



# Pengaruh Faktor Sosial-Budaya terhadap Kepatuhan Pengobatan Pasien Hipertensi

Ala Dira Ariza

Universitas Diponegoro

DOI:

<https://doi.org/10.47134/phms.v3i1.515>

\*Correspondence: Ala Dira Ariza

Email: [rizadra27@gmail.com](mailto:rizadra27@gmail.com)

Received: 18-09-2025

Accepted: 25-10-2025

Published: 10-11-2025



**Copyright:** © 2025 by the authors.

Submitted for open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

**Abstrak:** Artikel ini bertujuan menelaah pengaruh faktor sosial-budaya terhadap kepatuhan pengobatan pasien hipertensi. Metode yang digunakan adalah studi pustaka dengan pendekatan kualitatif-deskriptif, menelaah publikasi relevan 2015–2025 dan menganalisisnya secara tematik menggunakan lensa Health Belief Model dan Theory of Planned Behavior. Sintesis menunjukkan lima penentu utama: dukungan keluarga/komunitas (fasilitator), praktik dan keyakinan budaya termasuk penggunaan herbal (hambatan bila substitusi penuh), stigma dan dinamika gender, literasi kesehatan dan pengalaman sakit, serta kualitas relasi klinis dan kepuasan terapi. Faktor-faktor tersebut berinteraksi memengaruhi sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan sehingga membentuk niat dan perilaku patuh. Implikasi utamanya adalah kebutuhan intervensi peka budaya dan berbasis keluarga, penyederhanaan rejimen, penguatan konseling klinis, dan pemanfaatan platform komunitas di layanan primer. Kajian ini memberikan pemahaman komprehensif mengenai keterkaitan faktor sosial-budaya dengan perilaku kepatuhan, serta menekankan pentingnya adaptasi layanan kesehatan terhadap konteks sosial pasien. Penelitian selanjutnya disarankan melakukan triangulasi metode dan evaluasi implementasi pada berbagai konteks untuk memperkuat validitas eksternal temuan.

**Kata Kunci:** Hipertensi, Kepatuhan Pengobatan, Faktor Sosial-Budaya, Kualitatif-Deskriptif, Studi Pustaka.

## Pendahuluan

Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis paling umum di dunia dan kontributor utama morbiditas serta mortalitas kardiovaskular. Secara global, beban hipertensi tetap tinggi pada negara berpenghasilan rendah-menengah dan memerlukan respons lintas-sektor karena dampaknya tidak hanya klinis, tetapi juga sosial-ekonomi (World Health Organization, 2019). Di Indonesia, Risesdas 2018 melaporkan prevalensi hipertensi sebesar 34,1% pada penduduk usia  $\geq 18$  tahun, dengan tingkat kesadaran, pengobatan, dan pengendalian yang masih rendah—mengindikasikan adanya kesenjangan antara kebutuhan pengelolaan dan praktik di lapangan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019)

Rendahnya kepatuhan terhadap pengobatan merupakan faktor kunci yang menghambat pengendalian tekanan darah. Secara umum, kepatuhan pada terapi jangka

panjang penyakit kronis berkisar di sekitar 50%, yang berimplikasi pada meningkatnya risiko komplikasi dan pemborosan sumber daya kesehatan (Alkagiet & Tziomalos, 2018). Studi di Indonesia menunjukkan variasi kepatuhan yang dipengaruhi oleh literasi kesehatan, dukungan keluarga, kondisi sosial-ekonomi, dan akses layanan (Setiadi, 2022). Selain itu, persepsi pasien tentang penyakit—meliputi kontrol diri, manfaat terapi, dan respons emosional—berkorelasi dengan *non-adherence*, menegaskan bahwa dimensi psikososial dan budaya memegang peran sentral dalam perilaku kesehatan (Alfian, 2022).

Walau determinan klinis dan sosiodemografis kepatuhan telah banyak diteliti, integrasi dimensi sosial-budaya—seperti norma komunitas, praktik pengobatan tradisional, stigma penyakit kronis, dan peran gender—dalam analisis kepatuhan hipertensi di konteks Indonesia masih relatif terbatas. Misalnya, preferensi kuat terhadap pengobatan herbal dapat menurunkan kepatuhan bila terjadi substitusi penuh terhadap obat antihipertensi, sementara keterlibatan keluarga terbukti berfungsi sebagai pengingat, pendamping kontrol, dan penguat perubahan gaya hidup—yang keseluruhannya terkait erat dengan *self-efficacy*, *perceived barriers*, dan *subjective norms* (Alfian, 2022).

Artikel ini bertujuan menelaah secara kualitatif-deskriptif bukti terkini mengenai pengaruh faktor sosial-budaya terhadap kepatuhan pengobatan pasien hipertensi melalui studi pustaka, sekaligus mengintegrasikan *Health Belief Model* (HBM) dan *Theory of Planned Behavior* (TPB) sebagai landasan konseptual. Secara teoretis, artikel ini memperkaya pemahaman tentang perilaku kepatuhan dengan memetakan peran sikap, norma, kontrol perilaku yang dirasakan, serta isyarat tindakan dalam konteks budaya lokal. Secara praktis, temuan diharapkan menjadi dasar perancangan intervensi peka budaya dan berbasis keluarga/komunitas yang lebih efektif untuk meningkatkan kepatuhan dan luaran klinis pasien hipertensi di Indonesia.

