

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hipertensi

1. Definisi hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah penyakit tidak menular yaitu keadaan peningkatan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg. Faktor risiko utama penyakit ginjal kronis, penyakit jantung koroner, stroke iskemik, hemoragik adalah hipertensi. Jika hipertensi dibiarkan tidak terkendali maka akan mengakibatkan komplikasi yaitu gagal jantung, penyakit pembuluh darah perifer, gagal ginjal, perdarahan retina, stroke, gangguan penglihatan, dan demensia. Faktor yang memicu peningkatan tekanan darah antara lain asupan garam yang tinggi, stress, obesitas atau kelebihan berat badan, penggunaan alkohol yang berbahaya, aktivitas fisik yang kurang dan merokok (WHO, 2018)

Hipertensi menyebabkan kesulitan dalam suplai oksigen serta nutrisi ke jaringan tubuh yang membutuhkannya sehingga berdampak pada organ tertentu dan mengakibatkan kerusakan organ bahkan kematian. Tekanan darah tinggi menyebabkan penebalan serta pengerasan pada pembuluh darah, sehingga terdapat penurunan oksigen dan aliran darah ke jantung. Hal ini yang menyebabkan terjadinya gagal jantung, nyeri dada, atau bahkan serangan jantung karena tidak terpenuhi kebutuhan tubuh akibat jantung tidak dapat memompa jumlah darah dan oksigen yang memadai. Hipertensi juga dapat mengakibatkan kerusakan otak, khususnya aneurisma atau stroke. Aneurisma terjadi karena peningkatan tekanan darah yang menyebabkan pembuluh darah membengkak serta melemah. Apabila aneurisma pecah, dapat menyebabkan konsekuensi serius dan mengancam jiwa. Stroke terjadi karena hipertensi dapat menyebabkan penyempitan pada pembuluh darah yang mensuplai darah dan oksigen ke otak. Stroke dapat menimbulkan masalah dalam berbicara, bergerak, dan aktivitas sederhana lainnya (Bell *et al.*, 2015).

2. Klasifikasi hipertensi

Menurut Kemenkes tahun 2021 klasifikasi tekanan darah dapat dilihat pada tabel 2.1.

Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi Menurut Kemenkes tahun 2021

Klasifikasi	Tekanan darah (mmHg)	
	Sistolik	Diastolik
Optimal	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal tinggi	130-139	85-89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	160-179	100-109
Hipertensi derajat 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥ 140	< 90

3. Etiologi

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu:

a. Hipertensi primer (esensial)

Hipertensi primer atau esensial merupakan hipertensi yang tidak diketahui penyebab klinis yang dapat diidentifikasi dan merupakan kondisi yang paling umum ditemui (90% dari semua kasus) (Kemenkes RI, 2019:3). Dimana terjadi kenaikan tekanan darah yang berkaitan dengan faktor gaya hidup, kenaikan berat badan, penurunan frekuensi atau intensitas aktivitas fisik, dan faktor genetik (Adrian dan Tommy, 2019:172).

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder ditandai terjadinya kenaikan tekanan darah karena penyebab tertentu. Hipertensi ini menyumbang 5 hingga 10% dari semua kasus hipertensi dan penyebab yang mendasari biasanya dapat diobati (Kemenkes RI, 2019:4). Bentuk dari hipertensi sekunder yaitu :

1) Hipertensi renal

Hipertensi renal menyebabkan retensi natrium dan peningkatan curah jantung. Hal ini terjadi karena iskemia jantung yang memicu pelepasan renin dalam ginjal. Renin yang dilepaskan menyebabkan konversi angiotensinogen

menjadi angiotensin I. Angiotensin I diubah menjadi angiotensin II menyebabkan vasokonstriksi (peningkatan TPR) dan pelepasan aldosteron.

2) Hipertensi hormonal

Hipertensi hormonal yaitu hipertensi yang dapat disebabkan oleh beberapa kondisi, seperti sindrom adrenogital, *cushing's syndrome*, *pheochromocytoma*, *primary hyperaldosteronism* dan penggunaan kontrasepsi.

3) Hipertensi neurogenik

Hipertensi neurogenik merupakan hipertensi yang terjadi karena ensefalitis, edema otak, perdarahan otak dan tumor otak yang menstimulasi pusat sistem saraf simpatik di otak, sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Ketidaknormalan pada rangsangan pusat kerja jantung merupakan komponen sindroma jantung hiperkinetik yang dapat memicu hipertensi.

4. Patofisiologi

Hipertensi disebabkan karena sistem peredaran darah terdapat gangguan, seperti masalah sirkulasi darah, komponen yang tidak normal dalam darah, dan gangguan keseimbangan cairan dalam pembuluh darah. Gangguan tersebut mengakibatkan tidak lancarnya aliran darah ke seluruh tubuh. Tekanan darah adalah fungsi berulang dari curah jantung dikarenakan resistensi pembuluh darah perifer (kesulitan untuk mengalirkan darah oleh pembuluh darah) (Masriadi, 2016:365).

Pengontrolan homeostatik dari tekanan darah terdapat dua mekanisme yaitu:

a. *Short term control* (sistem saraf simpatik)

Short term control merupakan mekanisme sebagai respon adanya penurunan tekanan, sistem saraf simpatik melepaskan norepinephrine yang merupakan vasokonstriktor yang akan memengaruhi arteriola dan arteri kecil untuk meningkatkan resistensi perifer dan meningkatkan tekanan darah (Masriadi, 2016:365).

b. *Long term control* (ginjal)

Ginjal mengontrol tekanan darah dengan mengatur volume cairan ekstrakuler dan mengeluarkan renin yang mengaktifkan sistem renin serta angiotensin (Masriadi, 2016:365).

5. Faktor risiko

Menurut Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013), faktor risiko hipertensi dibagi menjadi dua yaitu faktor risiko hipertensi yang tidak dapat diubah dan dapat diubah.

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah, antara lain:

1) Umur

Hipertensi terjadi salah satunya dipengaruhi usia, seiring bertambahnya usia, risiko terkena hipertensi meningkat (Ernawati, Fandinata, Permatasari, 2020:9). Kejadian ini disebabkan karena struktur tubuh yang mengalami perubahan, dimana kelenturan arteri menjadi berkurang dan menyebabkan penyempitan serta kekakuan pembuluh darah sehingga terjadi peningkatan tekanan darah (Kemenkes, 2013:7).

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin memengaruhi terjadinya peningkatan tekanan darah. Pria memiliki peningkatan tekanan darah sistolik sekitar 2,29 kali lipat dibandingkan wanita. Hal ini terjadi karena diduga gaya hidup pria yang memiliki kebiasaan merokok, konsumsi alkohol cenderung meningkatkan tekanan darah (Ernawati, Fandinata, Permatasari, 2020:9).

