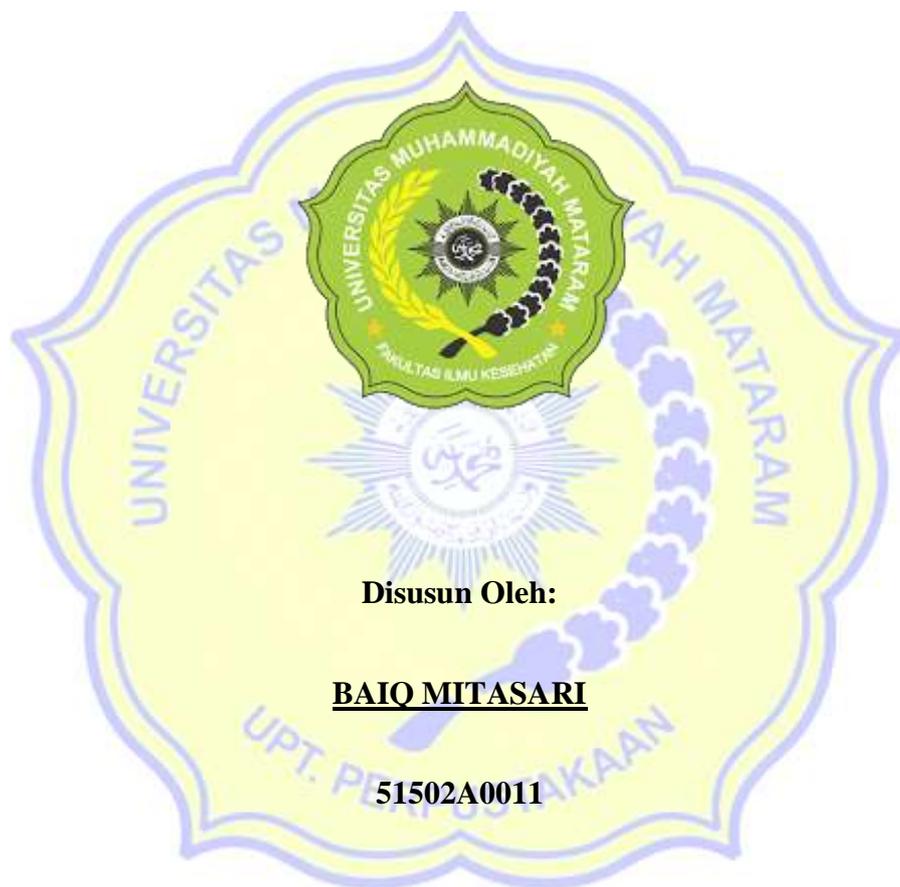


KARYA TULIS ILMIAH

**TINGKAT KUALITAS HIDUP PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS
GUNUNGSARI KABUPATEN LOMBOK BARAT**



PROGRAM STUDI DIII FARMASI FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM

TAHUN 2019

HALAMAN PERSETUJUAN
TINGKAT KUALITAS HIDUP PASIEN HIPERTENSI DI
PUSKESMAS GUNUNGSARI KABUPATEN LOMBOK BARAT

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Oleh :

BAIQ MITASARI
51502A0011

Telah Memenuhi Persyaratan dan Persetujuan Untuk Mengikuti Ujian
Proposal Penelitian Pada Program Studi DIII Farmasi Fakultas Ilmu
Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram

Hari/Tanggal :

Menyetujui :

Pembimbing Utama

(Baiq Leny Nopitasari, M.Farm., Apt)

NIDN. 0807119001

Pembimbing Pendamping

(Cyntiva Rahmawati, M.K.M., Apt)

NIDN. 0822128801

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Farmasi
Universitas Muhammadiyah Mataram

(Baiq Leny Nopitasari, M.Farm., Apt)

NIDN. 0807119001

HALAMAN PENGESAHAN
TINGKAT KUALITAS HIDUP PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS
GUNUNGSARI KABUPATEN LOMBOK BARAT

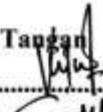
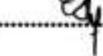
KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Oleh:

BAIQ MITASARI
NIM: 51502A0011

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai Syarat Untuk
Melakukan Penelitian pada Program Studi DIII Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Mataram

Dewan Penguji:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| | Tanda Tangan |
| 1. Ketua Tim Penguji: Baiq Leny Nopitasari, M.Farm.,Apt (.....) |  |
| 2. Penguji I: Cyntiya Rahmawati, M.K.M.,Apt (.....) |  |
| 3. Penguji II: Bq Nurbaety, M.Sc.,Apt (.....) |  |

Mengesahkan
Universitas Muhammadiyah Mataram
Fakultas Ilmu Kesehatan
Dekan,

Nuru Qiyam, M.Farm.Klin.,Apt
NIDN: 0827108402

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Baiq Mitasari

NIM : 51502A0011

Program Studi : DIII-Farmasi

Fakultas : Ilmu Kesehatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan tercantum dalam Daftar Pustaka dibagian akhir Karya Tulis Ilmiah ini.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mataram, 22 Agustus 2019

Yang membuat pernyataan


6000
Baiq Mitasari
51502A0011

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena hanya atas rahmat dan karunia-Nya lah akhirnya proposal penelitian ini dapat terselesaikan dengan baik, walaupun begitu banyak cobaan dan hambatan yang penulis hadapi. Shalawat serta salam tidak lupa penulis menghaturkan kepada nabi besar Muhammad SAW yang telah membawa manusia menuju jalan lurus yang di ridhoi oleh Allah SWT.

Alhamdulillah penulis akhirnya dapat menyelesaikan penelitian ini yang berjudul “Tingkat Kualitas Hidup Pasien Hipertensi di Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat” sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Farmasi di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.

Penulis menyadari bahwa selama proses penulisan laporan penelitian ini bukanlah karena upaya sendiri melainkan berkat bantuan dan dukungan dari segala pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih dan rasa hormat yang setinggi-tingginya kepada :

1. Nurul Qiyaam, M.Farm.Klin., Apt, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram
2. Dzun Haryadi Ittiqo, M.Sc., Apt, selaku wakil dekan I Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
3. Ana Pujianti H, M.Keb, selaku wakil dekan II Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
4. Baiq Leny Nopitasari, M.Farm., Apt, selaku Ketua Program Studi Diploma III Farmasisekaligus pembimbing I penyusunan laporan penelitian yang

dengan sepenuh hati telah mendukung, membimbing dan mengarahkan penulis mulai dari perencanaan penulisan sampai dengan penyelesaian laporan hasil penelitian ini.

5. Cyntia Rahmawati, M.K.M., Apt, selaku pembimbing II penyusunan laporan penelitian yang dengan sepenuh hati telah mendukung, membimbing dan mengarahkan penulis mulai dari perencanaan penulisan sampai dengan penyelesaian laporan hasil penelitian ini.
6. Bq Nurbaety, M.Sc., Apt, selaku penguji yang telah memberikan kritik dan saran bagi penyusunan laporan penelitian ini.
7. Orang Tua penulis, Lalu Sahyun Idrus dan Sahruni yang senantiasa mendukung dengan sepenuh hati baik itu dukungan moral dan material.
8. Teman-teman farmasi yang telah memberikan banyak dukungan dan bantuan dalam menyusun laporan hasil penelitian ini.

Hanya Allah SWT yang mampu memberikan balasan kepada orang-orang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan laporan hasil penelitian ini. Penulis menyadari bahwa laporan hasil penelitian ini masih jauh dari sempurna baik itu dalam segi penulisan maupun penyajian materi. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk lebih menyempurnakan penulisan laporan hasil penelitian ini.

Mataram, 7 Mei 2019

Penyusun

MOTTO

“Hiduplah dengan banyak impian, dan jangan pernah berhenti untuk bermimpi”



KATA PERSEMBAHAN

Yang Utama Dari Segalanya

Kupersembahkan karya tulis ilmiah ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

Ayah dan Ibu Tercinta “Lalu Sahyun Idrus dan Sahruni”

Sebagai tanda bakti, hormat, dan rasa terima kasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada Ayah dan Ibu yang telah memberikan kasih sayang, segala dukungan, dan cinta kasih yang tiada terhingga yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata cinta dan persembahan. Terima kasih Ayah... Terima kasih Ibu...

Kakakku Tersayang

Untuk kakakku Lalu Hardian Azmi P, S.T yang telah memberikan motivasi dalam hidupku.

Dosen Pembimbing Tugas Akhirku...

Baiq Leny Nopitasari, M.Farm., Apt dan Cyntiya Rahmawati, M.K.M., Apt selaku pembimbing tugas akhir saya, terima kasih banyak buk,,, saya sudah dibantu selama ini, sudah dinasehati, sudah diajari, saya tidak akan lupa atas bantuan dan kesabaran dari ibu. Terima kasih banyak buk

My Best Friends

Terima kasih kepada seluruh teman-teman terbaik aku atas bantuan, hiburan dan kata kata semangatnya untuk aku selama aku kuliah sampai mengerjakan karya tulis ilmiah ini.

TINGKAT KUALITAS HIDUP PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS GUNUNGSARI KABUPATEN LOMBOK BARAT

Baiq Mitasari, Baiq Leny Nopitasari, Cyntiya Rahmawati
Program Studi DIII Farmasi, Universitas Muhammadiyah Mataram
Email: bmitasari@gmail.com

ABSTRAK

Hipertensi merupakan kondisi peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg. Status kesehatan yang buruk menunjukkan kualitas hidup yang buruk. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualitas hidup penderita hipertensi di Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat. Desain penelitian ini adalah penelitian observasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Responden dalam penelitian ini adalah penduduk usia 40-75 tahun. Pengambilan sampel dilakukan di Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive* sampling pada 69 responden yang menderita hipertensi di Puskesmas Gunungsari. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner SF-36. Data hasil penelitian dianalisa secara deskriptif dengan menentukan persentase sempurna, tinggi, sedang, dan rendah. Domain fungsi fisik berada pada kategori sempurna yaitu 26 orang (37.68%), keterbatasan fisik berada pada kategori sempurna yaitu 64 orang (92.75%), nyeri tubuh berada pada kategori sedang yaitu 38 orang (55.07%), kesehatan secara umum berada pada kategori sedang yaitu 46 orang (66.66%), vitalitas/energi berada pada kategori tinggi yaitu 39 orang (56.52%), fungsi sosial berada pada kategori tinggi yaitu 51 orang (73.91%), keterbatasan emosional berada pada kategori rendah yaitu 53 orang (76.81%), kesehatan mental berada pada kategori sempurna yaitu 28 orang (40.57%). Rata-rata nilai kualitas hidup dari 69 responden adalah 73.73 dengan kategori kualitas hidup sedang.

