Pengaruh Pelayanan Kefarmasian Residensial terhadap Ketaatan dan Luaran Klinis Pasien Hipertensi

Luh P. F Larasanty,¹ Ni Made L. Meilinayanti,² Ni Made P. Susanti,¹ I Made A.G. Wirasuta¹

¹Jurusan Farmasi FMIPA Universitas Udayana Jimbaran, Bali, Indonesia

²Program Studi Profesi Apoteker FMIPA Universitas Udayana Jimbaran, Bali, Indonesia

Abstrak

Pada era jaminan kesehatan nasional, salah satu target pelayanan kefarmasian residensial adalah pasien hipertensi yang masuk ke dalam kategori kelompok pasien rujuk balik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelayanan kefarmasian residensial yang dilakukan apoteker terhadap ketaatan dan luaran klinis pasien hipertensi tanpa penyakit penyerta yang menjalani rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kotamadya Denpasar Bali. Desain penelitian ini adalah eksperimental dengan *one group pre-post test design*. Sebanyak 13 pasien yang memenuhi kriteria inklusi diberikan pelayanan kefarmasian residensial selama 16 kali kunjungan dalam kurun waktu tiga bulan. Skor hasil pengukuran dianalisis menggunakan regresi linier dan Uji Wilcoxon. Pelayanan kefarmasian residensial mampu meningkatkan ketaatan pasien dalam penggunaan obat, pengaturan diet, dan aktivitas fisik dari tingkat baik menjadi tingkat ketaatan tinggi ($p=0,001$) serta dapat meningkatkan ketaatan pasien terhadap pembatasan konsumsi alkohol dan rokok dari tingkat baik menjadi sangat baik. Pelaksanaan pelayanan kefarmasian dapat memberikan pengaruh dalam perbaikan luaran klinis pasien berupa penurunan tekanan darah sistolik ($p=0,000$). Pelayanan kefarmasian residensial memiliki pengaruh terhadap peningkatan ketaatan pasien terhadap penggunaan obat, pelaksanaan diet, pelaksanaan aktivitas fisik, serta terhadap pembatasan rokok dan konsumsi alkohol sehingga dapat memperbaiki luaran klinis pasien hipertensi.

Kata kunci: Hipertensi, ketaatan pasien, pelayanan kefarmasian residensial, tekanan darah

Impact of Pharmaceutical Home Care on Compliances and Clinical Outcomes of Hypertensive Patients

Abstract

In the Indonesian health universal coverage system the hypertensive patients that grouped into the refer back patient treatment category, is one target of pharmaceutical home care. The aim of this study was to carried out the impact of pharmaceutical home care on patient compliances and clinical outcomes of hypertension without compelling indication out-patient on Wangaya General Hospital in the municipality of Denpasar Bali. Design research is an experimental study with one group pre-post test design. The thirteen patients who met the inclusion criteria will be given pharmaceutical home care services for 16 visits over three months period. The complianced levels were scored and statistical analyzed using linear regression and wilcoxon test. The pharmaceutical home care visit could increase the patients adherence to antihypertensive drug administration, increasing diet compliance, and adherence of physical exercise from good adherence to excellent adherence ($p\text{ value}=0,001$), Pharmaceutical home care visit could increase patient compliance to restrictions of smoking and alcohol consumption from good adherence to very good adherence. The decreasing of the patient's systolic blood pressure correlated to the pharmacist home visit ($p\text{ value}=0,000$). The pharmaceutical home care has influenced on health behavior of hypertensive patients and the patients concordance to take their medication and introduced better clinical outcome.

Keywords: Blood pressure, hypertension, patient compliances, pharmaceutical home care

Korespondensi: Luh Putu Febryana Larasanty, S.Farm., M.Sc., Apt., Jurusan Farmasi FMIPA Universitas Udayana Jimbaran, Bali, Indonesia, *email:* febryana_larasanty@yahoo.com

Naskah diterima: 14 Februari 2015, Diterima untuk diterbitkan: 5 Mei 2015, Diterbitkan: 1 September 2015

Pendahuluan

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan salah satu faktor risiko utama dari stroke iskemik, stroke perdarahan, gagal jantung, infark miokard, gangguan ginjal kronik, serta penyakit lainnya yang berkaitan dengan gangguan pada vaskular dan ginjal. Kontrol pada tekanan darah yang adekuat melalui pemberian terapi antihipertensi merupakan kunci untuk mencegah progresifitas penyakit hipertensi.^{1,2} Halangan yang terbesar dalam pencapaian target kontrol pada tekanan darah yang adekuat adalah tingkat ketaatan pasien hipertensi yang rendah terhadap pengobatan.³

Diperkirakan sekitar 50% sampai dengan 80% pasien hipertensi tidak mengonsumsi obat yang diresepkan sesuai anjuran. Hal ini mengakibatkan pencapaian target tekanan darah yang adekuat hanya mampu dicapai oleh kurang dari separuh pasien hipertensi yang memperoleh terapi obat.⁴ Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan ketaatan pasien terhadap pengobatan adalah dengan melakukan kombinasi pada edukasi, modifikasi pada sikap, dan sistem pelayanan individual seperti pada kegiatan pelayanan residensial (*home care*).⁵