3) Genetik

Risiko hipertensi, terutama hipertensi primer (esensial) dapat meningkat karena riwayat keluarga yang mengidap hipertensi. Faktor genetik berhubungan dengan pengaturan renin dan garam dalam membran sel. Pewarisan tekanan darah dari orang tua ke anak merupakan faktor risiko penting terjadinya tekanan darah tinggi. Sekitar 30% temuan penelitian tekanan darah dikaitkan oleh faktor genetik (Ernawati, Fandinata, Permatasari, 2020:10).

b. Faktor risiko yang dapat diubah, antara lain:

1) Merokok

Salah satu gaya hidup yang dapat menyebabkan hipertensi yaitu merokok. Komponen kimia berbahaya seperti nikotin dan karbon monoksida dalam rokok, ketika terhirup masuk ke dalam aliran darah dan menyebabkan kerusakan lapisan endotel arteri. Zat ini berkontribusi dalam proses

arterosklerosis dan tekanan darah tinggi. Merokok meningkatkan detak jantung mengakibatkan kebutuhan oksigen yang lebih besar oleh otot-otot jantung (Kemenkes, 2013:9).

2) Kegemukan (obesitas)

Kegemukan atau obesitas mengacu pada tingkat lemak yang tidak normal yang dapat dihitung melalui Indeks Massa Tubuh (*Body Mass Index*) yaitu hasil pembagian berat badan dalam kilogram dengan tinggi badan kuadrat dalam meter. Prevalensi hipertensi pada penderita obesitas jauh lebih tinggi. Penderita obesitas memiliki risiko 5 kali lebih besar daripada orang dengan IMT normal untuk menderita hipertensi (Kemenkes, 2013:8). Semakin gemuk seseorang maka semakin besar jumlah darah yang mereka butuhkan untuk mengantarkan nutrisi dan oksigen ke jaringan tubuh. Kebutuhan tekanan yang lebih tinggi pada dinding arteri disebabkan karena peningkatan volume darah dalam pembuluh darah (Mukhibbin, 2012).

Tabel 2. 2 Klasifikasi Indeks Massa Tubuh (IMT) Menurut Kemenkes 2013

Indeks Massa Tubuh (Kg/m²)	Kategori
< 18	Berat badan kurang
18,50 – 22,9	Normal
≥ 23	Berat badan lebih
23,00 – 24,9	Berisiko
25,00 – 29,9	Obesitas derajat 1
≥ 30	Obesitas derajat 2

3) Kurang aktifitas fisik

Kurangnya aktifitas fisik merupakan faktor terjadinya hipertensi. Dengan melakukan aktivitas fisik dapat membantu penurunan tekanan darah seperti berolahraga secara teratur (Kemenkes, 2013:9).

4) Konsumsi garam berlebih

Asupan garam berlebih dapat memicu tekanan darah tinggi, hal ini menyebabkan retensi cairan dalam tubuh karena garam menarik cairan dari sel untuk mencegah pembuangannya, sehingga mengakibatkan peningkatan volume serta tekanan darah (Kemenkes, 2013:9). Prevalensi hipertensi akan meningkat menjadi 5-15% jika asupan garam harian sebesar 5-15 gram. Hipertensi dapat

terjadi karena pengaruh asupan garam, dimana mengakibatkan meningkatnya curah jantung, volume plasma, dan tekanan darah tanpa diikuti ekskresi garam (Maryanti, 2017).

5) Dislipidemia

Kelebihan kadar kolesterol LDL, trigliserida, kolesterol total serta penurunan kadar kolesterol HDL dalam darah adalah tanda-tanda kelainan metabolisme lipid (lemak). Peningkatan tekanan darah terjadi karena kolesterol yaitu faktor penting dalam perkembangan aterosklerosis, yang mengakibatkan peningkatan resistensi pembuluh darah perifer (Kemenkes, 2013:10).

6) Konsumsi alkohol berlebih

Berdasarkan studi menunjukkan bahwa terdapat kaitan antara konsumsi alkohol dengan tekanan darah. Efek akan nampak terhadap tekanan darah setelah mengonsumsi 2 atau 3 gelas setiap harinya. Peningkatan tekanan darah ini terjadi karena kadar kortisol dalam darah yang meningkat dan mengakibatkan peningkatan aktivitas renin-angiotensin dan aldosteron. Peningkatan RAAS menyebabkan tekanan darah meningkat (Mukhibbin, 2012).

7) Psikososial dan stress

Stress merupakan keadaan yang muncul dari interaksi antara seseorang dengan lingkungannya yang mengarah pada persepsi ketidakseimbangan yang dirasakan antara sumber daya yang tersedia dan tuntutan situasi. Stress dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dengan merangsang pelepasan hormon adrenalin oleh kelenjar anak ginjal dan meningkatkan kecepatan serta kekuatan detak jantung (Kemenkes, 2013:11).

6. Tanda dan gejala hipertensi

Hipertensi tidak mempunyai gejala dan tanda khusus, sehingga sulit dideteksi oleh seseorang. Gejala yang sering muncul pada pasien hipertensi yaitu pusing, rasa berat ditengkuk, mudah marah, penglihatan kabur, sesak napas, telinga berdenging, sulit tidur, rasa mudah lelah. Gejala lain yang dapat muncul akibat komplikasi hipertensi seperti gejala ginjal, gangguan neurologi, gangguan penglihatan, gejala payah jantung (Masriadi, 2016:364).

7. Komplikasi hipertensi

Pasien hipertensi berisiko terkena penyakit ginjal, stroke, penyakit jantung, gagal jantung kongesif, gangguan penglihatan. Tingkat keparahan hipertensi secara langsung berkaitan dengan kerusakan organ yang mungkin terjadi. Perubahan organ utama yang disebabkan oleh hipertensi, antara lain:

a. Otak

Komplikasi yang ditimbulkan dari hipertensi berupa stroke. Terjadinya pendarahan otak akibat tekanan darah tinggi atau keluarnya embolus dari pembuluh darah non-otak yang terpapar tekanan tinggi dapat memicu stroke. Stroke dapat terjadi pada kasus hipertensi kronik, dimana arteri yang memasok otak menjadi lebih tebal dan menyempit, sehingga aliran darah ke area yang diperdarahi berkurang (Nuraini, 2015:15).

b. Kardiovaskular

Komplikasi yang ditimbulkan yaitu infark miokard. Hal ini karena miokardium tidak menerima oksigen yang cukup sehingga terjadi iskemia jantung, yang pada akhirnya dapat menjadi infark miokard. Proses ini terjadi karena arteriosklerosis arteri koroner atau adanya trombus yang menghalangi peredaran darah ke pembuluh darah tersebut (Nuraini, 2015:15).

c. Ginjal

Komplikasi pada ginjal disebabkan adanya kerusakan glomerulus yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi di pembuluh darah kapiler ginjal. Kerusakan glomerulus dapat memicu perubahan aliran darah ke unit fungsional ginjal, mengganggu nefron dan akhirnya menyebabkan hipoksia dan gagal ginjal. Glomerulus yang rusak juga dapat mengakibatkan keluarnya protein melalui urin sehingga mengurangi tekanan osmotik koloid plasma dan menyebabkan edema, yang merupakan gejala umum pada hipertensi kronik (Nuraini, 2015:15).

d. Retinopati

Komplikasi yang terjadi akibat hipertensi yaitu dapat mengakibatkan kerusakan pada pembuluh darah retina. Semakin lama dan besar tekanan darah berlangsung maka semakin parah kerusakan yang terjadi. Hal ini disebabkan

oleh aliran darah yang buruk yang menyebabkan kerusakan saraf mata dan penyumbatan aliran darah pada vena dan arteri retina (Nuraini, 2015:16).

