

**EFEKTIVITAS PENGGUNAAN LAYANAN *TELEHEALTH* BERUPA
SMS (*SHORT MESSAGE SYSTEM*) DAN *VIDEO CALL* DALAM
MENINGKATKAN KEPATUHAN MINUM OBAT
PADA PASIEN HIPERTENSI**

SKRIPSI



Disusun Oleh:

NUR FADILLAH

NIM: B21741419601

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2019

**EFEKTIVITAS PENGGUNAAN LAYANAN *TELEHEALTH* BERUPA
SMS (*SHORT MESSAGE SYSTEM*) DAN *VIDEO CALL* DALAM
MENINGKATKAN KEPATUHAN MINUM OBAT
PADA PASIEN HIPERTENSI**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
(S.Kep)



Disusun Oleh:

NUR FADILLAH

NIM: B21741419601

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2019

HALAMAN PENGESAHAN

EFEKTIFITAS PENGGUNAAN LAYANAN *TELEHEALTH* BERUPA SMS (*SHORT MESSAGE SYSTEM*) DAN *VIDEO CALL* DALAM MENINGKATKAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN HIPERTENSI

SKRIPSI


Disusun Oleh:

NUR FADILLAH

NIM. B21741419601

Telah dipertahankan di depan dewan penguji
Pada Tanggal 30 Juli 2019

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

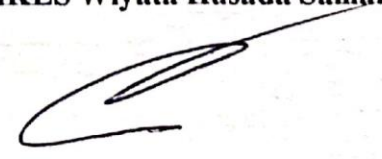
1. **Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.MB** (.....) 
NIK. 113072.88.16.088
2. **Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep** (.....)
NIK. 113072.74.13.045
3. **Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep** (.....)
NIK. 113072.83.11.023
4. **Ns. Aries Abiyoga, S.Kep., M.Kep** (.....)
NIK. 113072.86.18.128

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK : 113072:74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.86.14.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nur Fadillah.
NIM : B21741419601.
Program Studi : S-1 Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
Judul Skripsi : Efektivitas Penggunaan Layanan *Telehealth* Berupa SMS (*Short Message System*) Dan *Video Call* Dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dapat dibuktikan bahwa Laporan Tugas Akhir adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samboja, Mei 2019

Yang Membuat Pernyataan,

Nur Fadillah

NIM: B21741419601

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat Rahmat Hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Efektivitas Penggunaan Layanan *Telehealth* Berupa SMS (*Short Message System*) Dan *Video Call* Dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi”**. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Bapak Mujito Hadi, MM, selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
4. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep, selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas skripsi ini.
5. Ns. Aris Abiyoga, S.Kep., M.Kep, selaku dosen pembimbing II yang juga menyediakan waktu, masukan-masukan dan ide untuk membantu saya dalam penyusunan tugas skripsi ini.
6. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep MB, selaku penguji utama. Terima kasih atas masukan, saran serta ilmu yang telah diberikan.
7. Dosen dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang memotivasi dalam menyusun skripsi ini.
8. Ibu Drg. Musafirah Akil Ali, MARS, selaku Direktur RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.

9. Pihak RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja yang telah membantu saya dalam memperoleh data yang saya perlukan.
10. Ayahnda (Alm. H. Sudirman) dan Ibunda (Hj. Ulfah) dan seluruh keluargaku yang selalu mendukung, memotivasi dalam menyusun skripsi ini.
11. Istri (Anet Marisa) dan Anak-anak (Fanesa Nazwa Fadillah dan Nadira Balqis Fadillah) yang selalu mendo'akan dan mendukung dalam pembuatan skripsi ini.
12. Teman-teman seperjuangan Alih Jenjang Samboja angkatan 2018 Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang telah sama-sama dan memberi dukungan dalam penyusunan skripsi ini.
13. Rekan kerja Ruang Mahoni yang telah memberi dukungan dalam penyusunan skripsi ini.

Semua pihak yang telah membantu menyelesaikan skripsi ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidaksopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih dan sayang-Nya untuk kita semua. Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna, oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun dan bermanfaat bagi pengembangan ilmu.

Samboja, Agustus 2019

Nur Fadillah

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nur Fadillah

NIM : B21741419601

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas skripsi saya yang berjudul:

“EFEKTIVITAS PENGGUNAAN LAYANAN *TELEHEALTH* BERUPA SMS (*SHORT MESSAGE SYSTEM*) DAN *VIDEO CALL* TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN HIPERTENSI”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas skripsi saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samboja, Agustus 2019

Yang Menyatakan,

Materai
6000

Nur Fadillah

NIM: B21741419601

ABSTRAK

Efektivitas Penggunaan Layanan *Telehealth* Berupa SMS (*Short Message System*) Dan *Video Call* Dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Samboja

Nur Fadillah¹, Chrisylen Damanik², Aries Abiyoga³

Latar Belakang: Kepatuhan seorang pasien yang menderita hipertensi tidak hanya dilihat dalam meminum obat antihipertensi tetapi juga dituntut peran aktif dan kesediaan pasien untuk memeriksakan kesehatannya ke dokter serta perubahan gaya hidup sehat yang dianjurkan. Perkembangan teknologi saat ini mempengaruhi pelayanan kesehatan yang maksimal. Kondisi ini sangat memungkinkan penerapan teknologi *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call* untuk menunjang komunikasi jarak jauh antara perawat dan pasien. **Tujuan:** Menganalisis efektivitas penggunaan layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi. **Metode:** *Pra-Eksperimental* dengan rancangan *pre-post test* dalam satu kelompok dengan pendekatan *time series*, yang dilakukan pada bulan Mei–Juli 2019 dengan jumlah sampel 26 responden. Pengukuran variabel dilakukan dengan menggunakan kuesioner MMAS. **Hasil:** Berdasarkan hasil analisis uji *friedman* kemudian dilanjutkan dengan analisis *post hoc wilcoxon*, didapat nilai p value hari ke-1 (0,001), hari ke-2 (0,001), hari ke-3 (0,001). **Kesimpulan:** Ada efektivitas signifikan secara statistik pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi. **Saran:** Bagi peneliti selanjutnya untuk meneliti mengenai efektivitas layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* terhadap penyakit lain dengan menggunakan kelompok kontrol atau pembanding.

Kata Kunci : Kepatuhan, Layanan *Telehealth*

¹Mahasiswa program studi ilmu keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

²Dosen program studi ilmu keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarida

³Dosen program studi ilmu keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarida

ABSTRACT

Effectiveness Using Telehealth Services SMS (Short Message System) and Video Calls in Improving the Compliance of Taking Medicines for Hypertension Patients in Internal Disease Polyclinic at Samboja Hospital

Nur Fadillah¹, Chrisyen Damanik², Aries Abiyoga³

Background: Compliance of hypertension patient is not only seen in taking antihypertensive drugs but also requires an active role and willingness of patients to check their health to the doctor and recommended healthy lifestyle changes. Technological developments affect maximum health services. This condition is very possible the application of telehealth technology in the form of sms (short message system) and video calls to support long-distance communication between nurses and patients. **Objective:** To analyze the effectiveness of using telehealth services in the form of sms and video calls in improving medication adherence in hypertensive patients. **Method:** The review identified by Pre-Experimental with pre-post test design in one group with a time series approach, which was conducted in May-July 2019 with a sample of 26 respondents. Variable measurements were carried out using the MMAS questionnaire. **Results:** Based on the results of the Friedman test analysis then continued with post hoc Wilcoxon analysis, obtained p value of day 1 (0.001), day 2 (0.001), day 3 (0.001). **Conclusion:** There is a significant effectiveness in providing telehealth services in the form of sms and video calls in improving medication adherence in hypertensive patients. **Suggestion:** For further researchers to examine the effectiveness of telehealth services in the form of sms and video calls against other diseases using a control or comparison group.

Keywords: Compliance, Telehealth Services

¹ Student of nursing study program, STIKES Wiyata Husada Samarinda

² Lecturer in nursing study program, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³ Lecturer in Nursing Science Study Program, STIKES Wiyata Husada Samarinda



DAFTAR ISI

	HAL
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR GRAFIK	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
E. Penelitian Terkait	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka	14
1. Konsep Hipertensi	14
a. Pengertian	14
b. Klasifikasi	15
c. Tanda Dan Gejala	15
d. Etiologi	16
e. Pencegahan	16
f. Pengobatan	17
2. Konsep Kepatuhan	18
a. Aspek-Aspek & Metode Untuk Mengukur Kepatuhan	20
3. Aplikasi Teori Dorothea E. Orem Dan Manajemen Asuhan Keperawatan	23
a. Konsep <i>Selfcare</i> Dorothea Orem	23
b. Teori Orem Dalam Paradigma Keperawatan	39
c. Aplikasi Teori Orem Dalam Asuhan Keperawatan	31
4. Konsep Layanan <i>Telehealth</i>	33
a. Teknologi Dalam <i>Telehealth</i>	33
b. Contoh <i>Telehealth</i>	34
c. Issue <i>Telehealth</i>	35
5. Konsep Layanan SMS (<i>Short Message System</i>)	36
6. Konsep Layanan <i>Video Call</i>	37
a. Perkembangan <i>Video Call</i>	37
b. Prinsip Kerja <i>Video Call</i>	39
c. Pemanfaatan <i>Video Call</i>	39
B. Kerangka Teori Penelitian	40

C. Kerangka Konsep Penelitian	42
D. Hipotesis Penelitian	42
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	43
B. Populasi Dan Sampel	43
C. Variabel Penelitian	45
D. Definisi Operasional	46
E. Tempat Dan Waktu Penelitian	48
F. Instrumen Penelitian	48
G. Prosedur Pengumpulan Data	50
H. Pengolahan Data	53
I. Analisa Data	54
J. Etika Penelitian	55
BAB IV PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	57
1. Normalitas Data	57
2. Hasil Analisis Univariat	58
3. Hasil Analisis Bivariat	59
B. Pembahasan	63
C. Keterbatasan Penelitian	67
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	68
B. Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	70
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

	HAL
Tabel 2.1 Klasifikasi menurut JNC	15
Tabel 2.2 Terapi hipertensi berdasarkan stadium hipertensi dan faktor resiko	17
Tabel 3.1 Definisi operasional	47
Tabel 3.2 Skoring kuesioner MMAS (<i>Medication Morisky Adherence Scale</i>)	49
Tabel 3.3 Skala ukur kepatuhan minum obat MMAS (<i>Medication Morisky Adherence Scale</i>)	49
Tabel 4.1 Sebelum dan setelah intervensi layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i>	57
Tabel 4.2 Skor rata-rata kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi intervensi pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i>	58
Tabel 4.3 Perbedaan skor rata-rata kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i> sebelum hari ke-1, setelah hari ke-2, dan setelah hari ke-3	60
Tabel 4.4 Selisih perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i> sebelum intervensi hari ke-1 dengan setelah intervensi hari ke-2	60
Tabel 4.5 Selisih perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i> sebelum intervensi hari ke-1 dengan setelah intervensi hari ke-3	61
Tabel 4.6 Selisih perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i> sebelum intervensi hari ke-2 dengan setelah intervensi hari ke-3	62

DAFTAR SKEMA

	HAL
Skema 2.1 <i>Conceptual Framework For Nursing</i>	26
Skema 2.2 Model konseptual sistem keperawatan teori orem	28
Skema 2.3 Kerangka teori	41
Skema 2.4 Kerangka konsep	42
Skema 3.1 Alur penelitian	52



DAFTAR GRAFIK

	HAL
Grafik 4.1 Perkembangan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi intervensi pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i>	59



DAFTAR LAMPIRAN

		HAL
Lampiran	1 Rencana jadwal penelitian	74
Lampiran	2 Lembar kuesioner kepatuhan minum obat MMAS (<i>Medication Morisky Adherence Scale</i>)	75
Lampiran	3 Standar operasional prosedur layanan SMS (<i>Short Message System</i>)	77
Lampiran	4 Standar operasional prosedur layanan <i>video call</i>	78
Lampiran	5 Lembar penjelasan penelitian	80
Lampiran	6 Lembar <i>informed concent</i>	82
Lampiran	7 Surat pernyataan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian	83
Lampiran	8 Surat permohonan studi pendahuluan dan pengambilan data	84
Lampiran	9 Jawaban surat permohonan studi pendahuluan dan pengambilan data	85
Lampiran	10 Surat permohonan izin penelitian	86
Lampiran	11 Jawaban surat permohonan izin penelitian	87
Lampiran	12 Dokumentasi penyerahan surat izin penelitian	88
Lampiran	13 Dokumentasi permintaan izin perawat poliklinik penyakit dalam	89
Lampiran	14 Dokumentasi penjelasan, pengisian <i>inform concent</i> , bersedia sebagai responden, dan pengisian kuesioner	90
Lampiran	15 Dokumentasi pemberian intervensi kuesioner	91
Lampiran	16 Dokumentasi layanan SMS (<i>Short Message System</i>)	92
Lampiran	17 Dokumentasi layanan <i>video call</i>	93

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.

Hipertensi merupakan masalah kesehatan kardiovaskular yang banyak dijumpai di Indonesia. Hipertensi seringkali tidak menimbulkan gejala yang nyata dan pada stadium awal belum menimbulkan gangguan yang serius pada kesehatan penderitanya (Abadi, Wijayanti, Gunawan, Rumawas, & Sutrisna, 2013). Hipertensi sering disebut sebagai *silent killer* karena biasanya terjadi asimtomatik. Perjalanan penyakit hipertensi sangat perlahan, apabila hipertensi tidak diketahui dan tidak ditangani dengan benar dapat mengakibatkan kematian karena payah jantung, infark miokardium, stroke atau gagal ginjal. Untuk itu, pengobatan dan pemeriksaan tekanan darah secara teratur mempunyai arti penting dalam perawatan hipertensi (Van Onzenoort et al., 2010).

World Health Organization, (2013), menunjukkan hipertensi adalah salah satu kontributor paling penting untuk penyakit jantung dan stroke yang bersama-sama menjadi penyebab kematian dan kecacatan nomor satu. Hipertensi memberikan kontribusi untuk hampir 9,4 juta kematian akibat penyakit kardiovaskuler setiap tahun. Hal ini juga meningkatkan risiko kondisi seperti gagal ginjal dan kebutaan. Hipertensi diperkirakan mempengaruhi lebih dari satu dari tiga orang dewasa berusia 25 tahun ke atas, atau sekitar satu miliar orang di seluruh dunia. Prevalensi hipertensi tertinggi di dunia berada di negara Afrika 46% orang dewasa sedangkan prevalensi terendah ditemukan di negara Amerika 35% orang dewasa menurut (WHO, 2013). Data tersebut dapat dipastikan bahwa negara yang berpenghasilan tinggi memiliki prevalensi rendah hipertensi 35% orang dewasa dibandingkan kelompok pendapatan rendah dan menengah 40% orang dewasa berkat kebijakan publik multisektoral sukses dan akses yang lebih baik ke perawatan kesehatan bagi negara dengan penghasilan tinggi.

Berdasarkan data dari (Riskesdas, 2018), terdapat 34,1% penduduk Indonesia dewasa yang mengalami hipertensi. Hasil ini menunjukkan

peningkatan sekitar 8,3% prevalensi hipertensi pada tahun 2013 25,8%. Prevalensi di Indonesia masih dikatakan tinggi. Hal ini terlihat dari hasil prevalensi berdasarkan diagnosis dokter pada umur 18 tahun ke atas sebesar 13,2% di Sulawesi Utara, berdasarkan minum obat anti hipertensi pada umur 18 tahun ke atas sebesar 13,5% di Sulawesi Utara dan berdasarkan hasil pengukuran pada umur 18 tahun ke atas sebesar 44,1% di Kalimantan Selatan.

Berdasarkan hasil pengambilan data di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja diperoleh informasi jumlah penyakit hipertensi dalam 1 tahun terakhir berjumlah 158 orang. Yang mana jumlah penderita hipertensi yang berumur lebih dari 50 tahun berjumlah 119 orang. Dari jumlah tersebut didapatkan data jumlah penderita hipertensi yang jenis kelamin laki-laki berjumlah 48 orang dan jenis kelamin perempuan berjumlah 71 orang. Dari data jumlah penderita hipertensi dalam 3 bulan terakhir di tahun 2018 berjumlah 41 orang.

Fenomena yang ditemukan di masyarakat atau puskesmas, beberapa penderita hipertensi didapatkan tidak teratur dalam monitoring atau mengontrol hipertensinya disebabkan kesibukan aktifitas atau keterbatasan akses pelayanan kesehatan. Sampai saat ini, hipertensi masih merupakan tantangan besar di Indonesia. Betapa tidak, hipertensi merupakan kondisi yang sering ditemukan pada pelayanan kesehatan primer. Oleh karena itu, partisipasi semua pihak, baik dokter dari berbagai bidang peminatan hipertensi, pemerintah, swasta maupun masyarakat diperlukan agar hipertensi dapat dikendalikan.

Keberhasilan dalam mengendalikan hipertensi merupakan usaha bersama antara pasien dan dokter yang menanganinya. Kepatuhan seorang pasien yang menderita hipertensi tidak hanya dilihat berdasarkan kepatuhan dalam meminum obat antihipertensi tetapi juga dituntut peran aktif dan kesediaan pasien untuk memeriksakan kesehatannya ke dokter sesuai dengan jadwal yang ditentukan serta perubahan gaya hidup sehat yang dianjurkan (Burnier, Schneider, Chioléro, Stubi, & Brunner, 2001).

Kepatuhan pasien merupakan faktor utama penentu keberhasilan terapi. Kepatuhan serta pemahaman yang baik dalam menjalankan terapi dapat mempengaruhi tekanan darah dan secara terhadap mencegah terjadi komplikasi (Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2006). Kepatuhan terhadap pengobatan diartikan secara umum sebagai tingkatan perilaku dimana pasien menggunakan obat, menaati semua aturan dan nasihat serta dilanjutkan oleh tenaga kesehatan. Beberapa alasan pasien tidak menggunakan obat antihipertensi dikarenakan sifat penyakit yang secara alami tidak menimbulkan gejala, terapi jangka panjang, efek samping obat, regimen terapi yang kompleks, pemahaman yang kurang tentang pengelolaan dan resiko hipertensi serta biaya pengobatan yang relatif tinggi (Osterberg & Blaschke, 2005).

Ketidakpatuhan merupakan penyebab kegagalan terapi, hal ini berdampak pada memburuknya keadaan pasien karena akan terjadinya komplikasi dan kerusakan pada organ tubuh. Beberapa meta-analisis menunjukkan bahwa penurunan tekanan darah menunjukkan resiko penyakit jantung koroner sekitar 20-25% dan resiko stroke sekitar 35-40%. Faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan pengobatan dipengaruhi oleh faktor internal meliputi faktor pasien, faktor kondisi penyakit dan faktor terapi, sedangkan faktor eksternal meliputi faktor sistem pelayanan kesehatan dan faktor sosial ekonomi.

Dalam penelitian (Munger, Van Tassell, & LaFleur, 2007), menunjukkan bahwa pasien yang tidak patuh pada akhirnya akan diikuti dengan berhentinya pasien untuk mengkonsumsi obat. Ketidakpatuhan minum obat dapat dilihat terkait dengan dosis, cara minum obat, waktu minum obat dan periode minum obat yang tidak sesuai dengan aturan. Jenis-jenis ketidakpatuhan meliputi ketidakpatuhan yang disengaja (*intentional non compliance*) dan ketidakpatuhan yang tidak disengaja (*unintentional non compliance*). Ketidakpatuhan yang disengaja (*intentional non compliance*) disebabkan karena keterbatasan biaya pengobatan, sikap apatis pasien dan ketidakpercayaan pasien akan efektivitas obat. Ketidakpatuhan yang tidak disengaja (*unintentional non compliance*) karena pasien lupa minum obat,

ketidaktahuan akan petunjuk pengobatan, kesalahan dalam hal pembacaan etiket.

Keperawatan merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang profesional, bersifat holistik dan komprehensif yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik dalam keadaan sehat maupun sakit melalui kiat-kiat keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Pelayanan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat sangat mempengaruhi mutu asuhan keperawatan yang akan diterima oleh klien. Oleh karena itu untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas maka perawat perlu mengembangkan ilmu dan praktik keperawatan salah satunya melalui penggunaan model konseptual dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien.

Berbagai model konseptual Dorothea Orem adalah konsep perawatan diri dan defisit perawatan diri yang berkaitan erat. Orem pertama kali menyatakan idenya pada akhir 1950-an. Bukunya *Nursing Concepts of Practice* pertama kali dipublikasikan pada tahun 1971 dengan edisi lanjutan diterbitkan pada tahun 1980 dan tahun 1985. Orem masih mengembangkan dan menyempurnakan model konseptualnya, dan teori Orem banyak digunakan dalam asuhan keperawatan. Orem memberi pengaruh besar pada perkembangan ilmu keperawatan. Menurut Orem, asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan setiap orang memiliki kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga akan membantu individu tersebut dalam memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejateraan, oleh karena itu teori ini dikenal dengan *Self Care Theory* (teori perawatan mandiri).

Perkembangan teknologi saat ini mempengaruhi pelayanan kesehatan yang maksimal untuk menunjang efisiensi sumber daya dan sumber dana. Dunia keperawatan menjadi salah satu profesi yang memiliki peran penting dalam pelayanan kesehatan berbasis teknologi. Pemanfaatan teknologi tersebut diterapkan pada pelayanan *homecare* untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkelanjutan. Para ahli teknologi memperkirakan 90% orang dewasa memiliki akses ke *smartphone* di tahun 2020 (Istifada, 2017). Kondisi ini

sangat memungkinkan penerapan teknologi *telehealth* untuk menunjang sistem komunikasi jarak jauh antara perawat dan pasien.

Telehealth didefinisikan sebagai teknologi telekomunikasi yang digunakan untuk meningkatkan informasi kesehatan dan pelayanan kesehatan di daerah yang memiliki masalah pada kondisi geografis, akses, tingkat sosial dan budaya (Sri Hariyati & Sahar, 2012). Sistem layanan *telehealth* menggunakan internet dengan sistem *video conference*, SMS (*Short Message System*), *e-mail*, telepon seluler/*traditional phone*, kamera, robotik, sensor 3D dan WAP (*Wireless Application Protocol*) pada jejaring komunikasi antara perawat dan pasien (Sri Hariyati & Sahar, 2012; Tenforde, Hefner, Kodish-Wachs, Iaccarino, & Paganoni, 2017; Wiweko, Zesario, & Agung, 2017). *Telehealth* pada layanan *homecare* diaplikasikan menggunakan interaksi virtual pada pasien yang ingin berkonsultasi tanpa menjangkau akses ke pelayanan kesehatan, seperti konsultasi masalah hipertensi melalui telepon atau SMS (Farrar, 2015). Oleh karena itu, *telehealth* dapat dijadikan solusi terbaik dalam layanan kesehatan jarak jauh. Implementasi *telehealth* secara luas tentu membutuhkan banyak sumber daya dan kesiapan. Beberapa aspek yang perlu dipertimbangkan untuk implementasi *telehealth* meliputi ketersediaan listrik dan internet yang memadai sehingga program ini betul-betul dapat menjangkau masyarakat di daerah terpencil yang umumnya infrastruktur listrik dan internet masih menjadi kendala. Penerimaan masyarakat terhadap teknologi baru khususnya bagi mereka yang memiliki latar belakang pendidikan yang rendah juga perlu menjadi pertimbangan. Selain itu, mengingat besarnya biaya instalasi *telemedicine*, perlu dilakukan penelitian atau evaluasi mengenai aspek ekonomi, khususnya dari segi efektivitas biaya (*cost-effectiveness*) untuk menilai apakah investasi atau dana yang dibutuhkan untuk teknologi ini sebanding dengan manfaat yang bisa dihasilkan, meskipun telah ada beberapa kajian di beberapa negara mengenai implementasi *telehealth*, kajian lebih lanjut mengenai *telehealth* untuk konteks Indonesia merupakan suatu kebutuhan untuk dapat menjawab pertanyaan mengenai kelayakan penerapan sistem *telehealth* di Indonesia.

