

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh konseling terhadap kepatuhan dan keberhasilan terapi pada pasien hipertensi di Puskesmas Gondokusuman I Yogyakarta. Penelitian dilakukan selama 6 bulan, dari bulan Februari 2018 – Agustus 2018. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat apakah konseling memberikan pengaruh terhadap kepatuhan dan keberhasilan terapi hipertensi. Kepatuhan pasien dinilai dari skor kuesioner MMAS-8 sedangkan keberhasilan terapi dilihat dari ukuran tekanan darah pasien.

Pengambilan data dilakukan dengan mencatat ukuran tekanan darah pasien yang telah diukur oleh perawat dan melakukan konseling kepada pasien dengan sekaligus menjawab kuesioner MMAS-8 untuk mengukur skor kepatuhan pasien. Jumlah sampel yang diambil berdasarkan perhitungan sebelumnya adalah sebanyak 28 orang.

A. Karakteristik Pasien

Pada penelitian ini terdapat beberapa macam karakteristik pasien yang dilihat dari jenis kelamin, pendidikan terakhir, jumlah obat yang dikonsumsi, dan usia.

Tabel 4. Karakteristik Pasien

Karakteristik	Kelompok				Sig. Chi Square
	Perlakuan	%	Kontrol	%	
Jenis Kelamin					.699
Laki-laki	5	35,71	6	42,86	
Perempuan	9	64,29	8	57,14	
Pendidikan					.072
SD	0	0,00	2	14,29	
SMA	9	64,29	3	21,43	
PT	1	7,14	0	0,00	
D3	2	14,29	1	7,14	
S1	2	14,29	7	50,00	
S2	0	0,00	1	7,14	
Jumlah Obat					.403
1	11	78,57	9	64,29	
2	3	21,43	5	35,71	
Umur					.016*
35 – 44	0	0,00	6	42,86	
45 – 54	8	57,14	6	42,86	
55 – 64	6	42,86	2	14,28	
Baseline tekanan darah					.867
Normal	7	50,0	7	50,0	
140-159/90-99	4	28,6	3	21,4	
≥160/100	3	21,4	4	28,6	

Dari penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat lebih banyak pasien berjenis kelamin perempuan yang menderita hipertensi dibandingkan dengan laki-laki. Hasil yang didapat yaitu terdapat 17 pasien perempuan dan 11 pasien laki-laki. Hasil ini sejalan dengan Hasil RISKESDAS 2013 yang menyatakan bahwa prevalensi hipertensi lebih banyak terjadi pada perempuan daripada laki-laki.

Menurut penelitian Everett dan Zajacova (2016) hal ini dapat terjadi karena faktor biologi dan tingkah laku. Faktor biologi contohnya adalah hormon seks,

perbedaan kromosom, dan perbedaan biologi seks lainnya yang dapat melindungi perempuan dari hipertensi. Faktor-faktor ini muncul pada saat perempuan memasuki masa remaja, masih ada saat perempuan beranjak dewasa sampai akhirnya mencapai perempuan menopause, dimana faktor-faktor perbedaan jenis kelamin pada hipertensi menjadi hampir tidak ada sampai tidak ada sama sekali.

Faktor perilaku pada hipertensi termasuk *body mass index* (BMI) yang tinggi, merokok, dan kurangnya aktivitas fisik. Terdapat BMI yang berbeda pada tiap jenis kelamin, namun perempuan memiliki prevalensi yang lebih tinggi untuk terkena obesitas daripada laki-laki. Sedangkan laki-laki memiliki prevalensi yang lebih tinggi pada berat badan lebih (*overweight*) daripada perempuan.

Tabel 5. BMI menurut WHO

BMI	Status
Dibawah 18,5	<i>Underweight</i>
18,5 – 24,9	Berat badan normal
25 – 29,9	<i>Overweight</i>
≥30	Obesitas

Prevalensi merokok lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan walaupun perbedaan kelamin disini sudah menjadi lebih kecil pada beberapa tahun belakangan. Aktivitas fisik juga lebih tinggi daripada perempuan. Jika dilihat dari semua faktor perilaku maka dapat dikatakan bahwa beberapa faktor perilaku, seperti obesitas dan aktivitas fisik, dapat menutup perbedaan jenis kelamin pada hipertensi, tapi faktor perilaku yang lain seperti merokok dapat meningkatkannya. Pada analisis Chi Square didapatkan nilai $p=.699$ ($p>0.05$) yang menandakan bahwa tidak terdapat

perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan konseling jika dilihat pada jenis kelamin.

