

Health Beliefs dan Kepatuhan Pengobatan: Peran Mediasi Isyarat Tindakan dan Efikasi-diri

(Health Beliefs and Medication Adherence: Mediation Role of Cues of Action and Self-efficacy)

SHOLIKUDIN¹, ALI AUDAH²

¹Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Maarif Hasyim Latif, Sidoarjo, Jawa Timur, Indonesia

²Jurusan Tarbiyah, Program Studi PGMI, Sekolah Tinggi Agama Islam At-Tahdzib,
Jombang, Jawa Timur, Indonesia

Email¹: sholikudin@dosen.umaha.ac.id

Diterima 20 April 2023, Disetujui 17 Januari 2025

Abstrak: Prevalensi kepatuhan minum obat anti hipertensi masih relatif rendah. Penderita hipertensi tidak rutin dan bahkan tidak minum obat. Penelitian ini menganalisis peran mediasi *cues to action* dan *self-efficacy* dalam hubungan faktor-faktor dalam *Health Belief Model* (HBM) dengan kepatuhan terhadap rejimen pengobatan anti hipertensi (*medication adherence*). Penelitian mengambil 83 sampel populasi pasien hipertensi rawat jalan pada satu dari 21 Pusat Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Jombang. Peneliti mengembangkan *self-report* untuk mengukur setiap faktor HBM, serta kepatuhan minum obat anti hipertensi. Hasil analisis memperlihatkan: $\beta_{XY} = 0,781$, HBM secara langsung berhubungan positif dengan *medication adherence*; $\beta_{XZ_1} = 0,256$, HBM berhubungan positif dengan *cues to action*; $\beta_{Z_1Y} = 1,251$, *cues to action* berhubungan positif dengan *medication adherence*. $\beta_{Z_1Y} = 1,251 > \beta_{XY} = 0,781$, HBM secara tidak langsung (parsial) berhubungan positif dengan *medication adherence* melalui *cues to action*; $\beta_{XZ_2} = 0,149$, HBM berhubungan positif dengan *self-efficacy*; $\beta_{Z_2Y} = 2,451$, *self-efficacy* berhubungan positif dengan *medication adherence*, dan; $\beta_{Z_2Y} = 2,451 > \beta_{XY} = 0,781$, HBM secara tidak langsung (parsial) berhubungan positif dengan *medication adherence* melalui *self-efficacy*.

Kata kunci: *cues to action*; *health belief*; hipertensi; *medication adherence*; *self-efficacy*

Abstract: The prevalence of adherence to taking antihypertensive medication is still relatively low. Patients with hypertension do not routinely and do not even take medication. This study analyzed the mediating role of *cues to action* and *self-efficacy* in the relationship between the *Health Belief Model* (HBM) and adherence to anti-hypertensive medication regimens. The study took 83 outpatient hypertension population samples at one of 21 of Public Health Center in Jombang Regency. Researchers developed a *self-report* to measure each HBM factor, as well as adherence to taking antihypertensive medication. The results of the analysis showed: $\beta_{XY} = 0.781$, HBM was directly positively related to medication adherence; $\beta_{XZ_1} = 0.256$, HBM is positively related to *cues to action*; $\beta_{Z_1Y} = 1.251$, *cues to action* positively related to medication adherence. $\beta_{Z_1Y} = 1.251 > \beta_{XY} = 0.781$, HBM is indirectly (partially) positively related to medication adherence through *cues to action*; $\beta_{XZ_2} = 0.149$, HBM is positively related to *self-efficacy*; $\beta_{Z_2Y} = 2.451$, *self-efficacy* is positively related to medication adherence, and; $\beta_{Z_2Y} = 2.451 > \beta_{XY} = 0.781$, HBM is indirectly (partially) positively related to medication adherence through *self-efficacy*.

Keywords: *cues to action*; *health belief*; hypertension; *medication adherence*; *self-efficacy*

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan masalah kesehatan yang memengaruhi sekitar 40% dari populasi dunia berusia 25 tahun ke atas. World Health Organization (2023a) melaporkan bahwa hipertensi merupakan faktor risiko kematian terpenting di seluruh dunia; menyebabkan sekitar 10,8 juta kematian setiap tahun, dan 235 juta kehidupan yang hilang atau dijalani dengan disabilitas setiap tahun.

Manajemen hipertensi yang efektif, dengan menggunakan obat antihipertensi, sangat penting dan mengarah pada peningkatan substansial dalam hasil kesehatan pasien (misal, kontrol tekanan darah, pengurangan risiko komplikasi) dan pengurangan biaya. Meskipun ada pedoman yang mengatur manajemen hipertensi, kontrol tekanan darah masih menjadi tantangan karena kepatuhan yang tepat terhadap obat antihipertensi hanya 50% atau kurang, yang berkontribusi terhadap kontrol tekanan darah yang buruk (Al-Noumani dkk., 2019).