Kata Kunci: Kualitas hidup, Hipertensi, SF-36, Puskesmas

THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HYPERTENSION IN GUNUNGSARI PUBLIC HEALTH CENTER IN WEST LOMBOK REGENCY

Baiq Mitasari, Baiq Leny Nopitasari, Cyntiya Rahmawati
Program Studi DIII Farmasi, Universitas Muhammadiyah Mataram
Email: bmitasari@gmail.com

ABSTRACT

Hypertension is a condition of increased systolic blood pressure of more than 140 mmHg and diastolic blood pressure of more than 90 mmHg. Poor health status indicates poor quality of life. This study aims to determine the quality of life of hypertension sufferers in Gunungsari Public Health Center, West Lombok Regency. The design of this study was an observational study with a cross-sectional approach. Respondents in this study were residents aged 40-75 years. Sampling was conducted at the Gunungsari Public Health Center in West Lombok Regency. The sampling technique used was purposive sampling of 69 respondents suffering from hypertension at the Gunungsari Community Health Center. Data collection technique using the SF-36 questionnaire. The research data were analyzed descriptively by determining the percentage of perfect, high, medium, and low. Domains of physical function are in the perfect category that is 26 people (37.68%), physical limitations are in the perfect category that is 64 people (92.75%), body pain is in the moderate category that is 38 people (55.07%), general health is in the moderate category namely 46 people (66.66%), vitality / energy are in the high category that is 39 people (56.52%), social functions are in the high category that is 51 people (73.91%), emotional limitations are in the low category that is 53 people (76.81%), mental health is in the perfect category of 28 people (40.57%). The average quality of life value of 69 respondents was 73.73 with the category of medium quality of life.

Keywords: Quality of life, Hypertension, SF-36, Public Health Center

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
MOTTO	vii
KATA PERSEMBAHAN	viii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
ISTILAH YANG DIGUNAKAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Keaslian Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Definisi Hipertensi	9
2.1.1 Etiologi Hipertensi	9
2.1.2 Klasifikasi Hipertensi.....	11
2.1.3 Patofisiologi Hipertensi	12

2.1.4 Tanda dan Gejala Hipertensi.....	14
2.1.5 Faktor-faktor Hipertensi.....	15
2.1.6 Komplikasi Hipertensi	25
2.1.7 Penatalaksanaan Hipertensi.....	27
2.1.8 Diagnosis Hipertensi	31
2.1.9 Terapi Hipertensi.....	33
2.1.10 Pencegahan	38
2.2 Kualitas Hidup	39
2.2.1 Domain Kualitas Hidup	40
2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup.....	41
2.2.3 Pengukuran kualitas hidup	44
2.3 Kuesioner SF-36.....	45
2.4 Profil Puskesmas Gunungsari	46
2.5 Kerangka Teori.....	48
BAB III METODE PENELITIAN	49
3.1 Desain Penelitian.....	49
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	49
3.3 Definisi Operasional.....	49
3.4 Populasi dan Sampel Penelitian	50
3.5 Metode Pengolahan Data	53
3.6 Analisis Data	54
3.7 Alur Penelitian	55
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	56
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	69
DAFTAR PUSTAKA	70
LAMPIRAN.....	73

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	48
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	55



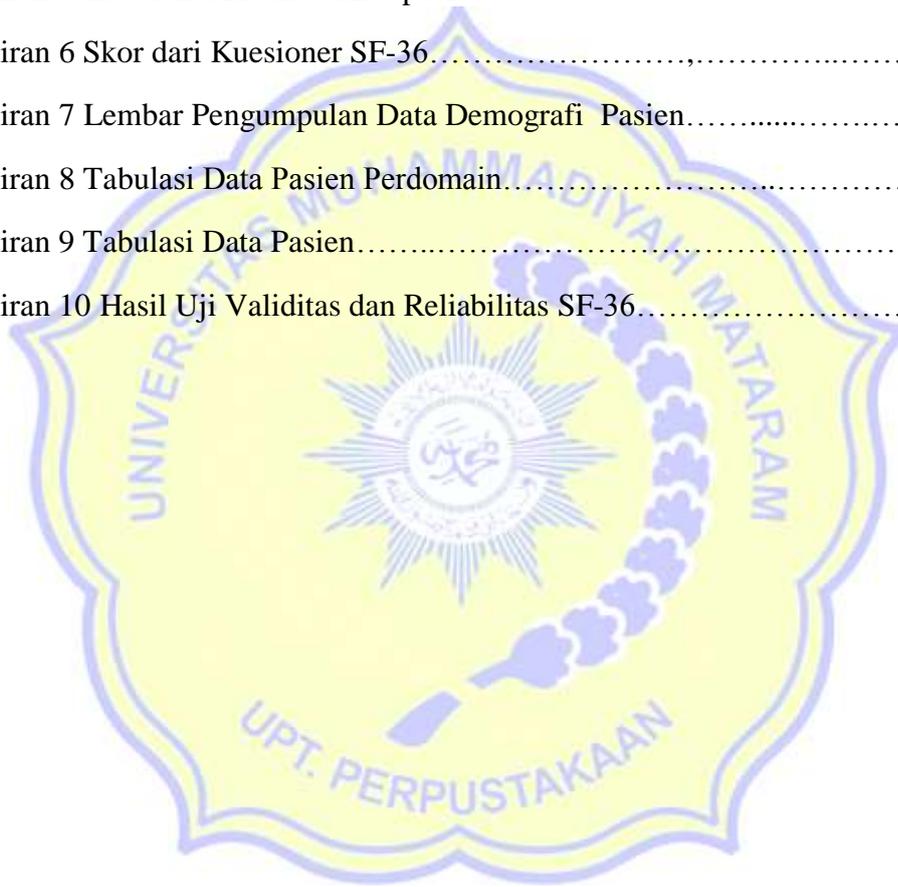
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi untuk usia ≥ 18 tahun.....	11
Tabel 2.2 Klasifikasi Tekanan Darah dari ESH.....	11
Tabel 3.1 Rating Nilai Kualitas Hidup.....	54
Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	56
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia.....	57
Tabel 4.3 Hasil Kualitas Hidup Pasien.....	59

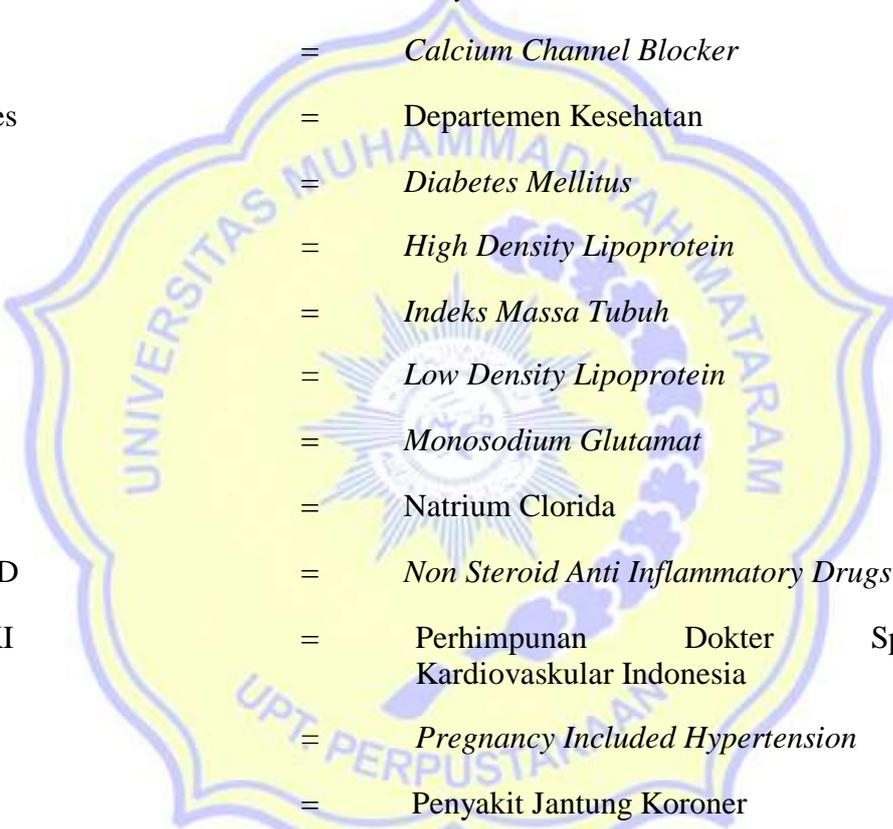


DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Penelitian Puskesmas	74
Lampiran 2 Surat Izin Penelitian Fakultas	75
Lampiran 3 Surat izin Penelitian BAPPEDA.....	76
Lampiran 4 Lembar Persetujuan Penelitian (<i>Informed Consent</i>).....	77
Lampiran 5 Kuesioner Kualitas Hidup SF-36.....	78
Lampiran 6 Skor dari Kuesioner SF-36.....	83
Lampiran 7 Lembar Pengumpulan Data Demografi Pasien.....	85
Lampiran 8 Tabulasi Data Pasien Perdomain.....	86
Lampiran 9 Tabulasi Data Pasien.....	87
Lampiran 10 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas SF-36.....	89



DAFTAR SINGKATAN



ACE	=	<i>Angiotensin-Converting Enzyme</i>
ACEI	=	<i>Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor</i>
ADH	=	<i>Anti Diuretik Hormone</i>
ARB	=	<i>Angiotensin Receptor Blocker</i>
BMI	=	<i>Body Masa Index</i>
CCB	=	<i>Calcium Channel Blocker</i>
Depkes	=	Departemen Kesehatan
DM	=	<i>Diabetes Mellitus</i>
HDL	=	<i>High Density Lipoprotein</i>
IMT	=	<i>Indeks Massa Tubuh</i>
LDL	=	<i>Low Density Lipoprotein</i>
MSG	=	<i>Monosodium Glutamat</i>
NaCl	=	Natrium Clorida
NSAID	=	<i>Non Steroid Anti Inflammatory Drugs</i>
PERKI	=	Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia
PIH	=	<i>Pregnancy Included Hypertension</i>
PJK	=	Penyakit Jantung Koroner
RAA	=	<i>Renin Angiotensin Aldosteron</i>
SF	=	<i>Short Form</i>
TDD	=	<i>Time Division Duplex</i>
TDS	=	<i>Total Dissolved Solid</i>
WHO	=	<i>World Healt Organization</i>

