

KEPATUHAN PENGOBATAN PADA PENDERITA HIPERTENSI

Yunita Galih Yudanari

Abstrak

Hipertensi merupakan salah satu jenis penyakit kronik dengan insidensi yang terus meningkat pertahun. Pengendalian tekanan darah pada pasien hipertensi dipengaruhi oleh kepatuhan penderita dalam melakukan kontrol tekanan darah dan konsumsi obat anti hipertensi. Tulisan ini bertujuan untuk mengetahui kepatuhan pasien hipertensi dalam menjalankan pengobatan dengan menggunakan metode tinjauan literatur dari berbagai sumber tentang hipertensi dan kepatuhan pasien hipertensi terhadap pengobatan. Hasil dari tinjauan literatur menunjukkan bahwa pasien hipertensi kebanyakan tidak patuh terhadap prosedur pengobatan dan kontrol terhadap tekanan darah dengan beberapa alasan diantaranya adalah kurangnya pengetahuan tentang penatalaksanaan pasien hipertensi. Kepatuhan dapat ditingkatkan dengan adanya pendidikan kesehatan dengan metode diskusi kelompok, dimana terjadi sharing pengalaman diantara pasien hipertensi sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan motivasi terhadap kepatuhan pengobatan.

Kata Kunci: Hipertensi, Kepatuhan, Pendidikan Kesehatan, Diskusi Kelompok

PENDAHULUAN

Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab utama mortalitas dan disabilitas di seluruh dunia (Zallman, Himmelstein, Woolhandler, Bor, et al., 2013). Salah satu penyakit kardiovaskuler tersebut adalah Hipertensi. Hipertensi merupakan penyakit yang sering dijumpai diantara penyakit tidak menular. Hearth Foundation (2010) mendefinisikan hipertensi sebagai suatu kondisi apabila tekanan darah sistolik sama dengan atau lebih tinggi dari 140 mmHg dan tekanan darah sistolik sama dengan atau lebih tinggi dari 90 mmHg. Hal tersebut terjadi apabila terdapat peningkatan tekanan yang persisten didalam pembuluh darah (World Health Organisation, 2013). Penentuan diagnosis hipertensi dilakukan dengan pengukuran tekanan darah secara berulang dalam keadaan istirahat, tanpa pengaruh dari ansietas, kopi, alkohol maupun merokok (Tuty, 2006). Untuk hasil yang dapat dipertanggungjawabkan biasanya pengukuran dilakukan tiga kali pengukuran dalam interval satu bulan menggunakan spignomanometer yang berbeda (*North of*

England Hypertension Guideline Development Group, 2004).

Penderita hipertensi memiliki resiko tinggi terhadap kejadian penyakit lain yang timbul kemudian seperti penyakit jantung koroner, gagal jantung, kerusakan pembuluh otak dan gagal ginjal (Dalimartha, 2008). Sedangkan komplikasi lain menurut Zeng et al. (2009) diantaranya retinopati hipertensi dan nefropati hipertensi. Sejalan dengan pernyataan tersebut, Chobanian, Bakris dan Black (2003) mengungkapkan bahwa penyakit hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan peluang tujuh kali lebih besar terkena stroke, enam kali lebih besar terkena *congestive heart failure* dan tiga kali lebih besar terkena serangan jantung. Tulisan ini bertujuan untuk mengetahui kepatuhan pasien hipertensi terhadap pengobatan.

METODE PENELITIAN

Tulisan ini menggunakan metode tinjauan literatur (*literatur review*) dari berbagai sumber tentang kepatuhan pengobatan pasien hipertensi terhadap rejimen pengobatan anti hipertensi, yaitu jurnal internasional dan

nasional yang menggunakan metode penelitian yang berbeda dengan pendekatan kuantitatif.