8. Penatalaksanaan hipertensi

Tatalaksana hipertensi meliputi farmakologis dan non farmakologis. Tatalaksana farmakologis umumnya dengan pemberian obat antihipertensi sedangkan tatalaksana non farmakologis mencakup perubahan gaya hidup.

a. Penatalaksanaan non farmakologis

1) Nutrisi

a) Pembatasan konsumsi natrium

Natrium merupakan komponen dari garam dapur (NaCl). Natrium terdapat dalam monosodium glutamat (MSG), daging olahan dan makanan yang diawetkan. Rekomendasi jumlah natrium (Na) yang dikonsumsi setiap hari tidak melebihi 2 gram/hari (sebanding dengan 5-6 gram atau 1 sendok teh garam dapur perhari). Pembatasan asupan natrium akan bervariasi tergantung pada status klinis pasien (hiponatremia) (Kemenkes, 2021:25).

b) Perubahan pola makan

Pasien hipertensi disarankan melakukan pola makan yaitu DASH diet serta pembatasan konsumsi natrium. DASH diet yaitu diet dengan mengonsumsi buah-buahan, sayuran, unggas, kacang-kacangan, ikan, minyak sayur nontropis (minyak zaitun), susu rendah lemak atau bebas lemak dan kaya kandungan serat, kalium, kalsium, magnesium, dan protein. Diet dengan membatasi asupan natrium, gula, daging merah, kolesterol, lemak total, dan lemak jenuh (Kemenkes, 2021:25).

2) Kebiasaan

a) Penurunan berat badan dan menjaga berat badan ideal

Obesitas erat kaitannya dengan peningkatan tekanan darah. Sehingga untuk mengurangi faktor penyebab hipertensi dapat dilakukan upaya penurunan berat badan. Penurunan berat badan efektif dilakukan dengan cara mengurangi asupan kalori harian sebanyak 500 kkal, yang dapat mengurangi berat badan hingga 2 kg per bulan atau 1/5 kg perminggu (P2PTM Kemenkes, 2019). Upaya penurunan berat badan dilakukan hingga mencapai Indeks Massa Tubuh normal

yaitu 18,5 – 22,9 kg/m² serta lingkar pinggang untuk laki-laki <90 cm dan perempuan <80 cm. IMT merupakan hasil pembagian berat badan dalam kilogram dan tinggi badan kuadrat dalam meter (Kemenkes, 2021:27).

b) Berhenti merokok

Setiap pasien melakukan kunjungan saat berobat, mereka harus ditanyakan tentang status merokok mereka dan pemberian edukasi pada pasien hipertensi yang merokok agar berhenti merokok karena merokok merupakan faktor risiko vaskular (Kemenkes, 2021:27).

3) Latihan fisik dan olahraga teratur

Latihan fisik yang teratur pada penderita hipertensi dengan takaran yang memadai dan teratur dengan memperhatikan jenis latihan yang tepat, frekuensi, durasi dan intensitas dapat menurunkan tekanan darah sebesar 5-7 mmHg. Hal ini disebabkan oleh berkurangnya penebalan dinding pembuluh darah jantung, resistensi pada pembuluh darah tepi, dan mengurangi massa ventrikel kiri jantung. Latihan fisik juga dikenal sebagai latihan inti, termasuk latihan aerobik, latihan kelenturan, dan latihan beban. Penting untuk melakukan pemanasan sebelum dan sesudah aktivitas fisik selama 5-10 menit (Kemenkes, 2021:28).

4) Mengurangi konsumsi alkohol

Tekanan darah dapat meningkat jika seorang pria mengonsumsi lebih dari 2 gelas alkohol atau wanita mengonsumsi 1 gelas alkohol tiap hari. Oleh karena itu, sangat penting mengurangi bahkan menghentikan konsumsi alkohol untuk menurunkan tekanan darah (Kemenkes, 2019:6).

b. Penatalaksanaan farmakologis

Penanganan hipertensi bertujuan untuk mengurangi jumlah komplikasi, kesakitan bahkan kematian yang disebabkan hipertensi. Terapi farmakologis adalah dengan menggunakan obat antihipertensi (Masriadi, 2016:370).

Pilihan atau kombinasi obat antihipertensi yang paling tepat didasarkan pada tingkat keparahan hipertensi dan reaksi pasien terhadap obat. Beberapa prinsip pemberian obat antihipertensi berdasarkan Kemenkes RI tahun 2013 yaitu:

- 1) Pengobatan hipertensi sekunder memprioritaskan pengobatan penyebab yang mendasarinya.
- 2) Tujuan pengobatan hipertensi esensial yaitu menurunkan tekanan darah untuk mengurangi timbulnya komplikasi dan memperpanjang hidup.
- 3) Obat antihipertensi diresepkan untuk menurunkan tekanan darah.
- 4) Jika tekanan darah sudah terkontrol, obat antihipertensi dapat diberikan saat kontrol untuk pemakaian selama 30 hari dengan catatan tanpa keluhan baru.
- 5) Bagi pasien yang baru terdiagnosis hipertensi, diperlukan melakukan pemeriksaan ulang seminggu sekali atau 4 kali dalam sebulan, jika tekanan darah sistolik mencapai >160 mmHg dan diastolik >100 mmHg sebaiknya terapi kombinasi diberikan setelah kunjungan kedua.
- 6) Jika setelah pemberian obat pertama, tekanan darah tidak dapat dikontrol pada hipertensi darurat atau urgensi tekanan darah tidak dapat dikontrol, maka segera diberikan terapi farmakologis kombinasi.

9. Obat antihipertensi

Jenis-jenis obat hipertensi menurut Kemenkes tahun 2013 yaitu :

a. Diuretik

Obat golongan diuretik bekerja dengan mengeluarkan cairan tubuh (melalui urine), sehingga mengurangi volume cairan dalam tubuh, tekanan darah menurun dan beban jantung berkurang.

b. Penyekat beta (β -blockers)

Obat golongan β -blockers bekerja dengan mengurangi laju nadi dan kekuatan pompa jantung.

c. Golongan penghambat *Angiotensin Converting Enzyme (ACE)* dan *Angiotensin Receptor Blocker (ARB)*

Obat golongan penghambat *Angiotensin Converting Enzyme (ACE inhibitor)* bekerja dengan menghambat kerja ACE sehingga mengganggu konversi angiotensin I menjadi angiotensin II (vasokonstriktor). Sedangkan obat golongan penghambat *Angiotensin Receptor Blocker (ARB)* bekerja dengan cara ARB mencegah zat angiotensin II terikat pada reseptornya.

d. Golongan *Calcium Channel Blockers (CCB)*

Obat golongan *Calcium Channel Blockers (CCB)* bekerja dengan cara mencegah kalsium memasuki sel pembuluh darah arteri, yang mengakibatkan pelebaran arteri perifer dan koroner.

e. Golongan antihipertensi lain

Golongan antihipertensi lain seperti obat-obatan yang bekerja sentral, penyekat reseptor alfa perifer, dan obat golongan vasodilator. Agonis alfa sentral seperti methyldopa, klonidin, reserpine, dan guanfacine bekerja sentral sehingga dapat menyebabkan mulut kering, sedasi dan depresi.