ISTILAH YANG DIGUNAKAN

Bidily Pain	=	Perasaan Saki/Nyeri
First–line	=	Garis Pertama
General Health	=	Kesehatan Umum
Generic Scale	=	Instrumen Umum
Informed Consent	=	Lembar persetujuan penelitian
Mental Health	=	Kesehatan Mental
NaCl	=	Garam Dapur
Overweight	=	Berat Badan Berlebih
Physical Functioning	=	Fungsi Fisik
Role Emotional	=	Masalah Emosional
Role Of Physical	=	Keterbatasan Akibat Masalah Fisik
Self Direction	=	Pengarahan Diri
Sillent killer	=	Pembunuh diam–diam
Social Functioning	=	Fungsi Sosial
Vitality	=	Energi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi atau yang dikenal dengan nama penyakit darah tinggi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah di atas ambang batas normal yaitu 120/80 mmHg. Menurut WHO (*World Health Organization*), batas tekanan darah yang dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg. Bila tekanan darah sudah lebih dari 140/90 mmHg dinyatakan hipertensi (batas tersebut untuk orang dewasa di atas 18 tahun) (Adib, 2009).

Hipertensi juga sering disebut *The silent killer* karena penderita tidak menyadari penyakitnya dan bila kondisi ini tidak diobati akan mengancam jiwa atau paling tidak, akan menurunkan kualitas hidup. Tekanan darah makin tinggi, makin berisiko terkena penyakit jantung koroner, gagal jantung kongestive, stroke, dan pnyakit ginjal (Borzecki, Kader, Berlowitz, 2010).

Hampir 1 milyar orang diseluruh dunia memiliki tekanan darah tinggi. Hipertensi adalah salah satu penyebab utama kematian dini diseluruh dunia. Di tahun 2020 sekitar 1,56 miliar orang dewasa akan hidup dengan hipertensi. Hipertensi membunuh hampir 8 miliar orang setiap tahun di dunia dan hampir 1,5 juta orang setiap tahunnya di kawasan Asia Timur-Selatan. Sekitar sepertiga dari orang dewasa di Asia Timur-Selatan menderita hipertensi (WHO, 2015).

Prevalensi hipertensi meningkat sejalan dengan perubahan gaya hidup seperti merokok, obesitas, aktivitas fisik, dan stress psikososial. Hipertensi sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat (*public health problem*) dan akan menjadi masalah yang lebih besar jika ditanggulangi sejak dini. Pengendalian hipertensi, bahkan di Negara maju pun, belum memuaskan. (Depkes RI, 2007).

Berdasarkan data dari Riskesdas Litbang Depkes (2018), hipertensi di Indonesia merupakan masalah kesehatan dengan prevalensi yang tinggi yaitu sebesar 34,1% pada tahun 2018. Prevalensi tertinggi di Kalimantan Selatan (44,1%), diikuti Jawa Barat (39,6%), Kalimantan Timur (39,3%), Jawa Tengah (37,5%), dan Kalimantan Barat (36,9%). Prevalensi untuk Nusa Tenggara Barat didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 27,8% (Riskesdas, 2018). Menurut Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, menunjukkan bahwa 25,8 % penduduk Indonesia mengidap hipertensi dan mengalami kenaikan di tahun 2018 menjadi 34,1 %. Menurut Data Riskesdas tahun 2013, menunjukkan bahwa dari 25,8% total kasus hipertensi nasional, setidaknya 5,3% diantaranya dipegang oleh remaja berusia 15-17 tahun (laki-laki 6% dan perempuan 4,7%). Sedangkan di Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat kasus hipertensi pada tahun 2016 dalam pengukuran tekanan darah penduduk ≥ 18 tahun sebesar 1256 orang diantaranya 480 laki-laki, dan 776 perempuan. Dengan persentase sebesar 37.53 %. Jumlah tersebut cukup tinggi

dibandingkan dengan Puskesmas lain yang berada di Kabupaten Lombok Barat.

Renwinck dan Brown mendefinisikan kualitas hidup sebagai tingkat dimana seseorang dapat menikmati segala peristiwa penting dalam kehidupannya atau sejauh mana seseorang merasa bahwa dirinya dapat menguasai atau tetap dapat mengontrol kehidupannya dalam segala kondisi yang terjadi (Angriyani, 2008).

Hipertensi disertai penyakit penyerta adalah salah satu penyebab kematian nomor satu di dunia. Komplikasi pembuluh darah yang disebabkan hipertensi dapat menyebabkan penyakit jantung koroner, infark (krusakan jaringan) jantung, stroke, dan gagal ginjal (Calhoun *et al.*, 2008). Pada kasus hipertensi berat, memiliki resiko yang tinggi terjadinya komplikasi. Komplikasi tersebut pastinya akan membahayakan jiwa pasien dan tentunya akan menurunkan kualitas hidup pasien tersebut. Gejala yang dialami pasien antara lain: sakit kepala (rasa berat ditengkuk), kelelahan, keringat berlebih, nyeri dada, pandangan kabur atau ganda, serta kesulitan tidur, mudah marah, dan mudah tersinggung, bahkan sampai tidak dapat bekerja dengan baik dan tidak dapat beraktivitas (Simamora, 2012). Dengan demikian, gejala-gejala tersebut dapat dikelompokkan menjadi tiga hambatan aspek kualitas hidup yang mencerminkan adanya penurunan kualitas hidup pada penderita hipertensi, yakni pada fungsi kesehatan fisik, psikologis, dan hubungan sosial (Palaian *et al.*, 2006).

Di samping implikasi terhadap organ, hipertensi dapat memberikan pengaruh terhadap kehidupan sosial ekonomi dan kualitas hidup seseorang. Beberapa studi menyebutkan, individu dengan hipertensi memiliki skor yang lebih rendah di hampir semua dimensi yang diukur berdasarkan kuesioner WHOQOL dibandingkan dengan populasi. Hal ini disebabkan hipertensi memberikan pengaruh buruk terhadap vitalitas, fungsi sosial, kesehatan mental, dan fungsi psikologis. Pada beberapa studi lain menyebutkan, individu dengan hipertensi mengalami gejala-gejala seperti sakit kepala, depresi, cemas, dan mudah lelah yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang pada berbagai dimensi. Oleh karena itu, dalam menangani individu dengan hipertensi sangat penting untuk mengukur kualitas hidup agar dapat dilakukan manajemen yang optimal (Theodorou, Mamas et al 2011).

Penelitian meta-analisis pada tahun 2011 menemukan bahwa pada individu yang menderita hipertensi memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan individu yang memiliki normotensi. Individu yang mejalani pengobatan yang rutin juga dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang bertekanan darah tinggi tidak terkontrol. Kualitas hidup yang buruk merupakan komplikasi ditambah dengan kondisi komorbiditas hipertensi, seperti diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit jantung, depresi, dan lainnya. Oleh karena itu dibutuhkan tindakan preventif dan kuratif yang tepat dalam menanggulangi masalah hipertensi.

Pengukuran kualitas hidup dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen kualitas hidup generik yaitu 36-item *Short Form and Health Survey* (SF-36). SF-36 merupakan kuesioner survei yang mengukur 8 kriteria kesehatan, yaitu fungsi fisik, keterbatasan peran karena kesehatan fisik, tubuh sakit, persepsi kesehatan secara umum, vitalitas, fungsi sosial, peran keterbatasan karena masalah emosional, dan kesehatan psikis.

Berdasarkan latar belakang inilah yang membuat peneliti tertarik melakukan penelitian untuk mengevaluasi tingkat kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimanakah kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat ?

1.3 Tujuan

Tujuan penelitian :

Untuk mengetahui kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat.

1.4 Manfaat

Manfaat yang diperoleh dari penelitian ini adalah:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah literatur ilmu pengetahuan mahasiswa DIII Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Mataram pada umumnya dan seluruh mahasiswa yang ada di Nusa Tenggara Barat (NTB).

2. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi masyarakat khususnya responden yaitu menambah informasi, pengetahuan, dan keterampilan melakukan kontrol tekanan darah. Sehingga harapannya masyarakat dapat menghindari penyakit hipertensi

3. Bagi Puskesmas

Diharapkan dapat berguna sebagai tambahan data bagi Puskesmas Gunungsari tentang kualitas hidup pasien hipertensi.

1.5 Keaslian Penelitian

Ada beberapa penelitian yang membahas topik yang hampir sama, antara lain:

1. Fransisca Melani (2016) yaitu, penelitian dengan judul *Evaluasi Kualitas Hidup Responden Hipertensi Usia 40-75 Tahun Menggunakan Instrumen SF-36 di Kecamatan Kalasan, Sleman, DIY*. Responden dalam penelitian ini adalah penduduk usia 40–75 tahun. Pengambilan sampel dilakukan di 4 dukuh di Kecamatan Kalasan, yaitu Padukuhan Jetis, Padukuhan Pundung, Padukuhan Grumbulgede, dan Padukuhan Dhuri. Analisis data dilakukan dengan uji normalitas

Kolmogorov-Smirnov, dilanjutkan dengan uji-t tidak berpasangan untuk masing-masing delapan domain kualitas hidup SF-36 dengan faktor risiko kesehatan dan sosioekonomi.

Hasil penelitian menunjukkan pada faktor risiko kesehatan yaitu perbedaan kelompok usia memengaruhi kualitas pada komponen kesehatan fisik ($p < 0,05$), aspek fungsi fisik ($p < 0,05$) dan peran fisik ($p < 0,05$). Variabel sosioekonomi dari aspek sosioekonomi memengaruhi kualitas hidup pada komponen kesehatan mental ($p < 0,05$) terkait aspek peran emosi ($p < 0,05$) dan komponen kesehatan fisik ($p < 0,05$) terkait aspek fungsi fisik ($p < 0,05$) serta aspek peran fisik ($p < 0,05$).

