

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep Dasar Hipertensi

2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi, atau tekanan darah tinggi, adalah kondisi medis yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Istilah "hipertensi" berasal dari kata "*hiper*," yang berarti berlebihan, dan "*tensi*," yang berarti tekanan atau tegangan. Dengan demikian, hipertensi merujuk pada gangguan dalam sistem peredaran darah yang menyebabkan tekanan darah melebihi nilai normal. Menurut Musakkar dan Djafar, (2021) kondisi ini menyebabkan tekanan darah meningkat secara signifikan dari batas yang dianggap sehat. Seseorang dikategorikan mengalami hipertensi ketika tekanan darah sistolik mencapai atau melebihi 140 mmHg dan tekanan darah diastolik mencapai atau melebihi 90 mmHg, sebagaimana diukur pada beberapa kesempatan yang berbeda. Definisi ini diacu dari standar yang ditetapkan oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (2024). Penetapan ambang batas ini penting untuk diagnosis yang akurat dan pengelolaan hipertensi yang efektif, sehingga dapat membantu dalam mencegah komplikasi lebih lanjut yang terkait dengan kondisi tersebut.

2.1.1 Penyebab Hipertensi

Ada 2 macam hipertensi menurut (Wade, 2023) yaitu :

- a. Hipertensi esensial adalah hipertensi yang sebagian besar tidak diketahui penyebabnya. Sekitar 10-16% orang dewasa yang mengidap penyakit tekanan darah tinggi ini.
- b. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang diketahui penyebabnya. Sekitar 10 % orang yang menderita hipertensi jenis ini.

Beberapa penyebab hipertensi menurut (Wade, 2023), antara lain :

- a. Keturunan Jika seseorang memiliki orang tua atau saudara yang mengidap hipertensi maka besar kemungkinan orang tersebut menderita hipertensi.
- b. Usia Sebuah penelitian menunjukkan bahwa semakin bertambah usia seseorang maka tekanan darah pun akan meningkat.

- c. Garam dapat meningkatkan tekanan darah dengan cepat pada beberapa orang.
- d. Kolesterol Kandungan lemak yang berlebih dalam darah dapat menyebabkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah, sehingga mengakibatkan pembuluh darah menyempit dan tekanan darah pun akan meningkat.
- e. Obesitas/kegemukan Orang yang memiliki 30% dari berat badan ideal memiliki risiko lebih tinggi mengidap hipertensi.
- d. Stress merupakan masalah yang memicu terjadinya hipertensi di mana hubungan antara stres dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf
- e. Merokok dapat memicu terjadinya tekanan darah tinggi, jika merokok dalam keadaan menderita hipertensi maka akan dapat memicu penyakit yang berkaitan dengan jantung dan darah.
- f. Kafein yang terdapat pada kopi, teh, ataupun minuman bersoda dapat meningkatkan tekanan darah.
- g. Mengonsumsi alkohol yang berlebih dapat meningkatkan tekanan darah.
- h. Kurang olahraga Kurang berolahraga dan bergerak dapat meningkatkan tekanan darah, jika menderita hipertensi agar tidak melakukan olahraga berat.

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Tabel 3. 1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah 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

Sumber : 2018 ESC/ESH Hypertension Guidelines

2.1.3 Tanda dan Gejala Hipertensi

Tanda dan gejala Hipertensi menurut (Wade, 2023) yaitu :

- a. Sakit kepala (biasanya pada pagi hari sewaktu bangun tidur)
- b. Bising (bunyi “nging”) di telinga
- c. Jantung berdebar-debar
- d. Pengelihatan kabur
- e. Mimisan
- f. Tidak ada perbedaan tekanan darah walaupun berubah posisi.

2.1.4 Dampak Hipertensi

Dampak Hipertensi yang tidak teratasi, dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya:

- a. Payah jantung, kondisi jantung yang tidak lagi mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Kondisi ini terjadi karena kerusakan pada otot jantung atau sistem listrik jantung.
- b. Stroke, tekanan darah yang terlalu tinggi bisa mengakibatkan pembuluh darah yang sudah lemah pecah. Jika hal ini terjadi pada pembuluh darah otak maka akan terjadi pendarahan pada otak dan mengakibatkan kematian. Stroke bisa juga terjadi karena sumbatan dari gumpalan darah di pembuluh darah yang menyempit.
- c. Kerusakan ginjal, menyempit dan menebalnya aliran darah menuju ginjal akibat hipertensi dapat mengganggu fungsi ginjal untuk menyaring cairan menjadi lebih sedikit sehingga membuang kotoran kembali ke darah.
- d. Kerusakan pengelihatan, pecahnya pembuluh darah pada pembuluh darah di mata karena hipertensi dapat mengakibatkan pengelihatan menjadi kabur, selain itu kerusakan yang terjadi pada organ lain dapat menyebabkan kerusakan pada pandangan yang menjadi kabur. Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung. Beberapa penelitian menemukan bahwa penyebab kerusakan organ-organ tersebut dapat melalui akibat langsung dari kenaikan tekanan darah pada organ atau karena efek tidak langsung. Dampak terjadinya komplikasi hipertensi, kualitas hidup penderita menjadi rendah dan

kemungkinan terburuknya adalah terjadinya kematian penderita akibat komplikasi hipertensi yang dimilikinya.