Tabel 2. 3 Golongan Obat Antihipertensi Menurut Kemenkes RI tahun 2021

Kelas	Obat	Dosis (mg/hari)	Frekuensi per hari
Obat-obat lini utama			
Tiazid atau thiazide-type diuretics	Hidroklorothiazide	25 - 50	1
	Indapamide	1,25 – 2,5	1
ACE inhibitor	Captopril	12,5 -150	2 atau 3
	Enalapril	5 – 40	1 atau 2
	Lisinopril	10 – 40	1
	Perindopril	5 -10	1
	Ramipril	2,5 – 10	1 atau 2
ARB	Candesartan	8 – 32	1
	Eprosartan	600	1
	Irbesartan	150 – 300	1
	Losartan	50 – 100	1 atau 2
	Olmesartan	10 – 40	1
	Telmisartan	20 – 80	1
	Valsartan	80 – 320	1
CCB – dihidropiridin	Amlodipin	2,5 – 10	1
	Felodipin	5 – 10	1
	Nifedipin OROS	30 – 90	1
	Lercanidipin	10 – 20	1
CCB – nondihidropiridin	Diltiazem SR	180 – 360	2
	Diltiazem CD	100 – 200	1
	Verapamil SR	120 – 480	1 atau 2
Obat-obat lini kedua			
Diuretik loop	Furosemid	20 -80	2
	Torsemid	5 – 10	1
Diuretik hemat kalium	Amilorid	5 – 10	1 atau 2
	Triamteren	50 – 100	1 atau 2

Kelas	Obat	Dosis (mg/hari)	Frekuensi per hari
Diuretik antagonis aldosteron	Eplerenon	50 - 100	1 atau 2
	Spironolakton	25 - 100	1
Beta blocker – kardioselektif	Atenolol	25 – 100	1 atau 2
	Bisoprolol	2,5 – 10	1
	Metoprolol tartate	100 – 400	2
Beta blocker – kardioselektif dan vasodilator	Nebivolol	5 – 40	1
Beta blocker – nonkardioselektif	Propranolol IR	160 – 480	2
	Propranolol LA	80 – 320	1
Beta blocker – kombinasi reseptor alfa dan beta	Carvedilol	12,5 – 50	2
Alfa-1 blocker	Doxazosin	1 – 8	1
	Prazosin	2 – 20	2 atau 3
	Terazosin	1 – 20	1 atau 2
Sentra alfa-1 agonis & obat sentral lainnya	Metildopa	250 – 1000	2
	Klonidin	0,1 – 0,8	2
Direct vasodilator	Hidralazin	25 – 200	2 atau 3
	Minoxidil	5 – 100	1 – 3

B. Kepatuhan Pengobatan

1. Definisi kepatuhan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, kepatuhan berasal dari kata patuh yang berarti suka menurut perintah, taat pada aturan atau perintah dan disiplin. Ketaatan melakukan sesuatu yang dianjurkan atau ditentukan dapat diartikan sebagai kepatuhan. Kepatuhan pasien hipertensi tidak tergantung hanya pada kepatuhan penggunaan obat antihipertensi tetapi juga partisipasi aktif pasien dan kesediaan mereka untuk berkonsultasi dengan dokter seperti yang dijadwalkan. Kepatuhan pengobatan sangat penting untuk mencapai tujuan terapeutik dan ketidakpatuhan pasien dapat mengakibatkan kegagalan dalam proses penyembuhan penyakit, meningkatkan risiko penyakit atau memperburuk kondisi pasien. (Burnier dan Egan, 2019).

2. Faktor-faktor terkait dengan kepatuhan terhadap pengobatan hipertensi

Menurut Burnier & Egan (2019) terdapat 5 faktor yang terkait dengan tingkat kepatuhan yaitu:

a. Faktor sosiodemografi

Faktor sosiodemografi yang terkait dengan kepatuhan yaitu usia, pendapatan, dukungan sosial, pekerjaan, tingkat pendidikan.

b. Faktor terkait terapi

Faktor terkait terapi yang memengaruhi kepatuhan seperti durasi pengobatan, kompleksitas rejimen medis, kegagalan pengobatan sebelumnya, efek samping, perubahan pengobatan yang sering, dan ketersediaan dukungan medis untuk menanganinya.

c. Faktor terkait dengan pasien

Faktor terkait pasien yang memengaruhi kepatuhan seperti keadaan penurunan daya ingat atau kelupaan, kecemasan tentang kemungkinan efek samping obat, stres psikososial, motivasi pengobatan yang rendah, tidak cukup pengetahuan dan keterampilan untuk mengelola gejala penyakit dan pengobatannya, kurangnya efek pengobatan yang dirasakan, kesalahpahaman dan penolakan penyakit, keyakinan negatif tentang keberhasilan pengobatan, ketidakyakinan pada diagnosis, kurangnya pemahaman mengenai risiko penyakit dengan kesehatannya, kurangnya penerimaan pemantauan, harapan pengobatan yang rendah, kurangnya motivasi, perasaan negatif, perilaku, frustrasi dengan penyedia layanan kesehatan, keputusasaan, kesalahpahaman instruksi pengobatan, rasa takut akan ketergantungan, kecemasan atas kompleksitas rejimen obat.

d. Faktor yang berhubungan dengan kondisi medis perilaku

Kondisi medis atau perilaku pasien dapat memengaruhi kepatuhan dalam terapi pengobatan. Kondisi tersebut diantaranya yaitu perubahan daya ingat, depresi berat dan psikosis. Perubahan daya ingat dapat terjadi pada pasien dengan usia lanjut, dimana perubahan daya ingat tersebut menyebabkan kepatuhan yang buruk serta kepatuhan yang berlebih. Kepatuhan yang buruk dan berlebih seperti mengonsumsi obat dengan dosis lebih tinggi daripada yang diresepkan, sehingga hal tersebut dapat menyebabkan toksisitas obat. Depresi

berat dan psikosis dapat mempengaruhi kepatuhan secara negatif seperti penyalahgunaan obat atau alkohol.

e. Faktor yang berkaitan dengan sistem

Keputusan pengobatan yang berpusat pada pasien, gaya komunikasi dokter, kualitas hubungan antara pasien dengan dokter semuanya berdampak pada kepatuhan. Kepercayaan adalah mata uang penting di sebagian besar interaksi manusia manusia dan ini berlaku terutama untuk perawatan kesehatan.