2. Fitrhia (2011) yaitu, penelitian dengan judul *Kualitas Hidup Penderita Hipertensi di Desa Lamceu Kecamatan Kuta Baro Kabupaten Aceh Besar*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling* pada 32 responden yang menderita hipertensi di Desa Lamceu. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner dalam bentuk skala *likert* dengan skala ukur ordinal yang terdiri dari 22 item pernyataan.

Dari hasil penelitian diperoleh kualitas hidup penderita hipertensi berada pada kategori baik yaitu 18 orang (56,3%), status fungsi (perawatan diri) berada pada kategori baik yaitu 17 orang (53,1%), kesejahteraan psikologis berada pada kategori baik yaitu 16 orang (50%) dan kurang yaitu 16 orang (50%), fungsi sosial dan keluarga

berada pada kategori baik yaitu 17 orang (53,1%), kesejahteraan spiritual berada pada kategori baik yaitu 18 orang (56,3%). Secara umum dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup penderita hipertensi di Desa Lamceu Kecamatan Kuta Baro Kabupaten Aceh Besar Tahun 2011 berada pada kategori baik yaitu 18 orang (56,3%).

3. Agustina Boru (2018) yaitu, penelitian dengan judul *Kolerasi Stress dan Kualitas Hidup Pasien Hipertensi*. Jenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian korelasi, dimana sampel sebanyak 53 responden dan teknik pengambilan sampel consecutive sampling.

Hasil penelitian didapatkan bahwa rerata nilai skor stress 20,5472, skor kualitas hidup domain fisik 52,2453, skor kualitas hidup domain psikologis 57,0943, skor kualitas hidup domain social 52,4151, skor kualitas hidup domain lingkungan 54,1132 dan berdasarkan uji kolerasi spearman's rho menunjukkan adanya kolerasi stress dengan domain fisik, psikologis dan sosial.

Adapun beberapa perbedaan dengan penelitian yang akan saya lakukan yaitu, waktu dan tempat penelitian, lama penelitian, sampel penelitian (nama, umur dan jenis kelamin), dan jumlah sampel penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg, pada pemeriksaan yang berulang. Tekanan darah sistolik merupakan pengukuran utama yang menjadi dasar penentuan diagnosis hipertensi. Adapun pembagian derajat keparahan hipertensi pada seseorang merupakan salah satu dasar penentuan tatalaksana hipertensi (Weber MA, dkk, 2013). Hipertensi adalah tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. Hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal. Begitu penyakit ini diderita, tekanan darah pasien harus dipantau dengan interval teratur karena hipertensi merupakan kondisi seumur hidup (Brunner & Suddarth, 2002, p.896).

2.1.1 Etiologi Hipertensi

2.1.1.1 Hipertensi Primer/Essensial

Hipertensi *essensial* atau idiopatik adalah hipertensi tanpa kelainan dasar patologis yang jelas. Lebih dari 90% kasus merupakan hipertensi *essensial*. Penyebab hipertensi meliputi faktor genetik dan lingkungan. Faktor genetik mempengaruhi

kepekaan terhadap natrium, kepekaan terhadap stress, teaktivitas pembuluh darah terhadap vaskodilator, resistensi insulin dan lain-lain. Sedangkan yang faktor lingkungan antara lain diet, kebiasaan merokok, stress emosi, obesitas dan lain-lain (Nafrialdi, 2009).

Pada sebagian besar pasien, kenaikan berat badan yang berlebihan dan gaya hidup tampaknya memiliki peran yang utama dalam menyebabkan hipertensi. Kebanyakan pasien hipertensi memiliki berat badan yang berlebih dan penelitian pada berbagai populasi menunjukkan bahwa kenaikan berat badan yang berlebih (*obesitas*) memberikan risiko 65-70 % untuk terkena hipertensi primer (Guyton, 2008).

2.1.1.2 Hipertensi Sekunder

Meliputi 5-10% kasus hipertensi sekunder dari penyakit komorbid atau obat-obat tertentu yang dapat meningkatkan tekanan darah. Pada kebanyakan kasus, disfungsi renal akibat penyakit ginjal kronis atau penyakit renovaskular adalah penyebab sekunder yang paling sering. Obat-obat tertentu, baik secara langsung ataupun tidak, dapat menyebabkan hipertensi atau memperberat hipertensi dengan menaikkan tekanan darah (Oparil, 2003).

Hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, sering berhubungan dengan beberapa penyakit mialnya ginjal, jantung

koroner, diabetes dan kelainan system saraf pusat (Sunardi, 2000).

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah arterial abnormal yang langsung terus menerus. Definisi hipertensi menurut WHO 1999 pada intinya sama namun memasukkan kategori terpisah untuk hipertensi sistolik saja (sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik < 90 mmHg).

JNC 8 mengklasifikasi hipertensi untuk usia ≥ 18 tahun, klasifikasi hipertensi tersebut dapat kita lihat pada tabel berikut :

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi untuk Usia ≥ 18 tahun.

Klasifikasi	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
> 60 tahun	> 150	> 90
< 60 tahun	> 150	> 90
> 18 tahun (dengan CKD dan DM)	≥ 140	≥ 90

Tabel 2.2 Klasifikasi Tekanan Darah dari European Society of Hypertension (ESH).

Kategori Tekanan Darah	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
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

2.1.3 Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin yang akan merangsang serabut saraf pascanglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan kontriksi pembuluh darah (Brunner, 2002).

Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Corwin, 2005).

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang mengakibatkan tambahan

aktivitas vasokonstriksi. Korteks adrenal mengsekresikan kortisol dan steroid lainnya yang dapat memperkuat respon vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal dapat menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Brunner, 2002).

Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada lanjut usia. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah yang menyebabkan penurunan distensi dan gaya regang pembuluh darah. Akibat hal tersebut, aorta dan arteri besar mengalami penurunan kemampuan dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan perifer (Corwin, 2005).

2.1.4 Tanda dan Gejala Hipertensi

Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti pendarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat dapat ditemukan edema pupil (edema pada diskus optikus).

Menurut Price, gejala hipertensi antara lain sakit kepala bagian belakang, kakukuduk, sulit tidur, gelisah, kepala pusing, dada berdebar-debar, lemas, sesak nafas, berkeringat dan pusing (Price, 2005).

Gejala-gejala penyakit yang biasa terjadi baik pada penderita hipertensi maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal hipertensi yaitu sakit kepala, gelisah, jantung berdebar, pendarahan hidung, sulit tidur, sesak nafas, cepat marah, telinga berdenging, tekuk terasa berat, berdebar dan sering kencing di malam hari. Gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai meliputi gangguan penglihatan, saraf, jantung, fungsi ginjal, dan gangguan serebral (otak) yang mengakibatkan kejang dan pendarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan gangguan kesadaran hingga koma (Cahyono, 2008).

Corwin menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun adalah nyeri kepala saat terjaga, kadang kadang disertai mual dan muntah yang

disebabkan peningkatan tekanan darah intracranial (Corwim, 2005).

2.1.5 Faktor-faktor Risiko

2.1.5.1 Faktor risiko yang tidak dapat diubah

Faktor risiko yang tidak dapat dirubah yang antara lain usia, jenis kelamin dan genetik.

1. Usia

Usia mempengaruhi terjadinya hipertensi. Dengan bertambahnya umur, risiko terkena hipertensi menjadi lebih besar sehingga prevalensi hipertensi di kalangan usia lanjut cukup tinggi, yaitu sekitar 40%, dengan kematian sekitar di atas usia 65 tahun (Depkes, 2006b). Pada usia lanjut, hipertensi terutama ditemukan hanya berupa kenaikan tekanan sistolik. Sedangkan menurut WHO memakai tekanan diastolik sebagai bagian tekanan yang lebih tepat dipakai dalam menentukan ada tidaknya hipertensi. Tingginya hipertensi sejalan dengan bertambahnya umur yang disebabkan oleh perubahan struktur pada pembuluh darah besar, sehingga lumen menjadi lebih sempit dan dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku, sebagai akibatnya terjadi peningkatan tekanan darah sistolik. Penelitian yang dilakukan di 6 kota besar seperti Jakarta,

Padang, Bandung, Yogyakarta, Denpasar dan Makassar terhadap usia lanjut (55-85 tahun), didapatkan prevalensi hipertensi terbesar 52,5 % (Depkes, 2006b). Dalam penelitian Anggraini (2009) diketahui tidak terdapat hubungan bermakna antara usia dengan penderita hipertensi (Anggraini, 2009). Namun penelitian Aisyiyah (2009) diketahui bahwa adanya hubungan nyata positif antara usia dan hipertensi. Dalam penelitian Irza (2009) menyatakan bahwa risiko hipertensi 17 kali lebih tinggi pada subyek > 40 tahun dibandingkan dengan yang berusia \leq 40 tahun (Irza, 2009).

2. Jenis Kelamin

Faktor gender berpengaruh pada terjadinya hipertensi, dimana pria lebih banyak yang menderita hipertensi dibandingkan wanita, dengan rasio sekitar 2,29 untuk peningkatan tekanan darah sistolik. Pria diduga memiliki gaya hidup yang cenderung dapat meningkatkan tekanan darah dibandingkan dengan wanita (Depkes, 2006b). Namun, setelah memasuki menopause, prevalensi hipertensi pada wanita meningkat. Setelah usia 65 tahun, terjadinya hipertensi pada wanita lebih meningkat dibandingkan dengan pria yang diakibatkan faktor

hormonal. Penelitian di Indonesia prevalensi yang lebih tinggi terdapat pada wanita (Depkes, 2006b).

Data Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) menyebutkan bahwa prevalensi penderita hipertensi di Indonesia lebih besar pada perempuan (8,6%) dibandingkan laki-laki (5,8%). Sedangkan menurut Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan (2006), sampai umur 55 tahun, laki-laki lebih banyak menderita hipertensi dibanding perempuan. Dari umur 55 sampai 74 tahun, sedikit lebih banyak perempuan dibanding laki-laki yang menderita hipertensi (Depkes, 2008a).