Hipertensi tidak hanya menjadi masalah medis, tetapi juga fenomena sosial yang mencerminkan perubahan gaya hidup dan struktur masyarakat modern (Hassan & Abdulazeez, 2021). Di tengah kemajuan teknologi, urbanisasi, dan pola konsumsi yang serba cepat, tekanan darah tinggi muncul sebagai konsekuensi dari ketidakseimbangan antara kebutuhan tubuh dan cara hidup manusia masa kini. Masyarakat modern cenderung menghadapi stres kronis, pola makan tinggi garam dan lemak, kurang aktivitas fisik, serta kebiasaan merokok atau mengonsumsi alkohol—semua faktor yang memperburuk kondisi hipertensi (Kaplowitz, 2012). Namun, di balik faktor-faktor biologis dan perilaku tersebut, aspek sosial dan budaya sering kali menentukan seberapa jauh seseorang mau dan mampu mengelola penyakitnya secara konsisten (Vanderburg, 1985).

Kepatuhan terhadap pengobatan hipertensi bukan sekadar persoalan medis, tetapi juga cerminan dari persepsi dan nilai-nilai yang hidup dalam masyarakat. Dalam banyak kasus, pasien tidak menolak pengobatan karena kurangnya pengetahuan semata, melainkan karena adanya keyakinan budaya yang berbeda tentang makna “penyembuhan” dan “penyakit”. Sebagian kelompok masyarakat masih percaya bahwa tubuh akan pulih dengan sendirinya melalui pengobatan alami atau ritual tradisional, sehingga terapi medis dianggap sekadar pelengkap. Di sisi lain, penggunaan obat antihipertensi secara jangka panjang sering menimbulkan kekhawatiran akan ketergantungan, terutama bagi mereka

yang belum memahami sifat kronis penyakit ini (Moini Jazani dkk., 2023). Faktor-faktor ini menunjukkan bahwa edukasi medis yang efektif harus selaras dengan nilai budaya dan bahasa yang dipahami oleh masyarakat setempat.

Hubungan sosial dalam keluarga dan komunitas juga memainkan peran besar dalam menentukan keberhasilan pengobatan (Gotto & Gotto, 1991). Dukungan keluarga dapat menjadi pengingat yang efektif bagi pasien untuk rutin meminum obat dan memeriksakan diri. Sebaliknya, kurangnya perhatian atau bahkan stigma terhadap penyakit kronis dapat memperburuk motivasi pasien dalam menjalani terapi. Dalam masyarakat tertentu, hipertensi masih dianggap sebagai “penyakit orang tua” atau “penyakit ringan”, sehingga pasien yang lebih muda kerap mengabaikan pengobatan karena merasa dirinya belum parah. Pandangan semacam ini menyebabkan banyak penderita berhenti minum obat begitu tekanan darah tampak normal, padahal kondisi tersebut hanya bersifat sementara.

Selain keluarga, lingkungan sosial yang lebih luas seperti tempat kerja, komunitas keagamaan, dan organisasi lokal juga memiliki pengaruh yang tidak bisa diabaikan (Freud, 1921). Di lingkungan kerja, misalnya, tekanan psikologis dan beban pekerjaan yang tinggi sering kali menghambat seseorang untuk beristirahat cukup atau menjalani pola hidup sehat. Di sisi lain, komunitas keagamaan dan kelompok sosial dapat menjadi ruang yang positif untuk membangun kebiasaan baru seperti senam bersama atau edukasi kesehatan kolektif (Borysiewicz, 2010). Peran pemimpin komunitas menjadi penting dalam mengubah norma perilaku dan membentuk persepsi baru bahwa pengelolaan hipertensi adalah tanggung jawab bersama, bukan sekadar urusan individu.

Faktor ekonomi turut memperkuat atau melemahkan kepatuhan terhadap terapi. Bagi masyarakat dengan penghasilan rendah, biaya kontrol rutin dan pembelian obat dapat menjadi beban berat (Kammerlander, 2021). Di wilayah pedesaan, keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan menyebabkan banyak pasien mengandalkan pengobatan alternatif atau menunda pemeriksaan hingga gejala memburuk. Situasi ini memperlihatkan bahwa intervensi kesehatan tidak dapat hanya berfokus pada individu, tetapi harus mempertimbangkan konteks sosial-ekonomi di mana pasien hidup.