Pelayanan residensial yang dilakukan oleh apoteker merupakan salah satu bentuk pendampingan dan pelayanan kefarmasian kepada pasien atas persetujuan pasien atau keluarga yang dilakukan di tempat tinggal pasien. Jenis pelayanan kefarmasian yang dilakukan apoteker dalam kegiatan pelayanan residensial dapat berupa identifikasi ketaatan pasien, konsultasi masalah obat, konsultasi kesehatan secara umum, monitoring pada pelaksanaan, efektivitas dan keamanan dari obat, serta adanya dokumentasi pelaksanaan pelayanan kefarmasian di rumah.⁵ Kegiatan pelayanan residensial merupakan salah satu bagian terpadu sistem kesehatan di negara-negara maju dan pelayanan kefarmasian yang dilakukan oleh apoteker merupakan bagian

yang tidak terpisahkan di dalamnya.⁶

Di Indonesia, umumnya sangat jarang apoteker di komunitas yang melaksanakan kegiatan pelayanan kefarmasian residensial walaupun telah adanya pedoman mengenai pelaksanaan pelayanan kefarmasian yang telah dikeluarkan oleh Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinis pada tahun 2008.⁵ Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan pelayanan kefarmasian residensial memberikan dampak yang positif terhadap tingkat pengetahuan maupun luaran klinik pada pasien diabetes melitus.^{7,8} Pasien hipertensi merupakan salah satu target pasien potensial pelaksanaan pelayanan kefarmasian residensial sehingga dilakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana pengaruh dari pelayanan kefarmasian residensial yang dilakukan apoteker terhadap ketaatan dan luaran klinik pasien hipertensi rawat jalan tanpa penyakit penyerta di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wangaya, Kotamadya Denpasar, Bali.

Metode

Pada penelitian ini menggunakan metode eksperimental dengan prospektif *follow up study*. Rancangan penelitian ini menggunakan *one group pre-post test design*. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari sampai dengan November 2013. Populasi penelitian adalah pasien hipertensi tanpa penyakit penyerta yang menjalani rawat jalan di RSUD Wangaya Kabupaten Denpasar Bali dengan persepsian obat antihipertensi selama tiga bulan. Pasien dengan hipertensi dalam populasi penelitian ini adalah pasien dengan kondisi stabil yang memperoleh resep obat antihipertensi selama tiga bulan dalam bentuk resep dengan iter (pengulangan) sebanyak dua kali.

Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu pasien dengan diagnosis hipertensi tanpa penyakit penyerta yang menjalani rawat jalan di RSUD Wangaya dengan kriteria sebagai

berikut:

1. Usia 40–80 tahun: pasien usia 40–80 tahun merupakan kelompok yang rentan mengalami hipertensi dengan puncak insidensi pada rentang usia 60–69 tahun.⁹
2. Rutin kontrol bulanan di RSUD Wangaya namun memiliki riwayat tekanan darah yang tidak terkontrol dengan baik: pasien dengan usia 40–80 tahun kemudian dilihat tingkat kunjungannya ke rumah sakit dan data tekanan darah pasien. Pasien yang masuk kriteria inklusi adalah pasien yang rutin kontrol ke rumah sakit dan selalu menebus obat antihipertensi setiap bulan, namun data tekanan darah pasien selama enam bulan terakhir tetap menunjukkan fluktuasi atau tidak terkontrol dengan baik. Hal ini menunjukkan kemungkinan ketidaktaatan pasien terhadap regimen pengobatan yang diperolehnya.

Seluruh pasien yang memenuhi kriteria inklusi tersebut serta telah menyetujui untuk mengikuti pelaksanaan pelayanan kefarmasian residensial dijadikan target pada pelayanan kefarmasian residensial dalam penelitian ini. Sebelum pelaksanaan penelitian masing-masing pasien diminta untuk mengisi lembar persetujuan (*informed consent*) untuk bukti tertulis kesepakatan bersama antara pasien dan apoteker untuk pelaksanaan pelayanan kefarmasian residensial.

Berdasarkan data registrasi yang diperoleh di bagian rekam medis RSUD Wangaya pada bulan Maret 2013, diperoleh data rata-rata jumlah kunjungan pasien hipertensi rawat jalan tanpa penyakit penyerta yaitu 82 orang pasien perbulan. Data rekam medis pasien pada kunjungan bulan Januari sampai dengan Maret 2013 dikumpulkan untuk melihat data demografi dan riwayat tekanan darah pasien. Terdapat 13 orang pasien yang memenuhi kriteria inklusi serta bersedia untuk mengikuti program pelayanan kefarmasian residensial yang dilakukan selama kurun waktu tiga bulan.