3. Keturunan

Riwayat keluarga dekat yang menderita hipertensi (faktor keturunan) juga mempertinggi risiko terkena hipertensi, terutama pada hipertensi primer (*essensial*). Tentunya faktor genetik ini juga dipengaruhi faktor-faktor lingkungan, yang kemudian menyebabkan seorang menderita hipertensi. Faktor genetik juga berkaitan dengan metabolisme pengaturan garam dan renin membran sel. Menurut Davidson bila kedua orang tuanya menderita hipertensi, maka sekitar 45% akan turun ke anak-anaknya dan bila salah satu orang tuanya yang menderita hipertensi

maka sekitar 30% akan turun ke anak-anaknya (Depkes, 2006).

2.1.5.2 Faktor risiko yang dapat diubah

Faktor risiko penyakit jantung koroner yang diakibatkan perilaku tidak sehat dari penderita hipertensi antara lain merokok, diet rendah serat, kurang aktifitas gerak, berat badan berlebihan/kegemukan, konsumsi alkohol, hiperlipidemia atau hiperkolestrolema, stress dan konsumsi garam berlebih sangat berhubungan erat dengan hipertensi (Depkes, 2006b).

1) Kegemukan (obesitas)

Kegemukan (obesitas) adalah presentase abnormalitas lemak yang dinyatakan dalam Indeks Massa Tubuh (IMT) yaitu perbandingan antara berat badan dengan tinggi badan kuadrat dalam meter. Kaitan erat antara kelebihan berat badan dan kenaikan tekanan darah telah dilaporkan oleh beberapa studi. Berat badan dan IMT berkorelasi langsung dengan tekanan darah, terutama tekanan darah sistolik. Sedangkan, pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20-33% memiliki berat badan lebih (*overweight*) (Depkes, 2006b). IMT merupakan indikator yang paling sering digunakan untuk mengukur tingkat populasi berat badan lebih dan obesitas pada orang

dewasa (Zufry, 2010). Menurut Supriasa, penggunaan IMT hanya berlaku untuk orang dewasa berumur di atas 18 tahun (Supriasa, 2001). Obesitas bukanlah penyebab hipertensi. Akan tetapi prevalensi hipertensi pada obesitas jauh lebih besar. Risiko relatif untuk menderita hipertensi pada orang gemuk 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan seorang yang badannya normal. Pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20-33% memiliki berat badan lebih (*overweight*) (Depkes, 2006b). Hipertensi pada seseorang yang kurus atau normal dapat juga disebabkan oleh sistem simpatis dan sistem renin angiotensin (Suhardjono, 2006). Aktivitas dari saraf simpatis adalah mengatur fungsi saraf dan hormon, sehingga dapat meningkatkan denyut jantung, menyempitkan pembuluh darah, dan meningkatkan retensi air dan garam (Syaifudin, 2006).

2) Psikososial dan stress

Stress adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh adanya transaksi antara individu dengan lingkungannya yang mendorong seseorang untuk mempersepsikan adanya perbedaan antara tuntutan situasi dan sumber daya (biologis, psikologis dan sosial) yang ada pada diri seseorang (Depkes, 2006b). Stress atau ketegangan jiwa (rasa tertekan, murung, rasa marah, dendam, rasa takut dan

rasa bersalah) dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat. Jika stress berlangsung lama, tubuh akan berusaha mengadakan penyesuaian sehingga timbul kelainan organ atau perubahan patologis. Gejala yang muncul dapat berupa hipertensi atau penyakit maag. Diperkirakan, prevalensi atau kejadian hipertensi pada orang kulit hitam di Amerika Serikat lebih tinggi dibandingkan dengan orang kulit putih disebabkan stress atau rasa tidak puas orang kulit hitam pada nasib mereka (Depkes, 2006b).

3) Merokok

Zat-zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang masuk ke dalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri yang mengakibatkan proses arteriosklerosis dan tekanan darah tinggi. Pada studi autopsi, dibuktikan kaitan erat antara kebiasaan merokok dengan adanya arteriosklerosis pada seluruh pembuluh darah. Merokok juga meningkatkan denyut jantung dan kebutuhan oksigen untuk disuplai ke otot-otot jantung. Merokok pada penderita

tekanan darah tinggi semakin meningkatkan risiko kerusakan pada pembuluh darah arteri (Depkes, 2006b).

Menurut Depkes RI Pusat Promkes (2008), telah dibuktikan dalam penelitian bahwa dalam satu batang rokok terkandung 4000 racun kimia berbahaya termasuk 43 senyawa. Bahan utama rokok terdiri dari 3 zat, yaitu 1) Nikotin, merupakan salah satu jenis obat perangsang yang dapat merusak jantung dan sirkulasi darah dengan adanya penyempitan pembuluh darah, peningkatan denyut jantung, pengerasan pembuluh darah dan penggumpalan darah. 2) Tar, dapat mengakibatkan kerusakan sel paru-paru dan menyebabkan kanker. 3) Karbon Monoksida (CO) merupakan gas beracun yang dapat menghasilkan berkurangnya kemampuan darah membawa oksigen (Depkes, 2008b).

4) Olahraga

Aktivitas fisik adalah gerakan yang dilakukan oleh otot tubuh dan sistem penunjangnya. Selama melakukan aktivitas fisik, otot membutuhkan energi diluar metabolisme untuk bergerak, sedangkan jantung dan paru-paru memerlukan tambahan energi untuk mengantarkan zat-zat gizi dan oksigen ke seluruh tubuh dan untuk mengeluarkan sisa-sisa dari tubuh (Supriasa, 2001).

Olahraga dapat menurunkan risiko penyakit jantung koroner melalui mekanisme penurunan denyut jantung, tekanan darah, penurunan tonus simpatis, meningkatkan diameter arteri koroner, sistem kolateralisasi pembuluh darah, meningkatkan HDL (*High Density Lipoprotein*) dan menurunkan LDL (*Low Density Lipoprotein*) darah. Melalui kegiatan olahraga, jantung dapat bekerja secara lebih efisien. Frekuensi denyut nadi berkurang, namun kekuatan jantung semakin kuat, penurunan kebutuhan oksigen jantung pada intensitas tertentu, penurunan lemak badan dan berat badan serta menurunkan tekanan darah (Cahyono, 2008). Olahraga yang teratur dapat membantu menurunkan tekanan darah dan bermanfaat bagi penderita hipertensi ringan. Pada orang tertentu dengan melakukan olahraga aerobik yang teratur dapat menurunkan tekanan darah tanpa perlu sampai berat badan turun (Depkes, 2006b).

5) Konsumsi alkohol berlebih

Pengaruh alkohol terhadap kenaikan tekanan darah telah dibuktikan. Mekanisme peningkatan tekanan darah akibat alkohol masih belum jelas. Namun, diduga peningkatan kadar kortisol dan peningkatan volume sel darah merah serta kekentalan darah berperan dalam

menaikkan tekanan darah. Beberapa studi menunjukkan hubungan langsung antara tekanan darah dan asupan alkohol dilaporkan menimbulkan efek terhadap tekanan darah baru terlihat apabila mengkonsumsi alkohol sekitar 2-3 gelas ukuran standar setiap harinya (Depkes, 2006b). Di negara barat seperti Amerika, konsumsi alkohol yang berlebihan berpengaruh terhadap terjadinya hipertensi. Sekitar 10% hipertensi di Amerika disebabkan oleh asupan alkohol yang berlebihan di kalangan pria separuh baya. Akibatnya, kebiasaan meminum alkohol ini menyebabkan hipertensi sekunder di usia ini (Depkes, 2006b).

Konsumsi alkohol seharusnya kurang dari dua kali per hari pada laki-laki untuk pencegahan peningkatan tekanan darah. Bagi perempuan dan orang yang memiliki berat badan berlebih, direkomendasikan tidak lebih satu kali minum per hari (Krummel, 2004).

6) Konsumsi garam berlebihan

Garam menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh karena menarik cairan di luar sel agar tidak dikeluarkan, sehingga akan meningkatkan volume dan tekanan darah. Pada sekitar 60% kasus hipertensi primer (*essential*) terjadi respon penurunan tekanan darah dengan

mengurangi asupan garam 3 gram atau kurang, ditemukan tekanan darah rata-rata rendah, sedangkan pada masyarakat asupan garam sekitar 7-8 gram tekanan rata-rata lebih tinggi (Depkes, 2006b). Almatsier (2001) dan (2006), natrium adalah kation utama dalam cairan ekstraseluler. Pengaturan keseimbangan natrium dalam darah diatur oleh ginjal. Sumber utama natrium adalah garam dapur atau NaCl, selain itu garam lainnya bisa dalam bentuk soda kue (NaHCO_3), *baking powder*, *natrium benzoate* dan vetsin (*monosodium glutamate*). Kelebihan natrium akan menyebabkan keracunan yang dalam keadaan akut menyebabkan edema dan hipertensi. WHO menganjurkan bahwa konsumsi garam yang dianjurkan tidak lebih 6 gram/hari setara 110 mmol natrium (Almatsier, 2001, 2006).

7) Hiperlipidemia/Hiperkolestrolemia

Kelainan metabolisme lipid (lemak) yang ditandai dengan peningkatan kadar kolesterol total, trigliserida, kolesterol LDL atau penurunan kadar kolesterol HDL dalam darah. Kolesterol merupakan faktor penting dalam terjadinya aterosklerosis yang mengakibatkan peninggian tahanan perifer pembuluh darah sehingga tekanan darah meningkat. Penelitian Zakiyah (2006) didapatkan hubungan antara

kadar kolestrol darah dengan tekanan darah sistolik dan diastolik (Zakiah, 2006). Penelitian Sugihartono (2007) diketahui sering mengkonsumsi lemak jenuh mempunyai risiko untuk terserang hipertensi sebesar 7,72 kali dibandingkan orang yang tidak mengkonsumsi lemak jenuh (Sugihartono, 2007).

2.1.6 Komplikasi Hipertensi

Komplikasi hipertensi menurut Elisabeth J Corwin komplikasi hipertensi terdiri dari stroke, infark miokard, gagal ginjal, ensefalopati (kerusakan otak) dan *pregnancy- included hypertension* (PIH) (Corwin, 2005).

1. Stroke

Stroke adalah gangguan fungsional otak fokal maupun global akut, lebih dari 24 jam yang berasal dari gangguan aliran darah otak dan bukan disebabkan oleh gangguan peredaran darah.