Dalam konteks Indonesia yang multikultural, keanekaragaman budaya juga berarti keanekaragaman dalam cara pandang terhadap penyakit dan pengobatan. Di beberapa daerah, keputusan pengobatan sering diambil secara kolektif oleh keluarga besar atau dipengaruhi oleh tokoh adat (Mrema, 2006). Hal ini menjadi tantangan sekaligus peluang bagi tenaga kesehatan untuk mengembangkan strategi komunikasi yang sensitif terhadap nilai-nilai lokal. Pendekatan berbasis budaya dapat meningkatkan penerimaan terhadap terapi medis dan memperkuat hubungan antara pasien dengan penyedia layanan kesehatan (Matvijit dkk., 2024).

Dengan memahami hipertensi sebagai fenomena biopsikososial, maka upaya meningkatkan kepatuhan pengobatan harus bersifat holistik. Perubahan gaya hidup, dukungan emosional, edukasi berbasis komunitas, serta keterlibatan keluarga merupakan bagian tak terpisahkan dari manajemen hipertensi (Black, 1996). Upaya intervensi yang menekankan empati, menghormati kepercayaan pasien, dan melibatkan lingkungan sosialnya akan lebih efektif dibanding pendekatan medis semata. Oleh karena itu,

pengendalian hipertensi di Indonesia menuntut sinergi antara tenaga kesehatan, keluarga, dan komunitas dalam membentuk budaya kepatuhan yang berkelanjutan dan berakar pada nilai-nilai masyarakat.

## Metodologi

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif-deskriptif melalui studi pustaka untuk memetakan dan mensintesis bukti mengenai pengaruh faktor sosial-budaya terhadap kepatuhan pengobatan pasien hipertensi. Pendekatan kualitatif-deskriptif dipilih karena berorientasi pada pemaparan fenomena secara lugas, dekat dengan data, dan berfokus pada “apa” yang dilaporkan studi tanpa membangun teori baru—sehingga sesuai untuk merangkum variasi temuan lintas konteks dan menghasilkan rekomendasi praktis (Colorafi & Evans, 2016). Untuk menjaga transparansi proses penelusuran dan seleksi literatur, alur kerja dirancang mengikuti prinsip *scoping review* dan panduan pelaporannya mengacu pada PRISMA-ScR untuk kejelasan tahapan (Tricco dkk., 2018).

Sumber data dan strategi penelusuran mencakup basis data ilmiah utama (mis. PubMed/MEDLINE, Scopus, dan Google Scholar) serta dokumen kebijakan nasional yang relevan. Kata kunci dikembangkan secara bilingual (Indonesia–Inggris) dan dikombinasikan dengan operator Boolean, misalnya: *hypertension* AND *medication adherence* AND (*culture* OR *social*), serta padanan Indonesia: “hipertensi” AND “kepatuhan minum obat” AND (“sosial” OR “budaya”). Rentang tahun penelusuran ditetapkan 2015–2025 untuk menangkap bukti mutakhir, dengan perluasan *backward/forward citation tracking* saat ditemukan artikel kunci. Kriteria inklusi: artikel jurnal *peer-reviewed* berbahasa Indonesia/Inggris; populasi pasien hipertensi dewasa; melaporkan faktor sosial, budaya, atau psikososial terkait kepatuhan; desain kualitatif, campuran dengan komponen kualitatif, atau kuantitatif yang menyajikan informasi kualitatif/tematik relevan. Kriteria eksklusi: artikel non-hipertensi, editorial/komentar tanpa data, laporan yang tidak menyediakan *full-text*, serta studi yang hanya menilai kepatuhan secara farmakokinetik tanpa konteks sosial-budaya.

Proses seleksi dan penjaminan mutu dilakukan bertahap: (1) penyaringan judul-abstrak; (2) telaah *full-text*; (3) penilaian kelayakan akhir. Dua penelaah independen menyeleksi studi dan menyelesaikan perbedaan melalui konsensus. Mutu metodologis studi yang diikutsertakan dinilai menggunakan CASP Qualitative Checklist atau alat penilaian JBI yang relevan untuk desain masing-masing, menilai aspek tujuan, desain, sampling, pengumpulan data, analisis, dan nilai transferabilitas (Critical Appraisal Skills Programme, 2018). Data diekstraksi secara sistematis (konteks, karakteristik sampel, kerangka teori, faktor sosial-budaya, ukuran/indikator kepatuhan, temuan utama) ke dalam matriks ringkasan untuk memudahkan perbandingan silang.

Analisis data menggunakan analisis tematik yang fleksibel dengan langkah: familiarisasi, pengodean awal, pengelompokan kode, pembentukan tema, peninjauan dan penamaan tema, serta penyusunan narasi sintesis (Saunders dkk., 2023). Kerangka *Health Belief Model* (HBM) dan *Theory of Planned Behavior* (TPB) digunakan sebagai lensa konseptual untuk mengorganisasikan tema (mis. *perceived barriers/benefits*, *cues to action*, *subjective norms*, dan *perceived behavioral control*) agar interpretasi lebih koheren dan terhubung dengan

literatur perilaku kesehatan. Keandalan temuan dijaga melalui triangulasi sumber (lintas basis data dan jenis studi), *peer debriefing* antarrekan penulis, serta *audit trail* ringkas atas keputusan seleksi-analisis. Karena ini studi pustaka, pertimbangan etika penelitian terhadap subjek manusia tidak berlaku; namun, integritas akademik dan sitasi sumber dijaga secara ketat