Saat ini penerapan *telehealth* di Indonesia belum diaplikasikan pada layanan *homecare* antara perawat dan pasien. Konsep *telehealth* di Indonesia masih terbatas pada layanan konsultasi dokter dan pasien. Faktanya, *telehealth* layanan *homecare* menjadi salah satu solusi untuk mengatasi permasalahan akses kesehatan. Hasil *survei Home Nursing Agency* (2004) dalam (Sri Hariyati & Sahar, 2012), menunjukkan bahwa pasien-pasien yang menggunakan layanan *telehealth* tidak mengalami re-hospitalisasi. Pemerintah Indonesia berupaya untuk menerapkan teknologi tele-kesehatan sebagai upaya mengurangi kesenjangan akses pelayanan kesehatan. Target awal pemerintah dalam penerapan *telehealth* saat ini berfokus pada pelayanan *telehealth* yang tersebar di Indonesia dengan persentase capaian sebesar 6 % di tahun 2016 (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Penggunaan teknologi jaringan komunikasi nirkabel serta kemampuan masyarakat saat ini untuk memiliki perangkat pendukungnya, dalam hal ini *hand set* komunikasi, yang sudah bisa diperoleh dengan harga yang sangat terjangkau, akan memudahkan dan mempercepat distribusi informasi kepada masyarakat. Seperti kita ketahui saat ini bahwasannya masyarakat kota hingga pelosok sudah tidak asing lagi dengan piranti *hand phone* (HP) yang bisa melakukan komunikasi suara maupun data (GPRS, MMS dan SMS) (Informasi, Bagi, & Menengah, 2015). Untuk itulah dalam penelitian ini fokus terhadap penyebaran informasi kesehatan melalui layanan pesan singkat *Short Message System* (SMS) dengan beberapa alasan, yaitu murahnya biaya penggunaan yang tidak membebani masyarakat secara berlebih serta masih jarang sekali pola penyebaran informasi kesehatan pada masyarakat menggunakan metode tersebut, dan semua itu sangat mungkin dilakukan dengan penerapan teknologi saat ini, sehingga untuk itulah penelitian ini akan dilakukan yang pada akhirnya mampu menjawab persoalan yang ada dan benar-benar bisa dimanfaatkan oleh masyarakat luas terutama masyarakat yang jauh dari kemudahan akses informasi kesehatan layaknya di wilayah kota, sehingga kesadaran akan kesehatan akan muncul dari semua kalangan masyarakat di Indonesia, tua, muda, di kota maupun di desa.

Ide awal untuk melakukan komunikasi jarak jauh dengan menggabungkan suara dan video pertama kali dilakukan oleh perusahaan telepon AT&TC (*American Telephone & Telegraph Company*) pada tahun 1956, perusahaan telepon yang didirikan oleh penemu telepon *Alexander Graham Bell*. Pertama kali *video phone* diperkenalkan tidak ada orang yang menduga bahwa teknologi ini akan berkembang pesat hingga dapat menggantikan telepon standar. Pada tahun 1990-an, teknologi *video phone* berkembang pesat dan tersedia untuk masyarakat umum dengan harga yang terjangkau. Akhirnya, teknologi kompresi muncul dan terus dikembangkan sehingga komputer pribadi juga dapat menggunakan layanan *video phone* ini. Seiring dengan perkembangannya, nama *video phone* sudah tidak digunakan lagi, sekarang ini nama *video call* menjadi lebih populer digunakan masyarakat umum.

Data tersebut menunjukkan bahwa pentingnya penerapan *telehealth* ini sebagai acuan dalam upaya pelayanan pada era perkembangan teknologi. *Telehealth* diharapkan mampu mendukung layanan *homecare* untuk mewujudkan konsep keperawatan berkelanjutan dan holistik. Berdasarkan fenomena diatas perlu dilakukan penelitian tentang “Efektivitas Penggunaan Layanan *Telehealth* Berupa SMS (*Short Message System*) Dan *Video Call* Dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi”.

B. Rumusan Masalah.

Prevalensi penyakit hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, beberapa penderita hipertensi didapatkan tidak teratur dalam monitoring atau mengontrol hipertensinya disebabkan kesibukan aktifitas atau keterbatasan akses pelayanan kesehatan, apabila hipertensi tidak diketahui dan tidak ditangani dengan benar dapat mengakibatkan kematian karena payah jantung, infark miokardium, stroke atau gagal ginjal. Untuk itu, pengobatan dan pemeriksaan tekanan darah secara teratur mempunyai arti penting dalam perawatan hipertensi. Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian menjadi fokus dalam mencapai derajat kesehatan pasien, dalam hal ini perilaku ini dapat dilihat dari sejauhmana pasien mengikuti atau mentaati perencanaan pengobatan yang telah disepakati oleh pasien dan profesional medis untuk

menghasilkan sasaran-sasaran terapeutik. Dampak ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat, yaitu terjadinya efek samping obat yang dapat merugikan kesehatan pasien, membengkaknya biaya pengobatan dan rumah sakit. Berbagai upaya telah dilakukan untuk menekan pertambahan prevalensi hipertensi. Salah satu upaya yang dapat mengendalikan dan mencegah komplikasi hipertensi adalah mengontrol dan melakukan pengawasan dalam terapi. Penggunaan teknologi yang efektif dan efisien dirancang untuk meningkatkan kepatuhan pasien. Studi terkait penggunaan layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pasien hipertensi belum pernah dilakukan. Berdasarkan fenomena tersebut, yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini apakah *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call* efektif dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pasien hipertensi?

C. Tujuan Penelitian.

1. Tujuan Umum.

Penelitian ini untuk menganalisis efektivitas penggunaan layanan *telehealth* berupa SMS (*Short Message System*) dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.

2. Tujuan Khusus.

Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini meliputi:

- a. Mengidentifikasi skor rata-rata kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum dan setelah dilakukan intervensi dalam penggunaan layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call*.
- b. Mengidentifikasi perbedaan skor rata-rata kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum dan setelah dilakukan intervensi dalam penggunaan layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call*.
- c. Menganalisis selisih perbedaan skor setelah dilakukan intervensi dalam menggunakan layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call*.

D. Manfaat Penelitian.

1. Manfaat Praktis.

a. Pusat Pelayanan Kesehatan.

Peningkatan Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi melalui inovasi pengiriman SMS dan pelaksanaan *Video Call* dapat digunakan sebagai acuan dalam pengembangan intervensi asuhan keperawatan standar, sehingga diharapkan menghasilkan outcome yang memadai.

b. Bagi Pasien.

Pasien mampu melakukan pengontrolan dan mencegah komplikasi hipertensi lebih lanjut.

2. Manfaat Teoritis.

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu acuan ilmiah yang dapat digunakan sebagai referensi dalam memahami bahwa upaya peningkatan kepatuhan pada pasien hipertensi dapat dilakukan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan dalam upaya *feedback* positif menggunakan teknologi komunikasi melalui SMS dan *Video Call*.

E. Penelitian Terkait.

1. Damayanti, (2014). Judul penelitian: “Hubungan tingkat kepatuhan penggunaan obat terhadap keberhasilan terapi pada pasien hipertensi di rumah sakit x surakarta bulan mei-juni 2014”. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan penggunaan obat dengan keberhasilan terapi pada pasien hipertensi di Rumah Sakit “X” Surakarta bulan Mei-Juni 2014. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian non eksperimental dengan pendekatan cross sectional. Penelitian dilakukan pada 76 responden dengan teknik pengambilan sampel purposive sampling. Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah data rekam medis dan kuesioner tentang kepatuhan meminum obat. Analisis menggunakan uji korelasi Person Product Moment. Hasil yang didapatkan bahwa penyakit hipertensi banyak diderita pada perempuan dengan usia

47-60 tahun (82,9%). Terapi antihipertensi yang banyak diberikan yaitu *Angiotensin Converting Enzym Inhibitor* (ACEI) 31,58%. Sedangkan tingkat kepatuhan pasien dengan penggunaan obat tinggi (19,0%), sedang (44,7%) dan rendah (26,3%). Hasil analisis korelasi *Person Product Moment* didapatkan hasil adanya hubungan antara kepatuhan dengan penurunan tekanan darah.

2. Evadewi & Sukmayanti S, (2013). Judul penelitian: “Kepatuhan Mengonsumsi Obat Pasien Hipertensi Di Denpasar Ditinjau Dari Kepribadian Tipe A Dan Tipe B”. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui kepatuhan mengonsumsi obat pasien hipertensi di Denpasar ditinjau dari kepribadian tipe A dan tipe B. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode komparasi. Teknik sampling yang digunakan yaitu purposive random sampling. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien hipertensi di Denpasar dengan jumlah responden 267 subjek. Jumlah sampel dengan kepribadian tipe A adalah 135 subjek dan kepribadian tipe B sebanyak 132 subjek. Metode analisis data yang digunakan adalah independent sampel t test ($p < 0,05$). Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan kepatuhan mengonsumsi obat antara pasien hipertensi dengan kepribadian tipe A dan B (signifikansi $p = 0,001$). Secara keseluruhan lebih didominasi subjek yang memiliki kepatuhan mengonsumsi obat buruk (189 orang) dibandingkan dengan subjek yang memiliki kepatuhan mengonsumsi obat baik (78 orang). Selain itu, hasil analisis kepatuhan mengonsumsi obat berdasarkan usia, jenis kelamin, lama mengalami hipertensi menunjukkan lebih banyak subjek berjenis kelamin laki-laki, berusia 52 hingga 59 tahun, mengalami hipertensi 6 sampai 10 tahun yang mungkin ikut berperan dalam kepatuhan mengonsumsi obat pada subjek.
3. Febrianti, Satibi, & Handayani, (2013). Judul penelitian: “Penyakit Dalam *the Influence of of Pharmacist Counseling on Adherence To Antihypertensive Therapy and Outcomes of Hypertensive Patients in the Clinic of Internal Disease*”. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pemberian konseling terhadap tingkat kepatuhan dan hasil terapi

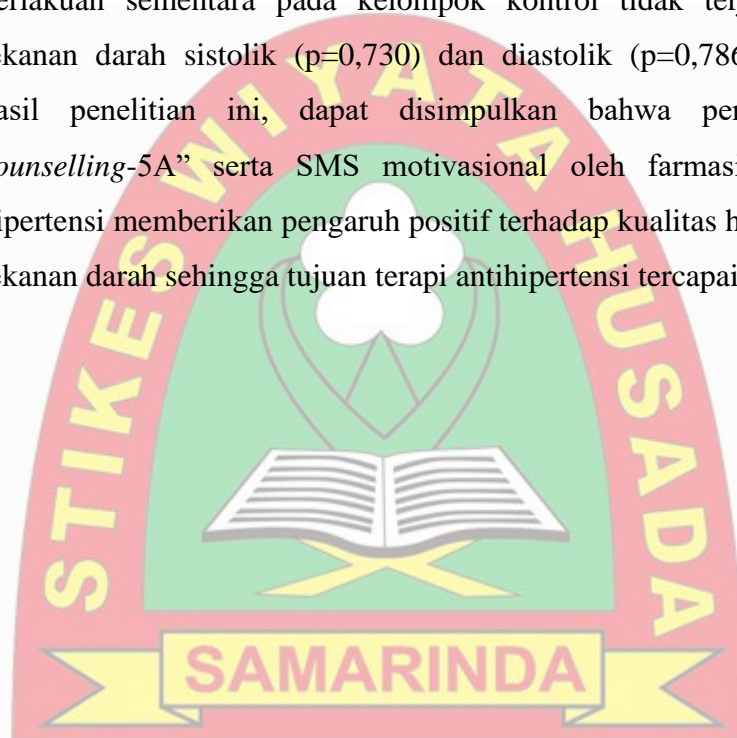
serta mengetahui hubungan tingkat kepatuhan dan hasil terapi pasien hipertensi rawat jalan di di RSUD Sleman. Penelitian ini dilakukan dengan rancangan *control group design with pretest posttest*. Penelitian ini dilakukan pada 106 pasien yang terbagi secara random menjadi 2 kelompok yaitu 53 pasien pada kelompok kontrol dan 53 pasien pada kelompok perlakuan. Pada kelompok perlakuan, konseling diberikan 2 kali setiap 2 minggu . Penilaian kepatuhan dilakukan dengan menggunakan kuesioner MMAS (*Morisky Medication Adherece Scale*) pada kedua kelompok tersebut yaitu pada awal pasien rawat jalan dan 1 bulan setelah pemberian konseling. Kemudian nilai dari MMAS pada kedua kelompok akan dianalisis dengan *Mann Whitney* dan *Wilcoxon* karena data tidak terdistribusi normal serta diuji *chi square* dan *spearman* untuk mengetahui hubungan dari masing-masing kelompok. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi penurunan rerata tekanan darah bermakna pada kelompok perlakuan 19,2 poin ($p=0,000$) pada tekanan darah sistolik dan 6,03 poin ($p=0,074$) pada tekanan darah diastolik sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat perubahan rerata yang bermakna. Hasil uji korelasi kepatuhan dan hasil terapi menunjukkan hubungan yang positif dan bermakna antara kategori MMAS dengan tekanan darah sistolik ($p=0,000$; $r=0,725$) dan tekanan darah diastolik ($p=0,002$; $r=0,205$). Penelitian ini menyimpulkan bahwa konseling dapat berpengaruh terhadap kepatuhan pasien sehingga dapat menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol.

4. Farrar, (2015). Judul penelitian: “*Transforming Home Health Nursing with Telehealth Technology*”. Tujuan penelitian: Manfaat penggunaan telehealth pada perawatan kesehatan mental di layanan *homecare*. Metode penelitian : *Evidance based research*. Hasil penelitian : Teknologi *telehealth* dapat diintegrasikan menjadi perencanaan dalam pelayanan kesehatan mental pada pasien, serta meningkatkan kualitas kehidupan pasien.
5. Smantummkul, (2014). Judul penelitian: “Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Pasien Hipertensi di Instalasi Rawat Jalan

Rumah Sakit X Pada Tahun 2014”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien hipertensi dalam menggunakan obat antihipertensi di Rumah Sakit X. Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimental dengan pendekatan yang bersifat prospektif dan dianalisis menggunakan metode deskriptif. Penelitian ini dilakukan pada 89 pasien hipertensi rawat jalan di Rumah Sakit X yang melakukan kontrol dan mendapatkan terapi antihipertensi pada bulan Maret-April tahun 2014 dimana sampel diambil dengan teknik purposive sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyakit hipertensi lebih banyak diderita oleh perempuan (55,05%) dan pada kategori usia 56-65 tahun (47,19%). Terapi hipertensi yang banyak diberikan adalah golongan diuretik (24,74%). Penilaian tingkat kepatuhan menunjukkan bahwa pasien yang tingkat kepatuhannya tinggi adalah sebesar 16,55%, sementara sebanyak 50,56% dan 32,58% pasien menunjukkan tingkat kepatuhan yang sedang dan rendah. Pengamatan yang singkat dan tidak terus menerus ini tidak bisa menggambarkan hubungan antara tingkat kepatuhan dengan keberhasilan penurunan tekanan darah.

6. Saputri, Akrom, & Darmawan, (2018). Judul penelitian: “Peningkatan Kualitas Hidup (QoL) Melalui Kepatuhan Terapi Antihipertensi dengan *Mobile Phone Text Messaging* (SMS) dan *Brief Counseling-5A* pada Pasien Rawat Jalan Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul, Yogyakarta”. Tujuan penelitian: untuk mengetahui pengaruh pemberian *brief counseling-5A* disertai SMS motivasional oleh farmasis terhadap kualitas hidup dan pengontrolan tekanan darah pasien hipertensi di poliklinik penyakit dalam RS PKU Muhammadiyah Bantul, Yogyakarta. Penelitian dilakukan secara *quasi-eksperimental* dengan pengambilan data secara prospektif selama periode Januari hingga April 2013. Sejumlah 60 subjek yang memenuhi kriteria inklusi dibagi menjadi dua kelompok yaitu 30 pasien (50%) mendapatkan “*brief counselling-5A*” serta SMS motivasional (kelompok perlakuan) dan 30 pasien (50%) mendapatkan pelayanan kefarmasian konvensional (usual care) sebagai kontrol. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan

wawancara dan pengisian kuisisioner kepatuhan *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS), dan kuisisioner kualitas hidup SF-36. Nilai tekanan darah diambil dari catatan medis. Kualitas hidup pasien hipertensi menunjukkan peningkatan rerata pada kunjungan kedua (post) di semua domain baik nyeri, fatigue, Fungsi Fisik, Fungsi Emosi, Fungsi Sosial, Keadaan Fisik, Keadaan Emosi (Status Mental), dan Keadaan Umum (Kesehatan umum). Perubahan yang bermakna ($p < 0,05$) terjadi pada domain fungsi fisik (FF), fungsi emosi (FE) dan nyeri. Terjadi penurunan tekanan darah sistolik ($p = 0,001$) dan diastolik ($p = 0,018$) pada kelompok perlakuan sementara pada kelompok kontrol tidak terjadi penurunan tekanan darah sistolik ($p = 0,730$) dan diastolik ($p = 0,786$). Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa pemberian “*brief counselling-5A*” serta SMS motivasional oleh farmasis pada pasien hipertensi memberikan pengaruh positif terhadap kualitas hidup pasien dan tekanan darah sehingga tujuan terapi antihipertensi tercapai.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka.

1. Konsep Hipertensi.

a. Pengertian.

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan suatu kondisi ketika pembuluh darah terus-menerus mengalami peningkatan tekanan (*World Health Organization*, 2015). Semakin tinggi tekanan, semakin kuat jantung memompa darah (*World Health Organization*, 2015). Tekanan darah diukur dalam satuan milimeter merkuri (mmHg) dan dinyatakan dalam dua angka, yaitu sistolik dan diastolik. Sistolik adalah tekanan tertinggi pada pembuluh darah dan terjadi ketika jantung berkontraksi atau berdetak, sedangkan, diastol adalah tekanan terendah ketika otot-otot jantung mengalami relaksasi (*WHO*, 2013). Tekanan darah orang dewasa normal adalah kurang dari 120 mmHg untuk diastol dan 80 mmHg. Sedangkan, tekanan darah tinggi atau biasa disebut hipertensi adalah ketika tekanan darah telah mencapai ataupun melebihi 140 mmHg (sistol) dan 90 mmHg (diastol) (*Joint National Committee*, 2004). Beberapa referensi menyebutkan bahwa hipertensi adalah kondisi dimana tekanan darah sistolik ≥ 140 dan tekanan darah diastolik ≥ 90 seperti yang dijelaskan dalam JNC 7. Namun, nilai tekanan darah tersebut merupakan hasil rata-rata dari dua kali pengukuran tekanan darah pada setiap dua atau lebih kunjungan setelah skrining awal. Selain itu, kenaikan tekanan darah ini harus mempertimbangkan kondisi pasien, dimana terdapat kondisi yang menyebabkan kenaikan tekanan darah sesaat (*D.K. & V.*, 2011).

b. Klasifikasi.

Beberapa klasifikasi hipertensi:

1) Klasifikasi Menurut (Armstrong & Joint National Committee, 2014).

Komite eksekutif dari *National High Blood Pressure Education Program* merupakan sebuah organisasi yang terdiri dari 46 professional sukarelawan dan agen federal. Mereka mencanangkan klasifikasi JNC (*Joint Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*) pada tabel 2.1, yang dikaji oleh 33 ahli hipertensi Nasional Amerika Serikat (Foundation & Australia, 2010).

Tabel 2.1
Klasifikasi Menurut JNC.

Kategori Tekanan Darah menurut JNC 7	Kategori Tekanan Darah menurut JNC 6	Tekanan Darah Sistol (mmHg)	Dan/ Atau	Tekanan Darah Diastol (mmHg)
Normal	Optimal	< 120	Dan	< 80
Pra-Hipertensi		120-139	Atau	80-89
-	Normal	< 130	Dan	< 85
-	Normal-Tinggi	130-139	Atau	85-89
Hipertensi :	Hipertensi :			
Tahap 1	Tahap 1	140-159	Atau	90-99
Tahap 2	-	≥ 160	Atau	≥ 100
-	Tahap 2	160-179	Atau	100-109
	Tahap 3	≥ 180	Atau	≥ 110

Sumber : (Foundation & Australia, 2010).

Data terbaru menunjukkan bahwa nilai tekanan darah yang sebelumnya dipertimbangkan normal ternyata menyebabkan peningkatan resiko komplikasi kardiovaskuler. Data ini mendorong pembuatan klasifikasi baru yang disebut pra hipertensi (Foundation & Australia, 2010).

c. Tanda Dan Gejala.

Gambaran klinis hipertensi biasanya asimtomatis, sampai kerusakan organ-organ tertentu (*Silent Killer*) (Baradero, Dayrit, & Siswadi, 2009). Kenaikan tekanan darah baru diketahui sewaktu pemeriksaan skrining kesehatan. Gejala umum hipertensi (sakit kepala,

pusing, tinitus dan pingsan) hampir sama dengan kebanyakan orang normotensi (McLenachan *et al.*, 2012). Namun, sebagian besar nyeri kepala pada Hipertensi ternyata tidak berhubungan dengan tekandan darah. Fase Hipertensi yang berbahaya bisa ditandai oleh nyeri kepala dan hilangnya penglihatan (papiledema) (Frawley *et al.*, 2016; McLenachan *et al.*, 2012).

d. Etiologi.

Berdasarkan etiologinya, hipertensi dibagi menjadi dua macam, yaitu hipertensi *esensial (primer)* dan hipertensi *sekunder* (Baradero *et al.*, 2009).

1) Hipertensi *Esensial (Primer)*.

Sembilan puluh lima persen dari semua kasus hipertensi adalah *primer (esensial)*. Tidak ada penyebab yang jelas tentang hipertensi *primer*, meskipun ada beberapa teori yang menunjukkan adanya faktor-faktor genetik, perubahan hormon dan perubahan simpatis yang berhubungan dengan hipertensi (Baradero *et al.*, 2009). McLenachan *et al.*, (2012), menyebutkan hipertensi dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu: keturunan, jenis kelamin, umur, obesitas, konsumsi garam yang berlebihan, kurang olahraga, merokok dan konsumsi alkohol.

2) Hipertensi *Sekunder*.

Hipertensi *sekunder* diakibatkan oleh penyakit atau gangguan tertentu seperti: penyakit ginjal, masalah kelenjar adrenal, trauma kepala atau tumor kranial, *koartasi aorta*, obat-obatan dan hipertensi dalam kehamilan.

e. Pencegahan.

Wong *et al.*, (2015), menyebutkan tindakan yang dapat dilakukan dalam upaya menurunkan hipertensi adalah dengan memodifikasi gaya hidup sehat, yaitu: mengurangi atau membatasi makanan yang mengandung lemak kolesterol tinggi, penurunan berat badan, olah raga,

pembatasan asupan lemak jenuh, diet rendah garam, keseimbangan kalium atau potasium, keseimbangan kalsium, keseimbangan magnesium, berhenti merokok, manajemen stres dan berhenti konsumsi alkohol.

f. Pengobatan.

Baradero *et al.*, (2009), menyebutkan terapi yang dapat dilakukan untuk pasien hipertensi dilakukan berdasarkan stadium hipertensi dan faktor risiko, yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.2
Terapi Hipertensi Berdasarkan Stadium Hipertensi Dan Faktor Risiko.

Tahap tekanan darah (mmHg)	Resiko kelompok A (tanpa faktor risiko, tanpa TOD/CCD) ¹	Resiko kelompok B (paling tidak 1 faktor risiko tidak termasuk diabetes tanpa TOD/CCD)	Resiko kelompok C (TOD/CCD dan atau tanpa faktor risiko lain)
Normal tinggi (130-139/85-89)	Modifikasi gaya hidup	Modifikasi gaya hidup	Terapi obat ²
Tahap 1 (140-159/90-99)	Modifikasi gaya hidup ³ (sampai 12 bulan)	Modifikasi gaya hidup (sampai 6 bulan)	Terapi obat
Tahap 2 dan 3 (> 160 / > 110)	Terapi obat	Terapi obat	Terapi obat

Sumber : (Foundation & Australia, 2010).

Keterangan :

Modifikasi gaya hidup harus menjadi terapi tambahan pada semua pasien yang dianjurkan mendapatkan farmakologis.

¹TOD/CCD : Menunjukkan penyakit organ sasaran/penyakit kardiovaskular klinis.

²Untuk penderita gagal jantung, insufisiensi ginjal atau diabetes.