Stroke dengan defisit neurologik yang terjadi tiba-tiba dapat disebabkan oleh iskemia atau perdarahan otak. Stroke iskemik disebabkan oleh oklusi fokal pembuluh darah yang menyebabkan turunnya suplai oksigen dan glukosa ke bagian otak yang mengalami oklusi (Hacke, 2003). Stroke dapat timbul akibat pendarahan tekanan tinggi di otak atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh otak yang terpajan tekanan tinggi.

Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahi berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma (Corwin, 2005).

2. *Infark miokardium*

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerotik tidak dapat mensuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menyumbat aliran darah melalui pembuluh tersebut. Akibat hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi distritmia, hipoksia jantung dan peningkatan risiko pembentukan bekuan (Corwin, 2005).

3. Gagal ginjal

Gagal ginjal merupakan suatu keadaan klinis kerusakan ginjal yang progresif dan *irreversible* dari berbagai penyebab, salah satunya pada bagian yang menuju ke kardiovaskular. Mekanisme terjadinya hipertensi pada gagal ginjal kronik oleh

karena penimbunan garam dan air atau sistem renin angiotensin aldosteron (RAA) (Chung, 1995). Menurut Arief mansjoer (2001) hipertensi berisiko 4 kali lebih besar terhadap kejadian gagal ginjal bila dibandingkan dengan orang yang tidak mengalami hipertensi (Mansjoer, 2001).

4. Ensefalopati (kerusakan otak)

Ensefalopati (Kerusakan otak) dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong ke dalam ruang intersitium diseluruh susunan saraf pusat. Neuron-neuron disekitarnya kolaps yang dapat menyebabkan ketulian, kebutaan dan tak jarang juga koma serta kematian mendadak. Keterikatan antara kerusakan otak dengan hipertensi, bahwa hipertensi berisiko 4 kali terhadap kerusakan otak dibandingkan dengan orang yang tidak menderita hipertensi (Corwin, 2005).

2.1.7 Penatalaksanaan Hipertensi

Pengendalian faktor risiko

Pengendalian faktor risiko penyakit jantung koroner yang dapat saling berpengaruh terhadap terjadinya hipertensi, hanya terbatas pada faktor risiko yang dapat diubah, dengan usaha-usaha sebagai berikut :

1) Mengatasi obesitas/ menurunkan kelebihan berat badan

Obesitas bukanlah penyebab hipertensi. Akan tetapi prevalensi hipertensi pada obesitas jauh lebih besar. Risiko relatif untuk menderita hipertensi pada orang-orang gemuk 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan seseorang yang badannya normal. Sedangkan, pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20-33% memiliki berat badan lebih (*overweight*). Dengan demikian, obesitas harus dikendalikan dengan menurunkan berat badan (Depkes, 2006b). Beberapa studi menunjukkan bahwa seseorang yang mempunyai kelebihan berat badan lebih dari 20% dan hiperkolestrol mempunyai risiko yang lebih besar terkena hipertensi (Rahajeng, 2009).

2) Mengurangi asupan garam didalam tubuh

Nasehat pengurangan garam harus memperhatikan kebiasaan makan penderita. Pengurangan asupan garam secara drastis akan sulit dirasakan. Batasi sampai dengan kurang dari 5 gram (1 sendok teh) per hari pada saat memasak (Depkes, 2006b).

3) Ciptakan keadaan rileks

Berbagai cara relaksasi seperti meditasi, yoga atau hipnosis dapat mengontrol sistem saraf yang akan menurunkan tekanan darah (Depkes, 2006b).

4) Melakukan olahraga teratur

Berolahraga seperti senam aerobik atau jalan cepat selama 30-45 menit sebanyak 3-4 kali dalam seminggu, diharapkan dapat menambah kebugaran dan memperbaiki metabolisme tubuh yang akhirnya mengontrol tekanan darah (Depkes, 2006b).

5) Berhenti merokok

Merokok dapat menambah kekakuan pembuluh darah sehingga dapat memperburuk hipertensi. Zat-zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang masuk ke dalam aliran darah dapat merusak jaringan endotel pembuluh darah arteri yang mengakibatkan proses arterosklerosis dan peningkatan tekanan darah. Merokok juga dapat meningkatkan denyut jantung dan kebutuhan oksigen untuk disuplai ke otot-otot jantung. Merokok pada penderita tekanan darah tinggi semakin meningkatkan risiko kerusakan pada pembuluh darah arteri. Tidak ada cara yang benar-benar efektif untuk memberhentikan kebiasaan merokok. Beberapa metode yang secara umum dicoba adalah sebagai berikut :

a) Inisiatif sendiri

Banyak perokok menghentikan kebiasaannya atas inisiatif sendiri, tidak memakai pertolongan pihak luar,

inisiatif sendiri banyak menarik para perokok karena hal-hal berikut :

- (1) Dapat dilakukan secara diam-diam
- (2) Program diselesaikan dengan tingkat dan jadwal sesuai kemauan
- (3) Tidak perlu menghadiri rapat-rapat penyuluhan
- (4) Tidak memakai ongkos

b) Menggunakan permen yang mengandung nikotin

Kecanduan nikotin membuat perokok sulit meninggalkan merokok. Permen nikotin mengandung nikotin untuk mengurangi penggunaan rokok. Di negara-negara tertentu permen ini diperoleh dengan resep dokter. Ada jangka waktu tertentu untuk menggunakan permen ini. Selama menggunakan permen ini penderita dilarang merokok. Dengan demikian, diharapkan perokok sudah berhenti merokok secara total sesuai jangka waktu yang ditentukan (Depkes, 2006b).

c) Kelompok program

Beberapa orang mendapatkan manfaat dari dukungan kelompok untuk dapat berhenti merokok. Para anggota kelompok dapat saling memberi nasihat dan dukungan. Program yang demikian banyak yang berhasil, tetapi biaya dan waktu yang diperlukan untuk menghadiri

rapat-rapat seringkali membuat enggan bergabung (Depkes, 2006b).

6) Mengurangi konsumsi alkohol

Hindari konsumsi alkohol berlebihan

a) Laki-laki : Tidak lebih dari 2 gelas per hari

b) Wanita : Tidak lebih dari 1 gelas per hari

2.1.8 Diagnosis Hipertensi

Pemeriksaan pasien hipertensi memiliki tujuan, yaitu untuk menilai gaya hidup dan faktor risiko kardiovaskular lainnya atau bersamaan gangguan yang mungkin mempengaruhi prognosis dan pedoman pengobatan, untuk mengetahui penyebab tekanan darah tinggi, untuk menilai ada atau tidaknya kerusakan target organ dan penyakit kardiovaskular (Cohen, 2008).

Pemeriksaan pada hipertensi menurut PERKI (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia), terdiri atas:

a. Riwayat penyakit

- 1) Lama dan klasifikasi hipertensi
- 2) Pola hidup
- 3) Faktor-faktor risiko kelainan kardiovaskular
- 4) Riwayat penyakit kardiovaskular
- 5) Gejala-gejala yang menyertai hipertensi

- 6) Target organ yang rusak
- 7) Obat-obatan yang sedang atau pernah digunakan

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Tekanan darah minimal 2 kali selang dua menit
- 2) Periksa tekanan darah lengan kontra lateral
- 3) Tinggi badan dan berat badan
- 4) Pemeriksaan funduskopi
- 5) Pemeriksaan leher, jantung, abdomen dan ekstremitas
- 6) Refleks saraf 13

c. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Urinalisa
- 2) Darah : platelet, fibrinogen
- 3) Biokimia : potasium, sodium, creatinin, GDS, lipid profil, asam urat

d. Pemeriksaan tambahan

- 1) Foto rontgen dada
- 2) EKG 12 lead
- 3) Mikroalbuminuria
- 4) Ekokardiografi

Tekanan darah setiap orang sangat bervariasi. Pengukuran tunggal yang akurat adalah awal yang baik tetapi tidak cukup: ukur tekanan darah dua kali dan ambil rata-ratanya. Hipertensi didiagnosis jika rata-rata sekurang-kurangnya 2 pembacaan per kunjungan

diperoleh dari masing-masing 3 kali pertemuan selama 2 sampai 4 minggu diperoleh tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau 90 mmHg untuk diastolik. Menurut JNC 8, tekanan darah normal adalah 120/80 mmHg atau kurang. Prehipertensi bila tekanan darah 120/80 sampai 139/89 mmHg. Hipertensi stadium 1 bila tekanan darah sistolik 140 sampai 159 mmHg atau tekanan darah diastolik 90 sampai 99 mmHg. Serta hipertensi stadium 2 bila tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 100 mmHg (Cohen, 2008).

2.1.9 Terapi Hipertensi

a. Terapi Non Farmakologi

Terapi non farmakologis terdiri dari menghentikan kebiasaan merokok, menurunkan berat badan berlebih, konsumsi alkohol berlebih, asupan garam dan asupan lemak, latihan fisik serta meningkatkan konsumsi buah dan sayur (Cortas K, et al 2015).

- 1) Menurunkan berat badan bila status gizi berlebih: peningkatan berat badan di usia dewasa sangat berpengaruh terhadap tekanan darahnya. Oleh karena itu, manajemen berat badan sangat penting dalam prevensi dan kontrol hipertensi.
- 2) Meningkatkan aktifitas fisik: orang yang aktivitasnya rendah berisiko terkena hipertensi 30-50% daripada yang

aktif. Oleh karena itu, aktivitas fisik antara 30-45 menit sebanyak >3x/hari penting sebagai pencegahan primer dari hipertensi.

3) Mengurangi asupan natrium.

4) Menurunkan konsumsi kafein dan alkohol: kafein dapat memacu jantung bekerja lebih cepat, sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya. Sementara konsumsi alkohol lebih dari 2-3 gelas/hari dapat meningkatkan risiko hipertensi.

b. Terapi Farmakologi

Pelaksanaan terapi farmakologi biasa diberikan pada pasien hipertensi tingkat 1 seperti pemberian obat antihipertensi *first-line* atau dengan kombinasi dua obat. Obat *first-line* antihipertensi yaitu golongan *angiotensin-converting enzyme* (ACE) inhibitors, angiotensin II reseptor blockers (ARBs), *calcium channel blocker* (CCB), dan diuretic thiazid. Sedangkan terapi kombinasi obat direkomendasikan untuk pasien hipertensi tingkat 2, menggunakan kombinasi dari obat *first-line*. Sedangkan obat antihipertensi lainnya seperti α_1 -bloker, *direct rennin inhibitor*, *central* α_2 -agonis, antagonis peripheral adrenergic, dan *direct arterial vasodilator* merupakan alternative yang dapat digunakan

kepada beberapa pasien setelah penggunaan obat *first-line* (Dipiro, dkk, 2015).

