (Khamim, *et. al.*, 2024).

3. Indra dan Akal

Pendekatan yang menggabungkan empirisme dan rasionalisme menjelaskan bahwa pengetahuan manusia tidak hanya berasal dari pengalaman indrawi (sensasi dan observasi), tetapi juga bergantung pada akal untuk memproses, mengevaluasi, dan mensintesis data indrawi menjadi konsep, teori, dan pemahaman abstrak. Dalam kerangka ini, indra berfungsi sebagai saluran masukan, sementara akal berfungsi sebagai pengolah yang

mengklasifikasikan, menggeneralisasi, dan membangun hubungan di antara data yang diperoleh (Khamim, *et. al.*, 2024).

4. Intuisi

Intuisi adalah bentuk pengetahuan yang muncul secara spontan dari dalam tanpa proses logis yang panjang atau pengalaman indrawi, dan sering dianggap sebagai pemahaman awal yang mendalam. Meskipun tidak selalu menjamin kebenaran empiris, intuisi sering berfungsi sebagai pemicu ide, pertanyaan, atau hipotesis yang kemudian diuji melalui penalaran atau pengalaman nyata, seperti dalam memperoleh pengetahuan tentang obat hipertensi. Dalam filsafat, intuisi dianggap sebagai pengetahuan *prima facie* yang terbukti dengan sendirinya dan memainkan peran penting dalam pembentukan prinsip-prinsip logis dan moral (Nasution, 2016).

5. Wahyu

Wahyu dipahami sebagai pengetahuan transendental yang berasal dari Tuhan melalui para nabi dan rasul, melampaui jangkauan indra dan akal manusia. Wahyu tidak hanya berisi ajaran moral dan agama, tetapi juga mengungkapkan realitas mistik seperti penciptaan, tujuan hidup, dan hari kiamat yang tidak dapat dicapai melalui pengalaman empiris. Dalam epistemologi Islam, wahyu dipandang sebagai sumber pengetahuan utama dan mutlak yang

berwenang, terutama ketika akal dan indra tidak mampu memahaminya (Hikmah, *et. al.*, 2021).

2.1.5 Cara Mengukur Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan membagikan kuesioner yang menanyakan terkait materi yang akan diukur kepada subjek penelitian. Untuk mengukur pengetahuan dapat menggunakan rumus:

$$\text{Pengetahuan} = \frac{\text{Jumlah Jawaban Benar}}{\text{Jumlah Soal Total}} \times 100\%$$

Menurut Notoatmodjo dalam Sasenga (2022) yang menyatakan bahwa kategori tingkat pengetahuan seseorang menjadi tiga tingkatan yang didasarkan pada nilai presentase yaitu:

1. Tingkat pengetahuan baik jika jawaban responden dari kuesioner 76-100% benar.
2. Tingkat pengetahuan cukup jika jawaban responden dari kuesioner 56-75% benar.
3. Tingkat pengetahuan kurang jika jawaban responden dari kuesioner <56% jawaban yang benar.

2.2 Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS)

2.2.1 Konsep PROLANIS

Diperlukan sistem pelayanan kesehatan yang tangguh untuk mencegah Penyakit Tidak Menular (PTM), tidak hanya tangguh tetapi harus terjamin keterkaitannya yang kuat antar setiap jejaring pelayanan, baik dari pelayanan primer, sekunder, hingga tersier, dan meliputi

pelayanan promotif-preventif maupun pengobatan serta pelayanan paliatif dan rehabilitasi. Dalam pelayanan kesehatan primer, secara efektif menjadi unsur penting dalam mencegah faktor risiko PTM, baik faktor perilaku maupun faktor risiko biologis seperti hipertensi, diabetes melitus, obesitas, dan dislipidemia (Kemenkes RI, 2017).

Pemerintah melalui BPJS Kesehatan sedang melaksanakan program yang memungkinkan fasilitas pelayanan kesehatan primer FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) tidak hanya dipandu oleh diagnosis dan intervensi klinis, tetapi juga oleh ikatan antara petugas dan penderita penyakit kronis. PROLANIS merupakan program dari BPJS Kesehatan dan bekerja sama dengan FKTP di daerah. BPJS Kesehatan mendanai biaya kesehatan yang substansial, terutama untuk penyakit degeneratif atau kronis seperti penyakit jantung koroner, gagal ginjal, stroke, diabetes, atau penyakit degeneratif lainnya. Oleh karena itu, BPJS Kesehatan memerlukan upaya preventif dan promotif untuk mengatasi dan mengurangi komplikasi dan biaya yang diakibatkan oleh penyakit degeneratif ini, serta untuk memberikan kesejahteraan bagi peserta BPJS Kesehatan (Ramsar, *et. al.*, 2017).

PROLANIS merupakan sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terpadu dengan menghubungkan peserta, Fasilitas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan dalam menjaga kesehatan peserta BPJS Kesehatan yang menderita hipertensi dan DM Tipe 2 agar dapat memperoleh kualitas hidup yang

lebih optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (Rosdiana, *et. al.*, 2017). Tujuan PROLANIS yaitu memberikan dorongan bagi Peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal. PROLANIS juga menargetkan 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke FKTP mendapatkan hasil yang baik dalam pemeriksaan klinis DM Tipe 2 dan hipertensi (BPJS Kesehatan, 2014).