Berdasarkan pendidikan terakhir, terdapat beberapa kelompok dari pasien yaitu pasien dengan pendidikan terakhir SD, SMA, PT, D3, S1, dan S2. Terdapat 2 orang dengan pendidikan terakhir SD, 12 orang dengan pendidikan terakhir SMA, 1 orang dengan pendidikan terakhir PT, 3 orang dengan pendidikan terakhir D3, 9 orang dengan pendidikan terakhir S1, dan 1 orang dengan pendidikan terakhir S2. Pada penelitian ini didapatkan hasil Chi Square dengan $p > 0.05$ yang menandakan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kontrol. Pendidikan dinilai dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam menjalani terapinya. Dalam Pedoman Konseling DEPKES (2007) disebutkan bahwa terdapat beberapa penyebab dalam ketidakpatuhan pasien dalam menggunakan obat, di antara lain faktor penyakit, faktor terapi, faktor pasien, dan faktor komunikasi.

Pada penelitian ini pasien hanya mendapat satu atau dua obat. Pada Tabel 4 dapat dilihat bahwa terdapat 20 pasien yang mendapatkan satu jenis obat dan 8 pasien mendapatkan dua jenis obat. Obat yang didapat untuk satu jenis obat rata-rata adalah Captopril sedangkan untuk dua jenis obat adalah kombinasi antara Amlodipin dan Hidroklortiazid. Analisis Chi Square pada karakteristik ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan di antara kelompok perlakuan dan konseling.

Pada sebuah penelitian oleh Pujasari (2015), disebutkan bahwa pasien yang mendapatkan dua jenis obat atau kombinasi cenderung tidak patuh terhadap terapinya. Pernyataan yang sama juga disebutkan oleh Dunham & Karkula (2012)

dalam Adikusuma (2015), bahwa salah satu faktor penghalang kepatuhan pasien dalam menjalani terapinya adalah regimen terapi yang kompleks atau kombinasi, bersamaan dengan lamanya terapi (penyakit kronis), komunikasi yang kurang baik antara pasien dengan tenaga kesehatan, juga mengkonsumsi alkohol dan penyalahgunaan obat.

Pada karakteristik umur pasien, didapatkan bahwa penderita hipertensi lebih banyak pada umur 45 – 54 tahun. Dapat dilihat pada Tabel 4 bahwa pasien pada umur 35 – 44 tahun hanya terdapat sebanyak 6 orang, pada umur 45 – 54 tahun sebanyak 14 orang dan pada umur 55 – 64 tahun sebanyak 8 orang. Pada Hasil RISKESDAS 2013 disebutkan bahwa prevalensi hipertensi bertambah dengan bertambahnya umur. Pada data umur dapat dilihat bahwa nilai $p < 0.05$ yang menandakan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan diantara kelompok intervensi dan kontrol jika dilihat dari karakteristik umur. Dapat dilihat bahwa kelompok perlakuan lebih banyak didominasi oleh pasien usia 45 – 64 tahun sedangkan pada kelompok kontrol didominasi oleh pasien dengan usia produktif yaitu 35 – 54 tahun.

Pada penelitian lain oleh Yap, Thirumoorthy, dan Kwan (2016), disebutkan bahwa kepatuhan menjadi lebih rendah pada pasien yang lebih tua dikarenakan ada kemungkinan komorbiditas yang menyebabkan pasien mendapatkan pengobatan polifarmasi, yang menjadi resiko tinggi terjadinya ketidakpatuhan pada pengobatan, dibandingkan pada pasien yang berusia lebih muda. Lalu dapat juga disebabkan karena pasien yang lebih tua cenderung menyukai jadwal minum obat yang simple, seperti sekali tiap pagi daripada yang diminum dua kali sehari. Faktor penting yang

lain adalah biaya pengobatan. Biasanya pasien yang lebih tua sudah tidak bekerja atau termasuk dalam kelompok dengan pendapatan yang rendah, karena itu mereka lebih mengutamakan perhatian mereka pada makan dan tempat tinggal sehari-hari daripada untuk membeli obat. (Yap, Thirumoorthy, dan Kwan, 2016).