Pelayanan kefarmasian yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi enam aspek pelayanan, meliputi penilaian kemungkinan masalah pada penggunaan obat, identifikasi ketaatan, konsultasi masalah obat, konsultasi kesehatan secara umum, monitoring terhadap pelaksanaan, efektivitas dan keamanan pada penggunaan obat, serta dokumentasi dari pelaksanaan pelayanan kefarmasian di rumah.⁵

Pelaksanaan pelayanan kefarmasian yang dilakukan dalam kurun waktu tiga bulan tersebut dibagi menjadi 16 kali kunjungan. Dua minggu pertama kunjungan merupakan fase intensif, yaitu pasien diberikan pelayanan kefarmasian setiap 3–4 hari dengan total kunjungan empat kali dalam kurun waktu dua minggu. Tahap selanjutnya adalah fase *maintenance* dengan kunjungan dilakukan seminggu sekali hingga akhir bulan ke-tiga. Pada awal kunjungan, tiap-tiap kunjungan dan pada akhir kunjungan akan dilakukan pengukuran ketaatan pasien menggunakan kuesioner serta pengukuran luaran klinis pasien yaitu pengukuran tekanan darah pasien (Gambar 1).

A. Kuesioner Ketaatan Pasien

Pernyataan pada kuesioner dikelompokkan menjadi empat kelompok, yaitu identifikasi ketaatan penggunaan obat (enam pernyataan), ketaatan menjalani diet (empat pernyataan), ketaatan dalam menjalani aktivitas fisik atau olahraga (10 pernyataan), dan ketaatan dalam pembatasan konsumsi rokok dan alkohol (dua pernyataan). Kelompok ketaatan pada pengobatan disusun berdasarkan pedoman dari *World Health Organization* mengenai penggunaan obat yang rasional, pedoman pelayanan kefarmasian di rumah sakit, dan pedoman pelayanan kefarmasian pada pasien hipertensi yang berisi pernyataan mengenai penggunaan obat harian oleh pasien meliputi ketaatan terhadap aturan pakai, cara pakai, penyimpanan, dan pengatasan lupa minum obat.^{2,5}

Pernyataan ketaatan pada diet disusun berdasarkan *dietary approach to stop hypertension* (DASH), aktivitas fisik atau olahraga, serta ketaatan dalam pembatasan mengonsumsi rokok dan alkohol disusun berdasarkan modifikasi gaya hidup dalam pedoman yang diterbitkan oleh *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*.^{9,10}

Masing-masing dari pernyataan kemudian diberi skor 1 sampai dengan 5 menggunakan skala likert. Nilai 1 mewakili nilai yang paling rendah (tidak pernah) sedangkan nilai 5 menunjukkan nilai yang paling tinggi (selalu). Pernyataan dalam kuesioner telah melalui uji validitas dan uji reliabilitas pada 30 pasien yang termasuk pada populasi penelitian namun bukan merupakan subjek penelitian. Melalui perhitungan koefisien korelasi *product moment*, r hitung dari uji Pearson, dan nilai r hitung *Cronbach's Alpha*^{11,12} untuk masing-masing pernyataan, diperoleh 22 pernyataan yang valid dan reliabel dari total 31 pernyataan yang diuji validitas dan reliabilitasnya.

Pengisian kuesioner pada saat penelitian menggunakan sistem *patient self report* atau *questionnaire* dan pencatatan penggunaan obat yang dilakukan oleh peneliti. Sistem *patient self report* atau kuesioner merupakan metode penilaian terhadap ketaatan pada pasien yang telah lama dikembangkan untuk menilai ketaatan pasien dalam mengonsumsi obat dan melakukan modifikasi pada gaya hidup yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan. *Patient self report* atau kuesioner merupakan jenis metode yang sederhana dan mudah namun secara efektif dapat menilai tingkat ketaatan pasien.¹³⁻¹⁵ Metode ini kemudian dikombinasikan dengan catatan penggunaan obat oleh pasien yang diisi oleh pemberi pelayanan kefarmasian residensial sebagai verifikasi terhadap pengisian kuesioner oleh pasien. Catatan penggunaan obat berisi jumlah

obat yang diperoleh pasien setiap bulannya, aturan pakai obat, jumlah obat yang telah dikonsumsi pasien selama periode waktu tertentu serta sisa obat. Catatan penggunaan obat diisi oleh apoteker setiap kunjungan dan dihitung untuk menyesuaikan dengan jawaban yang diberikan oleh pasien pada kuesioner.

B. Pengukuran Luaran Klinis

Luaran klinis yang diukur adalah tekanan darah pasien. Pengukuran tekanan darah dilakukan menggunakan tensimeter dengan merk OMRON®. Pasien dalam posisi duduk dengan lengan yang diukur diposisikan sejajar dengan jantung pasien. Pengukuran tekanan darah sistol dan diastol dilakukan sebanyak dua kali dengan jarak waktu antara pengukuran pertama dan kedua 10–15 menit. Nilai tekanan darah yang digunakan adalah nilai rata-rata dari dua kali pengukuran yang dilakukan. Nilai tekanan darah sistol dan diastole kemudian diklasifikasikan berdasarkan *grade* hipertensi menurut pedoman dari *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*.⁹