## Hasil dan Pembahasan

Ringkasan temuan utama. Sintesis studi pustaka mengidentifikasi lima tema konsisten yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien hipertensi:

1. Dukungan keluarga/sosial sebagai faktor pelindung yang meningkatkan kepatuhan melalui fungsi pengingat, pendamping kontrol, dukungan logistik/biaya, dan pengaturan pola makan rumah tangga.
2. Hambatan budaya dan praktik tradisional (mis. preferensi kuat pada herbal, keyakinan “alami = aman” dan “obat kimia = berbahaya”, serta norma diet tinggi garam) yang menurunkan kepatuhan bila menjadi substitusi penuh terhadap obat modern.
3. Stigma penyakit kronik dan dinamika gender (kecenderungan menyembunyikan obat, subordinasi keputusan kesehatan, beban ganda domestik) yang menekan intensi dan perilaku patuh.
4. Literasi kesehatan dan pengalaman sakit yang meningkatkan *self-efficacy* dan mengurangi hambatan yang dirasakan, terutama bila edukasi bersifat jelas, berulang, dan kontekstual.
5. Kualitas relasi pasien–tenaga kesehatan serta kepuasan terapi yang memperkuat kontrol perilaku yang dirasakan melalui komunikasi efektif, penyederhanaan rejimen, dan tindak lanjut terstruktur.

Heterogenitas dan pola lintas-konteks. Pola global menegaskan pentingnya dukungan sosial dan literasi sebagai fasilitator, sementara hambatan budaya, kompleksitas rejimen, dan akses/biaya memperburuk ketidakpatuhan. Konteks Indonesia menampilkan kekhasan pada (i) kuatnya preferensi herbal, (ii) norma kuliner bergaram, serta (iii) sentralitas keluarga/komunitas dalam pengambilan keputusan kesehatan. Mediator yang sering muncul ialah literasi, *self-efficacy*, dan kepuasan terapi; moderator yang dilaporkan meliputi jenis kelamin, usia lanjut, lokasi urban–rural, serta stabilitas ekonomi rumah tangga.

**Tabel 1.** Ringkasan Faktor Sosial-Budaya dan Dampaknya Terhadap Kepatuhan Antihipertensi

Tema	Deskripsi utama	temuan	Arah pengaruh	Mekanisme/Contoh	Implikasi praktis
Dukungan keluarga/sosial	Pengingat pendamping bantuan biaya/transport, regulasi pola makan	obat, kontrol,	↑ Kepatuhan	<i>Cues to action</i> , penguatan <i>self-efficacy</i>	Libatkan keluarga sebagai <i>treatment partner</i> ; kalender minum obat keluarga

Tema	Deskripsi utama	temuan	Arah pengaruh	Mekanisme/Contoh	Implikasi praktis
Praktik keyakinan budaya	& Preferensi herbal; “alami > kimia”; norma diet tinggi garam	herbal;	↓ Kepatuhan (jika substitusi penuh)	Hambatan nilai/kepercayaan; miskonsepsi efek samping	Edukasi peka budaya; klarifikasi peran obat vs herbal; jangan melarang, tapi arahkan
Stigma & gender	Menyembunyikan obat; subordinasi keputusan; beban ganda	subordinasi beban	↓ Kepatuhan	Penurunan <i>perceived benefits</i> & kontrol perilaku	Edukasi anti-stigma; dukungan pasangan; opsi rute/kemasan obat yang discreet
Literasi pengalaman sakit	& Pengetahuan penyakit, pengalaman panjang → kontrol diri meningkat	penyakit, pengalaman panjang	↑ Kepatuhan	<i>Self-efficacy</i> ↑, hambatan ↓	<i>Teach-back</i> , media visual sederhana, <i>follow-up</i> periodik
Relasi klinis & kepuasan terapi	Komunikasi baik; rejimen sederhana; dukungan apoteker	baik;	↑ Kepatuhan	Kontrol perilaku dirasakan ↑; sikap terhadap terapi ↑	FDC, <i>pill-box</i> , pengingat digital; <i>shared decision-making</i>

**Tabel 2.** Pemetaan temuan empiris pada kerangka HBM dan TPB

Tema empiris	HBM (komponen dominan)	TPB (komponen dominan)	Bukti mekanistik yang sering muncul	Arah intervensi yang diturunkan
Dukungan keluarga/sosial	<i>Cues to action, self-efficacy</i>	Norma subjektif (+)	Pengingat, pendamping, kontrol pola makan	Program berbasis keluarga/komunitas; kontrak peran pengingat
Praktik keyakinan budaya	& <i>Perceived barriers/benefits, threat</i>	Sikap (pro/anti obat modern)	Substitusi herbal penuh vs komplementer	Konseling peka budaya; validasi praktik non-kontraindikatif
Stigma & gender	<i>Self-efficacy</i> ↓, manfaat dirasakan ↓	Norma subjektif (-), kontrol perilaku (-)	Menyembunyikan obat; hambatan negosiasi	Edukasi anti-stigma; dukungan pasangan; opsi konsumsi “tidak terlihat”
Literasi pengalaman	& <i>Self-efficacy</i> ↑, hambatan ↓	Kontrol perilaku (+)	Pemahaman regimen; manajemen efek samping	<i>Teach-back</i> , lembar ringkas, <i>check-in</i> berkala
Relasi klinis & kepuasan	& Hambatan ↓, manfaat ↑	Sikap (+), kontrol perilaku (+)	Komunikasi, penyederhanaan regimen	FDC, <i>treat-to-target</i> dengan <i>shared decision-making</i>