HASIL

Kepatuhan merupakan fenomena multidimensi yang saling terkait yaitu faktor pasien, faktor terapi, faktor sistem kesehatan, faktor lingkungan dan faktor sosial ekonomi (WHO,2003). Sehingga untuk mencapai tujuan pengobatan harus dilihat bagaimana faktor tersebut mempengaruhi perilaku seseorang dalam mematuhi program pengobatan mereka. Green (2005) dalam teori PRECEDE-PROCEED, menjelaskan 3 faktor utama yang mempengaruhi perilaku dalam PRECEDE yakni *Predisposing*, *Enabling* dan *Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*. Hal ini merupakan arahan untuk menganalisis atau diagnosis dalam mengevaluasi perilaku untuk intervensi pendidikan (promosi kesehatan). Selanjutnya diuraikan bahwa perilaku ditentukan oleh 3 faktor yaitu: 1) faktor *Predisposing* yang tergambar dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai. 2) faktor *Enabling* yang terdapat dalam lingkungan fisik dan fasilitas kesehatan. 3) faktor *Reinforcing* yang terwujud melalui sikap dan perilaku petugas kesehatan maupun dukungan sosial.

WHO (2003) menjelaskan beberapa hal yang harus dipahami dalam meningkatkan kepatuhan yaitu (1) pasien memerlukan dukungan, (2) konsekuensi dari ketidakpatuhan terhadap terapi jangka panjang adalah tidak tercapainya tujuan terapi dan meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, (3) peningkatan kepatuhan pasien dapat meningkatkan keamanan penggunaan obat, (4) kepatuhan merupakan faktor penentu yang cukup penting dalam mencapai efektifitas suatu sistem kesehatan, (5) memperbaiki kepatuhan merupakan intervensi terbaik dalam menangani penyakit kronis, (6) sistem kesehatan harus berkembang agar dapat menghadapi tantangan baru, (7) diperlukan pendekatan

secara multidisiplin dalam menyelesaikan masalah ketidakpatuhan.

Rohman *et al.* (2011) menyatakan penyebab tidak terkontrolnya hipertensi 53,2% adalah tidak teraturnya mengkonsumsi obat. Rata-rata kepatuhan pasien yang mendapatkan terapi jangka panjang pada penyakit kronis di negara-negara maju adalah 50%, sedangkan di negara-negara berkembang persentasenya bahkan lebih rendah (WHO, 2009). Marshall (2012) melaporkan bahwa diperkirakan angka ketidakpatuhan pasien hipertensi terhadap pengobatan mencapai 30-50%. Evadewi (2013) melakukan penelitian pada 267 sampel penderita hipertensi, mendapatkan data 71% penderita tidak patuh minum obat dan 29% patuh.

Kepatuhan pada pengobatan dan kepatuhan terhadap saran petugas kesehatan dapat dilihat dari sejauh mana pasien mengikuti atau mentaati perencanaan pengobatan yang telah disepakati oleh klien dan petugas kesehatan untuk mencapai kesembuhan (Frain, et al, 2009). Tipe-tipe ketidakpatuhan menurut University of south Australia, 1998 antara lain; (1) tidak minum obat sama sekali, (2) tidak minum obat dalam dosis yang tepat (terlalu kecil atau besar), (3) minum obat untuk alasan yang salah, (4) jarak waktu minum obat yang kurang tepat, (5) minum obat lain disaat yang sama sehingga menimbulkan interaksi obat.

Penderita dengan ketidakpatuhan merupakan salah satu penyulit dalam manajemen hipertensi dan merupakan faktor penghambat kontrol tekanan darah yang baik. Semakin tinggi tekanan darah, semakin tinggi resiko terjadinya penyakit jantung koroner, gagal jantung, stroke dan gagal ginjal (WHO, 2010; Kabo, 2011; Suharjono, 2008). Hairunisa (2014) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa rentang usia tidak patuh dalam menjalankan terapi hipertensi baik obat maupun diet adalah usia 56-60 tahun. Sedangkan Shermock (2009) dalam penelitian tentang *Impact of continuity of*