³Untuk penderita yang memiliki risiko ganda, dokter harus mempertimbangkan obat sebagai terapi awal ditambah modifikasi gaya hidup.

Gage *et al.*, (2015), menyebutkan prinsip farmakologis untuk pasien hipertensi, yaitu:

- 1) Terapi farmakologis ditujukan untuk pasien yang telah gagal dengan terapi modifikasi gaya hidup saja, mengalami hipertensi tahap 2 atau 3, mengalami kerusakan pada organ sasaran atau memiliki faktor risiko kardiovaskular lain yang bermakna.

- 2) Prinsip secara umum adalah menyesuaikan pilihan obat antihipertensi sesuai keadaan pasien.
- 3) JNC (*Joint National Committee*) VI tetap merekomendasikan diuretik atau penyekat β (β -bloker) sebagai obat garis pertama untuk hipertensi tanpa komplikasi.
- 4) Terdapat obat baru yang dikenal sebagai reseptor angiotensin II ACE (*Angiotensin Converting Enzyme*).
- 5) Setelah keberhasilan tercapai, terutama setelah modifikasi gaya hidup yang bermakna, pengurangan obat secara bertahap.

2. Konsep Kepatuhan.

Terdapat beberapa terminologi yang menyangkut kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, seperti yang dikemukakan oleh (Horne, 2006), yaitu : *compliance, adherence dan concordance*. *National Council on Patient Informations & Educations* menambahkan satu istilah lagi, yaitu *persistence*. Menurut *National Council on Patient Informations & Educations*, perbedaan terminologi tersebut berkaitan dengan perbedaan cara pandang dalam hal hubungan antara pasien dan penyedia jasa kesehatan (dokter), termasuk terjadi kebingungan dalam hal bahasa untuk menggambarkan perilaku mengkonsumsi obat yang diputuskan oleh pasien (Horne, 2006).

Lutfey & Wishner, (1999), mengemukakan konsep *compliance* dalam konteks medis, sebagai tingkatan yang menunjukkan perilaku pasien dalam mentaati atau mengikuti prosedur atau saran ahli medis. (Horne, 2006) mengemukakan *compliance* sebagai ketaatan pasien dalam mengkonsumsi obat sesuai dengan saran pemberi resep (dokter). Horne, Weinman, Barber, & Elliott, (2005), sebelumnya mengemukakan bahwa istilah *compliance* menunjukkan posisi pasien yang cenderung lemah karena kurangnya keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan mengenai obat yang dikonsumsi. Dalam pengertian *persistence*, pasien menunjukkan perilaku yang secara

kontinu/rutin mengkonsumsi obat, yang dimulai dari resep pertama sampai resep berikutnya dan seterusnya.

Lutfey & Wishner, (1999), menjelaskan bahwa dalam pengertian *adherence* lebih tinggi kompleksitasnya dalam *medical care*, yang dicirikan oleh adanya kebebasan, penggunaan inteligensi, kemandirian oleh pasien yang bertindak lebih aktif dan perannya lebih bersifat suka rela dalam menjelaskan dan menentukan sasaran-sasaran dari treatment pengobatan. Lebih lanjut dijelaskan bahwa dalam pengertian *adherence* pasien menjadi lebih kontinu dalam proses pengobatan. (Horne, 2006) mendefinisikan *adherence* sebagai perilaku mengkonsumsi obat yang merupakan kesepakatan antara pasien dengan pemberi resep. Dalam pengertian ini, kelebihanannya adalah adanya kebebasan dari pasien dalam memutuskan apakah akan menyetujui rekomendasi dari dokter atau tidak, dan jika terjadi kegagalan dalam proses ini, seharusnya bukan alasan untuk menyalahkan pasien. Pengertian *adherence* berkembang dari pengertian *compliance*, hanya saja dalam *adherence* lebih menekankan pada kebutuhan akan kesepakatan. *National Council on Patient Informations & Educations* (2007) selanjutnya menegaskan bahwa dalam *adherence* perilaku mengkonsumsi obat oleh pasien cenderung mengikuti perencanaan pengobatan yang dikembangkan bersama dan disetujui antara pasien dan profesional.

Selanjutnya (Horne, 2006 ; Horne *et al.*, 2005), menjelaskan pengertian *concordance*, yaitu perilaku dalam mematuhi resep dari dokter yang sebelumnya terdapat hubungan yang bersifat dialogis antara pasien dan dokter, dan merepresentasikan keputusan yang dilakukan bersama, yang dalam proses ini kepercayaan dan pikiran dari pasien menjadi pertimbangan. Dalam *concordance* terjadi proses konsultasi, yang di dalamnya terdapat komunikasi dari dokter dengan pasien untuk mendukung keputusan dalam pengobatan.

Horne, (2006), lebih merekomendasikan pengertian kepatuhan dalam mengkonsumsi obat dengan istilah *adherence*, dan hal ini banyak didukung oleh peneliti-peneliti lain, karena adanya keterlibatan pasien

dalam pengambilan keputusan tentang hal-hal yang pasien inginkan atau harapkan dan keputusan yang wajar tentang pengobatan yang dibuat oleh dokter. (Osterberg & Blaschke, 2005) juga menyarankan penggunaan istilah *adherence*, karena di dalam pengertian *adherence* juga terdapat pengertian *compliance*, dengan tambahan pengertian bahwa di dalam *adherence* peran pasien cenderung aktif dan terdapat kontrak terapeutik yang terjadi setelah melalui proses komunikasi dan akhirnya terjadi kesepakatan antara kedua belah pihak.

Beberapa pengertian yang telah dikemukakan di atas, pengertian kepatuhan dalam mengkonsumsi obat dalam penelitian ini juga mengacu pada istilah *adherence*, yang dapat disimpulkan sebagai perilaku untuk mentaati saran-saran atau prosedur dari dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului oleh proses konsultasi antara pasien (dan atau keluarga pasien sebagai orang kunci dalam kehidupan pasien) dengan dokter sebagai penyedia jasa medis (Osterberg & Blaschke, 2005).

a. Aspek-Aspek & Metode Untuk Mengukur Kepatuhan.

Sebagai sebuah perilaku, aspek-aspek kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat dapat diketahui dari metode yang digunakan untuk mengukurnya. Horne, (2006), merangkum beberapa metode untuk mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat.

Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat yang dinamakan MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*), dengan delapan item yang berisi pernyataan-pernyataan yang menunjukkan frekuensi kelupaan dalam minum obat, kesengajaan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, kemampuan untuk mengendalikan dirinya untuk tetap minum obat (M. *et al.*, 2009).

Metode lain dikemukakan oleh (M. *et al.*, 2009), yang membuat formula untuk menghitung kepatuhan dalam mengkonsumsi obat yang disebut sebagai CSA (*Continuous Single-Interval Medication*

Availability), *MPR (Medication Possesion Ratio)* dan *CMG (Continuous Multiple-Interval Medication Gaps)*. *CSA* dihitung dengan membagi jumlah hari diberi obat oleh dokter dengan jumlah hari sebelum mengkonsumsi obat baru pada saat pengobatan berikutnya. *MPR* dihitung dengan membagi jumlah hari yang diberikan oleh dokter antara hari pertama diberi obat sampai hari terakhir obat dikonsumsi dengan total jumlah hari yang secara aktual digunakan untuk minum obat oleh pasien. *CMG* dihitung dengan membagi total jumlah hari tanpa minum obat antara hari pertama dan terakhir minum obat dengan jumlah hari dalam periode yang diberikan oleh dokter.

Choudhry *et al.*, (2009), mengembangkan *PDC (Proportion of Days Covered)* yang diperoleh dengan membagi jumlah hari yang diberikan oleh dokter antara hari pertama dan terakhir dengan jumlah hari aktual yang digunakan oleh pasien antara hari pertama sampai terakhir ditambah dengan jumlah hari yang diberikan oleh dokter antar hari pertama sampai terakhir pada saat pemberian resep selanjutnya dibagi dengan jumlah hari aktual yang digunakan oleh pasien untuk mengkonsumsi obat pada periode pemberian resep periode ini, dikalikan 100 persen.

Baik *CSA*, *MPR*, *CMG* maupun *PDC*, nampak bahwa aspek perilaku kepatuhan dalam mengkonsumsi obat adalah mengenai jumlah hari, dengan beberapa variasinya. Berdasarkan beberapa pertimbangan (antara lain kemudahan, metode yang sering digunakan oleh peneliti sebelumnya dan faktor teknis serta biaya), maka dalam penelitian ini aspek-aspek dan metode yang digunakan untuk mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat menggunakan metode skala, yaitu dengan mengadaptasi *MMAS* dari Morisky (Choudhry *et al.*, 2009).

Beberapa peneliti mengemukakan beberapa faktor penyebab seseorang untuk patuh atau tidak patuh dalam mengkonsumsi obat. Misalnya (Horne, 2006), yang menyampaikan bahwa secara umum terdapat empat hal yang mempengaruhi kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, yaitu:

- 1) Persepsi dan perilaku pasien (misal, persepsi berat ringannya penyakit, variabel sosiodemografis, trait kepribadian, termasuk keyakinan, sikap dan harapan-harapan yang akhirnya mempengaruhi motivasi pasien untuk mulai dan menjaga perilaku minum obat selama proses pengobatan berlangsung).
- 2) Interaksi antara pasien dan dokter dan komunikasi medis antara kedua belah pihak (misal, ketrampilan dalam memberi konsultasi dapat memperbaiki kepatuhan, dan pesan-pesan yang berbeda dari sumber yang berbeda ternyata dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam minum obat).
- 3) Kebijakan dan praktek pengobatan di publik yang dibuat oleh pihak yang berwenang (misal, sistem pajak dalam resep, deregulasi tentang resep dan hak-hak konsumen dalam proses pembuatan resep).
- 4) Berbagai intervensi yang dilakukan agar kepatuhan dalam mengkonsumsi obat terjadi (misal, intervensi yang menggunakan model teori ASE atau *Attitude-Social Influence-Self efficacy*, yang diterapkan dalam rumah sakit saat perawat kunjungan ke bangsal, perawat meminta pasien mengingat tentang peraturan dalam mengkonsumsi obat, untuk mengecek ingatan dan juga pemahaman pasien akan informasi yang diberikan, dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan stimulan).

Cara-cara meningkatkan kepatuhan:

- a) Memberikan informasi kepada pasien akan manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan.
- b) Mengingatkan pasien untuk melakukan segala sesuatu yang harus dilakukan demi keberhasilan pengobatan melalui telepon atau alat komunikasi lain.
- c) Menunjukkan kepada pasien kemasan obat yang sebenarnya atau dengan cara menunjukkan obat aslinya.
- d) Memberikan keyakinan kepada pasien akan efektivitas obat dalam penyembuhan.
- e) Memberikan informasi resiko ketidakpatuhan.

- f) Memberikan layanan kefarmasian dengan observasi langsung, mengunjungi rumah pasien dan memberikan konsultasi kesehatan.
- g) Menggunakan alat bantu kepatuhan seperti multikompartemen atau sejenisnya.
- h) Adanya dukungan dari pihak keluarga, teman dan orang-orang disekitarnya untuk selalu mengingatkan pasien, agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan.
- i) Apabila obat yang digunakan hanya dikonsumsi sehari satu kali, kemudian pemberian obat yang digunakan lebih dari satu kali dalam sehari mengakibatkan pasien sering lupa, akibatnya menyebabkan tidak teratur minum obat.

3. Aplikasi Teori Dorothea E. Orem dan Manajemen Asuhan Keperawatan.

a. Konsep *Selfcare* Dorothea Orem.

Selama tahun 1958-1959 Dorothea Orem sebagai seorang konsultan pada bagian pendidikan Departemen Kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan dan berpartisipasi dalam suatu proyek pelatihan peningkatan praktek perawat (*vokasional*). Pekerjaan ini menstimulasi Orem untuk membuat suatu pertanyaan : “Kondisi apa dan kapan seseorang membutuhkan pelayanan keperawatan?” Orem kemudian menekankan ide bahwa seorang perawat itu adalah “Diri Sendiri”. Ide inilah yang kemudian dikembangkan dalam konsep keperawatannya “*selfcare*”. Pada tahun 1959 konsep keperawatan Orem ini pertama sekali dipublikasikan. Tahun 1965 Orem bekerjasama dengan beberapa anggota fakultas dari Universitas di Amerika untuk membentuk suatu Komite Model Keperawatan (*Nursing Model Committee*). Tahun 1968 bagian dari *nursing model committee* termasuk Orem melanjutkan pekerjaan mereka melalui *Nursing Development Conference Group* (NDCG). Kelompok ini kemudian dibentuk untuk menghasilkan suatu

kerangka kerja konseptual dari keperawatan dan menetapkan disiplin keperawatan.

Orem kemudian mengembangkan konsep keperawatannya “*selfcare*” dan pada tahun 1971 dipublikasikan *Nursing; Concepts of Practice*. Pada edisi pertama fokusnya terhadap individu, sedangkan edisi kedua (1980), menjadi lebih luas lagi meliputi multi person unit (keluarga, kelompok dan masyarakat). Edisi ketiga (1985) Orem menghadirkan *General Theory* keperawatan dan pada edisi keempat (1991) Orem memberikan penekanan yang lebih besar terhadap anak-anak, kelompok dan masyarakat.

Orem mengembangkan teori *selfcare deficit* meliputi 3 teori yang berkaitan yaitu *selfcare*, *selfcare deficit* dan *nursing system*. Ketiga teori tersebut dihubungkan oleh enam konsep sentral yaitu : *selfcare*, *selfcare agency*, kebutuhan *selfcare terapeutik*, *selfcare deficit*, *nursing agency* dan *nursing system*, serta satu konsep perifer yaitu *basic conditioning factor* (faktor kondisi dasar). Postulat *self care* teori mengatakan bahwa *self care* tergantung dari perilaku yang telah dipelajari, individu berinisiatif dan membentuk sendiri untuk memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya.

1) Teori *Selfcare*.

Untuk memahami teori *selfcare* sangat penting terlebih dahulu memahami konsep *selfcare*, *selfcare agency*, *basic conditioning factor* dan kebutuhan *selfcare terapeutik*. *Selfcare* adalah *performance* atau praktek kegiatan individu untuk berinisiatif dan membentuk perilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Jika *selfcare* dibentuk dengan efektif maka hal tersebut akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan erat kaitannya dengan perkembangan manusia.

Selfcare agency adalah kemampuan manusia atau kekuatan untuk melakukan *selfcare*. Kemampuan individu untuk melakukan *selfcare* dipengaruhi oleh *basic conditioning factors* seperti: umur, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, orientasi sosial

budaya, sistem perawatan kesehatan (diagnostik, penatalaksanaan modalitas), sistem keluarga, pola kehidupan, lingkungan serta ketersediaan sumber.

Kebutuhan *selfcare therapeutik (Therapeutic selfcare demand)* adalah merupakan totalitas dari tindakan *selfcare* yang diinisiatif dan dibentuk untuk memenuhi kebutuhan *selfcare* dengan menggunakan metode yang valid yang berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan.

Konsep lain yang berhubungan dengan teori *selfcare* adalah *selfcare requisite*. Orem mengidentifikasi tiga katagori *selfcare requisite*:

- a) *Universal* meliputi: udara, air makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, *solitude* dan interaksi sosial, pencegahan kerusakan hidup, kesejahteraan dan peningkatan fungsi manusia.
- b) *Developmental*, lebih khusus dari *universal* dihubungkan dengan kondisi yang meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan seperti: pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh dan kehilangan rambut.
- c) Perubahan kesehatan (*health deviation*) berhubungan dengan akibat terjadinya perubahan struktur normal dan kerusakan integritas individu untuk melakukan *selfcare* akibat suatu penyakit atau *injury*.

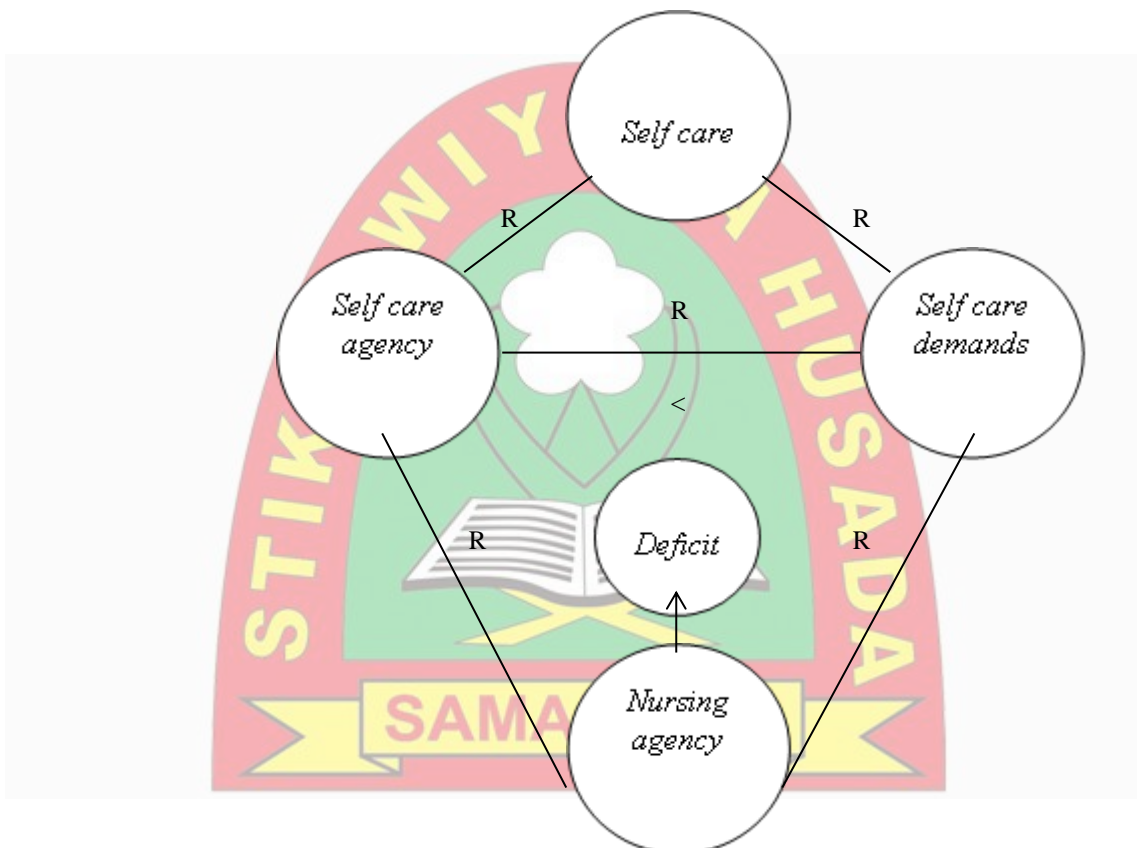
2) Teori *Selfcare Deficit*.

Merupakan hal utama dari teori general keperawatan menurut Orem. Dalam teori ini keperawatan diberikan jika seorang dewasa (atau pada kasus ketergantungan) tidak mampu atau terbatas dalam melakukan *selfcare* secara efektif. Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat berkurang atau tidak dapat terpenuhi atau adanya ketergantungan. Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu *selfcare* yaitu tindakan untuk atau melakukan untuk orang lain, memberikan petunjuk dan pengarahannya, memberikan dukungan fisik dan psikologis, memberikan dan

memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal dan pendidikan.

Perawat dapat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi *selfcare*. Orem menggambarkan hubungan diantara konsep yang telah dikemukakannya.

Skema 2.1
Conceptual Framework For Nursing.



Sumber: Ciske & Orem, (2006).

Keterangan :

R = Hubungan (*Relationship*).

< = Hubungan Defisit (*Deficit Relationship*).

Berdasarkan gambar diatas dapat dilihat bahwa jika kebutuhan lebih banyak dari kemampuan, maka keperawatan akan dibutuhkan. Tindakan-tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat

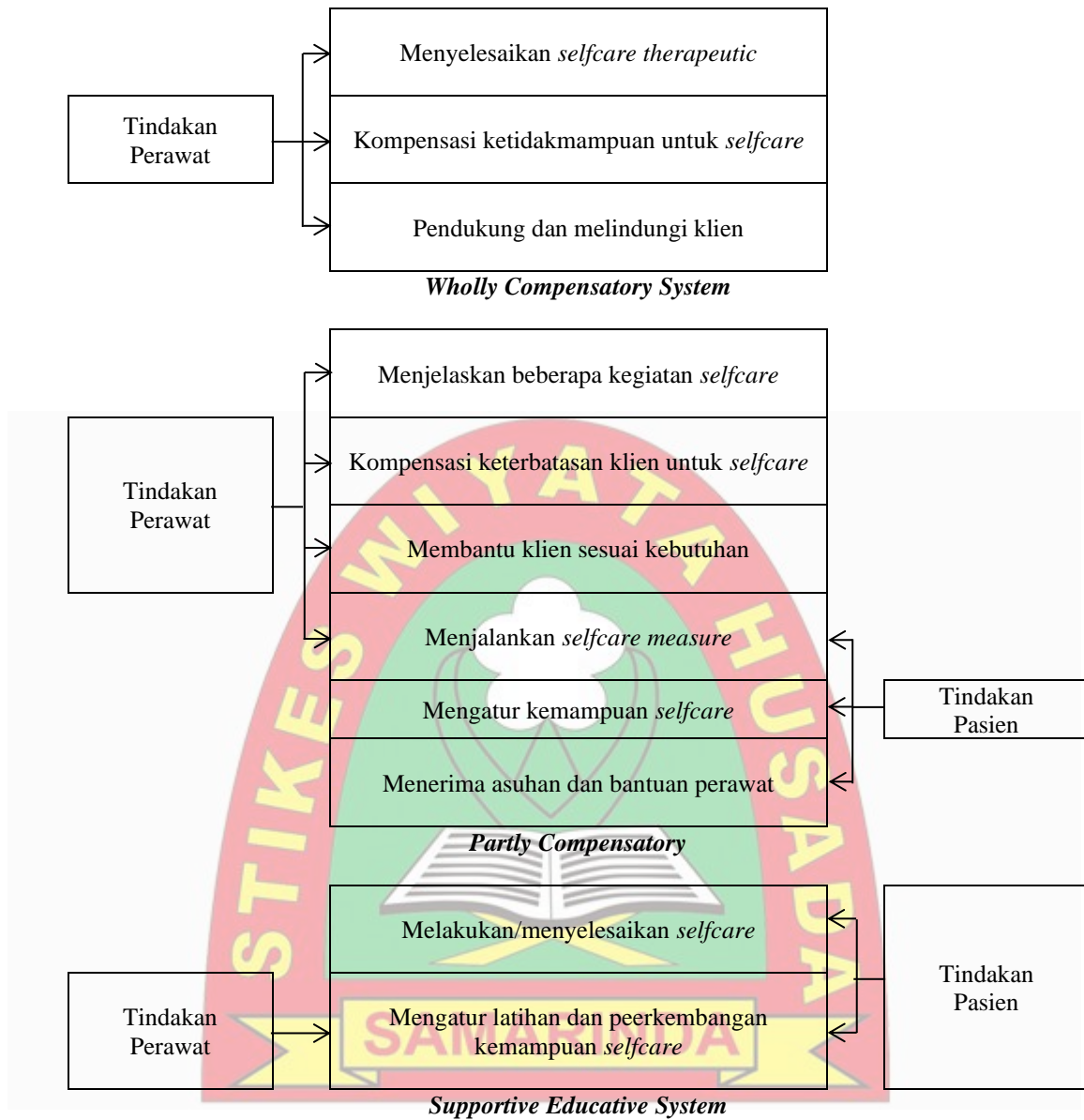
memberikan pelayanan keperawatan dapat digambarkan sebagai domain keperawatan.

Ciske & Orem, (2006), mengidentifikasi lima area aktifitas keperawatan, yaitu:

- a) Masuk kedalam dan memelihara hubungan perawat klien dengan individu, keluarga, kelompok sampai pasien dapat melegitimasi perencanaan keperawatan.
 - b) Menentukan jika dan bagaimana pasien dapat dibantu melalui keperawatan.
 - c) Bertanggungjawab terhadap permintaan pasien, keinginan dan kebutuhan untuk kontak dan dibantu perawat.
 - d) Menjelaskan, memberikan dan melindungi klien secara langsung dalam bentuk keperawatan.
 - e) Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan keperawatan dengan kehidupan sehari-hari klien, atau perawatan kesehatan lain jika dibutuhkan serta pelayanan sosial dan edukasional yang dibutuhkan atau yang akan diterima.
- 3) Teori *Nursing System*.