2.2.2 Penanggung Jawab dan Pelaksana PROLANIS

Penanggung jawab PROLANIS adalah kantor cabang BPJS Kesehatan di setiap wilayah, yang bertanggung jawab atas Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer (MPKP). Namun, staf Puskesmas yang bertanggung jawab atas pelaksanaan PROLANIS juga bertanggung jawab atas pelaksanaan PROLANIS (BPJS Kesehatan, 2014). Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer FKTP diwajibkan memiliki setidaknya satu penanggung jawab (PIC) dengan kompetensi medis atau paramedis dasar.

2.2.3 Bentuk Pelaksanaan PROLANIS

Untuk mencapai tujuannya dalam PROLANIS, ada enam kegiatan utama yang harus dilaksanakan secara berkala oleh FKTP terkait, kegiatan PROLANIS tersebut adalah sebagai berikut (BPJS Kesehatan, 2014):

1. Konsultasi Medis Peserta PROLANIS

Konsultasi medis ini ditujukan bagi peserta yang ingin berkonsultasi dengan dokter terkait keluhan yang dialaminya.

2. Edukasi Kelompok Peserta PROLANIS

Edukasi kelompok peserta klub PROLANIS merupakan kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya pemulihan dari penyakit, mencegah kekambuhan, dan meningkatkan derajat kesehatan peserta PROLANIS. Langkah-langkah yang dilakukan dalam kegiatan edukasi kelompok peserta PROLANIS adalah:

- a. Mendorong fasilitas kesehatan pengelola untuk mengidentifikasi peserta terdaftar berdasarkan tingkat keparahan diabetes tipe 2 dan hipertensi;
- b. Memfasilitasi koordinasi antara fasilitas kesehatan pengelola dengan organisasi profesi/dokter spesialis di wilayahnya;
- c. Memfasilitasi pembentukan pengurus klub;
- d. Memfasilitasi penyusunan kriteria duta PROLANIS dari peserta. Duta PROLANIS berperan sebagai motivator dalam kelompok PROLANIS membantu fasilitas kesehatan pengelola dalam proses edukasi bagi anggota klub;
- e. Memfasilitasi penyusunan jadwal dan rencana kegiatan klub minimal tiga bulan pertama;

- f. Memantau kegiatan edukasi di setiap fasilitas kesehatan pengelola, termasuk menerima laporan kegiatan PROLANIS di fasilitas kesehatan;
- g. Menyampaikan laporan kepada Kantor Divisi Wilayah/Kantor Pusat dengan tembusan kepada organisasi profesi terkait di wilayahnya.

3. *Reminder* Melalui *SMS Gateway*

Reminder merupakan kegiatan untuk memotivasi peserta agar melakukan kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan pengelola dengan mengingatkan mereka tentang jadwal konsultasi. Langkah-langkah dalam kegiatan *reminder* ini adalah:

- a. Merekapitulasi nomor telepon seluler peserta PROLANIS/keluarga peserta di setiap fasilitas kesehatan pengelola;
- b. Memasukkan data nomor telepon seluler ke dalam aplikasi *SMS Gateway*;
- c. Merekapitulasi data kunjungan per peserta di setiap fasilitas kesehatan pengelola;
- d. Memasukkan data jadwal kunjungan per peserta di setiap fasilitas kesehatan pengelola;
- e. Memantau aktivitas *reminder* (merekapitulasi jumlah peserta yang telah menerima *reminder*);

- f. Menganalisis data berdasarkan jumlah peserta yang menerima pengingat dan jumlah kunjungan;
- g. Menyampaikan laporan kepada Kantor Divisi Wilayah/Kantor Pusat.

4. *Home Visite*

Home Visite merupakan kegiatan pelayanan kunjungan ke rumah peserta PROLANIS untuk memberikan informasi/edukasi mengenai kesehatan pribadi dan lingkungan bagi peserta PROLANIS dan keluarganya. Sasaran kegiatan *home visite* adalah Peserta PROLANIS dengan kriteria peserta baru terdaftar, peserta yang belum menjalani terapi di Dokter Praktik Perorangan/Klinik/Puskesmas selama 3 bulan berturut-turut, peserta dengan GDP/GDPP di bawah standar selama 3 bulan berturut-turut, peserta dengan tekanan darah yang tidak terkontrol selama 3 bulan berturut-turut, dan peserta pasca rawat inap. Langkah-langkah yang dilakukan dalam kegiatan *home visite* adalah:

- a. Mengidentifikasi peserta sasaran yang memerlukan *home visite*;
- b. Memfasilitasi fasilitas kesehatan pengelola dalam menentukan waktu kunjungan;
- c. Memberikan bantuan dalam pelaksanaan *home visite*, jika diperlukan;
- d. Melaksanakan *home visite* ke fasilitas kesehatan pengelola, menyerahkan formulir *home visite* yang ditandatangani oleh

peserta/keluarga peserta yang dikunjungi dan lembar tindak lanjut dari petugas *home visite*/lembar rekomendasi dari fasilitas kesehatan pengelola;

- e. Memantau kegiatan *home visite* (merekapitulasi jumlah peserta yang telah menerima *home visite*);
- f. Menganalisis data berdasarkan jumlah peserta yang menerima *home visite*, peningkatan jumlah kunjungan, dan status kesehatan peserta;
- g. Menyampaikan laporan kepada Kantor wilayah/Kantor Pusat.