care and provider factors on medication adherence in patients with hypertension menjelaskan bahwa 50% pasien menghentikan terapi pada tahun pertama, dan 50% dari pasien yang tersisa menjadi tidak patuh pada terapi hipertensi dalam waktu lama. Sedangkan hasil kategori kepatuhan mengkonsumsi obat di Indonesia berdasarkan penelitian yang dilakukan Ramadona (2011) dan Evadevi & Sukmayanti (2013), bahwa pasien yang telah mengalami hipertensi selama satu hingga lima tahun cenderung lebih mematuhi proses mengkonsumsi obat, sedangkan pasien yang telah mengalami hipertensi enam hingga sepuluh tahun cenderung memiliki kepatuhan mengkonsumsi obat yang lebih buruk. Luscher dan tim melaporkan bahwa 80% kepatuhan terhadap regimen obat antihipertensi dapat menurunkan tekanan darah ke tingkat normal dan kepatuhan 50% tidak efektif dan adekuat untuk menurunkan tekanan darah (WHO, 2010).

Roumie et al (2011) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa terdapat hubungan antara kepatuhan terhadap pengobatan dan kontrol tekanan darah; semakin tinggi kepatuhan, akan semakin baik kontrol. Penelitian lainnya dilakukan oleh Pratiwi (2011) yang meneliti tentang pengaruh konseling terhadap kepatuhan pasien hipertensi yang menyimpulkan bahwa terdapat pengaruh konseling obat terhadap kepatuhan penderita hipertensi. Hal ini mendukung pernyataan Lailatushifah (2010) bahwa perlu dilakukan berbagai konseling baik melalui pendekatan kognitif maupun perilaku agar kesadaran pasien untuk patuh dalam mengkonsumsi obat harian terwujud. Penelitian senada oleh Surgeon General C.Everalt Koop dalam simposium mengenai “ Meningkatkan Kepatuhan Pengobatan”, menyatakan bahwa ketidakpatuhan mengakibatkan penggunaan obat yang salah dan bisa mengakibatkan memburuknya keadaan pasien tersebut. Diperkirakan sekitar 125.000 kematian akibat ketidakpatuhan pada pengobatan dengan penyakit

kardiovaskuler (Pratiwi, 2011). Marshall (2012) melaporkan bahwa diperkirakan angka ketidakpatuhan pasien hipertensi terhadap pengobatan mencapai 30-50% menjadi faktor penting pencetus hipertensi (Anies, 2006).

Untuk menghindari terjadinya komplikasi hipertensi yang fatal, maka perlu adanya tindakan pencegahan yang baik (*stop high blood pressure*). Shermock (2009) mengungkapkan bahwa *Joint National Committee VII* dalam laporan pada pencegahan, deteksi, evaluasi dan pengobatan tekanan darah tinggi menyertakan Evidence Based terbaru tentang rekomendasi pengobatan untuk pasien hipertensi. Modifikasi gaya hidup seperti penurunan berat badan, modifikasi diet, peningkatan aktivitas fisik, dan moderasi konsumsi alkohol dianjurkan sebagai langkah pertama pada kebanyakan pasien dengan hipertensi. Namun, untuk sebagian besar pasien hipertensi, intervensi nonfarmakologi tidak cukup adekuat untuk mengontrol tekanan darah. Untuk pasien tersebut, terapi obat merupakan terapi yang dianjurkan dan menghasilkan penurunan tekanan darah yang cepat dan memiliki resiko kecil. Psaty (2003) dan Wang (2005) mengungkapkan bahwa hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang kuat antara pengobatan dan peningkatan morbiditas. Pengobatan dengan terapi antihipertensi dapat mencapai pengurangan 30-40% dalam kejadian stroke, penurunan 20-25% dalam Infark miokard dan lebih dari 50% pengurangan gagal jantung kongestif. Sehingga terapi farmakologis dianggap menjadi faktor utama dalam keseluruhan penurunan morbiditas dan mortalitas yang berhubungan dengan hipertensi pada 50 tahun terakhir.

Kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat dapat diukur menggunakan beberapa metode, Dusing, Lottermoser, & Mengden (2001) membahas beberapa metode untuk mengukur kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat hipertensi

: (1) *Medication Event Monitoring System (MEMS)*, metode ini menggunakan wadah obat khusus yang dilengkapi dengan mikrosirkuit yang akan mengirim data ke komputer setiap kali wadah tersebut dibuka dan ditutup. Sehingga MEMS mengukur kepatuhan dengan tepat termasuk ketepatan dosis harian dan interval antar dosis dengan akurat, (2) *Pil Counting* (hitung pil), metode ini menghitung sisa obat yang tidak dihabiskan oleh pasien. Metode ini digunakan dalam pengobatan jangka panjang. Kelemahannya adalah mudah dimanipulasi oleh pasien, selain itu waktu minum tidak dapat diketahui pasti, (3) *Refilling* (pengisian ulang), metode ini merupakan modifikasi dari *Pil counting* yakni obat tidak diberikan seluruhnya pada penderita tetapi dalam jangka waktu tertentu pasien harus kembali untuk mendapatkan stok dosis selanjutnya, (4) *chemical markers* (penanda kimia), untuk metode ini dilakukan dengan menggunakan penanda kimia seperti digoksin dan fenobarbital dalam dosis kecil yang dimasukkan dalam obat yang diresepkan. Metode ini membutuhkan formulasi khusus dan harus divalidasi variabel farmakokinetiknya, (5) *drug monitoring* (monitoring obat), metode ini menggunakan sampel darah yang diambil berkali-kali dan diperlukan analisis metode yang tergantung pada availabilitas uji yang sensitif, (6) *Self-report* (Laporan diri), evaluasi kepatuhan dengan metode ini biasanya menggunakan kuesioner sebagai data primer. Pasien ditanya mengenai pernah tidaknya lupa meminum obat, menggunakan obat untuk tujuan lain, memberikan obat kepada oranglain dan sebagainya.

Departemen kesehatan telah menyusun kebijakan dan strategi nasional pencegahan dan penanggulangan penyakit hipertensi yang meliputi tiga komponen utama yaitu survailan penyakit hipertensi, promosi dan pencegahan penyakit hipertensi serta manajemen pelayanan penyakit hipertensi (Depkes RI, 2013). Strategi yang dilakukan dalam pelaksanaan program promosi

pencegahan dan penanggulangan penyakit hipertensi menurut Elwes dan Simnett (dalam Iqbal, 2011) adalah menggunakan pendekatan edukasional atau pendidikan kesehatan yang bertujuan membantu individu mengambil keputusan dan sikap atas dasar pengetahuan dan pengertian yang diperoleh melalui informasi yang memadai.

Pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya atau kegiatan untuk mempengaruhi orang lain agar berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan (Fitriani, 2010). Sedangkan menurut Suliha (2002), pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran.

Maulana (2009) mengungkapkan bahwa pendidikan dilandasi oleh motivasi dengan mengubah tiga faktor penentu perilaku yaitu sikap, pengaruh sosial dan kemampuan komunikasi. Kegiatan dalam pendidikan kesehatan meliputi pemberian informasi tentang sebab akibat dari faktor-faktor yang menurunkan derajat kesehatan, eksploitasi nilai dan sikap serta pengembangan ketrampilan yang diperlukan. Sedangkan menurut Notoatmojo (2005) bahwa durasi waktu untuk perubahan perilaku tergantung dari kemampuan individu dalam menerima dan merespon stimulus yang berbeda. Perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran tidak akan berlangsung lama. Faktor-faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan disamping masukan atau *input* juga dipengaruhi oleh materi pesan, pendidikan atau petugas yang melakukannya, serta alat peraga yang digunakan dalam proses pendidikan (Notoatmodjo, 2007).