Karakteristik pasien yang terakhir dilihat dari baseline tekanan darah pasien. Pembagian baseline dilakukan dengan membagi jenis tekanan darah menjadi normal, hipertensi stage 1 (140-159/90-99) dan hipertensi stage 2 ($\geq 160/100$). Dengan uji Chi square dapat dilihat bahwa hasil $p > 0.05$ menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol.

B. Pengaruh Konseling terhadap Kepatuhan Pasien Hipertensi

Pada penelitian ini digunakan kuesioner MMAS-8 untuk mengukur kepatuhan dan hasil yang didapatkan adalah rata-rata skor kepatuhan pasien.

Tabel 6. Perbedaan Skor Kepatuhan Antara Kelompok Perlakuan dan Kontrol

Mean	Kelompok		Perbedaan Mean Pre-Post	Sig.
	Pre-test	Post-test		
Perlakuan	3,50±2,534	5,00±1,617	1,50±2,103	.019*
Kontrol	4,50±1,951	4,86±1,875	0,36±1,737	.455
Sig. Uji Beda				.129

Pada tabel di atas dapat dilihat bahwa terdapat kenaikan skor kepatuhan yang lebih tinggi pada kelompok perlakuan dibanding pada kelompok kontrol. Kenaikan skor kepatuhan pada kelompok konseling adalah sebesar 1,50±2,103 sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 0,36±1,737. Menggunakan Uji Paired T-test pada tiap

kelompok, didapatkan bahwa terdapat perubahan yang signifikan pada perubahan skor kepatuhan pada kelompok konseling ($p < 0.05$) dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p > 0.05$).

Hasil selanjutnya adalah mean selisih antar kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol, yang dihitung dengan cara mengurangi skor posttest dengan skor pretest. Hasil ini kemudian diuji dengan uji Independent T-test dan didapatkan hasil bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan konseling dengan nilai $p = 0,129$ ($p > 0.05$). Hasil ini menunjukkan bahwa pada penelitian ini konseling tidak memberikan pengaruh yang bermakna terhadap kepatuhan pasien hipertensi.

Hasil penelitian ini berbanding terbalik dengan penelitian sebelumnya oleh Harwandy (2017) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara skor kepatuhan kelompok perlakuan dan kontrol. Hasil penelitian serupa juga didapatkan oleh Wati, dkk. (2015), yaitu terdapat perbedaan signifikan antara kelompok perlakuan dan kontrol.

Ketidakberhasilan konseling pada penelitian ini dapat disebabkan oleh beberapa hal. Hal yang pertama bisa dikarenakan oleh ruangan konseling yang tidak memadai. Menurut Pedoman Konseling oleh DINKES, konseling baiknya dilakukan diruangan yang tertutup dan khusus untuk konseling agar *privacy* pasien terjaga. Konseling dapat dilakukan dengan efektif apabila dilakukan diruangan yang dapat menjaga *privacy* pasien sehingga dapat dilakukan pembicaraan yang bersifat penting dan

rahasia. Pada sebuah penelitian di Australia ditemukan bahwa pasien akan lebih mempercayai staf farmasi komunitas ketika mereka menilai farmasi sebagai ruang kesehatan yang aman. Staf farmasi perlu untuk lebih awas dalam memanggil nama pasien, melakukan pembicaraan tentang pengobatan dan memperlihatkan obat yang akan dibeli atau digunakan (Hattingh, H. L., dkk., 2015).

