

**PENGARUH PROFIL PENGOBATAN TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN  
HIPERTENSI DI PUSKESMAS JAPARA KABUPATEN KUNINGAN JAWA BARAT**

**Laporan Tugas Akhir**

**Haura Narita  
11161084**



**Universitas Bhakti Kencana  
Fakultas Farmasi  
Program Strata I Farmasi  
Bandung  
2020**

## LEMBAR PENGESAHAN

**PENGARUH PROFIL PENGOBATAN TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN  
HIPERTENSI DI PUSKESMAS JAPARA KABUPATEN KUNINGAN JAWA BARAT**

### **Laporan Tugas Akhir**

Diajukan untuk memenuhi syarat kelulusan Program Strata I Farmasi

**Haura Narita  
11161084**

Bandung, 21 Agustus 2020

Menyetujui,

Pembimbing Utama,



(apt. Eva Kusumahati, M.Si)

Pembimbing Serta,



(apt. Dra. Ni Nyoman Sri Mas Hartini,  
MAB)

## ABSTRAK

### PENGARUH PROFIL PENGOBATAN TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS JAPARA KABUPATEN KUNINGAN JAWA BARAT

Oleh :

**Haura Narita**

**11161084**

Penderita hipertensi di Indonesia menurut riskesdas 2018 mengalami peningkatan. Hipertensi adalah terjadinya peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik 90 mmHg. Pengobatan pada penderita hipertensi merupakan salah satu cara agar kadar tekanan darah tetap normal, dan kualitas hidup pasien menjadi lebih baik.

Tujuan Penelitian untuk mengetahui pengaruh profil pengobatan terhadap kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Japara Kabupaten Kuningan Jawa Barat. Penelitian ini bersifat analisa observasional dengan pendekatan (*cross-sectional*). Penelitian menggunakan data sekunder yaitu rekamedis dan data primer menggunakan instrumen kuesioner *European Quality of life-5Dimensions-5 Level* (EQ-5D-5L).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 59 responden, sebanyak 57,6% dengan lama pengobatan lebih dari 1 tahun dan sebanyak 78 % mendapatkan terapi pengobatan tunggal. Responden Tidak memiliki komplikasi 86,4% dan memiliki komplikasi 13,6%. Kualitas hidup yang baik 76,3% dan kurang baik sebanyak 23,7% . Berdasarkan Analisis *Chi-Square* untuk melihat pengaruh profil pengobatan yang mencakup jenis penggunaan obat, lama pengobatan, dan penyakit penyerta terhadap kualitas hidup pasien hipertensi menunjukkan terdapat pengaruh lama pengobatan ( $p\text{-value} = 0,002$ ) dan penyakit penyerta ( $p\text{-value} = 0,006$ ) terhadap kualitas hidup. Kata Kunci : *Hipertensi, Pengobatan, Profil Pengobatan , Kualitas Hidup.*

## **ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF TREATMENT PROFILE TO QUALITY OF LIFE WITH HYPERTENSION IN A FIRST LEVEL HEALTH FACILITY OF JAPARA IN DISTRICT OF KUNINGAN WEST JAVA**

**By :**

**Haura Narita**

**11161084**

*Hypertension sufferers in Indonesia according to riskesdas 2018 have increased. Hypertension is an increase in systolic blood pressure of more than 140 mmHg and diastolic 90 mmHg. Treatment for people with hypertension is one way to keep blood pressure levels normal, and the quality of life of patients better.*

*The purpose of this study was to determine the effect of medication profile on the quality of life of hypertensive patients in Japara Health Center, Kuningan Regency, West Java. This study is an observational analysis with an approach (cross-sectional). The study uses secondary data, namely medical and primary data using the European Quality of life – 5 Dimensions – 5 Level (EQ-5D-5L) questionnaire.*

*The results showed that of 59 respondents, as many as 57.6% with treatment duration of more than 1 year and as many as 78% received a single treatment therapy. Respondents did not have complications 86.4% and had complications 13.6%. Good quality of life 76.3% and less than good as much as 23.7%. Based on Chi-Square Analysis to see the effect of the treatment profile which includes drug use, duration of treatment, and concomitant diseases of the quality of life of hypertensive patients show there is an influence of duration of treatment ( $p$ -value = 0.002) and accompanying diseases ( $p$ -value = 0.006) on quality life.*

*Keywords: Hypertension, Treatment, Treatment profile Quality of Life.*

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas Kebesaran Rahmat dan Karunia-Nya, serta sholawat dan salam semoga tetap tercurah kan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta keluarga dan segenap sahabat-sahabat yang dimuliakan. Hanya atas izin dan petunjuk-Nyalah penyusunan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “PEMGARRUH PROFIL PENGOBATAN TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS JAPARA KABUPATEN KUNINGAN JAWA BARAT” sebagai syarat untuk menyelesaikan Program Sarjana (S1) Fakultas Farmasi Universitas Bhakti Kencana dengan lancar dan tepat waktu.