Metoda yang digunakan dalam pendidikan kesehatan didasarkan kepada tujuan yang akan dicapai dari pendidikan kesehatan tersebut. Metoda ini disesuaikan dengan pembelajaran, materi belajar serta kemampuan petugas kesehatan/ fasilitator,

semakin banyak menggunakan panca indra pembelajaran akan semakin efektif dan berpengaruh dalam penentuan metoda pembelajaran (Candra, 2012). Beberapa metode yang dapat digunakan dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan yaitu; 1) Pendidikan Individual, 2) Pendidikan Kelompok, 3) Pendidikan Massa (Publik). Untuk Pendidikan dengan Metode kelompok dibagi menjadi kelompok besar dengan anggota lebih dari 15 orang dan kelompok kecil dengan anggota kurang dari 15 orang. Beberapa metode yang cocok digunakan dalam pendidikan kesehatan dengan kelompok kecil antara lain; 1) Diskusi Kelompok Terarah, 2) Curah Pendapat (*Brain Storming*), 3) Bola Salju, 4) Kelompok-kelompok Kecil, 5) Role Play, dan 6) Permainan Simulasi (Notoatmodjo, 2005).

Selain pemilihan metode yang digunakan dalam pendidikan kesehatan pemilihan media juga mempunyai peranan yang penting dalam menunjang keberhasilan dari pendidikan kesehatan yang diberikan. Agar pemilihan media pendidikan kesehatan tepat, maka beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan menurut Sujana dan Rivai (2005) diantaranya ketepatan media dengan tujuan pembelajaran, dukungan terhadap isi bahan pelajaran, kemudahan memperoleh media, ketrampilan dalam menggunakannya, tersedia waktu untuk menggunakannya dan kesesuaian dengan taraf berfikir audien.

Banyak pilihan media pendidikan kesehatan yang dapat digunakan, diantaranya adalah penggunaan leaflet, buklet, video dan lain-lain. Yulianti (2013) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa penggunaan buklet lebih efektif dibandingkan dengan leaflet atau ceramah. Booklet merupakan media komunikasi tertulis yang berbentuk buku cetakan terdiri dari beberapa halaman kertas yang dijilid menyerupai buku dengan ukuran yang lebih kecil dibanding dengan buku bacaan pada umumnya (Wardah, 2014). Penelitian di Yunani oleh Iconomou (2006) tentang

dampak penyediaan booklet informasi kemoterapi pada pasien-pasien baru yang baru didiagnosis kanker, menunjukkan adanya peningkatan kepuasan terhadap informasi yang diterima dan membantu dalam mengingat informasi pada kelompok intervensi. Hal ini mendukung pernyataan Moul, Franck & Brady (2004) bahwa pasien dan keluarga mungkin melupakan setengah dari informasi dalam waktu lima menit setelah dilakukan konsultasi kesehatan, dan hanya mengingat 20% dari keseluruhan informasi yang diberikan.

Beberapa literatur telah mengkaji tentang penggunaan informasi tertulis. Menurut National Health Service (NHS) di Inggris bahwa pemberian informasi secara tertulis bertujuan untuk menyediakan informasi secara bebas kepada pasien, keluarga ataupun orang yang bertanggung jawab terhadap pasien, yang memudahkan mereka membuat pilihan dan memberikan informed consent. Mcfarlane, Holmes & Gard, et al., (2002) mengemukakan bahwa peningkatan penyimpanan informasi 50% meningkat dengan pemberian informasi tertulis.

Meskipun menurut Brown & Valeri (2006) bahwa informasi tertulis tidak dapat menggantikan diskusi secara tatap muka antara tim kesehatan dengan pasien ataupun keluarga, namun dapat membantu mengurangi kecemasan, meningkatkan kepatuhan dan retensi informasi. Faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan informasi pendidikan kesehatan adalah; 1) Usia, Usia berpengaruh terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikir, sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin baik (Candra, 2012). Rentang usia dewasa menurut teori perkembangan Hurlock (2000) yaitu early adulthood (21-40 th), middleadulthood (40-60 th) dan late adulthood (60 th keatas). 2) Pendidikan, Pendidikan merupakan usaha mengembangkan kepribadian dan

kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah orang tersebut menerima informasi. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pengetahuannya. Peningkatan pengetahuan tidak hanya diperoleh dari pendidikan normal tetapi juga diperoleh dari pendidikan non formal.