Pada penelitian ini konseling tidak dilakukan di tempat seperti yang telah disebutkan di atas. Konseling dilakukan di ruang tunggu pasien di depan kasir dengan meja dan kursi yang berhadapan, akan tetapi terdapat pasien dan staff puskesmas yang berlalu-lalang. Ketika puskesmas sedang ramai dan berisik, tidak jarang pula pasien harus menguatkan suaranya dan harus lebih fokus ketika mendengarkan konseling sehingga tidak memaksimalkan hasil konseling.

Hal kedua dapat disebabkan karena ketidakpatuhan yang dilakukan oleh pasien. Penelitian oleh Horne, dkk. (2013) menyebutkan bahwa NICE Medicines Adherence Guidelines menyebutkan ketidakpatuhan pasien terbagi menjadi dua, yaitu yang tidak disengaja dan disengaja. Kepatuhan yang tidak disengaja terjadi ketika pasien tersebut ingin patuh menggunakan obat tetapi tidak bisa karena mereka tidak memiliki kemampuan dan tidak mengetahui caranya. Sebagai contoh, pasien mungkin tidak mengerti instruksi pemakaian obat, tidak memiliki biaya, atau kesulitan untuk menjadwalkan dan mengingat pengobatannya. Ketidakpatuhan yang disengaja terjadi ketika pasien tersebut memutuskan untuk tidak mengikuti pengobatan yang direkomendasikan dokter.

Pada penelitian oleh Dewi (2015), disebutkan jika kepatuhan pasien pada pengobatan penyakit kronis umumnya rendah. Beberapa contoh ketidakpatuhan yang tidak sengaja lainnya adalah karena aktivitas yang padat dan yang disengaja adalah ketika pasien sudah merasa lebih baik atau bertambah parah. Pasien yang tidak patuh dalam mengkonsumsi obatnya beranggapan bahwa saat pasien telah meminum obat maka penyakitnya telah sembuh dan tidak perlu minum obat kembali. Lalu pada saat muncul gejala seperti sakit di bagian tengkuk atau bahu, baru pasien akan meminum obatnya kembali. Hal ini bisa disebabkan karena kurangnya pemahaman pasien tentang penggunaan obat dan resiko yang terjadi apabila tekanan darah tidak mencapai target yang diinginkan.

Pada penelitian ini, saat konseling pasien mengaku tidak patuh minum obat karena lupa yang disebabkan beberapa hal seperti ketiduran, sibuk, tidak membawa obat saat diluar rumah, dan tidak makan sehingga tidak minum obat yang seharusnya diminum setelah makan. Ada juga pasien yang tidak minum obat karena pasien tersebut tidak ingin tergantung dengan obat, sehingga pasien tersebut hanya memperbaiki pola hidupnya saja. Konseling yang hanya dilakukan sekali dalam jangka waktu satu bulan dirasa belum cukup untuk memonitoring dan mengubah ketidakpatuhan pasien tersebut.

Lalu yang terakhir adalah dapat disebabkan karena pada penelitian ini konseling dilakukan oleh tenaga selain apoteker. Hal ini dapat menyebabkan pasien merasa kurang percaya dengan informasi yang telah didapatkan sehingga tidak semua pasien

mengalami peningkatan dalam ukuran kepatuhan. Konseling yang diberikan seharusnya dapat memberikan pengetahuan yang lebih kepada pasien mengenai penyakitnya yang diharapkan dapat membantu pasien dalam menjalani pengobatan.

Pemberian konseling yang berhasil dapat memberikan manfaat kepada pasien. Pada sebuah penelitian oleh Wati, Mustofa, dan Puspitasari (2015), konseling berpengaruh secara bermakna pada peningkatan kepatuhan pasien hipertensi dan pengetahuan pasien mengenai penyakit hipertensi dan pengobatannya. Kepatuhan pasien dalam menjalankan pengobatan dapat meningkatkan hasil terapi dengan tercapainya target tekanan darah sistolik dan diastolik.

C. Pengaruh Konseling terhadap Keberhasilan Terapi Hipertensi

Penilaian tekanan darah dilakukan dengan mencatat ukuran tekanan darah sistolik dan diastolik pasien dan membandingkan hasil pretest dan posttest dari tekanan darah tersebut.