3. Penilaian Kepatuhan

Faktor sosiodemografi, terapi, sistem kesehatan, penyakit, kondisi penyakit adalah faktor penentu yang dapat memengaruhi tingkat kepatuhan terhadap pengobatan. Oleh karena itu, penyelesaian masalah kepatuhan pasien tidak hanya dibebankan kepada pasien, tetapi juga kepada sistem kesehatan dan tenaga yang memberikan pelayanan medis (Burnier dan Egan, 2019). Pengukuran kepatuhan pengobatan terdapat 2 metode yaitu langsung dan tidak langsung (Anghel, Farcas, Oprean, 2019).

a. Metode langsung

Metode langsung merupakan pengamatan yang dilakukan langsung terhadap terapi atau pengukuran biologis dalam darah atau urin. Metode ini dianggap sebagai metode yang memadai dan tepat tetapi terdapat beberapa hal yang perlu dipertimbangkan. Metabolisme obat, variasi individu dalam farmakokinetik obat, interaksi obat-obat dan interaksi obat dengan makanan dapat mengganggu keakuratan metode, sehingga tidak dapat diterapkan untuk beberapa obat yang memiliki waktu paruh yang lama dan dapat dideteksi lama setelah pasien meminumnya (Anghel, Farcas, Oprean, 2019).

b. Metode tidak langsung

1) Perhitungan pil

Metode ini dilakukan dengan cara menghitung jumlah dosis yang telah diminum dan membandingkan dengan jumlah total dosis yang telah diterima pasien (Anghel, Farcas, Oprean, 2019).

2) Basis data elektronik

Metode ini dilakukan dengan cara melihat data isi ulang resep dan dapat memberikan perkiraan kasar kepatuhan, karena memberikan informasi tentang kepemilikan obat dan bukan bukti konsumsi obat yang sebenarnya (Anghel, Farcas, Oprean, 2019).

3) Sistem pemantauan elektronik

Perangkat pemantauan elektronik untuk mengukur kepatuhan dapat menggunakan *Medication Event Monitoring System (MEMS)*. *MEMS* adalah perangkat yang tergabung dalam wadah yang menyimpan riwayat pemberian dosis obat yang diresepkan pasien. Perangkat ini memberikan informasi yang tepat dan rinci tentang jumlah dosis yang diminum dan penyimpanan lain dari rejimen dosis. Kekurangan dari metode ini apabila cara penggunaan perangkat yang salah dan membuka wadah tanpa meminum obat menyebabkan hasil yang salah dan perangkat ini relatif mahal (Anghel, Farcas, Oprean, 2019).

4) *Self report*

Metode ini merupakan salah satu prosedur paling murah dan sederhana untuk mengukur kepatuhan. Dapat dilakukan secara online, melalui wawancara terstruktur atau kuesioner tertulis. Dalam mengukur kepatuhan dapat menggunakan kuesioner *MMAS-8 (Medication Morisky Adherence Scale)*.

Kuesioner *MMAS-8 (Medication Morisky Adherence Scale)* adalah alat evaluasi yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan terhadap pengobatan farmakologis pada pasien dengan penyakit kronis seperti hipertensi, tuberkulosis, diabetes melitus. Terdiri dari 8 skala pengukuran untuk menentukan tingkat kepatuhan dengan metode tidak langsung. (Plakas *et al.*, 2016:160).

Metode ini terdiri dari 1 pertanyaan *multiple choice* dan 7 jenis pertanyaan pasif. Pertanyaan-pertanyaan akan berfokus pada perilaku pasien selama terapi dan pada aspek-aspek seperti terlupa yang yang berdampak pada kepatuhan terhadap pengobatan. Kuesioner *MMAS-8* memiliki reliabilitas dan validitas yang tinggi, terutama ketika menilai seseorang dengan penyakit kronis. Skor keseluruhan dari pertanyaan *MMAS-8* menunjukkan seberapa patuh pasien terhadap penggunaan obatnya. Pertanyaan pada kuisisioner dijawab dengan

jawaban iya/tidak. Apabila pasien dengan skor < 6 dikategorikan mempunyai kepatuhan rendah (*low adherence*), dengan skor 6-7 dikategorikan mempunyai kepatuhan sedang (*medium adherence*), dan pasien dengan skor 8 dikategorikan mempunyai kepatuhan tinggi (*high adherence*), yang berarti mereka menggunakan obat tersebut secara terus-menerus dan mengikuti petunjuk penggunaan yang disarankan (Morisky *et al.*, 2008:352). Kategori respon pertanyaan untuk item 1 sampai 7 terdiri dari ya atau tidak. Pertanyaan 1-4 dan 6-7 diberikan nilai 1 untuk jawaban tidak dan 0 untuk jawaban ya, pertanyaan nomor 5 bila jawaban ya dinilai 1 dan bila jawaban tidak dinilai 0. Item pertanyaan nomor 8 dinilai menggunakan skala likert, dimana nilai 1 = tidak pernah, 0,75 = beberapa kali, 0,5 = kadang-kadang, 0,25 = sering dan 0 = selalu (Kurniasih, Supadmi, Darmawan, 2014). Kategori kepatuhan dalam penelitian Romadhon, Saibi, Nasir, 2020 dikelompokkan kembali menjadi dua kelompok yaitu patuh dan tidak patuh. Kelompok patuh merupakan tingkat kepatuhan tinggi dengan skor 8 dan kelompok tidak patuh memiliki tingkat kepatuhan rendah dan sedang dengan skor < 8 .

Tabel 2. 4 Kuesioner MMAS-8 (*Medication Morisky Adherence Scale*) versi Bahasa Indonesia (Maryanti, 2017)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah anda kadang-kadang lupa minum obat ?		
2.	Selain lupa, anda mungkin tidak minum obat karena alasan lain. Dalam 2 minggu terakhir, apakah anda pernah tidak minum obat?		
3.	Pernahkah anda mengurangi atau berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter karena anda merasa obat yang diberikan membuat keadaan anda menjadi lebih buruk?		
4.	Pernahkah anda lupa membawa obat ketika berpergian?		
5.	Apakah anda kemarin minum obat ?		
6.	Apakah anda berhenti minum obat ketika anda merasa gejala yang dialami telah teratasi?		
7.	Apakah meminum obat setiap hari membuat anda terganggu dalam mematuhi pengobatan ?		
8.	Seberapa sering anda mengalami kesulitan dalam mengingat penggunaan obat Ket : Tidak pernah : Tidak pernah lupa Beberapa kali : 1 kali dalam seminggu Kadang – kadang : 2 – 3 kali dalam seminggu Sering : 4 – 6 kali dalam seminggu Selalu : 7 kali dalam seminggu	a. Tidak pernah/jarang b. Beberapa kali c. Kadang-kadang d. Sering e. Selalu	

C. Kepuasan

1. Definisi kepuasan

Menurut Kotler (2007) dalam Handayani (2020) kepuasan mengacu pada tingkat kepuasan seseorang ketika membandingkan hasil dan kinerja yang diperoleh dengan harapannya. Reaksi emosional terhadap kualitas layanan yang dirasakan adalah pendapat atau sikap menyeluruh yang berkaitan dengan keutamaan layanan adalah definisi dari kepuasan. Secara ringkas, kepuasan pelanggan dapat didefinisikan sebagai kualitas pelayanan yang dilihat dari sudut pandang konsumen, dalam hal ini konsumen adalah pasien.