Skor hasil pengisian kuisisioner ketaatan dihitung nilai reratanya pada masing-masing pasien untuk setiap kelompok pernyataan (penggunaan obat, diet, aktivitas fisik atau olahraga, serta pembatasan pada konsumsi alkohol dan rokok) untuk setiap pertemuan. Rerata tersebut kemudian diklasifikasikan untuk menilai perubahan tingkat ketaatan pasien selama proses pelayanan kefarmasian residensial dilakukan (Tabel 1). Hasil penilaian ketaatan pada pasien dengan menggunakan kuesioner dan hasil pengukuran pada luaran klinis pasien lalu dianalisis secara statistik menggunakan regresi linier untuk melihat pengaruh pemberian pelayanan kefarmasian residensial terhadap perubahan pada ketaatan dan perubahan tekanan darah pasien selama proses pemberian pelayanan kefarmasian

residensial serta uji beda dengan uji Wilcoxon untuk melihat pengaruh pemberian pelayanan kefarmasian residensial terhadap perubahan ketaatan dan tekanan darah pasien pada awal dan akhir pelayanan kefarmasian residensial.

Hasil

Data demografi yang diperoleh dari rekam medis pasien, yaitu jenis kelamin, usia dan data tekanan darah pasien dapat dilihat pada Tabel 2. Terdapat tiga orang pasien dengan data awal tekanan darah sebesar $<140/90$ mmHg, namun dimasukkan sebagai subjek penelitian. Hal ini disebabkan karena pasien memenuhi kriteria inklusi, yaitu hipertensi yang tidak terkontrol dengan baik. Pada bulan sebelumnya pasien memiliki riwayat tekanan darah yang fluktuatif. Pasien telah melakukan kontrol rutin bulanan ke rumah sakit dan secara berkesinambungan menebus obat antihipertensi sesuai dengan yang diresepkan, ternyata belum mampu menjaga stabilitas tekanan darah pada pasien tersebut tetap di bawah $140/90$ mmHg.

Berdasarkan hasil uji statistik terhadap usia, jenis kelamin, dan data tekanan darah awal diperoleh hasil bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik pada distribusi jenis kelamin, usia, maupun data awal tekanan darah awal pasien sebelum pasien mendapatkan pelayanan kefarmasian residensial dengan nilai p berturut-turut yaitu sebesar 0,782; 0,838, dan 0,095 ($p > 0,050$).

Pelayanan kefarmasian pada fase intensif adalah penilaian apakah ada kemungkinan

terjadinya permasalahan dalam penggunaan obat dan identifikasi awal ketaatan pasien terhadap terapi. Beberapa permasalahan yang ditemukan dalam penggunaan obat jangka panjang pada pasien hipertensi antara lain berkaitan dengan aturan pakai yang tidak jelas, kejenuhan pasien mengonsumsi obat, lupa minum obat, merasa sudah sembuh, pengetahuan pasien yang kurang mengenai pentingnya pengobatan yang dilakukan secara berkesinambungan serta kurangnya pengetahuan pasien mengenai efek samping obat. Permasalahan-permasalahan tersebut diidentifikasi sebagai penyebab yang paling umum atas ketidaktaatan pasien hipertensi terhadap pengobatan.^{17,18}

Intervensi pelayanan kefarmasian yang dilakukan untuk meningkatkan ketaatan pada pasien hipertensi terhadap pengobatan adalah melalui konseling berupa konsultasi mengenai masalah obat dan kesehatan secara umum yang melibatkan pasien dalam rencana pengobatan dan jadwal penggunaan obat serta edukasi kepada pasien.^{5,17} Pasien dilibatkan dalam desain rencana pengobatan misalnya dalam penentuan jam minum obat sesuai dengan aktivitas harian pasien sehingga pasien merasa nyaman tanpa harus mengubah instruksi pengobatan yang diberikan dokter. Hal ini dilakukan pada hari pertama dan ke-2 dari kunjungan. Penyesuaian ini dilakukan pada pertemuan ke-3 dan ke-4 sekaligus memberikan edukasi dan konseling mengenai permasalahan penggunaan obat oleh pasien.

Pada fase *maintenance*, konsultasi dan edukasi diberikan kepada pasien mengenai

Tabel 1 Skor dan Klasifikasi Tingkat Ketaatan Pasien

Skor	Klasifikasi Tingkat Ketaatan Pasien
1,00–1,80	Rendah (<i>Low</i>)
1,81–2,60	Cukup (<i>Fair</i>)
2,61–3,40	Baik (<i>Good</i>)
3,41–4,20	Sangat Baik (<i>Very Good</i>)
4,20–5,00	Tinggi (<i>Excellent</i>)

Tabel 2 Data Demografi Pasien Hipertensi yang Menjalani Program Pelayanan Kkefarmasian Residensial