**Tabel 3.** Perbandingan pola global vs Indonesia

Domain	Pola global	Kekhasan Indonesia	Konsekuensi desain intervensi
Dukungan sosial	Konsisten memfasilitasi kepatuhan	Struktur keluarga/komunitas kuat	Intervensi keluarga-komunitas menjadi kunci
Budaya herbal	& Hambatan bila substitusi penuh	Preferensi herbal tinggi di beberapa wilayah	Pendekatan <i>harm-reduction</i> : integrasi komplementer
Diet kebiasaan	& Garam sebagai faktor umum	Norma kuliner bergaram lokal	Intervensi diet berbasis rumah tangga, bukan individu
Stigma gender	& Variatif antarnegara	Menyembunyikan obat; beban ganda perempuan	Strategi sensitif gender; dukungan pasangan/keluarga
Relasi klinis	Komunikasi memengaruhi patuh	Peran apoteker primer potensial	Konseling farmasi sistematis; tindak lanjut terstruktur

**Tabel 4.** Rangka rekomendasi operasional berbasis temuan

Komponen	Rekomendasi operasional	Target	Indikator keberhasilan (contoh)
Keluarga & komunitas	Jadikan anggota keluarga <i>treatment partner</i> ; modul edukasi keluarga	Pasien & keluarga	≥80% pasien memiliki pengingat keluarga; kehadiran kontrol meningkat
Budaya herbal	& Konseling peka budaya; klarifikasi peran obat; integrasi praktik komplementer aman	Pasien berbasis komunitas	Penurunan laporan substitusi herbal penuh; peningkatan persistensi obat
Diet kebiasaan	& Paket edukasi garam berbasis rumah; <i>shopping list</i> rendah garam	Rumah tangga	Penurunan asupan garam (survei 24 jam); TD rata-rata turun
Relasi klinis & rejimen	FDC, <i>pill-box</i> , pengingat digital; <i>review</i> obat oleh apoteker	Layanan primer	Penurunan rejimen kompleks; MPR/PDC meningkat
Kebijakan program	& Skrining faktor sosial-budaya di anamnesis; optimalkan Posbindu/PROLANIS	Fasilitas kesehatan	Cakupan skrining psikososial >70%; retensi program meningkat

## Pembahasan

Integrasi teoretis (HBM & TPB). Temuan konsisten dengan HBM: dukungan keluarga bertindak sebagai isyarat tindakan (*cues to action*) yang memperkuat keyakinan kemampuan (*self-efficacy*), sementara preferensi herbal/substitusi penuh, kekhawatiran efek samping, dan biaya/akses menjadi hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*). Pada saat yang sama, persepsi manfaat dan ancaman (komplikasi hipertensi) mempengaruhi keputusan untuk patuh. Dalam bingkai TPB, norma subjektif keluarga/komunitas membentuk dorongan sosial untuk patuh, sikap terhadap obat modern vs herbal menentukan kecenderungan menerima atau menolak terapi, sedangkan kontrol perilaku

yang dirasakan diperkuat oleh penyederhanaan rejimen, dukungan alat bantu (pengingat digital, *pill-box*), dan komunikasi klinis yang empatik.

Mediator–moderator dan konsekuensi desain. Secara fungsional, literasi kesehatan dan kepuasan terapi kerap bertindak sebagai mediator antara dukungan sosial dan kepatuhan; keduanya memperbaiki sikap dan meningkatkan kontrol perilaku yang dirasakan. Moderator seperti gender, usia lanjut, dan *setting* urban–rural memengaruhi besaran efek—misalnya, preferensi herbal lebih kuat dan akses layanan lebih menantang di wilayah rural, sehingga strategi berbasis komunitas dan *task shifting* (peran apoteker/perawat) menjadi lebih relevan. Heterogenitas ini menjelaskan mengapa edukasi generik sering kurang efektif dan menggarisbawahi pentingnya tailoring intervensi menurut profil budaya, keluarga, dan sumber daya lokal.