1) ACE inhibitor

Cara kerja ACE inhibitor adalah memblok angiotensin I menjadi angiotensin II, yang merupakan vasokonstriktor poten dan yang merangsang sekresi aldosteron. Selain itu, ACE inhibitor juga dapat memblok degradasi bradikinin dan menstimulasi sintesis dari substansi vasodilator lainnya, termasuk prostaglandin E dan (Dipiro, dkk, 2015). Contoh obat yang termasuk golongan ini adalah captopril. Efek samping yang mungkin timbul adalah batuk kering, pusing, sakit kepala, dan lemas (Dalimartha, dkk, 2008).

2) ARB

ARB bekerja dengan cara menghambat secara langsung reseptor angiotensinogen II tipe 1 (AT1) yang memediasi efek angiotensinogen II. ARB tidak memblok reseptor angiotensinogen tipe 2 (AT2). Jadi efek yang menguntungkan dari stimulasi AT2 (seperti vasodilatasi, perbaikan jaringan, dan penghambatan pertumbuhan sel) tetap utuh dengan penggunaan ARB. Efek samping ARB adalah insufisiensi ginjal, hiperkalemia, dan hipotensi

ortostatik. Contoh obatnya adalah losartan dan valsartan (Dipiro, dkk, 2015).

3) *Calcium Channel Blocker (CCB)*

CCB dapat menyebabkan relaksasi jantung dan melemaskan otot dengan cara memblok channel kalsium sehingga mengurangi masuknya kalsium ekstraselular ke dalam sel. Hal ini akan menyebabkan vasodilatasi dan mengurangi tekanan darah. Contoh obat CCB adalah verapamil dan diltiazem. Amlodipine, verapamil dan diltiazem dapat menurunkan denyut jantung dan memperlambat konduksi nodal atriventrikular. Verapamil menghasilkan efek negatif inotropik dan kronotropik yang bertanggung jawab terhadap kecenderungannya untuk memperparah atau menyebabkan gagal jantung pada pasien resiko tinggi. Diltiazem juga mempunyai efek ini tetapi tidak sebesar verapamil (Dipiro, dkk, 2015).

4) *Diuretik*

Obat golongan diuretik akan menurunkan volume darah dan cairan ekstraseluler dengan cara meningkatkan ekskresi natrium, air, dan klorida, dengan demikian tekanan darah akan menurun. Obat golongan diuretic juga dapat menurunkan resistensi perifer, sehingga menambah

efek hipotensi. Contoh obat golongan diuretik adalah thiazid diuretik, loop, penahan kalium, dan antagonis aldosteron. Efek samping obat tersebut antara lain hipokalemia yang dapat mengakibatkan gejala lemas, hiperurisemia, lemah otot, muntah, dan (Dipiro, dkk, 2015; Dalimartha, dkk, 2008).

5) β -blockers

β -blockers hanya dapat digunakan sebagai agen *first-line* untuk mengobati indikasi spesifik seperti infark miokard atau penyakit arteri koronari. Mekanisme kerjanya dapat menurunkan output jantung melalui kronotropik dan inotropik ke jantung dan inhibisi pelepasan rennin dari ginjal. Contoh obatnya adalah atenolol, propranolol, dan bisoprolol (Dipiro, dkk, 2015).

Modifikasi gaya hidup saja bisa dianggap cukup untuk pasien dengan prehipertensi, tetapi tidak cukup untuk pasien-pasien dengan hipertensi atau untuk pasien-pasien dengan target tekanan darah $\leq 130/80$ mmHg (DM dan penyakit ginjal). Pemilihan obat tergantung berapa tingginya tekanan darah dan adanya indikasi khusus. Kebanyakan pasien dengan hipertensi tingkat 1 harus diobati pertama-tama dengan diuretik tiazid. Pada kebanyakan pasien dengan tekanan darah lebih tinggi

(hipertensi tingkat 2), disarankan kombinasi terapi obat, dengan salah satunya diuretik tipe tiazid (Depkes RI, 2006).

2.1.10 Pencegahan

Haruslah diakui sangat sulit untuk mendeteksi dan mengobati penderita hipertensi secara adekuat, harga obat-obat antihipertensi tidaklah murah, obat-obat baru amat mahal, dan mempunyai banyak efek samping. Untuk alasan inilah pengobatan hipertensi memang penting tetapi tidak lengkap tanpa dilakukan tindakan pencegahan untuk menurunkan faktor resiko penyakit kardiovaskuler akibat hipertensi. Pencegahan sebenarnya merupakan bagian dari pengobatan hipertensi karena mampu memutus mata rantai penatalaksanaan hipertensi dan komplikasinya. Pencegahan hipertensi dilakukan melalui duapendekatan.

Intervensi untuk menurunkan tekanan darah di populasi dengan tujuan menggeser distribusi tekanan darah kearah yang lebih rendah. Penurunan TDS sebanyak 2 mmHg di populasi mampu menurunkan kematian akibat stroke, PJK, dan sebabsebab lain masing-masing sebesar 6%, 4% dan 3%. Penurunan TDS 3 mmHg ternyata dapat menurunkan kematian masingmasing sebesar 8%, 5% dan 4%.

Strategi penurunan tekanan darah ditujukan pada mereka yang mempunyai kecenderungan meningkatnya tekanan darah, kelompok masyarakat ini termasuk mereka yang mengalami tekanan darah normal dalam kisaran yang tinggi (TDS 130-139 mmHg atau TDD 85-89 mmHg), riwayat keluarga ada yang menderita hipertensi, obesitas, tidak aktif secara fisik, atau banyak minum alcohol dan garam (National Institutes of Health, 1993).

2.2 Kualitas Hidup

Dalam istilah umum, kualitas hidup dianggap sebagai suatu persepsi subjektif multidimensi yang dibentuk oleh individu terhadap fisik, emosional, dan kemampuan sosial termasuk kemampuan kognitif (kepuasan) dan komponen emosional/ kebahagiaan (Goz *et al.*, 2007).

Renwinck dan Brown mendefinisikan kualitas hidup sebagai tingkat dimana seseorang dapat menikmati segala peristiwa penting dalam kehidupannya atau sejauh mana seseorang merasa bahwa dirinya dapat menguasai atau tetap dapat mengontrol kehidupannya dalam segala kondisi yang terjadi (Angriyani, 2008). Gill dan Feinstein mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan, dalam hubungannya dengan sistem budaya dan nilai setempat dan berhubungan dengan cita – cita, penghargaan, dan pandangan – pandangannya, yang merupakan pengukuran multidimensi, tidak terbatas hanya pada efek fisik maupun psikologis pengobatan (Rachmawati, 2013).

Sedangkan menurut (Herman Silitonga, 2007) definisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial, dan emosional, serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain.

2.2.1 Domain Kualitas Hidup

Dalam kuesioner *SF-36* kualitas hidup mencakup domain sebagai berikut (Galloway S et al, 2006).

- a. Fungsi fisik (*physical functioning*) meliputi fungsi dan kemampuan dalam melakukan serta pemenuhan kebutuhan sehari-hari secara mandiri, termasuk hobi dan rekreasi
- b. Keterbatasan akibat masalah fisik (*role of physical*) adalah keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan dan menikmati hidup akibat adanya masalah fisik.
- c. Perasaan sakit/nyeri (*bidily pain*) adalah sensasi tidak nyaman pada tubuh yang mengganggu.
- d. Persepsi kesehatan umum (*general health*) adalah penilaian individu terhadap kondisi atau kesehatannya saat ini.
- e. Energi/fatigue (*vitality*) adalah ketersediaan energi untuk melakukan sehari-hari.

- f. Fungsi sosial (*social functioning*) merupakan partisipasi serta peran dalam masyarakat dan lingkungan.
- g. Keterbatasan akibat masalah emosional (*role emotional*) adalah keterbatasan akibat kurangnya kepuasan, suasana hati kurang mendukung, gangguan pada konsep diri dan kondisi stress.
- h. Kesehatan mental (*mental health*) merupakan kondisi dengan kepuasan, konsep diri sesuai dan tidak terdapat stress.

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Terdapat penelitian-penelitian yang berkaitan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dari faktor internal dan eksternal:

a. Faktor internal yaitu sebagai berikut:

- 1) Kesejahteraan kesehatan tubuh. Kesejahteraan kesehatan tubuh seperti banyaknya jumlah hari sakit, absensi kerja, kunjungan ke dokter, dan rawat inap sebagai indikator kepuasan hidup yang dapat mempengaruhi kualitas hidup (Renwick dan Friefeld, 1996 dalam Raudatussalamah dan Fitri, 2012).
- 2) Kepatuhan minum obat, terapi farmakologi dan non farmakologis. Kepatuhan orang dengan hipertensi dalam menjalani pengobatan dan minum obat dapat

meningkatkan kualitas hidup (Aguwa *et al*, 2008; Baune, Aljeesh, & Adrian, 2005; Stein, Brown, *et al.*, 2002).

- 3) Domain fisik. Domainn fisik terdiri dari simtom fisik yang mengganggu dan mengakibatkan penurunan kesehatan seperti pusing, permasalahan seksual, peningkatan rasa dahaga, sakit kepala kronis, vertigo, pandangan mata kabur atau berkunang, mimisan, telinga berdengung, mual, rasa berat ditengkuk, detak jantung meningkat, sesak nafas, dan kelelahan mempengaruhi kualitas hidup pada individu dengan hipertensi (Purnomo dan Retnowati, 2010 dalam Raudatussalamah dan Fitri, 2013).
- 4) Domain mental. Domain mental yang terganggu pada individu dengan hipertensi yaitu: kegelisahan, enegri tubuh berkurang berakibat berkurangnya kebugaran dan muncul kelelahan (Liang *et al*, 2006). Kehilangan semangat, emosi meledak dan amarah tertekan (Purnomo dan retnowati, 2010 dalam Raudatussalamah dan Fitri, 2012).
- 5) Mengembangkan kompetensi diri. Kualitas hidup penderita hipertensi dapat ditingkatkan adanya kompetensi diri yaitu melalui meningkatkan spiritualitas, mengubah kebiasaan hidup, meningkatkan kemandirian, pengetahuan yang mencakup pemaksaan budaya, mengelola keyakinan

(Raudatussalamah, 2010 dalam tim penulis fakultas Psikologi UIN SUSKA, 2012).