Selesainya penyusunan Tugas Akhir ini juga tidak lepas dari bantuan, dukungan, arahan dan bimbingan banyak pihak. Oleh sebab itu penyusun ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Kedua Orang Tua tercinta, Ayahanda Ucu suryana dan Ibunda Iin Arinta yang telah memberikan nasihat, doa, dan dukungan moril maupun materil untuk penyusun dalam menuntut ilmu, sehingga penyusunan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
2. Ibu apt.Eva Kusumahati, M.Si selaku dosen pembimbing utama yang telah meluangkan waktu, membimbing, memberikan tambahan ilmu dan solusi pada setiap permasalahan atas kesulitan dalam penyusunan Tugas Akhir ini.
3. Ibu apt.Ni Nyoman Sri Mas Hartini MAB selaku dosen pembimbing serta yang telah bersedia meluangkan waktu, membimbing dan mengarahkan penyusun serta memberikan solusi pada setiap permasalahan atas kesulitan dalam penyusunan Tugas Akhir ini.
4. Teman teman kelas FA 2 angkatan 2016 yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah mendoakan menyemangati dan memberi dukungan dalam penyelesaian Tugas Akhir ini.
5. Segenap keluarga, sahabat dan teman teman yang tiada hentinya selalu membantu, memberi semangat dan menemani penyusun dalam menyelesaikan Tugas Akhir dengan tepat waktu.

Penyusun menyadari bahwa Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna dikarenakan terbatasnya pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki. Oleh karena itu, penyusun mengharapkan segala bentuk saran serta masukan bahkan kritik yang membangun dari berbagai pihak untuk dijadikan bahan evaluasi. Penulis berharap dalam hati, lisan dan pikiran agar skripsi ini bisa bermanfaat bagi para pembaca dan masyarakat.

Bandung, Juli 2020

Haura Narita

## DAFTAR ISI

<b>ABSTRAK</b> .....	i
<b>ABSTRACT</b> .....	ii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iv
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	vi
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	viii
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b> .....	1
1.2 . Rumusan masalah .....	2
1.3. Tujuan dan manfaat penelitian.....	2
1.4. Hipotesis penelitian .....	3
1.5. Tempat dan waktu Penelitian.....	3
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	4
II.1. PUSKESMAS .....	4
II.2. STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DI PUSKESMAS .....	4
II.3. SISTEM INFORMASI KESEHATAN.....	4
II.4. KUALITAS HIDUP .....	5
II.5. FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS HIDUP .....	5
II.7. HIPERTENSI.....	7
II.7.1. DEFINISI .....	7
II.7.2. ETIOLOGI .....	7
II.7.3. FAKTOR RISIKO .....	8
II.7.4. TUJUAN DAN STRATEGI PENGOBATAN HIPERTENSI .....	9
<b>BAB III. METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	13
<b>BAB IV. PROSEDUR PENELITIAN</b> .....	14
IV.1. Penelusuran pustaka .....	14
IV.2. Kerangka penelitian.....	14
IV.3. Sampel Penelitian. ....	14
IV.3.1. Penetapan sampel .....	14
IV.4. Pengumpulan Data.....	15
IV.4.1. Data Primer .....	15
IV.4.2. Data sekunder .....	15
<b>IV.5. Instrumen Penelitian</b> .....	15

<b>IV.6. Variabel Penelitian</b> .....	15
IV.7. Pengolahan Data.....	16
IV.8. Analisis Data .....	17
IV.8.1. Sumber Data, Variabel dan Jenis .....	17
IV.8.2. Metode analisis data .....	20
IV.9. Teknik Pengambilan kesimpulan.....	20
<b>BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	21
V.1. Analisis Univariat .....	21
V.1.1. Karakteristik Responden .....	21
V.1.2. Gambaran Variabel Penelitian .....	24
V.2. Analisis Bivariat .....	32
<b>BAB VI. SIMPULAN DAN SARAN</b> .....	37
<b>VI.1. Kesimpulan</b> .....	37
<b>VI.2. Saran</b> .....	37
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	38
<b>LAMPIRAN</b> .....	42

## DAFTAR TABEL

Tabel II.1. Klasifikasi Hipertensi.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tabel II.2. Modifikasi Gaya Hidup Untuk Mengontrol Hipertensi .....	12
Tabel IV.1. Sumber Data, Variabel,Jenis Data.....	17
Tabel V.1.Karakteristik Responden.....	22
Tabel V.2.Profil Pengobatan.....	24
Tabel V.3.Jenis Penggunaan Obat .....	26
Tabel V.4. Gambaran Tekanan Darah Sebelum dan Sesudah Pengobatan.....	28
Tabel V.5.Gambaran Mengenai Kualitas Hidup .....	29
Tabel V.6. Rekapitulasi Jawaban.....	30
Tabel V.7. Deskriptif Indeks VAS .....	32
Tabel V.8. Indeks VAS Berdasarkan Kualitas Hidup.....	32
Tabel V.9. Pengaruh Lama Pengobatan Terhadap Kualitas Hidup .....	33
Tabel V.10. Pengaruh Jenis Pengobatan dengan Kualitas Hidup.....	34
Tabel V.11. Pengaruh Penyakit Penyerta Terhadap Kualitas Hidup .....	35



## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar IV.1. Kerangka Penelitian .....</b>	<b>14</b>
---	-----------

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I. Permohonan Surat Ijin Penelitian Tugas Akhir .....	42
Lampiran II. Surat Keterangan Penelitian Tugas Akhir .....	43
Lampiran III. Permohonan Etik .....	44
Lampiran IV. Pembebasan Etik .....	45
Lampiran V. Persetujuan Kueisioner.....	46
Lampiran VI. Informasi Dasar.....	47
Lampiran VII. Kueisioner EQ 5D 5L .....	48
Lampiran VIII. Tabulasi Data Responden.....	50
Lampiran IX. Tekanan Darah .....	52
Lampiran X. OUTPUT SPSS .....	54
Lampiran XI. Dokumentasi Kegiatan.....	59

## **BAB I. PENDAHULUAN**

### **I.1. Latar belakang**

Menurut Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah terjadinya peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik 90 mmHg. Peningkatan tekanan darah terjadi pada dua kali pengukuran tekanan darah dilakukan dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat atau rileks (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Hipertensi disebut juga silent killer karena sebagian besar pasien tidak memiliki gejala. (DiPiro et al., 2010).

Menurut data World Health Organization (WHO ) menunjukkan pada tahun 2015, bahwa jumlah orang dewasa penderita hipertensi meningkat dari 594 juta penderita hipertensi menjadi 1,13 miliar penderita hipertensi. Peningkatan tersebut banyak terjadi terutama di negara – negara berpenghasilan rendah dan menengah, disertai dengan tingginya faktor risiko hipertensi yang diantaranya yaitu usia, jenis kelamin, pola hidup sehari hari, riwayat keluarga pada populasi tersebut. (WHO, 2015).

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar Departemen Kesehatan Republik Indonesia, terjadi peningkatan prevalensi penyakit hipertensi. Pada tahun 2013 terdapat 25,8 % penderita hipertensi, dan meningkat pada tahun 2018 menjadi 34,1 % pada penduduk  $\geq 18$  tahun. Prevalensi tertinggi kasus hipertensi di Indonesia terdapat di provinsi Kalimantan Selatan dengan 44,1 % dan provinsi papua 22,2% penduduk penderita hipertensi (Riskesdas, 2018). Sedangkan hipertensi di provinsi jawa barat terdapat peningkatan penderita hipertensi dari 2,46 % pada tahun 2016 (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2016). menjadi 15,09% penderita hipertensi pada tahun 2017. (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2017).

Peningkatan penderita hipertensi sendiri terjadi di Kabupaten Kuningan Jawa Barat. Menunjukkan pada tahun 2016 terdapat 6,24% penderita hipertensi pada umur  $\geq 18$  tahun, (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2016) menjadi 15,06 % penderita hipertensi pada tahun 2017 (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2017). Banyaknya penderita penyakit hipertensi dikuningan bisa dipengaruhi oleh faktor seperti usia, jenis kelamin, pola hidup sehari hari (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Sedangkan pada tahun 2019 di puskesmas japura, jumlah penderita hipertensi berada di peringkat ke tiga.

Berdasarkan penyebabnya hipertensi terbagi menjadi dua yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Sebagian besar pasien yang menderita hipertensi (lebih dari 90%) penyebabnya tidak diketahui ini disebut sebagai hipertensi primer. Namun, pada beberapa pasien ada penyebab hipertensi yang dapat diidentifikasi, disebut sebagai hipertensi sekunder. Penyebab umum dari hipertensi sekunder meliputi gagal ginjal kronis, kelainan jantung bawaan, dll. (Chisolm-burns et al., 2016).

Gejala penyakit hipertensi biasanya seperti sakit kepala, depresi, cemas, dan kelelahan. Gejala – gejala yang dialami tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup pada penderita hipertensi. Penderita hipertensi memiliki kualitas hidup rendah, karena hipertensi dapat berdampak buruk yang diantaranya dapat menyebabkan komplikasi

penyakit lain ( ginjal, stroke, jantung coroner, impotensi,dll) dan mempengaruhi vitalitas , fungsi sosial, kesehatan mental, dan fungsi psikologis. (Theodorou et al., 2011).

Kualitas hidup adalah persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan,standard dan masalah . Kualitas hidup dapat di ukur dengan instrument standar yaitu *EQ-5D-5L* yang terdiri dari dua bagian yaitu *EQ-5D descriptive system* dan *EQ-5D Visual Analogue Scale (VAS)*. Kualitas hidup yang baik dapat dicapai apabila penderita hipertensi dapat mengontrol penyakit tersebut dengan menjalani pengobatan secara rutin (Pratiwi, 2017). Pengobatan pada penderita hipertensi ini bertujuan agar kadar tekanan darah tetap normal, dan kualitas hidup pasien menjadi lebih baik.(Theodorou et al., 2011).