SIMPULAN

Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan yang teratur bahkan seumur hidup. Kurangnya pengetahuan tentang penyakit hipertensi dan lamanya pengobatan yang dialami pasien hipertensi menjadi salah satu faktor terbesar dalam kegagalan dalam mengontrol tekanan darah yang dapat

menimbulkan berbagai komplikasi yang akan memperberat kondisi pasien.

Kepatuhan terhadap regimen pengobatan sangat diperlukan dalam menunjang keberhasilan menurunkan komplikasi hipertensi dan mengontrol tekanan darah, sehingga diperlukan intervensi yang tepat untuk mengendalikannya. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu intervensi untuk meningkatkan pengetahuan pasien hipertensi dan memberikan motivasi dalam meningkatkan kepatuhan pada program pengobatan.

SARAN

Perlu adanya studi lanjut terkait dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan pasien hipertensi dan intervensi yang dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan pasien hipertensi terhadap pengobatan.

REFERENSI

1. Akhter, N. 2010. *Self-management Among Patients With Hypertension in Bangladesh*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (International Program) Prince of Songkla University. <http://www.kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/.../340992>
2. Almas, A., Hamed, A., Sultan, T.A. (2002). Knowledge of coronary artery disease (CAD) risk factor and coronary intervention among university students. *Journal Pakistan Medical Association* (58): 553
3. Alm-Roijer, C., Stagmo, M., Uden, G., Erhardt, L. (2004). Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* (4) : 321-30.
4. Arief, A., (2009). Hipertensi Tekanan Darah Tinggi. <http://tokobiofir.com/berita-dan-informasi/hipertensi-tekanan-darah-tinggi.html>
5. Breaux-Shropshire, Tonya L., Brown, Kathleen C., Pryor, Erica R., Maples, Elizabeth H. (2012). *Prevalence of Blood Pressure Self-Monitoring, Medication Adherence, Self-Efficacy, Stage of Change, and Blood Pressure Control Among Municipal Workers with Hypertension*. *Workplace Health & Safety* Vol. 60.
6. Candra A. (2012). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dalam Penggunaan Obat Di Desa Jatihurip Wilayah Kerja Puskesmas Situ Kabupaten Sumedang*. Tesis. Universitas Padjadjaran Bandung.
7. Chen, Y. Litvak, P.F., Howe G.R., Parvez, F., Ahsen, H. (2006). Nutrition Influence On Risk Of High Blood Pressure in Bangladesh: A Population-Based Cross-sectional Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 84: 1224-1232.