Demografi Pasien	Jumlah (%)	p
Jenis Kelamin		
Perempuan	7 (53,846)	0,782
Laki-laki	6 (46,154)	(p>0,05)
Usia (tahun)		
40–50	2 (15,385)	0,838
51–60	4 (30,769)	(p>0,05)
61–70	4 (30,769)	
71–80	3 (23,077)	
Tekanan darah awal		
TDS <140mmHg dan TDD <90 mmHg	3 (23,077)	0,092
TDS 140–159 mmHg atau TDD 90–99 mmHg	8 (61,538)	(p>0,05)
TDS ≥160 mmHg atau TDD ≥100 mmHg	2 (15,385)	

Keterangan :

TDS= tekanan darah sistolik

TDD= tekanan darah diastolik

pengobatan, kondisi kesehatan pasien, diet, aktivitas fisik dan olahraga, pembatasan pada konsumsi rokok serta alkohol bagi pasien yang merokok atau mengonsumsi alkohol. Konsultasi dan edukasi ini dilakukan pada minggu ke-3 sampai dengan minggu ke-6. Pada minggu ke-7 sampai dengan akhir penelitian ini dilakukan pengulangan edukasi secara keseluruhan, monitoring pelaksanaan, serta dokumentasi. Pada setiap pertemuan

selalu dilakukan penilaian terhadap efektivitas pelayanan kefarmasian melalui pengukuran tekanan darah pasien serta ketaatan pasien menggunakan kuesioner.

A. Perubahan Ketaatan Pasien terhadap Penggunaan Obat

Perubahan pada tingkat ketaatan penggunaan obat antihipertensi pada pasien sepanjang kegiatan pelayanan kefarmasian residensial

Tabel 3 Data Rerata Tingkat Ketaatan Pasien terhadap Penggunaan Obat, Pengaturan Diet, Olahraga serta Pembatasan Konsumsi Rokok dan Alkohol pada Fase Intensif dan Fase Pemeliharaan

No.	Kriteria	Tingkat Ketaatan			Nilai R
		Awal (Baseline)	Fase Intensif	Fase Pemeliharaan	
1	Penggunaan obat	3,20 (Baik)	3,93 (Sangat Baik)	4,90 (Tinggi)	0,652 (0,500<R<0,750)
2	Pengaturan diet	3,00 (Baik)	3,33 (Baik)	4,67 (Tinggi)	0,692 (0,500<R<0,750)
3	Olahraga	3,40 (Baik)	3,93 (Sangat Baik)	4,62 (Tinggi)	0,654 (0,500<R<0,750)
4	Pembatasan konsumsi alkohol dan rokok	3,00 (Baik)	3,00 (Baik)	4,17 (Sangat Baik)	0,284 (0,250<R<0,500)

Tabel 4 Data Rerata Tekanan Darah Pasien Sebelum Pelayanan Kefarmasian Residensial pada Fase Intensif dan pada Fase Pemeliharaan Pelayanan Kefarmasian Residensial

No.	Tekanan Darah (mmHg)	Awal (Baseline)	Fase Intensif	Fase Pemeliharaan	Akhir	Selisih (4)-(1)	Nilai R
		1	2	3	4		
1	Sistolik	148,769	136,538	124,721	122,15	26,654	0,376
2	Diastolik	85,115	76,756	78,817	84,231	0,885	(0,250<R<0,500)

dapat dilihat pada Gambar 2 dan Tabel 3. Terdapat perubahan pada tingkat ketaatan pasien dalam penggunaan obat pada 13 orang pasien selama proses pelayanan kefarmasian dilakukan. Uji statistik dengan menggunakan uji regresi linier memberikan nilai $R=0,652$ yang menunjukkan nilai korelasi kuat antara kedua variabel.⁹ Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kefarmasian residensial memiliki pengaruh kuat terhadap peningkatan ketaatan pada penggunaan obat antihipertensi pada subjek penelitian. Hasil uji beda menggunakan uji Wilcoxon memberikan nilai signifikansi sebesar 0,001 ($p<0,050$). Terdapat perbedaan yang signifikan pada ketaatan pasien dalam penggunaan obat antihipertensi sebelum dan sesudah dilakukannya pelayanan kefarmasian residensial.

B. Perubahan Ketaatan Pasien terhadap Pelaksanaan Diet dan Aktivitas Fisik atau Olahraga

Hasil uji regresi linier terhadap perubahan tingkat ketaatan dalam pelaksanaan diet dan aktivitas fisik atau olahraga pada pasien hipertensi yang diberikan pelayanan kefarmasian residensial memberikan nilai $R=0,692$ untuk pelaksanaan diet dan $R=0,654$ untuk aktivitas fisik atau olahraga (Tabel 3). Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kefarmasian residensial memiliki pengaruh kuat¹² terhadap peningkatan ketaatan pasien terhadap pelaksanaan diet dan juga aktivitas fisik atau olahraga. Terdapat perbedaan yang signifikan pada tingkat ketaatan pasien dalam pelaksanaan diet ($p=0,001$) dan aktivitas fisik

atau olahraga ($p=0,001$) yang pada awalnya pada tingkatan baik dan setelah dilakukannya pelayanan kefarmasian residensial berada pada tingkat ketaatan tinggi.