Nursing system didesain oleh perawat didasarkan pada kebutuhan *selfcare* dan kemampuan pasien melakukan *selfcare*. Jika ada *selfcare defisit*, *selfcare agency* dan kebutuhan *selfcare terapeutik* maka keperawatan akan diberikan. *Nursing agency* adalah suatu properti atau atribut yang lengkap diberikan untuk orang-orang yang telah dilatih sebagai perawat yang dapat melakukan, mengetahui dan membantu orang lain untuk menemukan kebutuhan *selfcare terapeutik* mereka, melalui pelatihan dan pengembangan *selfcare agency*. Orem mengidentifikasi tiga klasifikasi *nursing system* yaitu:

Skema 2.2
Model Konseptual Sistem Keperawatan Teori Orem.



Sumber: Ciske & Orem, (2006).

a) *Wholly Compensatory System.*

Suatu situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan *selfcare* dan menerima *selfcare* secara langsung serta ambulasi harus dikontrol dan pergerakan dimanipulatif atau adanya alasan-alasan medis tertentu. Ada tiga kondisi yang termasuk dalam kategori ini yaitu : tidak dapat melakukan tindakan *selfcare* misalnya koma, dapat membuat keputusan, observasi atau pilihan tentang *selfcare* tetapi tidak dapat melakukan ambulasi dan pergerakan manipulatif, tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang *selfcare*nya.

b) *Partly Compensatory Nursing System.*

Suatu situasi dimana antara perawat dan klien melakukan perawatan atau tindakan lain dan perawat atau pasien mempunyai peran yang besar untuk mengukur kemampuan melakukan *selfcare*.

c) *Supportive Educative System.*

Pada sistem ini orang dapat membentuk atau dapat belajar membentuk *internal* atau *external selfcare* tetapi tidak dapat melakukannya tanpa bantuan. Hal ini juga dikenal dengan *supportive developmental system*.

b. Teori Orem Dalam Paradigma Keperawatan.

Orem mendiskusikan keempat paradigma keperawatan dalam teorinya, paradigma keperawatan menurut Orem adalah dijelaskan sebagai berikut:

1) Manusia.

Manusia merupakan makhluk hidup yang berbeda dengan makhluk hidup yang lain, hal ini disebabkan oleh kemampuannya, mencerminkan keadaan diri dan lingkungan, menggunakan pengalaman mereka, memakai yang mereka ciptakan ide dan kata-kata dalam berpikir, komunikasi dan dalam memperjuangkan sesuatu yang menguntungkan diri mereka dan orang lain.

Orem mempercayai bahwa individu memiliki kecenderungan untuk belajar dan berkembang. Faktor yang mempengaruhi kecenderungan belajar termasuk dan berkembang. Faktor yang mempengaruhi kecenderungan belajar termasuk umur, kapasitas mental, budaya, sosial dan status emosional dari individu. Jika seseorang tidak dapat mempelajari langkah perawatan diri, maka orang tersebut membutuhkan bantuan dari orang lain untuk mendapatkan kemandiriannya kembali atau kemampuan merawat diri sendiri.

2) Kesehatan.

Orem mendefinisikan tentang kesehatan sebagai keadaan yang sempurna dari status fisik, mental dan kehidupan sosial, tidak hanya mengenai kelemahan fisik atau penyakit. Dia menyatakan bahwa fisik mental, hubungan interpersonal dan hubungan sosial merupakan aspek dari kesehatan yang merupakan bagian yang tak terpisahkan dari individu. Orem juga memberikan dasar kesehatan pada konsep perawatan diri preventif. Perawatan kesehatan termasuk peningkatan dan pemeliharaan dari kesehatan (*primary prevention*), perawatan diri penyakit/luka (*secondary prevention*) dan komplikasi dari pencegahan (*tertiary prevention*).

3) Lingkungan.

Lingkungan dibagi menjadi dua yaitu lingkungan eksternal fisik dan lingkungan psikososial. Pengembangan lingkungan dilakukan dengan meningkatkan pengembangan individu melalui motivasi untuk membangun tujuan yang tepat dan mengatur perilaku untuk meraih tujuan tersebut. Lingkungan dapat berpengaruh positif maupun negatif terhadap kemampuan seseorang untuk melakukan *selfcare*.

4) Keperawatan.

Menurut Orem, keperawatan adalah jenis pelayanan kesehatan spesifik yang berdasarkan pada nilai. Pada komunitas orang menganggap keperawatan sebagai pelayanan yang penting dan diperlukan.

Orem menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang berhubungan dengan konsep keperawatan antara lain, seni dan kebijaksanaan keperawatan, keperawatan sebagai layanan, fungsi teori keperawatan dan teknologi keperawatan.

c. Aplikasi Teori Orem Dalam Asuhan Keperawatan.

1) Komponen Pengkajian.

Pengkajian merupakan upaya pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditemukan.

Pengkajian diarahkan pada *personal factor*, *universal selfcare*, *developmental selfcare*, *health deviation*, *medical problem and plan*, *selfcare deficit* yang dijabarkan sebagai berikut :

- a) *Personal factor* (nama, umur, jenis kelamin, tinggi badan, berat badan, budaya, ras, status perkawinan, agama dan pekerjaan).
- b) *Universal selfcare*.

Untuk menemukan masalah keperawatan berdasarkan *selfcare deficit*, maka perawat perlu melakukan pengkajian kepada klien melalui observasi berdasarkan klasifikasi tingkat ketergantungan klien yang terdiri dari *minimal care*, *partial care*, *total care*.

Adapun komponen yang dikaji dalam pengkajian *universal selfcare* ini adalah udara, air, makanan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, kesendirian dan interaksi sosial, bahaya hidup dan kebahagiaan hidup, promosi manusia, fungsi perkembangan.

c) *Developmental selfcare*.

- Kebutuhan khusus untuk proses perkembangan.
- Kebutuhan dari kondisi saat ini.
- Kebutuhan yang berhubungan dengan sebuah kegiatan.

d) *Health deviation*.

- Kondisi penyakit atau cedera.
- Perawatan untuk memperbaiki kondisi.

e) *Medical problem and plan.*

- Pandangan dokter terhadap penyakitnya.
- Diagnosa medis.
- Penatalaksanaan medis.

f) *Selfcare deficit.*

- Kebutuhan perawatan diri.
- Kemampuan perawatan diri.

2) Diagnosa Keperawatan.

Masalah keperawatan mengacu pada diagnosa keperawatan yang aktual, resiko tinggi dan kemungkinan. Teori Orem lebih berfokus pada usaha untuk memandirikan pasien agar bisa *selfcare* meminimalkan bantuan dari orang lain, yang sesuai dengan *selfcare deficit* yang dialami oleh klien namun diagnosa dapat dikembangkan ke masalah lain sesuai hirarki kebutuhan dasar yang dikembangkan Maslow.

a) Kesiapan meningkatkan perawatan diri.

Domain 4 Aktivitas/Istirahat, Kelas 5 Perawatan diri. Faktor yang berhubungan dengan pengetahuan manajemen hipertensi. Tujuan dari diagnosa ini yaitu untuk meningkatkan pemahaman yang disampaikan tentang tekanan darah tinggi, pengobatan dan pencegahan komplikasinya.

b) Kesiapan meningkatkan komunikasi.

Domain 5 Persepsi/Kognisi, Kelas 5 Komunikasi. Faktor yang berhubungan dengan panduan sistem pelayanan kesehatan. Tujuan dari diagnosa ini yaitu untuk memfasilitasi pasien mengenai lokasi dan penggunaan layanan kesehatan yang tepat.

3) Intervensi Keperawatan.

- a) Kesiapan meningkatkan perawatan diri yaitu suatu pola pelaksanaan aktivitas untuk diri sendiri untuk memenuhi tujuan kesehatan, yang dapat ditingkatkan.
- b) Kesiapan meningkatkan komunikasi yaitu pola pertukaran informasi dan gagasan dengan orang lain, yang dapat diperkuat.

4) Evaluasi Keperawatan.

Penilaian terakhir proses keperawatan didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Keberhasilan asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang ditetapkan, yaitu terjadinya kepatuhan pada individu.

4. Konsep Layanan *Telehealth*.

Istilah seperti *telehealth* atau *telemedicine*, digunakan secara bergantian untuk merujuk pada pelayanan menggunakan teknologi elektronik pada pasien dalam keterbatasan jarak. Pada dunia keperawatan dikenal *telehealth* dalam keperawatan atau *telenursing*. *Telenursing* adalah penggunaan teknologi dalam keperawatan untuk meningkatkan perawatan bagi pasien (Skiba, 2017). *Telenursing* menggunakan teknologi komunikasi dalam keperawatan untuk memenuhi asuhan keperawatan kepada klien. Teknologi berupa saluran *elektromagnetik* (gelombang magnetik, radio dan optik) dalam menstransmisikan signal komunikasi suara, data dan *video*. Atau dapat pula di definisikan sebagai komunikasi jarak jauh, menggunakan transmisi elektrik dan optik, antar manusia dan atau komputer.

Aplikasi *telehealth* bisa dilakukan di rumah sakit, klinik, rumah dan *mobile center*. Aplikasi *telehealth* berupa telepon *triage* dan *home care* adalah yang paling banyak dikembangkan secara luas untuk saat ini (Deye Vincent Michel, P., *et al.*, 2013).

a. Teknologi Dalam *Telehealth*.

Pada *telehealth* secara umum ada dua teknologi yang dalam pelayanan:

- 1) Teknologi simpan dan sampaikan (*store and forward*) misalnya: gambar yang didapatkan dari elektronik seperti teknologi x ray, dapat dikirimkan pada spesialis untuk diinterpretasi. Gambar tersebut saja yang berpindah-pindah. Radiologi, dermatologi, patologi adalah

contoh spesialisasi yang sangat kelihatan menggunakan teknologi ini.

2) Teknologi *real time*.

Real time adalah teknologi yang membuat pasien dan *provider* berinteraksi dalam waktu yang sama. Banyak alat telekomunikasi yang memfasilitasi komunikasi dua arah menggunakan teknologi *real time* dalam *telehealth*. Teknologi *real time* juga dapat membuat alat untuk menstransmisikan gambar dari tempat yang berbeda. Misalnya kamera untuk mengobservasi keadaan klien. Teknologi *real time* memfasilitasi komunikasi dua arah baik *audio* maupun *video*, yang bisa digunakan dalam *telehealth* sebagai kombinasi *real time* dan *robotik*, seorang dokter bedah dapat melakukan operasi dengan alat operasi khusus dari jarak tertentu. Prosedur ini disebut dengan *telepresence*. *Telepresence* menjadi salah satu sub bagian dari *telehealth*. Saat ini masih sedang dikembangkan karena membutuhkan sistem yang 100% *reliable* dan *bandwith* yang sangat tinggi.

b. Contoh *Telehealth*.

Pelayanan kesehatan semakin bergeser dari rumah sakit menuju rumah dan komunitas. Banyak rentang petugas kesehatan (ahli gizi, pekerja sosial, perawat) sebagai bagian dalam pelayanan kesehatan yang menggunakan pelayanan terapeutik dengan *telehealth*. Salah satu contoh program *telehealth* adalah *homecare*. Sistem ini menyediakan *audio* dan *video* interaktif untuk hubungan antara lanjut usia di rumah dan *telehealth* perawat. Perawat memasukkan data-data pasien secara elektronik dan menganalisisnya, kalau perlu untuk dilakukan kunjungan, perawat akan melakukan kunjungan ke pasien.

Telenursing adalah bagian dari *telehealth*. *Telenursing* menawarkan program kolabortif dan mengurangi biaya pasien. Konsultasi dengan perawat akan mengurangi angka kejadian

masuknya pasien dengan keadaan emergency ke rumah sakit. Beberapa keuntungan *telenursing*, yaitu:

- 1) Efektif dan efisiensi dari sisi biaya kesehatan, pasien dan keluarga dapat mengurangi kunjungan ke pelayanan kesehatan (dokter praktek, ruang gawat darurat, RS dan *nursing home*).
- 2) Dengan sumber daya minimal dapat meningkatkan cakupan dan jangkauan pelayanan keperawatan tanpa batas geografis.
- 3) *Telenursing* dapat mengurangi jumlah kunjungan dan masa hari rawat di RS.
- 4) Dapat meningkatkan pelayanan untuk pasien kronis, tanpa memerlukan biaya dan meningkatkan pemanfaatan teknologi.
- 5) Dapat dimanfaatkan dalam bidang pendidikan keperawatan (model *distance learning*) dan perkembangan riset keperawatan berbasis informatika kesehatan.

Telenursing dapat pula digunakan dalam pembelajaran di kampus, *video conference*, pembelajaran *online* dan multimedia *distance learning*. Ketrampilan klinik keperawatan dapat dipelajari dan dipraktikkan melalui model simulasi lewat secara interaktif.

c. Issue *Telehealth*.

Telehealth terdiri dari berbagai jenis bentuk dan telah menunjukkan segi manfaatnya. Beberapa manfaat dari *telehealth* misalnya: meningkatkan kualitas pelayanan, mengurangi waktu, meningkatkan produktifitas akses, meningkatkan peluang belajar. Ada beberapa isu yang perlu diperhatikan dalam penyelenggaraan *telehealth*, yaitu:

- 1) Pembiayaan.

Pembiayaan adalah hambatan dalam penyelenggaraan *telehealth*. Meskipun dijumpai bahwa *telehealth* banyak mempunyai manfaat. Pemerintah masih kurang dalam mengembangkan *telehealth*.

2) Aspek Legal.

Aspek hukum menyatakan bahwa: warga negara harus dilindungi dari praktek petugas kesehatan yang tidak baik.

3) Standar Keamanan.

Perhatian dalam aplikasi teknologi dalam pelayanan kesehatan adalah keamanan/keselamatan pasien. Sistem pelayanan *telehealth* harus bisa menjamin keselamatan bagi pasien. Berkaitan dengan hal tersebut ANA (*American Nursing Association*) menerbitkan 3 pedoman *telehealth* yaitu : prinsip dasar *telehealth* pada tahun 1998, kompetensi *telehealth* tahun 1999 dan mengembangkan protokol *telehealth* pada tahun 2001.

4) Keamanan Data.

Telehealth memerlukan pencatatan elektronik (*elektronik health record*), yang rawan akan privasi, kerahasiaan dan keamanan data. Sehingga penyelenggaraan *telehealth* harus bisa menjamin keamanan data.

5) Infrastruktur Komunikasi.

Infrastruktur telekomunikasi merupakan bagian dari *telehealth* yang mempunyai biaya dengan persentase paling besar. Isu yang lain, adalah alat untuk hubungan antarmuka (*interface*) akan sulit menyelenggarakan *telehealth* jika tidak ada saling hubungan (*interkoneksi*) antar alat.

5. Konsep Layanan SMS (*Short Message System*).

SMS (*Short Message System*) bukan hal baru pada teknologi *mobile*, tetapi penggunaannya seolah sudah menjadi bagian tak terpisahkan dari kehidupan masyarakat dan mungkin SMS termasuk kegiatan rutin yang dilakukan setiap hari. Perkembangan teknologi *mobile* seperti EMS, MMS, *ringtone*, gambar ataupun *video conference*. Cara bertukar informasi dengan SMS yang menggunakan teks sederhana masih tetap menjadi pilihan utama. *Short Message System* (SMS) adalah layanan komunikasi standar dalam sistem komunikasi selular, dengan

menggunakan protokol komunikasi standar yang memungkinkan pertukaran pesan teks singkat antara perangkat telepon selular.

Membangun aplikasi SMS tidak memerlukan modal yang besar, yang penting minimal memiliki komputer beserta *handphone*, kabel data (kabel berantarmuka *serial* yang dapat menghubungkan ponsel dengan komputer) dan aplikasi. Namun untuk keperluan pelayanan kepada masyarakat, sebaiknya menggunakan modem GSM yang spesifik digunakan untuk SMS.

6. Konsep Layanan *Video Call*.

Video Call merupakan suatu layanan yang dapat digunakan untuk mentransmisikan gambar serta suara dalam bentuk *video* sehingga terlihat seperti nyata (*real time*). Hal ini bisa sama sederhananya dengan percakapan yang dilakukan oleh dua orang di tempat yang sama. Saat ini *video call* sangat berguna bagi orang tuli dan bisu karena mereka tetap dapat melakukan komunikasi dengan menggunakan bahasa isyarat.

Pada awalnya, informasi ataupun data yang dilewatkan melalui piranti teknologi informasi, internet, masih sebatas karakter teks yang direpresentasikan melalui *ASCII code* dan gambar yang terdiri dari bit-bit gambar. Sedangkan suara atau *voice* mulanya dilewatkan melalui jaringan kabel telepon ataupun sinyal seluler. Hal ini membuat data yang berupa suara dan karakter masih terpisah. Oleh karena itu, muncul sebuah konsep agar gambar dan suara dapat dikirimkan sekaligus sehingga merepresentasikan sumber suara yang dapat dilihat secara jarak jauh bersifat lebih dinamis dan *real time* saat digunakan. Konsep inilah yang merupakan cikal bakal lahirnya *video phone* yang kemudian dikenal di masyarakat sebagai *video call*.

a. Perkembangan *Video Call*.

Berdasarkan perkembangannya *video call* dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu *video call* melalui jaringan internet dan *video call* melalui

telepon selular. Berikut ini akan dibahas mengenai perkembangan *video call*.

1) *Video Call* Melalui Jaringan Komputer.

Pada mulanya, *video call* berbentuk fisik seperti monitor komputer yang diintegrasikan dengan telepon kabel, sehingga panggilan maupun komunikasi jarak jauh yang akan dilakukan membutuhkan perangkat yang cukup banyak dan tidak fleksibel.

Seiring dengan perkembangan teknologi, terutama teknologi internet, suara dan gambar yang sering disebut *video* dapat ditransmisikan melalui jaringan internet, sehingga biaya menjadi lebih murah. Hal inilah yang menjadi konsep, internet dapat dimanfaatkan untuk berkomunikasi secara *real time*, dua arah dan menyajikan gambar dan suara secara bersamaan. Perangkat yang dibutuhkan pun menjadi semakin lebih praktis. Sekarang, orang tinggal menyambungkan komputer yang memiliki fasilitas *video input* seperti *webcam*, *video output (monitor)*, *audio input (mikrofon)* dan *audio output (loudspeaker)* dengan jaringan internet atau WAN untuk bisa berkomunikasi secara langsung dan bertatap muka meskipun jarak jauh.

Biasanya komunikasi *video call* yang dibangun melalui jaringan internet memanfaatkan protokol internet atau IP. Selain itu, *video call* dapat pula diatur agar komunikasi hanya terjadi pada jaringan lokal tanpa menghubungkannya dengan internet.

Komponen yang diperlukan untuk membangun komunikasi melalui *video call* terdiri dari lapisan internet dan aplikasi. Pada lapisan aplikasi terdapat kamera dan *mikrofon* sebagai perangkat *input* gambar dan suara. Input ini akan ditransmisikan melalui jaringan internet dengan sebelumnya dikodekan menjadi bit-bit *biner* yang dapat dilewatkan di jaringan dan diatur dengan standar protokol yang digunakan.

2) *Video Call* Melalui Telepon Seluler.

Saat ini manusia cenderung *mobile* dan dinamis. Hal ini menyebabkan segala bentuk komunikasi sudah beralih pada komunikasi *mobile* yang menyebabkan komunikasi maupun akses informasi dapat dilakukan kapanpun dan dimanapun. Hal ini diikuti dengan perkembangan teknologi *wireless* atau nirkabel yang lebih fleksibel serta mudah dibangun dan dikonfigurasi. Teknologi seluler yang merupakan bagian dari teknologi nirkabel telah berubah dari pengiriman suara, data dan akhirnya sampai pada gambar bergerak (*video*).

Banyak orang yang salah mengartikan *video call* melalui telepon seluler sebagai 3G (*third-generation technology*). Sebenarnya 3G difasilitasi oleh penyelenggara telepon genggam (*cellular provider*) sedangkan *video call* adalah panggilan *video* yang dapat dilakukan dengan memanfaatkan jaringan 3G.

b. Prinsip Kerja *Video Call*.

Sinyal suara yang masuk melalui *microphone* dan sinyal gambar yang direkam melalui kamera/*webcam* dikonversikan menjadi sinyal digital. Kemudian kedua sinyal tersebut dikompresi menggunakan perangkat yang disebut *codec*. Sinyal yang sudah dikompresi tersebut ditransmisikan melalui jaringan internet dalam hal ini menggunakan IP. Setelah informasi yang berbentuk *video* dan *audio* tersebut sampai pada alamat yang dituju, sinyal dari internet dapat didekompresikan kembali menjadi sinyal suara dan gambar. Setelah itu pada *receiver*, *video* dapat ditampilkan di layar *monitor* dan *audio* dapat diputar pada *speaker*.

c. Pemanfaatan *Video Call*.

Dengan adanya teknologi *video call* yang menyebabkan setiap orang dapat berkomunikasi dan seperti bertatap muka langsung. Saat ini pemanfaatan *video call* tidak hanya untuk kepentingan pribadi saja.

Berbagai hal dapat didukung oleh *video call* sebagai sarana komunikasi *real time* yang sangat membantu.

1) Bisnis.

Dengan adanya *video call*, individu-individu di tempat yang jauh yang akan mengadakan rapat dapat dilakukan dengan menggunakan *video conference*, semacam *video call* tetapi dalam skala lebih besar.

2) Kesehatan dan obat-obatan.

Dengan adanya *video call*, penanganan medis secara jarak jauh pun dapat dilakukan. Ini biasa dilakukan di daerah terpencil yang sarana pengobatannya tidak begitu baik, sehingga dibutuhkan yang lebih canggih dan profesional untuk kasus tertentu. Dengan melakukan komunikasi dan tatap muka, pasien dapat dilihat secara langsung mengenai gejala penyakitnya.

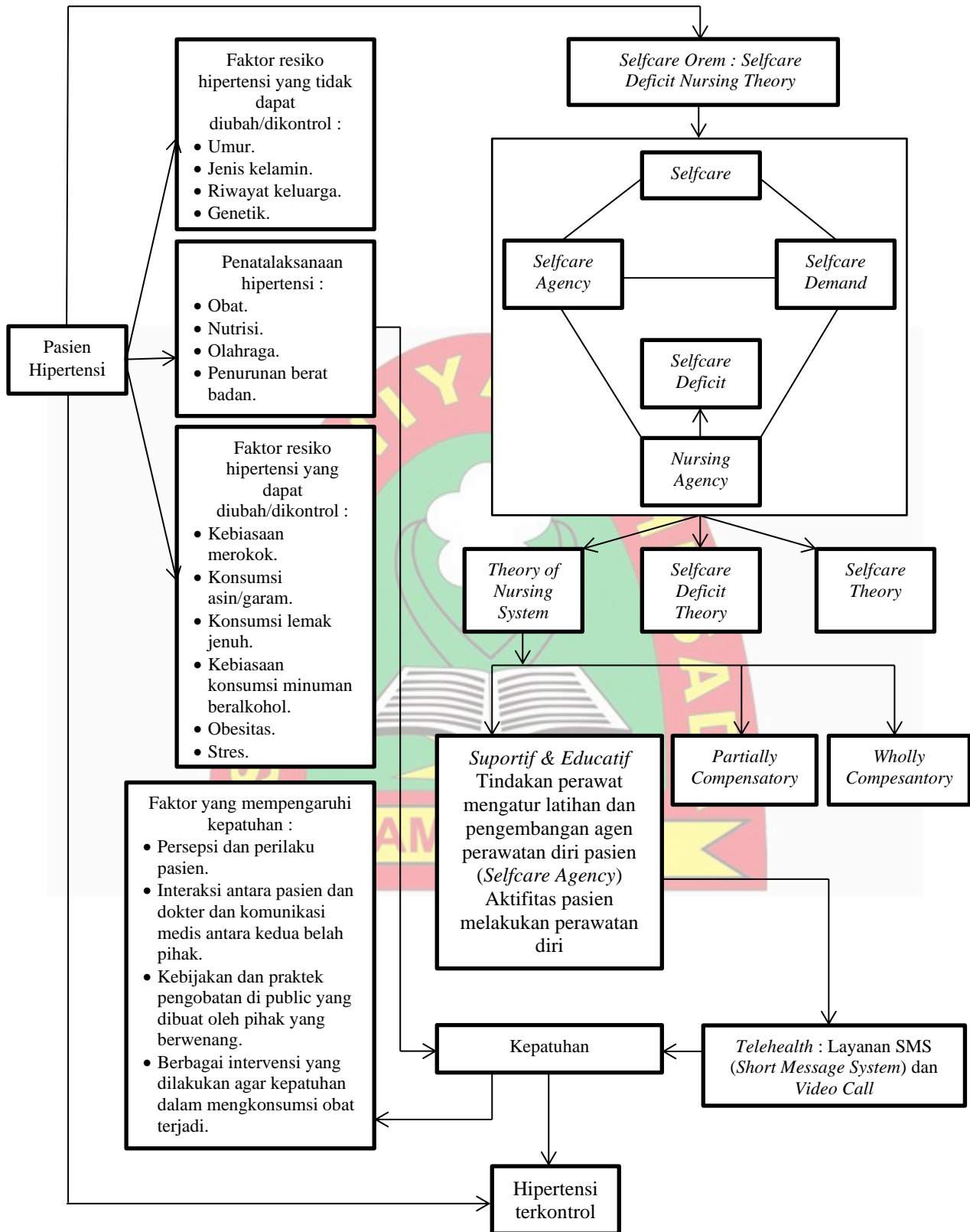
3) Pendidikan.