Pada pasien yang menjalani pengobatan secara rutin dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan individu dengan tekanan darah tidak terkontrol dan tidak dalam pengaruh obat-obatan (Theodorou et al., 2011). Penggunaan obat pada penderita hipertensi dapat dicatat pada profil pengobatan. Profil pengobatan adalah suatu rekaman informasi penderita rawat tinggal dan penderita rawat jalan. Profil pengobatan dapat berguna untuk mengetahui regimen obat , lama terapi,dll. Berdasarkan uraian diatas, maka dilakukan penelitian tentang pengaruh profil pengobatan terhadap kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Japara Kecamatan Japara Kabupaten Kuningan Jawa Barat. Profil pengobatan ini mencakup lama pengobatan, Jenis pengobatan, dan penyakit penyerta.

## **1.2 . Rumusan masalah**

1. Bagaimana profil pengobatan pasien hipertensi di Pusekesmas Japara?
2. Bagaimana tingkatan kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Japara?
3. Bagaimana pengaruh profil pengobatan terhadap kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Japara ?

## **1.3. Tujuan dan manfaat penelitian**

Adapun Tujuan penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui profil pengobatan pasien hipertensi di Puskesmas Japara.
2. Untuk mengetahui tingkat kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Japara.
3. Untuk mengetahui pengaruh profil pengobatan terhadap kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Japara.

Manfaat Penelitian :

Untuk mengembangkan kemampuan setelah memeperoleh ilmu baik secara teori maupun praktik.

**1.4. Hipotesis penelitian**

Ho : Tidak ada pengaruh profil pengobatan terhadap kualitas hidup pasien hipertensi.

H1 : terdapat pengaruh profil pengobatan terhadap kualitas hidup pasien hipertensi.

**1.5. Tempat dan waktu Penelitian**

Penelitian bertempat di Puskesmas Japara Kabupaten Kuningan, Pada bulan januari – Maret 2020.

## **BAB II. TINJAUAN PUSTAKA**

### **II.1. PUSKESMAS**

Menurut peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 43 Tahun 2019 tentang pusat kesehatan masyarakat, Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya.

### **II.2. STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DI PUSKESMAS**

Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian. Pelayanan kefarmasian di Puskesmas meliputi 2 (dua) kegiatan, yaitu kegiatan yang bersifat manajerial berupa pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai dan kegiatan pelayanan farmasi klinik. Tujuannya adalah untuk menjamin kelangsungan ketersediaan dan keterjangkauan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai yang efisien, efektif dan rasional, meningkatkan kompetensi/kemampuan tenaga kefarmasian, mewujudkan sistem informasi manajemen, dan melaksanakan pengendalian mutu pelayanan. Pelayanan farmasi klinik merupakan bagian dari Pelayanan Kefarmasian yang langsung dan bertanggung jawab kepada pasien berkaitan dengan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Pelayanan farmasi klinik meliputi: (Menteri Kesehatan RI, 2016).

1. Pengkajian dan pelayanan Resep
2. Pelayanan Informasi Obat (PIO)
3. Konseling
4. Visite Pasien (khusus Puskesmas rawat inap)
5. Monitoring Efek Samping Obat (MESO)
6. Pemantauan Terapi Obat (PTO)
7. Evaluasi Penggunaan Obat

### **II.3. SISTEM INFORMASI KESEHATAN**

Sistem informasi kesehatan dapat dimanfaatkan untuk mengidentifikasi kejadian penyakit seperti catatan medis individu yang dapat digunakan oleh setiap tenaga kesehatan seperti dokter, perawat dan lain sebagainya. Adanya SIK ini untuk membantu memperbaiki pengambilan tindakan kedepannya. (Measure Evaluation, 2012).

Pengambilan tindakan dapat dibantu dengan adanya sistem informasi kesehatan seperti rekamedis sebagai sistem pendukung keputusan pelayanan kesehatan. Menurut Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 269/MENKES/PER/III/2008, Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan

kepada pasien. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang – kurangnya memuat :

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang – kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medic
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan/atau tindakan
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram kilin; dan
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan

#### **II.4. KUALITAS HIDUP**

Kualitas hidup adalah persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standard dan masalah . Kualitas hidup berkaitan dengan gambaran tentang maksimalnya kesehatan fisik suatu individu, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, kepercayaan . Kualitas hidup sendiri merupakan penilaian konsep multi-dimensi yang menggabungkan antara persepsi individu tentang status kesehatan, status psiko-sosial dan aspek kehidupan lainnya. (World Health Organization, 2012).