The European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension menggambarkan tekanan darah normal orang dewasa 120/80 mmHg dengan garis pemisah hipertensi 140/90 mmHg dianggap tinggi (hipertensi) (Noury dkk., 2023). Jika tidak terkontrol dengan obat-obatan yang memadai dan tepat, hipertensi akan menimbulkan masalah kesehatan yang serius pada penderita dalam jangka panjang, bahkan kematian mendadak. Beberapa studi menunjukkan bahwa hipertensi sering menjadi awal gagal jantung (Komuro, 2023), penyakit pembuluh

darah perifer kronis (Jiménez-Balado dkk., 2022), dan stroke (Wajngarten & Silva, 2019). Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan kerusakan ginjal, dan pada akhirnya berujung pada penyakit ginjal kronis yang pada stadium lanjut memerlukan dialisis atau transplantasi ginjal seumur hidup (Liu dkk., 2023); komplikasi kardiovaskular, serebrovaskular, dan ginjal yang serius (Cicero dkk., 2019). Hipertensi oleh karena itu, juga disebut “*silent killer*” karena sangat berbahaya dan tidak memiliki gejala yang khas, dan didiagnosis hanya ketika tekanan darah diukur.

Beberapa upaya yang harus dilakukan untuk mengurangi, mengendalikan, dan menormalkan tekanan darah adalah dengan penggunaan obat-obat anti hipertensi. Beberapa studi menyebutkan pasien hipertensi cenderung tidak patuh dalam mengonsumsi obat selama menjalani terapi/pengobatan hipertensi. Beberapa alasan pasien untuk tidak patuh adalah lupa minum obat, sengaja berhenti minum obat tanpa diketahui oleh tim medis, dan tidak mampu mengendalikan diri untuk tetap minum obat (Chen, Chang & Yang, 2020) sengaja tidak minum obat, minum obat lebih sedikit karena persepsi membutuhkan lebih sedikit obat, dan mengalami kesulitan minum obat sesuai resep (Lomper dkk., 2018). Alasan lain pasien tidak patuh minum obat adalah non-inisiasi (tidak segera mulai minum obat untuk yang pertama kali setelah memperoleh resep), persistensi pendek (pasien berhenti minum obat dalam satu tahun) dan eksekusi yang buruk sebagai akibat dari lupa atau lalai yang pada suatu

waktu tidak minum obat dalam rentang waktu yang lama (Blaschke dkk., 2012).

Kondisi tekanan darah yang normal sangat tergantung pada kepatuhan pasien pada rejimen pengobatan (*medication adherence*). Kepatuhan yang baik terhadap obat antihipertensi adalah faktor kunci keberhasilan mengendalikan hipertensi. Akibat dari ketidakpatuhan terhadap pengobatan anti hipertensi adalah kerusakan organ akhir yang terkait dengan hipertensi, seperti mikroalbuminuria, stroke, dan gagal jantung, serta peningkatan rawat inap dan biaya perawatan kesehatan, penurunan kualitas hidup dan kematian (Kulkarni & Graggaber, 2022). *Medication adherence* adalah sejauh mana perilaku pasien dalam mengonsumsi obat, mengikuti pola makan, dan menjalankan perubahan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi penyedia layanan kesehatan (Burnier & Egan, 2019). Kepatuhan dalam manajemen hipertensi mencakup mengikuti rekomendasi yang disepakati, termasuk pemantauan tekanan darah dan terapi obat dan non-obat (Kulkarni & Graggaber, 2022).

Medication adherence adalah proses perilaku yang kompleks dan terkait dengan pengetahuan dan kepercayaan tentang penyakit, motivasi untuk mengelola penyakit, kepercayaan pada kemampuan untuk terlibat dalam perilaku manajemen penyakit, harapan hasil pengobatan, dan pengetahuan tentang akibat dari orang yang kurang taat pada pengobatan (Burnier, 2006).

Hipertensi mempengaruhi 1,8 miliar orang di dunia, 50% diantaranya tidak mengetahui kondisi hipertensi, dan hanya 25% pasien

yang diberkahi dengan kesadaran tentang risiko hipertensi. Tetapi, penderita hipertensi tidak memiliki informasi yang diperlukan mengenai pencegahan dan pengendalian penyakit. Kondisi ini menempatkan 75% dari populasi penderita hipertensi pada risiko penyakit kardiovaskular, gagal jantung atau stroke, gagal ginjal, gagal hati, dan bahkan kematian mendadak (Onoruoiza dkk., 2015). Menurut World Health Organization (2023b), diperkirakan 1,28 miliar orang dewasa berusia 30–79 tahun di seluruh dunia menderita hipertensi, sebagian besar (dua pertiga) tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah, dan 46% tidak menyadari sedang dalam kondisi hipertensi. Sekitar 4 dari 5 orang dengan hipertensi tidak diobati dengan memadai, tetapi jika negara-negara dapat meningkatkan cakupan, 76 juta kematian dapat dicegah antara tahun 2023 dan 2050. Indonesian Ministry of Health (2018) mengestimasi jumlah kasus hipertensi di Indonesia sekitar 63.309.602 dengan angka kematian 427.217. Hipertensi pada kelompok usia 55-64 tahun (55,2%) merupakan kelompok usia dengan prevalensi tertinggi.

Penelitian menunjukkan ada kecenderungan bahwa pasien yang menggunakan obat antihipertensi tidak memenuhi kriteria tekanan darah terkontrol dalam batas target yang ditentukan (Ong dkk., 2007). Ada hubungan antara kontrol tekanan darah yang buruk dan kurangnya kepatuhan pasien terhadap pengobatan anti hipertensi, serta kurang efektifnya perawatan anti hipertensi. Kemanjuran pengobatan sangat tergantung pada pasien yang dapat mematuhi rejimen

pengobatan (Pittman dkk., 2010). Kepatuhan pengobatan adalah sejauh mana pasien minum obat yang diresepkan mengikuti instruksi yang diberikan oleh dokter (Osterberg & Blaschke, 2005).