Peninjauan tingkat kepuasan pasien diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Hal ini karena kepuasan pasien berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, apabila suatu rumah sakit ingin mengupayakan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, maka sebaiknya tingkat kepuasan pasien diadakan pengukuran (Mujahidah dan Supadmi, 2023).

2. Faktor-faktor yang memengaruhi kepuasan pasien

Pasien dalam menilai kepuasan atas pelayanan yang diterima mengacu pada berbagai faktor, menurut Handayany tahun 2020 yaitu:

a. Kualitas produk atau jasa

Kesesuaian kualitas produk dan jasa serta komunikasi perusahaan khususnya iklan untuk mempromosikan rumah sakitnya merupakan dua hal yang mempengaruhi persepsi konsumen terhadap kualitas produk dan jasa. Jika hasil pengukuran pasien menunjukkan bahwa produk dan jasa yang digunakan berkualitas dan sesuai, mereka akan merasa puas (Handayany, 2020:68).

b. Kualitas pelayanan

Kepuasan pasien berkaitan erat dengan kualitas layanan yang mereka terima. Oleh karena itu, sangat penting di dalam industri untuk memberikan layanan berkualitas tinggi terkait kepuasan pasien (Handayany, 2020:68).

c. Faktor emosional

Perasaan emosional pasien memengaruhi tingkat kepuasan mereka. Dengan memilih rumah sakit yang memiliki reputasi mahal, mereka akan bangga dan merasa bahwa mereka dikagumi oleh orang lain. Dalam hal ini, pasien cenderung mempunyai tingkat kepuasan yang lebih tinggi (Handayany, 2020:68).

d. Harga

Harga adalah faktor penting dalam kepuasan pasien. Pasien akan merasa bahwa pengobatan yang semakin mahal menghasilkan harapan pasien yang lebih besar. Sedangkan rumah sakit dengan kualitas yang sama tetapi dengan harga yang lebih rendah, memberikan nilai kepuasan pasien yang lebih tinggi (Handayany, 2020:68).

e. Biaya

Biaya tambahan yang akan dikeluarkan pasien akan mempengaruhi kepuasan pasien. Pasien cenderung merasa puas dengan pelayanan jika mereka tidak perlu mengeluarkan tambahan biaya dan membuang waktu untuk mendapatkan pelayanan (Handayany, 2020:68).

3. Penilaian kepuasan

Sangatlah penting dilakukan evaluasi kepuasan pasien untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Dengan cara evaluasi atau pengukuran ini akan dapat menunjukkan apakah dimensi kualitas layanan yang diberikan telah memenuhi keinginan pasien. Hal tersebut dapat menjadi masukan untuk organisasi pelayanan kesehatan agar berupaya memenuhi harapan pasien, apabila pelayanan belum sesuai harapan pasien.

Menurut kotler (2007) dalam Handayany (2020) ada berbagai metode dalam evaluasi kepuasan pelanggan yaitu :

a. Sistem keluhan dan saran

Sistem ini dilakukan dengan cara menerima saran, masukan, keluhan. Penanganan saran dan masukan dilakukan dengan cepat dan baik sehingga pelanggan dapat merasa puas. Contoh dari sistem ini yaitu pelanggan dapat mengisi saran dan masukan melalui formulir, kotak saran, kartu komentar.

b. *Ghost shopping*

Metode ini dilakukan dengan cara pihak pemberi jasa berpura-pura membeli atau menggunakan jasa di market pesaingnya dan melaporkan kekuatan dan kelemahan layanan serta cara pengelolaan keluhan oleh pesaing.

c. Analisis pelanggan yang hilang

Metode ini dilakukan dengan menganalisis pelanggan tertentu yang berhenti menggunakan produk jasa.

d. Riset kepuasan pelanggan

Metode ini digunakan dengan cara mengevaluasi tingkat kepuasan pelanggan dengan melakukan survei tentang layanan yang telah mereka gunakan sebelumnya. Dengan adanya survei akan menunjukkan gambaran yang realistis tentang bagaimana pelanggan melihat produk dan jasa yang digunakan. Salah satu instrumen yang dapat digunakan untuk melakukan riset mengenai kepuasan

pasien terhadap pelayanan kesehatan yaitu PSQ-18 (*Patient Satisfaction Questionnaire*).

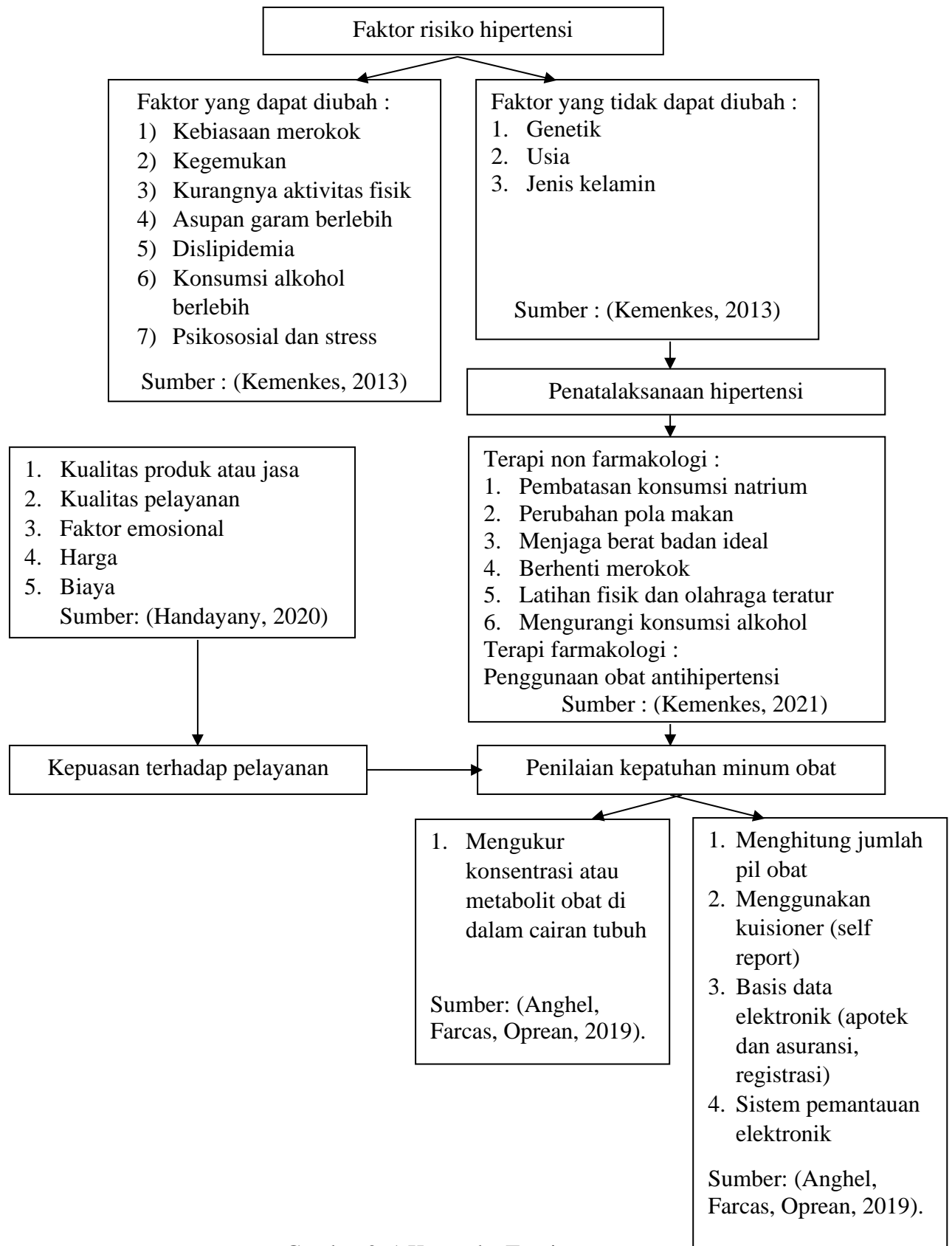
Kuisisioner PSQ-18 merupakan alat yang kuat untuk mengukur kepuasan pasien serta dapat digunakan diberbagai disiplin atau klinik di fasilitas kesehatan. Kuesioner ini berisi delapan belas pertanyaan yang didistribusikan dalam tujuh skala yaitu kepuasan pasien secara umum (2 pertanyaan), sikap interpersonal (2 pertanyaan), kualitas teknis pelayanan (4 pertanyaan), komunikasi (2 pertanyaan), waktu yang dihabiskan dengan dokter (2 pertanyaan), aspek finansial (2 pertanyaan), serta akses dan kenyamanan (4 pertanyaan). Tanggapan dinilai menggunakan *Likert Scale* dengan rentang skor 1-5 (Sakti *et al.*, 2022). Apabila total skor yang didapat ≥ 54 pasien dikategorikan puas dan skor < 54 menandakan pasien tidak puas terhadap pelayanan (Mujahidah dan Supadmi, 2023).