5. Aktivitas Klub

Kegiatan klub di setiap fasilitas pelayanan kesehatan primer FKTP bervariasi, tetapi tetap sejalan dengan tujuan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) bagi pasien hipertensi. Kegiatan klub hipertensi PROLANIS di setiap FKTP dirancang untuk mendukung upaya promotif dan preventif dalam mengendalikan tekanan darah dan mencegah komplikasi akibat hipertensi, seperti penyakit jantung, stroke, dan gagal ginjal. Meskipun format kegiatan dapat bervariasi antar fasilitas, inti dari setiap kegiatan tetap sejalan dengan tujuan PROLANIS untuk meningkatkan kualitas hidup pasien hipertensi melalui pengelolaan penyakit yang terstruktur dan berkelanjutan. Kegiatan-kegiatan ini meliputi:

a. Pemeriksaan tekanan darah rutin

Pemeriksaan tekanan darah dilakukan secara berkala, biasanya sebulan sekali atau sesuai jadwal klub, untuk memantau kontrol tekanan darah dan mendeteksi peningkatan yang signifikan sejak dini.

b. Pendidikan kesehatan tentang hipertensi

Penyuluhan diberikan oleh dokter, perawat, atau tenaga kesehatan profesional lainnya mengenai penyebab, faktor risiko, dan bahaya hipertensi. Materi edukasi mencakup pentingnya kepatuhan terhadap terapi, perubahan gaya hidup, dan pemahaman tentang komplikasi jangka panjang.

c. Senam hipertensi atau aktivitas fisik teratur

Senam yang dirancang khusus untuk penderita hipertensi antara lain senam lansia, jalan pagi berkelompok, atau yoga ringan. Aktivitas ini bertujuan untuk meningkatkan kebugaran dan membantu menurunkan tekanan darah secara alami.

d. Monitoring dan evaluasi gaya hidup peserta

FKTP melakukan penilaian berkala terhadap gaya hidup peserta, termasuk kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, tingkat stres, pola tidur, dan aktivitas fisik. Intervensi disesuaikan dengan kondisi masing-masing peserta.

e. Konseling nutrisi dan pola makan rendah garam

Peserta mendapat edukasi mengenai diet DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), termasuk pembatasan garam (<5 gram/hari), peningkatan konsumsi buah dan sayur, serta penghindaran makanan tinggi lemak jenuh dan kolesterol.

f. Pemberian obat dan edukasi kepatuhan terapi

FKTP menjamin ketersediaan obat antihipertensi dan memberikan edukasi mengenai pentingnya kepatuhan minum obat secara teratur, efek samping obat, dan cara menangani interaksi obat.

g. Pemberdayaan keluarga dan *caregiver*

Keluarga dilibatkan dalam pengelolaan hipertensi peserta, melalui pendidikan tentang cara memantau tekanan darah di rumah, menyiapkan makanan sehat, dan mendukung aktivitas fisik.

h. Pemanfaatan media digital untuk pemantauan dan edukasi

Penggunaan grup WhatsApp, SMS reminder, atau aplikasi kesehatan untuk mengingatkan jadwal minum obat, hari pemeriksaan, serta menyampaikan tips pengelolaan hipertensi secara berkala.

6. Pemantauan Status Kesehatan

Pemantauan status kesehatan dilakukan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer FKTP bagi peserta terdaftar, termasuk

pemeriksaan tekanan darah oleh tenaga kesehatan profesional. Pemantauan ini dilakukan secara rutin untuk menentukan tekanan darah peserta, menilai efektivitas pengobatan, dan mencegah komplikasi akibat hipertensi. Pemeriksaan ini dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional yang kompeten dan merupakan bagian dari pendekatan manajemen hipertensi terpadu FKTP. Pemantauan tekanan darah tidak hanya dilakukan secara terpisah tetapi juga sebagai bagian dari serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan lainnya. Kegiatan pemantauan ini meliputi:

a. Pencatatan dan dokumentasi berkala

Pengukuran tekanan darah dicatat secara digital dalam buku pemantauan peserta, rekam medis, atau sistem informasi layanan kesehatan primer. Hal ini memungkinkan pemantauan tekanan darah jangka panjang.

b. Standarisasi prosedur pengukuran

Pemeriksaan dilakukan sesuai standar, dengan peserta duduk dengan tenang setidaknya 5 menit sebelum pengukuran, menggunakan alat yang telah dikalibrasi, dan mengukur pada lengan yang sama setiap waktu.