Banyak hipotesis telah diajukan untuk menjelaskan fenomena kepatuhan pengobatan. Salah satunya adalah *Health Believe Model* (HBM). HBM dikembangkan untuk mengatasi masalah perilaku yang menimbulkan masalah kesehatan. HBM mendalilkan bahwa kemungkinan seseorang untuk terlibat dalam perilaku yang berhubungan dengan kesehatan ditentukan oleh persepsinya terhadap enam variabel: (1) *perceived susceptibility*, yaitu persepsi risiko untuk terjangkit kondisi kesehatan yang menjadi perhatian; (2) *perceived severity*, yaitu persepsi tentang konsekuensi tertular kondisi kesehatan yang menjadi perhatian; (3) *perceived benefit*, yaitu persepsi tentang hal-hal baik yang dapat terjadi dari melakukan perilaku tertentu; (4) *perceived barrier*, yaitu persepsi kesulitan dan biaya perilaku; (5) *cues to action* (pertanda/isyarat tindakan), yaitu paparan faktor yang mendorong tindakan, dan; (6) *self-efficacy*, yaitu kepercayaan seseorang pada kemampuannya untuk melakukan perilaku kesehatan yang baru (Orji dkk., 2012; Omeje & Nebo, 2011).

Keenam penentu kesehatan yang diidentifikasi dalam HBM tersebut bersama-sama memberikan kerangka kerja yang berguna untuk merancang intervensi perilaku kesehatan jangka panjang dan jangka pendek. Hal ini sesuai pendapat Orji, Vassileva dan Mandryk (2012). Bahwa meskipun HBM berhasil menginformasikan dan memprediksi

berbagai perilaku dengan hasil kesehatan, penentu HBM adalah prediktor perilaku yang tidak memadai. Hal ini disebabkan oleh dua keterbatasan utama HBM, yaitu: (1) rendahnya kemampuan prediksi faktor penentu dan ukuran efeknya yang kecil, dan; (2) kurangnya penjelasan tentang kombinasi variabel dan hubungan antar variabel,

Penelitian ini berusaha memberikan solusi yang lebih tepat terhadap keterbatasan HBM dengan menata kembali kombinasi variabel/komponen/dimensi. Empat dimensi utama dalam model asli ditempatkan sebagai variabel independen, yaitu: *perceived susceptibility*; *perceived severity*; *perceived benefit* dan *perceived barrier*. Sedangkan dua dimensi hasil pengembangan ditempatkan sebagai variabel mediasi, yaitu *cues to action* dan *self-efficacy* untuk memprediksi variabel tergantung kepatuhan pengobatan hipertensi (*medication adherence*).

Pengaturan kembali dimensi-dimensi tersebut didasarkan pada asumsi bahwa kesiapan untuk mengambil tindakan (*perceived susceptibility*; *perceived severity*; *perceived benefit* dan *perceived barrier*) hanya dapat diperkuat oleh faktor-faktor lain, terutama dengan *cues of action*, seperti peristiwa tubuh, atau oleh peristiwa lingkungan, seperti publikasi media. Namun, peran *cues of action* tidak dipelajari secara empiris maupun secara sistematis. Seperti halnya *cues of action*, sampai penelitian ini dilakukan, masih terbatas dokumentasi penelitian sebelumnya maupun kajian teoritis tentang keterkaitan *perceived susceptibility*; *perceived severity*; *perceived benefit* dan

perceived barrier secara terintegrasi sebagai HBM dengan *self-efficacy*. Misal, penelitian (Lee dkk., 2013) telah menunjuk *self-efficacy* sebagai konstruk paling kritis yang membentuk kepatuhan terhadap informasi hipertensi.

Self-efficacy merupakan faktor yang berkontribusi paling signifikan terhadap *self-care* pada pasien hipertensi. Penelitian Orji dkk. (2012) juga menunjukkan bahwa rata-rata *perceived susceptibility*; *perceived severity*; *perceived benefit*; *perceived barrier*; *cues of action*, dan; *self-efficacy* sebagai penentu HBM memprediksi sekitar 20% dari varians dalam perilaku sehat, menyisakan 80% dari varians tidak terhitung. Hal ini mengarah pada perlunya pengaturan ulang posisi penentu HBM sebagai variabel penelitian. Bukti empiris tersebut di atas menjadi pertimbangan untuk menambahkan *self-efficacy* ke dalam HBM sebagai konstruk yang terpisah, sambil memasukkan konsep-konsep asli kerentanan, keparahan, manfaat, dan hambatan. Penelitian (Orji, Vassileva & Mandryk, 2012; Onoruoiza dkk., 2015; Veerapu, Baer & Kudumula, 2020; Villarino dkk., 2020; Aseel, Oudah, & Tuama, 2023) menunjuk bahwa penentu individu hanya terkait langsung dengan perilaku sehat dan tidak ada efek mediasi atau tidak ada variabel antara.