Dengan adanya teknologi *video call*, antar siswa ataupun guru dapat saling berdiskusi, bereksperimen dan bereksplorasi baik dalam maupun luar negeri tanpa adanya batasan tempat dan waktu.

B. Kerangka Teori Penelitian.

Kerangka teori ini menjelaskan penelitian mengenai efektivitas penggunaan layanan *telehealth* berupa SMS (*Short Message System*) dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.

Skema 2.3
Kerangka Teori.



C. Kerangka Konsep Penelitian.

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep dalam penelitian ini sebagai berikut.

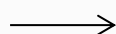
Skema 2.4
Kerangka Konsep.



Keterangan:



: Diteliti.



: Arah penelitian.

D. Hipotesis Penelitian.

Untuk mengarahkan kepada hasil penelitian maka dalam perencanaan penelitian perlu dirumuskan jawaban sementara dari penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan bentuk rumusannya, hipotesis dapat digolongkan dalam dua tipe (Notoatmodjo, 2010; Nursalam, 2008).

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah:

H_a = Penggunaan layanan *telehealth* berupa SMS (*Short Message System*) dan *video call* efektif dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian.

Rancangan penelitian merupakan metode yang dilakukan untuk memperoleh jawaban terhadap pertanyaan peneliti. Desain penelitian berpedoman jenis penelitian yang dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Dharma, 2013). Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian *Pra-Eksperimental* dengan rancangan *pre-post test* dalam satu kelompok (*one-group pre-post test design*). Ciri penelitian ini adalah mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi. Pendekatan menggunakan *Time Series* yaitu penelitian eksperimen dengan pengukuran efek perlakuan yang dilakukan berulang berdasarkan perjalanan waktu (Dharma, 2013). Rancangan ini dapat digambarkan sebagai berikut :

R-----> 01---->X1---> 02

Keterangan :

- R : Responden penelitian semua mendapatkan perlakuan/intervensi.
- 01 : *Pre test* pada kelompok perlakuan.
- X1 : Intervensi pada kelompok perlakuan sesuai protokol.
- 02 : *Post test* setelah perlakuan/intervensi.

Aspek yang dinilai dalam *time series* adalah variabel dependen dalam penelitian ini, yaitu kepatuhan minum obat hipertensi. Sedangkan variabel independen dalam penelitian ini, yaitu layanan sms (*short message system*) dan *video call*.

B. Populasi Dan Sampel.

1. Populasi Penelitian.

Populasi adalah seluruh subjek atau data dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti, sebaiknya dibuat *homogen* (spesifik) terutama pada kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang

berkunjung dalam 3 bulan terakhir di tahun 2018 ke Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Samboja berjumlah 41 orang.

2. Sampel Penelitian.

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2016). Penelitian ini merupakan penelitian numeric berpasangan sehingga untuk menentukan besar sampel digunakan rumus sebagai berikut (Dahlan, 2016). Perhitungan sampel berpasangan menurut rumus *Isaac Michael* sebagai berikut:

$$n = \frac{z^2 N p \cdot q}{d^2 (N - 1) + z^2 p \cdot q}$$

Keterangan :

- n : Besaran sampel.
- N : Jumlah populasi.
- Z : Standar deviasi untuk 0,84 dengan konfiden level 95%.
- d : Derajat ketepatan yang digunakan, yaitu sebesar 5% = 0,05.
- p : Proporsi target populasi adalah 50% atau 0,5.
- q : Proporsi tanpa atribut p-1 = 0,5.

Dari rumus tersebut perhitungan besar sampel dalam penelitian ini adalah:

$$n = \frac{0,84^2 \cdot 41 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2 (41 - 1) + 0,84^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = \frac{7,2324}{0,1 + 0,1764} = \frac{7,2324}{0,2764} = 26,16$$

Dibulatkan menjadi 26 responden.

Rumus perhitunganantisipasi *drop out* adalah (Sastroasmoro, 2011) :

$$n' = \frac{n}{1 - f} = \frac{26}{1 - 10\%} = \frac{26}{0,9} = 28,88$$

Keterangan :

- n : Besar sampel yang dihitung.
- f : Perkiraan proporsi *drop out* (10%).

Besar sampel untuk mencegah *drop out*, yaitu 29 orang.

Sampel dalam penelitian ini adalah yang memenuhi syarat atau kriteria *inklusi* dan kriteria *eksklusi* yang telah ditetapkan sebagai subjek penelitian. Kriteria *inklusi* merupakan kriteria subjek yang memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Nursalam, 2008). Kriteria *inklusi* pasien hipertensi dalam penelitian ini adalah :

- a. Responden dengan usia 40 sampai 60 tahun.
- b. Lama mengalami hipertensi ≥ 1 tahun.
- c. Mampu membaca dan menulis.
- d. Mampu menggunakan alat komunikasi berupa *handphone*.
- e. Perangkat *handphone* yang sudah *smartphone* berbasis layanan internet 3G/4G.
- f. Bersedia berpartisipasi menjadi responden penelitian.

Kriteria *eksklusi* merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel (Nursalam, 2008). Kriteria *eksklusi* dalam penelitian ini adalah :

- a. Pasien hipertensi dengan riwayat stroke.
- b. Pasien hipertensi dengan komplikasi gagal ginjal.
- c. Tidak biasa menggunakan alat komunikasi berupa *handphone*.
- d. Tidak memiliki orientasi yang baik terhadap ruang, tempat dan waktu.

Dalam penelitian ini, jumlah responden yang didapatkan sesuai dengan kriteria *inklusi* sebanyak 26 orang.

C. Variabel Penelitian.

Variabel penelitian adalah karakteristik yang melekat pada populasi, bervariasi dari satu orang dan orang lainnya dan diteliti dalam sebuah penelitian (Dharma, 2013). Jenis variabel penelitian antara lain : variabel bebas dan variabel terikat.

1. Variabel Bebas.

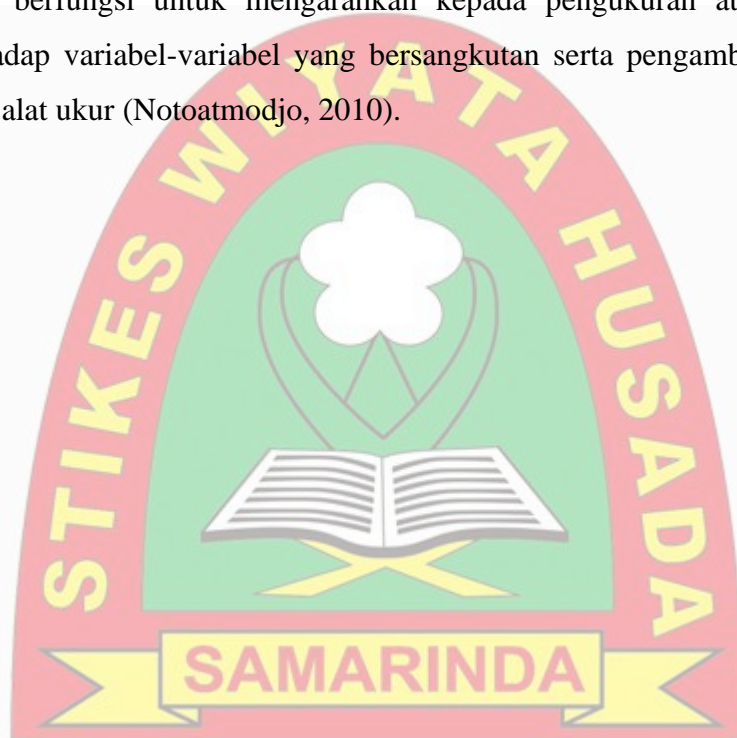
Variabel bebas adalah variabel yang menyebabkan perubahan pada variabel lain atau yang disebut juga variabel sebab. Pada penelitian yang menjadi variabel bebas adalah layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call*.

2. Variabel Terikat.

Variabel terikat adalah variabel yang berubah akibat perubahan yang terjadi pada variabel bebas atau disebut juga variabel akibat. Pada penelitian ini yang menjadi variabel terikat adalah kepatuhan minum obat hipertensi.

D. Definisi Operasional/Definisi Istilah.

Definisi operasional adalah bertujuan untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati atau diteliti. Definisi operasional juga berfungsi untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengambilan instrument atau alat ukur (Notoatmodjo, 2010).



Tabel 3.1
Definisi Operasional.

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Bebas <i>(independent variable):</i> Layanan SMS (Short Message System).	Untuk mengetahui pengaruh layanan pesan singkat pengingat yang diberikan perawat terhadap kepatuhan minum obat	Standar Operasional Prosedur SMS (<i>Short Message System</i>).	Pasien diberikan intervensi layanan pesan singkat pengingat selama 2 kali dalam seminggu dan dilakukan 1 jam sebelumnya	-	-
Layanan Video Call	Berkomunikasi secara langsung dan <i>real time</i> serta bertatap muka meskipun jarak jauh.	Standar Operasional Prosedur <i>Video Call</i> .	Pasien diberikan intervensi layanan panggilan <i>video call</i> selama 2 kali dalam seminggu dan dilakukan saat pasien minum obat.	-	-
Variabel Terikat <i>(dependent variable):</i> Kepatuhan Minum Obat Hipertensi	Perilaku untuk mentaati saran-saran atau prosedur dari dokter tentang penggunaan obat.	Lembar Kuesioner	Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat yang dinamakan MMAS (<i>Morisky Medication Adherence Scale</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Skor kepatuhan yang tinggi (nilai <i>MMAS</i> = 8). • Skor kepatuhan yang sedang (nilai <i>MMAS</i> = 6– <8). • Skor kepatuhan yang rendah (nilai <i>MMAS</i> = 0 - <6). 	Interval

E. Tempat Dan Waktu Penelitian.

1. Tempat Penelitian.

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Samboja dengan alasan tingginya angka kunjungan pasien hipertensi ke Poli Penyakit Dalam.

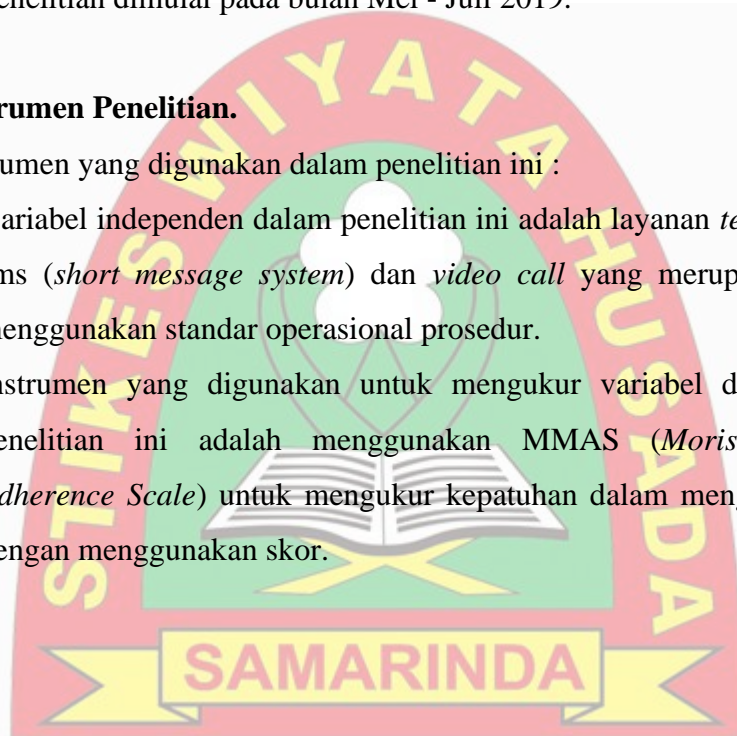
2. Waktu Penelitian.

Waktu penelitian dilakukan sejak persiapan dari penyusunan proposal yang dimulai pada bulan Februari 2019 dan pelaksanaan penelitian dimulai pada bulan Mei - Juli 2019.

F. Instrumen Penelitian.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini :

1. Variabel independen dalam penelitian ini adalah layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call* yang merupakan intervensi menggunakan standar operasional prosedur.
2. Instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel dependen dalam penelitian ini adalah menggunakan MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*) untuk mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat dengan menggunakan skor.



Tabel 3.2
Skoring kuesioner MMAS (*Medication Morisky Adherence Scale*). Penilaian skor nilai kepatuhan didapat dari jumlah seluruh skor pasien dari pertanyaan 1 – 8. Dengan range 0 – 8.

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor
1	Apakah Bapak/Ibu/Saudara/I, terkadang lupa minum obat?	Ya Tidak	0 1
2	Selama dua minggu terakhir, adakah Bapak/Ibu/Saudara/I pada suatu hari tidak meminum obat?	Ya Tidak	0 1
3	Apakah Bapak/Ibu/Saudara/I pernah mengurangi atau menghentikan penggunaan obat tanpa memberi tahu ke dokter karena merasakan kondisi lebih buruk/tidak nyaman saat meminum obat?	Ya Tidak	0 1
4	Saat melakukan perjalanan atau meninggalkan rumah, apakah Bapak/Ibu/Saudara/I terkadang lupa untuk membawa obat?	Ya Tidak	0 1
5	Apakah Bapak/Ibu/Saudara/I kemarin meminum obat?	Ya Tidak	1 0
6	Saat merasa keadaan membaik, apakah Bapak/Ibu/Saudara/I terkadang memilih berhenti meminum obat?	Ya Tidak	0 1
7	Sebagian orang merasa tidak nyaman jika harus meminum obat setiap hari. Apakah Bapak/Ibu/Saudara/I pernah merasa terganggu karena keadaan seperti itu?	Ya Tidak	0 1
8	Berapa kali Bapak/Ibu/Saudara/I lupa minum obat ?	a. Tidak pernah. b. Sekali-kali. c. Terkadang. d. Biasanya. e. Setiap saat.	1 0 0 0 0
Jumlah			8

Tabel 3.3
Skala Ukur Kepatuhan Minum Obat
MMAS (*Medication Morisky Adherence Scale*)

Skor Kepatuhan	Kategori
8	Tinggi
6 - < 8	Sedang
0 - < 6	Rendah

Sumber : MMAS (de Oliveira-Filho, Morisky, Neves, Costa, & De Lyra, 2014).

G. Prosedur Pengumpulan Data.

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini meliputi prosedur administratif dan prosedur teknis:

1. Prosedur Administratif.

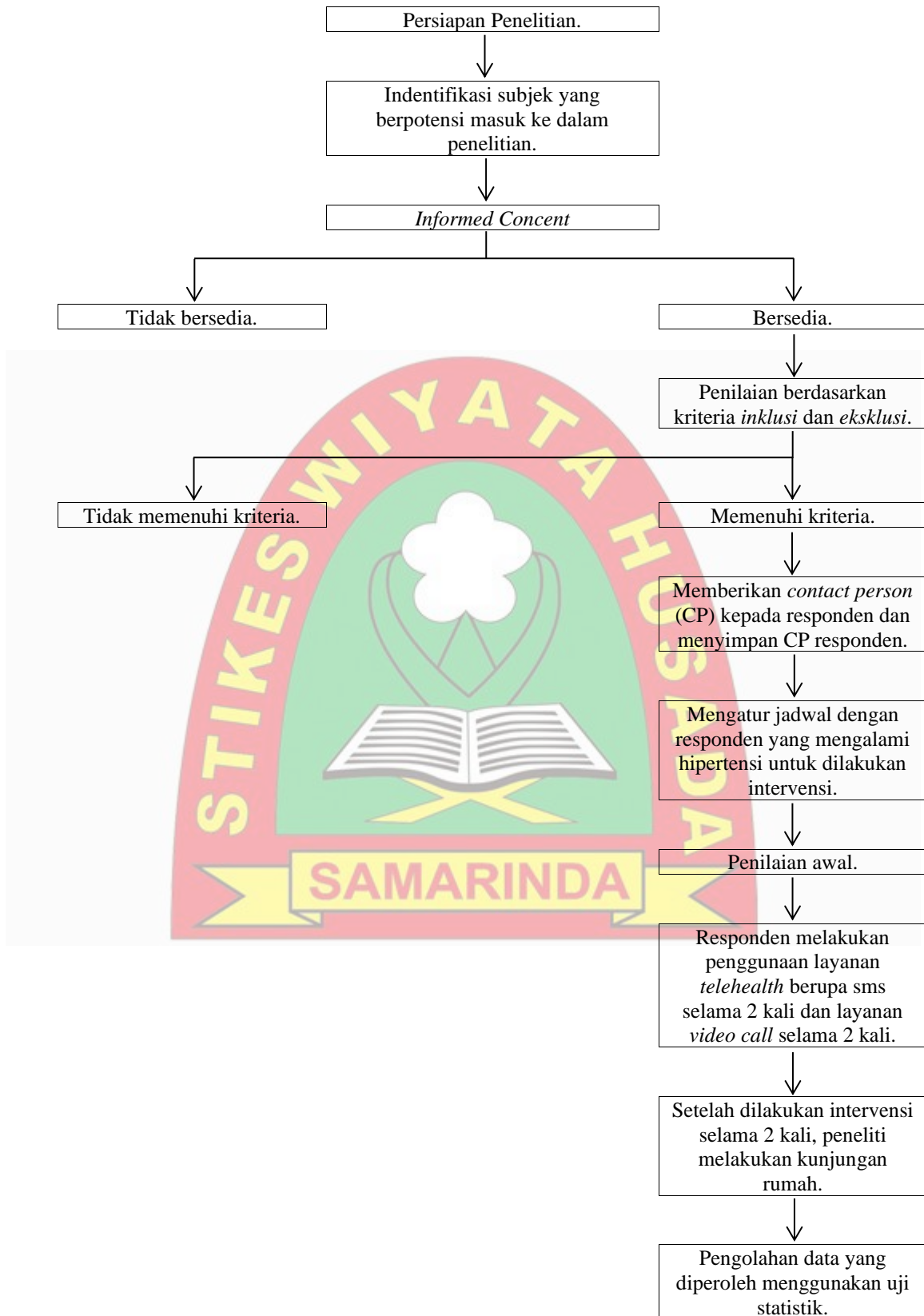
- a. Peneliti menyerahkan surat permohonan izin pengambilan data kepada Ketua Stikes Wiyata Husada Samarinda.
- b. Peneliti menerima surat izin pengambilan data dari Stikes Wiyata Husada Samarinda.
- c. Peneliti melakukan pengambilan data dan melakukan pemilihan sampel sesuai dengan jumlah yang ditetapkan.
- d. Calon responden yang telah terpilih sesuai dengan kriteria *inklusi* dan *eksklusi* dan diberi penjelasan mengenai tujuan dan prosedur penelitian serta diberikan surat permohonan menjadi responden kepada pasien yang akan diteliti.
- e. Peneliti membuat kesepakatan dengan responden untuk mengkonfirmasi waktu dengan tujuan agar mudah untuk memberikan intervensi 2 kali dalam seminggu dan mempertanyakan apakah bersedia apabila menggunakan layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call* terhadap kepatuhan minum obat.
- f. Memberi *contact person* (CP) kepada responden dan menyimpan CP responden.

2. Prosedur Teknis.

- a. Peneliti mengucapkan salam kepada responden.
- b. Peneliti melakukan persiapan penelitian.
- c. Peneliti melakukan *screening* pada pasien hipertensi yang mengalami hipertensi ≥ 1 tahun dengan usia 40 sampai 60 tahun.
- d. Peneliti menjelaskan prosedur penelitian.
- e. Peneliti memberikan layanan sms (*short message system*) terhadap responden 1 jam sebelumnya dalam kepatuhan minum obat.

- f. Setelah layanan sms (*short message system*) terkirim ke responden, peneliti memberikan kembali layanan *video call* terhadap responden dalam kepatuhan minum obat.
- g. Peneliti memberikan lembar persetujuan (*informed consent*) kepada responden untuk ditandatangani.
- h. Responden diberikan pelatihan singkat dalam penggunaan layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call*.
- i. Sebelum dilakukan intervensi, dilakukan pengambilan data *pretest* terhadap skor kepatuhan minum obat dalam penggunaan layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call*.
- j. Selama 2 hari responden melakukan penggunaan layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call*. Peneliti melakukan penilaian observasi respons responden terhadap tindak lanjut hasil penilaian skor kepatuhan minum obat.
- k. Data *posttest* penilaian respons yang dianalisa adalah *posttest* terhadap penilaian sebelum dan setelah dilakukan intervensi dalam penggunaan layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call*.
- l. Peneliti melakukan kunjungan rumah.
- m. Data yang didapatkan kemudian diolah dengan menggunakan uji statistik.
- n. Selanjutnya peneliti mengucapkan terima kasih kepada responden.

Skema 3.1
Alur Penelitian (Dahlan, 2016).



H. Pengolahan Data.

Menurut (Nursalam, 2008), data yang telah dikumpulkan melalui *instrumen* penelitian dimaksudkan untuk menguji sejauh mana hipotesis yang telah dikemukakan sebelumnya dapat diterima. Dalam hubungan ini, data tersebut perlu dianalisis agar dapat dipergunakan bagi pengujian hipotesis tersebut. Data yang masih ada dalam lembar-lembar *instrumen* itu masih berupa data mentah dan memerlukan pengolahan supaya dapat digunakan dalam proses analisis selanjutnya. Bahan-bahan yang menjadi objek pada pengolahan data ini adalah lembar-lembar *instrumen* yang sudah diisi. Proses pengolahan data ini dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu:

1. *Editing* (Penyuntingan).

Editing data ini dimaksudkan agar data yang telah dikumpulkan dapat diolah sehingga dapat menghasilkan informasi yang benar. Peneliti melakukan koreksi data untuk melihat kebenaran pengisian dan kelengkapan pengisian lembar *kuesioner*. *Editing* dilakukan ditempat pengumpulan data agar bila terjadi kekurangan dapat segera dilengkapi.

2. *Coding* Data (Pemberian Kode).

Maksudnya adalah pemberian kode pada masing-masing variabel untuk lebih mudah dalam melakukan analisis, memasukkan data dan mengklasifikasikan jawaban dari responden ke dalam suatu kategori dengan cara memberikan tanda atau kode atau sandi yang berbentuk angka pada masing-masing jawaban.

3. *Entry* Data.

Adalah melakukan pemindaian atau memasukkan data hasil-hasil penelitian dari *kuesioner* ke dalam tabel-tabel sesuai kriteria untuk diproses oleh computer. *Processing* data yang peneliti lakukan adalah dengan memasukkan data dari *kuesioner* ke perhitungan SPSS agar data dapat dianalisa.

4. *Cleaning Data*.

Adalah proses yang dilakukan setelah data masuk ke komputer, data akan diperiksa apakah ada kesalahan atau tidak. Proses *cleaning* ini dilakukan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* untuk mengetahui kesalahan yang mungkin terjadi.