Implikasi praktik dan kebijakan. Intervensi efektif perlu berfokus pada tiga pilar: (i) pelibatan keluarga/komunitas, (ii) edukasi peka budaya, dan (iii) optimasi pengalaman terapi. Secara operasional: menetapkan anggota keluarga sebagai *treatment partner*, melakukan konseling yang menghormati nilai lokal (tanpa melarang praktik tradisional yang tidak kontraindikasi), menyediakan rejimen sederhana (mis. kombinasi dosis tetap) dengan dukungan pengingat, serta memastikan tindak lanjut farmasi (*medication review*) berkala. Pada tingkat kebijakan, penyisipan skrining faktor sosial-budaya dan kepatuhan dalam anamnesis rutin, serta pemanfaatan platform komunitas (seperti Posbindu dan program pengelolaan penyakit kronis) akan memperkuat norma pro-kepatuhan dan mempermudah dukungan berkelanjutan.

Keterbatasan dan agenda riset. Sebagai studi pustaka, temuan dipengaruhi oleh variasi mutu dan pelaporan studi asal. Diperlukan penelitian kualitatif lapangan yang memadukan observasi, *member-checking*, dan triangulasi multi-sumber untuk memvalidasi temuan pada berbagai konteks layanan dan budaya lokal. Riset mendatang disarankan menguji model implementasi (mis. RE-AIM/CFIR) untuk menilai jangkauan, efektivitas, adopsi, pelaksanaan, dan keberlanjutan intervensi berbasis keluarga-budaya di layanan primer.

Integrasi antara *Health Belief Model* (HBM) dan *Theory of Planned Behavior* (TPB) memberikan kerangka konseptual yang kuat untuk memahami perilaku kepatuhan pengobatan pada pasien hipertensi. Kedua teori ini sama-sama menekankan peran persepsi individu, konteks sosial, serta keyakinan terhadap kemampuan diri dalam membentuk keputusan untuk bertindak. Dalam konteks hipertensi, keputusan seseorang untuk mematuhi terapi tidak hanya bergantung pada anjuran medis, tetapi juga pada interpretasi pribadi mengenai manfaat, hambatan, dan dukungan sosial yang ia terima. HBM berfokus pada persepsi individu terhadap ancaman penyakit dan efektivitas tindakan pencegahan, sementara TPB menekankan bahwa niat untuk berperilaku patuh dibentuk oleh sikap, norma sosial, serta kontrol perilaku yang dirasakan. Integrasi keduanya menghasilkan pemahaman yang lebih komprehensif terhadap dinamika kepatuhan, terutama di masyarakat dengan struktur sosial yang kuat seperti Indonesia.

Dalam perspektif HBM, dukungan keluarga dapat dilihat sebagai “isyarat tindakan” yang menggerakkan individu untuk melakukan perilaku sehat. Keluarga yang terlibat aktif memberikan pengingat, motivasi, dan rasa tanggung jawab moral bagi pasien untuk terus

menjalani terapi. Rasa percaya diri dalam mengelola obat—*\*self-efficacy\**—meningkat ketika pasien merasa tidak sendirian dalam menghadapi penyakitnya. Sebaliknya, hambatan seperti kekhawatiran terhadap efek samping obat, ketergantungan pada terapi herbal, serta kendala biaya dan akses menjadi faktor yang menghalangi tindakan patuh (Rosa, 2011). Di sinilah pentingnya peran tenaga kesehatan dalam mengubah persepsi pasien melalui komunikasi yang terbuka dan empatik, agar hambatan yang dirasakan dapat diatasi tanpa menimbulkan resistensi budaya atau emosional (Niang, 2020).

Sementara itu, TPB menjelaskan bahwa perilaku patuh tidak hanya lahir dari kesadaran pribadi, tetapi juga dari tekanan dan dukungan sosial. Norma subjektif yang terbentuk di lingkungan keluarga dan komunitas memiliki kekuatan besar dalam memengaruhi keputusan pasien. Bila keluarga dan masyarakat memandang terapi medis sebagai bentuk tanggung jawab terhadap kesehatan, maka kepatuhan menjadi norma yang diterima. Sebaliknya, jika lingkungan lebih menekankan pada pengobatan tradisional dan memandang obat dokter sebagai simbol ketergantungan, pasien cenderung menolak atau mengurangi dosis secara mandiri. Kontrol perilaku yang dirasakan juga menjadi aspek penting: semakin sederhana rejimen terapi, semakin tinggi pula kemungkinan pasien untuk mematuhi. Penggunaan alat bantu seperti kotak obat bersekat, pengingat digital, atau kalender minum obat dapat memperkuat rasa kendali dan meminimalkan kelupaan (Mackey dkk., 2013).

Hubungan antara dukungan sosial dan kepatuhan sering dimediasi oleh tingkat literasi kesehatan dan kepuasan terhadap terapi (Abt, 1978). Pasien yang memahami fungsi obat dan merasakan manfaat langsung dari pengobatan akan lebih percaya diri dalam mempertahankan rutinitasnya. Di sisi lain, faktor-faktor seperti usia, jenis kelamin, dan tempat tinggal dapat memoderasi kekuatan hubungan tersebut (Daryanto, 2019). Misalnya, pasien lansia di daerah pedesaan mungkin lebih mengandalkan nasihat tokoh masyarakat dibanding tenaga medis, sementara pasien di perkotaan lebih terbuka terhadap informasi digital dan intervensi berbasis teknologi. Kondisi ini menegaskan bahwa pendekatan satu pola tidak akan efektif; intervensi harus disesuaikan dengan konteks sosial-budaya setempat agar dapat diterima dan berkelanjutan.