2.1.5 Pencegahan Hipertensi

Pencegahan hipertensi yang dapat dilakukan menurut (Ernawati, 2020) yaitu :

- a. Mengurangi asupan garam (kurang dari 5 gram setiap hari)
- b. Makan lebih banyak buah dan sayuran
- c. Aktifitas fisik secara teratur
- d. Menghindari penggunaan rokok
- e. Membatasi asupan makanan tinggi lemak jenuh
- f. Menghilangkan/mengurangi lemak trans dalam makanan
- g. Pemeriksaan Fisik Menurut Soares *et al.* (2023) pemeriksaan fisik yang menyeluruh dapat membantu memastikan diagnosis hipertensi dan harus mencakup :
 - 1) Sirkulasi dan jantung: Denyut nadi / ritme / karakter, denyut / tekanan vena jugularis, denyut apeks, bunyi jantung ekstra, ronki basal, edema perifer, bising (karotis, abdominal, femoralis), keterlambatan radio-femoralis.
 - 2) Organ / sistem lain: Ginjal membesar, lingkaran leher > 40 cm (*obstructive sleep apnea*), pembesaran tiroid, peningkatan indeks massa tubuh (BMI) / lingkaran pinggang, timbunan lemak dan striae berwarna (penyakit / sindrom *Cushing*).

2.1.6 Penatalaksanaan Hipertensi Menurut JNC

Menurut panduan JNC 8, penatalaksanaan pasien hipertensi harus mencakup modifikasi gaya hidup sebagai bagian integral dari perawatan, baik di rumah maupun di rumah sakit. Modifikasi gaya hidup ini mencakup perubahan seperti diet sehat, peningkatan aktivitas fisik, dan pengelolaan stres, yang diharapkan dapat membantu mengontrol tekanan darah dan mencegah perkembangan komplikasi. Bagi pasien yang mengalami hipertensi tanpa adanya komorbiditas, target tekanan darah yang disarankan adalah berada dalam rentang yang aman untuk usia mereka, khususnya pada pasien berusia 60 tahun ke atas. Untuk

pasien hipertensi tanpa komorbid, JNC 8 merekomendasikan agar tekanan darah dipertahankan dalam rentang yang sesuai dengan usia pasien. Ini berarti bahwa pengelolaan tekanan darah harus disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi spesifik setiap individu, dengan tujuan mencapai kontrol tekanan darah yang optimal. Hal ini penting untuk memastikan bahwa tekanan darah tetap dalam batas normal yang dapat mengurangi risiko komplikasi serius dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

a. Non farmakologi

Terapi non farmakologi dapat dilakukan dengan cara modifikasi gaya hidup, antara lain:

- 1) Mengurangi berat badan Pengurangan berat badan adalah upaya untuk membuat berat badan terjaga pada rentang normal yang diimbangi dengan olahraga dan pola makan yang baik serta dilakukan pengukuran menggunakan IMT (Indeks Massa Tubuh (Laili & Purnamasari, 2019).
- 2) Diet Diet DASH dianjurkan oleh JNC 7 untuk manajemen hipertensi dengan cara perbanyak konsumsi buah dan sayur, susu rendah lemak, dan kacang-kacangan. Diet ini perlu dipertimbangkan untuk penderita gangguan fungsi ginjal karena mengandung tinggi kalium fosfor dan protein. Pola diet DASH berguna untuk menurunkan tekanan darah dan juga kolesterol (Wati, 2021).
- 3) Menghentikan kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol Penderita hipertensi yang diberikan intervensi pembatasan minum alkohol dalam waktu 2 minggu sampai 2 tahun, di dapatkan hasil yang signifikan dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Hasil dari intervensi tersebut adalah: mengurangi konsumsi alkohol secara bertahap sampai mencapai batas minimal 2 gelas per hari untuk boleh di konsumsi. Penderita hipertensi juga dianjurkan untuk membatasi konsumsi rokok karena merokok menyebabkan penyempitan pembuluh darah yang dapat mempengaruhi peningkatan tekanan darah (Hastuti, 2020).
- 4) Melakukan aktifitas fisik Pemberian aktifitas fisik pada penderita hipertensi terbukti dapat menurunkan tekanan darah. Aktifitas fisik yang

disarankan yaitu latihan olahraga, bersepeda, berlari kecil dan berjalan santai (Hastuti, 2020).