Tabel 2. 5 Kuesioner PSQ-18 (*Patient Satisfaction Questionnaire*) versi Bahasa Indonesia (Handayani, 2022)

No	Pertanyaan	Sangat Setuju	Setuju	Ragu	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1.	Dokter pintar dalam menjelaskan alasan dilakukannya tes medis					
2.	Menurut saya, kantor dokter saya memiliki semua yang diperlukan untuk memberikan perawatan medis yang lengkap					
3.	Perawatan medis yang telah saya terima hampir sempurna					
4.	Kadang-kadang dokter membuat saya bertanya-tanya apakah diagnosisnya benar					
5.	Saya merasa yakin bahwa saya dapat mendapatkan perawatan medis yang saya butuhkan tanpa harus ditunda secara finansial					

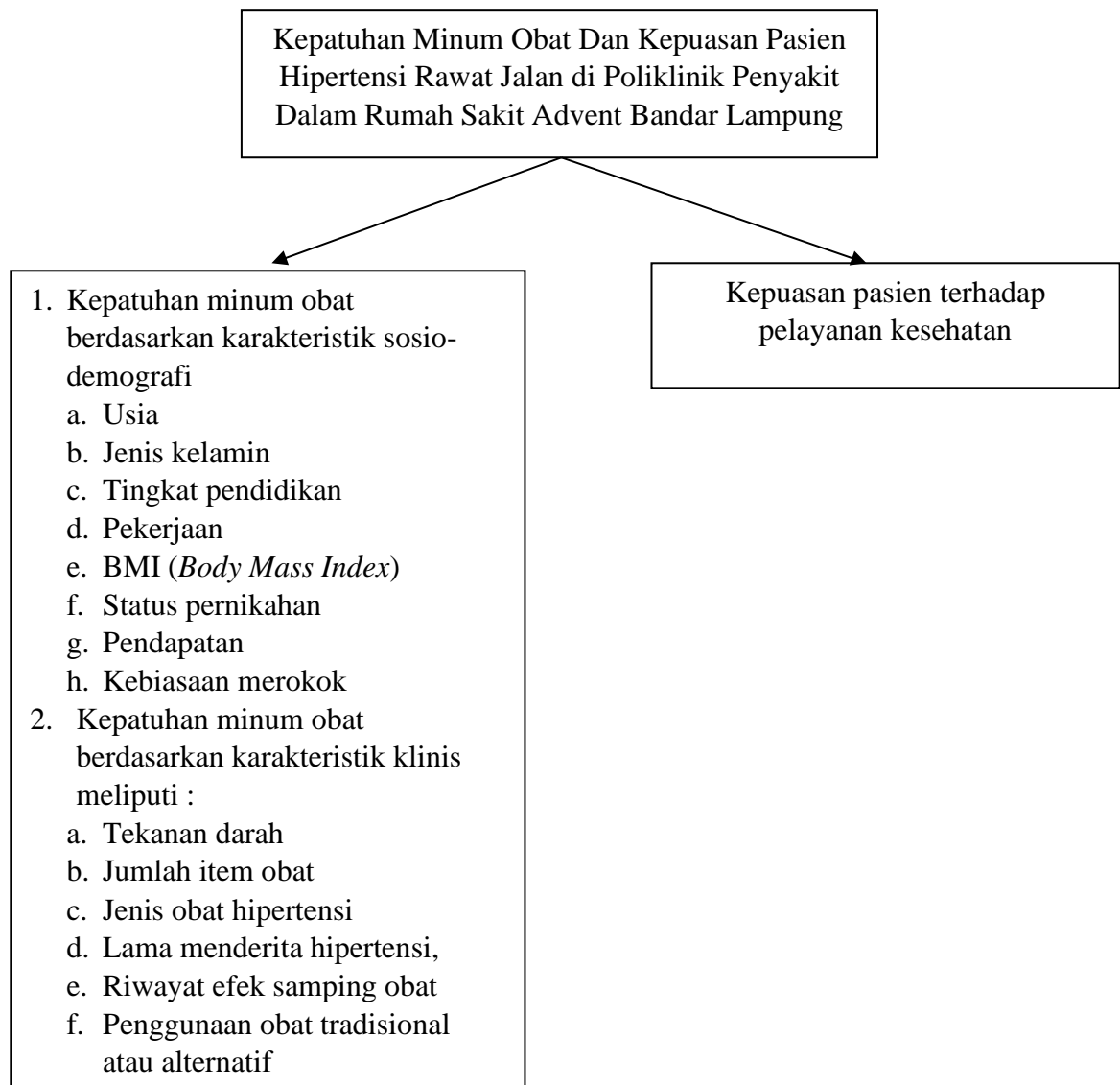
No	Pertanyaan	Sangat Setuju	Setuju	Ragu	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
6.	Ketika saya mendapatkan perawatan medis, mereka berhati-hati dalam memeriksa semuanya saat merawat dan memeriksa saya					
7.	Saya harus membayar biaya medis saya lebih daripada yang saya mampu					
8.	Saya memiliki akses yang mudah kespesialis medis yang saya butuhkan					
9.	Di tempat saya mendapatkan perawatan medis, orang-orang harus menunggu terlalu lama untuk mendapatkan perawatan gawat darurat					
10.	Dokter bertindak terlalu serius dan dingin terhadap saya					
11.	Dokter saya merawat saya dengan cara yang sangat ramah dan sopan					
12.	Mereka yang memberi perawatan medis kadang-kadang terlalu terburu-buru ketika mereka merawat saya					
13.	Dokter kadang mengabaikan apa yang saya katakan kepada mereka					
14.	Saya meragukan kemampuan dokter yang merawat saya					
15.	Dokter biasanya menghabiskan banyak waktu dengan saya					
16.	Saya merasa sulit untuk mendapatkan janji bertemu untuk mendapatkan perawatan medis segera					
17.	Saya tidak puas dengan beberapa hal mengenai perawatan medis yang saya terima					
18.	Saya bisa mendapatkan perawatan medis kapanpun saya memerlukannya					

D. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori.

E. Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep.

F. Definisi Operasional

Tabel 2. 6 Definisi operasional

No	Variabel	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1. Karakteristik sosiodemografis						
a.	Usia	Lama hidup pasien dihitung dari lahir hingga saat pengumpulan data .	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = 18 - 24 tahun 2 = 25 - 34 tahun 3 = 35 - 44 tahun 4 = 45 – 54 tahun 5 = 55 -64 tahun 6 = 65 – 74 tahun 7 = >74 tahun (Riskesdas, 2018)	Ordinal
b.	Jenis kelamin	Identitas gender pasien.	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = Laki-laki 2 = Perempuan (Riskesdas, 2018)	Nominal
c.	Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan pasien berdasarkan ijazah terakhir.	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = Tidak sekolah 2 = Tidak tamat SD 3 = Tamat SD 4 = Tamat SMP 5 = Tamat SMA 6 = Tamat D1/D2/D3/PT (Riskesdas, 2018)	Ordinal
d.	Pekerjaan	Kegiatan sehari-hari untuk mendapatkan penghasilan dan memenuhi kebutuhan.	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = Tidak bekerja 2 = Sekolah 3 = PNS/TNI/Polri 4 = Pegawai swasta 5 = Wiraswasta 6 = Petani 7 = Nelayan 8 = Buruh/sopir/ART (Riskesdas, 2018)	Nominal
e.	Pendapatan	Penghasilan yang didapatkan pasien tiap bulannya.	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = < 2.633.284,59 2 = ≥ 2.633.284,59 (UMP Prov. Lampung, 2023)	Nominal

No	Variabel	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
	f. Status pernikahan	Hubungan antara pria dan wanita sebagai suami istri dengan membangun keluarga atau rumah tangga.	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = Sudah menikah 2 = Belum menikah (Risksdas, 2018)	Nominal
	g. <i>Body Mass Index</i>	Tingkat gizi seseorang yang diperoleh dengan berat badan (dalam Kg) dibagi tinggi badan dikuadratkan (dalam m).	Melakukan pengukuran tinggi dan berat badan. Kemudian, dimasukan ke dalam rumus IMT untuk dihitung dan diketahui nilai IMT-nya.	Timbangan dan <i>microtoise staturmeter</i>	1 = Normal (< 24,9 kg/m ²) 2 = <i>Overweight</i> (≥ 25,0 kg/m ²) (Angga, 2017)	Nominal
	h. Kebiasaan merokok	Merokok adalah aktivitas membakar rokok lalu menghirup dan menghembuskan asapnya keluar sehingga dapat dihirup oleh orang lain.	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = Merokok 2 = Tidak merokok (Erman, Damanik, Syadiyah., 2021)	Nominal

2. Karakteristik klinis

a. Tekanan darah	Tekanan darah pasien yang diukur pada pengukuran terakhir.	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = <120 / <80 mmHg (Optimal) 2 = 120-129/ 80-84 mmHg (Normal) 3 = 130-139/ 85-89 mmHg (Normal tinggi) 4 = 140-159 / 90-99 mmHg (Hipertensi derajat1) 5 = 160-179 / 100-109 mmHg (Hipertensi derajat 2)	Ordinal
------------------	--	-----------	------------------	---	---------

No	Variabel	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
					6 = $\geq 180 / \geq 110$ mmHg (Hipertensi derajat 3) 7 = $\geq 140 / < 90$ mmHg (Hipertensi sistolik terisolasi) (Kemenkes, 2021)	
	b. Jumlah item obat	Banyaknya jenis obat yang didapatkan pasien ketika berobat terakhir kali.	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = ≤ 5 obat 2 = > 5 obat (Andriane, Sastramihardja & Ruslami, 2016)	Ordinal
	c. Jenis obat hipertensi	Golongan obat antihipertensi yang dikonsumsi oleh pasien.	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = Diuretik 2 = Penyekat beta (β -blockers) 3 = Penghambat Angiostensin Converting Enzyme (ACE-Inhibitor) 4 = Penghambat Angiostensin Receptor Blocker (ARB) 5 = Antagonis Kalsium (CCB) 6 = Kombinasi (Kemenkes, 2013)	Nominal
	d. Lama menderita hipertensi	Periode waktu dari diagnosis awal hipertensi pasien hingga dilakukan penelitian.	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = 1 – 6 bulan 2 = 7 – 12 bulan 3 = 2 – 7 tahun 4 = > 7 tahun (Octiara, 2022)	Ordinal
	e. Riwayat efek samping obat	Adanya keluhan yang dirasakan penderita hipertensi setelah meminum obat.	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = Ada 2 = Tidak ada (Depkes, 2014)	Nominal
	f. Penggunaan obat tradisional atau	Pemakaian obat yang dilakukan sendiri tanpa	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = Ada 2 = Tidak ada (Lestari, 2022)	Nominal

No	Variabel	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
	alternatif lain	diberi oleh dokter selama terapi pengobatan.				
	g. Penyakit penyerta	Penyakit lain yang diderita pasien sesuai pengakuan pasien.	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = Ada 2 = Tidak ada	Nominal
	h. Obat penyerta	Obat yang diperoleh pasien selain obat antihipertensi.	Wawancara	Lembar kuesioner	1 = Ada 2 = Tidak ada	Nominal
3.	Kepatuhan minum obat	Gambaran tingkat kesesuaian pasien menggunakan obat sesuai petunjuk.	Wawancara	Lembar kuesioner MMAS-8	1 = Skor 8 (Patuh) 2 = Skor < 8 (Tidak patuh) (Romadhon, Saibi, Nasir, 2020)	Ordinal
4.	Kepuasan pasien	Gambaran kepuasan pasien terhadap pelayanan yang didapatkan.	Wawancara	Lembar kuesioner PSQ 18	1 = Skor > 54 (Puas) 2 = Skor < 54 (Tidak puas) (Mujahidah dan Supadmi, 2023)	Ordinal