Kualitas hidup didefinisikan sebagai kesejahteraan umum atau keadaan sehat secara keseluruhan yang terdiri dari kesejahteraan fisik, material, sosial, dan emosional yang terkontrol semua di timbang oleh pribadi. Kualitas hidup tidak hanya menyangkut penilaian individu bagaimana kehidupan individu tersebut , tetapi terdapat konteks sosial dan konteks lingkungan yang mempengaruhi kualitas hidup (Dewi & Sudhana, 2013). Kualitas hidup merupakan indicator yang digunakan untuk menilai kesejahteraan masyarakat, indicator yang digunakan diantaranya tingkat harapan hidup, angka kematian. (Anbarasan, 2015).

#### **II.5. FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS HIDUP**

Kualitas hidup pada suatu individu dapat terjadinya peningkatan yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya :(Yaghoubi et al., 2012).

- a. Jenis kelamin

salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu . Kualitas hidup antara perempuan dan laki-laki itu berbeda, kualitas hidup laki – laki lebih baik dari pada perempuan karena pola hidup laki – laki yang lebih baik.

b. Usia

Pada beberapa penelitian usia adalah salah satu variabel yang menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup di sebagian besar penelitian. Dengan bertambahnya usia, penurunan yang signifikan terjadi pada kualitas hidup pasien.

c. Pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan.

Pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan Status pendidikan yang lebih tinggi, memiliki pekerjaan, dan menikah memiliki hubungan yang signifikan dengan peningkatan beberapa aspek dalam kualitas hidup dalam beberapa penelitian (Yaghoubi et al., 2012). Pada tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi tindakan seseorang dalam memilih pengobatan dan tindakan terapi yang akan di jalani.(Sari, Lolita., & Fauzia., 2017)

Pada individu yang memiliki pekerja yang baik dan memiliki hidup yang sejahtera cenderung memiliki kualitas hidup yang baik. Suatu Individu membutuhkan dukungan orang lain dalam melakukan hal apapun. Maka dari itu individu yang memiliki status sudah menikah relative memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda/duda akibat pasangan meninggal.

d. Latar belakang penyakit dan riwayat keluarga penyakit.

Menderita beberapa penyakit (Hipertensi, diabetes, Hiperlipidemia) dan riwayat keluarga dalam beberapa penelitian yang diteliti memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup pasien. Kondisi ini menyebabkan penurunan yang signifikan dalam kualitas hidup pasien

e. Lama menderita penyakit

Lama menderita penyakit yang diderita dengan lama tanpa ada penanganan yang baik dapat menimbulkan komplikasi. Seperti halnya pada penderita hipertensi, penderita hipertensi memerlukan perhatian khusus, karena hipertensi yang tidak segera ditangani jika terlalu lama dibiarkan dapat menyebabkan komplikasi yang lebih berat

f. Keteraturan berobat

Keteraturan minum obat dapat mempengaruhi kualitas hidup karena dengan terkontrolnya mengkonsumsi minum obat penyakit yang di alami oleh individu dapat stabil.

## II.6. EUROPEAN QUALITY OF LIFE -5 DIMENSIONS (EQ5D)

*European Quality of Life* adalah ukuran standar status kesehatan yang dikembangkan oleh *Group EuroQol* untuk memberikan ukuran kesehatan generik sederhana dalam penilaian klinis dan ekonomi. *EQ-5D-5L* merupakan instrumen standar untuk mengukur kualitas hidup seseorang yang terdiri dari dua bagian yaitu *EQ-5D descriptive system* dan *EQ-5D Visual Analogue Scale (VAS)*.

*EQ- 5D-5L* dalam kuesioner terdiri dari skala analog visual dan lima pertanyaan yang terdiri dari pertanyaan seputar kemampuan bergerak atau mobilitas, perawatan diri, aktivitas biasa, rasa sakit atau ketidaknyamanan, dan kecemasan atau depresi pada



masing-masing pertanyaan terdapat lima alternatif jawaban yang dapat dipilih oleh responden . Pilihan alternatif jawaban dibagi menjadi lima tingkatan keparahan yaitu tidak bermasalah, sedikit masalah, masalah sedang, masalah parah dan masalah ekstrim. Pada skala analog visual terdiri dari skala vertikal dengan nilai 0 sampai 100 dimana nilai tersebut mewakili keadaan terburuk hingga keadaan terbaik.

## II.7. HIPERTENSI

### II.7.1. DEFINISI

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah arteri (BP) yang terus meningkat (DiPiro et al., 2010). Peningkatan tekanan darah yang terjadi itu pada sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Hipertensi yang berlangsung dalam jangka waktu lama bila tidak terdeteksi lebih awal dan tidak mendapatkan perawatan yang memadai dapat menimbulkan komplikasi terhadap organ lain seperti ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung koroner) dan otak (menyebabkan stroke). (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Tekanan darah tinggi berkaitan erat dengan pola hidup manusia. Untuk mengatasi dan mencegah darah tinggi dapat dilakukan dengan pengaturan pola hidup seperti diet sehat , melakukan aktivitas fisik secara teratur, menghindari konsumsi alkohol, mempertahankan berat badan dan lingkar perut secara ideal, hidup di lingkungan bebas rokok. Tekanan darah dapat diklasifikasikan dari tekanan darah itu sendiri atau berdasarkan dari penyebabnya.