- 5) Mengurangi stress Mengurang stress pada penderita hipertensi dapat dilakukan dengan cara teknik relaksasi, meditasi, manajemen stress serta terapi kognitif untuk menurunkan tekanan darah pada penderitanya (Hastuti, 2020).

b. Farmakologi

Obat antihipertensi melalui terapi farmakologi biasanya diberikan kepada pasien hipertensi tingkat 1 yang tidak memiliki faktor risiko tambahan dan belum mencapai target penurunan tekanan darah melalui terapi non-farmakologi. Terapi non-farmakologi melibatkan perubahan gaya hidup seperti diet sehat, olahraga, dan pengelolaan stres. Jika terapi non-farmakologi tidak efektif dalam mengontrol tekanan darah, maka obat antihipertensi menjadi pilihan yang diperlukan untuk mencapai target tekanan darah yang diinginkan. Seperti yang dijelaskan oleh Hastuti, (2020), penting bagi pasien untuk memilih jenis obat yang sesuai dengan kondisi mereka dan berkonsultasi dengan dokter sebelum memulai pengobatan. Menurut JNC (*Joint National Committee*), terdapat berbagai jenis obat antihipertensi yang dapat dipilih berdasarkan kebutuhan dan kondisi kesehatan pasien. Pemilihan jenis obat harus mempertimbangkan faktor-faktor individual seperti efek samping, interaksi dengan obat lain, dan kondisi kesehatan khusus pasien. Dengan berkonsultasi pada dokter, pasien dapat memastikan bahwa mereka mendapatkan terapi yang paling efektif dan aman untuk mengelola hipertensi mereka.

- 1) Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) Obat golongan Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) bekerja menghambat perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II sehingga bekerja dengan menghambat aktivitas saraf simpatis dengan menurunkan pelepasan noradrenalin, menghambat pelepasan endotelin, meningkatkan produksi substansi vasodilatasi 18 seperti, bradikinin, prostaglandin dan menurunkan retensi sodium dengan menghambat produksi aldosteron.

Efek samping yang mungkin terjadi adalah batuk, skin rash, hiperkalemia. Hepatotoksik, glikosuria dan proteinuria merupakan efek samping yang jarang. Contoh golongan ACEI adalah captopril, enalapril dan Lisinopril (Hapsari, 2020)

2) Angiotensin Receptor Blocker (ARB)

Golongan obat Angiotensin Receptor Blocker (ARB) menyebabkan vasodilatasi, peningkatan ekskresi Na^+ dan cairan (mengurangi volume plasma), menurunkan hipertrofi vaskular sehingga dapat menurunkan tekanan darah. Efek samping yang dapat muncul meliputi pusing, sakit kepala, diare, hiperkalemia, rash, batuk-batuk (lebih kurang dibanding ACE-inhibitor), *abnormal taste sensation (metallic taste)*. Contoh golongan ARB adalah candesartan, losartan dan valsartan (Hapsari, 2020).

3) Thiazide Diuretik

Golongan obat Thiazid diuretic bekerja dengan meningkatkan ekskresi air dan Na^+ melalui ginjal yang menyebabkan berkurangnya preload dan menurunkan cardiac output. Selain itu, berkurangnya konsentrasi Na^+ dalam darah menyebabkan sensitivitas adrenoreseptor- α terhadap katekolamin menurun, sehingga terjadi vasodilatasi atau resistensi perifer menurun. Efek samping yang mungkin timbul meliputi peningkatan asam urat, gula darah, gangguan profil lipid dan hiponatremia. Contoh golongan Thiazide diuretic adalah hidroclorotiazid dan indapamide (Hapsari, 2020).

4) Beta Blocker

Golongan obat beta bloker bekerja dengan mengurangi isi sekuncup jantung, selain itu juga menurunkan aliran simpatik dari SSP dan menghambat pelepasan renin dari ginjal sehingga mengurangi sekresi aldosteron. Efek samping meliputi kelelahan, insomnia, halusinasi, menurunkan libido dan menyebabkan impotensi. Contoh golongan beta bloker adalah atenolol dan metoprolol (Hapsari, 2020).

5) Calcium Channel Blocker (CCB)

Golongan obat calcium canal bloker (CCB) memiliki efek vasodilatasi, memperlambat laju jantung dan menurunkan kontraktilitas miokard sehingga menurunkan tekanan darah. Efek samping yang mungkin timbul adalah pusing, bradikardi, flushing, sakit kepala, peningkatan SGOT dan SGPT, dan gatal gatal juga pernah dilaporkan. Contoh golongan CCB adalah nifedipine, amlodipine dan diltiazem (Hapsari, 2020).

2.2 Definisi Kualitas Hidup

WHOQoL Group mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu dari posisi individu dalam kehidupan dalam konteks sistem budaya dan nilai dimana individu hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran. Kualitas hidup adalah konsep yang luas mulai terpengaruh dengan cara yang kompleks dengan kesehatan fisik individu, keadaan psikologis, keyakinan pribadi, hubungan sosial dan hubungan individu dengan fitur-fitur penting dari lingkungan individu. (Ekasari, *et al.*, 2019)

Kualitas hidup adalah persepsi subjektif seseorang mengenai posisi kehidupannya, yang dipengaruhi oleh konteks budaya dan sistem nilai yang berlaku di sekitarnya. Persepsi ini meliputi bagaimana individu melihat tujuan hidup, harapan, standar, dan kekhawatiran mereka. Faktor-faktor ini memainkan peran penting dalam menentukan bagaimana seseorang menilai kualitas hidup mereka, karena mereka mempengaruhi berbagai aspek kehidupan, termasuk kesehatan fisik, kondisi psikologis, dan kepuasan pribadi. Selain itu, kualitas hidup juga dipengaruhi oleh hubungan sosial dan interaksi dengan lingkungan sekitar. Kesehatan fisik dan keadaan psikologis dapat memengaruhi tingkat kepuasan hidup, sedangkan hubungan sosial yang baik dan lingkungan yang mendukung dapat meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. Oleh karena itu, kualitas hidup mencerminkan keseimbangan antara berbagai dimensi kehidupan yang penting bagi kesejahteraan seseorang. (Ekasari, *et al.*, 2019)