Tabel 7. Perbedaan Tekanan Darah Antara Kelompok Perlakuan dan Kontrol

Ukuran tekanan darah (Mean)				
Kelompok	Pre-test Sistolik	Post-test Sistolik	Perbedaan Mean Pre- Post Sistolik	Sig.
Perlakuan	143,36±19,634	132,14±11,883	-11,21±13,554	.009
Kontrol	144,07±20,071	139,29±15,424	-4,79±12,974	.223
Sig. Uji Beda			.181	
Kelompok	Pre-test Diastolik	Post-test Diastolik	Perbedaan Mean Pre- Post Diastolik	Sig.
Perlakuan	87,86±9,750	86,07±4,875	-1,79±8,684	.510
Kontrol	88,93±9,236	86,43±6,333	-2,50±5,801	.149
Sig. Uji Beda			.728	

Data diatas adalah perbandingan tekanan darah rata-rata antara kelompok perlakuan dan kontrol. Dapat dilihat dari perbandingan tersebut bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kontrol, yang ditandai dengan nilai $p > 0.05$. Hasil tersebut berbeda dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya dimana terdapat perbedaan tekanan darah antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Febrianti (2013) memiliki hasil yang berbeda, yaitu terdapat perubahan yang signifikan pada tekanan darah sistolik dan diastolik antara kelompok perlakuan dan kontrol. Sedangkan pada penelitian ini hanya terdapat perbedaan yang signifikan pada tekanan darah sistolik pretest dan posttest pada kelompok perlakuan. Hasil penelitian yang sama juga didapatkan oleh Mulyasih (2010), bahwa terdapat perubahan yang signifikan pada tekanan darah sistolik dan diastolik antara kelompok perlakuan dan kontrol. Pengaruh konseling dilihat secara statistik pada kelompok perlakuan bahwa terdapat penurunan rata-rata tekanan darah sistolik yang signifikan dengan $p < 0.05$, yang menandakan terdapat perubahan yang bermakna antara tekanan darah sistolik pretest dan posttest. Pada sebuah penelitian oleh Mutmainah dan Rahmawati (2010), disebutkan bahwa kegagalan terapi atau tidak tercapainya target tekanan darah yang diinginkan terkadang tidak sepenuhnya berasal dari ketidakpatuhan pasien. Seperti yang telah dibahas sebelumnya, keadaan tempat yang tidak kondusif untuk melakukan konseling juga dapat membuat kegiatan konseling menjadi kurang optimal. Konseling yang

dilakukan oleh tenaga selain apoteker juga dapat menjadi alasan konseling tidak berhasil seperti yang diharapkan.

Konseling yang optimal dapat memberikan beberapa manfaat bagi pasien dalam menjalankan terapinya. Pada penelitian oleh Pawar, dkk. (2014), pada pasien yang mendapatkan konseling hipertensi oleh apoteker didapatkan bahwa pasien jadi memiliki pengetahuan lebih mengenai penyakit hipertensi, lalu terdapat ukuran kepatuhan yang meningkat serta tekanan darah yang terkontrol. Penelitian ini juga menyimpulkan bahwa konseling juga sangat dibutuhkan pada penyakit kronik lainnya seperti penyakit jantung, diabetes mellitus, dan lain-lain.

D. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh konseling terhadap kepatuhan dan keberhasilan terapi pasien hipertensi. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah penelitian yang berlangsung singkat yaitu 1 bulan sehingga berpengaruh kepada jumlah sampel yang sedikit dan *follow up* yang hanya dilakukan sekali. Kemudian saat dilakukan konseling, tidak tersedia ruangan khusus untuk konseling sehingga terdapat kemungkinan pasien tidak benar-benar fokus mendengarkan konseling karena dilakukan dekat dengan ruang tunggu yang biasanya ramai dan berisik. Konseling juga dilakukan oleh selain apoteker yang dapat menjadi salah satu alasan hasil konseling tidak sesuai dengan hipotesis. Namun diharapkan penelitian ini dengan segala kekurangannya tetap dapat bermanfaat seperti yang diharapkan dan

dapat menjadi acuan untuk pelaksanaan asuhan kefarmasian di Puskesmas Gondokusuman I Yogyakarta.