Tabel II.1. Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Pre Hipertensi	120 – 139	80 – 89
Hipertensi Tingkat 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensi Tingkat 2	≥ 160	≥ 100

(Chisolm-burns et al., 2016)

### II.7.2. ETIOLOGI

Pada sebagian besar lebih dari 90%, seseorang yang menderita hipertensi tidak diketahui penyebabnya ini disebut sebagai hipertensi primer (Chisolm-burns et al., 2016). Hipertensi primer atau esensial tidak bisa disembuhkan, tetapi bisa dikendalikan (DiPiro et al., 2010). Namun, pada beberapa kasus penyebab hipertensi dapat diidentifikasi, disebut juga sebagai hipertensi sekunder (Chisolm-burns et al., 2016). Jika penyebabnya dapat diidentifikasi, hipertensi yang dialami oleh pasien dapat dikurangi atau berpotensi disembuhkan. (DiPiro Joseph T et al, 2010)

a. Hipertensi primer

Hipertensi primer atau esensial merupakan hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi dapat disebabkan oleh faktor genetik dimana ini mempengaruhi keseimbangan natrium, atau jalur pengatur tekanan darah lainnya. . (DiPiro Joseph T et al, 2010)

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang dapat diketahui penyebabnya. Pada sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit ginjal. Pada sekitar 1-2%, penyebabnya adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu. (Kementerian Kesehatan RI, 2014) Penyebab umum dari hipertensi sekunder meliputi: (Chisolmburns et al., 2016)

1. Gagal ginjal kronis
2. Koarktasio aorta ( penyakit jantung bawaan)
3. Sindrom cushing dan keadaan kelebihan glukokortikoid lainnya
4. Pheochromocytoma Aldosteronisme primer dan kelebihan mineralokortikoid
5. Hipertensi renovaskular
6. Sleep apnea
7. Penyakit tiroid atau paratiroid

### II.7.3. FAKTOR RISIKO

Faktor yang tidak dapat di kontrol : (Kementerian Kesehatan RI, 2014)

1. Usia
2. Jenis kelamin
3. Riwayat keluarga
4. Genetik

Faktor yang dapat di kontrol :

1. kebiasaan merokok
2. konsumsi garam,
3. konsumsi lemak jenuh
4. penggunaan jelantah
5. kebiasaan konsumsi minum-minuman beralkohol
6. obesitas
7. kurang aktifitas fisik
8. stress

## 9. penggunaan estrogen.

### II.7.4. TUJUAN DAN STRATEGI PENGOBATAN HIPERTENSI

Tujuan pengobatan hipertensi adalah untuk menurunkan mortalitas dan morbiditas kardiovaskular. Penurunan tekanan sistolik harus menjadi perhatian utama, karena pada umumnya tekanan diastolik akan terkontrol bersamaan dengan terkontrolnya tekanan sistolik. Target tekanan darah bila tanpa kelainan penyerta adalah <140/90 mmHg. Terdapat terapi farmakologi dan non farmakologi untuk penderita hipertensi. (Nafrialdi et al., 2009)

#### 1.) Terapi Farmakologi

Dalam penanganan hipertensi para ahli umumnya mengacu kepada *guideline- guideline* yang ada. Salah satu *guideline* terbaru yang dapat dijadikan acuan dalam penanganan hipertensi di Indonesia adalah *guideline Joint National Committee (JNC) 8*. Terapi yang di anjurkan oleh JNC 8 diantaranya Diuretik Thiazid, ACEI, CCB, ARB,  $\beta$  blocker. (Muhadi, 2016)

##### a. Diuretik

Diuretik bekerja meningkatkan ekskresi natrium, air dan klorida sehingga menurunkan volume darah dan cairan ekstraseluler. Akibatnya terjadi penurunan curah jantung dan tekanan darah. Selain mekanisme tersebut, beberapa diuretik juga menurunkan resistensi perifer sehingga menambah efek hipotensinya. Efek ini diduga akibat penurunan natrium di ruang interstisial dan di dalam sel otot polos pembuluh darah yang selanjutnya menghambat influks kalsium. Obat-obatan diuretik diberikan pada pagi hari untuk single dose, atau pada pagi dan sore hari untuk 2 kali pemberian. Hal ini untuk mencegah terjadinya nokturia diuresis. Diuretik dibagi menjadi beberapa golongan:

#### 1. Golongan Tiazid

Obat golongan ini bekerja dengan menghambat transport bersama Na - Cl di tubulus distal ginjal, sehingga ekskresi Na + dan Cl meningkat. Golongan tiazid umumnya kurang efektif pada gangguan fungsi ginjal dapat memperburuk fungsi ginjal dan pada pemakaian lama menyebabkan hiperlipidemia (peningkatan kolesterol, LDL dan trigliserida).