c. Frekuensi pemeriksaan

Tekanan darah diukur secara berkala, setidaknya sebulan sekali, dan lebih sering pada peserta dengan tekanan darah yang tidak

terkontrol atau mereka yang baru saja memulai terapi antihipertensi.

d. Pemantauan tekanan darah di luar fasilitas (*home monitoring*)

Peserta dianjurkan untuk mengukur sendiri tekanan darah mereka di rumah (jika memiliki alat), dan melaporkan hasilnya saat berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan primer (FKTP). Hal ini membantu menilai tekanan darah harian dan menghindari efek “*white coat hypertension*”.

e. Edukasi peserta saat pemeriksaan

Tenaga kesehatan tidak hanya mengukur tekanan darah, tetapi juga memberikan penjelasan tentang arti hasil tekanan darah, risiko tekanan darah tinggi, dan anjuran perubahan gaya hidup bila diperlukan.

f. Identifikasi tekanan darah tidak terkontrol

Jika tekanan darah peserta tetap tinggi meskipun menjalani terapi, tenaga kesehatan akan mengevaluasi kembali penyebabnya, seperti ketidakpatuhan terhadap pengobatan, konsumsi garam berlebihan, atau stres psikologis.

g. Tindak lanjut berdasarkan hasil pemeriksaan

Jika ditemukan tekanan darah sangat tinggi ($>180/110$ mmHg) atau ada keluhan tambahan seperti nyeri dada, pusing hebat, atau sesak napas, maka harus segera diambil tindakan atau dirujuk ke fasilitas rujukan sesuai indikasi.

h. Pemberian rujukan bila diperlukan

Apabila tekanan darah tidak terkontrol setelah dilakukan pemantauan dan penanganan di FKTP, maka peserta akan dirujuk ke dokter spesialis penyakit dalam atau fasilitas kesehatan lanjutan untuk dilakukan evaluasi dan penanganan lebih lanjut.

2.3 Apotek

2.3.1 Definisi Apotek

Apotek adalah fasilitas pelayanan kefarmasian tempat Apoteker berpraktik. Pelayanan kefarmasian adalah pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien terkait sediaan farmasi, dengan tujuan mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan kualitas hidup pasien (PERMENKES, 2016).

Definisi apotek berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2017, Apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian tempat praktik kefarmasian dilakukan oleh Apoteker. Pekerjaan kefarmasian meliputi pengadaan obat, penyimpanan obat, pembuatan sediaan obat, peracikan obat, penyaluran, dan penyerahan sediaan farmasi. Tidak hanya melaksanakan pekerjaan kefarmasian, tugas pokok dan fungsi apotek juga harus dilaksanakan secara optimal sesuai dengan prosedur standar yang telah ditetapkan (Menteri Kesehatan RI, 2017). Apotek memiliki peran strategis dalam mendukung PROLANIS dengan memberikan edukasi yang

berkelanjutan kepada pasien mengenai pentingnya kepatuhan minum obat, pengelolaan gaya hidup sehat, serta pemantauan kondisi kronis seperti hipertensi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

2.3.2 Profil Apotek

Apotek Mulya Husada merupakan salah satu Apotek yang terdapat Dokter Praktek Mandiri yang bermitra dengan BPJS Kesehatan yang terletak di Jl. Ki Hajar Dewantoro, No. 211, Kelurahan Kalinyamat Kulon, Kota Tegal, Jawa Tengah.

Sumber daya manusia yang ada di Apotek Mulya Husada dapat ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Daftar Sumber Daya Manusia (SDM) Apotek Mulya Husada

No	Jabatan	Jumlah
1.	Apoteker	1 orang
2.	Tenaga Vokasi Farmasi	4 orang
3.	Admin	1 orang

2.4 Hipertensi

2.4.1 Definisi Hipertensi

Tekanan darah tinggi, yang umumnya dikenal dalam dunia medis sebagai hipertensi. Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg. Tekanan darah yang tinggi dan tidak terkontrol meningkatkan risiko stroke dan penyakit kardiovaskular (Kemenkes, 2021).

2.4.2 Klasifikasi Hipertensi

Menurut ESC tahun 2018 hipertensi dapat dibedakan menjadi 5 kategori:

1. Tekanan darah Normal, dimana tekanan darah sistolik/diastolik $<120/<80$ mmHg.
2. Prehipertensi tekanan darah sistolik/diastolik 120-139/80-89 mmHg.
3. Hipertensi stadium I tekanan darah sistolik/diastolik (140-159/90-99) mmHg.
4. Hipertensi stadium II tekanan darah sistolik/diastolik ($>160/100-109$) mmHg.
5. Hipertensi stadium III tekanan darah sistolik/diastolik ($>180/>110$) mmHg.

Hipertensi dibagi menjadi dua kelompok berdasarkan penyebabnya yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer atau esensial adalah kondisi yang ditandai dengan peningkatan tekanan arteri yang persisten akibat gangguan mekanisme kontrol homeostatis normal. Kondisi ini juga dapat disebut hipertensi idiopatik. Sekitar 95% kasus hipertensi disebabkan oleh hipertensi primer atau esensial. Faktor-faktor yang memengaruhi hipertensi esensial meliputi lingkungan, sistem renin-angiotensin, genetika, hiperaktivitas sistem saraf simpatis, defek ekskresi Na, peningkatan Na dan Ca intraseluler, serta faktor risiko peningkatan tekanan darah, seperti obesitas dan merokok (Ayu, 2021).