8. Chobanian, AV., Bakris G.L., Black H.R. (2003). Seventh Report Of The Joint National Committee On Prevention, Detection< Evaluation, And Treatment Of High Blood Pressure. *Journal of Hypertension* 42 (6): 1206-52
9. Chockalingam, A. (2008). World Hypertension Day and Global Awareness. *Canadian Journal of Cardiology*. 23(7): 517-9. DOI: 10.1016/S0828-282X(07)70795-X. PMC 2650754. PMID 17534457
10. Dalimartha, dkk. (2008). *Care Your Self Hipertensi*. Jakarta: Penebar Plus+
11. Depkes RI.(2013). Rencana Pembangunan Kesehatan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025). Jakarta
12. DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment : Metaanalysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107
13. Dusing, et al. (2003). Compliance to drug therapy-new answer to an old question. *Nephrol Dial Trans* 16, 1317-1321.
14. Eugene, V., Bourne, P.A., (2013). Hypertension Patients : Knowledge, Self care Management Practice and Challenges. *J. Behav Health*. 2(3). : 259-268
15. Evadewi P.K.R., Sukmayanti S. L.M.K. (2013). Kepatuhan Mengonsumsi Obat Pasien Hipertensi di Denpasar Ditinjau Dari Kepribadian Tipe A dan Tipe B. Program Studi Psikologi, Fakultas Psikologi Universitas Udayana. *Jurnal Psikologi Udayana*. 2013. Vol. 1, No. 1. 32-42. ISSN: 2354-5607
16. Fatoni. (2012). *Pengaruh tindakan edukasi terhadap perubahan tingkat depresi, kecemasan dan stres pada pasien sindrom koroner akut di ruang perawatan intensif RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung*. Program pascasarjana universitas padjadjaran Bandung. Tesis
17. Flynn, S.J., Ameling, J.M., Hill Briggs, F., Wolff, J.L., Bone, L.R., Levine, D.M., et al. (2013). Facilitators and Barriers to Hypertension Self Management in Urban African American: Perspectives of Patients and Family members. *Dove Press Limited Country of Publication : New Zealand*. Agustus 2013. Volume 7. Pp 741-749.
18. Gamara. 2013. *Hubungan Antara Pengetahuan Perawatan dengan Kemampuan Manajemen Perawatan Diri pada Pasien Diabetes Melitus di Rumah Sakit Umum Daerah Kuningan* 45. Kuningan. Jawa Barat
19. Glyn, L.M., Murphy, A. W., Smith, S.M., Schroeder, K., Fahey, T. (2012). Intervention Used to Improve Control of Blood Pressure in Patients with Hypertension. *Systematic Reviews*. In *The Cochrane Library*. Issue 12. Art. No. CD005182.
20. Green, L.W., Kreuter, M.W. (2005). *Health Program Planning. An Educational And Ecological Approach*. 4th Edition. Mc Graw Hill.
21. Gu Jie, Zhang Xiang-Jie, Wang Tian-Hau, Zhang Yuan, Chen Qiang.(2013). Hypertension Knowledge, Awareness, and Self-Management Behaviors Affect Hypertension Control: A Community-Based Study in Xuhui District, Shanghai, China. *Original Research*. *Cardiology* 2014; 127:96-104 DOI: 10.1159/000355576
22. Kumar V., Abbas, A.K., Fausto N. (2005). *Hypertensive Vascular Disease*. Dalam: *Robn and Cotran Pathologic Basic of Disease, 7th edition*. Philadelphia: Elsevier Saunders.
23. Kumboyono, Yulian, Yulinda (2012). *Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Pengendalian Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit dr.Saiful Anwar Malang*.

24. Lee, J.K. (2013). Evaluation of a Medication Self Management Education Program for Eldery with Hypertension Living in the Community. *J. Korean Acad Nurs.* 43 (2): 267-275
25. Morisky, D., Munter, P. (2009). New Medication Adherence Scale Versus Pharmacy Fill Rates in Senior With Hypertension. *American Jurnal of Managed Care*, 15 (1):59-66
26. Osamor, Paulune E., Owumi, Bernard E. (2011). Factors Associated with Treatment Compliance in Hypertension in Southwest Nigeria. *J Health Popul Nutr.* 2011 Dec;29(6):619-628.
27. Psaty BM, Lumley T, Furberg CD, et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as firs-line agents: a network meta-analysis. *JAMA* 2003;289(19):2534-44
28. Ramadona, A. (2010) Pengaruh Konseling Obat Terhadap Kepatuhan Pasien Diabetes Militus Tipe 2 di Poliklinik Khusus RSUP Dr M Djamil Padang. <http://pasca-unand.ac.id/id/wp-content/uploads/2011/09/RAMADONA-S-Farm-Apt-0821213056.pdf> ARTIKEL-ADE-
29. Roumie C.L., Greevy Robert, Wallston K.A., Elasy Tom A., Kaltenbach Lisa, Kotter Kristen, Dittus R.S., Speroff Theodore. (2011). Patient Centered Primary care is Associated With Patient Hypertension Medication Adherence. *Journal Behav Med* (2011) 34:244-253. DOI 10.1007/s10865-010-9304-6
30. Shermock, Kenneth M. (2009). *Impact of continuity of care and provider factors on medication adherence in patients with hypertension.* Dissertation. Johns Hopkins University
31. Sokolovsky, J., Sasic, Z., Pavlekovic, G. (2005). Self-help Hypertensive Groups and The Elderly in Yugoslavia. *Journal of Cross-Cultural Gerontology.* Vol 6 (3). Pp. 319-330.
32. WHO. (2010). *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/index.html