- Efek samping tiazid : dosis tinggi dapat menyebabkan hypokalemia, hiponatremia dan hipomagnesemia, hiperkalsemia, dapat menghambat ekskresi asam urat dari ginjal, dan pada pasien hiperurisemia dapat mencetuskan serangan gout akut.,meningkatkan kadar kolesterol LDL dan trigliserida,pada penerita DM, tiazid dapat menyebab- kan hiperglikemia karena mengurangi sekresi insulin.
- Contoh obat : HCT (hidroklorotiazid), Klortalidon, Indapamid, dan Metolazone.

#### 2. Diuretik Kuat ( Loop Diuretic, Diletis ceiling)

Diuretik kuat bekerja di ansa Henle asenden bagian epitel tebal dengan cara meningkatkan hambatan kotransport Na, K<sup>+</sup>, 2Cl<sup>-</sup> dan menghambat resorpsi air dan elektrolit

- Efek samping : hampir sama dengan tiazid, kecuali bahwa diuretik kuat dapat menyebabkan hiperkalsemia dan menurunkan kalsium darah.
- Contoh obat : furosemid, torasemid, bumetanid, asam etakrinat.

### 3. Diuretik Hemat Kalium

- Efek samping : dapat menimbulkan hiperkalemia bila diberikan pada pasien gagal ginjal atau bila dikombinasikan dengan penghambat ACE, ARB,  $\beta$ -blocker, AINS.
- Contoh obat : Amilorid, triameteren, spironolakton.

#### b. $\beta$ - blocker

Beberapa mekanisme penurunan tekanan darah akibat pemberian  $\beta$ - blocker dapat dikaitkan dengan hambatan reseptor  $\beta$ , antara lain : 1) penurunan frekuensi detak jantung dan kontraktilitas miokard sehingga menurunkan curah jantung; 2) hambatan sekresi renin di sel – sel jukstaklomeruler ginjal dengan akibat penurunan produksi angiotensin II; 3) efek sentral yang mempengaruhi aktifitas saraf simpatis, perubahan pada sensitivitas baroreseptor, perubahan aktifitas neuron adrenergik perifer dan peningkatan biosintesis prostaglandin. Efek samping blokade reseptor  $\beta$  pada miokardium adalah bradikardi, ketidaknormalan konduksi atrioventrikular (AV), dan gagal jantung akut. Penghentian  $\beta$  blocker secara cepat dapat menyebabkan angina tidak stabil, infark miokard, dan bahkan kematian pada pasien-pasien dengan resiko tinggi.  $\beta$  blocker dibedakan menjadi 4 kelompok berdasarkan sifatnya, yaitu

1. Kardioselektif, bekerja selektif pada reseptor  $\beta_1$  di jantung: Atenolol, Bisoprolol, Metoprolol, dan Betaxolol.
2. Nonselektif, bekerja pada reseptor  $\beta_1$  dan  $\beta_2$  : Nadolol, Propranolol, Timolol, dan Sotalol. Tidak boleh digunakan pada pasien asma atau bronkhitis.
3. Memiliki Aktivitas Simpatomimetik Intrinsik: Acebutolol, Carteolol, Penbutolol, dan Pindolol.
4. Campuran  $\alpha$  dan  $\beta$  blocker : Karvedilol, Labetolol

#### c. ACE Inhibitor

ACE – Inhibitor bekerja menghambat angiotensin I menjadi angiotensin II sehingga terjadi vasodilatasi dan penurunan sekresi aldosteron. Selain itu, degradasi bradikinin juga dihambat sehingga kadar bradikinin dalam darah meningkat dan berperan dalam efek vasodilatasi ACE – Inhibitor. Efek samping ACE – Inhibitor : Hipotensi, batuk kering, hiperkalemia, edema angioneurotik, gagal ginjal akut, proteinuria, efek teratogenik. Secara umum ACE – Inhibitor dibedakan atas dua kelompok, yaitu :

1. Yang bekerja langsung : kaptopril dan lisinopril

2. Prodrug : enalapril, kuinapril, perindopril, ramipril, silazapril, benazepril, fosinopril, dan lain – lain.

d. Angiotensin Reseptor Blocker (ARB)

reseptor ARB menghambat secara langsung reseptor angiotensin II tipe 1 (ATI) yang memediasi efek angiotensin II yang sudah diketahui pada manusia: vasokonstriksi, pelepasan aldosteron, aktivasi simpatetik, pelepasan hormon antidiuretik dan kontriksi arteriol dari glomerulus. ARB tidak memblokir reseptor angiotensin II tipe 2 (AT2). Jadi efek yang menguntungkan dari stimulus AT2 (seperti vasodilatasi, perbaikan jaringan dan penghambatan pertumbuhan sel) tetap utuh dengan menggunakan ARB. Efek sampingnya adalah insufisiensi ginjal, hiperkalemia, dan hipotensi ortostatik. ARB tidak menyebabkan batuk seperti ACEI, karena tidak mencegah pemecahan bradikinin. Tidak boleh digunakan pada wanita hamil.