Hipertensi sekunder atau hipertensi renal adalah hipertensi yang berkaitan dengan gangguan sekresi hormon dan fungsi ginjal. Sekitar 10% kasus hipertensi bersifat sekunder, dan penyebabnya diketahui. Penyebab spesifik hipertensi sekunder meliputi penyakit ginjal, hipertensi vaskular renal, penggunaan estrogen, hiperaldosteronisme primer, sindrom Cushing, dan hipertensi terkait kehamilan. Sebagian besar kasus hipertensi sekunder dapat disembuhkan dengan penanganan yang tepat terhadap penyebab yang mendasarinya (Diartin, *et. al.*, 2022).

2.4.3 Faktor – Faktor Risiko Hipertensi

Faktor-faktor risiko yang menyebabkan hipertensi terdiri dari dua kelompok, yaitu:

1. Faktor Risiko yang Tidak Dapat Diubah

Faktor risiko ini merupakan faktor yang erat kaitannya pada penderita hipertensi dan tidak dapat diubah, seperti (Kemenkes, 2023):

- a. Umur
- b. Jenis Kelamin
- c. Keturunan (genetik)

2. Faktor Risiko yang Dapat Diubah

Faktor risiko yang terjadi akibat perilaku tidak sehat dari penderita hipertensi, seperti (Kemenkes, 2023):

- a. Kelebihan Berat Badan (Obesitas)
- b. Merokok

- c. Kurang Aktivitas Fisik seperti Olahraga
- d. Konsumsi Garam Berlebih
- e. Displidemia
- f. Konsumsi Alkohol Berlebih
- g. Psikososial dan Stres

2.4.4 Gejala – Gejala Hipertensi

Banyak penderita hipertensi tidak menyadari atau mengalami gejala apa pun, sehingga penyakit ini sering disebut sebagai pembunuh diam-diam. Hipertensi bersifat tidak stabil dan gejalanya sulit dikendalikan, baik melalui pengobatan maupun prosedur medis lainnya. Jika tidak ditangani, kondisi ini dapat berkembang menjadi penyakit serius seperti gagal ginjal, penyakit jantung, atau stroke (Nisa, 2020).

Secara umum, beberapa tanda yang sering muncul pada penderita hipertensi antara lain (Kemenkes, 2021):

1. sakit kepala
2. rasa gelisah
3. jantung bedebar
4. pusing
5. penglihatan yang menjadi kabur
6. nyeri pada dada
7. mudah merasa lelah, dan gejala lainnya

Apabila hipertensi sudah menimbulkan komplikasi, gejalanya bisa lebih berat, meliputi:

1. gangguan penglihatan
2. gangguan pada sistem saraf
3. kelainan fungsi jantung
4. kerusakan pada ginjal
5. serta gangguan pada otak atau serebral yang dapat memicu kejang, perdarahan pembuluh darah otak, kelumpuhan, penurunan kesadaran, hingga koma (Kemenkes, 2021)

2.4.5 Diagnosis Hipertensi

Hipertensi didiagnosis ketika tekanan darah sistolik (TDS) ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik (TDD) ≥ 90 mmHg berdasarkan pengukuran di klinik atau fasilitas kesehatan. Berdasarkan klasifikasi tekanan darah klinis, pasien dibagi menjadi normal ($<130/85$ mmHg), hipertensi tinggi-normal ($130-139/85-89$ mmHg), hipertensi derajat 1 ($140-159/90-99$ mmHg), dan hipertensi derajat 2 ($\geq 160/\geq 100$ mmHg). Pasien dengan tekanan darah tinggi-normal disarankan untuk mengubah gaya hidup, sementara hipertensi derajat 1 dan 2 harus menerima terapi farmakologis (PERHI, 2021).

Pengukuran tekanan darah dilakukan di klinik dan di luar klinik (*Home Blood Pressure Monitoring/ HBPM* dan *Ambulatory Blood Pressure Monitoring/ ABPM*). Pengukuran harus dilakukan menggunakan peralatan yang tervalidasi dengan mengikuti prosedur standar: pasien beristirahat minimal 5 menit, tidak merokok atau mengonsumsi kafein selama 30 menit sebelum pemeriksaan, dan diukur

minimal dua kali dengan jarak 1-2 menit. Hasil akhir adalah rata-rata pengukuran terakhir. Pada pasien baru, tekanan darah diukur pada kedua lengan, dengan nilai tertinggi yang digunakan.

Penapisan hipertensi direkomendasikan untuk semua individu usia ≥ 18 tahun, dengan frekuensi lebih sering pada usia >50 tahun. Bila ditemukan tekanan darah borderline, perlu dilakukan pengukuran ulang dalam beberapa hari atau minggu, serta mempertimbangkan pemeriksaan di luar klinik untuk menyingkirkan hipertensi jas putih maupun hipertensi terselubung.