Secara praktis, strategi peningkatan kepatuhan perlu dibangun di atas tiga fondasi utama. Pertama, melibatkan keluarga dan komunitas sebagai mitra pengobatan, bukan sekadar pendukung pasif. Kedua, penyusunan materi edukasi yang peka budaya, yang menghormati kepercayaan lokal tanpa mengorbankan keselamatan pasien. Ketiga, penyederhanaan pengalaman terapi melalui rejimen yang mudah diikuti, pengawasan farmasi berkala, dan penggunaan teknologi sederhana untuk pengingat. Pada tataran kebijakan, memasukkan skrining sosial-budaya dan kepatuhan dalam proses anamnesis dapat membantu tenaga kesehatan merancang intervensi yang lebih personal dan efektif. Program komunitas seperti Posbindu dan pengelolaan penyakit kronis berbasis masyarakat juga dapat dimanfaatkan untuk membangun norma sosial baru yang mendorong kepatuhan kolektif (Kips, 2002).

Namun, sebagai karya berbasis telaah pustaka, temuan semacam ini memiliki keterbatasan dalam hal generalisasi dan validasi empiris. Ke depan, dibutuhkan penelitian lapangan yang melibatkan observasi mendalam, wawancara partisipatif, dan triangulasi

lintas sumber untuk memverifikasi efektivitas strategi yang diusulkan. Pendekatan evaluatif seperti \*RE-AIM\* atau \*CFIR\* dapat digunakan untuk menilai sejauh mana intervensi berbasis keluarga dan budaya mampu menjangkau masyarakat, diadopsi oleh tenaga kesehatan, serta berkelanjutan dalam sistem layanan primer. Dengan demikian, integrasi antara teori perilaku dan praktik sosial dapat menjadi fondasi yang kokoh bagi kebijakan kesehatan yang lebih manusiawi, kontekstual, dan berorientasi pada keberhasilan jangka panjang pengelolaan hipertensi di Indonesia.

## Simpulan

Penelitian kualitatif ini menegaskan bahwa kepatuhan pengobatan pasien hipertensi tidak hanya Penelitian kualitatif-deskriptif berbasis studi pustaka ini menegaskan bahwa kepatuhan pengobatan pasien hipertensi dibentuk oleh interaksi erat antara dukungan keluarga/komunitas, praktik dan keyakinan budaya (termasuk penggunaan herbal), stigma penyakit kronik dan dinamika gender, literasi kesehatan serta pengalaman sakit, dan kualitas relasi pasien–tenaga kesehatan beserta kepuasan terapi. Temuan memperkaya pemahaman teoretis dengan menunjukkan bagaimana komponen *Health Belief Model* (isyarat tindakan, hambatan/manfaat yang dirasakan, *self-efficacy*) dan *Theory of Planned Behavior* (sikap, norma subjektif, kontrol perilaku yang dirasakan) berkelindan dalam konteks sosial-budaya Indonesia, sehingga menjelaskan variasi niat dan perilaku patuh. Implikasi praktisnya adalah pentingnya intervensi peka budaya dan berbasis keluarga/komunitas, penyederhanaan rejimen, penguatan konseling klinis dan tindak lanjut farmasi, serta pemanfaatan platform komunitas di layanan primer. Keterbatasan riset ini terletak pada ketergantungan pada mutu dan heterogenitas laporan sekunder; karena itu, penelitian lapangan dengan triangulasi metode dan evaluasi implementasi pada berbagai *setting* sangat disarankan untuk memperkaya dan memvalidasi temuan.

## Saran

Praktisi di layanan primer perlu menempatkan anggota keluarga sebagai *treatment partner* (pengingat, pendamping kontrol, pengatur diet) dan menerapkan konseling peka budaya yang mengklarifikasi peran obat modern seraya mengakomodasi praktik tradisional yang tidak kontraindikatif; rejimen hendaknya disederhanakan (misalnya kombinasi dosis tetap) dengan dukungan *pill-box* dan pengingat digital. Bagi pengelola program dan pembuat kebijakan, integrasikan skrining faktor sosial-budaya dan kepatuhan dalam anamnesis rutin, optimalkan peran Posbindu/PROLANIS, serta perkuat peran apoteker dalam *medication review* dan tindak lanjut terstruktur. Akademisi disarankan mengembangkan penelitian lapangan mendalam (observasi, etnografi singkat, *member-checking*) dan studi evaluasi implementasi (mis. RE-AIM/CFIR) guna menilai efektivitas, adopsi, dan keberlanjutan intervensi berbasis keluarga–budaya pada populasi dan setting yang beragam.