Menurut Sahin, (2023) kualitas hidup atau *Quality of Life* adalah bagaimana seseorang memandang posisinya dalam masyarakat, dengan mempertimbangkan nilai-nilai dan budaya lokal serta adat setempat. Konsep ini mencakup pandangan multidimensi yang melibatkan tidak hanya aspek fisik tetapi juga aspek psikologis. Artinya, kualitas hidup mencakup bagaimana individu merasakan kesejahteraan mereka secara menyeluruh, termasuk dalam hal kesehatan mental, kepuasan hidup, serta pencapaian harapan dan keinginan mereka. Sementara itu, definisi kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group*, seperti yang diungkapkan oleh Fitriana dan Ambarini, (2012) menekankan pada persepsi individu tentang posisinya dalam hidup berdasarkan konteks budaya dan sistem nilai di sekitarnya. Definisi ini juga mencakup hubungan individu dengan tujuan, harapan, standar hidup, dan perhatian mereka terhadap berbagai aspek kehidupan. Kualitas hidup menurut WHOQOL Group adalah gambaran menyeluruh mengenai bagaimana individu menilai kesejahteraan mereka dalam kerangka sosial dan budaya yang lebih luas.

Hal ini sejalan dengan pendapat Gill dan Feinstein (dalam Rachmawati, 2013) yang mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan, dalam hubungannya dengan sistem budaya dan nilai setempat dan berhubungan dengan cita-cita, pengharapan, dan pandangan-pandangannya, yang merupakan pengukuran multidimensi, tidak terbatas hanya pada efek fisik maupun pengobatan psikologis. Kualitas hidup merupakan suatu bentuk multidimensional, terdapat tiga konsep kualitas hidup yaitu menunjukkan suatu konsep multidimensional, yang berarti bahwa informasi yang dibutuhkan mempunyai rentang area kehidupan dari penderita itu, seperti kesejahteraan fisik, kemampuan fungsional, dan kesejahteraan emosi atau sosial, menilai celah antara keinginan atau harapan dengan sesuai kemampuan untuk melakukan perubahan dalam diri (Dharma, 2018).

Testa dan Simonson, (1996) membuat batasan kualitas hidup didasarkan pada definisi sehat WHO yang berisi dimensi sehat fisik, jiwa, dan sosial yang untuk

tiap-tiap orang berbeda-beda karena dipengaruhi oleh pengalaman, kepercayaan, keinginan, dan persepsi seseorang. Berdasarkan penjelasan yang dipaparkan maka dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah penilaian individu terhadap posisi individu di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana individu hidup berkaitan dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu (Dharma, 2018).

2.2.1 Dimensi-Dimensi Kualitas Hidup

Dimensi-dimensi yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada dimensi-dimensi kualitas hidup yang terdapat pada *World Health Organization Quality of Life Bref version* (WHOQoL-BREF). Menurut WHOQoL-BREF terdapat empat dimensi mengenai kualitas hidup yang meliputi (Dharma, 2018):

- a. Dimensi Kesehatan Fisik, yaitu kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja. Hal ini terkait dengan *private self consciousness* yaitu mengarahkan tingkah laku ke perilaku *covert*, dimana individu lain tidak dapat melihat apa yang dirasakan dan dipikirkan individu secara subjektif.
- b. Dimensi Psikologis, yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Kesejahteraan psikologis mencakup *bodily image* dan *appearance*, perasaan positif, perasaan negatif, *self esteem*, keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, penampilan dan gambaran jasmani. Apabila dihubungkan dengan *private self*

consciousness adalah individu merasakan sesuatu apa yang ada dalam dirinya tanpa ada orang lain mengetahuinya, misalnya memikirkan apa yang kurang dalam dirinya saat berpenampilan.

- c. Dimensi Hubungan Sosial, yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Mengingat manusia adalah makhluk sosial maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial; aktivitas seksual. Hubungan sosial terkait akan *public self consciousness* yaitu bagaimana individu dapat berkomunikasi dengan orang lain.
- d. Dimensi Lingkungan, yaitu tempat tinggal individu, termasuk di dalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun ketrampilan; partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang; lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim; serta transportasi. Berfokus pada *public self consciousness* dimana individu memiliki kesadaran dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup menurut Moons, *et al* (dalam Dharma, 2018) dalam konseptualisasi yang dikemukakannya, sebagai berikut:

- a. Jenis Kelamin, mengatakan bahwa gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Setiawan, (2013) menemukan adanya perbedaan antara kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan. Setiawan, (2013) mengatakan bahwa laki-laki dan perempuan

memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal yang penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan.

b. Usia, adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan oleh Wagner, Abbot, dan Lett, (2004) menemukan adanya perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu.

c. Pendidikan, bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, Asgharpour, Safa, dan Kermani, (2007) menemukan adanya pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.

d. Pekerjaan, bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki disabilitas tertentu). Wahl, Rustoen, Hanestad, Lerdal dan Moum, (2004) menemukan bahwa status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup baik pada pria maupun wanita.

e. Status pernikahan, bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai ataupun janda, dan individu yang menikah atau kohabitasi. Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahl, Rustoen, Hanestad, Lerdal dan Moum, (2004) menemukan bahwa baik pada pria maupun wanita, individu dengan status menikah atau kohabitasi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.

f. Penghasilan, menjelaskan bahwa Bidang penelitian yang sedang berkembang dan hasil penilaian teknologi kesehatan mengevaluasi manfaat, efektivitas biaya, dan keuntungan bersih dari terapi. hal ini dilihat dari penilaian perubahan kualitas hidup secara fisik, fungsional, mental, dan kesehatan sosial dalam rangka untuk mengevaluasi biaya dan manfaat dari program baru dan intervensi.

g. Hubungan dengan orang lain, bahwa pada saat kebutuhan akan hubungan dekat dengan orang lain terpenuhi, baik melalui hubungan pertemanan yang saling mendukung maupun melalui pernikahan, manusia akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik baik secara fisik maupun emosional. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, Asgharpour, Safa, dan Kermani, (2007) juga menemukan bahwa faktor hubungan dengan orang lain memiliki kontribusi yang cukup besar dalam menjelaskan kualitas hidup subjektif.

h. Standard referensi, O'Connor, (1993) mengatakan bahwa kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh standard referensi yang digunakan seseorang seperti harapan, aspirasi, perasaan mengenai persamaan antara diri individu dengan orang lain. Hal ini sesuai dengan definisi kualitas hidup yang dikemukakan oleh WHOQoL (dalam Power, 2003) bahwa kualitas hidup akan dipengaruhi oleh harapan, tujuan, dan standard dari masing-masing individu.

i. Kesehatan fisik, Windri, (2019) mengatakan Penyakit psoriasis merupakan penyakit kronik residif sehingga berdampak pada kualitas hidup penderita hingga menyebabkan penderita merasa depresi bahkan bunuh diri. Windri (2019) menyatakan psoriasis berdampak negatif sedang hingga berat terhadap kualitas hidup penderita karena terdapat perubahan aktivitas sehari-hari. WHO (1948) menjelaskan kesehatan adalah tonggak penting dalam perkembangan kualitas hidup tentang kepedulian terhadap kesehatan. WHO mendefinisikan kesehatan tidak hanya sebagai sesuatu penyakit tapi dapat dilihat dari fisik, mental dan kesejahteraan sosial.

2.3. Definisi Kepatuhan

Kepatuhan adalah perilaku mentaati saran dan prosedur dari seorang dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului dengan konsultasi (Prabasari, 2021). Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat merupakan aspek utama dalam penanganan penyakit-penyakit kronis. Memperhatikan kondisi tersebut di atas, kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian menjadi fokus dalam mencapai derajat kesehatan pasien, dalam hal ini perilaku ini dapat dilihat dari sejauh mana pasien mengikuti atau mentaati perencanaan pengobatan yang

telah disepakati oleh pasien dan profesional medis untuk menghasilkan sasaran-sasaran terapeutik (Prabasari,2021).

2.3.1 Faktor-Faktor Yang mempengaruhi kepatuhan

Menurut Prastika, (2021) menyampaikan bahwa terdapat empat hal yang dapat mempengaruhi kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, yaitu:

- a. Persepsi dan perilaku pasien, seperti persepsi terkait penyakitnya, kepribadian, keyakinan serta sikap dan harapan yang dapat mempengaruhi motivasi pasien dalam menjaga perilaku minum obat
- b. Interaksi pasien dengan dokter serta komunikasi antara kedua pihak, dalam menyampaikan dan menerima informasi dapat mempengaruhi kepatuhan konsumsi obat pada pasien
- c. Kebijakan dan praktek pengobatan, yang dibuat oleh pihak berwenang seperti system pajak dalam resep dan hak konsumen dalam proses pembuatan resep
- d. Berbagai intervensi untuk meningkatkan kepatuhan seperti, intervensi model teori ASE (*Attitude Social Influence-self Efficacy*) yang diterapkan di rumah sakit saat perawat melakukan kunjungan ke bangsal untuk meminta pasien mengingat obat dan aturan konsumsi, mengecek ingatan dan 28 juga pemahaman pasien terkait informasi yang diberikan (Lailatushifah, 2012).

2.3.2 Faktor-Faktor yang Mendukung Kepatuhan

Menurut Prastika, (2021) terdapat 5 faktor yang mendukung kepatuhan pasien antara lain :

1. Pendidikan

Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif seperti penggunaan buku-buku dan kaset oleh pasien secara mandiri.

2. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami cirri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Sebagai contoh, pasien yang lebih

mandiri harus dapat merasakan bahwa ia dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan, sementara pasien yang lebih mengalami ansietas dalam menghadapi sesuatu, harus diturunkan dahulu tingkat ansietasnya dengan cara menyakinkan dia atau dengan teknik-teknik lain sehingga ia termotivasi untuk mengikuti anjuran pengobatan

3. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman. Kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program-program pengobatan.

4. Perubahan model terapi

Program-program pengobatan dapat dibuat sederhana mungkin, dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut.

5. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien

Adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Pasien membutuhkan penjelasan tentang diagnosisnya saat ini, apa penyebabnya dan apa yang dapat mereka lakukan dengan kondisi seperti itu.

2.3.3 Indikator Kepatuhan Minum Obat

Menurut Prastika, (2021) pasien hipertensi dikatakan patuh minum obat apabila sesuai dengan indikator berikut ini :

1. Kemandirian pasien minum obat, pasien teratur minum obat dan tidak harus diingatkan.
2. Sesuai dosis yang diberikan oleh dokter, pasien tidak boleh sembarangan minum obat tanpa resep dokter.
3. Kedisiplinan minum obat, pasien tidak berhenti mengkonsumsi obat selama dalam proses penyembuhan, dan pasien harus selalu mengkonsumsi obat sehingga bisa mencegah kekambuhan pasien.
4. Ketepatan waktu minum obat, pasien harus mengkonsumsi obat sesuai jadwal yang diberikan dokter.

5. Pendampingan keluarga, keluarga pasien berperan penting dalam keseharian pasien. Karena hanya orang terdekat yang selalu mengetahui untuk hal yang dilakukan pasien setiap waktu.

2.3.4 Indikator Ketidakpatuhan Minum Obat

Menurut destiny Prastika, (2021) pasien hipertensi dikatakan patuh minum obat apabila sesuai dengan indicator berikut ini :

1. Kurangnya pengawasan, pendampingan pada saat pasien minum obat tidak dilakukan oleh keluarga pasien sehingga tidak diketahui secara pasti kelangsungan pasien pada saat minum obat.
2. Factor ekonomi, kondisi keluarga yang tidak mampu menjadi penghalang kebutuhan pasien untuk melakukan control, sehingga keluarga tidak mampu menebus resep yang didapatkan dari rumah sakit.
3. Kurangnya informasi, disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap karena profesional kesehatan menggunakan istilah-istilah medis yang kurang dimengerti oleh pasien serta banyaknya instruksi yang diberikan.

2.3.5. Cara Mengukur Kepatuhan

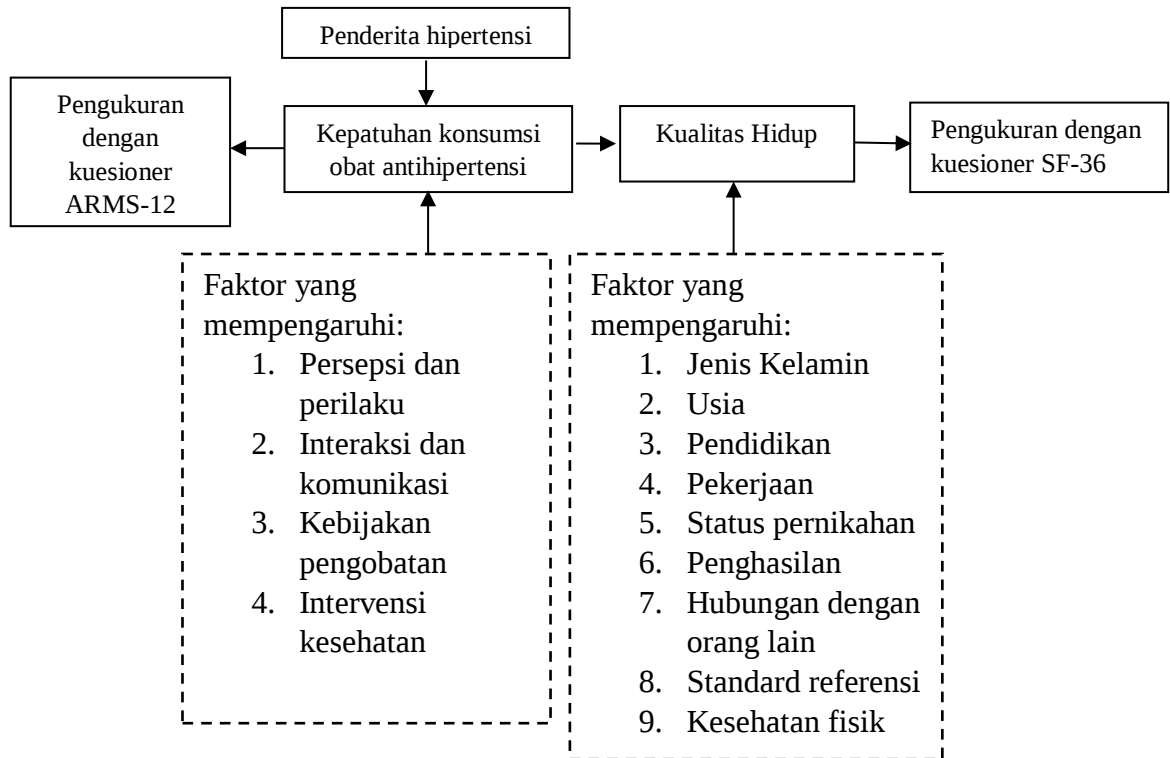
Menurut Prastika, (2021) setidaknya terdapat lima cara yang dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan pada pasien, yaitu :

- a. Menanyakan pada petugas klinis Metode ini adalah metode yang hampir selalu menjadi pilihan terakhir untuk digunakan karena keakuratan atas estimasi yang diberikan oleh dokter pada umumnya salah.
- b. Menanyakan pada individu yang menjadi pasien Metode ini lebih valid dibandingkan dengan metode yang sebelumnya. Metode ini juga memiliki kekurangan, yaitu: pasien mungkin saja berbohong untuk menghindari ketidaksukaan dari pihak tenaga kesehatan, dan mungkin pasien tidak mengetahui seberapa besar tingkat kepatuhan mereka sendiri. Jika dibandingkan dengan beberapa pengukuran objektif atas konsumsi obat pasien, penelitian yang dilakukan cenderung menunjukkan bahwa para pasien lebih jujur saat mereka menyatakan bahwa mereka tidak mengkonsumsi obat.

- c. Menanyakan pada individu lain yang selalu memonitor keadaan pasien. Metode ini juga memiliki beberapa kekurangan. Pertama, observasi tidak mungkin dapat selalu dilakukan secara konstan, terutama pada hal-hal tertentu seperti diet makanan dan konsumsi alkohol. Kedua, pengamatan yang terus menerus menciptakan situasi buatan dan seringkali menjadikan tingkat kepatuhan yang lebih besar dari pengukuran kepatuhan yang lainnya. Tingkat kepatuhan yang lebih besar ini memang sesuatu yang diinginkan, tetapi hal ini tidak sesuai dengan tujuan pengukuran kepatuhan itu sendiri dan menyebabkan observasi yang dilakukan menjadi tidak akurat.
- d. Menghitung banyak obat Dikonsumsi Pasien Sesuai Saran Medis Yang Diberikan Oleh Dokter. Prosedur ini mungkin adalah prosedur yang paling ideal karena hanya sedikit saja kesalahan yang dapat dilakukan dalam hal menghitung jumlah obat yang berkurang dari botolnya. Tetapi, metode ini juga dapat menjadi sebuah metode yang tidak akurat karena setidaknya ada dua masalah dalam hal menghitung jumlah pil yang seharusnya dikonsumsi. Pertama, pasien mungkin saja, dengan berbagai alasan, dengan sengaja tidak mengkonsumsi beberapa jenis obat. Kedua, pasien mungkin mengkonsumsi semua pil, tetapi dengan cara yang tidak sesuai dengan saran medis yang diberikan.
- e. Memeriksa bukti-bukti biokimia Metode ini mungkin dapat mengatasi kelemahan-kelemahan yang ada pada metode-metode sebelumnya. Metode ini berusaha untuk menemukan bukti-bukti biokimia, seperti analisis sampel darah dan urin. Hal ini memang lebih reliabel dibandingkan dengan metode penghitungan pil atau obat diatas, tetapi metode ini lebih mahal dan terkadang tidak terlalu ‘berharga’ dibandingkan dengan jumlah biaya yang dikeluarkan. Lima cara untuk melakukan pengukuran pada kepatuhan pasien yaitu menanyakan langsung kepada pasien, menanyakan pada petugas medis, menanyakan pada orang terdekat pasien, menghitung jumlah obat dan memeriksa bukti-bukti biokimia. Pada kelima cara pengukuran ini terdapat beberapa

kekurangan dan keunggulan masing-masing dalam setiap cara pengukuran yang akan diterapkan.

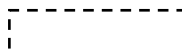
2.4 Kerangka Konsep



Keterangan:



:diteliti



:tidak diteliti

Dalam penelitian ini, peneliti ingin menganalisis terkait pengaruh kepatuhan konsumsi antihipertensi terhadap kualitas hidup pada pasien hipertensi. Hal ini karena pada penderita hipertensi membutuhkan kepatuhan dalam konsumsi obat yang harus dikonsumsi seumur hidupnya. Dengan penderita patuh pada pengobatan maka dapat meminimalisir dampak negatif yang mungkin timbul dan mengganggu aktifitas penderita. Semakin sedikit dampak yang timbul maka penderita tidak akan merasa terganggu dengan penyakitnya sehingga kualitas hidupnya meningkat.

2.4.1 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pendapat atau dugaan yang bersifat lemah dan membutuhkan uji hipotesis lebih lanjut. Hipotesis memiliki keterikatan dengan permasalahan yang ada dalam penelitian yang berdasarkan pengalaman atau penelitian sebelumnya (Heryana & Unggul, 2020). Berikut adalah hipotesis penelitian :

- H1 : Ada hubungan kepatuhan konsumsi antihipertensi dengan kualitas hidup pada pasien hipertensi dengan penyakit penyerta.
- H0 : Tidak ada hubungan kepatuhan konsumsi antihipertensi dengan kualitas hidup pada pasien hipertensi dengan penyakit penyerta.

2.5 Landasan Empiris

Tabel 3. 2 Landasan Emperisi

No	Penulis (Tahun)	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Nurmalita, V., Annisaa, E., dan Pramono, D. (2019)	Hubungan kepatuhan minum obat antihipertensi terhadap kualitas hidup pada pasien hipertensi	Metode Penelitian ini menggunakan jenis penelitian non-eksperimental yang bersifat observasional dengan pendekatan penelitian dilakukan secara cross sectional. Responden penelitian adalah semua pasien hipertensi yang datang memeriksakan diri maupun berobat di Puskesmas Halmahera, Puskesmas Kedungmundu, dan Puskesmas Pandanaran Kota Semarang pada bulan Mei-Juni tahun 2018 yang memenuhi kriteria inklusi serta tidak memiliki kriteria eksklusi. Data yang digunakan dalam penelitian	Hasil Tingkat kepatuhan minum obat antihipertensi dalam kategori kepatuhan tinggi sebesar 64,4%, kategori kepatuhan sedang sebesar 28,9%, dan kategori kepatuhan rendah sebesar 6,7%. Tingkat kualitas hidup pasien hipertensi dalam kategori kualitas hidup baik sebesar 93,3%, dan kategori kualitas hidup kurang sebesar 6,7%. Hasil uji statistik antara kepatuhan minum obat antihipertensi terhadap kualitas hidup pasien hipertensi adalah $p < 0,001$.

			merupakan data primer berupa kuesioner ARMS-12 dan WHOQOL-BREF, serta data sekunder berupa rekam medis pasien hipertensi. Uji statistik yang dilakukan adalah uji Chi-square.	
2	Frianto, D., Fitriyani, A., Dinanti, D., Sari, K., Mutiah, M., dan Zein, M. (2023)	Hubungan Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Hipertensi Di Provinsi Jawa Tengah	Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kuantitatif dengan desain cross sectional. Data diperoleh dengan menggunakan kuesioner pengetahuan pengobatan antihipertensi dan skala “Morisky Medication Adherence Scales-8” (ARMS-12) dengan jumlah sampel yang dipilih secara Accidental Sampling sebanyak 77 pasien hipertensi.	Dari hasil penelitian terhadap 77 sampel menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan pasien hipertensi dengan kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat antihipertensi (p-value= 0,01).
3	Wati, F. R. (2021)	Hubungan Kepatuhan Konsumsi Obat Terhadap Kualitas Hidup Pasien Hipertensi	Metode penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan cross	Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara kepatuhan konsumsi obat antihipertensi dengan kualitas hidup pada pasien

		Dengan Penyerta Diabetes Mellitus	sectional yang dilakukan pada 65 responden penderita hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus di Puskesmas Dinoyo Kota Malang. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara memberikan instrumen penelitian berupa kuesioner kepatuhan dan kuesioner kualitas hidup yang kemudian di uji menggunakan SPSS dengan jenis uji kendall's tau-b.	hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus ($p= 0,000$). Dari 65 responden, 8 orang (12, 3%) dengan tingkat kepatuhan rendah memiliki kualitas hidup rendah, 2 orang (5, 9%) dengan tingkat kepatuhan rendah memiliki kualitas hidup sedang, 32 orang (49, 2%) dengan kepatuhan sedang memiliki kualitas hidup sedang dan 23 orang (35, 4%) dengan kepatuhan tinggi memiliki kualitas hidup yang tinggi.
4	Latif, A., Sriyati, S. K., dan Asnindari, L. N. (2022)	Hubungan kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Puskesmas Mantrijeron	Penelitian ini menggunakan desain studi Cross Sectional. Responden penelitian terdiri dari 74 pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta. Pengambilan data menggunakan teknik purposive sampling. Pengambilan data	Hasil Penelitian ini menyatakan bahwa kepatuhan minum obat pada pasien menyatakan 84% memiliki kategori kepatuhan minum obat sedang dengan tingkat kualitas hidup 64% memiliki kategori kualitas hidup tinggi. Analisis korelasi Pearson's menunjukkan bahwa nilai $r=0,257$ dan $p=0,027$ ($<0,05$) mengidentifikasi bahwa hubungan yang terjadi bersifat rendah. Simpulan dan saran : Dari hasil analisis diatas dapat

			menggunakan instrument kuesioner. Teknik analisis data yang digunakan adalah uji korelasi Pearson's.	disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara kepatuhan minum obat terhadap kualitas hidup. Dari penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup dengan kepatuhan minum obat.
5	Printinasari, D. (2023)	Hubungan Kepatuhan Minum Obat Anti Hipertensi dengan Kualitas Hidup Pasien Hipertensi di Puskesmas Rawalo Kabupaten Banyumas	Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan cross sectional. Metode pengambilan sampel adalah purposive sampling dengan jumlah sampel sebanyak 76 responden. Kuesioner menggunakan Modifed Morisky Scale dan WHOQOL-BREF dengan analisis data uji Chi Square.	Hasil penelitian menunjukkan kepatuhan minum obat antihipertensi berada pada kategori rendah yaitu 53,9% dengan kualitas hidup sedang yaitu 72,4%. Hasil analisis menunjukkan terdapat hubungan antara kepatuhan minum obat antihipertensi dengan kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Rawalo dengan p value= 0,003.