METODE

Responden penelitian. Populasi penelitian adalah 106 pasien hipertensi yang rawat jalan di satu Puskesmas dari 21 Puskesmas di Kabupaten Jombang. Sampel diambil dengan Rumus Slovin sebanyak 83 pasien dengan

teknik random sampling pasien. Karakteristik sampel pasien adalah usia ≥ 30 tahun, laki-laki dan perempuan dan telah rawat jalan minimal 1 bulan. Data demografi pasien dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Demografi pasien

	Demografi	n	%
Jenis Kelamin	Laki-laki	24	28,9
	Perempuan	59	71,1
Usia	40-50 tahun	36	43,3
	51-58 tahun	47	56,7
Kategori pasien	Pasien lama	75	90,4
	Pasien baru	8	9,6
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	56	67,5
	Aparatur Sipil Negara	4	4,8
	Karyawan swasta	18	21,7
	Wiraswasta	5	6,0

Desain penelitian. Penelitian menganalisis dinamika kepatuhan pengobatan pasien hipertensi dari perspektif dimensi-dimensi *Health Belief Model* dengan peran mediasi isyarat tindakan dan efikasi-diri. Penelitian menggunakan rancangan survey penelitian korelasional.

Instrumen penelitian. Peneliti mengembangkan butir-butir kuesioner HBM, *cues to action*, *self-efficacy* dan kuesioner *Medication adherence* dengan kontinum skala dari sangat setuju sampai sangat tidak setuju. HBM diukur dengan total 12 butir skala, setiap enam dimensi diukur dengan 3 butir skala. Indeks validitas butir antara 0,461 sampai 0,863 dan reliabilitas $\alpha = 0,761$. Contoh butir: “Hipertensi adalah penyakit yang berbahaya.”; *Cues to action* disadap melalui 4 butir skala *internal cues to action* dan 4 butir skala *external cues to action*. Indeks validitas butir antara 0,438 sampai 0,568 dan reliabilitas $\alpha =$

0,720. Contoh butir: “Pusing dan sakit kepala adalah pertanda harus segera periksa tekanan darah tinggi.” *Self-efficacy* dijang dengan 4 butir skala. Indeks validitas butir antara 0,335 sampai 0,657 dan reliabilitas $\alpha = 0,709$. Contoh butir: “Saya yakin akan terhindar dari serangan jantung, stroke dan penyakit ginjal karena saya mampu menjaga kondisi tekanan darah dalam kondisi normal yang stabil.”; *Medication adherence* diungkap dengan 10 butir skala. Indeks validitas butir antara 0,522 sampai 0,897 dan reliabilitas $\alpha = 0,778$. Contoh butir: “Setelah mendapat obat, saya meminumnya setiap hari sampai habis sesuai jumlah obat.”

Prosedur penelitian. Data variabel penelitian dikumpulkan dengan cara diberikan kepada pasien setelah selesai sesi pemeriksaan dan selesai pengambilan obat. Pasien mengisi *self-report* di dalam ruangan yang telah disediakan secara individual. Waktu yang diberikan tidak lebih dari 10 menit. *Self-report* yang telah terisi kemudian oleh pasien diserahkan kembali kepada petugas yang memberikan/membagikan. Sebelum pengumpulan dilaksanakan peneliti mengajukan Surat Permohonan Ijin Penelitian kepada Kepala Puskesmas. Setelah memperoleh ijin, pada saat pelaksanaan pengambilan data, peneliti mengajukan Surat Permohonan Menjadi Responden kepada pasien. Pasien yang setuju kemudian mengisi Surat Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden. Tidak ada problem etika yang dilanggar dalam penelitian ini.

Analisis data. Data-data variabel penelitian dianalisis dengan analisis jalur regresi untuk menguji: Hubungan langsung HBM dengan

medication adherence; Hubungan HBM dengan *cues to action*; Hubungan *cues to action* dengan *medication adherence*; Hubungan tidak langsung HBM dengan *medication adherence* melalui *cues to action*; Hubungan HBM dengan *self-efficacy*; Hubungan *self-efficacy* dengan *medication adherence* dan; Hubungan tidak langsung HBM dengan *medication adherence* melalui *self-efficacy*.

HASIL

Hasil analisis korelasi biserial pada tabel 2 menunjukkan bahwa semua variabel penelitian berhubungan positif dan sangat signifikan. Hasil analisis ini menunjukkan hubungan antara variabel telah dirumuskan dengan baik secara teoritis.

Tabel 2. Korelasi antar variabel

Variabel	1	2	3
1. <i>Cues to action</i>	-		
2. <i>Self-efficacy</i>	0,485*	-	
3. HBM	0,440*	0,599*	-
4. <i>Medication adherence</i>	0,787*	0,660*	0,845*

N = 83

* $p = 0,000$ ($p < 0,01$)

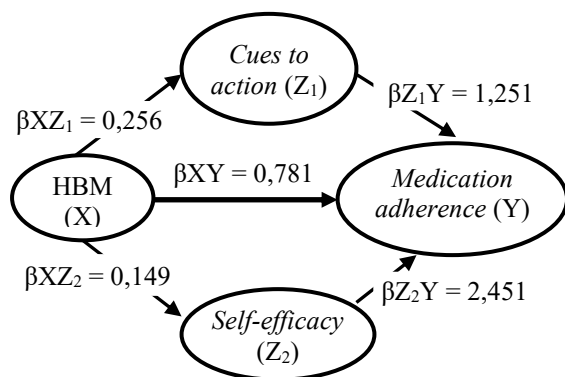
Hasil analisis jalur regresi pada tabel 3 dan gambar 1 memperlihatkan $\beta_{XY} = 0,781$, HBM secara langsung berhubungan positif dengan *medication adherence*; $\beta_{XZ_1} = 0,256$, HBM berhubungan positif dengan *cues to action*; $\beta_{Z_1Y} = 1,251$, *cues to action* berhubungan positif dengan *medication adherence*. $\beta_{Z_1Y} = 1,251 > \beta_{XY} = 0,781$, HBM secara tidak langsung (parsial) berhubungan positif dengan *medication adherence* melalui *cues to action*; $\beta_{XZ_2} = 0,149$, HBM

berhubungan positif dengan *self-efficacy*; $\beta_{Z_2Y} = 2,451$, *self-efficacy* berhubungan positif dengan *medication adherence*, dan; $\beta_{Z_2Y} = 2,451 > \beta_{XY} = 0,781$, HBM secara tidak langsung (parsial) berhubungan positif dengan *medication adherence* melalui *self-efficacy*.

Tabel 3. Hasil analisis jalur regresi

Analisis jalur	α	β	Std. Error
HBM – <i>Medication adherence</i>	3,292	0,781*	0,055
HBM – <i>Cues to action</i>	13,494	0,256*	0,058
<i>Cues to action</i> – <i>Medication adherence</i>	7,353	1,251*	0,109
HBM – <i>Self-efficacy</i>	5,180	0,149*	0,022
<i>Self-efficacy</i> – <i>Medication adherence</i>	9,483	2,451*	0,310

* $p = 0,000$ ($p < 0,01$)



Gambar 1. Hasil akhir analisis jalur regresi

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan bahwa *cues to action* dan *self-efficacy* dapat memperkuat model HBM dalam menjelaskan *medication adherence*. *Cues to action* adalah peristiwa internal seperti pusing, sakit kepala, nyeri dada, sesak nafas, lemas, penglihatan mata berkunang-kunang

dan aritmia (detak jantung tidak normal) dan peristiwa eksternal seperti informasi dari orang lain, informasi dari sesama pasien hipertensi, nasehat tenaga medis dan promosi kesehatan yang mendorong keinginan untuk melakukan perubahan kesehatan untuk benar-benar berperilaku sehat. HBM dapat meningkatkan kepatuhan pasien hipertensi untuk minum obat, mengikuti diet, dan/atau menjalankan perubahan gaya hidup sesuai saran dokter dengan intervensi *cues to action*.

Self-efficacy adalah keyakinan pasien hipertensi pada kemampuannya untuk mengikuti protokol perilaku pencegahan sakit akibat hipertensi. Penderita hipertensi yang memiliki *self-efficacy* merasa mampu menghindari sakit akibat hipertensi, merasa mampu berobat untuk mencegah resiko sakit lebih parah, merasa upaya yang ditempuh akan membawa manfaat yang lebih baik, dan mampu menghadapi kendala dalam memperoleh pengobatan. HBM dapat meningkatkan kepatuhan pasien hipertensi untuk minum obat, mengikuti diet, dan/atau menjalankan perubahan gaya hidup sesuai saran dokter dengan intervensi *self-efficacy*.

DISKUSI

HBM pada awalnya dikembangkan sebagai upaya untuk menjelaskan kegagalan yang meluas karena rendahnya partisipasi orang dalam program pencegahan atau deteksi penyakit. Kemudian model diperluas dengan penerapan pada tanggapan orang terhadap gejala, dan perilaku orang dalam menanggapi penyakit yang didiagnosis, terutama kepatuhan terhadap rejimen medis (Onoruoiza dkk.,

2015). Temuan penelitian Min dan Hur (2012) menunjukkan bahwa *health believe* dan kepatuhan pada pengobatan secara signifikan berkorelasi kuat. Temuan penelitian Al-Noumani, dkk. (2019) menunjukkan kepatuhan pengobatan yang lebih tinggi secara signifikan berhubungan dengan lebih sedikit hambatan yang dirasakan terhadap kepatuhan (misal, efek samping) yang cukup konsisten. Temuan ini menunjuk bahwa memiliki keyakinan kuat tentang perlunya obat dapat memprediksi tingkat kepatuhan pengobatan (*medication adherence*) yang lebih tinggi.

Pendidikan tentang obat-obatan dan jumlah yang diresepkan dapat secara signifikan membantu kepatuhan pengobatan, bahkan ketika orang khawatir tentang efek negatif dari obat, orang cenderung menunjukkan kepatuhan pengobatan. Hal ini dijelaskan dengan HBM yang menggambarkan manfaat dan hambatan penggunaan obat. Hasil penelitian Yue, Bin & Q Weilin (2014) juga mengungkapkan bahwa pelaksanaan intervensi pendidikan berdasarkan HBM dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap obat hipertensi. Oleh karena itu, HBM dapat digunakan untuk memeriksa kepatuhan pada pengobatan hipertensi dan juga membantu perancang informasi hipertensi dalam menyusun program informasi hipertensi yang akan menghasilkan kepatuhan.

Pasien yang merasakan mudah mengalami berbagai kondisi sakit akibat hipertensi (*perceived susceptibility*) sangat penting untuk memastikan *medication adherence* pada pasien hipertensi. Sebelum seseorang akan menerima diagnosis hipertensi

dan mengikuti program pengobatan, orang harus percaya dapat memiliki kondisi tanpa gejala. Temuan penelitian ini sesuai dengan penelitian Peltzer (2004) yang menunjukkan bahwa *perceived susceptibility* adalah tingkat dimana seseorang menganggap dirinya rentan terhadap akibat dari hipertensi yang tidak terkontrol. Informasi hipertensi dapat dirancang untuk memastikan kepatuhan dengan menerapkan persepsi kerentanan, yaitu persepsi pasien hipertensi tentang hipertensi dan komplikasinya dan keyakinan budaya yang memandu pengetahuan hipertensi diantara pasien hipertensi.

Pasien yang merasa bila tidak berobat, sakit akibat hipertensi akan lebih parah (*perceived severity*) sangat penting untuk memastikan *medication adherence* pada pasien hipertensi. *Perceived severity* adalah rasa keseriusan penyakit, sebelum seseorang bersedia mematuhi informasi hipertensi, seseorang harus merasa bahwa hipertensi dapat menyebabkan stroke, serangan jantung, dan mengabaikan hipertensi berbahaya karena dapat meningkatkan kemungkinan komplikasi yang mengancam jiwa. Temuan penelitian ini sesuai dengan penelitian Lee, dkk. (2013) yang menunjukkan bahwa ketika pasien memiliki lebih banyak pengetahuan tentang hipertensi, atau keparahan yang dirasakan lebih tinggi dari hipertensi, sikap terhadap pengobatan hipertensi akan lebih menguntungkan secara signifikan. Konstruk persepsi keparahan dapat diterapkan untuk menggali informasi tentang bagaimana pasien hipertensi dalam pengaturan tertentu memahami akibat dari hipertensi.

Pasien yang merasa bahwa berobat akan membawa manfaat yang lebih baik (*perceived benefit*) sangat penting untuk memastikan *medication adherence* pada pasien hipertensi. Hasil penelitian ini menegaskan temuan penelitian Lee, dkk. (2013) yang menyarankan bahwa *perceived benefit* melambangkan perlunya perancang informasi hipertensi untuk merancang program informasi hipertensi yang memiliki manfaat unggul bila dibandingkan dengan penghalang untuk bertindak (*barrier to action*), keyakinan bahwa kepatuhan terhadap informasi hipertensi akan mengurangi risiko tanpa efek samping negatif atau kesulitan yang berlebihan. *Perceived benefit* diperlukan untuk memastikan kepatuhan pengobatan.

Pasien merasa bahwa kendala-kendala untuk memperoleh pengobatan hipertensi harus dilewati karena manfaat pengobatan hipertensi jauh lebih besar dari kendalaitu sendiri. *Perceived barriers* adalah keyakinan bahwa manfaat mematuhi informasi pengobatan hipertensi harus melebihi tantangan mematuhi informasi hipertensi. Misalnya pasien yang percaya bahwa obat hipertensi terlalu mahal (penghalang), tetapi menyadari bahwa tanpa minum obat pasien akan jatuh sakit dan tidak dapat berpartisipasi dalam kegiatan ekonomi. Keyakinan ini dapat membuat pasien mematuhi informasi pengobatan hipertensi. Hasil penelitian ini sesuai dengan temuan penelitian Walsh, dkk. (2008) yang menyatakan bahwa hambatan untuk kontrol hipertensi yang efektif dapat mempengaruhi pasien, dokter, sistem, dan isyarat untuk bertindak. Ketidakpatuhan terhadap informasi pengobatan hipertensi

dapat dipahami dengan menerapkan konstruk persepsi penghalang dengan menggali informasi tentang tantangan yang dialami pasien hipertensi dalam konteks tertentu menggunakan informasi tentang hipertensi dan bagaimana pasien hipertensi mengatasi tantangan yang dialami dalam upaya untuk mematuhi informasi pengobatan hipertensi.

Hasil penelitian ini secara keseluruhan sesuai dengan temuan penelitian Lee, dkk. (2013) yang menunjukkan bahwa ketika pasien memiliki pengalaman informasi kesehatan, pasien akan memiliki lebih banyak pengetahuan, kerentanan yang dirasakan lebih tinggi dari komplikasi, persepsi tingkat keparahan hipertensi, dan persepsi manfaat pengobatan, dibandingkan dengan pasien tanpa informasi kesehatan. Persepsi tentang suatu penyakit, pemahaman tentang beban penyakit, dan kepercayaan orang tentang obat-obatan dapat memainkan peran penting dalam memprediksi kepatuhan pengobatan. Temuan penelitian ini juga konsisten dengan temuan penelitian Rajpura dan Nayak (2014) yang menunjukkan bahwa semakin banyak persepsi ancaman penyakit, semakin kuat tingkat kepatuhan pengobatan. Pemahaman yang tepat tentang faktor-faktor tersebut juga dapat berkontribusi pada intervensi lanjutan.

Temuan penelitian Skinner, dkk. (2015) juga menunjukkan bahwa kesiapan untuk mengambil tindakan (*perceived susceptibility*; *perceived severity*; *perceived benefit* dan *perceived barrier*) hanya dapat diperkuat oleh faktor-faktor lain, terutama dengan *cues of action*, seperti peristiwa tubuh, atau oleh peristiwa lingkungan, seperti publikasi media.

Hal ini menunjukkan ketika pasien hipertensi mengembangkan persepsi-persepsi kerentanan, keparahan, manfaat dan persepsi penghalang, maka pasien akan tergerak untuk *cues of action* dengan mencari informasi, berbagi informasi dengan sesama pasien hipertensi, berkonsultasi dengan tenaga medis berselancar diinternet untuk menemukan berbagai faktor terkait hipertensi.

Kepatuhan pengobatan yang konsisten pada pasien hipertensi dapat terjadi dengan *cues of action*. Informasi tentang gejala dari bahan cetak, surat pengingat, atau kalender pil, pesan teks, televisi, radio, maupun media sosial dapat memicu kepatuhan pasien hipertensi pada pengobatan. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Chou dan Wister (2010) yang menunjukkan bahwa membaca informasi tentang penyakit, mengetahui layanan, dan berkonsultasi dengan orang lain tentang penyakit akan memicu kepatuhan. Pasien hipertensi akan bertindak patuh pada pengobatan setelah memperoleh informasi tentang hipertensi.

Seseorang yang memeriksa tekanan darah dan telah memperoleh diagnosis hipertensi akan merasa rentan terhadap hipertensi (persepsi kerentanan), merasa hipertensi akan semakin parah apabila tidak terus melakukan kontrol hipertensi (persepsi keparahan), berfikir tentang manfaat dari pemeriksaan rutin akan menurunkan hipertensi (persepsi manfaat) dan mencegah resiko yang lebih berat yang tidak dapat diperkirakan (persepsi hambatan), seperti mencegah opname di rumah sakit yang membutuhkan biaya besar. Seseorang yang telah sadar dan

mengembangkan sikap positif terhadap kerentanan, keparahan, manfaat dan faktor resiko lanjutan yang menjadi penghalang, diasumsikan akan menumbuhkan *self-efficacy*, yaitu merasa yakin dengan kemampuan dirinya untuk menjaga kondisi tekanan darah normal secara stabil dan konsisten dan merasa yakin upaya yang ditempuh akan berhasil.

Konstruk paling kritis yang membentuk kepatuhan terhadap informasi hipertensi adalah *self-efficacy*. Orang lebih cenderung mengadopsi perilaku kesehatan jika berpikir akan berhasil. Pemrogram informasi hipertensi dapat memecah keterampilan untuk dipelajari menjadi tugas kecil dan dapat dikelola sehingga kemungkinan tugas tersebut akan berhasil dilakukan. Hasil penelitian ini mendukung temuan penelitian Lee, dkk. (2013) yang menunjukkan *self-efficacy* kontrol hipertensi muncul sebagai faktor yang berkontribusi paling signifikan terhadap perawatan diri sendiri pada hipertensi. *Self-efficacy* akan membantu menemukan faktor pembentuk kepercayaan diri pasien hipertensi untuk mematuhi informasi pengobatan hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Noumani, H., Wu, J-R., Barksdale, D., Sherwood, G., AlKhasawneh, E. & Knafl, G. (2019). Health beliefs and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review of quantitative studies. *Patient Education and Counseling*, 102(6), 1045-1056.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.022>

- Aseel, K.Z., Oudah, M.K. & Tuama, A.M. (2023). Health beliefs to deal with high blood pressure among primary school teachers in Nasiriya City. *Central Asian Journal of Medical And Natural Sciences*, 4(3), 512-317.
<http://cajmns.centralasianstudies.org>
- Blaschke, T. F., Osterberg, L. & Vrijens, B., Urquhart, J. (2012). Adherence to medications: insights arising from studies on the unreliable link between prescribed and actual drug dosing histories. *Annu. Rev. Pharmacool. Toxicol*, 52, 275–301.
- Burnier, M. (2006). Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy. *American Journal of Hypertension*, 19(11), 1190-1196.
<https://doi.org/10.1016/j.amjhyper.2006.04.006>
- Burnier, M. & Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension: A review of prevalence, risk factors, impact, and management. *Circulation Research*, 124(7), 1124-1140.
<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>
- Chen, Y-J., Chang, J. & Yang, S-Yu. (2020). Psychometric evaluation of Chinese version of adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) and Blood-Pressure Control among elderly with hypertension. *Patient Preference and Adherence*, 14, 213–220.
- Chou, P. H. B. & Wister, A. V. (2010). From cues to action: Information seeking and exercise self-care among older adults managing chronic illness. *Canadian Journal on Aging*, 24, 395-408.
- Cicero, A.F.G., Grassi, D., Tocci, G., Galletti, F., Borghi, F. & Ferri, C. (2019). Nutrients and Nutraceuticals for the Management of High Normal Blood Pressure: An Evidence-Based Consensus Document. *High Blood Press Cardiovasc Prev*, 26, 9–25. <https://doi.org/10.1007/s40292-018-0296-6>
- Indonesian Ministry of Health. (2018). Basic Health Research Results 2018. Indonesian Ministry of Health, 53 (9), 1689–1699.
- Jiménez-Balado, J., Riba-Llena, I., Nafria, C., Pizarro, J., RodríguezLuna, D., Maisterra, O., Ballvé, A., Mundet, X., Violan, C., Ventura, O., Montaner, J. & Delgado, P. (2022). Silent brain infarcts, peripheral vascular disease and the risk of cardiovascular events in patients with hypertension. *Journal of Hypertension* 40(8), 1469-1477.
<https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003154>
- Komuro, I. (2023). S-29-1: Hypertension and heart failure: new insights. *Journal of Hypertension*. 41(Suppl 1), e69.
<https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000913380.13925.db>
- Kulkarni, S. & Graggaber, J (2022). How to improve compliance to hypertension treatment. *e-Journal of Cardiology Practice*, 22, 6.

- Lee, G. K. Y., Wang, H. H. X., Liu, K. Q. L., Cheung, Y., Morisky, D. E. & Wong, M. C. S. (2013). Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS ONE*, 8(4).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062775>
- Liu, Y., He, Q., Li, Q., Tian, M., Li, X., Yao, Z., He, D. & Deng, C. (2023). Global incidence and death estimates of chronic kidney disease due to hypertension from 1990 to 2019, an ecological analysis of the global burden of diseases 2019 study. *BMC Nephrology*, 24(352), 24:352. <https://doi.org/10.1186/s12882-023-03391-z>.
- Lomper, K., Chabowski, M., Chudiak, A., Białoszewski, A., Dudek, K. & Jankowska-Polańska, B. (2018). Psychometric evaluation of the Polish version of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) in adults with hypertension. *Patient Preference and Adherence*, 12, 2661–2670.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S185305>
- Min, E. S. & Hur, M-H. (2012). Predictor of compliance in hypertensive patients. *Journal of Korean Academic Foundation Nursing*, 19(4), 474-482.
- Noury, A.O., Bakhit, B.M., Osman, M.A. & Musa, O.A. (2023). Normal Blood Pressure in Healthy Adult Eritreans. *medRxiv preprint*. <https://doi.org/10.1101/2023.06.22.23291695>
- Omeje, O. & Nebo, C. (2011). The influence of locus control on adherence to treatment regimen among hypertensive patients. *Patient Preference and Adherence*, 5, 141–148. <https://doi.org/10.2147/PPA.S15098>
- Ong, K. L., Cheung, B. M., Man, Y. B., Lau, C. P. & Lam, K. S. (2007). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999-2004. *Hypertension*, 49, 69-75.
- Onoruoiza, S. I., Musa, A., Umar, B. D. & Kunle, Y. S. (2015). Using health beliefs model as an intervention to non compliance with hypertension information among hypertensive patient. *International Organization of Scientific Research Journal of Humanities and Social Science*, 20(9), 11–16. <https://doi.org/10.9790/0837-20951116>
- Orji, R., Vassileva, J. & Mandryk, R. (2012). Towards an effective health interventions design: An extension of the health belief model. *Online Journal of Public Health Informatics*, 4(3). <https://doi.org/10.5210/ojphi.v4i3.4321>
- Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *N Engl J Med*, 353(5), 487–497.
- Peltzer, K. (2004). Health beliefs and prescription medication compliance among diagnosed hypertension clinic attenders in a rural South African Hospital. *Curationis*, 27(3), 15–23.
<https://doi.org/10.4102/curationis.v27i3.994>

- Pittman, D. G., Tao, Z., Chen, W. & Stettin, G. D. (2010). Antihypertensive medication adherence and subsequent healthcare utilization and costs. *American Journal of Managed Care*, 16(8), 568–576.
- Rajpura, J. & Nayak, R. (2014). Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *J Manag Care Pharm*, 20(1), 58-65.
- Skinner, C. S., Tiro, J. & Champion, V. L. (2015). *The health belief model*. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. "V." Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (p.75- 94). Jossey Bass/Wiley.
- Veerapu, N., Baer, P.R.K. & Kudumula, M. (2020). Health beliefs about hypertension among hypertensive elderly people in Khammam urban locality: health belief model. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 7(10), 3892-3895. <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20204017>
- Villarino, R.T., Arcay, C., Temblor, M.C., Villarino, M.L., Bagsit, R., Ocampo, L.A. & Bernard, P. (2020). The effects of lifestyle intervention using the modified beliefs, attitude, subjective norms, enabling factors model in hypertension management: Quasi-experimental study. *JMIR Cardio*, 5, 5(2), e20297, 1-10. <https://doi.org/10.2196/20297>
- Wajngarten, M. & Silva, G.S. (2019). Hypertension and Stroke: Update on Treatment. *European Cardiology Review*, 14, 111-115.
- World Health Organization. (2023a). Global report on hypertension: The race against a silent killer. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>
- World Health Organization. (2023b). Hypertension. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Walsh, J. M., Sundaram, V., McDonald K., Owens, D. K. & Goldstein, M. K. (2008). Implementing effective hypertension quality improvement strategies: barriers and potential solutions. *Clinical Hypertension*, 10(4), 311-326. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18401229>
- Yue, Z., Bin, W. & Q Weilin, Y. A. (2015). Effect of medication adherence on blood pressure control and risk factors for antihypertensive medication adherence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(1), 166-172.