C. Perubahan Ketaatan Pasien terhadap Pembatasan Konsumsi Alkohol dan Rokok

Terdapat dua orang pasien yang secara rutin merokok dan mengonsumsi alkohol secara insidensial. Gambar 2 menunjukkan perubahan pada ketaatan pasien terhadap pembatasan konsumsi alkohol dan rokok selama dilakukannya pelayanan kefarmasian residensial. Ketaatan pada pasien terhadap pembatasan konsumsi alkohol dan rokok masih bersifat fluktuatif selama pelaksanaan pelayanan kefarmasian dan peningkatan pada ketaatan pasien untuk pembatasan konsumsi alkohol dan rokok lebih rendah dibandingkan perubahan tingkat ketaatan pasien terhadap penggunaan obat, pelaksanaan diet, maupun olahraga. Hasil uji regresi linier menghasilkan nilai $R=0,284$ ($0,250<R<0,500$) yang berarti korelasi cukup antara kedua variabel.¹² Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kefarmasian residensial memiliki pengaruh yang cukup terhadap perubahan tingkat ketaatan pasien dalam pembatasan pengonsumsi alkohol dan rokok.

D. Perubahan Luaran Klinis Pasien

Pengukuran terhadap luaran klinis dilakukan dengan mengukur tekanan darah pasien pada setiap dilakukannya pertemuan pelayanan kefarmasian residensial. Hasil pengukuran tekanan darah sistolik dan diastolik pasien

Gambar 1 Detail Kegiatan Pelayanan Kefarmasian Residensial

dapat dilihat pada Tabel 4 sedangkan tren perubahan tekanan darah sistolik dan diastolik selama dilakukannya pelayanan kefarmasian residensial dapat dilihat pada Gambar 3.

Hasil dari uji regresi linier memberikan nilai $R=0,376$ ($0,250 < R < 0,500$).¹² Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kefarmasian residensial memiliki pengaruh yang cukup terhadap perubahan tekanan darah pasien. Hasil uji Wilcoxon terhadap data tekanan darah sistolik pada pasien menghasilkan nilai signifikansi 0,000 ($p < 0,050$) sedangkan untuk tekanan darah diastolik pasien memberikan nilai signifikansi sebesar 0,800 ($p > 0,050$). Hal ini menunjukkan terdapat perubahan yang signifikan secara statistik terhadap tekanan darah sistolik pasien, namun tidak terdapat perubahan signifikan pada tekanan

darah diastolik pasien.

Pembahasan

Hipertensi merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang menjadi target dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan kefarmasian residensial berdasarkan pedoman yang telah dikeluarkan oleh Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik dengan tujuan untuk menjamin ketaatan pasien dalam penggunaan obat yang pada akhirnya dapat meningkatkan keberhasilan terapi.⁵

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pelayanan kefarmasian residensial yang diberikan kepada 13 orang pasien mampu memberikan korelasi yang kuat terhadap peningkatan ketaatan pasien pada penggunaan

Gambar 2 Perubahan Tingkat Ketaatan Pasien terhadap Penggunaan Obat, Pengaturan Diet, Aktivitas Fisik atau Olahraga serta Pembatasan Konsumsi Alkohol dan Rokok Selama Pelaksanaan Kegiatan Pelayanan Kefarmasian Residensial

obat, pelaksanaan diet, dan pelaksanaan aktivitas fisik atau olahraga, serta cukup mampu meningkatkan ketaatan pasien pada pembatasan alkohol dan rokok. Pelayanan kefarmasian residensial merupakan bentuk pelayanan kefarmasian yang komprehensif dan dilakukan berkesinambungan disamping pelayanan kefarmasian umum yang diberikan di fasilitas kesehatan.^{5,19} Pelaksanaannya yang dilakukan di rumah pasien akan meningkatkan kenyamanan pasien sehingga pasien akan lebih terbuka dalam penyampaian kendala yang dialami oleh pasien dalam pengobatan dan lebih bersifat individual sehingga dapat langsung diterapkan oleh pasien.

Pelaksanaan pelayanan kefarmasian yang lebih komprehensif oleh apoteker baik berupa edukasi tambahan, monitoring penggunaan obat yang berkelanjutan, konsultasi obat, dan pemberian informasi yang tertulis memiliki pengaruh signifikan terhadap peningkatan ketaatan pasien terhadap pengobatan dan perbaikan gaya hidup pasien dibandingkan dengan ketaatan pengobatan dan gaya hidup pasien yang hanya memperoleh pelayanan

kefarmasian umum di fasilitas kesehatan.²⁰⁻²²

Penelitian oleh Wong *et al.*, secara spesifik menunjukkan bahwa pelaksanaan intervensi baik berupa tambahan pemberian informasi singkat oleh apoteker maupun pelaksanaan konseling oleh apoteker yang dilaksanakan di klinik keluarga dalam suatu komunitas terbukti mampu meningkatkan ketaatan pasien dari 0% menjadi 61,9% dalam kurun waktu enam bulan intervensi.²⁰ Hal ini menunjukkan bahwa dengan memberikan pelayanan kefarmasian yang komprehensif diluar pelayanan kefarmasian umum yang telah diperoleh pasien di fasilitas kesehatan yang dilakukan dekat dengan lingkungan komunitas atau tempat tinggal pasien dapat membantu meningkatkan ketaatan pasien hipertensi baik terhadap pengobatan maupun perbaikan gaya hidup yang sesuai dengan hasil yang diperoleh pada penelitian ini.

Peningkatan ketaatan pasien terhadap pengobatan dan perbaikan pada gaya hidup diharapkan mampu meningkatkan luaran klinis pada pasien hipertensi, yaitu tercapainya target tekanan darah dan tetap

Gambar 3 Perubahan Rata-Rata Tekanan Darah Sistolik dan Diastolik Pasien Selama Kegiatan Pelayanan Kefarmasian Residensial

terkontrolnya target tekanan darah pasien selama menjalani terapi.⁹ Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat korelasi yang cukup antara pelaksanaan pelayanan kefarmasian residensial terhadap penurunan kontrol pada tekanan darah pasien. Penurunan tekanan darah yang signifikan terjadi pada tekanan darah sistolik dengan sebesar 26,654 mmHg.

Penurunan atau kontrol tekanan darah pada pasien dengan hipertensi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pengaruh dari obat, terapi nonfarmakologi, dan kondisi spesifik pasien. Peningkatan ketaatan pasien terhadap pengobatan diasosiasikan dengan terjadinya penurunan tekanan darah yang signifikan pada pasien.^{23,24} Pemberian edukasi mengenai pelaksanaan diet sesuai pedoman dari *dietary approach to stop hypertension* (DASH), saran mengenai aktivitas fisik atau olahraga yang harus dilakukan, serta pembatasan konsumsi rokok dan alkohol yang dilaksanakan dalam pelayanan kefarmasian residensial merupakan bagian dari intervensi nonfarmakologi⁹ dengan melaksanakan terapi nonfarmakologi tersebut diperkirakan dapat menyumbangkan penurunan tekanan darah sistolik pasien sebesar 2–20 mmHg.^{9,10,24}

Salah satu keterbatasan dalam penelitian ini adalah belum dilakukannya kontrol yang adekuat terhadap kondisi spesifik pasien.

Kondisi spesifik pasien merupakan faktor internal pada diri pasien yang mampu memberikan efek terhadap perubahan tekanan darah pasien.^{1,5,9} Usia, tingkat stres, kondisi fisik, dan kondisi psikologis masing-masing pasien dapat memberikan kontribusi terhadap perubahan tekanan darah pasien.

Gambar 3 dan Tabel 4 menunjukkan bahwa tekanan darah diastolik pasien masih mengalami perubahan fluktuatif. Perubahan terhadap tekanan darah diastolik umumnya lebih dipengaruhi oleh faktor usia.²⁵ Adanya faktor keluarga atau perawat pasien (*caregiver*) juga dapat menjadi suatu faktor yang memberikan kontribusi dalam upaya peningkatan ketaatan pasien terhadap pengobatan.^{26,27} Akan tetapi, besar korelasinya belum dapat diukur dalam penelitian ini sehingga dapat menjadi variabel pengacau yang belum terkontrol. Keterbatasan yang lain adalah jumlah subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian ini tergolong sedikit karena akseptabilitas pasien yang masih rendah terhadap kegiatan pelayanan kefarmasian residensial.

Hasil dari penelitian tentang pengaruh pelayanan kefarmasian residensial terhadap ketaatan pada pasien dan luaran klinis pasien hipertensi menunjukkan pelayanan kefarmasian residensial yang dilakukan oleh

apoteker berpengaruh terhadap peningkatan ketaatan pada pasien dan perbaikan luaran klinis pasien hipertensi. Hasil penelitian ini menjadi dasar bagi apoteker untuk melaksanakan praktik pelayanan kefarmasian residensial bagi pasien yang memiliki potensi ketidaktaatan yang besar. Diperlukan penelitian lebih lanjut dengan kontrol yang lebih baik pada kondisi spesifik pasien sehingga meminimalkan bias dan variasi antar individu. Selain itu, kegiatan pelayanan kefarmasian residensial juga dapat dilakukan dalam kurun waktu yang lebih panjang, paling tidak selama 6 bulan untuk dapat meningkatkan pengetahuan pasien terhadap penyakit dan pengobatannya serta untuk mencapai karakteristik *self care behaviour*.⁷

Simpulan

Hasil studi mengenai pelayanan kefarmasian residensial pada 13 orang pasien hipertensi rawat jalan tanpa penyakit penyerta selama tiga bulan memberikan hasil baik. Pelayanan kefarmasian residensial berpengaruh terhadap peningkatan ketaatan pasien yaitu pada penggunaan obat, pelaksanaan diet, aktivitas fisik atau olahraga, serta terhadap pembatasan rokok dan alkohol. Pelayanan kefarmasian residensial juga dapat memberikan efek dalam menurunkan atau mengontrol tekanan darah sistolik pada pasien hipertensi. Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk melaksanakan praktik pelayanan kefarmasian residensial bagi apoteker dan dasar untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai manfaat pelayanan kefarmasian residensial dalam peningkatan ketaatan dan perbaikan luaran klinis pada pasien hipertensi.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh pasien yang bersedia ikut serta dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Alderson P, Dunsdon S, Gyton A, Hill R, Kandaswamy P, McBride J. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults [diunduh 28 Oktober 2013]. Tersedia dari : <http://www.guidance.nice.org.uk/cg127>.
2. Muchid A, Umar F, Budiarti LE, Satifa O, Brata C, Bakhtiar L, et al. Pharmaceutical care untuk penyakit hipertensi. Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik-Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan; 2006.
3. Pratiwi D. Pengaruh konseling obat terhadap kepatuhan pasien hipertensi di poliklinik khusus RSUP dr. M. Djamil Padang (tesis). Padang: Universitas Andalas; 2011.
4. Izzat L. Antihypertensive concordance in elderly patients. *Midlife and Beyond GM 2 Journal*. 2009;4:28–35.
5. Muchid A, Wurjati R, Chusun, Purnama NR, Masrul, Gustanti E, et al. Pedoman pelayanan kefarmasian di rumah (home pharmacy care). Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik-Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan; 2008.
6. Reidt S, Morgan J, Larson T, Blade MA. The role of a pharmacist in a home care team. *Home Healthcare Nurse*. 2013;31(2):80–7. doi: 10.1097/NHH.0b013e3182778f5f
7. Aditama L. Karakteristik dan kebutuhan pasien diabetes mellitus tipe II di Apotek Ubaya terhadap layanan residensial (home care) serta pengaruh layanan tersebut pada penatalaksanaan penyakit diabetes mellitus (skripsi). Surabaya: Universitas Surabaya; 2011.
8. Icwari NPWP, Wirasuta IMAG, Susanti NMP. Akseptabilitas pelayanan residensial kefarmasian pada pasien diabetes melitus tipe II tanpa komplikasi. *Jurnal Farmasi Udayana*. 2013;2(2):1–5.

9. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. National high blood pressure educational program: the seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. USA: National Institute of Health; 2004.
10. Hikmat F, Appel LJ. Effect of the DASH diet on blood pressure in patient with and without metabolic syndrome: results from the DASH trial. *J Hum Hypertens*. 2004;28:170–5. doi:10.1038/jhh.2013.52
11. Sugiyono. Metode penelitian pendidikan pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta; 2011.
12. Gumilar I. Metode riset untuk bisnis dan manajemen. Bandung: Universitas Widyatama; 2007.
13. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67–74.
14. Garfield S, Clifford S, Eliasson L, Barber N, Wilson A. Suitability of measure of self-reported medication adherence for routine clinical use: a systematic review. *BMC Med Res Methodology*. 2011;11:49. doi:10.1186/1471-2288-11-149
15. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens*. 2008;10(5):348–54. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
16. Sarwono J. Statistik itu mudah: panduan lengkap untuk belajar komputansi statistik menggunakan SPSS 16. Yogyakarta: Penerbit Universitas Atma Jaya; 2009.
17. Bittar N. Maintaining long-term control of blood pressure: the role of improved compliance. *Clin Cardiol*. 1995;18(3): 12–16. doi: 10.1002/clc.4960181504
18. Al-Mehza A, Al-Muhailje FA, Khalfan MM, Al-Yahya AA. Drug compliance among hypertensive patient: an area based study. *Eur J Gen Med*. 2009;6(1):6–10.
19. University Hospital Southampton NHS Foundation Trust. Homecare medicines towards a vision for the future. England: National Health Service; 2011.
20. Wong MCS, Liu KQL, Wang HHX, Lee CLS, Kwan MWM, Lee KWS, et al. Effectiveness of a pharmacist-led drug counseling on enhancing antihypertensive adherence and blood pressure control: a randomized controlled trial. *J Clin Pharmacol*. 2013;53(7):753–61. doi: 10.1002/jcph.101
21. Green BB, Cook AJ, Ralston JD, Fishman PA, Catz SL, Carlson J, et al. Effectiveness of home blood pressure monitoring, web communication, and pharmacist care on hypertension control: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;299(24):2857–67. doi: 10.1001/jama.299.24.2857.
22. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;296(21):2563–71. doi:10.1001/jama.296.21.joc60162.
23. Bramley TJ, Gerbino PP, Nightengale BS, Frech-Tamas F. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *JMCP*. 2006;12(3):239–45.
24. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2006;47(2):296–308. doi: 10.1161/01.HYP.0000202568.01167.B6
25. Franklin SS, Gustin W, Wong ND, Larson MG, Weber MA, Kannel WB, et al. Hemodynamic patterns of age-related

- changes in blood pressure. *Circulation*. 1997;96(1):308–15. doi: 10.1161/01.CIR.96.1.308
26. Goldberg A, Rickler KS. The role of family caregivers for people with chronic illness. *RIMJ*. 2011;94(2):41–2.
27. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc*. 2011;86(4):304–14. doi: 10.4065/mcp.2010.0575