I. **Analisa Data.**

1. **Normalitas Data.**

Uji normalitas adalah sebuah uji yang dilakukan untuk menilai sebaran data pada sebuah kelompok data atau variabel, apakah sebaran data tersebut berdistribusi normal apakah tidak. Untuk mengetahui distribusi data pada penelitian ini menggunakan Shapiro Wilk dikarenakan datanya kurang dari 50 (Dahlan, 2016).

2. **Analisa Univariat.**

Tujuan analisa *univariat* adalah untuk menjelaskan dan mendeskripsikan setiap variabel berdasarkan karakteristiknya masing-masing (Notoatmodjo, 2010). Data yang dinilai adalah mean (rata-rata), median, sedangkan ukuran besaran (variasi) yang digunakan adalah standard deviasi, minimal dan maksimal.

3. **Analisa Bivariat.**

Analisa *bivariat* dilakukan terhadap dua variabel yang dicurigai berhubungan. Dalam analisa *bivariat* dilakukan analisis dengan membandingkan dua variabel yang bersangkutan, kemudian dilakukan analisis uji statistik dan menganalisis keeratan korelasi antara dua variabel (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini analisa *bivariat* dilakukan untuk menguji efektivitas layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi dengan menggunakan uji *Repeated ANOVA*. Identifikasi variabel dan skala pengukuran yaitu variabel kepatuhan minum obat (numerik) diukur secara berulang selama 2 hari menggunakan layanan sms

(*short message system*) 2 kali dan layanan *video call* 2 kali. Jenis hipotesis yaitu komparatif kerana keluaran yang diinginkan adalah perbandingan rerata. Jenis komparatif yaitu komparatif numerik kerana membandingkan variabel numerik yang diukur berulang. Berpasangan kerana memenuhi kriteria variabel yang sama (skor kepatuhan minum obat) diambil dari subjek yang sama kerana pengukuran berulang. Apabila sebaran selisih tidak normal, maka menggunakan uji *Friedman* (Dahlan, 2016).

J. Etika Penelitian.

Selama proses penelitian berlangsung, peneliti akan memperhatikan prinsip-prinsip etik. Adapun prinsip-prinsip etik yang akan peneliti perhatikan adalah:

1. *Otonomy*.

Peneliti menghargai hak-hak responden dalam membuat keputusan untuk setuju atau tidak setuju untuk ikut serta dalam penelitian yang akan dilakukan. Sebelum penelitian dilakukan, peneliti membuat lembar persetujuan (*informed consent*) terlebih dahulu untuk memastikan apakah responden bersedia atau tidak berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan, jika responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian maka harus menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Responden yang menolak untuk ikut dalam penelitian tidak dipaksa untuk mengikuti penelitian dan tetap menghormati haknya.

2. *Anonymity*.

Setiap responden memiliki hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebiasaan individu. Nama responden tidak dicantumkan pada lembar penilaian kepatuhan minum obat, setiap nama responden hanya dicantumkan inisial saja.

3. *Non-Maleficience.*

Prinsip ini mengutamakan untuk menghindari atau tidak menimbulkan bahaya baik berupa fisik maupun psikologis. Agar tidak terjadi kerugian bagi responden, layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call* ini diberikan sesuai standar operasional prosedur. Selain itu, responden diminta untuk segera memberitahu peneliti apabila selama penelitian, terutama saat diberikan layanan komunikasi merasa terganggu dan merasakan ketidaknyamanan.

4. *Justice.*

Prinsip ini mengutamakan keadilan, dalam penelitian ini tidak akan membedakan intervensi pada satu responden dengan responden lainnya, tidak ada diskriminasi dan membeda-bedakan, semua diperlakukan yang sama.



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang Efektivitas Penggunaan Layanan *Telehealth* Berupa SMS (*Short Message System*) Dan *Video Call* Dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat Pada pasien Hipertensi Di Poliklinik RSUD Samboja tahun 2019. Penelitian ini mulai dilakukan pada bulan Mei sampai Juli 2019 dengan jumlah responden sebanyak 26 orang. Seluruh data yang terkumpul telah memenuhi syarat untuk dianalisis.

A. Hasil Penelitian.

1. Normalitas Data.

Setelah dilakukan pengambilan data, peneliti melakukan uji normalitas. Uji normalitas digunakan untuk mengetahui apakah data yang diperoleh pada penelitian ini memiliki distribusi normal atau tidak. Untuk mengetahui distribusi data pada penelitian ini menggunakan *Shapiro-Wilk* dikarenakan datanya kurang dari 50 (Dahlan, 2016).

Tabel 4.1
Sebelum dan setelah intervensi layanan *telehealth* berupa sms dan *video call*
Mei – Juli (n = 26)

Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi	n	<i>Shapiro-Wilk</i> Sig.	Hasil
Pre test hari ke-1	26	0,046	Tidak Normal
Post test hari ke -2	26	0,022	Tidak Normal
Post test hari ke-3	26	0,000	Tidak Normal

Sumber : Uji Normalitas.

Berdasarkan data diatas pada tabel 4.1, diperoleh nilai p 0,046 pada pre test hari ke-1, nilai p 0,022 pada post test hari ke-2, dan nilai p 0,000 pada post test hari ke-3. Dari data nilai pre test dan post test pemberian intervensi layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* terdapat keseluruhan nilai yang berdistribusi tidak normal, karena sebaran data yang tidak berdistribusi dengan normal maka dapat ditarik kesimpulan bahwa data tidak berdistribusi dengan normal dimana $p < 0,05$ pada pre test hari ke-1, post test hari ke-2,

dan post test hari ke-3. Oleh sebab itu peneliti menggunakan uji *Friedman* kemudian dianalisis dengan *Post Hoc Wilcoxon*.

2. Hasil Analisis Univariat.

Analisis univariat dalam penelitian ini, yaitu mengidentifikasi skor rata-rata kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum dan setelah dilakukan intervensi layanan *telehealth* berupa sms dan *video call*.

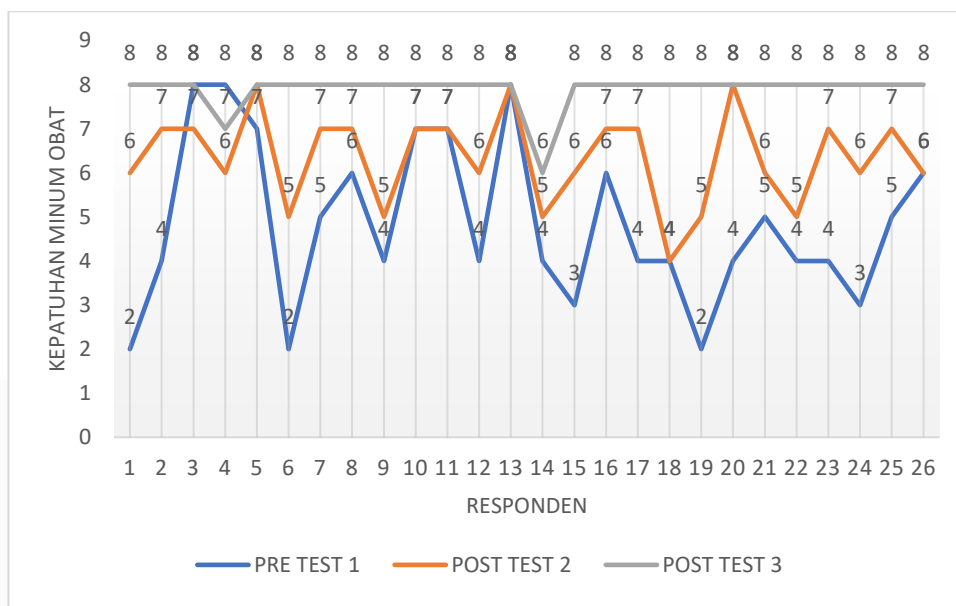
Tabel 4.2
Skor rata-rata kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi intervensi pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call*
Mei – Juli (n = 26)

Pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i>	n	Median	Min – Max	95% CI	SD
Kepatuhan minum obat sebelum intervensi hari ke-1	26	4,00	2 – 8	4,10	1,848
Kepatuhan minum obat setelah intervensi hari ke-2	26	6,50	4 – 8	5,92	1,056
Kepatuhan minum obat setelah intervensi hari ke-3	26	8,00	6 – 8	7,71	0,431

Sumber : Statistik Deskriptif.

Berdasarkan data diatas pada tabel 4.2, menunjukkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum diberikan intervensi layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* pada 26 responden hari ke-1 adalah nilai median 4,00. Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi setelah intervensi hari ke-2 adalah nilai median 6,50, dan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi setelah intervensi hari ke-3 adalah nilai median 8,00.

Grafik 4.1
Perkembangan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi intervensi pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* Mei – Juli (n = 26)



Berdasarkan data diatas pada grafik 4.1, menunjukkan bahwa terjadi perubahan kondisi kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, dimana terdapat nilai tertinggi pada pre test hari ke-1 dengan skor 8 pada responden 3, 4, dan 13. Sedangkan nilai tertinggi pada post test hari ke-2 dengan skor 8 pada responden 5, 13, 20. Sedangkan nilai tertinggi pada post test hari ke-3 dengan skor 8 pada responden 1 sampai 3, 5 sampai 13, 15 sampai 26.

3. Hasil Analisis Bivariat.

Dalam menganalisis perubahan yang terjadi, yaitu sebelum pemberian intervensi layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* hari ke-1, setelah pemberian intervensi hari ke-2, dan setelah pemberian intervensi hari ke-3 maka peneliti melakukan analisis bivariat dalam menentukan uji yang digunakan, peneliti telah melakukan uji normalitas sebelum dan setelah pemberian dimana data yang didapatkan, yaitu berdistribusi tidak normal, dapat dilihat dari tabel 4.1, oleh sebab itu peneliti menggunakan uji *Friedman* kemudian dianalisis dengan *Post Hoc Wilcoxon*.

Tabel 4.3
Perbedaan skor rata-rata kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* sebelum hari ke-1, setelah hari ke-2, dan setelah hari ke-3 Mei – Juli (n = 26)

Variabel	Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi		
	Pre Test Hari Ke-1	Post Test Hari Ke-2	Post Test Hari Ke-3
n	26	26	26
Mean Rank	1,25	1,88	2,87
P Value	0,001		

Sumber : Uji *Friedman* (Bermakna Jika $\alpha < 0,05$).

Dari hasil uji *Friedman* diperoleh nilai p 0,001 dimana nilai $p < 0,05$, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa “terdapat pengaruh pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi”. Untuk mengetahui adanya perbedaan diantara 3 pengukuran pada skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi maka dilakukan uji analisis *Post Hoc*, analisis *Post Hoc* untuk uji *Friedman* adalah dengan uji *Wilcoxon* sebagai berikut :

Tabel 4.4
Selisih perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* sebelum intervensi hari ke-1 dengan setelah intervensi hari ke-2 Mei – Juli (n = 26)

Pengukuran	n	P Value
kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi	Negative Rank	0,001
pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i> sebelum intervensi hari ke-1 dengan	Positive Rank	
setelah intervensi hari ke-2	Teis	5 ^c
	Total	26

Sumber : Uji *Post Hoc Wilcoxon* (Bermakna Jika $\alpha < 0,05$).

Berdasarkan uji *Post Hoc Wilcoxon* menunjukkan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum pemberian intervensi layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* dari hari ke-1 dengan hari ke-2, yaitu dari 26 responden terdapat 2 responden yang mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat dan 19 responden tidak mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat. Dengan uji *Wilcoxon*, diperoleh nilai *significancy* 0,001 ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan skor yang bermakna sebelum pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* pada sebelum hari ke-1 dan setelah pemberian pada hari ke-2 yang dilihat

dari uji *Wilcoxon* untuk nilai *significancy*-nya, hal ini dikarenakan dari 26 responden hanya 2 responden yang mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat, sedangkan 19 responden tidak mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat.

Tabel 4.5
Selisih perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* sebelum intervensi hari ke-1 dengan setelah intervensi hari ke-3
Mei – Juli (n = 26)

Pengukuran		n	P Value
kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi	Negative Rank	1 ^d	0,001
pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan	Positive Rank	23 ^e	
<i>video call</i> sebelum intervensi hari ke-1 dengan	Teis	2 ^f	
setelah intervensi hari ke-3	Total	26	

Sumber : Uji *Post Hoc Wilcoxon* (Bermakna Jika $\alpha < 0,05$).

Berdasarkan uji *Post Hoc Wilcoxon* menunjukkan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum pemberian intervensi layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* dari hari ke-1 dengan hari ke-3, yaitu dari 26 responden terdapat 1 responden yang mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat dan 23 responden tidak mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat. Dengan uji *Wilcoxon*, diperoleh nilai *significancy* 0,001 ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan skor yang bermakna sebelum pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* pada sebelum hari ke-1 dan setelah pemberian pada hari ke-3 yang dilihat dari uji *Wilcoxon* untuk nilai *significancy*-nya, hal ini dikarenakan dari 26 responden hanya 1 responden yang mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat, sedangkan 23 responden tidak mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat.

Tabel 4.6
Selisih perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* setelah intervensi hari ke-2 dengan setelah intervensi hari ke-3
Mei – Juli (n = 26)

Pengukuran		n	P Value
kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i> sebelum intervensi hari ke-2 dengan setelah intervensi hari ke-3	Negative Rank	0 ^g	0,001
	Positive Rank	23 ^h	
	Teis	3 ⁱ	
	Total	26	

Sumber : Uji *Post Hoc Wilcoxon* (Bermakna Jika $\alpha < 0,05$).

Berdasarkan uji *Post Hoc Wilcoxon* menunjukkan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum pemberian intervensi layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* dari hari ke-2 dengan hari ke-3, yaitu dari 26 responden terdapat 0 responden yang mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat dan 26 responden tidak mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat. Dengan uji *Wilcoxon*, diperoleh nilai *significancy* 0,001 ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan skor yang bermakna sebelum pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* pada sebelum hari ke-2 dan setelah pemberian pada hari ke-3 yang dilihat dari uji *Wilcoxon* untuk nilai *significancy*-nya, hal ini dikarenakan dari 26 responden hanya 0 responden yang mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat, sedangkan 26 responden tidak mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat.

B. Pembahasan.

Pada pembahasan tentang penelitian ini, maka peneliti akan membahas tentang hasil penelitian dengan teori dan penelitian sebelumnya yang mendukung atau berlawanan dengan hasil penelitian. Pada bagian pertama akan membahas tentang hasil analisis untuk variabel kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum dan setelah dilakukan intervensi pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call*. Hasil penelitian dapat diterapkan sebagai pelajaran dan juga sebagai aplikasi khususnya pada pasien yang tingkat kepatuhan minum obatnya belum terpenuhi.

1. Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum dan setelah diberikan intervensi layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* menggunakan uji *Friedman*.

Hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai pengaruh pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* pada 26 responden terhadap pengaruh pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, berdasarkan data statistik menggunakan uji *Friedman* dengan menggunakan SPSS 20 adalah pada hasil penelitian tabel 4.4 didapatkan nilai $p < 0,05$ dimana terdapat pengaruh pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Smantummkul. (2014), dimana penelitian yang dilakukan yaitu tingkat kepatuhan penggunaan obat antihipertensi pada pasien hipertensi di instalasi rawat jalan Rumah Sakit X pada tahun 2014, dan penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Damayanti. (2014), dimana penelitian yang dilakukan yaitu hubungan tingkat kepatuhan penggunaan obat terhadap keberhasilan terapi pada pasien hipertensi di Rumah Sakit X Surakarta tahun 2014, kemudian penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Saputri, Akrom, & Darmawan. (2018), dimana penelitian yang dilakukan yaitu peningkatan kualitas hidup (QoL) melalui kepatuhan terapi antihipertensi dengan *Mobile Phone Text Messaging* (SMS) dan *Brief Counseling-5A* pada pasien rawat jalan poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit X, Muhammadiyah Bantul, Yogyakarta.

Dalam proses pemberian intervensi peneliti memberikan layanan *telehealth* berupa sms terhadap responden 1 jam sebelumnya, setelah layanan *telehealth* berupa sms terkirim ke responden, peneliti memberikan layanan *telehealth* berupa *video call* terhadap responden dalam meningkatkan kepatuhan minum obat.

2. Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum intervensi hari ke-1 dan setelah intervensi hari ke-2.

Berdasarkan tabel 4.5, menggunakan uji *Post Hoc Wilcoxon* selisih perbandingan dan perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum intervensi hari ke-1 dengan setelah intervensi hari ke-2 dari 26 responden yang diberikan layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* terdapat 2 responden yang mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat dan 19 responden tidak mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat. Penurunan dalam kepatuhan minum obat pada penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Saputri *et al.*, (2018), dimana terdapat penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik pada kelompok perlakuan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti, namun hampir sama pada alat pengukuran. Pada penelitian yang dilakukan oleh Saputri *et al.*, (2018), yaitu dengan pemberian *Brief Counseling-5A* disertai sms motivasi oleh farmasi terhadap kualitas hidup dan pengontrolan tekanan darah sedangkan peneliti menggunakan layanan sms dan *video call* serta lembar kuesioner MMAS untuk mengetahui nilai kepatuhan minum obat dan peneliti tidak menggunakan kelompok kontrol yang dilakukan selama 2 hari, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Saputri *et al.*, (2018), menggunakan kelompok perlakuan yaitu 30 pasien mendapatkan *Brief Counseling-5A* serta sms motivasional serta kelompok kontrol yaitu 30 pasien mendapatkan pelayanan kefarmasian konvensional (*usual care*).

3. Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum intervensi hari ke-1 dan setelah intervensi hari ke-3.

Berdasarkan tabel 4.6, menggunakan uji *Post Hoc Wilcoxon* selisih perbandingan dan perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien

hipertensi sebelum intervensi hari ke-1 dengan setelah intervensi hari ke-3 dari 26 responden yang diberikan layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* terdapat 1 responden yang mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat dan 23 responden tidak mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat. Penurunan dalam kepatuhan minum obat pada penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Damayanti, 2014).

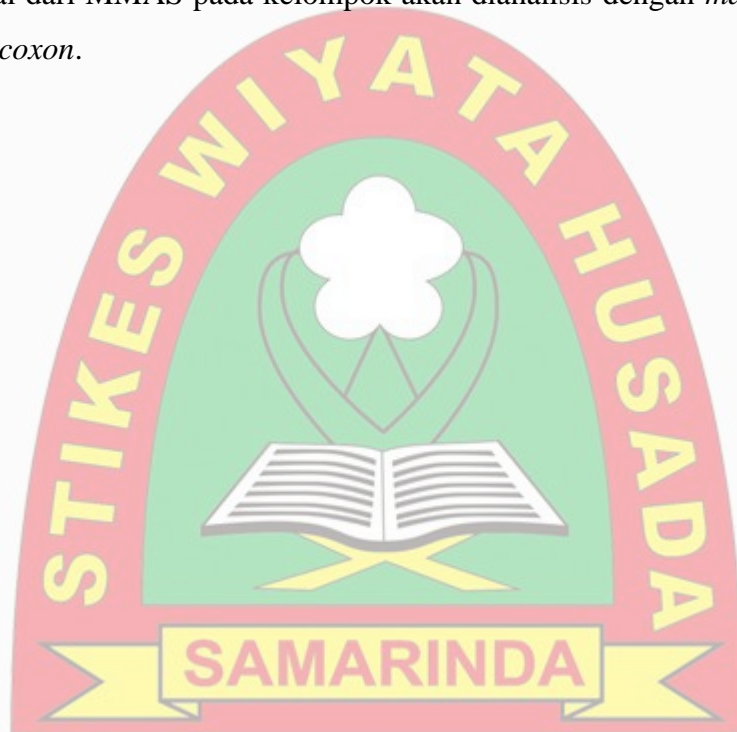
Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti, namun hampir sama pada alat pengukuran. Pada penelitian yang dilakukan oleh Damayanti, (2014), yaitu untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan penggunaan obat dengan keberhasilan terapi pada pasien hipertensi sedangkan peneliti menggunakan layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* serta lembar kuesioner MMAS untuk mengetahui nilai kepatuhan minum obat dan peneliti tidak menggunakan kelompok kontrol yang dilakukan selama 2 hari, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Damayanti, (2014), menggunakan data rekam medis dan kuesioner tentang kepatuhan minum obat dilakukan pada 76 responden dengan teknik sampel *purposive sampling* dan di analisis menggunakan uji korelasi *person product moment*.

4. Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi setelah intervensi hari ke-2 dan setelah intervensi hari ke-3.

Berdasarkan tabel 4.7, menggunakan uji *Post Hoc Wilcoxon* selisih perbandingan dan perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi setelah intervensi hari ke-2 dengan setelah intervensi hari ke-3 dari 26 responden yang diberikan layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* terdapat 0 responden yang mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat dan 26 responden tidak mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat. Penurunan dalam kepatuhan minum obat pada penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Febrianti, Satibi, & Handayani, 2013).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti, namun hampir sama pada alat pengukuran. Pada penelitian yang dilakukan oleh Febrianti *et al.*, (2013), yaitu dengan pemberian konseling terhadap tingkat kepatuhan dan hasil terapi pasien hipertensi serta mengetahui hubungan

tingkat kepatuhan dan hasil terapi hipertensi sedangkan peneliti menggunakan layanan telehealth berupa sms dan *video call* serta lembar kuesioner MMAS untuk mengetahui nilai kepatuhan minum obat dan peneliti tidak menggunakan kelompok kontrol yang dilakukan selama 2 hari, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Febrianti *et al.*, (2013), menggunakan kuesioner MMAS pada kedua kelompok yaitu pada awal pasien rawat jalan dan 1 bulan setelah pemberian konseling dilakukan pada 106 pasien yang terbagi secara random menjadi 2 kelompok yaitu 53 pasien pada kelompok kontrol dan 53 pasien pada kelompok perlakuan kemudian nilai dari MMAS pada kelompok akan dianalisis dengan *mann whitney* dan *wilcoxon*.



C. Keterbatasan Penelitian.

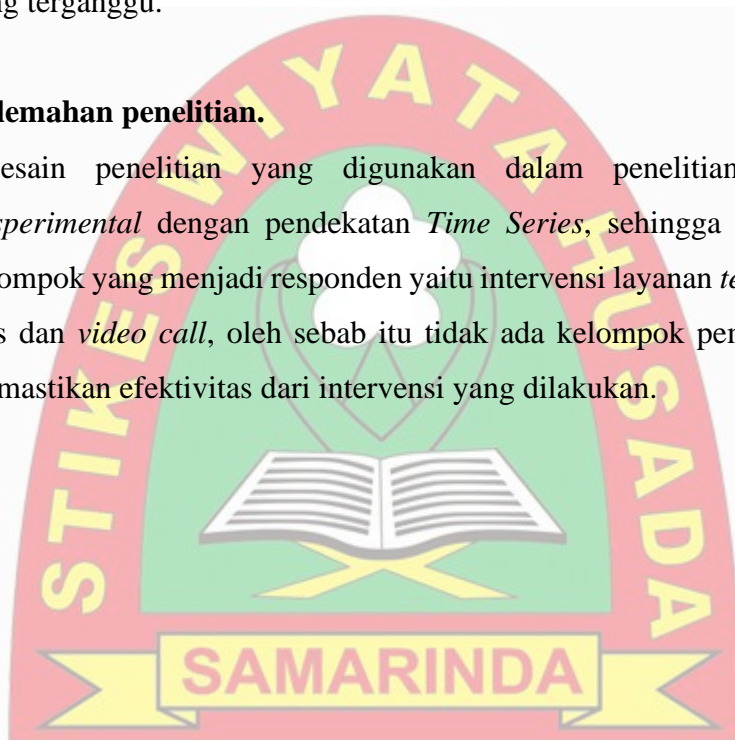
Penelitian ini merupakan penelitian dengan 26 responden yang diberikan 2 kali sehari, oleh sebab itu peneliti menyadari bahwa dalam penelitian ini banyak mengalami kesulitan dalam pelaksanaannya serta masih banyak terdapat kekurangan dalam berbagai aspek. Berikut ini adalah kesulitan dan kelemahan yang peneliti temui dalam penelitian :

1. Kesulitan Penelitian.

Pada saat penelitian ada beberapa responden yang sudah mengikuti perlakuan awal, tapi tiba-tiba ada hambatan waktu serta jaringan komunikasi yang terganggu.

2. Kelemahan penelitian.

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah *Pra-Eksperimental* dengan pendekatan *Time Series*, sehingga hanya ada satu kelompok yang menjadi responden yaitu intervensi layanan *telehealth* berupa sms dan *video call*, oleh sebab itu tidak ada kelompok pembanding untuk memastikan efektivitas dari intervensi yang dilakukan.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan.

Skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum intervensi hari ke-1 4,00, setelah intervensi hari ke-2 6,50, setelah intervensi hari ke-3 8,00. Hal ini menunjukkan peningkatan derajat kepatuhan dalam minum obat pada pasien hipertensi secara signifikan dengan nilai p value $0,001 < 0,05$. Analisis data pengukuran antara sebelum hari ke-1 dan setelah hari ke-2 terdapat perbedaan signifikan. Analisis selisih 1 pengukuran pada hari ke-1 dan setelah hari ke-3 terdapat perbedaan signifikan. Analisis setelah hari ke-2 dan setelah hari ke-3 terdapat perbedaan signifikan.

B. Saran.

Berdasarkan analisis hasil penelitian yang telah dilakukan tersebut, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut:

1. Institusi Pendidikan.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi dalam upaya meningkatkan pengetahuan, sebagai bacaan, sumber referensi bagi peneliti selanjutnya serta dapat dijadikan sebagai rujukan dalam mengajar.

2. Bagi Perawat.

Dapat melanjutkan intervensi keperawatan dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.

3. Bagi RSUD.

Hasil penelitian ini diharapkan perlakuan dalam kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi dapat dijadikan standart dalam perawatan terutama di Poliklinik Rawat Jalan RSUD Samboja.

4. Peneliti Selanjutnya.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambahkan pengetahuan dan informasi mengenai layanan *telehealth* berupa sms (*short message sytem*) dan *video call* terhadap kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.



DAFTAR PUSTAKA

- Abadi, K., *et al.* (2013). Hipertensi dan Risiko Mild Cognitive Impairment pada Pasien Usia Lanjut. *Kesmas: National Public Health Journal*, 8(3), 115. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v8i3.354>.
- Armstrong, C., & Joint National Committee. (2014). JNC8 guidelines for the management of hypertension in adults. *American Family Physician*, 90(7), 503–504. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25369633>.
- Baradero, M., & Dayrit, M. W. (2008). *Klien Gangguan Ginjal. EGC*. Retrieved from <https://www.mendeley.com/catalogue/klien-gangguan-ginjal-terjemahan/>.
- Burnier, M., *et al.* (2001). Electronic compliance monitoring in resistant hypertension: The basis for rational therapeutic decisions. *Journal of Hypertension*, 19(2), 335–341. <https://doi.org/10.1097/00004872-200102000-00022>.
- Choudhry, N. K., *et al.* (2009). Measuring concurrent adherence to multiple related medications. *American Journal of Managed Care*, 15(7), 457–464.
- Ciske, K. L., & Orem, D. E. (2006). Nursing: Concepts of Practice. *The American Journal of Nursing*, 80(10), 1899. <https://doi.org/10.2307/3462482>.
- Commitee, J. N. (2004). Conflicts of Interest - Financial Disclosure: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). *National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2011.02356.x>.
- Pandey, D. K., & Aiyagari, V. (2011). Prevention of Second Strokes Through Blood Pressure Lowering: Update for 2011. *Current Cardiovascular Risk Reports*. Retrieved from <https://www.mendeley.com/catalogue/prevention-second-strokes-through-blood-pressure-lowering-update-2011-1/>.
- Dahlan, M. S. (2016). Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan. *Jakarta: Sagung Seto*, 43, 101. Retrieved from <https://www.mendeley.com/catalogue/langkahlangkah-membuat-proposal-penelitian-bidang-kedokteran-dan-kesehatan/>.
- Damayanti, F. (2014). Hubungan tingkat kepatuhan penggunaan obat terhadap keberhasilan terapi pada pasien hipertensi di rumah sakit x surakarta bulan mei-juni 2014. *Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 1–30. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.

- De Oliveira-Filho, A. D., *et al.* (2014). The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(3), 554–561. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.10.006>.
- Dharma, K. K. (2013). Panduan Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian. In *Metodologi Penelitian Keperawatan* (pp. 1–22). <https://doi.org/10.5402/2013/861912>.
- Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. (2006). Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Hipertensi. *Journal of Family Practice*, 55.
- Dr, N. soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. <https://doi.org/10.1016/j.ymgme.2014.12.174>.
- 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. *Jurnal Psikologi Udayana*, 1(1), 32–42.
- Farrar, F. C. (2015). Transforming Home Health Nursing with Telehealth Technology. *Nursing Clinics of North America*, 50(2), 269–281. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2015.03.004>.
- Febrianti, Y., Satibi, & Handayani, R. (2013). Penyakit Dalam the Influence of Pharmacist Counseling on Adherence To Antihypertensive Therapy and Outcomes of Hypertensive Outpatients in the Clinic of Internal Disease. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi*, 3(4), 311–317.
- Foundation, N. H., & Australia, O. (2010). Guide to management of hypertension 2008. *National Heart Foundation of Australia*. Retrieved from <https://www.mendeley.com/catalogue/guide-management-hypertension-2008-updated-august-2009/>.
- Frawley, A., *et al.* (2016). PM203 Hypertension Knowledge Retention Among Community Health Workers in Rural Western Kenya: Process Evaluation of the Lark Hypertension Study. *Global Heart*, 11(2), e104. <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2016.03.363>.
- Horne, R. (2006). Compliance, adherence, and concordance: Implications for asthma treatment. In *Chest* (pp. 65S–72S). https://doi.org/10.1378/chest.130.1_suppl.65S.
- Horne, R., *et al.* (2005). Compliance. In *SpringerReference*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/SpringerReference_64584.
- Informasi, M., Bagi, K., & Menengah, M. (2015). Jurnal Informatika Vol. 9, No. 1, Jan 2015 Media Informasi Kesehatan Bagi Masyarakat Menengah Berbasis SMS Gateway Irawadi Buyung, 9(1), 999–1009.

- Istifada, R., *et al.* (2017). Pemanfaatan Teknologi Telehealth Pada Perawat Di Layanan Homecare (the Utilization of Telehealth Technology By Nurses At, 5(1), 51. Retrieved from <https://doi.org/10.19166/nc.v5i1.1102>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2015-2019. *Pusat Komunikasi Publik*. <https://doi.org/351.077> Ind r.
- Lutfey, K. E., & Wishner, W. J. (1999). Beyond "compliance" is "adherence"; Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care*. <https://doi.org/10.2337/diacare.22.4.635>.
- Muntner, P. (2009). New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. *American Journal of Managed Care*, 15(1), 59–66.
- McLenachan, J. M., *et al.* (2012). Developing primary PCI as a national reperfusion strategy for patients with ST-elevation myocardial infarction: The UK experience. *EuroIntervention*, 8, P99–P107. <https://doi.org/10.4244/EIJV8SPA18>.
- Nursalam. (2008). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. *Salemba Medika*. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2012.08.009>.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Drug therapy: Adherence to medication. *N Engl J Med*, 353(5), 487–497. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>.
- Riskesdas. (2018). Hasil Utama Riskesdas Tentang Prevalensi Diabetes Mellitus di Indonesia 2018. <https://doi.org/1> Desember 2013.
- Saputri, G. Z., *et al.* (2018). Improving Outpatient's Quality of Life through Patient Adherence of Antihypertensive Therapy Using "Mobile Phone (SMS) and Brief Counseling-5A" in Polyclinic of Internal Medicine at PKU Muhammadiyah Bantul Hospital, Yogyakarta. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 6(2), 67–77. <https://doi.org/10.15416/ijcp.2017.6.2.67>.
- Sastroasmoro, S. (2011). Pemilihan Subyek Penelitian. In *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke-4* (p. Edisi Ke-4 (p. 95).
- Skiba, D. J. (2017). The Potential of Blockchain in Education and Health Care. *Nursing Education Perspectives*, 38(4), 220–221. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000190>.
- Smantummkul, C. (2014). Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Pasien Hipertensi di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit X Pada Tahun 2014. *Naskah Publikasi Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 1–9.

- Sri Hariyati, R. T., & Sahar, J. (2012). Perceptions of Nursing Care for Cardiovascular Cases, Knowledge on the Telehealth and Telecardiology in Indonesia. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health (IJCRIMPH)*, 4(2), 115–128.
- Sugiyono. (2016). Skala pengukuran dan instrumen penelitian. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/289653300>.
- Tenforde, A. S., *et al.* (2017). Telehealth in Physical Medicine and Rehabilitation: A Narrative Review. *PM and R*. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.02.013>.
- Van Onzenoort, H. A. W., *et al.* (2010). Assessing medication adherence simultaneously by electronic monitoring and pill count in patients with mild-to-moderate hypertension. *American Journal of Hypertension*, 23(2), 149–154. <https://doi.org/10.1038/ajh.2009.207>.
- Wiweko, B., Zesario, A., & Agung, P. G. (2017). Overview the development of tele health and mobile health application in Indonesia. In *2016 International Conference on Advanced Computer Science and Information Systems, ICACISIS 2016* (pp. 9–14). <https://doi.org/10.1109/ICACISIS.2016.7872714>.
- Wong, M. C. S., *et al.* (2015). Dietary counselling with the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet for Chinese patients with grade 1 hypertension: a parallel-group, randomised controlled trial. *The Lancet*, 386, S8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00586-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00586-3).
- World Health Organization. (2015). Q & As on hypertension. *World Health Organization*. Retrieved from <https://www.mendeley.com/catalogue/q-hypertension/>.
- World Health Organization. (2013). *A global brief on Hypertension - World Health Day 2013*. World Health Organization. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4815.882-a>.

Lampiran 2

LEMBAR KUESIONER
KEPATUHAN MINUM OBAT
MMAS (*Medication Morisky Adherence Scale*)

A. Petunjuk Pengisian :

1. Sebelum mengisi pertanyaan, terlebih dahulu tuliskan identitas Bapak/Ibu/Saudara/I pada tempat yang sudah disediakan.
2. Berilah tanda (✓) pada salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu/Saudara/I paling benar.
3. Pertanyaan tidak menimbulkan akibat apapun terhadap diri Bapak/Ibu/Saudara/I. Untuk itu saya mengharapkan jawaban yang sejujurnya.

B. Identitas Responden :

Nomor Responden : (Tidak perlu diisi)

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Alamat :
5. Pendidikan :

C. Riwayat Penyakit :

1. Lama Menderita Hipertensi : Tahun / Bulan.
2. Jumlah Obat Yang Diminum : Jenis.
3. Efek Samping Obat :
4. Pemeriksaan Ulang : x / Bulan atau x / Minggu.

D. Pertanyaan :

Berilah tanda (✓) pada kolom yang sesuai:

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK	SKOR
1	Apakah Bapak/Ibu/Saudara/I, terkadang lupa minum obat?			
2	Selama dua minggu terakhir, adakah Bapak/Ibu/Saudara/I pada suatu hari tidak meminum obat?			
3	Apakah Bapak/Ibu/Saudara/I pernah mengurangi atau menghentikan penggunaan obat tanpa memberi tahu ke dokter karena merasakan kondisi lebih buruk/tidak nyaman saat meminum obat?			
4	Saat melakukan perjalanan atau meninggalkan rumah, apakah Bapak/Ibu/Saudara/I terkadang lupa untuk membawa obat?			
5	Apakah Bapak/Ibu/Saudara/I kemarin meminum obat?			
6	Saat merasa keadaan membaik, apakah Bapak/Ibu/Saudara/I terkadang memilih berhenti meminum obat?			

7	Sebagian orang merasa tidak nyaman jika harus meminum obat setiap hari. Apakah Bapak/Ibu/Saudara/I pernah merasa terganggu karena keadaan seperti itu?			
8	Berapa kali Bapak/Ibu/Saudara/I lupa minum obat ? Ket : a. Tidak pernah. b. Sekali-kali. c. Terkadang. d. Biasanya. e. Setiap saat.			



Lampiran 3

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
LAYANAN SMS (*SHORT MESSAGE SYSTEM*).**

Pengertian : Adalah layanan komunikasi standar dalam sistem komunikasi selular, dengan menggunakan protokol komunikasi standar yang memungkinkan pertukaran pesan teks singkat antara perangkat telepon selular.

Tujuan : 1. Pengguna mendapatkan informasi kesehatan dan membantu pengguna manajemen gaya hidup dan patuh pada pengobatan serta mampu mengurangi pengurangan biaya operasional.
2. Bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat adalah mendukung perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan serta mampu menghemat waktu tim kesehatan.

Durasi :

Inisial :

Tanggal :

A. Persiapan Alat :	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat tulis. 2. Alat komunikasi <i>handphone</i>. 3. Pastikan <i>handphone</i> peneliti dan responden sudah terisi pulsa dan sudah tersambung ke jaringan internet. 4. Buku komunikasi atau nomor telepon.
B. Pelaksanaan :	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah semua persiapan dilakukan. 2. Peneliti memulai dengan memasukkan nomor telepon responden ke kontak telepon. 3. Pastikan nomor telepon yang dituju benar dan lengkap. 4. Peneliti memulai mengetik pesan dengan pertama-tama mengucapkan salam pembuka dan memperkenalkan diri dan mengirimkan pesan ke responden. 5. Setelah mendapatkan balasan pesan dari responden, peneliti membalas pesan tersebut dengan menanyakan kondisi kesehatannya hari ini serta menanyakan tentang kesibukannya hari ini apakah responden sedang sibuk atau tidak sibuk. Pesan dikirimkan kembali ke responden. 6. Setelah mendapatkan balasan pesan dari responden, dan responden menjawab semua pertanyaan peneliti bahwasannya responden dalam keadaan sehat dan bisa meluangkan waktunya untuk peneliti. 7. Peneliti pun membalas pesan responden dengan mengucapkan terima kasih sudah bisa meluangkan waktunya hari ini. Pesan dikirimkan kembali ke responden. 8. Peneliti kembali mengirimkan pesan untuk mengingatkan responden tentang jadwal minum obat hipertensi dan peneliti membuat kontrak waktu dengan responden 1 jam sebelum jadwal minum obatnya dan akan dilakukan intervensi melalui layanan <i>video call</i> secara langsung. 9. Setelah mendapatkan balasan pesan dari responden, dan responden menyetujui kontrak waktu yang dibuat antara peneliti dengan responden. 10. Peneliti pun membalas pesan responden dengan mengucapkan terima kasih dan mengakhiri pesan dengan mengucapkan salam penutup. 11. Catat dan simpan hasil percakapan atau dengan cara <i>screenshot</i> pada pesan.

Lampiran 4

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR LAYANAN VIDEO CALL.

- Pengertian** : Adalah suatu layanan yang dapat digunakan untuk mentransmisikan gambar serta suara dalam bentuk *video* sehingga terlihat seperti nyata (*real time*).
- Tujuan** : 1. Pengguna mendapatkan informasi kesehatan dan membantu pengguna manajemen gaya hidup dan patuh pada pengobatan serta mampu mengurangi pengurangan biaya operasional.
2. *Video call* sangat berguna bagi tunarungu (orang tuli) dan tunawicara (orang bisu) karena mereka tetap dapat melakukan komunikasi dengan menggunakan bahasa isyarat.
3. Bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat adalah mendukung perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan serta mampu menghemat waktu tim kesehatan.
- Durasi** :
Inisial :
Tanggal :

A. Persiapan Alat :	
1.	Alat tulis.
2.	Alat komunikasi <i>handphone</i> .
3.	Pastikan <i>handphone</i> peneliti dan responden sudah terisi pulsa dan sudah tersambung ke jaringan internet 3G/4G.
4.	Buku komunikasi atau nomor telepon.
B. Pelaksanaan :	
1.	Setelah semua persiapan dilakukan.
2.	Peneliti memulai dengan memasukkan nomor telepon responden ke kontak telepon.
3.	Pastikan nomor telepon yang dituju benar dan lengkap.
4.	Peneliti mulai menghubungi responden dengan melakukan panggilan <i>video call</i> .
5.	Setelah panggilan <i>video call</i> peneliti direspon/diangkat oleh responden, peneliti mengucapkan salam pembuka dan memperkenalkan diri.
6.	Bicara secara sopan dan ramah.
7.	Peneliti mulai bertanya tentang kondisi kesehatannya hari.
8.	Penelitianpun kembali bertanya mengenai kontrak waktu yang sebelumnya sudah disepakati melalui layanan sms (<i>short message system</i>) yang disetujui oleh responden, bahwa 1 jam setelah diberikan layanan sms akan diberikan kembali layanan <i>video call</i> untuk memantau kepatuhan dalam minum obat hipertensi.
9.	Penelitianpun kembali meminta responden agar menyiapkan obat dan segelas air minum.
10.	Setelah obat dan air minum sudah siap. Penelitianpun memastikan pemberian obat dengan prinsip 6 B :
a.	Benar Pasien.
b.	Benar Obat.
c.	Benar Dosis.
d.	Benar Cara.
e.	Benar Waktu.
f.	Benar Dokumentasi.
11.	Setelah semua tahap telah dilewati, dan responden sudah melaksanakan kepatuhan dalam minum obat hipertensi. Penelitianpun mengucapkan terima kasih sudah bisa meluangkan

- waktunya hari ini dalam pemenuhan kepatuhan dalam minum obat hipertensi.
12. Peneliti pun mengakhiri percakapan panggilan *video call* dengan mengucapkan salam penutup.
 13. Catat dan rekam hasil panggilan *video call*.



Lampiran 5

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth,
Calon Responden
Di –
Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nur Fadillah.

NIM : B21741419601.

No. HP : 0822-5175-2048.

Judul Penelitian : Efektivitas Penggunaan Layanan *Telehealth* Berupa SMS (*Short Message System*) Dan *Video Call* Dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi.

Saya Adalah Mahasiswa Stikes Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui efektivitas penggunaan layanan *telehealth* berupa SMS (*Short Message System*) dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti.

Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika Bapak/Ibu/Saudara/I bersedia untuk ikut serta dalam penelitian. Pertama-tama peneliti akan memberikan layanan sms (*short message system*) pada minggu pertama di hari ke-1 di 1 jam pertama sebagai pesan pengingat untuk kepatuhan minum obat. Selanjutnya peneliti kembali memberikan layanan *video call* secara langsung untuk menilai skor kepatuhan minum obat. Setelah mendapatkan intervensi secara langsung, peneliti akan mengevaluasi hasil penilaian skornya.

Peneliti akan berjanji menjunjung tinggi serta menghargai hak-hak Bapak/Ibu/Saudara/I dengan cara menjaga kerahasiaan identitas selama pengumpulan data, pengolahan data dan penyajian laporan penelitian. Namun, tiap responden berhak memperoleh keterangan hasil penelitian.

Apabila Bapak/Ibu/Saudara/I ketika melaksanakan intervensi merasa terganggu atau kesulitan dalam pelaksanaan intervensi, mohon memberitahu peneliti atau menghubungi nama-nama yang tertera dibawah dan apabila Bapak/Ibu/Saudara/I dipertengahan pelaksanaan penelitian merasa tidak nyaman dengan prosedur tersebut berhak mengajukan pengunduran diri.

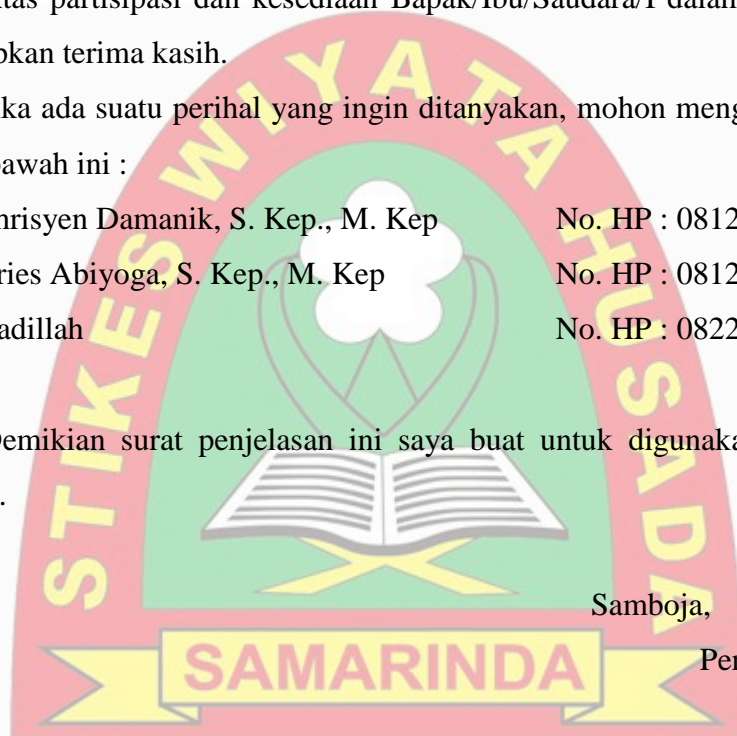
Atas partisipasi dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/I dalam kerjasamanya, saya ucapkan terima kasih.

Jika ada suatu perihal yang ingin ditanyakan, mohon menghubungi nama-nama dibawah ini :

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. Ns. Chrisyen Damanik, S. Kep., M. Kep | No. HP : 0812-3533-8835 |
| 2. Ns. Aries Abiyoga, S. Kep., M. Kep | No. HP : 0812-5389-9145 |
| 3. Nur Fadillah | No. HP : 0822-5175-2048 |

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Samboja, Mei 2019
Peneliti



Nur Fadillah

NIM : B21741419601

Lampiran 6

LEMBAR INFORMED CONCENT

Setelah saya membaca dan memahami isi surat persetujuan maupun penjelasan pada lembar permohonan menjadi responden, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
 Umur :
 Alamat :

Bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa program studi ilmu keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda, yaitu:

Nama : Nur Fadillah.
 NIM : B21741419601.
 Pekerjaan : Mahasiswa.
 Alamat : Jl. Balikpapan – Handil II. Sei. Seluang. RT. 014.
 Samboja. Kutai kartanegara.
 Judul Penelitian : Efektivitas Penggunaan Layanan *Telehealth* Berupa SMS (*Short Message System*) Dan *Video Call* Dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi.

Saya memahami bahwa penelitian tersebut tidak membahayakan dan merugikan saya, sehingga saya bersedia menjadi responden dalam penelitian tersebut.

Samboja, Mei 2019

Nama & Tanda Tangan

Lampiran 7

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

No. HP/Telp :

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul Efektivitas Penggunaan Layanan *Telehealth* Berupa SMS (*Short Message System*) Dan *Video Call* Dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi.

Adapun bentuk kesediaan saya ini adalah :

1. Bersedia meluangkan waktu untuk diberikan intervensi layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call*.
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan oleh peneliti.

Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samboja, Mei 2019

Mengetahui,




Peneliti

Yang Membuat Pernyataan,



Nur Fadillah

Nama & Tanda Tangan

Lampiran 8

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA SAMARINDA	
IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008 TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/V1/2015 PERINGKAT B		
Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431 www.stikeswhs.ac.id info@stikeswhs.ac.id		
Nomor	: <u>429</u> /STIKES-WHS/LT/2019	20 Maret 2019
Lampiran	: -	
Perihal	: <u>Permohonan Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data</u>	
Kepada Yth. Direktur RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja Cq. Diklat RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja di - Tempat		
Dengan hormat, Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.		
Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan studi pendahuluan dan pengambilan data di rumah sakit yang Bapak/Ibu pimpin.		
Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :		
Nama	: NUR FADILLAH	
NIM	: B21741419601	
Semester	: III	
Program Studi	: Ilmu Keperawatan	
Judul	: Efektifitas Pendampingan Keluarga Dalam Penggunaan Layanan Telahealth berupa SMS (Short Message System) Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi	
Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kesediannya kami mengucapkan terima kasih.		
Wakil Ketua I,   Ns. Sumiati Sinaga.,M.Kep		

Lampiran 9

	PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI Jl. Balikpapan-Handil II, Samboja ☎(0542) 7215367-7215368, Fax (0542) 7215337 Kode Pos 75271, website : www.rsudajibatara.id	
---	---	---

Nomor	: 445/1385/000.800/IV/2019	Kepada Yth,
Lampiran	: -	Wakil Ketua I
Perihal	: Jawaban Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data	STIKES Wiyata Husada Di Samarinda

Dengan hormat,


Sehubungan dengan surat permohonan nomor : 427/STIKES-WHS/LT/2019 tanggal 01 Maret 2019, tentang Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja dalam rangka penyelesaian tugas akhir, menanggapi surat tersebut, kami pihak RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja tidak keberatan dan bersedia menjadi tempat pelaksanaan kegiatan tersebut, atas mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama	: Nur Fadillah
NIM	: B21741419601
Program Studi	: Ilmu Keperawatan

Adapun biaya kontribusi sebesar Rp. 200.000,- /mahasiswa Sarjana (S1)

Demikian surat ini kami sampaikan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Samboja, 9 April 2019
Direktur


drg. Musafirah Akil Ali, MARS
 NIP. 19700504 200012 2 002

Lampiran 10



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008
TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015
PERINGKAT B



Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431
www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id

Nomor : 967 /STIKES-WHS/LT/2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

20 Mei 2019

Kepada Yth.
Direktur RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja
C.q Diklit RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja
di -
Tempat

Dengan hormat,

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di instansi yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : NUR FADILLAH
NIM : B21741419601
Semester : III
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Efektifitas Penggunaan Layanan Telehealth berupa SMS (Short Message System) dan Video Call Dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Ketua I,


Sumati Sinaga.,M.Kep
NIK 113072.82.09.006

Lampiran 11



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA
RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI
 Jl. Balikpapan-Handil II, Samboja ☎(0542) 7215367-7215368, Fax (0542) 7215337
 Kode Pos 75271, website : www.rsudajibatara.id



Nomor	: 445/2436/000.800/VI/2019	Kepada Yth,
Lampiran	: -	Wakil Ketua I
Perihal	: Jawaban Permohonan Ijin Penelitian	STIKES Wiyata Husada Di Samarinda

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat permohonan nomor : 1114/STIKES-WHS/LT/2019 tanggal 20 Mei 2019, tentang Permohonan Ijin Penelitian di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja dalam rangka penyelesaian tugas akhir, menanggapi surat tersebut, kami pihak RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja tidak keberatan dan bersedia menjadi tempat pelaksanaan kegiatan tersebut, atas mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama	: Nur Fadillah
NIM	: B21741419601
Program Studi	: Ilmu Keperawatan

Adapun biaya kontribusi sebesar Rp. 200.000,- /mahasiswa Sarjana (S1)

Demikian surat ini kami sampaikan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Samboja, 2 Juli 2019
 Direktur

drg. Musafirah Akil Ali, MARS
 NIP. 19700504 200012 2 002

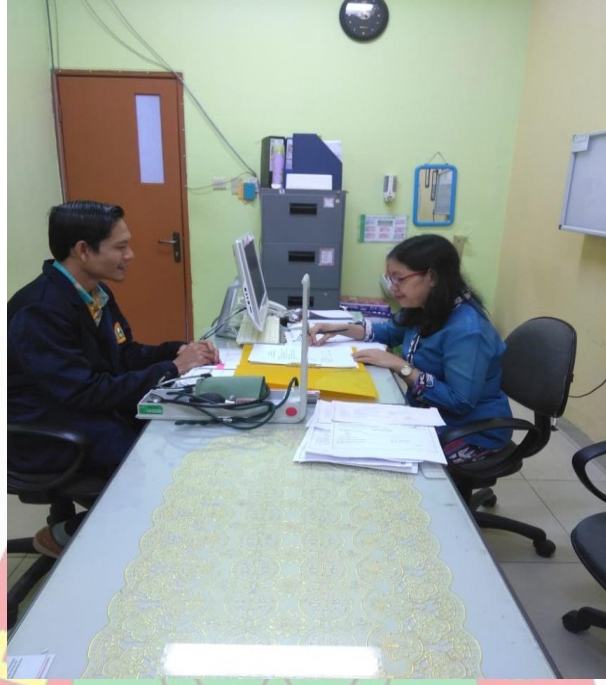
Lampiran 12

**DOKUMENTASI
PENYERAHAN SURAT IZIN PENELITIAN**



Lampiran 13

**DOKUMENTASI
PERMINTAAN IZIN PERAWAT POLIKLINIK PENYAKIT DALAM**



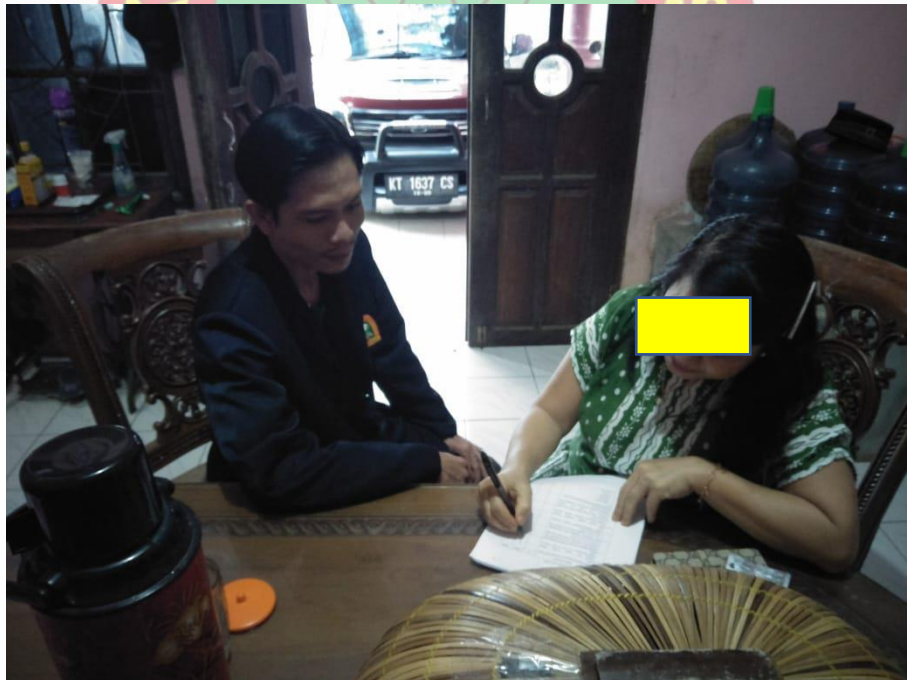
Lampiran 14

DOKUMENTASI
PENJELASAN PENELITIAN, PENGISIAN *INFORM CONCENT*,
PENGISIAN BERSEDIA SEBAGAI RESPONDEN, DAN PENGISIAN
LEMBAR KUESIONER



Lampiran 15

**DOKUMENTASI
PEMBERIAN INTERVENSI KUESIONER KEPATUHAN MINUM OBAT**



Lampiran 16

**DOKUMENTASI
LAYANAN SMS (*SHORT MESSAGE SYSTEM*)**

Assalamualaikum,,, Selamat pagi ibu. Mohon maaf mengganggu. Perkenalkan nama saya Nur Fadillah, saya mahasiswa STIKES Wiyata Husada Samarinda. Saya yang kemarin bertemu ibu di poli penyakit dalam Dr. Edi, Sp. PD

Ya

Terima kasih. Ibu, bagaimana kondisi kesehatannya pagi ini? Dan apa pagi ini ibu dalam keadaan sibuk atau tidak sibuk?

Alhamdulillah sehat. Saya ga ada kesibukan

Terima kasih ibu

Baiklah ibu, sesuai kontrak waktu saya dengan ibu pada saat kita bertemu di poli. Saya akan memberikan ibu layanan berupa video call 1 jam sebelum ibu minum obat dan saya akan melihat cara ibu meminum obat serta ibu bisa melihatkan obat hipertensi yang akan ibu minum. Apakah ibu bersedia?

Ya saya bersedia

Lampiran 17

**DOKUMENTASI
LAYANAN VIDEO CALL**





**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES)
Wiyata Husada Samarinda**

BIODATA PENELITI

A. Biodata Pribadi.

1. Nama : Nur Fadillah.
2. NIM : B21741419601.
3. Tempat/Tanggal Lahir : Tenggarong, 21 Mei 1987.
4. Jenis Kelamin : Laki-Laki.
5. Agama : Islam.
6. Alamat : Jl. Balikpapan Handil II, RT. 014, Kel. Sei. Seluang, Kec. Samboja, Kab. Kutai Kartanegara, Prov. Kalimantan Timur.
7. No. HP : 0822-5175-2048 / 0852-5056-5494.
8. Email : nurfadillah601@student.stikeswhs.ac.id
9. Program Studi : S-1 Keperawatan.
10. Judul Skripsi : Efektivitas Penggunaan Layanan *Telehealth* Berupa SMS (*Short Message System*) Dan *Video Call* Dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi.
11. Dosen Pembimbing : 1. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep.
2. Ns. Aries Abiyoga, S.Kep., M.Kep.



B. Riwayat Pendidikan.

1. TK : Ananda Sangkulirang.
2. SD : SDN 018 Samarinda.
3. SLTP : SLTP Negeri 1 Sangkulirang.
4. SMA : YPK Tenggarong.
5. D-III : Akademi Keperawatan Muhammadiyah Samarinda.

EFEKTIVITAS PENGGUNAAN LAYANAN *TELEHEALTH* BERUPA SMS (*SHORT MESSAGE SYSTEM*) DAN *VIDEO CALL* DALAM MENINGKATKAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN HIPERTENSI DI POLIKLINIK PENYAKIT DALAM RSUD SAMBOJA
Nur Fadillah¹, Chrisyen Damanik², Aries Abiyoga³

- ¹⁾ Mahasiswa Program Studi Kesehatan, STIKES Wiyata Husada, Jl. Kadrie Oening No.77, Samarinda, Kalimantan Timur.
Gmail : nurfadillah601@student.stikeswhs.ac.id
- ²⁾ Dosen, STIKES Wiyata Husada, Jl. Kadrie Oening No.77, Samarinda, Kalimantan Timur.
Gmail : chrisyendamanik@stikeswhs.ac
- ³⁾ Dosen, STIKES Wiyata Husada, Jl. Kadrie Oening No.77, Samarinda, Kalimantan Timur
Gmail : ariesabiyoga@rocketmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Kepatuhan seorang pasien yang menderita hipertensi tidak hanya dilihat dalam meminum obat antihipertensi tetapi juga dituntut peran aktif dan kesediaan pasien untuk memeriksakan kesehatannya ke dokter serta perubahan gaya hidup sehat yang dianjurkan. Perkembangan teknologi saat ini mempengaruhi pelayanan kesehatan yang maksimal. Kondisi ini sangat memungkinkan penerapan teknologi *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call* untuk menunjang komunikasi jarak jauh antara perawat dan pasien. **Tujuan:** Menganalisis efektivitas penggunaan layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi. **Metode:** *Pra-Eksperimental* dengan rancangan *pre-post test* dalam satu kelompok dengan pendekatan *time series*, yang dilakukan pada bulan Mei–Juli 2019 dengan jumlah sampel 26 responden. Pengukuran variabel dilakukan dengan menggunakan kuesioner MMAS. **Hasil:** Berdasarkan hasil analisis uji *friedman* kemudian dilanjutkan dengan analisis *post hoc wilcoxon*, didapat nilai p value hari ke-1 (0,001), hari ke-2 (0,001), hari ke-3 (0,001). **Kesimpulan:** Ada efektivitas signifikan secara statistik pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi. **Saran:** Bagi peneliti selanjutnya untuk meneliti mengenai efektivitas layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* terhadap penyakit lain dengan menggunakan kelompok kontrol atau pembandingan.

Kata Kunci : Kepatuhan, Layanan *Telehealth*

Effectiveness Using Telehealth Services SMS (Short Message System) and Video Calls in Improving the Compliance of Taking Medicines for Hypertension Patients in Internal Disease Polyclinic at Samboja Hospital

Abstract

Background: Compliance of hypertension patient is not only seen in taking antihypertensive drugs but also requires an active role and willingness of patients to check their health to the doctor and recommended healthy lifestyle changes. Technological developments affect maximum health services. This condition is very possible the application of telehealth technology in the form of sms (short message system) and video calls to support long-distance communication between nurses and patients. **Objective:** To analyze the effectiveness of using telehealth services in the form of sms and video calls in improving medication adherence in hypertensive patients. **Method:** The review identified by Pre-Experimental with pre-post test design in one group with a time series approach, which was conducted in May-July 2019 with a sample of 26 respondents. Variable measurements were carried out using the MMAS questionnaire. **Results:** Based on the results of the Friedman test analysis then continued with post hoc Wilcoxon analysis, obtained p value of day 1 (0.001), day 2 (0.001), day 3 (0.001). **Conclusion:** There is a significant effectiveness in providing telehealth services in the form of sms and video calls in improving medication adherence in hypertensive patients. **Suggestion:** For further researchers to examine the effectiveness of telehealth services in the form of sms and video calls against other diseases using a control or comparison group.

Keywords: Compliance, Telehealth Services

PENDAHULUAN

Prevalensi penyakit hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, beberapa penderita hipertensi didapatkan tidak teratur dalam monitoring atau mengontrol hipertensinya disebabkan kesibukan aktifitas atau keterbatasan akses pelayanan kesehatan, apabila hipertensi tidak diketahui dan tidak ditangani dengan benar dapat mengakibatkan kematian karena payah jantung, infark miokardium, stroke atau gagal ginjal. Untuk itu, pengobatan dan pemeriksaan tekanan darah secara teratur mempunyai arti penting dalam perawatan hipertensi. Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian menjadi fokus dalam mencapai derajat kesehatan pasien, dalam hal ini perilaku ini dapat dilihat dari sejauhmana pasien mengikuti atau mentaati perencanaan pengobatan yang telah disepakati oleh pasien dan profesional medis untuk menghasilkan sasaran-sasaran terapeutik.

Dampak ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat, yaitu terjadinya efek samping obat yang dapat merugikan kesehatan pasien, membengkaknya biaya pengobatan dan rumah sakit. Berbagai upaya telah dilakukan untuk menekan pertambahan prevalensi hipertensi. Salah satu upaya yang dapat mengendalikan dan mencegah komplikasi hipertensi adalah mengontrol dan melakukan pengawasan dalam terapi.

Penggunaan teknologi yang efektif dan efisien dirancang untuk meningkatkan kepatuhan pasien. Studi terkait penggunaan layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pasien hipertensi belum pernah dilakukan. Berdasarkan fenomena tersebut, yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini apakah *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call* efektif dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pasien hipertensi.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Penelitian ini menggunakan

desain *Pra-Eksperimental* dengan rancangan *pre-post test* dengan pendekatan *Time Series* dan yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang berkunjung ke Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Samboja yang berjumlah 26 orang, dimana pengambilan sampel dilakukan dengan satu kelompok (*one-group pre-post test design*).

Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan lembar kuesioner MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*). Dalam pengambilan data, peneliti mengobservasi hasil pemberian layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call* setiap responden. Data yang diperoleh, kemudian dikumpulkan dan dilakukan proses pengolahan data.

HASIL

Penelitian ini mengidentifikasi skor rata-rata kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum dan setelah dilakukan dalam penggunaan layanan *telehealth* berupa sms (*short message system*) dan *video call*.

Tabel 4.2 Skor rata-rata kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi intervensi pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call*.

Pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i>	n	Median	Min-Max	95%	SD
Kepatuhan minum obat sebelum intervensi hari ke-1	26	4,00	2 – 8	4,10	1,848
Kepatuhan minum obat setelah intervensi hari ke-2	26	6,50	4 - 8	5,92	1,056
Kepatuhan minum obat setelah intervensi hari ke-3	26	8,00	6 - 8	7,71	0,431

Tabel 4.3 Perbedaan skor rata-rata kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi pemberian layanan *telehealth* berupa

sms dan *video call* sebelum hari ke-1, setelah hari ke-2, dan setelah hari ke-3.

Variabel	Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi		
	<i>Pre test</i> hari ke-1	<i>Pre test</i> hari ke-2	<i>Pre test</i> hari ke-3
n	26	26	26
Mean Rank	1,25	1,88	2,87
P Value	0,001		

Tabel 4.4 Selisih perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* sebelum intervensi hari ke-1 dengan setelah intervensi hari ke-2.

Pengukuran		n	P Value
Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi	Negative Rank	2 ^a	0,001
	Positive Rank	19 ^b	
pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i> sebelum intervensi hari ke-1 dengan setelah intervensi hari ke-2	Teis	5 ^c	
	Total	26	

Tabel 4.5 Selisih perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* sebelum intervensi hari ke-1 dengan setelah intervensi hari ke-3.

Pengukuran		n	P Value
Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi	Negative Rank	1 ^d	0,001
	Positive Rank	23 ^e	
pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i> sebelum intervensi hari ke-1 dengan setelah intervensi hari ke-3	Teis	2 ^f	
	Total	26	

Tabel 4.6 Selisih perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* setelah intervensi hari ke-2 dengan setelah intervensi hari ke-3.

Pengukuran		n	P Value
Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi	Negative Rank	0 ^g	0,001
	Positive Rank	23 ^h	
pemberian layanan <i>telehealth</i> berupa sms dan <i>video call</i> sebelum intervensi hari ke-2 dengan setelah intervensi hari ke-3	Teis	3 ⁱ	
	Total	26	

PEMBAHASAN

1. Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum dan setelah diberikan intervensi layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* menggunakan uji *Friedman*.

Hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai pengaruh pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* pada 26 responden terhadap pengaruh pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, berdasarkan data statistik menggunakan uji *Friedman* dengan menggunakan SPSS 20 adalah pada hasil penelitian tabel 4.4 didapatkan nilai $p < 0,05$ dimana terdapat pengaruh pemberian layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Smantummkul. (2014), dimana penelitian yang dilakukan yaitu tingkat kepatuhan penggunaan obat antihipertensi pada pasien hipertensi di instalasi rawat jalan Rumah Sakit X pada tahun 2014, dan penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Damayanti. (2014), dimana penelitian yang dilakukan yaitu hubungan tingkat kepatuhan penggunaan obat terhadap keberhasilan terapi pada pasien hipertensi di Rumah Sakit X Surakarta tahun 2014, kemudian penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Saputri, Akrom, & Darmawan. (2018), dimana penelitian yang dilakukan yaitu peningkatan kualitas hidup (QoL) melalui kepatuhan terapi antihipertensi dengan *Mobile Phone Text Messaging* (SMS) dan *Brief Counseling-5A* pada pasien rawat jalan poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit X, Muhammadiyah Bantul, Yogyakarta.

Dalam proses pemberian intervensi peneliti memberikan layanan *telehealth* berupa sms terhadap responden 1 jam sebelumnya, setelah layanan *telehealth* berupa sms terkirim ke responden,

peneliti memberikan layanan *telehealth* berupa *video call* terhadap responden dalam meningkatkan kepatuhan minum obat.

2. Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum intervensi hari ke-1 dan setelah intervensi hari ke-2.

Berdasarkan tabel 4.5, menggunakan uji *Post Hoc Wilcoxon* selisih perbandingan dan perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum intervensi hari ke-1 dengan setelah intervensi hari ke-2 dari 26 responden yang diberikan layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* terdapat 2 responden yang mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat dan 19 responden tidak mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat. Penurunan dalam kepatuhan minum obat pada penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Saputri *et al.*, (2018), dimana terdapat penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik pada kelompok perlakuan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti, namun hampir sama pada alat pengukuran. Pada penelitian yang dilakukan oleh Saputri *et al.*, (2018), yaitu dengan pemberian *Brief Counseling-5A* disertai sms motivasi oleh farmasi terhadap kualitas hidup dan pengontrolan tekanan darah sedangkan peneliti menggunakan layanan sms dan *video call* serta lembar kuesioner MMAS untuk mengetahui nilai kepatuhan minum obat dan peneliti tidak menggunakan kelompok kontrol yang dilakukan selama 2 hari, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Saputri *et al.*, (2018), menggunakan kelompok perlakuan yaitu 30 pasien mendapatkan *Brief Counseling-5A* serta sms motivasi serta kelompok kontrol yaitu 30 pasien mendapatkan pelayanan kefarmasian konvensional (*usual care*).

3. Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum intervensi hari ke-1 dan setelah intervensi hari ke-3.

Berdasarkan tabel 4.6, menggunakan uji *Post Hoc Wilcoxon* selisih perbandingan dan perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum intervensi hari ke-1 dengan setelah intervensi hari ke-3 dari 26 responden yang diberikan layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* terdapat 1 responden yang mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat dan 23 responden tidak mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat. Penurunan dalam kepatuhan minum obat pada penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Damayanti, 2014).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti, namun hampir sama pada alat pengukuran. Pada penelitian yang dilakukan oleh Damayanti, (2014), yaitu untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan penggunaan obat dengan keberhasilan terapi pada pasien hipertensi sedangkan peneliti menggunakan layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* serta lembar kuesioner MMAS untuk mengetahui nilai kepatuhan minum obat dan peneliti tidak menggunakan kelompok kontrol yang dilakukan selama 2 hari, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Damayanti, (2014), menggunakan data rekam medis dan kuesioner tentang kepatuhan minum obat dilakukan pada 76 responden dengan teknik sampel *purposive sampling* dan di analisis menggunakan uji korelasi *person product moment*.

4. Kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi setelah intervensi hari ke-2 dan setelah intervensi hari ke-3.

Berdasarkan tabel 4.7, menggunakan uji *Post Hoc Wilcoxon* selisih perbandingan dan perbedaan skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi setelah intervensi hari ke-2 dengan setelah intervensi hari ke-3 dari 26 responden yang diberikan layanan *telehealth* berupa sms dan *video call* terdapat 0 responden yang mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat

dan 26 responden tidak mengalami penurunan dalam kepatuhan minum obat. Penurunan dalam kepatuhan minum obat pada penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Febrianti, Satibi, & Handayani, 2013).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti, namun hampir sama pada alat pengukuran. Pada penelitian yang dilakukan oleh Febrianti *et al.*, (2013), yaitu dengan pemberian konseling terhadap tingkat kepatuhan dan hasil terapi pasien hipertensi serta mengetahui hubungan tingkat kepatuhan dan hasil terapi hipertensi sedangkan peneliti menggunakan layanan telehealth berupa sms dan *video call* serta lembar kuesioner MMAS untuk mengetahui nilai kepatuhan minum obat dan peneliti tidak menggunakan kelompok kontrol yang dilakukan selama 2 hari, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Febrianti *et al.*, (2013), menggunakan kuesioner MMAS pada kedua kelompok yaitu pada awal pasien rawat jalan dan 1 bulan setelah pemberian konseling dilakukan pada 106 pasien yang terbagi secara random menjadi 2 kelompok yaitu 53 pasien pada kelompok kontrol dan 53 pasien pada kelompok perlakuan kemudian nilai dari MMAS pada kelompok akan dianalisis dengan *mann whitney* dan *wilcoxon*.

KESIMPULAN

Skor kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi sebelum intervensi hari ke-1 4,00, setelah intervensi hari ke-2 6,50, setelah intervensi hari ke-3 8,00. Hal ini menunjukkan peningkatan derajat kepatuhan dalam minum obat pada pasien hipertensi secara signifikan dengan nilai p value $0,001 < 0,05$. Analisis data pengukuran antara sebelum hari ke-1 dan setelah hari ke-2 terdapat perbedaan signifikan. Analisis selisih 1 pengukuran pada hari ke-1 dan

setelah hari ke-3 terdapat perbedaan signifikan. Analisis setelah hari ke-2 dan setelah hari ke-3 terdapat perbedaan signifikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Damayanti, F. (2014). Hubungan tingkat kepatuhan penggunaan obat terhadap keberhasilan terapi pada pasien hipertensi di rumah sakit x surakarta bulan mei-juni 2014. *Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 1–30. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Febrianti, Y., Satibi, & Handayani, R. (2013). Penyakit Dalam the Influence of of Pharmacist Counseling on Adherence To Antihypertensive Therapy and Outcomes of Hypertensive Outpatients in the Clinic of Internal Disease. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi*, 3(4), 311–317.
- Saputri, G. Z., *et al.* (2018). Improving Outpatient's Quality of Life through Patient Adherence of Antihypertensive Therapy Using "Mobile Phone (SMS) and Brief Counseling-5A" in Polyclinic of Internal Medicine at PKU Muhammadiyah Bantul Hospital, Yogyakarta. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 6(2), 67–77. <https://doi.org/10.15416/ijcp.2017.6.2.67>.
- Smantummkul, C. (2014). Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Pasien Hipertensi di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit X Pada Tahun 2014. *Naskah Publikasi Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 1–9.