---

## Referensi

- Abt, C. C. (1978). Gaya hidup dan kesehatan. Masa depan. [https://doi.org/10.1016/0016-3287\(78\)90004-6](https://doi.org/10.1016/0016-3287(78)90004-6)
- Alfian, S. D. (2022). The role of illness perceptions on medication non-adherence among patients with hypertension in Indonesia. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 985293.
- Alkagiet, S., & Tziomalos, K. (2018). Suboptimal Adherence to Antihypertensive Treatment: Causes and Management. *The Open Hypertension Journal*. <https://doi.org/10.2174/1876526201810010041>
- Black, H. R. (1996). Kontrol tekanan darah. *Jurnal Kedokteran Amerika*. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(96\)00320-8](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(96)00320-8)
- Borysiewicz, L. K. (2010). Mencegah lebih baik daripada mengobati. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61757-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61757-8)
- Colorafi, K. J., & Evans, B. (2016). Qualitative descriptive methods in health science research. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9(4), 16–25.
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). CASP Qualitative Checklist. CASP Programme.
- Daryanto, A. (2019). Menghindari efek moderasi palsu: Pendekatan teoretis informasi untuk analisis moderasi. *Jurnal Riset Bisnis*. <https://doi.org/10.1016/J.JBUSRES.2019.06.012>
- Freud, S. (1921). Psikologi Kelompok dan Analisis Ego.
- Gotto, A. M. (1991). Rasional pengobatan. *Jurnal Kedokteran Amerika*. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(91\)90054-2](https://doi.org/10.1016/0002-9343(91)90054-2)
- Hassan, R. J., & Abdulazeez, A. M. (2021). Tinjauan kecerdasan buatan dalam pendidikan: Masa lalu, masa kini, dan masa depan. *Jurnal Internasional Teknologi Informasi dan Komunikasi*, 13(4), 429–446.
- Kammerlander, N. (2021). Bisnis keluarga dan pertanyaan seputar bisnis keluarga di abad ke-21: Siapa yang mengembangkan SEW, bagaimana anggota keluarga menciptakan nilai, dan siapa yang menjadi bagian dari keluarga? *Jurnal Strategi Bisnis Keluarga*. <https://doi.org/10.1016/j.jfbs.2021.100470>
- Kaplowitz, N. (2012). Mengatasi stres. *Hepatology*. <https://doi.org/10.1002/HEP.25515>
- Kips, J. (2002). Mengelola penyakit yang bervariasi. *Farmakologi & Terapi Paru*. <https://doi.org/10.1006/PUPT.2002.0398>

- Mackey, L., Mackey, T. K., & Liang, B. A. (2013). Pemasaran dan tata kelola digital farmasi: Aktor ilegal dan tantangan terhadap keselamatan pasien dan kesehatan masyarakat global.
- Matvijit, T., Tadadej, C., & Kittipichai, W. (2024). Hubungan antara Dukungan Organisasi yang Dirasakan, Pemberdayaan, dan Komitmen Organisasi Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Promosi Kesehatan Kecamatan di Provinsi Suphanburi, Thailand. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Thailand*.
- Moini Jazani, A., Nasimi Doost Azgomi, H., Nasimi Doost Azgomi, A., & Nasimi Doost Azgomi, R. (2023). Pengaruh hidroterapi, balneoterapi, dan terapi spa terhadap tekanan darah: Tinjauan mini. *Jurnal Biometeorologi Internasional*. <https://doi.org/10.1007/s00484-023-02512-5>
- Mrema, E. (2006). *Urusan Regional. Dalam Kebijakan dan Hukum Lingkungan*. <https://doi.org/10.4135/9781483302843.n68>
- Niang, M. (2020). Apa peran tenaga kesehatan masyarakat? Meninjau kembali filosofi pelayanan kesehatan primer. *Promosi Kesehatan Global*. <https://doi.org/10.1177/1757975918811087>
- Rosa, I. (2011). Manajemen efek samping. *Klinik dan Penelitian Hepatologi dan Gastroenterologi*. [https://doi.org/10.1016/S2210-7401\(11\)70011-0](https://doi.org/10.1016/S2210-7401(11)70011-0)
- Saunders, C. H., Sierpe, A., von Plessen, C., Kennedy, A., Leviton, L. C., Bernstein, S. L., Goldwag, J. L., King, J. R., Marx, C. M., Pogue, J., Van Citters, A. D., Yen, R. W., Elwyn, G., & Leyenaar, J. K. (2023). Practical thematic analysis: A guide for multidisciplinary health services research teams engaging in qualitative analysis. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074256>
- Setiadi, A. P. (2022). Socioeconomic factors influencing medication adherence among patients with hypertension in Lombok, Indonesia. *Pharmacia*.
- Tricco, A. C., Lillie, E., & Zarin, W. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473.
- Vanderburg, W. H. (1985). Teknologi, masyarakat, dan budaya. *Teknologi dalam Masyarakat*. [https://doi.org/10.1016/0160-791X\(85\)90008-9](https://doi.org/10.1016/0160-791X(85)90008-9)
- World Health Organization. (2019). *Hypertension*. WHO.