- Contoh obat :Kandesartan, Eprosartan, Irbesartan, Losartan, Olmesartan, Telmisartan, dan Valsartan.

e. CCB (Calcium Channel Blocker)

CCB bekerja dengan menghambat influx kalsium sepanjang membran sel. Ada dua tipe kanal kalsium: high voltage channel (tipe L) dan low voltage channel (tipe T). CCB yang ada hanya menghambat kanal tipe L, yang menyebabkan vasodilatasi koroner dan perifer. CCB terbagi menjadi 2 sub kelas :

1. Dihidropiridin

- Efek samping dari dihidropiridin adalah pusing, flushing, sakit kepala, hiperplasia gusi, edema perifer, perubahan mood, dan gangguan gastrointestinal. Nifedipin dapat meningkatkan resiko kardiovaskular.

- Contoh obat :Amlopidin, Felopidin, Isradipin, Lekardipin, Nicardipin, Nifedipin, dan Nisoldipin.

2. Non dihidropiridin

- Efek sampingnya adalah anorexia, mual, edema perifer, dan hipotensi. Verapamil menyebabkan konstipasi pada 7% pasien Menurunkan denyut jantung dan memperlambat konduksi nodal atriventrikular.

- Contoh obat Diltiazem dan Verapamil.

2.) Terapi Non Farmakologi

Semua pasien dengan prehipertensi dan hipertensi harus menjalani modifikasi gaya hidup. Namun, mereka tidak boleh digunakan sebagai pengganti terapi obat antihipertensi untuk pasien. Modifikasi gaya hidup yang penting yang terlihat menurunkan tekanan darah adalah mengurangi berat badan untuk individu yang obes atau gemuk; mengadopsi pola makan DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) yang kaya akan kalium dan kalsium; diet rendah natrium; aktifitas fisik; dan mengkonsumsi alkohol sedikit saja. Pada sejumlah pasien dengan pengontrolan tekanan

darah cukup baik dengan terapi satu obat antihipertensi; mengurangi garam dan berat badan dapat membebaskan pasien dari menggunakan obat. 10 Program diet yang mudah diterima adalah yang didisain untuk menurunkan berat badan secara perlahan-lahan pada pasien yang gemuk dan obes disertai pembatasan pemasukan natrium dan alkohol. Untuk ini diperlukan pendidikan ke pasien, dan dorongan moril. (Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik, 2006).

Tabel II.2. Modifikasi Gaya Hidup Untuk Mengontrol Hipertensi

Modifikasi	Rekomendasi	Kira-kira penurunan tekanan darah, range
Penurunan berat badan (BB)	Pelihara berat badan normal (BMI 18.5 – 24.9)	5-20 mmHg/10-kg penurunan BB
Adopsi pola makan	Diet kaya dengan buah, sayur, dan produk susu rendah lemak	DASH 8-14 mm Hg
Diet rendah sodium	Mengurangi diet sodium, tidak lebih dari 100meq/L (2,4 g sodium atau 6 g sodium klorida)	2-8 mm Hg
Aktifitas fisik Regular	aktifitas fisik aerobik seperti jalan kaki 30 menit/hari, beberapa hari/minggu	4-9 mm Hg
Minum alkohol sedikit	saja Limit minum alkohol tidak lebih dari 2/hari (30 ml etanol mis.720 ml beer, 300ml wine) untuk laki-laki dan 1/hari untuk perempuan	2-4 mm Hg

Singkatan: BMI, body mass index, BB, berat badan, DASH, Dietary Approach to Stop Hypertension Berhenti merokok, untuk mengurangi resiko kardiovaskular secara keseluruhan.

### **BAB III. METODOLOGI PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan untuk penelitian ini adalah penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional* yang dilakukan untuk mengetahui pengaruh profil pengobatan terhadap kualitas hidup pasien penderita hipertensi. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan metode sampel jenuh. Pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa pemberian kuisisioner menggunakan kuisisioner EQ -5D- 5L pengukuran dilakukan dengan menghitung nilai *utility* dari beberapa dimensi. Nilai yang didapat ini untuk melihat apakah kualitas hidup pasien baik atau buruk. Data sekunder yang digunakan adalah data rekamedis yang mencakup identitas pasien, lama pengobatan, penyakit penyerta dan penggunaan obat antihipertensi. Data tersebut di sajikan dalam bentuk persentase. Analisis data dilakukan secara kuantitatif , kualitatif. Data dianalisis dengan menggunakan uji *Chi square* untuk melihat pengaruh antara profil pengobatan terhadap kualitas hidup. pengambilan kesimpulan berdasarkan tujuan penelitian.