Diagnosis hipertensi tidak boleh hanya ditegakkan dari satu kali pengukuran, kecuali pada kasus tekanan darah sangat tinggi ($\geq 160/100$ mmHg) atau adanya kerusakan organ target (HMOD). Pada sebagian besar pasien, diperlukan pengukuran berulang di klinik maupun pemantauan dengan HBPM atau ABPM. Ambang batas diagnosis hipertensi dengan ABPM adalah rerata $\geq 130/80$ mmHg (24 jam), sedangkan dengan HBPM $\geq 135/85$ mmHg.

Evaluasi klinis bertujuan menegakkan derajat hipertensi, menapis kemungkinan penyebab sekunder, mengidentifikasi faktor risiko kardiovaskular lain, serta mendeteksi adanya HMOD. Pemeriksaan yang dianjurkan meliputi EKG untuk mendeteksi hipertrofi ventrikel kiri, albuminuria untuk menilai fungsi ginjal, funduskopi, serta pencitraan bila diperlukan (ekokardiografi, USG karotis, ABI, PWV, CT/MRI). Evaluasi

ini penting untuk stratifikasi risiko dan menentukan strategi penatalaksanaan (PERHI, 2021).

Menurut *American Heart Association* (AHA) yang dikutip oleh Fitria (2022) dan beberapa penelitian Indonesia, hipertensi diklasifikasikan berdasarkan nilai tekanan darah:

1. Normal: $<120/80$ mmHg
2. Prehipertensi / Tekanan darah meningkat: $120-129/<80$ mmHg
3. Hipertensi Derajat 1: $130-139/80-89$ mmHg
4. Hipertensi Derajat 2: $\geq 140/90$ mmHg
5. Hipertensi Krisis (Darurat Hipertensi): $>180/120$ mmHg

Selain klasifikasi berdasarkan nilai tekanan darah, menurut Ernawati (2020) hipertensi juga dibedakan menjadi:

1. Hipertensi primer (esensial): tidak diketahui penyebab spesifiknya, namun berhubungan dengan faktor gaya hidup, genetik, dan usia.
2. Hipertensi sekunder: disebabkan oleh kondisi medis lain, misalnya penyakit ginjal kronis, gangguan endokrin, atau efek obat-obatan.

2.4.6 Komplikasi Hipertensi

Hipertensi yang tidak terkontrol merupakan faktor risiko utama penyakit kardiovaskular. Penelitian Yuliani (2023) menjelaskan bahwa tekanan darah tinggi kronis menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri, gagal jantung, dan penyakit jantung koroner. Lebih lanjut, hipertensi dapat mempercepat proses aterosklerosis, sehingga meningkatkan risiko infark miokard. Fitria (2022) juga menegaskan bahwa penderita hipertensi

memiliki risiko dua kali lipat terkena serangan jantung dibandingkan individu dengan tekanan darah normal.

Hipertensi berkaitan erat dengan risiko stroke, baik iskemik maupun hemoragik. Dewi & Lestari (2021) menemukan bahwa sekitar 70% pasien stroke di Indonesia memiliki riwayat hipertensi. Selain stroke, hipertensi juga memengaruhi fungsi ginjal. Menurut Ernawati (2021), tekanan darah tinggi kronis dapat merusak glomerulus dan menyebabkan penyakit ginjal kronis, yang jika tidak ditangani dapat menyebabkan gagal ginjal terminal. Oleh karena itu, hipertensi sering disebut sebagai pembunuh diam-diam karena kerusakannya berkembang tanpa gejala hingga menimbulkan komplikasi serius.

2.4.7 Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi dibagi menjadi dua kategori yaitu farmakologis dan nonfarmakologis. Menurut Smeltzer dalam Putri (2022) menjelaskan sebagai berikut:

1. Penatalaksanaan farmakologis bertujuan untuk mencegah kematian dan komplikasi dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah arteri pada atau di bawah 140/90 mmHg (130/80 mmHg untuk penderita diabetes melitus dan penyakit ginjal kronis).
2. Penatalaksanaan nonfarmakologis meliputi penurunan berat badan, pembatasan alkohol dan natrium, olahraga teratur, dan relaksasi.

Penatalaksanaan hipertensi meliputi modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologis, dengan tujuan utama menurunkan tekanan darah ke

tingkat target dan mencegah kerusakan organ akibat hipertensi. Modifikasi gaya hidup merupakan langkah awal yang direkomendasikan untuk semua pasien, baik yang menderita hipertensi maupun yang berisiko tinggi. Perubahan gaya hidup ini meliputi pembatasan asupan garam tidak lebih dari 2 gram natrium per hari (setara dengan 5-6 gram NaCl), konsumsi makanan seimbang yang kaya sayur, buah, kacang-kacangan, ikan, dan produk susu rendah lemak, serta pembatasan daging merah dan lemak jenuh. Lebih lanjut, pengendalian berat badan merupakan komponen penting, dengan target indeks massa tubuh 18,5-22,9 kg/m² dan lingkar pinggang <90 cm untuk pria dan <80 cm untuk wanita. Aktivitas fisik berupa latihan aerobik intensitas sedang direkomendasikan minimal 30 menit per hari, 5-7 hari per minggu. Pasien hipertensi juga disarankan untuk berhenti merokok, membatasi konsumsi alkohol, dan mempertahankan gaya hidup sehat secara berkelanjutan (PERHI, 2021a).

Terapi farmakologis yang direkomendasikan adalah penggunaan kombinasi dua obat sebagai terapi inisial pada sebagian besar pasien, dengan preferensi dalam bentuk *Single Pill Combination* (SPC) untuk meningkatkan kepatuhan, kombinasi yang sering di gunakan (PERHI, 2021):

1. Rapi inisial: sebagian besar pasien dianjurkan memulai dengan kombinasi dua obat, sebaiknya dalam bentuk single pill combination (SPC) untuk meningkatkan kepatuhan.

2. Kombinasi utama yang dianjurkan:

- a. ACE inhibitor (Captopril, Ramipril) atau ARB (Candesartan)+Calcium Channel Blocker (CCB) (Amlodipine),
atau
- b. ACE inhibitor (Captopril, Ramipril) atau ARB (Candesartan)+diuretik (Furosemide, Hydrochlorothiazide).

3. Monoterapi hanya dipertimbangkan pada:

- a. Pasien hipertensi derajat 1 dengan risiko kardiovaskular rendah.
- b. Pasien usia sangat lanjut (≥ 80 tahun).
- c. Pasien dengan kondisi lemah (frail).

4. Tidak dianjurkan: penggunaan kombinasi dua penghambat sistem renin-angiotensin (ACE inhibitor (Captopril, Ramipril)+ARB (Candesartan)) karena meningkatkan risiko efek samping tanpa memberi manfaat tambahan.

2.4.8 Pencegahan dan Pengendalian Hipertensi

Hipertensi merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan, tetapi dapat dikontrol dengan mengatasi faktor risiko dan komplikasinya. Hipertensi dapat dikelola dengan mengonsumsi makanan seimbang, mengelola obesitas atau menurunkan berat badan berlebih, berolahraga secara teratur, dan berhenti merokok (Suling, 2018). Tujuan pengelolaan hipertensi adalah untuk mencegah dan mengurangi risiko penyakit, komplikasi, bahkan kematian (Kemenkes RI, 2019). Beberapa makanan

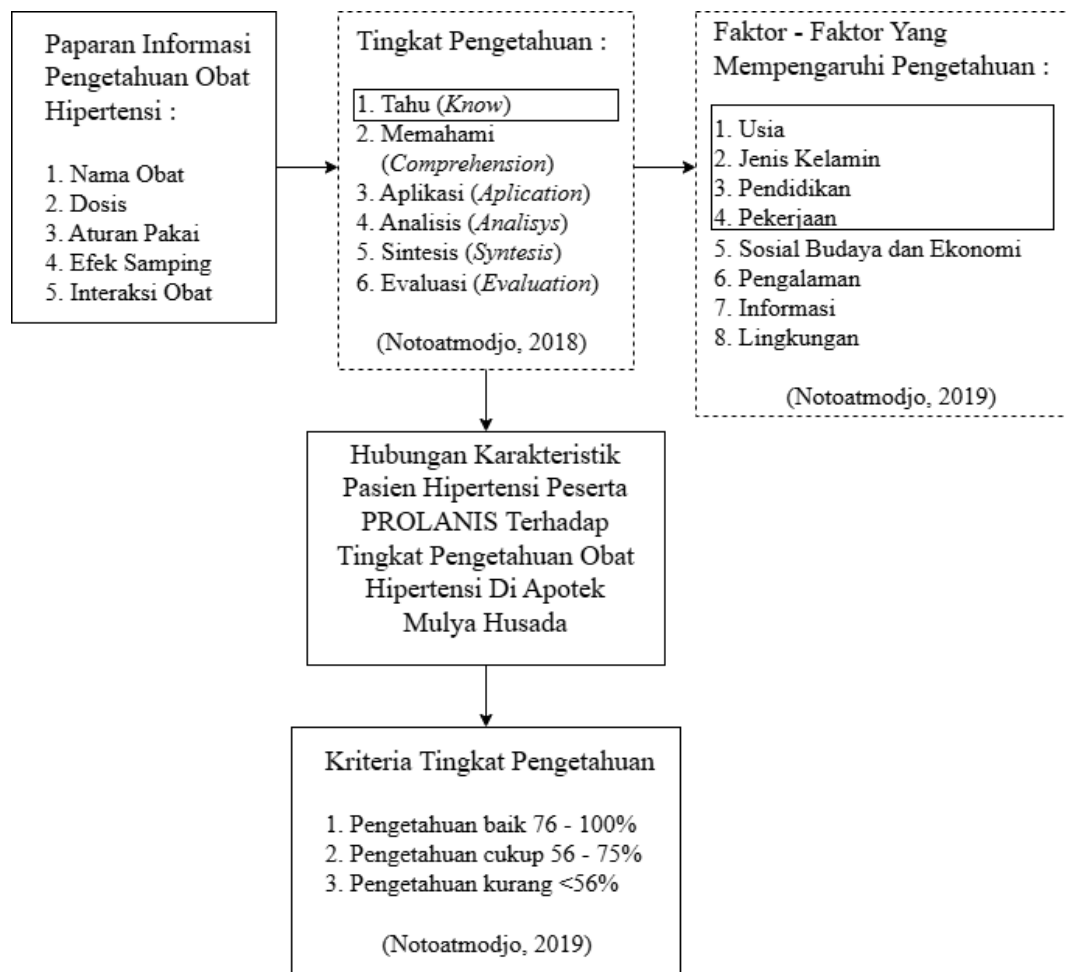
dan minuman yang sebaiknya dihindari atau dibatasi oleh penderita hipertensi:

1. Hindari makanan tinggi lemak jenuh, seperti otak, ginjal, paru-paru, minyak kelapa, dan lemak babi.
2. Makanan olahan dengan garam/natrium, seperti biskuit, kerupuk, keripik, dan makanan kering asin.
3. Makanan atau minuman kemasan kaleng, seperti sarden, sosis, kornet, sayur dan buah kaleng, serta minuman ringan.
4. Makanan yang diawetkan, seperti dendeng sapi, acar buah/sayur, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, dan makanan lain selain kacang tanah.
5. Susu full cream, mentega, margarin, keju, mayones, dan makanan yang mengandung protein hewani dengan kadar kolesterol tinggi, seperti daging merah (sapi/kambing), kuning telur, dan kulit ayam.
6. Bumbu penyedap, seperti kecap manis, Maggi, terasi, saus tomat dan saus sambal, tauco, dan bumbu penyedap lainnya yang umumnya mengandung natrium.
7. Alkohol dan makanan yang mengandung alkohol, seperti durian dan tape.

2.5 Kerangka Teori

Sebuah penelitian, kerangka teori atau paradigma merupakan pedoman yang menjelaskan teori-teori inti yang digunakan sebagai acuan untuk memahami dan menjabarkan fenomena yang sedang dikaji (Wardani, 2021).

Adapun kerangka teori dalam penelitian ini yaitu:



Gambar 2.1 Kerangka Teori

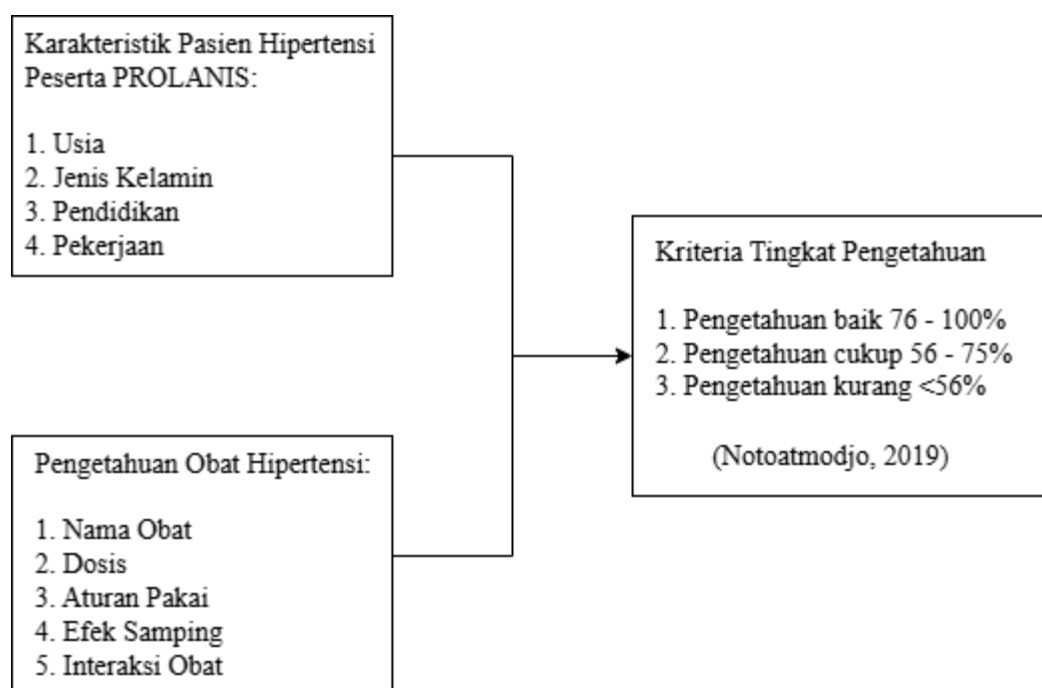
Keterangan :

Diteliti :

Tidak Diteliti :

2.6 Kerangka Konsep

Sebuah penelitian, kerangka konseptual merupakan gambaran dari hubungan antara berbagai konsep yang relevan dengan topik penelitian. Kerangka ini berguna untuk menjelaskan secara mendalam keterkaitan antar konsep-konsep tersebut (Wardani, 2021). Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini yaitu:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep