



Article

Eksplorasi Kebutuhan Pasien Hipertensi Di Kawasan Pedesaan

Hella Meldy Tursina¹, Achmad Sya'id²

¹Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Program Studi Ilmu Keperawatan FIKES Universitas dr. Soebandi, Indonesia

²Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Program Studi Ilmu Keperawatan FIKES Universitas dr. Soebandi, Indonesia

SUBMISSION TRACK

Received: December 22, 2022
Final Revision: January 20, 2023
Available Online: February 13, 2023

KEYWORDS

Kebutuhan, Hipertensi, Pedesaan, Pengalaman

CORRESPONDENCE

Hella Meldy Tursina

A B S T R A C T

Hipertensi merupakan penyakit *tersembunyi* sehingga pengobatannya seringkali terlambat, dan hal tersebut juga ditemukan pada masyarakat pedesaan. Hanya sedikit pasien hipertensi yang mendapatkan pengobatan dengan baik sesuai ketentuan medis. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi kebutuhan yang tidak terpenuhi dari pasien hipertensi di Kawasan pedesaan. Penelitian ini merupakan penelitian fenomenologi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengalaman pasien dalam mendapatkan dampak positif ataupun negatif adalah kunci utama dalam memonitor kepatuhan pasien dalam pengobatan hipertensi. Dukungan keluarga merupakan salah satu komponen penting dalam keberlanjutan penatalaksanaan hipertensi sebagai penyakit kronik. Bagi masyarakat desa, budaya dan keyakinan individu dinilai sebagai pertimbangan yang fundamental dalam menentukan kepatuhan pengobatan. Peningkatan pengetahuan yang intensif diperlukan untuk meningkatkan kesadaran terhadap kepatuhan pengobatan pasien hipertensi di desa. Pendekatan proses perawatan sebaiknya berdasarkan konteks budaya dan kepercayaan masing-masing. Partisipan juga mengalami perubahan persepsi tentang efek negative menjadi positif terkait pengobatan pada saat pasien mengalami gejala hipertensi lebih lama.

I. INTRODUCTION

Hipertensi merupakan penyakit yang sering disebut *silent killer* sehingga pengobatannya seringkali terlambat.

Berdasarkan laporan *World Health Organization/ WHO* dari 50% penderita hipertensi yang diketahui sebesar 25% diantaranya mendapat pengobatan, tetapi hanya 12,5% diantaranya

mendapatkan pengobatan dengan baik (Tirtasari, 2019). Hipertensi merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya penyakit jantung kongesif, stroke, gangguan pengelihan dan penyakit ginjal bahkan berakhir pada kematian. World Health Organization/ WHO (2021) memperkirakan 46% orang dewasa dengan hipertensi tidak menyadari bahwa pasien memiliki kondisi tersebut.. Data yang lain menyatakan jika kurang dari separuh orang dewasa (42%) dengan hipertensi mengetahui penyakitnya atau terdiagnosis dengan baik dan melakukan perawatan atau pengobatan dengan baik dan benar (WHO, 2021).

WHO (2021) telah menyatakan bahwa hipertensi merupakan penyebab kematian dini di seluruh dunia. Sebuah studi berbasis komunitas bahwa 58% komunitas di pedesaan maupun di perkotaan memiliki setidaknya satu penyakit kronis pada tahun sebelumnya dan bahwa 33% melaporkan dua atau lebih banyak penyakit kronis, termasuk hipertensi (67%), radang sendi (25%), aritmia (15%), penyakit jantung koroner (14%) dan diabetes (14%) (Nozaki *et al.*, 2022).

Fenomena urbanisasi merubah gaya hidup yang semakin mengarah pada perilaku berisiko terhadap terjadinya penyakit tidak menular/ PTM, seperti merokok setiap hari, konsumsi alkohol, kebiasaan makan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik dan obesitas telah meningkat (WHO, 2020). Hal tersebut serupa dengan yang terjadi di negara Asia lainnya, khususnya negara-negara yang mengalami

perkembangan ekonomi yang pesat seperti Indonesia (Nozaki *et al.*, 2022).

Perkembangan urbanisasi tersebut juga ditemukan pada kabupaten Jember. Berdasarkan data oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2021) yang mengungkapkan bahwa hipertensi adalah salah satu kondisi kronis yang paling banyak terjadi di Kabupaten Jember pada daerah pedesaan maupun perkotaan.

Diagnosis dini, modifikasi gaya hidup kearah lebih sehat beserta farmakoterapi yang suportif seumur hidup, serta ketaatan perawatan hipertensi adalah manajemen untuk mencegah kematian dini akibat hipertensi (Aye *et al.*, 2019).

Manajemen hipertensi yang komprehensif merupakan hal yang harus dilakukan mulai tahap manajemen gaya hidup di tingkat komunitas, sehingga pengetahuan dan perilaku yang baik dalam penanganan hipertensi dinilai sangat penting. Pemanfaatan dan peran manajemen layanan dasar sangat potensial untuk mengoptimalkan hal tersebut. Peran layanan fasilitas kesehatan pertama di wilayah Jember khususnya masih berfokus pada skrininghipertensi, namun belum mengoptimalkan intervensi pada aspek kemandirian masyarakat dalam manajemen pencegahan komplikasi hipertensi secara terstruktur. Pemanfaatan layanan kesehatan belum dijelaskan secara terperinci terkait dengan penanganan pasien hipertensi secara memadai.

Penelitian ini bertujuan untuk memeriksa kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk diagnosis hipertensi dan faktor-faktor yang terkait dengan

daerah pedesaan di kabupaten Jember khususnya desa Jatisari sebagai salah satu desa yang memiliki banyak kejadian prevalensi hipertensi dan belum tertangani dengan baik (Tursina *et al.*, 2021).

II. METHODS

Metode penelitian ini menggunakan desain kualitatif. Proses pengambilan data dilakukan dengan Teknik wawancara semi terstruktur. Proses pengambilan data dilakukan hingga data tersaturasi. Partisipan yang dilakukan wawancara sejumlah 10 orang. Penelitian ini telah mendapatkan surat layak etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas dr. Soebandi No. No.245/KEPK/UDS/VI/2022.

Proses analisa data dilakukan dengan melakukan proses transkripsi verbatim pada hasil wawancara. Pertanyaan wawancara telah dilakukan mengacu pada perkembangan teori *health belief model*. Langkah berikutnya peneliti akan melakukan proses pengambilan makna dari transkrip yang dilakukan dengan menentukan data-data yang dianggap nilai penting. Data-data tersebut nantinya akan disusun menjadi kategori-kategori.

Triangulasi data dilakukan oleh peneliti untuk menjaga keabsahan data dan kevalidan data. Triangulasi yang dilakukan adalah triangulasi metode yang dilakukan dengan melakukan observasi langsung terhadap kegiatan partisipan di rumah. Triangulasi sumber dilakukan dengan wawancara dengan anggota keluarga terdekat untuk memvalidasi pernyataan partisipan yang dinilai sebagai komponen yang penting, dan melakukan dokumentasi pada terapi-terapi yang ada di rumah partisipan seperti jenis obat yang digunakan partisipan selama melakukan perawatan hipertensi.

Pemilihan partisipan penelitian ini digunakan dengan teknik *purposive sampling*. Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah; pasien hipertensi yang telah terdiagnosa oleh dokter di Puskesmas Kemuningsari Kidul minimal 1 tahun dari proses pemilihan partisipan, partisipan pernah mendapatkan pengobatan anti hipertensi oleh dokter, usia 18-60 tahun. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah pasien tidak dapat berbahasa Indonesia, mengalami gangguan bicara dan pendengaran, serta mengalami komplikasi dari penyakit hipertensi lebih dari 3 tahun. Informan utama penelitian ini adalah dokter umum yang bekerja di Pusat Kesehatan Masyarakat, dan tenaga kesehatan yang bertanggung jawab pada area pedesaan Jatisari.

III. RESULT

Berdasarkan keterangan partisipan, penyakit hipertensi telah mempengaruhi semua aspek kesehatan partisipan (fisik, mental, sosial, keluarga dan spiritual). Pemahaman hipertensi tergantung pada gejala klinis dan tingkat keparahannya. Semua peserta pernah mengalami satu atau lebih gejala hipertensi selama perjalanan penyakit. Gejala tersebut dirasakan oleh banyak partisipan. Partisipan percaya bahwa hipertensi adalah penyakit biasa, sering terjadi dan bahkan beberapa orang yang baru saja didiagnosis hipertensi tidak percaya bahwa hipertensi adalah penyakit. Fenomena lain, semua pasien mengkhawatirkan kemungkinan kambuhnya gejala hipertensi. Hipertensi telah menyebabkan banyak komplikasi seperti infark miokard, stroke dan gagal ginjal pada sejumlah partisipan.

Pengalaman salah satu peserta adalah sebagai berikut:

"... Saya merasakan sakit kepala dan pusing dan wajah saya menjadi merah; Saya dirujuk ke dokter dan katanya

tekanan darah saya terlalu tinggi. Saya memiliki tekanan darah yang sangat tinggi beberapa tahun yang lalu. Menyebabkan stroke dan gagal ginjal...” (Wanita, 64 tahun, menikah).

Beberapa partisipan pernah mengalami masalah seperti berkurangnya aktivitas fisik dan kendala nutrisi setelah hipertensi dan gejalanya. Sebagian besar peserta yang pernah mengalami masalah tersebut adalah perempuan. Hipertensi menyebabkan masalah tidur seperti mimpi buruk, bangun dan kurang tidur pada beberapa partisipan.

Salah satu pasien mengungkapkan tentang mengalami gangguan tidur:

“... Saya mengalami gangguan tidur ketika saya memiliki tekanan darah tinggi. Saya tidak bisa tidur nyenyak dan mengalami mimpi buruk; ...tekanan darah tinggi saya sudah terkontrol sejak diberi obat dan sekarang saya bisa tidur lebih nyenyak...” (Wanita 54 tahun, menikah).

Pemahaman tentang pengalaman psikologis dari penyakit adalah salah satu poin yang disebutkan oleh partisipan, mereka merujuk pada masalah seperti disfungsi seksual, kecemasan dan spiritual.

Banyak peserta telah melihat dampak buruk dari penyakit yang berhubungan dengan tekanan darah di keluarga dan kerabat terdekat. Para peserta ini percaya bahwa tekanan darah tinggi yang diderita turun temurun dan takut serta khawatir tentang masa depan kesehatan mereka sendiri dan anak-anak mereka. Di sisi lain, kekhawatiran ini menyebabkan para peserta ini menindaklanjuti penyakitnya dan menyelesaikan pengobatannya. Responden yang pernah menderita komplikasi hipertensi lebih banyak mengalami ketakutan dan kekhawatiran tersebut. Beberapa pasien yang

menderita hipertensi pada usia dini memiliki rasa *shock*, depresi dan ketakutan.

Beberapa peserta laki-laki mengalami penurunan libido dan fungsi seksual akibat hipertensi yang menyebabkan gangguan dalam hubungan interpersonal dengan istri mereka. Tidak ada peserta yang menceritakan masalah seksual mereka dengan dokter mereka sementara masalah ini membuat mereka khawatir. Pengalaman salah satu peserta adalah sebagai berikut:

“...sejak saya memiliki tekanan darah tinggi, saya menjadi lebih tidak sabar terhadap hubungan seksual; Saya tidak suka lagi, apalagi tekanan darah saya tinggi...” (pria 45 tahun, menikah).

Beberapa peserta juga menyatakan bahwa hipertensi berdampak negatif pada pengalaman spiritual mereka. Mereka percaya bahwa hipertensi mencegah mereka melakukan beberapa praktik keagamaan.

“... Semenjak saya darah tinggi,... Saya tidak bisa puasa, atau pergi ke mesjid seperti dulu, atau beribadah...” (pria 45 tahun, menikah).

Pengalaman lain partisipan setelah mengalami hipertensi adalah masalah sosial dan keluarga seperti kesulitan keuangan, perasaan tidak mampu, hubungan interpersonal yang rusak dan gangguan hubungan keluarga.

Peserta mengalami masalah keuangan yang belum pernah terjadi setelah hipertensi. Masalah keuangan tidak terkait dengan biaya penyakit pada sebagian besar peserta karena mereka berada di bawah asuransi dan tidak membayar pengobatan di Puskesmas. Sebagian besar masalah ini terkait dengan perasaan tidak mampu dalam pendapatan yang muncul setelah

hipertensi dan perkembangan gejalanya serta komplikasinya pada partisipan. Pengalaman salah satu peserta adalah:

“... Hipertensi membuat orang malas; gak mau kerja bikin orang ekonominya lemah tapi sekali lagi saya bersyukur punya BPJS, kalau tidak, saya harus membayar banyak uang untuk penyakit saya ...” (pria, 53 tahun, menikah).

Gangguan pada hubungan interpersonal adalah salah satu pengalaman peserta setelah terdiagnosis hipertensi. Peserta telah mengalami masalah ini terutama setelah terjadinya dan berkembangnya gejala. Masalah tersebut antara lain; kebanyakan pria yang pada usia lansia bersikap agresif terhadap keluarga dan orang lain. Namun, beberapa peserta merasa menyesal setelah gejala hipertensi berkurang dan berusaha memperbaiki hubungan pribadinya, terutama dengan keluarganya. Pengalaman salah satu peserta adalah sebagai berikut:

“... hipertensi bikin saya gelisah; Saya menjadi agresif terhadap keluarga saya. Saya langsung merasa menyesal ketika saya membentak dan kemudian saya mencoba menyelesaikan masalah...” (pria 55 tahun, menikah).

Pemahaman Berbeda tentang Pengaruh Terapi Obat

Pasien melaporkan dua jenis pengalaman hidup dengan hipertensi pada pemahaman pengaruh terapi obat ini; beberapa mempercayai efek positif pengobatan dan beberapa partisipan mempercayai jika pengobatan hipertensi membawa efek negatif.

Manfaat yang Dirasakan

Partisipan merasakan efek positif pengobatan. Hal tersebut diungkapkan oleh peserta dalam bentuk rasa mampu

mengontrol penyakit, rasa puas dan sehat. Partisipan semua berusaha untuk secara teratur menggunakan obat-obatan yang diresepkan. Efek positif ini lebih terasa setelah mengkonsumsi obat tekanan darah pada partisipan yang menderita komplikasi hipertensi atau tanda dan gejala hipertensi yang berat. Partisipan telah menerima obat-obatan sebagai bagian terpenting dari pengobatan hipertensi. Pengalaman salah satu partisipan adalah sebagai berikut:

“... Dokter Puskesmas meresepkan obat tekanan darah tinggi; Saya merasa jauh lebih baik sejak menggunakannya; tekanan darah saya lebih terkontrol... Saya rutin minum obat...” (Wanita 41 tahun, menikah).

Konsekuensi negatif

Beberapa partisipan mengalami efek samping obat dan rasa ketergantungan obat setelah menggunakan obat antihipertensi yang diresepkan. Efek ini kebanyakan terjadi pada mereka yang baru saja mengalami hipertensi atau mereka yang tidak memiliki gejala hipertensi berat. Beberapa partisipan ini mulai menyerah terhadap obat tekanan darah karena efek samping seperti mual, lemas dan nyeri di perut mereka. Penghentian penggunaan obat anti hipertensi terjadi pada orang yang berusia lebih muda. Pengalaman salah satu partisipan adalah sebagai berikut:

“... Pil tensi itu mengganggu tidur... Saya mengunjungi dokter dan dia mengatakan itu karena pil hipertensi saya... Saya mulai mengurangi penggunaan obat sendiri; Saya takut kecanduan obat...” (Wanita 49 tahun, menikah).

Menghadapi Penyakit

Partisipan mengungkapkan dua tipe pengalaman hidup dengan hipertensi

dalam menghadapi penyakitnya. Beberapa mengungkapkan kooperatif dan senang terhadap pengobatan dan beberapa peserta mengungkapkan ketidakpedulian dan pengabaian pengobatan. Beberapa peserta percaya bahwa mereka harus menggunakan strategi yang tepat untuk mengontrol dan mengatasi penyakit mereka untuk memiliki hidup yang berkualitas, tetapi beberapa lainnya tidak memperhatikan kondisi penyakit mereka bahkan menolak terkait kondisi penyakitnya.

Kesesuaian

Partisipan menggunakan bantuan keluarga untuk melakukan modifikasi perilaku gaya hidup (seperti diet, olahraga, berhenti merokok) dan spiritualitas setelah mengalami hipertensi. Partisipan juga menyatakan telah menyadari pentingnya mengelola tekanan darah, dan mereka menunjukkan rasa cocok terhadap pengobatan hipertensi yang dijalani.

Semua partisipan mengungkapkan bahwa keluarga telah sepenuhnya mendukung pengobatan yang mereka lakukan. Dukungan tersebut berupa relaksasi, bantuan keuangan, memasak yang benar, memberikan informasi tentang penyakit, dan mengingatkan waktu minum obat-obatan. Bentuk dukungan sebagian besar dukungan bersifat psikologis. Dukungan ini diberikan biasanya oleh anak dan istri.

Pengalaman salah satu partisipan adalah sebagai berikut:

“...orang tua saya memeriksakan tekanan darahnya secara teratur dan mau minum obat dengan rajin ...” (perempuan 34 tahun, menikah).

Modifikasi gaya hidup dan kepatuhan yang tinggi disebutkan oleh peserta yang pernah menderita komplikasi atau

masalah lanjutan dari hipertensi, seperti serangan jantung, stroke, dan gagal ginjal atau partisipan yang pernah mengalami kebutuhan darurat medis setelah tekanan darah sangat tinggi. . Partisipan meyakini bahwa dengan melakukan modifikasi gaya hidup maka hal tersebut dapat mengelola tekanan darah dan bias mencegah komplikasi atau peristiwa yang tidak diinginkan dengan kesehatan. Partisipan perempuan lebih patuh pada pola makan sehat dan tidak merokok; sebaliknya, pria mengalami aktivitas olahraga yang lebih teratur. Salah satu peserta menyatakan:

“... Saat saya menyadari sangat berbahayanya tekanan darah tinggi, saya berusaha untuk patuh... Saya bisa olahraga kapan pun saya bisa...” (Pria 57 tahun, menikah).

Beberapa partisipan meyakini bahwa Tuhan akan membantu untuk mengendalikan penyakit. Saat dalam kondisi tekanan darah yang sangat tinggi, mereka merasa tidak memiliki masalah yang serius karena dilindungi oleh Tuhan. Beberapa partisipan lain percaya bahwa Tuhan mendukung mereka dalam usaha mengendalikan penyakit hipertensi. Semua partisipan meyakini peran positif spiritualitas dalam pengendalian tekanan darah. Namun pasien wanita, terutama wanita lanjut usia lansia atau mendekati lansia menggunakan pengalaman spiritualnya dalam mengontrol tekanan darahnya. Pengalaman salah satu peserta adalah sebagai berikut:

“... Saya yakin Allah itu dengar doa saya saat tensi tinggi,... Saya merasa tenang ketika saya berdoa; itu mengurangi tekanan darah saya...” (perempuan 39 tahun, menikah).

Kelalaian dan Penolakan

Bentuk kelalaian juga diungkapkan oleh sebagian kecil partisipan tidak menyadari

besarnya perjuangan yang harus dilakukan dalam penanganan hipertensi, dan juga menganggap bahwa hipertensi ini bukan hal yang terlalu berbahaya. Kelalaian tersebut lebih banyak ditunjukkan pada pasien yang menderita hipertensi dalam beberapa tahun terakhir atau peserta yang tidak mengalami gejala persisten akibat hipertensi. Pasien-pasien ini kebanyakan laki-laki. Mereka tidak percaya tekanan darah tinggi adalah penyakit serius dan berbahaya. Pengalaman salah satu peserta adalah sebagai berikut:

“... Saya pikir saya belum usaha cukup keras untuk diri saya sendiri; ketika saya tahu saya memiliki tensi tinggi, saya masih suka asin-asin; ... Saya tidak berpikir bahwa tekanan darah itu penting ...” (Wanita 47 tahun, menikah).

Beberapa peserta menggunakan herbal seperti air jeruk nipis, air rebusan daun

seledri dan sereh untuk menurunkan tekanan darah, daripada meminum obat yang diresepkan. Pengalaman ini lebih sering terjadi pada pasien yang lebih tua. Poin penting adalah bahwa sebagian besar dari partisipan ini menggunakan metode non-farmakologis untuk mengontrol tekanan darah tinggi mereka yang bertentangan dengan saran dokter. Pasien-pasien ini menyatakan bahwa cara pengobatan dengan herbal ini sudah ada dalam budaya mereka dari dulu. Mereka lebih percaya pada nasihat teman dan kerabat serta keluarga mereka daripada nasihat medis. Salah satu peserta mengatakan:

“air daun seledri itu manjur...karena sudah dipakai sama porang-orang tua dulu, itu juga lebih aman daripada minum obat terus-terusan” (Wanita, 59 tahun, menikah).

IV. DISCUSSION

Penelitian ini menunjukkan bahwa pengalaman pasien di bagi menjadi 3 tema yaitu pengendalian penyakit, pemahaman berbeda tentang dampak obat, dan penanganan penyakit. Tekanan darah tinggi mempengaruhi semua aspek kehidupan sehari-hari. Semua partisipan dalam penelitian ini pernah mengalami satu atau lebih dari satu gejala tekanan darah kronis. Partisipan percaya bahwa tekanan darah dan gejala-gejala tersebut memiliki efek negatif pada aktivitas sehari-hari mereka, seperti berkurangnya aktivitas fisik dan pembatasan pola makan. Pasien dengan hipertensi tidak memiliki gejala pada tahap awal dan biasanya dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari dan kehidupan sehari-hari mereka terpengaruh dan terganggu setelah mengalami gejala

hipertensi kronis (Franklin et al.,2017). Sebagian besar peserta dalam studi ini dalam hal evaluasi pengalaman pasien hipertensi memiliki keluhan tentang tanda dan gejala hipertensi dan masalah dengan aktivitas kehidupan sehari-hari. Beberapa pasien memiliki kesan yang baik meskipun memiliki tekanan darah tinggi dan gejalanya (Udompittayason et al.,2015) (Gascon et al., 2004) (Samranbua, 2011).

Berbeda dengan beberapa hasil penelitian lainnya dimana pasien merasa baik meskipun memiliki gejala tekanan darah tinggi, semua pasien dalam penelitian ini khawatir tentang kemungkinan kekambuhan dari gejala tekanan darah tinggi. Faktor seperti sikap pasien dan kondisi sosial budayanya memiliki peran dalam proses penerimaan dan pengobatan hipertensi oleh pasien (Izadirad et a.,/ 2014).

Berdasarkan pengalaman psikologis, para partisipan pernah mengalami masalah seperti ketakutan dan kecemasan, penurunan libido dan gangguan fungsi seksual serta spiritualitas. Ketakutan dan kekhawatiran peserta lebih terkait dengan komplikasi tekanan darah yang membuat mereka menindaklanjuti dan menyelesaikan perawatan mereka.

Hasil studi kualitatif ini, pasien hipertensi menunjukkan bahwa ketakutan dan kekhawatiran dialami sebagai hal yang umum di antara para partisipan. Pasien yang sudah atau belum mengalami komplikasi dari tekanan darah tinggi sebagian besar mengalami ketakutan dan kecemasan serta khawatir terhadap tekanan darah tinggi (Samranbua, 2011). Penelitian serupa lainnya juga menunjukkan bahwa pasien pernah mengalami semacam ketakutan dan kekhawatiran akan komplikasi tekanan darah tinggi. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya (Samranbua A 2011) (Hultgren *et al.*, 2014) (McCartney., 2014). Ketakutan dan kekhawatiran tidak selalu berdampak negatif dan dapat mendorong pasien untuk melakukan perilaku kesehatan yang positif (Kalthornia *et al.*, 2014).

Perasaan dan emosi memiliki nilai dan interpretasi yang berbeda dalam masing-masing budaya yang dimiliki (Samranbua, 2011). Perbedaan utama antara penelitian kami dan penelitian kualitatif sebelumnya oleh Hultgren *et al.*, (2014) dan McCartney (2014) adalah salah satu kekhawatiran yang dialami oleh peserta dalam penelitian ini adalah perilaku penyakit keturunan dan risiko hipertensi untuk anak-anak mereka yang belum dilakukan perawatan optimal. Hasil lainnya juga menunjukkan bahwa pengalaman pasien hipertensi di bidang disfungsi spiritual dan seksual pada penelitian ini dapat diakibatkan karena wawancara yang lebih mendalam dan

perbedaan budaya serta agama dari pasien tersebut.

Salah satu konsep utama dari penelitian ini adalah pengalaman sosial pasien. Peserta telah mengalami beban keuangan dari pengobatan hipertensi, gangguan hubungan interpersonal, dan gangguan hubungan keluarga setelah hipertensi. Hasil studi kualitatif menunjukkan bahwa semua peserta mengalami kesulitan keuangan yang berbeda terkait dengan hipertensi yang memaksa mereka untuk mengandalkan bantuan dari pemerintah, keluarga dan teman (Samranbua, 2011). Masalah ekonomi merupakan kendala utama bagi pasien untuk mengakses layanan kesehatan yang tepat dan kepatuhan untuk terapi obat (Lewis *et al.*, 2010). Penelitian sebelumnya juga menunjukkan hal yang sama, bahwa pasien hipertensi mengalami beberapa derajat masalah keuangan dalam pengobatan hipertensi dan komplikasinya. Hal tersebut juga sering kali menjadi penyebab pasien tidak menindaklanjuti pengobatan hipertensi (McCartney, 2014; Lewis LM *et al.*, 2010). Berbeda dengan hasil penelitian oleh Kalthornia *et al.*, (2014) yang menunjukkan kesulitan keuangan tidak berhubungan dengan biaya perawatan, dan sebagian besar masalah keuangan dinilai sebagai perasaan subyektifitas masing-masing terhadap jumlah pendapatan yang tidak memadai setelah merasakan komplikasi hipertensi. Sebagian besar pengobatan ditanggung oleh asuransi kesehatan Indonesia yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Partisipan juga memanfaatkan layanan perawatan kesehatan primer yang tersedia dengan biaya rendah dan pasien dapat menerima pengobatan dan layanan kesehatan. Pasien dengan tekanan darah tinggi biasanya mengalami hubungan interpersonal yang buruk dan tidak memiliki tujuan tentang masa depan (Kalthornia *et al.*, 2014). Hasil studi

kualitatif menunjukkan bahwa para peserta juga mengalami gangguan hubungan dengan keluarga (orang tua dan anak), teman dan kerabat (McCartney, 2014). Di Indonesia, khususnya Jember, keluarga memiliki hubungan dekat satu sama lain karena konteks budaya daerah dan anggota keluarga membantu kerabat yang sakit (Faramarzinia and Besharat, 2010). Poin penting adalah bahwa peserta dalam penelitian kami mengalami penyesalan setelah mengalami masalah dengan keluarga dan mencoba untuk memperbaiki hubungan interpersonalnya. Pasien hipertensi mengalami hubungan yang dinilai lebih baik dengan keluarganya ketika mereka memiliki tekanan darah yang terkontrol (Samranbua, 2011 dan McCartney, 2014).

Beberapa peserta telah mengalami efek positif dari terapi obat dalam penelitian ini dan beberapa lainnya mengalami efek negative sebagai dampak dari penggunaan obat tekanan darah. Hasil studi kualitatif menunjukkan bahwa beberapa pasien mengabaikan perintah dokter dan menggunakan obat hanya pada saat gejala tekanan darah muncul karena takut ketergantungan dan muncul komplikasinya; hal tersebut dinilai sebagai penyebab munculnya komplikasi seperti penyakit kardiovaskular atau serebrovaskular (Udompittayason *et al.*, 2015). Dalam penelitian kualitatif lain menunjukkan bahwa pasien hipertensi merasa sembuh dengan minum obat dan mengurangi gejala tekanan darah tinggi. Selain itu, sebagian besar responden telah berhenti minum obat tanpa berkonsultasi dengan dokter karena berkurangnya gejala tekanan darah tinggi (Marshall *et al.*, 2012). Pengalaman penggunaan obat untuk hipertensi bervariasi dan tergantung pada faktor-faktor seperti pengalaman terapi obat pasien sebelumnya dan anggota keluarganya serta tingkat pengetahuan medis dan kepercayaan dalam sistem

perawatan kesehatan (Hultgren *et al.*, 2014).

Dalam penelitian ini, sebagian besar pasien sudah pernah dilakukan pengobatan dan telah mendapatkan resep, namun belum meminum obat secara teratur. Adanya anggapan, jika minum obat terlalu sering tidak baik karena akan memiliki efek samping terhadap organ ginjal. Hal tersebut juga ditemukan pada penelitian sebelumnya oleh Udompittayason *et al.*, (2015) dan Marshall *et al.*, (2012). Temuan tersebut bisa mencerminkan sikap negatif dari peserta dalam penelitian ini terhadap obat tekanan darah.

Hasil penelitian yang lain menunjukkan bahwa banyak pasien mengandalkan bantuan keluarga, modifikasi perilaku gaya hidup (diet, olahraga, berhenti merokok), spiritualitas, dan peningkatan kesadaran untuk mengelola tekanan darah oleh pasien. Berdasarkan fenomena tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pasien hipertensi mampu menurunkan tekanan darahnya dengan mengubah gaya hidup dan ini merupakan cara yang dinilai lebih efisien dalam pembiayaan dan aman (Oliveria *et al.*, 2005). Hal tersebut juga ditunjukkan pada penelitian kualitatif sebelumnya yang dilakukan pada pasien tekanan darah tinggi, bahwa partisipan secara aktif menindaklanjuti, mengontrol dan mengobati tekanan darah tinggi mereka (Kajellgeren *et al.*, 1998) (Benson J, and Britten N 2002). Hasil tersebut sejalan dengan penelitian ini, kecuali fenomena bahwa partisipan menggunakan kemampuan spiritualitas dan bantuan keluarga sebagai strategi yang efektif untuk mengelola tekanan darah tinggi (Kajellgeren KI *et al* 1998) (Benson J and Britten N 2002). Temuan ini dapat disebabkan oleh perbedaan konteks budaya, spiritual dan sosial Indonesia dengan negara-negara lain. Dalam hal ini, hasil menunjukkan bahwa gaya hidup pasien hipertensi dan penatalaksanaan penyakit dilakukan secara berbeda

berdasarkan suku dan konteks budaya masing-masing daerah dan perbedaan ini terkadang menjadi hambatan dalam penatalaksanaan hipertensi (Udompittayason *et al.*, 2015; Whitt-Glover *et al.*, 2014).

Dalam studi ini, beberapa partisipan tidak menyadari tekanan darahnya tinggi, sehingga partisipan tidak mencoba untuk mengubah gaya hidup mereka untuk modifikasi kesehatan yang harusnya dilakukan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pasien dengan hipertensi pada tahap awal hanya merasakan gejala sementara yang sering hilang dan timbul, bahkan tidak merasakan gejala apapun. Banyak pasien tidak menganggap tekanan darah tinggi sebagai penyakit dan tidak terlalu memperhatikannya (Akter *et al.*, 2015; Udompittayason *et al.*, 2015). Keyakinan dan asumsi yang konservatif menurut pengalaman pasien terkadang membuat mereka tidak menerima pengobatan medis bahkan menghentikannya serta tidak mengubah perilaku yang tidak benar. Hal tersebut dapat menimbulkan komplikasi parah yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi (Udompittayason *et al.*, 2015). Temuan yang lain menunjukkan sebagian besar pasien dengan hipertensi tidak mengubah gaya hidup mereka dengan benar, bukan hanya ketika mereka bebas dari gejala, tetapi juga setelah komplikasi penyakit (Samranbua, 2011). Hasil serupa dilaporkan dalam penelitian kualitatif lainnya (Udompittayason *et al.*, 2015; Marshall *et al.* 2012). yang sejalan dengan penelitian kami.

Dalam penelitian ini, kurangnya penggunaan obat hipertensi lebih terlihat pada pasien yang baru didiagnosis tekanan darah tinggi. Salah satu alasannya adalah fakta bahwa tekanan darah tinggi adalah penyakit yang tersembunyi dan hampir tidak memiliki gejala yang jelas serta komplikasi serius pada tahap awal. Pasien hipertensi yang

mejadi partisipan mengatakan tidak percaya akan manfaat obat-obatan dalam mengontrol tekanan darah pada awal penyakit. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sikap penderita hipertensi terhadap pengobatan akan berubah seiring berjalannya waktu. Mereka menunjukkan resistensi terhadap obat pada awalnya dan kemudian persepsinya mulai berubah terhadap obat yang dinilai sebagai penyelamat dan merasakan kewajaran saat harus mengkonsumsi obat anti hipertensi secara rutin.

Studi ini mengeksplorasi bagaimana sampel pasien hipertensi menyadari kondisi mereka dan strategi yang mereka gunakan dalam mengelolanya. Eksplorasi kualitatif memungkinkan pemahaman tentang perspektif pasien yang berkontribusi pada pemahaman alasan pengobatan dan penyebab kemungkinan ketidakpatuhan dalam kelompok partisipan ini.

Salah satu batasan dari penelitian ini adalah bahwa partisipan dengan hipertensi bertahun-tahun mengalami kesulitan dalam mengingat dan berbagi pengalaman dahulu. Kerabat dapat membantu dalam memvalidasi ingatan tersebut. Kurangnya penelitian serupa di Indonesia adalah salah satu keterbatasan penelitian ini sehingga analisa dan perbandingan sulit dilakukan.

V. CONCLUSION

Berdasarkan temuan, pasien dengan hipertensi mengalami banyak masalah dalam berbagai aspek kesehatan seperti fisik, psikologis, sosial, keluarga dan spiritual karena penyakit dan konteks budaya. Selain itu, penggunaan obat tekanan darah menyebabkan pengalaman positif dan negatif pada pasien. Pasien-pasien ini mengatasi penyakit mereka berdasarkan konteks budaya dan kepercayaan mereka dan

dapat memperoleh pengalaman positif dalam pengendalian dan pengobatan hipertensi setelahnya. Perencanaan komprehensif yang sesuai dengan konteks budaya dan sosial dan keyakinan pasien diperlukan untuk menyelesaikan masalah ini. Disarankan bahwa penelitian lebih lanjut harus dilakukan pada pasien hipertensi dalam budaya lain untuk menentukan lebih banyak dimensi dari pasien hipertensi sehubungan dengan perbedaan budaya.

VI. UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih diucapkan pada LPPM Universitas dr. Soebandi atas dukungan berupa *in kind* dan *in cash* dalam penyelenggaraan penelitian ini.

REFERENCES

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) *J Hypertens*. 2013; 31:1281–357. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Spruill TM, Gerber LM, Schwartz JE, et al. Race Differences in the Physical and Psychological Impact of Hypertension Labeling. *American Journal of Hypertension*. 2012;25:458–63. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Franklin SS, O'Brien E, Staessen JA. Masked hypertension: understanding its complexity. *Eur Heart J*. 2017;38:1112–8. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Amraoui F, Bos S, Vogt L, van den Born BJ. Long-term renal outcome in patients with malignant hypertension: a retrospective cohort study. *BMC Nephrol*. 2012;13:71. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Gusmão JL, Pierin AMG. Bulpitt and Fletcher's Specific Questionnaire for Quality of Life Assessment of hypertensive patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43:1034–43. [[Google Scholar](#)]
6. Hakim A, Bagheri R. Prevalence of Hypertension and Associated Factors in Ahvaz School Age Children in 2013. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2014;2:136–41. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Baheti NN, Nair M, Thomas SV. Long-term visual outcome in idiopathic intracranial hypertension. *Ann Indian Acad Neurol*. 2011;14:19–22. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Ebadi A, Bakhshian Kelarijani R, Malmir M, et al. Comparison of quality of life in military and non-military men with hypertension. *J Mil Med*. 2011;13:189–94. [[Google Scholar](#)]
9. Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. *São Paulo Med*. 2005;123:3–4. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
10. Hemmati Maslakpak M, Safaie M. A Comparison between the Effectiveness of Short Message Service and Reminder Cards Regarding Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016;4:209–218. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
11. O'Collins VE, Donnan GA, Macleod MR, Howells DW. Hypertension and experimental stroke therapies. *J Cereb Blood Flow Metab*. 2013;33:1141–7. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
12. World Health Organization. *A Global Brief on Hypertension: Silent Killer, Global Public Health Crisis*. Geneva: WHO; 2013. [[Google Scholar](#)]
13. Laaser U, Breckenkamp J, Bjegovic V. Treatment of hypertension in Germany: is there a social gradient? *Int J Public Health*. 2012;57:185–91. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

14. Butt TF, Branch RL, Beesley L, Martin U. Managing hypertension in the very elderly: effect of adverse drug reactions (ADRs) on achieving targets. *J Hum Hypertens*. 2010;24:514–8. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
15. Katende G, Groves S, Becker K. Hypertension Education Intervention with Ugandan Nurses Working in Hospital Outpatient Clinic: A Pilot Study. *Nurs Res Pract*. 2014;2014:710702. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
16. Akter S, Equchi M, Kurotani K, et al. High dietary acid load is associated with increased prevalence of hypertension: The Furukawa Nutrition and Health Study. *Nutrition*. 2015;31:298–303. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
17. Institute of Medicine (US) Committee on Public Health Priorities to Reduce and Control Hypertension. *A Population-Based Policy and Systems Change Approach to Prevent and Control Hypertension*. Washington, DC: National Academies Press; 2010. [[Google Scholar](#)]
18. Marshall IJ, Wolfe CD, McKeivitt C. Lay perspective on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *BMJ*. 2012;345:e3953. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
19. Tu W, Pratt JH. A Consideration of Genetic Mechanisms Behind the Development of Hypertension in Blacks. *Curr Hypertens Rep*. 2013;15:108–13. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
20. Viruell-Fuentes EA, Ponce NA, Alegri'a M. Neighborhood Context and Hypertension Outcomes Among Latinos in Chicago. *J Immigr Minor Health*. 2012;14:959–67. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
21. Izadirad H, Masoudi GR, Zareban I. Evaluation of efficacy of education program based on BASNEF model on Self-care behaviors of women with hypertension. *Journal of Zabol University of Medical Sciences and Health Services*. 2014;6:42–51. [[Google Scholar](#)]
22. Abbasi M, Mohammadi N, Nikbakht-Nasrabadi A, Sadegi T. Experiences of Living with Coronary Artery Bypass Graft: a Qualitative Study. *Journal of Hayat*. 2014;19:38–47. [In persian] [[Google Scholar](#)]
23. Sabzmakan L, Mazloomy Mahmoodabad S, Morowatisharifabad AM, et al. Patients, Experiences with Cardiovascular Disease Risk Factors and Healthcare Providers of Determinants of the Nutritional Behavior: A Qualitative Directed Content Analysis. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2013;15:292–302. [[Google Scholar](#)]
24. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: principle and methods*. 7th ed. Philadelphia, New York, Hagestown: Lippincott williams and wilkins; 2003. [[Google Scholar](#)]
25. Graneheim UH, Lundma B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24:105–12. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
26. Udompittayason W, Boonyasopun U, Songwathana P. Perspectives on Hypertension among Thai-Melayu Elderly in a Province of Southern Thailand: An Ethnographic Study. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2015;35:45–59. [[Google Scholar](#)]

27. Gascón JJ, Sánchez-Ortuño M, Llor B, et al. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. *Fam Pract.* 2004;21:125–30. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
28. Samranbua A. *The Lived Experience of Rural Thai Older Adults with Poorly Controlled Hypertension [thesis]* Washington: Faculty of the School of Nursing of the Catholic University of America; 2011. [[Google Scholar](#)]
29. Hultgren F, Jonasson G, Billhult A. From resistance to rescue - patients' shifting attitudes to antihypertensives: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2014;32:163–9. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
30. McCartney FG. *Living with Hypertension: Experiences of Black Men Related to Their Perceptions of the Clinical Encounter at Diagnosis [thesis]* Knoxville: University of Tennessee; 2014. [[Google Scholar](#)]
31. Kalthornia Golkar M, Banijamali S, Bahrami H, et al. Effectiveness of Mixed Therapy of Stress Management Training and Spiritual Therapy on Level of Blood Pressure, Anxiety and Quality of Life of High Blood Pressure Patients. *Journal of Clinical Psychology.* 2014;6:1–11. [In persian] [[Google Scholar](#)]
32. Lewis LM, Askie P, Randleman S, Shelton-Dunston B. Medication adherence beliefs of community-dwelling hypertensive African Americans. *J Cardiovasc Nurs.* 2010;25:199–206. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
33. Faramarzinia E, Besharat MA. Study the relationship of anxiety and anger with chronic hypertension. *Medical Sciences.* 2010;20:136–41. [In persian] [[Google Scholar](#)]
34. Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, et al. Hypertension knowledge, Awareness, and Attitudes in a Hypertensive Population. *J Gen Intern Med.* 2005;20:219–25. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
35. Kejjelgeren KI, Svensson S, Ahlner J, Säljö R. Antihypertensive medication in clinical encounters. *Int J Cardiol.* 1998;64:161–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
36. Benson J, Britten N. Patients decisions about whether or not to take antihypertensive drugs; qualitative study. *BMJ.* 2002;325 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
37. Whitt-Glover MC, Keith NR, Ceaser TG, et al. A systematic review of physical activity interventions among African American adults: Evidence from 2009 to 2013. *Obes Rev.* 2014;15:125–45. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
38. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines Thomas Unger, Claudio Borghi, Fadi Charchar, Nadia A. Khan, Neil R. Poulter, Dorairaj Prabhakaran, Agustin Ramirez, Markus Schlaich, George S. Stergiou, Maciej Tomaszewski, Richard D. Wainford, Bryan Williams and Aletta E. Schutte Originally published 6 May 2020 <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026> Hypertension. 2020;75:1334–1357