- 6) Optimisme. Secara signifikan dapat meningkatkan kualitas hidup (Worsch dan Scheier, 2003; Rose, Fliege, Hildebrandt, Schiop, Klapp, 2002; Aska, 2009).

b. Faktor eksternal sebagai berikut:

- 1) hubungansosial. Hubungan social terutama dukungan dari keluarga mempengaruhi kualitas hidup (Renwick dan Friefeld, 1996 dalam Raudatussalamah dan Fitri, 2012).
- 2) Pekerjaan. Pekerjaan yang meliputi: pekerjaan dengan gaji, tunjangan, dan lingkungan kerja yang layak. Hal tersebut diantarai oleh kepuasan hidup dalam mempengaruhi kualitas hidup (Renwick dan Friefeld, 1996 dalam Raudatussalamah dan Fitri, 2012).
- 3) Material. Faktor material terdiri atas rumah dan komunitas tempat tinggal, sekolah mencakup bahan ajar dan tugas sekolah yang tepat, keterampilan fungsional, integrasi kegiatan di kelas dan waktu luang mempengaruhi kualitas hidup (Renwick dan Friefeld, 1996 dalam Raudatussalamah dan Fitri, 2012).

Dapat disimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal antara lain kesejahteraan

kesehatan tubuh, kepatuhan minum obat dan terapi farmakologi dan non farmakologis, domain fisik, domain mental, kompetensi diri dan optimism. Faktor eksternal antara lain hubungan sosial, pekerjaan dan matrial.

2.2.3 Pengukuran kualitas hidup

Menurut Gayatt dan Jaescke, kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrument pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Dalam mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan semua ranah akan diukur dalam dua dimensi yaitu penilaian obyektif dari fungsional atau status kesehatan dan persepsi sehat yang lebih subyektif. Walaupun dimensi obyektif penting untuk menentukan derajat kesehatan, tetapi persepsi subyektif dan harapan membuat penilaian obyektif menjadi kualitas hidup yang baik perlu memiliki konsep, cakupan, reabilitas, validitas dan sensitivitas yang baikpula.

Instrument untuk mengukur kualitas hidup dalam bentuk kuesioner dapat dibagi menjadi 2 kategori:

1) Instrumen umum (generic instrument)

Instrumen umum ialah instrument yang dapat dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronik.Instrument ini digunakan untuk menilai secara umum mengenai

kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekuatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita. Contoh : *World Health Organization Quality of Life group (WHOQOL)*, *Short Form-36 (SF-36)*, *EuroQOL- 5 Dimension (EQ-5D)*

2) Instrumen khusus (specific instrument)

Instrumen khusus adalah instrument yang dipakai untuk mengukur sesuatu yang khusus dari penyakit, populasi tertentu (misalnya pada orang tua) atau fungsi yang khusus (misalnya fungsi emosional), contoh: *Quality of Life Scale (QLS)*, *Quality of Life Interview (QoLI)*, *Lancashire Quality of Life Profile (Lqo3LP)*, *Prsonal Evaluation of Transisitios in treatment (PETIT)*, *Quality of Life Questionnaire in Schizophernia (S-QoL)*.

2.3 Kuesioner SF-36

Short Form-36 (SF-36) merupakan salah satu instrumen baku untuk menilai kualitas hidup terutama untuk pasien penderita penyakit kronis. Instrumen penelitian kualitas hidup secara garis besar dibagi menjadi 2 macam, yaitu instrumen umum (*generic scale*) yang digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan, kekhawatiran yang

timbul akibat penyakit yang diderita, dan instrumen khusus yang digunakan untuk mengukur sesuatu yang khusus dari penyakit. *Short Form-36* merupakan salah satu contoh instrumen kualitas hidup yang umum yang bila dibandingkan dengan instrumen lainnya penggunaan *SF-36* telah dipergunakan secara luas untuk berbagai penyakit kronis dan telah dikembangkan oleh beberapa peneliti.

Kuesioner *SF-36* ini telah dilakukan validasi dengan metode konvergen dan deksriminan. Validasi konvergen memperlihatkan semua item pertanyaan menghasilkan nilai $\leq 0,40$ dan uji validitas diskriminan menunjukkan setiap pertanyaan pada masing-masing domain yang diujikan menghasilkan nilai yang lebih besar dibandingkan nilai pada domain lain (Rachmawati, 2014). Uji reabilitas instrumen *SF-36* menggunakan nilai cronbach alpha yang mempersentasikan bahwa kuesioner tersebut reliable dan dilakukan oleh profeesor judgement.

2.4 Profil Puskesmas Gunungsari

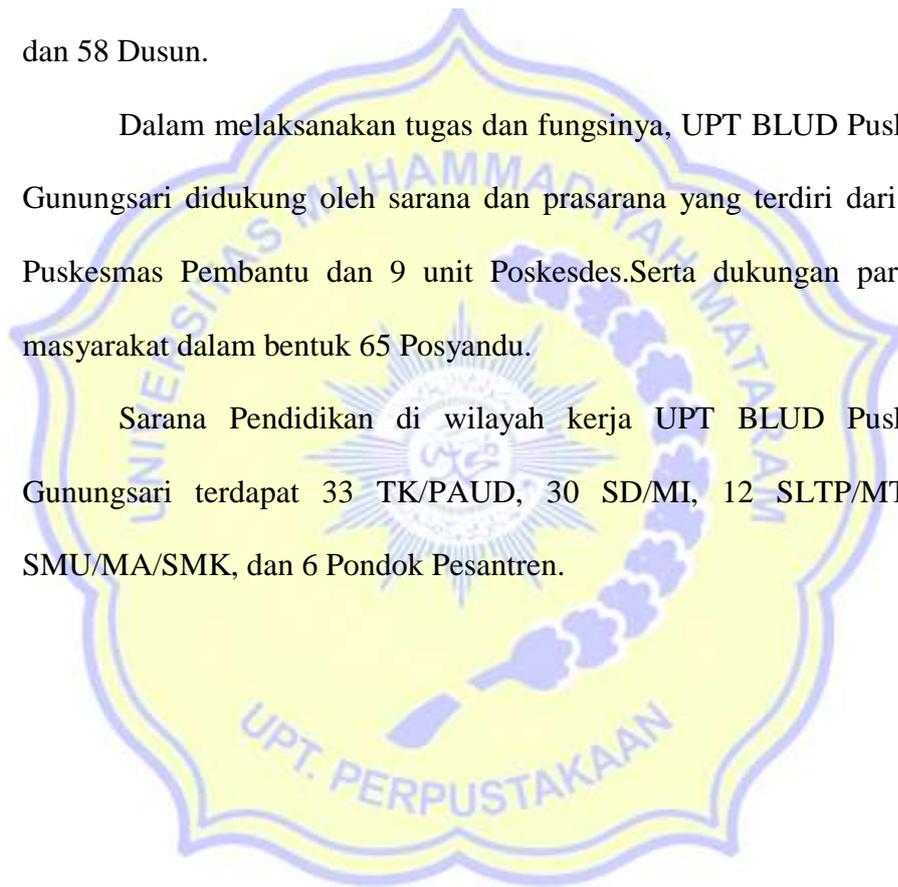
UPT BLUD Puskesmas Gunungsari merupakan salah satu dari 17 Puskesmas yang ada di Kabupaten Lombok Barat, dengan luas wilayah mencapai 28,86 Km². Di sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Lombok Utara, di sebelah selatan berbatasan dengan Kota Mataram, di sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Batulayar dan di sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Lingsar. Wilayah kerja UPT BLUD

Puskesmas Gunungsari mencakup 7 Desa merupakan kombinasi antara daerah pegunungan (perbukitan) di wilayah utara, berada pada ketinggian 0 – 256 m di atas permukaan laut.

Secara demografis, jumlah penduduk di wilayah kerja UPT BLUD Puskesmas Gunungsari Tahun 2018 mencapai 59.519 jiwa (BPS LOBAR 2016). Wilayah kerja UPT BLUD Puskesmas Gunungsari meliputi 7 Desa dan 58 Dusun.

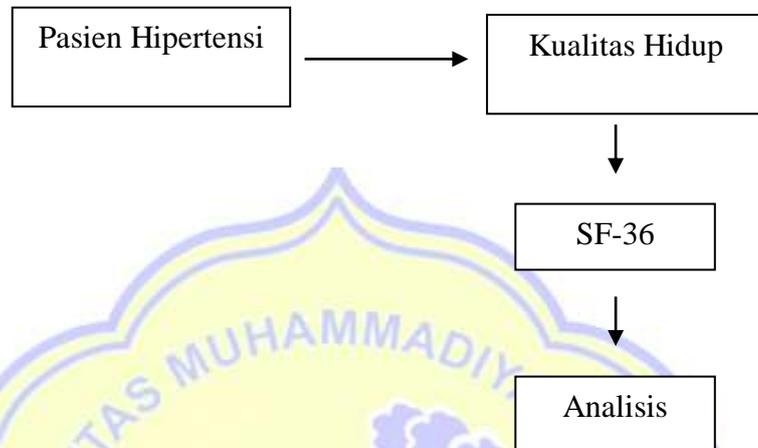
Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, UPT BLUD Puskesmas Gunungsari didukung oleh sarana dan prasarana yang terdiri dari 3 unit Puskesmas Pembantu dan 9 unit Poskesdes. Serta dukungan partisipasi masyarakat dalam bentuk 65 Posyandu.

Sarana Pendidikan di wilayah kerja UPT BLUD Puskesmas Gunungsari terdapat 33 TK/PAUD, 30 SD/MI, 12 SLTP/MTS, 11 SMU/MA/SMK, dan 6 Pondok Pesantren.



2.5 Kerangka Teori

Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian.