

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN KEPATUHAN KONSUMSI OBAT ANTI-HIPERTENSI DENGAN  
KUALITAS HIDUP PADA PASIEN HIPERTENSI DENGAN PENYAKIT PENYERTA  
DIABETES MELLITUS DI PUSKESMAS DINOYO MALANG**



Diajukan Sebagai Syarat Menyelesaikan Pendidikan Tinggi  
Program Studi Pendidikan Ners

**Oleh :**

**FIFI RATNA WATI**

**1709.14201.562**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS STIKES  
WIDYAGAMA HUSADA  
MALANG  
2021**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi ini disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Huasada Malang

HUBUNGAN KEPATUHAN KONSUMSI OBATI ANTI-HIPERTENSI DENGAN  
KUALITAS HIDUP PADA PASIEN HIPERTENSI DENGAN PENYAKIT PENYERTA  
DIABETES MELLITUS DI PUSKESMAS DINOYO KOTA MALANG

**FIFI RATNA WATI**

**NIM 1709.14201.562**

Malang, Juli 2021

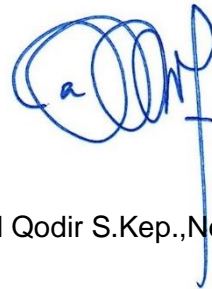
Menyetujui,

Pembimbing 1



(Nurma Afiani S.Kep.,Ners.,M.Kep)

Pembimbing 2



(Abdul Qodir S.Kep.,Ners.,M.Kep)

## LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah diperiksa dan dipertahankan di hadapan tim penguji skripsi

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang

Tanggal : 31 / 7 / 2021

### HUBUNGAN KEPATUHAN KONSUMSI OBATI ANTI-HIPERTENSI DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN HIPERTENSI DENGAN PENYAKIT PENYERTA DIABETES MELLITUS DI PUSKESMAS DINOYO KOTA MALANG

**FIFI RATNA WATI**

**NIM 1709.14201.562**

dr Wira Daramatasia M.Biomed

(  )

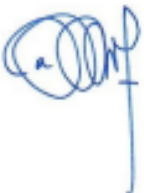
Penguji 1

Ns. Nurma Afiani S.Kep M.Kep

(  )

Penguji 2

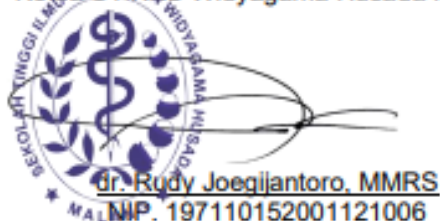
Ns. Abdul Qodir S.Kep M.Kep

(  )

Penguji 3

Mengetahui,

Ketua STIKES Widyagama Husada Malang



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikan Skripsi dengan judul “Hubungan Kepatuhan Konsumsi Antihipertensi Terhadap Kualitas Hidup Pada Penderita Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta Diabetes Mellitus Di Puskesmas Dinoyo Malang” sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan pendidikan di Program Studi Pendidikan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang.

Dalam penyusunan skripsi ini banyak kekurangan ataupun kesulitan yang saya hadapi karena keterbatasan kemampuan penulis, oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada:

1. Bapak dr. Rudy Joegiantoro, MMRS selaku ketua STIKES Widayagama Husada Malang.
2. Bapak Abdul Qodir, S.Kep., Ners., M.Kep selaku ketua Prodi Pendidikan Ners STIKES Widyagama Husada Malang dan Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan petunjuk, koreksi, serta saran sehingga dapat terwujud tugas proposal ini.
3. Kepala Puskesmas Dinoyo Kota Malang yang telah memberi izin melakukan studi pendahuluan dan penelitian
4. Ibu Nurma Afiani, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan petunjuk, koreksi, serta saran sehingga dapat terwujud tugas proposal ini.
5. dr. Wira Daramatasia, M.Biomed sebagai Penguji I yang telah memberikan masukan, koreksi, dan saran
6. Orang tua yang telah memberikan doa dan dukungan sehingga tugas skripsi ini dapat terselesaikan
7. Seluruh teman-teman satu angkatan, sahabat serta pihak lain yang telah memberikan dukungan, saran dan masukan dalam penyusunan skripsi ini

Malang, Juli 2021

Fifi Ratna Wati

## ABSTRAK

**Wati, Fifi Ratna. 2021. Hubungan Kepatuhan Konsumsi Obat Antihipertensi Dengan Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Disertai Diabetes Mellitus Di Puskesmas Dinoyo Kota Malang. Skripsi. Program Studi Pendidikan Ners STIKES Widyagama Husada. Pembimbing I : Nurma Afiani., S.Kep., Ners., M.Kep. Pembimbing II : Abdul Qodir., S.Kep., Ners., M.Kep**

**Latar Belakang :** Hipertensi yang disertai penyakit penyerta atau komorbid merupakan penyebab kematian yang tinggi di dunia. Penyakit yang sering menyertai pada hipertensi adalah diabetes mellitus. Kedua penyakit tersebut merupakan penyakit kronik yang tidak dapat disembuhkan dan membutuhkan pengobatan selama seumur hidup. Pada penderita hipertensi yang disertai dengan diabetes mellitus dapat menimbulkan dampak buruk bagi kesehatannya, untuk itu dibutuhkan kepatuhan dalam menjalani pengobatan agar dapat meminimalisir dampak yang ditimbulkan sehingga dapat mempengaruhi pada kualitas hidup penderita.

**Tujuan :** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara kepatuhan konsumsi antihipertensi dengan kualitas hidup penderita hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus.

**Metode :** Metode penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* yang dilakukan pada 65 responden penderita hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus di Puskesmas Dinoyo Kota Malang. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara memberikan instrumen penelitian berupa kuesioner kepatuhan dan kuesioner kualitas hidup yang kemudian di uji menggunakan spss dengan jenis uji kendall's tau-b.

**Hasil :** Hasil penelitian ini menunjukkan dari 65 responden, 11 orang (31,4%) dengan tingkat kepatuhan rendah memiliki kualitas hidup rendah, 22 orang (62,8%) dengan tingkat kepatuhan rendah memiliki kualitas hidup sedang dan 2 orang (5,7%) dengan tingkat kepatuhan rendah memiliki kualitas hidup tinggi, 9 orang (30,9%) dengan kepatuhan sedang memiliki kualitas hidup sedang dan 21 orang (70%) dengan kepatuhan tinggi memiliki kualitas hidup sedang. Hasil uji bivariat menggunakan uji kendall's tau-b didapatkan hasil ( $p=0,000$ ) dan koefisien korelasi 0,66.

**Kesimpulan :** Dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara kepatuhan konsumsi obat antihipertensi dengan kualitas hidup pada pasien hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus ( $p=0,000$ ). Semakin patuh seseorang dalam mengkonsumsi obat antihipertensi maka dapat meminimalisir dampak buruk bagi kesehatan sehingga meningkatkan kualitas hidup.

**Kepustakaan : 47 Kepustakaan (2013-2021)**

**Kata Kunci : Hipertensi, Diabetes Mellitus, Kualitas Hidup, Kepatuhan, Komorbid**

## ABSTRACT

Wati, Fifi Ratna. (2021). *The Relationship Between Compliance With Antihypertensive Drug Consumption And Quality Of Life Of Patients With Hypertension And Diabetes Mellitus At The Dinoyo Public Health Center Malang*. Thesis. Nursing Program of Widyagama Husada Health Science College. Advisors : (1) Nurma Afiani., S.Kep., Ners., M.Kep. (2) Abdul Qodir., S.Kep., Ners., M.Kep

**Background** : Hypertension with comorbidities is a high cause of death in the world. The disease that often accompanies hypertension is diabetes mellitus. Both diseases are chronic diseases that cannot be cured and require lifelong treatment. In patients with hypertension accompanied by diabetes mellitus can have an impact on their health, for that it is necessary to comply with treatment in order to minimize the impact so that it can affect the quality of life.

**Purpose** : The purpose of this study was to analyze the relationship between adherence to antihypertensive consumption and the quality of life of hypertensive patients with diabetes mellitus.

**Method** : This research method uses a quantitative method with a cross sectional approach which was carried out on 65 respondents with hypertension with comorbidities of diabetes mellitus at the Dinoyo Public Health Center, Malang City. Data collection techniques were carried out by providing research instruments in the form of compliance questionnaires and quality of life questionnaires which were then tested using SPSS with the type of Kendall's Tau-b test.

**Result** : The results of this study indicate that there is a significant relationship between adherence to antihypertensive drug consumption and quality of life in hypertensive patients with co-morbidities of diabetes mellitus ( $p=0,000$ ). Of the 65 respondents, 11 people (31,4%) with low adherence had a low quality of life, 22 people (62,8%) had a moderate quality of life, 2 people (5,7%) had a high quality of life. 9 people (30,9%) with moderate adherence had a moderate quality of life and 21 people (70%) with moderate adherence had a moderate quality of life.

**Conclusion** : The conclusion is that there is a significant relationship between adherence to antihypertensive drug consumption and quality of life in hypertensive patients with co-morbidities of diabetes mellitus ( $p=0.000$ ). The more obedient a person is in taking antihypertensive drugs, the more negative effects on health can be minimized thereby improving the quality of life. Kendall's tau-b test results ( $p=0,000$ ) and correlation 0,66.

**References** : 47 references (2013-2021)

**Keywords** : Hypertension, Diabetes Mellitus, Quality of Life, Adherence, Comorbid

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Hipertensi.....	8
1. Definisi hipertensi.....	8
2. Mekanisme hipertensi.....	8
3. Faktor risiko hipertensi.....	10
4. Jenis hipertensi.....	11
5. Patofisiologi hipertensi.....	12

6.	Manifestasi klinis hipertensi .....	13
7.	Komplikasi hipertensi.....	13
8.	Pemeriksaan penunjang hipertensi.....	15
9.	Penatalaksanaan hipertensi menurut JNC 8.....	16
B.	Diabetes Melitus.....	20
1.	Definisi Diabetes Melitus.....	20
2.	Mekanisme Diabetes Melitus .....	20
3.	Faktor risiko Diabetes Melitus .....	21
4.	Jenis Diabetes Melitus .....	23
5.	Manifestasi klinis Diabetes Melitus .....	24
6.	Komplikasi Diabetes Melitus .....	24
7.	Pemeriksaan penunjang Diabetes Melitus .....	25
8.	Penatalaksanaan Diabetes Melitus.....	25
C.	Kepatuhan.....	27
1.	Definisi kepatuhan .....	27
2.	Faktor-Faktor Yang mempengaruhi kepatuhan.....	27
D.	Kualitas Hidup.....	28
1.	Definisi Kualitas Hidup .....	28
2.	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup.....	28
E.	Hubungan Kepatuhan Konsumsi Antihipertensi Pada Pasien Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta Diabetes Melitus Terhadap Kualitas Hidup .....	29
F.	Kerangka Teori.....	31
G.	Originalitas Penelitian.....	32
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....		34
A.	Kerangka Konseptual Penelitian .....	34
B.	Hipotesis Penelitian.....	34



BAB IV METODE PENELITIAN .....	36
A. Desain Penelitian .....	36
B. Populasi dan Sampel .....	36
1. Populasi.....	36
2. Sampel .....	36
3. Teknik sampling.....	37
C. Variabel Penelitian .....	38
1. Variabel independen.....	38
2. Variabel dependen.....	38
D. Tempat dan Waktu.....	38
1. Tempat .....	38
2. Waktu .....	38
E. Definisi Operasional .....	38
F. Instrumen Penelitian .....	39
1. Kuesioner data demografi.....	40
2. Kuesioner kepatuhan terapi antihipertensi .....	40
3. Kuesioner kualitas hidup.....	41
G. Prosedur Penelitian .....	43
1. Prosedur administrasi .....	43
2. Prosedur pengelolaan data .....	44
H. Prosedur Pengumpulan Data .....	44
I. Pengolahan dan Analisis Data .....	45
1. Pengolahan data .....	45
2. Analisis data .....	45
J. Etika penelitian.....	46
BAB V HASIL PENELITIAN .....	48

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	48
B. Hasil Analisa Univarian .....	48
C. Hasil Analisa Bivarian.....	51
BAB VI PEMBAHASAN .....	53
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian.....	53
B. Hubungan Kepatuhan Konsumsi Obat AH dengan Kualitas Hidup .....	60
C. Keterbatasan Penelitian .....	62
BAB VII PENUTUP .....	63
DAFTAR PUSTAKA.....	65
LAMPIRAN .....	70

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah JNC 8.....	12
Tabel 2.2 Originalitas Penelitian .....	32
Tabel 4.1 Definisi Operasional.....	39
Tabel 4.2 Kisi-kisi Instrumen Kepatuhan Terapi Antihipertensi.....	41
Tabel 4.3 Kisi-kisi Instrumen Kualitas Hidup .....	42
Tabel 4.4 Analisa Bivariat .....	46
Tabel 5.1 Karakteristik Demografi Responden.....	49
Tabel 5.2 Karakteristik Hipertensi Responden .....	49
Tabel 5.3 Kepatuhan Terapi Antihipertensi .....	50
Tabel 5.4 Kualitas Hidup.....	51
Tabel 5. 5 Kualitas Hidup Perdomain.....	51
Tabel 5.6 Hubungan Kepatuhan dan Kualitas Hidup.....	52

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Mekanisme Hipertensi .....	9
Bagan 2.2 Penatalaksanaan Hipertensi JNC 8 .....	16
Bagan 2.3 Kerangka Teori .....	31
Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	34
Bagan 4.1 Pengumpulan Data .....	44

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Studi Pendahuluan .....	71
Lampiran 2 Surat Izin Penelitian .....	72
Lampiran 3 Surat Pengantar Izin Penelitian Dinas Kesehatan .....	73
Lampiran 4 Surat Pernyataan Telah Melakukan Penelitian .....	74
Lampiran 5 Catatan Konsultasi Pembimbing 1.....	75
Lampiran 6 Catatan Konsultasi Pembimbing 2.....	78
Lampiran 7 Informed Consent.....	80
Lampiran 8 Lembar Persetujuan Responden.....	81
Lampiran 9 Kuesioner.....	82
Lampiran 10 Metode Transformasi Skor Kualitas Hidup WHO.....	88
Lampiran 11 Pengkategorian Kualitas Hidup .....	89
Lampiran 12 Row Data .....	90
Lampiran 13 Coding Data .....	93
Lampiran 14 Data Kualitas Hidup Perdomain .....	97
Lampiran 15 Output SPSS.....	99
Lampiran 16 Dokumentasi .....	104
Lampiran 17 Keaslian Penulisan.....	105
Lampiran 18 Curriculum Vitae.....	106

## DAFTAR SINGKATAN

ACEI	<i>Angiotention Converting enzyme Inhibitor</i>
ADH	<i>Anti Diuretic Hormone</i>
AH	<i>Antihipertensi</i>
ARB	<i>Angiotention Receptor Blockers</i>
CCB	<i>Calcium Channel Blockers</i>
CKD	<i>Chronic Kidney Disease</i>
DASH	<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
ECG	<i>Electro Cardiographi</i>
HDL	<i>High Density Lipoprotein</i>
HT	<i>Hipertensi</i>
JNC	<i>Joint National Committee</i>
LDL	<i>Low Density Lipoprotein</i>
MMAS	<i>Morisky Medication Adherence Scale</i>
NaCl	<i>Natrium Chloride</i>
SGOT	<i>Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase</i>
SGPT	<i>Serum Glutamic Pyruvic Transaminase</i>
TSH	<i>Thyroid Stimulating Hormone</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality Of Life</i>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Hipertensi merupakan masalah kesehatan serius yang tidak dapat disembuhkan. Penderita hipertensi membutuhkan terapi seumur hidup untuk mengontrol tekanan darahnya agar tidak mengalami peningkatan yang signifikan. Penyakit hipertensi membutuhkan kepatuhan dalam pelaksanaan terapi yang harus dilakukan seumur hidupnya. Penderita hipertensi yang patuh dalam melaksanakan pengobatan akan memiliki prognosis yang lebih baik dibandingkan dengan penderita yang tidak patuh melaksanakan pengobatan (Saputri *et al.*, 2016). Akibat dari ketidakpatuhan dalam melaksanakan pengobatan akan menyebabkan kegagalan dalam terapi dan dapat meningkatkan mortalitas dan morbiditas (Sari *et al.*, 2017).

Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang menyebabkan tingginya angka mortalitas di dunia khususnya di negara berkembang. Kejadian hipertensi di dunia menunjukkan bahwa 1,13 miliar orang telah menyandang hipertensi. Kejadian hipertensi akan terus mengalami peningkatan dikarenakan sebagian besar penderita tidak mengetahui bahwa dirinya mengalami hipertensi sehingga tidak mendapatkan pengobatan, dan diperkirakan akan mengalami kenaikan setiap tahunnya hingga mencapai 1,5 miliar pada tahun 2025 (WHO 2015).

Hipertensi dapat menimbulkan berbagai penyakit penyerta lain atau yang disebut dengan komorbiditas. Hipertensi menimbulkan risiko berbagai penyakit yang muncul di dalam tubuh seperti gagal ginjal, kerusakan ginjal, stroke, serangan jantung (Alfian *et al.*, 2017). Penyakit lain yang sering menyertai pada hipertensi adalah diabetes. Hipertensi yang disertai diabetes merupakan penyakit yang saling berhubungan dikarenakan faktor pemicu dari hipertensi dan diabetes sama yaitu bisa dari pola makan, rendahnya aktifitas fisik, selain itu pada penderita diabetes juga terjadi gangguan dalam produksi insulin yang dapat berpengaruh langsung pada tekanan darah. Hipertensi yang disertai diabetes juga dapat memperparah penyakit karena kedua

mekanismenya mirip yaitu saat terjadi peningkatan gula darah akan terjadi juga peningkatan tekanan darah dan sebaliknya (Agus, 2014).

Indonesia merupakan negara dengan prevalensi hipertensi yang tinggi. Jumlah penderita hipertensi pada tahun 2013 mencapai 25,8% dan mengalami peningkatan hingga 34,1% pada tahun 2018. Data hipertensi didapatkan dari pengukuran tekanan darah pada penduduk dengan usia >18 tahun. Di daerah Jawa Timur kasus hipertensi sebanyak 36,32% dan khususnya di daerah Malang kasus hipertensi cukup tinggi dan mencapai 41,8% sehingga meningkatkan angka mortalitas (RISKESDAS 2018). Di Puskesmas Dinoyo Kota Malang sebagai tempat penelitian didapatkan data jumlah kasus hipertensi yang cukup tinggi yaitu mencapai 3.611 pasien pada tahun 2020, sedangkan untuk jumlah kasus penderita hipertensi yang disertai diabetes mellitus yang terkaji selama 2 bulan terakhir yaitu 180 pasien pada bulan desember 2020 dan meningkat menjadi 200 pasien pada bulan januari 2021.

Penyakit hipertensi yang disertai penyakit penyerta merupakan penyebab kematian yang tinggi di dunia. Hipertensi erat kaitannya dengan penyakit diabetes karena beberapa kriteria yang ada pasien hipertensi seperti terjadinya peningkatan tekanan darah, obesitas, dislipidemia, serta peningkatan glukosa darah (Saseen & Carter, 2008) dalam (Alfian *et al.*, 2017). Menurut penelitian oleh (Toharin *et al.*, 2015) prevalensi penderita hipertensi yang datang ke klinik diabetes mengalami peningkatan dengan presentase saat ini 47,7%. Hal ini akan terus meningkat dikarenakan bertambahnya usia dan adanya faktor resiko seperti indeks massa tubuh (IMT) berlebih, kreatinin serum dan retinopati. Banyak penderita hipertensi yang tidak memperbaiki pola makan atau diet serta tidak patuh dalam mengkonsumsi obat. Perilaku konsumsi makanan cepat saji dengan tinggi kalori, lemak dan kolesterol dapat meningkatkan kejadian obesitas yang dapat memicu diabetes, sehingga diperlukan pengaturan pola makan dan juga kepatuhan untuk mengkonsumsi obat secara rutin untuk mengontrol tekanan darah dan juga kadar gula darah agar tidak memparah kondisi penderita.

Kepatuhan menjadi suatu masalah penting dalam menjalani terapi pada penderita hipertensi karena akan dilakukan seumur hidup. Tingkat kepatuhan konsumsi obat pada penderita hipertensi masih terbelah belum



optimal karena masih ada penderita yang tidak rutin dalam konsumsi obat. Menurut penelitian sebelumnya oleh (Harun, 2020) dengan judul “Tingkat kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Dinilai dengan MMAS 8 di RSUP M Djamil Padang” terdapat hasil tingkat kepatuhan minum obat tergolong rendah (60%), sedang (31%), dan tinggi (9%). Hal ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti penderita sudah merasa bahwa dirinya sehat, tidak rutin pergi ke fasilitas kesehatan, beralih pada obat tradisional, sering lupa dan berbagai alasan lainnya (RISKESDAS 2018). Dari hasil studi pendahuluan di Puskesmas Dinoyo Malang juga terdapat masalah pada kepatuhan dalam konsumsi obat, seringkali pasien penderita hipertensi tidak mengambil obatnya sesuai jadwal yang ditetapkan dengan berbagai macam alasan seperti lansia tidak bisa pergi sendiri karena tidak ada yang mengantar ataupun tidak sempat karena sedang bekerja, dll, sehingga saat obat sudah habis mereka tidak langsung mengambil obat lagi melainkan berhenti dahulu baru melanjutkan konsumsi obat saat sudah mengambil ke puskesmas. Akibat dari ketidakpatuhan dalam konsumsi obat antihipertensi ini akan menyebabkan tidak terkontrolnya tekanan darah sehingga berisiko mengalami penyakit penyerta lain atau bahkan kematian.

Pada penderita hipertensi yang disertai dengan diabetes berisiko tinggi untuk mengalami ketidakpatuhan dalam konsumsi obat. Hal ini disebabkan karena pada penderita hipertensi yang disertai diabetes akan mendapatkan lebih banyak obat yang dikombinasikan sesuai kebutuhan untuk tujuan menurunkan tekanan darah seoptimal mungkin. Selain disebabkan oleh obat yang lebih banyak, faktor ekonomi juga menjadi penyebab ketidakpatuhan karena semakin banyak obat yang dibutuhkan akan semakin banyak pula biaya yang harus dikeluarkan (Alfian *et al.*, 2017). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Marhenta *et al.*, 2018) bahwa penderita hipertensi yang disertai diabetes membutuhkan obat yang lebih banyak atau kombinasi beberapa obat antihipertensi. Kombinasi obat yang paling efektif adalah kombinasi ACEI dan Diuretik thiazide.

Penyakit hipertensi juga dapat berpengaruh pada kualitas hidup penderitanya. Menurut penelitian (Afiani, 2014) menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara kepatuhan minum obat terhadap kualitas hidup

penderita hipertensi. Akses yang mudah pada informasi kesehatan berperan dalam pengobatan dan kepatuhan dalam menjalankannya. Sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh (Alfian *et al.*, 2017) semakin berat kasus hipertensi tanpa pengobatan yang rutin semakin berisiko mengalami komplikasi sehingga akan berpengaruh pada penurunan kualitas hidup penderitanya.

Penderita hipertensi yang disertai dengan diabetes membutuhkan penatalaksanaan yang lebih dibandingkan dengan hipertensi tanpa penyakit penyerta. Penderita dengan disertai diabetes memerlukan pemilihan obat yang spesifik yang dapat menangani penyakit penyertanya tanpa mengesampingkan terkait kontrol tekanan darah. Pemilihan obat harus meminimalisir peningkatan risiko diabetes serta efek samping yang buruk bagi organ tubuh lainnya. Hal ini memerlukan pemahaman yang lebih menyeluruh terkait jenis obat antihipertensi, mekanisme, hingga efek samping yang ditimbulkan (Kandarini, 2017). Hipertensi yang disertai diabetes merupakan penyakit kronik yang tidak dapat disembuhkan, diperlukan pengontrolan tekanan darah dan gula darah secara rutin untuk meminimalisir keluhan fisik yang mungkin muncul. Penyakit ini juga memerlukan pengobatan yang harus dilakukan terus menerus sehingga efektifitas dan efek efek samping obat dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita.

Hipertensi membutuhkan terapi dalam jangka waktu yang lama yaitu seumur hidup. Terapi untuk hipertensi terbagi menjadi dua yaitu farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi adalah terapi dengan menggunakan obat-obatan untuk mengurangi dampak yang ditimbulkan dan juga untuk mengembalikan fungsi normal pada organ tubuh yang terdampak. Terapi non farmakologi atau komplementer adalah terapi pelengkap yang dapat digunakan berdampingan dengan terapi farmakologi. Terapi Komplementer ada bermacam-macam mulai dari terapi relaksasi, yoga, akupuntur, akupresur, penggunaan aromaterapi dan lain-lain (Widyatuti, 2008).

Terapi farmakologi sangat penting untuk dilaksanakan oleh penderita hipertensi. Terapi farmakologi bertujuan untuk mempertahankan tekanan darah agar tidak mengalami peningkatan yang bermakna serta mencegah terjadinya kenaikan angka mortalitas dan morbiditas. Obat-obatan dalam terapi farmakologi berperan dalam menurunkan tekanan darah serendah

mungkin agar tidak menimbulkan gangguan pada fungsi organ tubuh lainnya (Marhenta *et al.*, 2018). Pengobatan pada penderita hipertensi dapat menggunakan obat tunggal (monoterapi) atau dengan kombinasi. Penggunaan obat tunggal biasanya diberikan pada penderita yang baru terdiagnosa hipertensi, sedangkan obat kombinasi diberikan pada penderita hipertensi yang disertai dengan komplikasi penyakit lain agar dapat menurunkan darah lebih besar dibandingkan dengan monoterapi (Yuswar *et al.*, 2019).

Menurut penelitian sebelumnya oleh (Vivi *et al.*, 2019) menyatakan bahwa terdapat hubungan signifikan antara kepatuhan minum obat antihipertensi dengan kualitas hidup pasien hipertensi. Kepatuhan minum obat antihipertensi dipengaruhi oleh faktor pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka tingkat pengetahuannya akan pengobatan juga semakin meningkat dan semakin mudah dalam mencari sumber pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh (Afiani, 2014) yang menyatakan bahwa kualitas hidup pasien hipertensi derajat II dapat dipengaruhi oleh kepatuhan terapi, tingkat pendidikan, tingkat ekonomi, jenis antihipertensi dan usia pasien.

Penelitian lain oleh (Alfian *et al.*, 2018) menunjukkan bahwa kualitas hidup penderita hipertensi sebanyak 73,8% berada dibawah rata-rata atau masuk dalam kategori buruk, dan sisanya 26,2% masuk dalam kategori baik. Tingginya jumlah penderita hipertensi dengan kualitas hidup buruk ini disebabkan oleh perkembangan penyakit hipertensi yang semakin berat yang ditunjukkan dengan peningkatan tekanan darah pada penderitanya. Dapat disimpulkan bahwa tingkat keparahan atau beratnya suatu penyakit dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Semakin buruk penyakitnya maka semakin buruk pula kualitas hidupnya.

Terdapat banyak penelitian sejenis yang meneliti tentang kualitas hidup pada penderita hipertensi. Akan tetapi penelitian ini perlu dilaksanakan karena kualitas hidup dan kepatuhan konsumsi antihipertensi harus dimonitor dan dievaluasi secara berkala untuk mengetahui apakah terapi yang dijalani sudah sesuai atau perlu dilakukan perbaikan. Apabila penderita sudah patuh dalam mengkonsumsi obat antihipertensi dan kualitas hidupnya sudah baik

maka perilaku perlu dipertahankan dan jika sebaliknya maka perlu dilakukan perbaikan terhadap kepatuhan konsumsi obat antihipertensi.

Dari uraian latar belakang tersebut maka peneliti tertarik untuk meneliti mengenai pengaruh kepatuhan konsumsi obat antihipertensi pada pasien hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes terhadap kualitas hidup. Hal ini diharapkan agar dapat menambah referensi bagi penderita hipertensi untuk lebih patuh dalam menjalankan pengobatan untuk meminimalisir resiko komplikasi ataupun penyakit penyerta lainnya. Karena dengan patuh konsumsi obat dapat meminimalisir resiko komplikasi sehingga kualitas hidup akan mengalami peningkatan.

## **B. Rumusan Masalah**

Apakah terdapat hubungan antara kepatuhan konsumsi obat antihipertensi dengan kualitas hidup pada pasien hipertensi (HT) dengan penyakit penyerta diabetes melitus (DM) di Puskesmas Dinoyo Kota Malang?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Menganalisis hubungan antara kepatuhan konsumsi antihipertensi dengan kualitas hidup pasien hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus di Puskesmas Dinoyo Kota Malang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden hipertensi yang disertai diabetes mellitus (usia, jenis kelamin, pendidikan, riwayat penyakit keluarga, lama menderita HT, jenis obat HT dan DM, serta tekanan darah) di Puskesmas Dinoyo Kota Malang.
- b. Mengidentifikasi kepatuhan pasien hipertensi disertai diabetes mellitus dalam konsumsi obat antihipertensi di Puskesmas Dinoyo Kota Malang.
- c. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien hipertensi disertai diabetes mellitus di Puskesmas Dinoyo Kota Malang.

- d. Mengidentifikasi hubungan antara kepatuhan konsumsi antihipertensi dengan kualitas hidup pasien hipertensi disertai diabetes mellitus di Puskesmas Dinoyo Kota Malang.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Profesi**

- a. Sebagai bahan masukan untuk mengevaluasi kepatuhan konsumsi obat dan pengaruhnya pada kualitas hidup pasien hipertensi disertai diabetes
- b. Untuk meningkatkan pengetahuan tentang pengaruh konsumsi obat pada kualitas hidup pasien hipertensi disertai diabetes
- c. Memberikan informasi tentang pengetahuan dan pengalaman penelitian di bidang medikal bedah

##### **2. Bagi Institusi**

Hasil penelitian diharapkan dapat memberi manfaat dan menjadi bacaan sekaligus penambah pengetahuan bagi mahasiswa STIKES Widyagama Husada untuk penelitian selanjutnya

##### **3. Bagi Masyarakat**

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi sumber wacana agar masyarakat dapat :

- a. Mempertimbangkan kepatuhan dalam konsumsi obat antihipertensi
- b. Melakukan tindakan patuh dalam konsumsi obat sehingga meningkatkan kualitas hidup bagi penderita

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

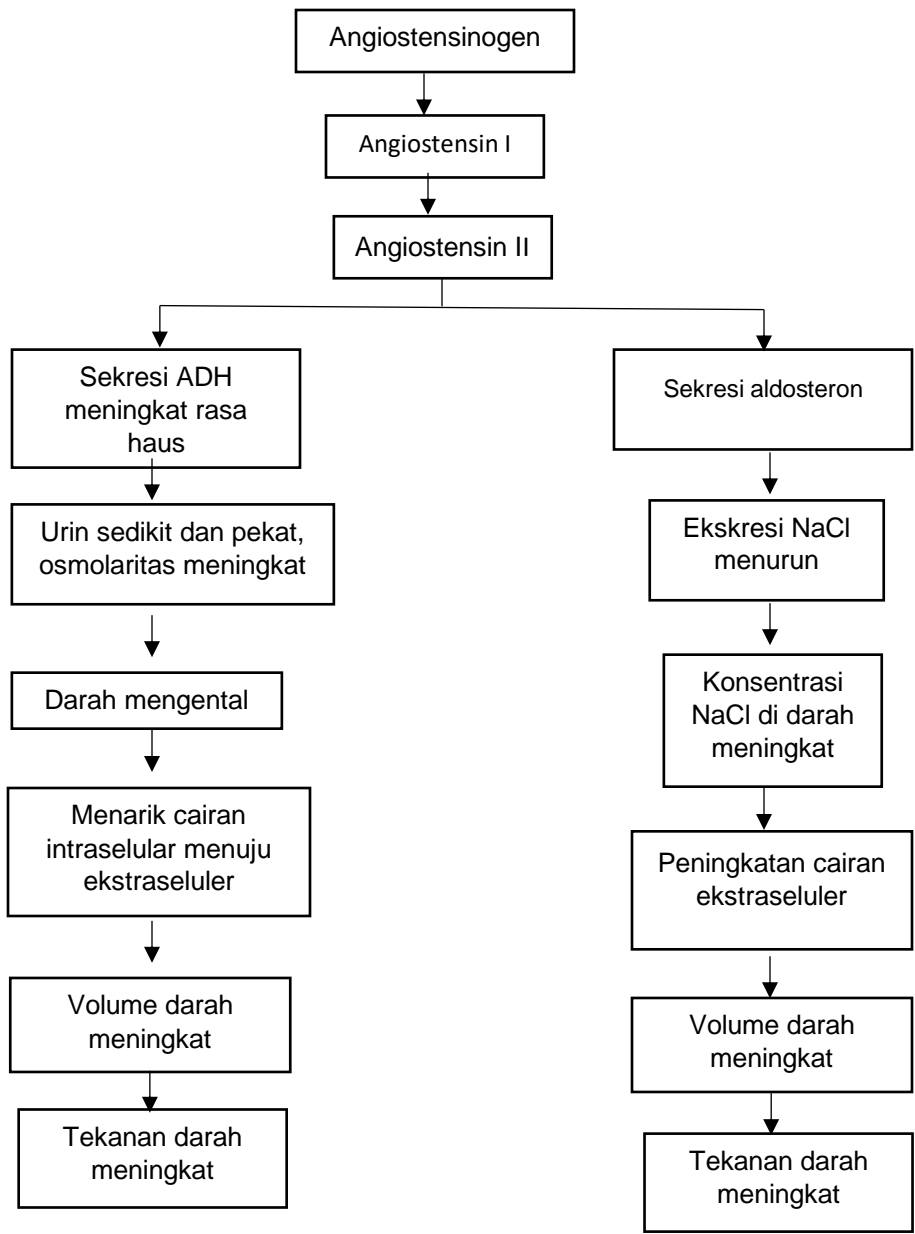
### A. Hipertensi

#### 1. Definisi hipertensi

Hipertensi adalah keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah diatas rentang normal yang dapat menimbulkan kerusakan pada tubuh. Hipertensi disebut pembunuh gelap atau *silent killer* karena merupakan penyakit mematikan tanpa disertai dengan gejala-gejala terlebih dahulu sebagai peringatan bagi penderita. Gejala yang muncul sering dianggap gangguan biasa sehingga penderita terlambat menyadari akan datangnya penyakit (Anggriani, 2018). Hipertensi dapat diukur dengan *spygmanometer* yang telah terkalibrasi dan ditemukan tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg (Anbarasan, 2015). Tekanan darah dipengaruhi oleh curah jantung dan tahanan perifer. Hipertensi dapat ditegakkan dengan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

#### 2. Mekanisme hipertensi

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh angiotensin I converting enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama (Nuraini, 2015).



**Bagan 2.1 Mekanisme Hipertensi**

Sumber : (Nuraini, 2015)

### 3. Faktor risiko hipertensi

Faktor risiko hipertensi adalah faktor pemicu munculnya suatu penyakit dan bukan penyebab utama terjadinya hipertensi. Faktor resiko hipertensi antara lain:

#### a. Faktor yang dapat dimodifikasi

##### 1) Obesitas

Berat badan mempengaruhi pada tekanan darah. Perubahan fisiologis dapat menjelaskan hubungan antara kelebihan berat badan dengan peningkatan tekanan darah. Hal ini dapat disebabkan resistensi insulin dan hiperinsulinemia (Nuraini, 2015).

##### 2) Stress

Kondisi stress dapat meningkatkan tekanan darah karena terjadinya peningkatan hormon adrenalin yang menyebabkan jantung memompa lebih cepat sehingga tekanan darah meningkat (Nuraini, 2015).

##### 3) Kurang olahraga

Olahraga yang teratur sering dihubungkan dengan kesehatan dan pengelolaan penyakit. Olahraga yang dilakukan secara teratur dapat menurunkan tekanan darah serta melatih otot jantung. Kurangnya aktifitas dan latihan fisik dapat meningkatkan risiko hipertensi karena bertambahnya risiko menjadi gemuk (Nuraini, 2015).

##### 4) Pola makan

Pola konsumsi makanan yang tidak sehat atau sering konsumsi makanan yang mengandung natrium dapat memicu terjadinya hipertensi. Kadar natrium yang berlebih akan menyebabkan ekstraseluler yang menyebabkan tekanan darah meningkat dan menimbulkan hipertensi (Nuraini, 2015)



5) Merokok

Merokok dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah karena risiko terjadinya aterosklerosis (Nuraini, 2015).

b. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi

1) Genetik

Faktor genetik tertentu yang ada pada anggota keluarga dapat menjadi resiko menderita hipertensi. Faktor genetik mempunyai resiko dua kali lebih besar pada orang dengan riwayat keluarga hipertensi (Nuraini, 2015).

2) Usia

Semakin bertambahnya usia semakin mungkin untuk seseorang mengalami hipertensi karena bertambahnya usia identik dengan penurunan fungsi organ, dan menurunnya elastisitas pembuluh darah. Sejalan dengan penelitian bahwa usia adalah faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian hipertensi (Nuraini, 2015).

3) Jenis kelamin

Kejadian hipertensi hampir sama pada pria maupun wanita. Pada wanita dilindungi oleh adanya hormon estrogen yang dapat mencegah terjadinya aterosklerosis (Nuraini, 2015).

4. Jenis hipertensi

Hipertensi dibagi menjadi dua berdasarkan penyebabnya, hipertensi primer/ essential yang tidak diketahui penyebabnya dan hipertensi sekunder yang merupakan hipertensi karena penyakit sistemik lainnya (Anbarasan, 2015). Hipertensi primer merupakan hipertensi dimana etiologi patofisiologinya tidak diketahui. Hipertensi jenis ini tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikontrol. Berdasarkan literatur > 90% pasien dengan hipertensi merupakan hipertensi primer. Beberapa mekanisme

yang mungkin berkontribusi untuk terjadinya hipertensi ini telah diidentifikasi, namun belum satupun teori yang tegas menyatakan patogenesis hipertensi primer tersebut. Sedangkan sisanya < 10% penderita merupakan hipertensi sekunder yang disebabkan dari penyakit komorbid atau obat tertentu. 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. Apabila penyebab sekunder dapat diidentifikasi, maka dengan menghentikan obat yang bersangkutan atau mengobati/mengoreksi kondisi komorbid yang menyertainya sudah merupakan tahap pertama dalam penanganan hipertensi sekunder (Yulanda *et al.*, 2017).

**Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah JNC 8**

Klasifikasi tekanan darah	Tekanan darah sistolik	Tekanan darah diastolik
Normal	<120 mmHg	<80 mmHg
Prehipertensi	120-139 mmHg	80-89 mmHg
Hipertensi derajat 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensi derajat 2	>160 mmHg	>100mmHg

Sumber : Joint National Committee (JNC 8, 2014)

##### 5. Patofisiologi hipertensi

Tekanan darah dipengaruhi volume sekuncup dan total peripheral resistance. Apabila terjadi peningkatan salah satu dari variabel tersebut yang tidak terkompensasi maka dapat menyebabkan timbulnya hipertensi. Tubuh memiliki sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi dan mempertahankan stabilitas tekanan darah dalam jangka panjang. Sistem pengendalian tekanan darah sangat kompleks. Pengendalian dimulai dari sistem reaksi cepat seperti refleks kardiovaskuler melalui sistem saraf, refleks kemoreseptor, respon iskemia, susunan saraf pusat yang berasal dari atrium, dan arteri pulmonalis otot polos. Sedangkan sistem pengendalian reaksi lambat melalui perpindahan cairan antara sirkulasi

kapiler dan rongga interstisial yang dikontrol oleh hormon angiotensin dan vasopresin. Kemudian dilanjutkan sistem poten dan berlangsung dalam jangka panjang yang dipertahankan oleh sistem pengaturan jumlah cairan tubuh yang melibatkan berbagai organ (Nuraini, 2015).

#### 6. Manifestasi klinis hipertensi

Sebagian hipertensi tidak memberikan gejala yang mencolok, gejala pada hipertensi baru terlihat saat hipertensi telah berlangsung cukup lama bahkan bertahun-tahun. Manifestasi hipertensi antara lain yaitu:

- a. Nyeri kepala saat terjaga dikarenakan tingginya tekanan darah.
- b. Mual dan muntah karena terjadi tekanan darah di intrakranium.
- c. Ayunan langkah tidak mantap karena terjadi kerusakan susunan saraf pusat.
- d. Nokturia karena peningkatan aliran darah pada ginjal dan filtrasi glomerulus.
- e. Edema dependen karena adanya kerusakan kapiler.
- f. Peningkatan tekanan darah karena berbagai faktor pemicu.
- g. Sakit kepala karena terjadi peningkatan tekanan darah pada pembuluh darah ke otak.
- h. Epistaksis dapat terjadi karena rusaknya jaringan atau pembuluh darah dalam hidung yang memiliki banyak pasokan pembuluh darah akibat tekanan darah yang tinggi.
- i. Telinga terasa berdengung terjadi karena aliran darah yang kencang pada penderita hipertensi.
- j. Mata berkunang dan pusing (Anbarasan, 2015).

#### 7. Komplikasi hipertensi

Hipertensi menimbulkan risiko berbagai penyakit yang muncul di dalam tubuh seperti gagal ginjal, kerusakan ginjal, stroke, serangan jantung (Yonata & Pratama, 2016). Hipertensi yang disertai dengan komplikasi dapat meningkatkan angka kematian.

##### a. Hipertensi dan stroke

Hipertensi seringkali tidak menimbulkan gejala yang khas, jika tidak terkontrol dan tidak ditangani dengan baik akan menimbulkan berbagai komplikasi yang dapat mengancam

nyawa penderita, salah satunya adalah stroke. Stroke didefinisikan sebagai gangguan neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah dan terjadi secara teratur. tiba-tiba dengan gejala dan tanda yang sesuai dengan area fokus otak yang terganggu. Pada hipertensi, terdapat beberapa gangguan fisiologis yang dapat menyebabkan komplikasi berupa stroke. Gangguan yang terjadi antara lain perubahan struktur pembuluh darah otak, perubahan aliran darah otak, stres oksidatif, peradangan, dan disfungsi refleksi baroreseptor arteri (Yonata & Pratama, 2016).

b. Hipertensi dan penyakit jantung

Hipertensi merupakan faktor risiko utama penyakit jantung yang dapat diubah. Penderita dengan hipertensi berisiko 5x menderita penyakit jantung dibanding dengan yang tidak hipertensi. Hal ini terjadi karena peningkatan tekanan darah yang terus menerus akan menyebabkan terjadinya kerusakan pada pembuluh darah arteri. Kerusakan arteri tersebut akan mengalami pengerasan karena adanya lemak yang mengendap pada dinding sehingga menyempitkan pembuluh darah yang menyebabkan terjadinya penyakit jantung (Amisi *et al.*, 2018).

c. Hipertensi dan diabetes

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan distribusi gula yang tidak maksimal dalam sel, yang menyebabkan penumpukan gula dan kolesterol dalam darah. Sebaliknya jika kondisi tekanan darah berada dalam batas normal maka gula darah akan tetap berada dalam batas normal karena insulin dapat berperan sebagai pengontrol sistem renin dan angiotensin. Kadar insulin yang cukup dapat mempertahankan tekanan darah, dan orang dengan tekanan darah lebih tinggi dari 120/90 mmHg dua kali lebih mungkin untuk mengalami diabetes dibandingkan dengan orang dengan tekanan darah normal (Budiman *et al.*, 2017). Efek hipertensi pada diabetes

disebabkan oleh penebalan pembuluh darah arteri yang menyebabkan penyempitan diameter pembuluh darah. Penebalan pembuluh darah akan menyebabkan gangguan pada proses pengangkutan glukosa dalam darah (Budiman *et al.*, 2017).

d. Hipertensi dan gagal ginjal

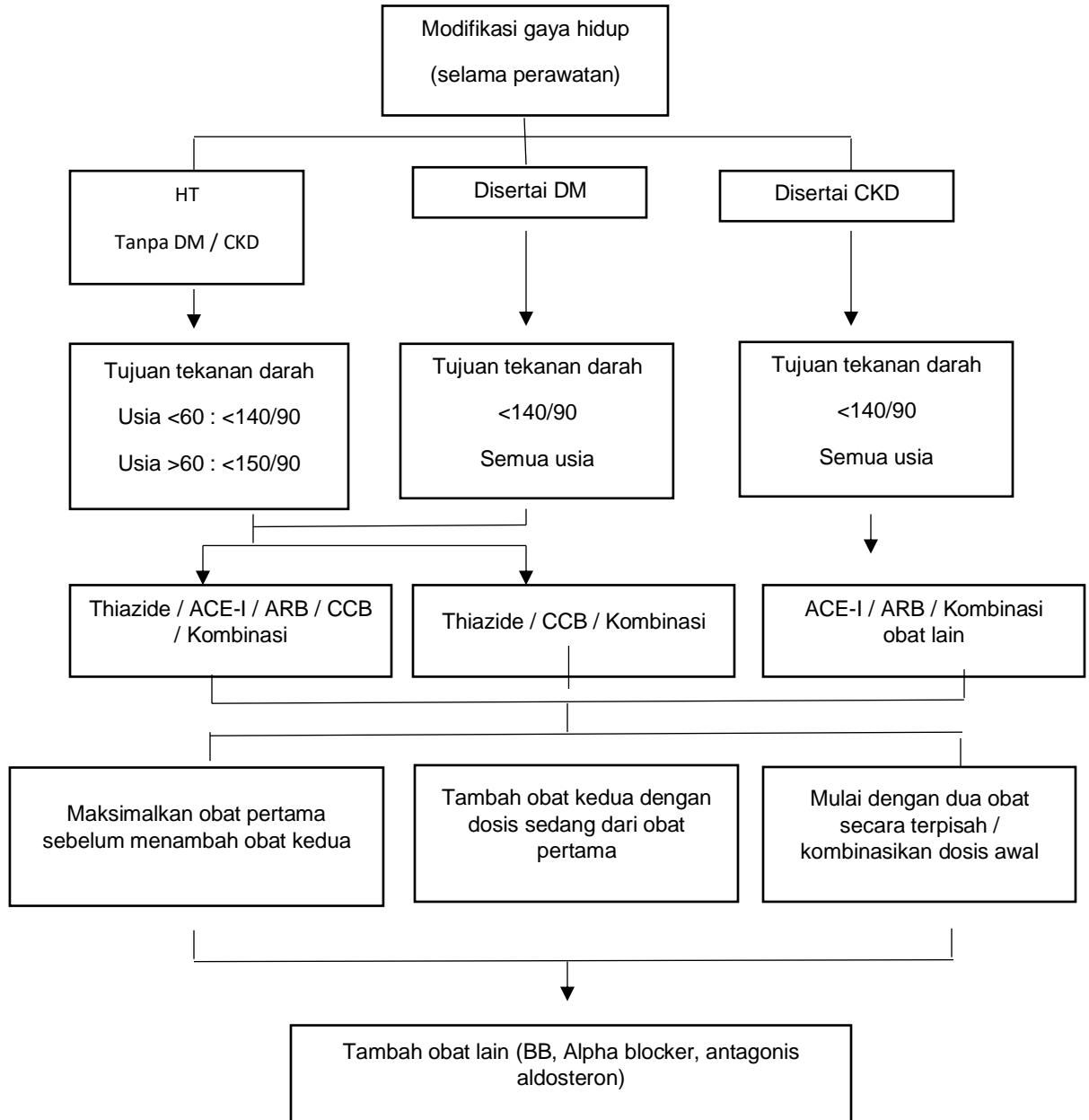
Semakin lama seseorang menderita hipertensi maka semakin beresiko untuk mengalami kondisi gagal ginjal (Rahim *et al.*, 2017). Gagal ginjal pada penderita hipertensi dipengaruhi oleh faktor usia, jenis kelamin, status pekerjaan dan ekonomi, perilaku merokok, pola makan, riwayat penyakit, dan lain lain (Arifa *et al.*, 2017).

8. Pemeriksaan penunjang hipertensi

Diagnosis hipertensi ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis yang dilakukan meliputi tingkat hipertensi dan lama menderitanya, riwayat dan gejala penyakit yang berkaitan seperti penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskuler, dan lainnya. Riwayat penyakit dalam keluarga juga digali serta gejala yang berkaitan dengan penyakit hipertensi. Perubahan aktivitas atau kebiasaan seperti merokok, konsumsi makanan, psikososial keluarga, pekerjaan, dan lain- lain dapat ditelaah lebih lanjut, guna mendapat informasi terkait. Dalam pemeriksaan fisik dilakukan pengukuran tekanan darah dua kali atau lebih dengan jarak dua menit, kemudian diperiksa ulang dengan kontralateral. Pengukuran di kamar periksa dilakukan pada posisi duduk di kursi setelah pasien istirahat selama 5 menit, kaki di lantai dan lengan pada posisi setinggi jantung. Ukuran dan peletakan manset (panjang 12-13 cm, lebar 35 cm untuk ukuran dewasa) dan stetoskop harus benar (gunakan suara Korotkoff fase I dan V untuk penentuan sistolik dan diastolik). Menurut Arief Mansjoer, dkk., pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium rutin yang dilakukan sebelum memulai terapi bertujuan menentukan adanya kerusakan organ dan faktor risiko lain atau mencari penyebab hipertensi. Pada umumnya, pemeriksaan urinalisa, darah perifer lengkap, kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah

puasa, kolesterol total, kolesterol HDL). Sebagai tambahan dapat dilakukan pemeriksaan lain, seperti klirens kreatinin, protein urin 24 jam, asam urat, kolesterol LDL, TSH, dan ekokardiografi (Anbarasan, 2015).

9. Penatalaksanaan hipertensi menurut JNC 8



**Bagan 2.2 Penatalaksanaan Hipertensi JNC 8**

Sumber : Joint National Committee (JNC 8, 2014)

Menurut JNC 8 penatalaksanaan pada pasien hipertensi perlu diimbangi dengan modifikasi gaya hidup selama menjalani perawatan baik dirumah ataupun rumah sakit. Penatalaksanaan hipertensi dibedakan menjadi 3 yaitu hipertensi tanpa komorbid, hipertensi dengan komorbid DM, dan hipertensi dengan komorbid CKD. Pada pasien dengan hipertensi tanpa disertai komorbid diharapkan tekanan darah dalam rentang <140/90mmHg pada orang dengan usia <60 tahun, dan <150/90 pada orang usia >60 tahun. Pada penderita hipertensi dengan komorbid DM dan CKD rentang tekanan darah pada semua usia diharapkan <140/90mmHg. Pemilihan obat juga disesuaikan dengan target capaian dari masing-masing penyakit, misalnya hipertensi dengan komorbid DM memerlukan kombinasi obat untuk mengontrol tekanan darah sekaligus kadar gula darah. Mekanisme pemberian obat kombinasi juga digolongkan menjadi 3, yang pertama yaitu maksimalkan obat pertama sebelum memberikan obat selanjutnya, kedua kombinasikan dua obat namun berikan dosis sedang pada obat jenis kedua, ketiga mulai dua obat secara terpisah dan kombinasikan dengan dosis awal.

a. Farmakologi

Obat antihipertensi dengan menggunakan terapi farmakologi diberikan pada penderita hipertensi tingkat 1 yang tidak disertai faktor risiko dan belum mendapatkan target penurunan tekanan darah dengan terapi non farmakologi (Kandarini, 2017). Sebelum mengkonsumsi obat ada baiknya jika penderita hipertensi memperhatikan jenis obat yang sesuai dengan kondisinya dan juga berkonsultasi pada dokter. Menurut JNC (Joint National Commite) terdapat beberapa jenis obat yang dapat digunakan pada penderita hipertensi, antara lain:

1) *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI)*

Obat golongan *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI)* bekerja menghambat perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II sehingga bekerja dengan menghambat aktivitas saraf simpatis dengan menurunkan pelepasan noradrenalin, menghambat pelepasan endotelin, meningkatkan produksi substansi vasodilatasi

seperti, bradikinin, prostaglandin dan menurunkan retensi sodium dengan menghambat produksi aldosteron. Efek samping yang mungkin terjadi adalah batuk, skin rash, hiperkalemia. Hepatotoksik, glikosuria dan proteinuria merupakan efek samping yang jarang. Contoh golongan ACEI adalah captopril, enalapril dan Lisinopril (Yulanda *et al.*, 2017)

#### 2) *Angiotensin Receptor Blocker (ARB)*

Golongan obat *Angiotensin Receptor Blocker (ARB)* menyebabkan vasodilatasi, peningkatan ekskresi Na<sup>+</sup> dan cairan (mengurangi volume plasma), menurunkan hipertrofi vaskular sehingga dapat menurunkan tekanan darah. Efek samping yang dapat muncul meliputi pusing, sakit kepala, diare, hiperkalemia, rash, batuk-batuk (lebih kurang dibanding ACE-inhibitor), abnormal taste sensation (metallic taste). Contoh golongan ARB adalah candesartan, losartan dan valsartan (Yulanda *et al.*, 2017).

#### 3) *Thiazide Diuretik*

Golongan obat Thiazid diuretic bekerja dengan meningkatkan ekskresi air dan Na<sup>+</sup> melalui ginjal yang menyebabkan berkurangnya preload dan menurunkan cardiac output. Selain itu, berkurangnya konsentrasi Na<sup>+</sup> dalam darah menyebabkan sensitivitas adrenoreseptor-alfa terhadap katekolamin menurun, sehingga terjadi vasodilatasi atau resistensi perifer menurun. Efek samping yang mungkin timbul meliputi peningkatan asam urat, gula darah, gangguan profil lipid dan hiponatremia. Contoh golongan Thiazide diuretic adalah hidroclorotiazid dan indapamide (Yulanda *et al.*, 2017).

#### 4) *Beta Blocker*

Golongan obat beta bloker bekerja dengan mengurangi isi sekuncup jantung, selain itu juga menurunkan aliran simpatik dari SSP dan menghambat pelepasan renin dari ginjal sehingga mengurangi sekresi aldosteron. Efek samping meliputi kelelahan, insomnia, halusinasi, menurunkan libido dan menyebabkan impotensi. Contoh golongan beta bloker adalah atenolol dan metoprolol (Yulanda *et al.*, 2017).



5) *Calcium Channel Blocker* (CCB)

Golongan obat calcium canal bloker (CCB) memiliki efek vasodilatasi, memperlambat laju jantung dan menurunkan kontraktilitas miokard sehingga menurunkan tekanan darah. Efek samping yang mungkin timbul adalah pusing, bradikardi, flushing, sakit kepala, peningkatan SGOP dan SGPT, dan gatal gatal juga pernah dilaporkan. Contoh golongan CCB adalah nifedipine, amlodipine dan diltiazem (Yulanda *et al.*, 2017).

b. Non farmakologi

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

1) Mengurangi berat badan

Pengurangan berat badan adalah upaya untuk membuat berat badan terjaga pada rentang normal yang diimbangi dengan olahraga dan pola makan yang baik serta dilakukan pengukuran menggunakan IMT (Indeks Massa Tubuh (Laili & Purnamasari, 2019)).

2) Diet

Diet DASH dianjurkan oleh JNC 7 untuk manajemen hipertensi dengan cara perbanyak konsumsi buah dan sayur, susu rendah lemak, dan kacang-kacangan. Diet ini perlu dipertimbangkan untuk penderita gangguan fungsi ginjal karena mengandung tinggi kalium fosfor dan protein. Pola diet DASH berguna untuk menurunkan tekanan darah dan juga kolesterol (Kresnawan, 2014).

3) Menghentikan kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol

Penderita hipertensi yang diberikan intervensi pembatasan minum alkohol dalam waktu 2 minggu sampai 2 tahun, di dapatkan hasil yang signifikan dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Hasil dari intervensi tersebut adalah: mengurangi konsumsi alkohol secara bertahap sampai mencapai batas minimal 2 gelas per hari untuk boleh di konsumsi. Penderita hipertensi juga dianjurkan untuk membatasi konsumsi rokok karena merokok menyebabkan penyempitan pembuluh darah yang dapat

mempengaruhi peningkatan tekanan darah (Laili & Purnamasari, 2019).

#### 4) Melakukan aktifitas fisik

Pemberian aktifitas fisik pada penderita hipertensi terbukti dapat menurunkan tekanan darah. Aktifitas fisik yang disarankan yaitu latihan olahraga, bersepeda, berlari kecil dan berjalan santai (Laili & Purnamasari, 2019).

#### 5) Mengurangi stress

Mengurang stress pada penderita hipertensi dapat dilakukan dengan cara teknik relaksasi, meditasi, manajemen stress serta terapi kognitif untuk menurunkan tekanan darah pada penderitanya (Laili & Purnamasari, 2019).

## **B. Diabetes Melitus**

### 1. Definisi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit gangguan metabolik yang disebabkan karena pankreas tidak dapat memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif sehingga terjadi peningkatan glukosa dalam darah atau yang disebut dengan hiperglikemia. Hhiperglikemia kronik yang disertai kelainan metabolik dapat menimbulkan berbagai macam komplikasi pada penderitanya. Ada beberapa jenis DM yang umum terjadi yaitu DM tipe 1, DM tipe 2, dan DM gestasional (Infodatin Kemenkes RI, 2013).

### 2. Mekanisme Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) adalah sekumpulan penyakit yang disebabkan karena kondisi tubuh yang tidak dapat mengatur jumlah kadar gula dalam darah. Darah berperan untuk mengirimkan glukosa ke seluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan energi sehingga orang mampu melakukan aktivitas hariannya. Hati berperan sebagai organ yang mengubah makanan menjadi glukosa kemudian melepaskannya ke aliran darah. Pada orang yang sehat kadar glukosa diatur oleh beberapa hormon terutama hormon insulin. Insulin di produksi oleh pankreas yang juga berperan dalam pembuatan enzim lainnya yang dilepaskan ke usus untuk membantu sistem pencernaan. Insulin

memungkinkan glukosa keluar dari darah menuju sel diseluruh tubuh melalui perantara insulin. Orang yang menderita DM tidak memproduksi cukup insulin DM tipe 1 atau tidak bisa menggunakan insulin dengan efektif DM tipe 2. Pada kondisi DM glukosa tidak dapat bergerak secara efisien sehingga menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat. Hal ini akan mengakibatkan semua sel yang membutuhkan glukosa tidak menerima glukosa dengan optimal karena kurangnya insulin. Hal tersebut dapat merusak organ atau jaringan tertentu karena glukosa yang tidak tersalurkan dan hanya meningkat pada aliran darah (Siddiqui *et al.*, 2013).

### 3. Faktor risiko Diabetes Melitus

Faktor risiko diabetes terbagi menjadi 2 yaitu faktor yang dapat diubah dan faktor yang tidak dapat diubah. Faktor-faktor tersebut antara lain:

#### a. Faktor yang dapat diubah

##### 1) Pola makan

Pengaturan pola makan dalam diet DM meliputi pengaturan jenis makanan, jumlah dan waktu makan yang tepat untuk mencapai manfaat dari diet DM. Penderita DM yang memiliki perilaku buruk dalam pengaturan pola makan berkemungkinan untuk mengalami komplikasi yang dapat menimbulkan kematian karena tingginya kadar glukosa dalam darah. Kadar gula darah akan meningkat drastis setelah mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung karbohidrat/ gula. Oleh karena itu penderita DM perlu menjaga pengaturan pola makan untuk mengendalikan kadar gula darahnya (Yulisetyaningrum *et al.*, 2018)

##### 2) Pola aktifitas fisik dan istirahat

Aktivitas fisik dapat mengontrol gula darah. Glukosa akan dikonversi menjadi energi selama aktivitas fisik. Aktivitas fisik menyebabkan insulin meningkat sehingga kadar gula darah akan berkurang.

Orang yang jarang berolahraga, zat makanan yang masuk ke dalam tubuh tidak terbakar tetapi ditimbun dalam tubuh sebagai lemak dan gula. Jika insulin tidak cukup untuk mengubah glukosa menjadi energi maka akan menyebabkan terjadinya DM (Kemenkes, 2010). Orang yang aktivitas fisik sehari-harinya termasuk berat memiliki risiko rendah untuk menderita DM tipe 2 dibandingkan dengan orang-orang yang kegiatan fisiknya ringan (Trisnawati & Setyorogo, 2013).

3) Stress

Ada peningkatan risiko diabetes dalam kondisi stress disebabkan oleh produksi hormon kortisol yang berlebihan ketika seseorang mengalami stres. Produksi kortisol berlebih ini akan menyebabkan masalah tidur, depresi, tekanan darah menurun, yang akan membuat individu menjadi lemah dan banyak mengonsumsi makan. Oleh karena itu, para ahli dalam nutrisi biologis Shawn Talbott menjelaskan bahwa diantara individu yang mengalami stress cenderung banyak makan yang menyebabkan peningkatan berat badan sehingga menjadi berisiko mengalami DM (Trisnawati & Setyorogo, 2013).

b. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

1) Riwayat keluarga diabetes

Seseorang dengan riwayat keluarga yang menderita diabetes diduga memiliki gen diabetes yang dapat diturunkan (Fatimah, 2015).

2) Umur

Usia yang terbanyak mengalami diabetes adalah >45tahun (Fatimah, 2015).

3) Faktor genetik

Risiko terjadinya DM dapat meningkat hingga enam kali lipat pada seseorang yang memiliki orang tua

atau saudara kandug yang mengalami DM (Fatimah, 2015).

#### 4. Jenis Diabetes Melitus

##### a. DM Tipe 1

DM Tipe 1 adalah penyakit autoimun dimana sel  $\beta$  pankreas tidak memproduksi cukup insulin yang berperan dalam penyaluran gula darah keseluruh tubuh. Hal ini mengakibatkan tingginya kadar gula didalam darah yang dapat mengancam nyawa, menimbulkan hipoglikemia dan hiperglikemia. Hipoglikemi terjadi saat sel tidak mendapatkan suplai glukosa yang cukup yang apat menimbulkan penderita menjadi kebingungan, kehilangan kesadaran bahkan kematian otak jika terlalu lama kekurangan glukosa. Kondisi hiperglikemia karena tidak tercukupinya insulin dalam waktu lama dapat menyebabkan ketoasidosis. Hal ini terjadi saat tubuh menggunakan lemak sebagai sumber energi karena tubuh kekurangan suplai glukosa. Ini karena asam lemak tidak dapat diubah menjadi glukosa pada kondisi stabil. Keton membuat darah menjadi asam dan memperlambat semua fungsi tubuh yang dapat menyebabkan koma bahkan sampai kematian (Siddiqui *et al.*, 2013).

##### b. DM Tipe 2

Diabetes Mellitus Tipe 2 merupakan penyakit hiperglikemi akibat insensivitas sel terhadap insulin. Kadar insulin mungkin sedikit menurun atau berada dalam rentang normal. Karena insulin tetap dihasilkan oleh sel-sel beta pankreas, maka diabetes mellitus tipe II dianggap sebagai non insulin dependent diabetes mellitus. Diabetes Mellitus Tipe 2 merupakan penyakit gangguan metabolik yang di tandai oleh kenaikan gula darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas dan atau gangguan fungsi insulin (resistensi insulin) (Fatimah, 2015).

## 5. Manifestasi klinis Diabetes Melitus

- a. Gejala diabetes akut dan kronik Gejala akut diabetes melitus yaitu : Poliphagia (banyak makan) polidipsia (banyak minum), Poliuria (banyak kencing/sering kencing di malam hari), nafsu makan bertambah namun berat badan turun dengan cepat (5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu), mudah lelah
- b. Gejala kronik diabetes melitus yaitu : Kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk tusuk jarum, rasa kebas di kulit, kram, kelelahan, mudah mengantuk, pandangan mulai kabur, gigi mudah goyah dan mudah lepas, kemampuan seksual menurun bahkan pada pria bisa terjadi impotensi, pada ibu hamil sering terjadi keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4kg (Orban *et al.*, 2017).

## 6. Komplikasi Diabetes Melitus

### a. Komplikasi mikrovaskular

Komplikasi Mikrovaskular seperti nefropati diabetik, neuropati, dan retinopati adalah komplikasi mikrovaskuler utama yang disebabkan oleh hiperglikemia kronis melalui beberapa mekanisme seperti produksi glikasi lanjut akhir, produk (AGEs), penciptaan lingkungan mikro proinflamasi, dan induksi stres oksidatif (Orban *et al.*, 2017)

### b. Komplikasi makrovaskular

Komplikasi makrovaskular seperti aterosklerosis lebih umum terjadi pada penderita DM dibandingkan dengan yang tidak menderita DM. DM juga dapat meningkatkan risiko lima kali lebih besar untuk mengalami stroke pada orang dengan usia 20 sampai 65 tahun. DM juga dapat menyebabkan ardiomiopati diabetik yaitu komplikasi spesifik yang berkembang secara independen penyakit arteri koroner atau hipertensi dan mungkin juga menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas (Orban *et al.*, 2017).

## 7. Pemeriksaan penunjang Diabetes Melitus

- a. Pemeriksaan glukosa darah untuk mengukur kadar gula darah dan melakukan penyesuaian obat agar mencapai tujuan terapi
- b. Pemeriksaan HbA1C atau pemeriksaan glikohemoglobin/hemoglobin glikolisasi untuk menilai efek perubahan terapi yang dilakukan setiap 3 bulan atau minimal 2 kali dalam setahun
- c. Profil lipid dalam keadaan puasa (kolesterol total, HDL, LDL, dan trigliserida)
- d. Kreatinin serum untuk mengetahui kadar kreatinin sebagai indikator ada tidaknya gangguan fungsi ginjal pada pasien DM
- e. Glycated Albumin untuk menilai indeks kontrol glikemik yang tidak dipengaruhi oleh gangguan metabolisme hemoglobin dan masa hidup eritrosit
- f. Pemeriksaan glukosa urin dilakukan pada pasien yang tidak mau memeriksakan gula darah fungsinya sama dengan pemeriksaan gula darah
- g. Pemantauan benda keton untuk mengukur kadar asetoasetat pada penderita DM
- h. Elektrokardiogram (EKG)
- i. Foto sinar-X dada (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2015)

## 8. Penatalaksanaan Diabetes Melitus

Terdapat 4 pilar dalam penatalaksanaan DM menurut PERKENI 2015 yaitu:

### a. Edukasi

Edukasi perlu dilakukan untuk menambah pengetahuan pada penderita, keluarga maupun masyarakat agar mampu melakukan perubahan perilaku untuk mencegah DM, khususnya DM Tipe 2. Edukasi terkait pemantauan glukosa darah mandiri, tanda gejala hipoglikemia serta cara mengatasi DM perlu diberikan dan dipantau agar dapat diterapkan terutama oleh penderita (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2015).

b. Terapi nutrisi medis / Diet

Setiap penderita DM perlu mendapatkan diet sesuai dengan kebutuhan individu untuk mencapai tujuan terapi. Kunci keberhasilan diet DM membutuhkan keterlibatan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan agar optimal. Prinsip pengaturan diet DM hampir sama dengan pengaturan makan pada umumnya yaitu dengan konsumsi makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan gizi masing-masing individu. Tidak hanya pengaturan jenis makanan, penderita DM juga perlu memperhatikan ketepatan waktu makan, keteraturan jumlah makanan (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2015).

c. Latihan jasmani

Kegiatan latihan fisik perlu dilakukan secara teratur pada penderita DM 3-4 kali dalam seminggu dengan waktu maksimal 30 menit. Latihan fisik berguna untuk menjaga kebugaran dan dapat menurunkan berat badan serta memperbaiki sensitivitas insulin sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Aktifitas yang dianjurkan seperti jalan kaki / jogging, bersepeda santai dan juga berenang (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2015).

d. Farmakologis

- 1) Antidiabetik oral pada penatalaksanaan pasien DM dilakukan dengan menormalkan kadar gula darah dan mencegah komplikasi. Lebih khusus lagi dengan menghilangkan gejala, optimalisasi parameter metabolik, dan mengontrol berat badan (Fatimah, 2015)
- 2) Insulin merupakan protein kecil dengan berat molekul 5808 pada manusia. Insulin mengandung 51 asam amino yang tersusun dalam dua rantai yang dihubungkan dengan jembatan disulfide, terdapat perbedaan asam amino kedua rantai tersebut. Untuk pasien yang tidak terkontrol dengan diet atau pemberian



hipoglikemik oral, kombinasi insulin dan obat-obat lain bisa sangat efektif (Fatimah, 2015).

### C. Kepatuhan

#### 1. Definisi kepatuhan

Kepatuhan adalah perilaku mentaati saran dan prosedur dari seorang dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului dengan konsultasi (Wahyudi, 2017). Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat merupakan aspek utama dalam penanganan penyakit-penyakit kronis. Memperhatikan kondisi tersebut di atas, kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian menjadi fokus dalam mencapai derajat kesehatan pasien, dalam hal ini perilaku ini dapat dilihat dari sejauh mana pasien mengikuti atau mentaati perencanaan pengobatan yang telah disepakati oleh pasien dan profesional medis untuk menghasilkan sasaran-sasaran terapeutik (Lailatushifah, 2012).

#### 2. Faktor-Faktor Yang mempengaruhi kepatuhan

Menurut Horne (2006) dalam (Lailatushifah, 2012) menyampaikan bahwa terdapat empat hal yang dapat mempengaruhi kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, yaitu:

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

juga pemahaman pasien terkait informasi yang diberikan (Lailatushifah, 2012).

#### **D. Kualitas Hidup**

##### **1. Definisi Kualitas Hidup**

Kualitas hidup terkait dengan kesehatan didefinisikan sebagai ukuran keadaan fungsional yang dirasakan, dampak, keterbatasan, kondisi dan prospek perawatan bahwa pasien dengan penyakit kronis terintegrasi dalam konteks budaya dan sistem skor. Jadi, proses kesehatan dan keadaan penyakit sebagai sesuatu yang berhasil selalu dikaitkan dengan ekonomi, budaya sosial, pengalaman dan gaya hidup / gaya kehidupan. Kualitas hidup adalah komponen multi-dimensi dari kesejahteraan yang meliputi fisik, keadaan mental, emosional dan sosial pasien. Dalam definisi WHO, tidak hanya kesehatan bebas penyakit tetapi juga sehat jasmani, rohani dan sosial. Orang yang sehat akan memiliki kualitas hidup yang baik serta kualitas hidup yang baik tentunya akan menunjang kesehatan (Laili & Purnamasari, 2019)

##### **2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup**

###### **a. Usia**

Berdasarkan penelitian usia memiliki kontribusi besar dengan terjadinya beberapa penyakit. Pada usia-usia tertentu dapat terjadi penurunan fungsi tubuh yang cenderung menyebabkan tingginya gangguan kesehatan. Pada seseorang dengan mekanisme coping yang baik dalam menghadapi penyakitnya tentu akan berdampak pada kualitas hidup yang baik seiring bertambahnya usia (Laili & Purnamasari, 2019).

###### **b. Jenis kelamin**

Hipertensi tidak didominasi pada beberapa gender, meskipun dapat berisiko pada gender tertentu. Banyak faktor lain seperti pola hidup, kondisi lingkungan, dan kondisi psikologis yang tidak adekuat yang dapat mempengaruhi risiko hipertensi. Perempuan yang mengalami menopause ataupun memiliki riwayat keluarga hipertensi sangat berisiko mengalami

hipertensi. Namun, jika perempuan itu mempunyai mekanisme coping yang baik, mampu secara psikologis menghadapi penyakit dan memiliki semangat hidup tinggi akan sangat berpengaruh pada kualitas hidupnya (Laili & Purnamasari, 2019).

c. Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi kualitas hidup pada seseorang. Semakin tinggi pendidikan maka kualitas hidup juga akan meningkat. Hal ini dikarenakan seseorang dengan pengetahuan yang baik dapat menghargai dan melakukan yang terbaik untuk hidupnya sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya (Laili & Purnamasari, 2019).

d. Lama menderita penyakit

Lama menderita suatu penyakit dapat mempengaruhi kualitas hidup. Hal ini dikarenakan pada seseorang yang menderita penyakit kronis dan memiliki riwayat keluarga hipertensi dapat beradaptasi, menerima kondisi, memiliki tingkat pemahaman baik tentang hipertensi serta berusaha mencegah penyakit lebih lanjut (Laili & Purnamasari, 2019).

e. Penatalaksanaan penyakit

Hipertensi yang tidak ditangani dengan pengobatan yang baik dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung lama dapat menimbulkan berbagai macam komplikasi yang memperburuk keadaan penderita. Pola pengobatan hipertensi inilah yang dapat menentukan kualitas hidup penderita hipertensi. Semakin baik penanganan dan pengobatan terkait penyakit hipertensi maka dapat menghindarkan penderita dari berbagai komplikasi sehingga kualitas hidupnya baik (Laili & Purnamasari, 2019).

**E. Hubungan Kepatuhan Konsumsi Antihipertensi Pada Pasien Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta Diabetes Melitus Terhadap Kualitas Hidup**

Hipertensi tidak hanya memberikan dampak terhadap organ tubuh dan komplikasi penyakit lain, hipertensi juga dapat berdampak pada kualitas hidup

seseorang. Hal ini disebabkan hipertensi memberikan pengaruh buruk terhadap vitalitas, fungsi sosial, kesehatan mental, dan fungsi psikologis. Pada beberapa studi 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 (Anbarasan, 2015).

Kualitas hidup adalah salah satu indikator penting untuk menilai kesuksesan intervensi perawatan kesehatan, baik dari dalam hal pencegahan dan pengobatan. Kualitas hidup bukan hanya domain fisik, tetapi juga kinerja dalam memainkan peran sosial, keadaan fungsi emosional, intelektual dan kognitif serta perasaan sehat dan kepuasan hidup (Alfian *et al.*, 2017).

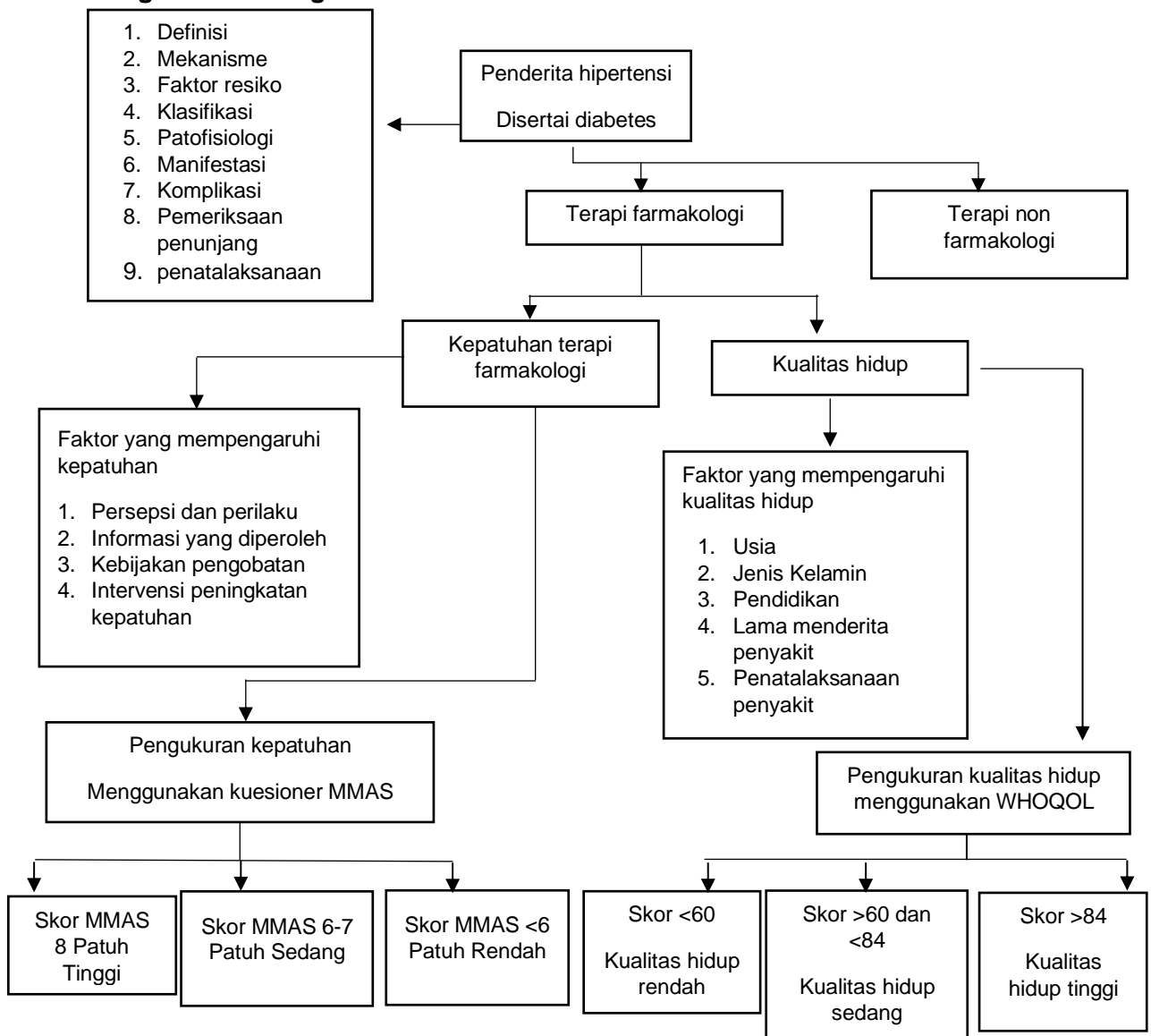
Kualitas hidup pasien hipertensi dapat berbeda pada masing-masing individu. Kualitas hidup juga dapat dipengaruhi oleh seberapa parah tingkat penyakit seseorang ataupun penyakitnya disertai dengan adanya komplikasi atau tidak. Hal ini menegaskan bahwa adanya penyakit penyerta yang dialami pasien menimbulkan dampak yang dapat berpengaruh negatif terhadap kualitas hidup pasien sehingga kualitas hidup seseorang akan semakin menurun. Pada penderita hipertensi dengan disertai diabetes melitus yang merupakan penyakit kronik menahun yang tidak dapat disembuhkan, apabila kadar gula darah dapat terkontrol dengan baik maka keluhan fisik dapat diminimalisir atau dicegah. Kedua penyakit ini memerlukan terapi pengobatan terus menerus sehingga efektifitas dan efek samping pengobatan dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien (Alfian *et al.*, 2017).

Kepatuhan konsumsi obat antihipertensi sangat penting untuk dilakukan secara rutin dan teratur. Pemilihan jenis antihipertensi juga harus menyesuaikan dengan gejala ataupun penyakit lain yang menyertai hipertensi itu sendiri. Pada pasien hipertensi yang disertai DM membutuhkan beberapa kombinasi terapi obat yang bertujuan untuk mengontrol tekanan darah dan juga gula darah agar tetap stabil (Agustina & Rosfiati, 2018). Semakin banyak obat yang harus dikonsumsi oleh penderita hipertensi yang disertai DM dapat menimbulkan ketidakpatuhan dalam mengkonsumsi obat.

Ketidakpatuhan dalam menjalankan pengobatan dapat disebabkan oleh berbagai factor yaitu lupa, mengubah dosis, berhenti konsumsi obat, mengkonsumsi namun tidak sesuai anjuran (Samudra, 2019). Tingkat kepatuhan mengkonsumsi obat dapat mempengaruhi kualitas penderita. Penelitian oleh (Samudra, 2019) menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat kepatuhan konsumsi obat maka akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan penderita dengan tingkat kepatuhan yang rendah (Septiani, 2019).

## F. Kerangka Teori

Bagan 2.3 Kerangka Teori



## G. Originalitas Penelitian

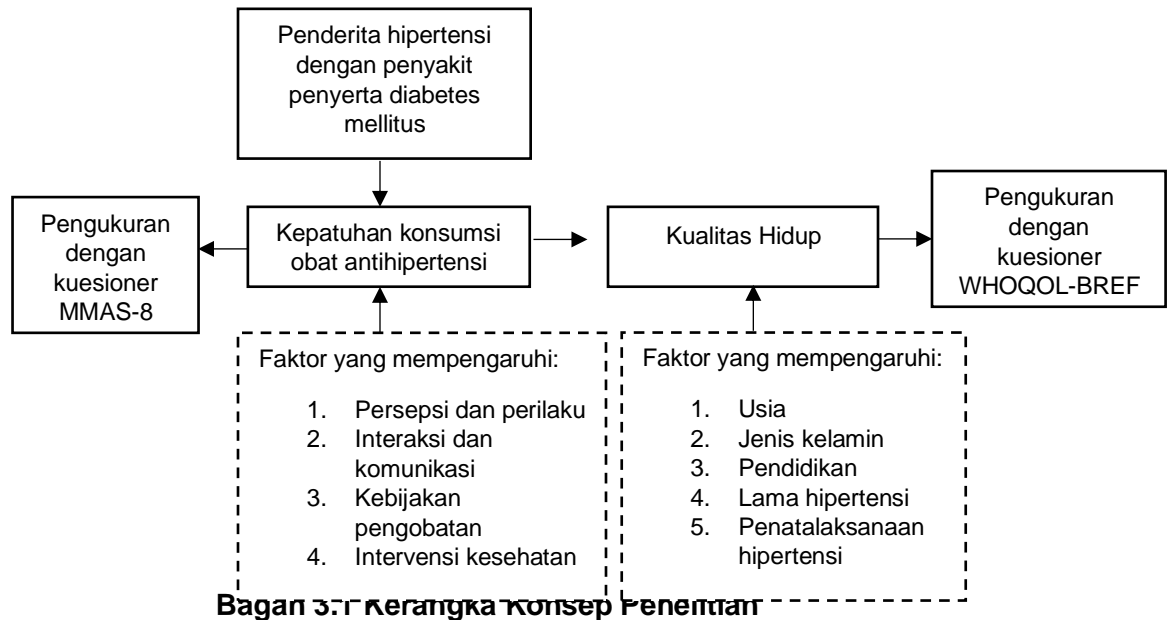
**Tabel 2.2 Originalitas Penelitian**

NO	AUTHOR	TAHUN	VOLUME ANGKA	JUDUL	METODE (DESAIN, SAMPEL, VARIABEL, INSTRUMEN, ANALISIS)	HASIL	DATABASE
1.	Anggun Hari Kusumawati, dkk	2016	Vol 1 No 2	Pengaruh pemberian obat anti hipertensi terhadap kualitas hidup pasien hipertensi dengan gangguan ginjal kronik di indtalisasi hemodialisa RSUP Dr Hasan sadikin bandung	D : cross sectional S : 119 responden V : pengaruh pemberian obat antihipertensi, kualitas hidup pasien GGK I : kuesioner A : one way ANOVA	Ada pengaruh terkait penyakit ginjal terhadap perbaikan kualitas hidup pasien GGK	Google scholar
2.	M Akib yuswar, dkk	2019	Vol 7 No 2	Pengukuran kualitas hidup pasien hipertensi di puskesmas perumnas 1 kota pontianak yang menggunakan antihipertensi melalui EQ5D Kuesioner dan VAS	D : cross sectional S : purpopsive sampling 102 responden V : kualitas hidup, penggunaan obat antihipertensi I : kuesioner	Ada perbedaan kualitas hidup antara pasien yang mendapat AH monoterapi maupun kombinasi	Google scholar
3.	Alfian R Berlian Ali, dkk	2017	Vol 5 No 2	Perbandingan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid faktor DM dan HT di ruangan hemodialisa RSUP Manado	D : cross sectional S : sampling jenuh, 60 rsponden V : pasien GGK dengan komorbid HT dan DM, kualitas hidup pasien GGK I : kuesioner A : chi square	Ada perbandingan kualitas hidup antara pasien GGK dengan komorbid HT dan DM	Google scholar
4.	Sonya damanjaya	2017		Medication beliefs dan penggunaan obat antihipertensi dan antihiperlipidemia pada pasien DM	D : cross sectional S : 77 responden V : medication beliefs, penggunaan obat antihipertensi I : kuesioner A : pearson & spearman'srho	Kepatuhan tidak berhubungan dengan kualitas hidup pasien DMT2 dengan antihipertensi	Google scholar

5.	Winda zuraida, dkk	2016		Perbedaan kualitas hidup pasien hipertensi yang menggunakan monoterapi dan kombinasi anti hipertensi	D : cross sectional S : purposive sampling V : kualitas hidup, penggunaan I : kuesioner A : mann whitney	Tidak ada perbedaan kualitas hidup pasien HT yang menggunakan monoterapi maupun kombinasi	Google scholar
----	-----------------------	------	--	--	--	---	----------------

**BAB III**  
**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**A. Kerangka Konseptual Penelitian**



**Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian**

**Keterangan:**

- : Diteliti
- : Tidak diteliti

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

**B. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis adalah pendapat/ dugaan yang bersifat lemah dan membutuhkan uji hipotesis lebih lanjut. Hipotesis memiliki keterikatan dengan



permasalahan yang ada dalam penelitian yang berdasarkan pengalaman atau penelitian sebelumnya (Heryana & Unggul, 2020).

Berikut adalah hipotesis penelitian :

H1: Ada hubungan kepatuhan konsumsi antihipertensi dengan kualitas hidup pada pasien hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus.

H0: Tidak ada hubungan kepatuhan konsumsi antihipertensi dengan kualitas hidup pada pasien hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus.

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross-sectional survey*. Metode *cross-sectional survey* adalah sebuah studi korelasi untuk mencari suatu hubungan antara faktor risiko (independen) dengan efek atau pengaruhnya (dependen). Pengumpulan data dilakukan secara bersamaan dalam satu waktu antara faktor resiko dan pengaruhnya yang berarti semua variabel bebas dan terikat diamati dalam waktu bersamaan (Masturoh & Anggita, 2018). Pada penelitian ini metode *cross-sectional survey* digunakan untuk mencari hubungan antar variabel dengan variabel independen kepatuhan konsumsi antihipertensi dan variabel dependen kualitas hidup penderita hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus.

#### **B. Populasi dan Sampel**

##### 1. Populasi

Populasi adalah seluruh elemen yang menjadi objek dalam suatu penelitian. Populasi mencakup semua hal yang ingin diketahui yang karakteristiknya sama (Masturoh & Anggita, 2018). Dalam penelitian ini populasi yang diambil yaitu seluruh pasien penderita hipertensi yang disertai diabetes di Puskesmas Dinoyo Kota Malang. Dari hasil studi pendahuluan didapatkan data jumlah penderita hipertensi yang disertai diabetes yaitu 190 orang yang dihitung berdasarkan rata-rata 3 bulan terakhir selama bulan Oktober-Desember 2020.

##### 2. Sampel

Sampel adalah sebagian jumlah yang dapat mewakili populasi yang memiliki karakteristik sama yang dapat diteliti dan ditarik kesimpulan. Penelitian dengan menggunakan sampel dapat mempermudah peneliti karena dapat menghemat waktu, biaya, dan tenaga. Suatu sampel harus bersifat representatif yaitu dapat mewakili populasi yang ada dan jumlah sampel juga harus sesuai agar hasil penelitian semakin akurat (Masturoh

& Anggita, 2018). Sampel dalam penelitian ini yaitu penderita hipertensi yang disertai diabetes mellitus yang memenuhi kriteria inklusi.

Adapun kriteria inklusi dan kriteria eksklusi sebagai berikut :

Kriteria inklusi

- a. Penderita hipertensi disertai diabetes mellitus dengan riwayat 3 pemeriksaan terakhir terbukti memiliki tekanan darah tinggi.
- b. Penderita hipertensi disertai diabetes mellitus yang mendapat terapi farmakologi antihipertensi.
- c. Penderita hipertensi disertai diabetes mellitus tipe 2.
- d. Penderita hipertensi disertai diabetes mellitus baik laki-laki maupun perempuan dengan usia 35-60 tahun
- e. Penderita hipertensi disertai diabetes mellitus dengan lama pengobatan >6 bulan

Kriteria eksklusi :

- a. Penderita hipertensi disertai diabetes mellitus tipe 1.
- b. Penderita hipertensi disertai diabetes mellitus tipe 2 yang tidak mendapat terapi farmakologi antihipertensi.
- c. Penderita hipertensi disertai diabetes mellitus dengan komplikasi penyakit lain (lebih dari satu komplikasi)

### 3. Teknik sampling

Teknik sampling adalah suatu teknik dalam pengambilan sampel. Teknik sampling dilakukan agar sampel yang diambil dapat mewakili dan bersifat representatif sehingga dapat diperoleh informasi yang cukup untuk suatu populasi. Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini yaitu teknik *Non Probability Sampling* dengan jenis pendekatan *Purposive sampling* yaitu cara pengambilan sampel dengan semua objek populasi namun tidak semua memiliki kesempatan yang sama untuk dijadikan sampel. Penarikan sampel secara *purposive sampling* merupakan cara pemilihan berdasarkan pada kriteria tertentu yang dibuat oleh peneliti. Penentuan sampel dapat ditentukan dengan rumus Slovin :

$$n = \frac{N}{1 + (N(e)^2)}$$

$$\begin{aligned}
&= \frac{190}{1 + (190 (0,1)^2)} \\
&= \frac{190}{1 + (1,9)} \\
&= \frac{190}{2,9} \\
&= 65,5 = 65
\end{aligned}$$

Jumlah minimal sampel yang harus dipenuhi yaitu 65 orang

Keterangan :

n : jumlah responden

N : jumlah populasi

e : kesalahan pengambilan sampel yang ditolerir 10% atau 0,1

### **C. Variabel Penelitian**

1. Variabel independen  
Kepatuhan konsumsi antihipertensi
2. Variabel dependen  
Kualitas hidup pada penderita hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus

### **D. Tempat dan Waktu**

1. Tempat  
Tempat penelitian ini akan dilaksanakan yaitu di Puskesmas Dinoyo Kota Malang.
2. Waktu  
Pengambilan data dan pembagian kuesioner penelitian dilakukan pada 7-21 Juni tahun 2021.

### **E. Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah definisi lebih detail dari variabel yang dibuat untuk memudahkan persamaan persepsi dan pengumpulan data pada saat penelitian sehingga lingkup variabel yang diteliti akan lebih fokus (Masturoh & Anggita, 2018).

**Tabel 4.1 Definisi Operasional**

Variabel	Definisi operasional	Alat dan cara ukur	Skala ukur	Hasil ukur
<b>Variabel Independen</b>				
Kepatuhan konsumsi obat anti hipertensi dan anti diabetes	Kepatuhan adalah perilaku taat pasien hipertensi dengan penyakit penyerta DM dalam mengkonsumsi obat antihipertensi baik dari ketepatan jenis obat, dosis maupun waktu yang diukur dalam 4 minggu terakhir	Pengukuran dengan kuesioner kepatuhan MMAS ( <i>Morisky Medication Adherence Scale</i> )	Ordinal	Skor kepatuhan terapi antihipertensi dalam rentang 1-8 yang dikategorikan menjadi : Skor 8 = kepatuhan tinggi Skor 6-7 = kepatuhan sedang <6 = kepatuhan rendah
<b>Variabel Dependen</b>				
Kualitas hidup penderita hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes	Kualitas hidup adalah persepsi yang dirasakan seseorang mengenai keadaan dan kondisi yang dirasakan selama 4 minggu terakhir	Pengukuran dengan kuesioner WHOQOL ( <i>World Health Organization Quality Of Life</i> )	Ordinal	Skor Kualitas hidup penderita hipertensi disertai DM dalam rentang 1-100 yang dikategorikan menjadi : Skor >84 = kualitas hidup tinggi Skor >60 dan <84 = kualitas hidup sedang Skor <60 = kualitas hidup rendah

#### **F. Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian adalah alat ukur yang digunakan untuk memperoleh data pada suatu penelitian. Instrumen penelitian dapat berasal dari penelitian sebelumnya ataupun instrumen yang dibuat sendiri. Instrumen penelitian umumnya memiliki dua kriteria yaitu harus bersifat validitas dan reliabilitas. Validitas adalah sejauh mana instrumen dapat melakukan fungsinya atau

sejauh mana ketepatan instrumen dalam melakukan fungsinya. Sedangkan reliabilitas adalah sejauh mana hasil instrumen tersebut dapat dipercaya (Masturoh & Anggita, 2018).

#### 1. Kuesioner data demografi

Kuesioner data demografi digunakan untuk memperoleh informasi terkait data diri dan riwayat kesehatan dari responden seperti nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, riwayat penyakit, lama pengobatan, jenis obat, tekanan darah, dan lain-lain. Data demografi ini berguna untuk mempermudah peneliti dalam pengambilan data responden.

#### 2. Kuesioner kepatuhan terapi antihipertensi

Dalam penelitian ini instrumen atau alat ukur yang digunakan yaitu kuesioner kepatuhan menggunakan MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*) untuk mengetahui kepatuhan dalam mengonsumsi obat antihipertensi. Kuesioner MMAS terdiri dari 8 pertanyaan yang disusun dengan model jawaban “ya” dan “tidak” yang akan mengidentifikasi perilaku pasien terkait pengobatan, pertanyaan terbagi menjadi 4 aspek yaitu lupa/tidak minum obat sebanyak 4 pertanyaan pada item nomor 1,2,4,5 menghentikan minum obat sebanyak 2 pertanyaan pada item nomor 3 dan 6, pengobatan yang mengganggu pada item nomor 7 dan kesulitan mengingat minum obat pada item nomor 8.

Setiap pertanyaan akan diberikan skoring masing-masing. Cara perhitungan skor pada kuesioner MMAS yaitu dengan memberikan nilai 1 jika jawaban Tidak dan nilai 0 jika jawaban Ya kecuali untuk item nomor 5 karena termasuk pertanyaan favourable. Dari perhitungan skor akan didapat tiga kategori kepatuhan yaitu untuk skor perhitungan sama dengan 8 termasuk kategori kepatuhan tinggi, skor 6-7 kepatuhan sedang dan skor <6 kepatuhan rendah (Moharamzad *et al.*, 2015)

Penelitian sebelumnya oleh (Mursiany *et al.*, 2013) hasil validitas kuesioner MMAS menunjukkan semua item pertanyaan valid dengan nilai  $r$  hitung = 0,3. Reliabilitas kuesioner MMAS menggunakan Cronbach's alpha sebesar 0,715 (dinyatakan reliabel apabila nilai Cronbach's alpha > 0,60). Hasil uji validitas dan reliabilitas dari kuesioner MMAS menyatakan bahwa kuesioner dapat digunakan sebagai instrument kepatuhan

mengonsumsi obat. Maka dari itu peneliti memilih menggunakan jenis instrumen MMAS

**Tabel 4.3 Kisi-kisi Instrumen Kepatuhan Terapi Antihipertensi**

Aspek	Indikator	Item	Skor
Kepatuhan	Kepatuhan minum obat	Favourable 5	Ya = 1 Tidak = 0
		Unfavourable 1, 2, 3	Ya = 0 Tidak = 1
	Mengurangi dosis tanpa sepengetahuan	Favourable -	-
		Unfavourable 3 dan 6	Ya = 0 Tidak = 1
	Perasaan saat minum obat	Favourable -	-
		Unfavourable 7	Ya = 0 Tidak = 1
	Kesulitan minum obat	Favourable -	-
		Unfavourable 8	Ya = 0 Tidak = 1

### 3. Kuesioner kualitas hidup

Pengukuran kualitas hidup menggunakan kuesioner WHOQOL. Dimensi-dimensi dari kualitas hidup yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada dimensi-dimensi mengenai kualitas hidup yang terdapat dalam WHOQOL-BREF dimana terdapat enam dimensi yaitu (1) kesehatan fisik, (2) kesejahteraan psikologis, (3) tingkat kemandirian, (4) hubungan sosial, (5) hubungan dengan lingkungan, dan (6) keadaan spiritual. WHOQOL ini kemudian dibuat lagi menjadi instrumen WHOQOL-BREF dimana enam dimensi tersebut kemudian dipersempit lagi menjadi empat dimensi yaitu (1) kesehatan fisik, (2) kesejahteraan psikologis, (3) hubungan sosial, dan (4) hubungan dengan lingkungan . Setiap pertanyaan diberi skor dengan skala likert lima poin (1-5). Pertanyaan pada kuesioner ini sebagian besar bernilai positif kecuali pada nomor 3, 4 dan 26 yang bernilai negatif. Skor tiap dimensi (raw score) ditransformasikan dalam skala 0-100 dengan menggunakan rumus baku yang sudah ditetapkan oleh WHO (Anbarasan, 2015). Setelah didapatkan

skor akhir hasil dari transformasi lalu dibagi menjadi 3 kategori yaitu skor <60 kualitas hidup rendah, skor >60 dan <84 kualitas hidup sedang, skor >84 kualitas hidup tinggi. Pada masing-masing domain kualitas hidup juga dilakukan penjumlahan skor yang kemudian di transformasi menggunakan menggunakan rumus baku dari WHO dengan skala 1-100 dan dikategorikan menjadi 3 seperti kategori kualitas hidup secara menyeluruh yaitu skor <60 kualitas hidup rendah, skor >60 dan <84 kualitas hidup sedang, skor >84 kualitas hidup tinggi.

Pengkategorian skor pada kualitas hidup menggunakan WHOQOL-BREF didapatkan dengan cara melakukan penghitungan menggunakan rumus Azwar yang diawali dengan menghitung nilai rata-rata dan standar deviasi dari total nilai kualitas hidup yang kemudian dimasukkan sesuai rumus untuk 3 pengkategorian dan didapatkan hasil seperti yang sudah tertera diatas.

Penelitian sebelumnya oleh (Khasana *et al.*, 2020) Kuesioner kualitas hidup WHOQOL-BREF sudah tersedia dalam bahasa Indonesia dan sudah teruji reabilitas (0,529) dan validitas (0,614) pada lansia di Indonesia. Distribusi dua puluh enam pertanyaan pada WHOQOL-BREF adalah simetris dan hasil penelitian menunjukkan instrumen WHOQOL-BREF valid dan reliabel untuk mengukur kualitas hidup pada lansia.

**Tabel 4.4 Kisi-kisi Instrumen Kualitas Hidup**

Aspek	Indikator	Item	Skor
Kualitas Hidup	Kesehatan fisik	Favourable	
		10, 15, 16, 17, 18	1 = Sangat tidak memuaskan 2 = Tidak memuaskan 3 = Biasa saja 4 = Memuaskan 5 = Sangat memuaskan
		Unfavourable 3 dan 4	5 = Tidak sama sekali 4 = Sedikit 3 = Dalam jumlah sering 2 = Sangat sering 1 = Dalam jumlah berlebihan
	Kesejahteraan psikologis	Favourable 5, 6, 7, 11, 19	1 = Tidak sama sekali 2 = Sedikit 3 = Dalam jumlah sering 4 = Sangat sering



	Unfavourable 26	5 = Dalam jumlah berlebihan
		5 = Tidak pernah 4 = Jarang 3 = Cukup sering 2 = Sangat sering 1 = Selalu
Hubungan sosial	Favourable 20, 21, 22	1 = Sangat tidak memuaskan 2 = Tidak memuaskan 3 = Biasa saja 4 = Memuaskan 5 = Sangat memuaskan
	Unfavourable -	-
Hubungan dengan lingkungan	Favorable 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	1 = Sangat tidak memuaskan 2 = Tidak memuaskan 3 = Biasa saja 4 = Memuaskan 5 = Sangat memuaskan
	Unfavourable -	-

## G. Prosedur Penelitian

### 1. Prosedur administrasi

- a. Membuat surat permohonan izin penelitian pada ketua program studi pendidikan ners STIKES Widyagama Husada
- b. Memberikan surat ijin penelitian dengan nomor surat 1211/ A-1/STIKES/VII/2021 kepada Dinas Kesehatan Kota Malang dan menunggu surat balasan untuk pengantar ke Puskesmas Dinoyo Malang
- c. Memberikan surat pengantar dari Dinas Kesehatan Kota Malang dengan nomor surat 072/28/35.75.402/2021
- d. Mendapat izin penelitian dari kepala Puskesmas Dinoyo Kota Malang
- e. Memilih subyek sesuai kriteria inklusi
- f. Melakukan pengambilan data dengan menggunakan kuesioner dan wawancara

g. Menerima surat telah melakukan penelitian di Puskesmas Dinoyo Kota Malang yakni surat keterangan nomor 072/318/35.73.402.013/2021

2. Prosedur pengelolaan data

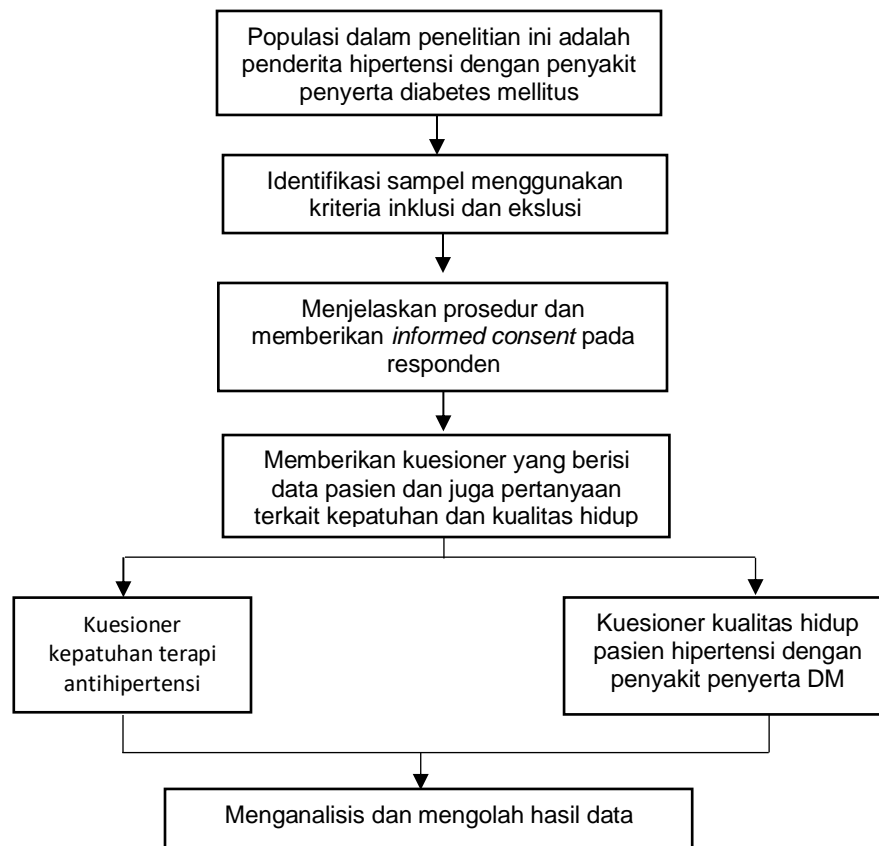
a. Data primer

Data primer diperoleh dari hasil pengkajian menggunakan kuesioner kepatuhan dan kualitas hidup pada penderita hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes di Puskesmas Dinoyo.

b. Data sekunder

Data sekunder yang diperoleh dari studi pendahuluan pada tenaga kesehatan di Puskesmas Dinoyo antara lain jumlah kasus hipertensi, jumlah penderita hipertensi dengan penyakit penyerta DM tipe 2, waktu kunjungan untuk pengambilan obat dan kontrol.

**H. Prosedur Pengumpulan Data**



**Bagan 4.1 Pengumpulan Data**

## I. Pengolahan dan Analisis Data

### 1. Pengolahan data

Setelah data yang diperlukan terkumpul selanjutnya dilakukan proses pengolahan sebagai berikut:

#### a. Pemeriksaan data (*editing*)

Pengecekan data yang telah terkumpul untuk meminimalisir kesalahan dalam pencatatan data pasien.

#### b. Pemberian kode (*coding*)

Pemberian kode pada setiap data untuk mempermudah proses pengolahan data. Dalam penelitian ini terdapat beberapa kategori yaitu usia diberikan kode 1 jika usia 45-54, kode 2 jika usia 55-60, kategori jenis kelamin diberi kode 1 jika laki-laki dan 2 jika perempuan, pendidikan diberi kode 1 untuk SD, 2 untuk SMP, 3 untuk SMA dan 4 untuk S1, riwayat penyakit keluarga kode 1 jika berisiko dan 2 jika tidak berisiko, lama menderita diberi kode 1 jika <5 tahun, 2 jika >5 tahun dan 3 jika >10 tahun, golongan obat diberi kode 1 ACE-I dan 2 CCB, tekanan darah diberi kode 1 prehipertensi, 2 hipertensi derajat 1, 3 hipertensi derajat 2, untuk variabel kepatuhan dan kualitas hidup diberi kode 1 jika rendah, 2 jika sedang dan 3 jika tinggi.

#### c. Memasukkan data (*entry*)

Memasukkan data karakteristik responden, kepatuhan konsumsi obat dan kualitas hidup responden secara komputerisasi menggunakan software yang akan digunakan yaitu spss.

#### d. Tabulasi data (*tabulating*)

Pemeriksaan kembali data untuk melihat ada tidaknya kesalahan dalam memasukkan data yang selanjutnya akan dilakukan tabulasi data untuk mengelompokkan setiap kategori.

### 2. Analisis data

#### a. Analisa univariat

Analisa univariat digunakan untuk mengetahui karakteristik responden (usia, jenis kelamin, pendidikan, riwayat penyakit keluarga, lama menderita HT, Jenis obat HT dan DM, Golongan obat, serta tekanan

darah) sesuai variabel yang diteliti. Dalam penelitian ini variabel yang akan diteliti yaitu kepatuhan konsumsi antihipertensi dan kualitas hidup.

b. Analisa bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk mengetahui perbedaan signifikansi antara kepatuhan konsumsi antihipertensi terhadap kualitas hidup penderita hipertensi dengan penyakit penyerta DM. dalam penelitian ini uji bivariat dilakukan menggunakan uji kendall tau-b karena kedua variabel termasuk ordinal dan memiliki jumlah pengkategorian yang sama yaitu 3 kategori.

**Tabel 4.5 Analisa Bivariat**

No.	Variabel	Hasil ukur	Skala data	Uji bivariat
1.	Kepatuhan konsumsi obat antihipertensi	Skor 8 = patuh tinggi skor 6-7 = patuh sedang skor <6 = patuh rendah	Ordinal	Kendall's tau b
2.	Kualitas hidup	Skor <60 = rendah Skor >60 dan <84 = sedang Skor >84 = tinggi	Ordinal	

**J. Etika penelitian**

Etika penelitian dapat membantu peneliti dalam membuat keputusan yang berdasarkan norma yang berlaku di masyarakat. Peneliti juga harus mampu menerapkan prinsip dasar dalam melakukan penelitian (Masturoh & Anggita, 2018).

4 dasar etika penelitian yaitu:

1. *Autonomy*

Peneliti harus mampu menghormati dan menghargai keputusan responden serta memberikan perlindungan terhadap bahaya dan penyalahgunaan dalam penelitian

2. *Beneficence*

Peneliti diharapkan mampu memberikan manfaat dan mengurangi kerugian atau resiko bagi subyek penelitian

3. *Non maleficence*

Peneliti perlu memperkirakan apa yang akan terjadi dalam penelitian sehingga mampu mencegah risiko buruk bagi subjek penelitian

4. *Justice*

Konsep keadilan dalam hal ini adalah tidak membedakan antar subyek serta dapat memberikan keseimbangan antara manfaat dan risikonya (Masturoh & Anggita, 2018)

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian berdasarkan analisis univariat dan bivariat. Analisa univariat menjelaskan terkait karakteristik responden yang diteliti meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, riwayat penyakit keluarga, lama konsumsi obat, jenis obat antihipertensi yang dikonsumsi dan tekanan darah saat ini. Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan kepatuhan konsumsi obat antihipertensi dengan kualitas hidup pada penderita hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 7-21 Juni 2020. Penelitian ini menggunakan metode *cross-sectional survey*. Pasien Hipertensi yang disertai Diabetes Mellitus yang melakukan pengobatan di poli umum Puskesmas Dinoyo yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian yakni berjumlah 65 pasien.

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Puskesmas Dinoyo Malang merupakan salah satu puskesmas di Kota Malang yang terletak di Jalan Mayjen M.T Haryono Dinoyo Kec. Lowokwaru Kota Malang. Di Puskesmas Dinoyo terdapat beberapa poli klinik, salah satunya adalah poli umum dimana poli umum banyak menangani pada kasus hipertensi dan penyakit lainnya. Pelayanan poliklinik dimulai pada hari senin hingga sabtu dengan jam operasional 08.00 – 12.00 WIB. Dalam sekali pelayanan pasien poli umum bisa mencapai jumlah tertinggi yaitu lebih dari 100 pasien dan jumlah terendah yaitu kurang lebih 50 pasien. Diagnosa terbanyak di Puskesmas Dinoyo yang menempati 3 teratas pada 3 bulan terakhir yaitu Hipertensi, DM Tipe 2 dan ISPA.

#### **B. Hasil Analisa Univarian**

Pada analisa univarian disajikan data berupa karakteristik responden yang diteliti yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, riwayat penyakit keluarga, lama menderita HT, jenis obat antihipertensi yang dikonsumsi dan tekanan darah saat ini.

Hasil analisa univarian sebagai berikut :

- a. Karakteristik Demografi Responden

**Tabel 5.1 Karakteristik Demografi Responden Penderita HT disertai DM Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Riwayat Penyakit Keluarga di Puskesmas Dinoyo Pada Juni 2021 (N=65)**

No	Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase
1	Usia	45-54 Tahun	40	61,5
		55-60 Tahun	25	38,5
2	Jenis Kelamin	Laki-Laki	24	36,9
		Perempuan	41	63,1
3	Pendidikan	SD	20	30,8
		SMP	27	41,5
		SMA	13	20,0
		S1	5	7,7
4	Riwayat Penyakit Keluarga	Berisiko	40	61,5
		Tidak	25	38,5

(Sumber : Data Penelitian, 2021)

Tabel 5.1 menunjukkan hasil analisis terhadap karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, riwayat penyakit keluarga, lama menderita HT, jenis obat antihipertensi dan DM, serta tekanan darah. Berdasarkan karakteristik usia, data diatas menunjukkan bahwa seluruh responden berusia dewasa dengan rentang usia 35-55 tahun terdapat 40 orang (61,5%) dan usia diatas 55 tahun 25 orang (38,5%).

Berdasarkan jenis kelamin dari 65 responden terdapat laki-laki 24 orang (36,9%) dan perempuan 41 orang (63,1%). Hasil analisis berdasar jenjang pendidikan menunjukkan bahwa responden dengan pendidikan SD 20 orang (30,8%), SMP 27 orang (41,5%), SMA 13 orang (20%) dan S1 5 orang (7,7%) data tersebut menunjukkan bahwa penderita hipertensi yang disertai DM terbanyak memiliki pendidikan SMP. Menurut riwayat penyakit keluarga dari responden terdapat sejumlah responden yang berisiko 40 orang (61,5%) dan tidak berisiko 25 orang (38,5%).

#### b. Karakteristik Hipertensi Responden

**Tabel 5.2 Karakteristik Hipertensi Responden Berdasarkan Lama Menderita HT, Jenis Dan Golongan Obat Yang Dikonsumsi, Tekanan Darah Serta Kepatuhan dan Kualitas Hidup di Puskesmas Dinoyo Pada Juni 2021 (N=65)**

No	Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase
1	Lama Menderita HT	< 5 Tahun	37	56,9
		> 5 Tahun	24	36,9
		> 10 Tahun	4	6,2
2	Jenis AH	Amlodipin	28	43,1
		Captopril	22	33,8
		Felodipin	2	3,1
		Lisinopril	13	20,0
3	Jenis Obat DM	Glibenclamide	12	18,5
		Glimipiride	21	32,3
		Metformin	32	49,2
4	Golongan Obat AH	ACE-I	35	53,8
		CCB	30	46,2
5	Tekanan Darah Setelah Konsumsi AH	Prehipertensi	12	18,5
		HT Derajat 1	33	50,8
		HT Derajat 2	20	30,8

Sumber : (Data Penelitian, 2021)

Data yang didapat dari tabel 5.2 adalah lama menderita HT yaitu <5 tahun 37 orang (56,9%), >5 tahun 24 orang (36,9%) dan >10 tahun 4 orang (6,2%). Beberapa jenis obat yang digunakan oleh penderita HT disertai DM yang berobat di Puskesmas Dinoyo antara lain Amlodipin 28 orang (43,1%), Captopril 22 orang (33,8%), Felodipin 2 orang (3,1%) dan Lisinopril 13 orang (20%), obat AH tersebut dikategorikan lagi menjadi beberapa golongan dan obat yang digunakan oleh pasien di Puskesmas Dinoyo Kota Malang mayoritas adalah obat golongan ACE-I 35 orang (53,8%) dan CCB 30 orang (46,2%). Untuk obat DM terdapat penggunaan Glibenclamide 12 orang (18,5%), Glimipiride 21 orang (32,3%), dan Metformin 32 orang (49,2%). Karakteristik responden berdasarkan tekanan darah yang diukur setelah pasien mengkonsumsi AH terbagi menjadi 3 yaitu prehipertensi sejumlah 12 orang (18,5%), hipertensi derajat 1 33 orang (50,8%) dan hipertensi derajat 2 sejumlah 20 orang (30,8%).

#### c. Kepatuhan Konsumsi Antihipertensi

**Tabel 5.3 Kepatuhan Terapi Antihipertensi Pada Penderita HT Disertai DM di Puskesmas Dinoyo Pada Juni 2021 (N=65)**

No.	Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase
1.	Kepatuhan Konsumsi AH	Rendah	11	16,9
		Sedang	31	47,7
		Tinggi	23	35,4
Total			65	100,0

Sumber : (Data Penelitian, 2021)



Tingkat kepatuhan konsumsi AH terbagi menjadi 3 kategori yaitu patuh rendah 11 orang (16,9%), patuh sedang 31 orang (47,7%), dan patuh tinggi 23 orang (35,4%).

d. Kualitas Hidup

**Tabel 5.4 Kualitas Hidup Pada Penderita HT Disertai DM di Puskesmas Dinoyo Pada Juni 2021 (N=65)**

No.	Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase
1.	Kualitas hidup	Rendah	35	53,8
		Sedang	30	46,2
		Tinggi	0	0
Total			65	100,0

Sumber : (Data Penelitian, 2021)

kualitas hidup juga terbagi menjadi 3 kategori yaitu rendah 35 orang (53,8%), sedang 30 orang (46,2%) dan tidak ada yang memiliki kualitas hidup tinggi.

**Tabel 5. 5 Kualitas Hidup Perdomain**

Kualit as Hidup	Domain 1 Kesehatan Fisik		Domain 2 Kesejahteraan Psikologis		Domain 3 Hubungan Sosial		Domain 4 Hubungan Dengan Lingkungan	
	Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
Rendah	13	20	27	41,5	42	64,6	41	63,1
Sedang	46	70,8	34	52,3	20	30,8	24	36,9
Tinggi	6	9,2	4	6,2	3	4,6	0	0

Sumber : (Data Penelitian, 2021)

Dari hasil data pada tabel 5.3 dapat disimpulkan bahwa pada domain 1 pasien dengan kualitas rendah 13 orang (20%), sedang 46 orang (70,8%) dan tinggi 6 orang (9,2%). Pada domain 2 kualitas hidup rendah 27 orang (41,5%), sedang 34 orang (52,3%), tinggi 4 orang (6,2%). Pada domain 3 kualitas hidup rendah 42 orang (64,6%), sedang 20 orang (30,8%), tinggi 3 orang (4,6%). Pada domain 4 kualitas hidup rendah 41 orang (63,1%), sedang 24 orang (36,9%), dan tinggi tidak ada.

**C. Hasil Analisa Bivarian**

Pada hasil analisa bivariat bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan yang signifikan antara kedua variabel yang diuji yaitu kepatuhan konsumsi obat antihipertensi dengan kualitas hidup menggunakan uji Kendall's Tau sebagai berikut:

**Tabel 5.6 Hubungan Kepatuhan Konsumsi Obat Antihipertensi Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Hipertensi Disertai Diabetes Mellitus Di Puskesmas Dinoyo Kota Malang Juni 2021 (N=65)**

Variabel	Kategorik	Kualitas Hidup Rendah		Kualitas Hidup Sedang		Kualitas Hidup Tinggi		Nilai p
		n	%	n	%	n	%	
Kepatuhan	Rendah	11	31,4	0	00,0	0	00,0	0,000**
	Sedang	22	62,8	9	30,9	0	00,0	
	Tinggi	2	5,7	21	70,0	0	00,0	
Total		35	100	30	100	0	0,00	

\*\* Uji Kendall's tau-b

(Sumber : Data Penelitian, 2021)

Analisa bivarian dilakukan untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan konsumsi obat AH dengan kualitas hidup penderita HT disertai DM di Puskesmas Dinoyo Malang. Dari tabel 5.2 tersebut menunjukkan bahwa dari 65 responden, 11 orang (31,4%) dengan tingkat kepatuhan rendah memiliki kualitas hidup rendah, 22 orang (62,8%) dengan tingkat kepatuhan rendah memiliki kualitas hidup sedang dan 2 orang (5,7%) dengan tingkat kepatuhan rendah memiliki kualitas hidup tinggi, 9 orang (30,9%) dengan kepatuhan sedang memiliki kualitas hidup sedang dan 21 orang (70%) dengan kepatuhan tinggi memiliki kualitas hidup sedang. Hasil yang didapat dari uji kendall's tau-b nilai  $p = 0,000$  sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan konsumsi obat AH dengan kualitas hidup pada penderita HT disertai DM di Puskesmas Dinoyo Malang.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian**

##### **1. Karakteristik Demografi Responden Penderita HT Disertai DM di Puskesmas Dinoyo Kota Malang**

###### **a. Usia**

Hasil penelitian terhadap responden yang menderita hipertensi disertai diabetes mellitus di Puskesmas Dinoyo berdasarkan usia pada bulan Juni 2021 menunjukkan bahwa sebagian besar pasien yang berobat adalah usia dewasa. Menurut Depkes RI 2009 kategori dewasa akhir berada dalam rentang usia 44-60 tahun, yang dimana pada usia ini identik dengan penurunan fungsi organ dan menurunnya elastisitas pembuluh darah yang menjadi faktor risiko pemicu hipertensi (Nuraini, 2015).

Kejadian hipertensi seringkali diawali pada usia dewasa menengah sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyampaikan bahwa semakin bertambah usia maka akan meningkatkan risiko hipertensi. Hal ini dikarenakan pada usia dewasa menengah berhubungan dengan terjadinya disfungsi endotelial dan meningkatnya kekakuan arteri yang selanjutnya pada usia dewasa tua akan mulai terjadi kesulitan untuk merawat diri dikarenakan penggunaan obat-obat farmakologi seperti anti inflamasi dan kortikosteroid yang dapat meningkatkan tekanan darah. Untuk rentang usia sendiri tidak dapat menjadi faktor penentu kepatuhan seseorang dalam hal konsumsi obat, namun usia dapat mempengaruhi terhadap kualitas hidup seseorang. Dimana dengan bertambahnya usia maka akan terjadi perubahan baik fisisik, psikologi dan psikososial yang dapat mempengaruhi kualitas hidup (Luh *et al.*, 2020).

###### **b. Jenis kelamin**

Hasil penelitian terhadap penderita HT disertai DM di Puskesmas Dinoyo Malang pada Juni 2021 berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa jumlah responden perempuan lebih banyak daripada laki-laki yaitu 41 orang (63,1%) perempuan dan 24 orang (36,9%) laki-laki. Kejadian hipertensi memiliki peluang hampir sama antara perempuan maupun laki-

laki, namun pada perempuan terdapat hormon estrogen yang dapat mencegah terjadinya aterosklerosis. Pada perempuan dengan usia menjelang menopause lebih berisiko untuk mengalami hipertensi dikarenakan perempuan mulai kehilangan sedikit demi sedikit hormon estrogen yang selama ini melindungi terjadinya kerusakan pembuluh darah, proses ini terus berlanjut seiring bertambahnya usia pada perempuan. Umumnya terjadi pada usia 45-55 tahun (Nuraini, 2015). Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah jumlah responden adalah perempuan dalam rentang usia 45-55 yang mengalami hipertensi disertai dengan diabetes mellitus. Hal tersebut membuktikan bahwa seiring bertambahnya usia pada perempuan maka hormon estrogen yang dimiliki akan berkurang dan makin berisiko mengalami hipertensi.

c. Pendidikan

Hasil penelitian terhadap penderita HT disertai DM di Puskesmas Dinoyo Malang pada Juni 2021 berdasarkan pendidikan, sebagian besar pasien dengan jenjang pendidikan SMP 27 orang (41,5). Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka tingkat pengetahuannya akan pengobatan semakin meningkat dan semakin mudah dalam mencari informasi kesehatan yang dibutuhkan sehingga mampu menghargai dan melakukan yang terbaik untuk hidupnya salah satunya dengan cara patuh konsumsi obat agar mengurangi dampak dari penyakit yang dapat mengganggu aktifitasnya (Laili & Purnamasari, 2019). Dalam penelitian ini mayoritas responden berpendidikan SMP dan sebagian besar memiliki tingkat kepatuhan sedang hingga tinggi. Sedangkan pada beberapa responden dengan pendidikan S1 memiliki kepatuhan tinggi.

d. Riwayat penyakit keluarga

Hasil penelitian terhadap penderita HT disertai DM di Puskesmas Dinoyo Malang pada Juni 2021 berdasarkan riwayat penyakit keluarga, mayoritas pasien adalah dengan riwayat penyakit keluarga berisiko. Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan berisiko adalah responden yang memiliki keluarga dengan riwayat penyakit hipertensi ataupun diabetes mellitus yang dapat diturunkan pada responden atau anggota keluarga lainnya. Terdapat 40 orang (61,5%) dengan riwayat keluarga berisiko.

Menurut penelitian Nuraini (2015) menyatakan bahwa faktor genetik yang ada pada anggota keluarga dapat menjadi risiko menderita hipertensi/diabetes mellitus. Faktor genetik mempunyai risiko dua kali lebih besar pada riwayat keluarga berisiko (Nuraini, 2015).

## **2. Karakteristik Hipertensi Pada Penderita HT Disertai DM di Puskesmas Dinoyo Kota Malang**

### **a. Lama menderita Hipertensi**

Hasil penelitian terhadap penderita HT disertai DM di Puskesmas Dinoyo Malang pada Juni 2021 berdasarkan lama menderita hipertensi menunjukkan bahwa mayoritas penderita mengalami hipertensi kurang dari 5 tahun yaitu sebanyak 37 orang (56,9%). Lama menderita penyakit dapat mempengaruhi pada tingkat kepatuhan konsumsi obat dan kualitas hidup pasien dikarenakan semakin lama pasien mengalami hipertensi dan patuh dalam konsumsi obat akan membuat pasien mampu beradaptasi dan memahami pentingnya obat untuk mengontrol tekanan darah dan mencegah penyakit lebih lanjut yang dapat mengganggu kesehatannya (Laili & Purnamasari, 2019). Dalam penelitian ini pasien yang mengalami HT disertai DM dengan lama menderita <5 tahun mayoritas memiliki tingkat kepatuhan sedang sebanyak 28 pasien (43.1%).

### **b. Jenis obat Hipertensi**

Hasil penelitian terhadap penderita HT disertai DM di Puskesmas Dinoyo Malang pada Juni 2021 berdasarkan jenis obat AH yang dikonsumsi pasien mendapatkan jenis obat amlodipin (43,1%), captopril (33,8%), lisinopril (20%) dan felodipin (3,1%). Obat-obat tersebut termasuk pada golongan obat *CCB / Calcium Channel Blocker* dan *ACE-Inhibitor*. Dimana kedua jenis obat ini memiliki cara kerja yang berbeda. Pada *Calcium Channel Blocker* memberikan efek vasodilatasi, memperlambat laju jantung dan menurunkan kontraktilitas miokard sehingga menurunkan tekanan darah. Sedangkan *ACE-Inhibitor* bekerja dengan menghambat aktivitas saraf simpatis dengan menurunkan pelepasan noradrenalin, menghambat pelepasan endotelin, meningkatkan produksi substansi vasodilatasi seperti,

bradikinin, prostaglandin dan menurunkan retensi sodium dengan menghambat produksi aldosterone (Yulanda *et al.*, 2017).

c. Jenis obat Diabetes Mellitus

Hasil penelitian terhadap penderita HT disertai DM di Puskesmas Dinoyo Malang pada Juni 2021 berdasarkan jenis obat DM yang dikonsumsi mayoritas pasien mendapatkan jenis obat metformin (49,2%) dan glimipiride (32,3%) yang termasuk dalam golongan obat sulfonilurea dan biguanide. Golongan obat sulfonilurea bekerja dengan cara mendorong pankreas untuk memproduksi insulin dan membantu tubuh memaksimalkan insulin, sedangkan golongan biguanide bekerja dengan cara menghambat produksi glukosa dalam hati dan mengurangi absorpsi gula di usus (Fatimah, 2015).

d. Tekanan darah

Hasil penelitian terhadap penderita HT disertai DM di Puskesmas Dinoyo Malang pada Juni 2021 berdasarkan tekanan darah yang diukur setelah pasien mendapatkan terapi antihipertensi mayoritas berada pada hipertensi derajat 1 sejumlah 33 orang (50,8%), dan ada beberapa hipertensi derajat 2 (30,8%) dan prehipertensi (18,5%). Sebagian pasien yang tekanan darahnya masuk dalam kategori prehipertensi merupakan pasien yang diukur tekanan darahnya saat sudah menjalankan terapi obat selama lebih dari 6 bulan. Dapat disimpulkan bahwa pasien yang telah menerima terapi farmakologi dan patuh dalam menjalankan terapi atau konsumsi obat maka akan berdampak pada tekanan darahnya, dimana tekanan darah akan mengalami penurunan jika dibandingkan dengan sebelum menerima pengobatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Toharin *et al.*, 2015) bahwa penurunan tekanan darah pada pasien hipertensi yang disertai diabetes mellitus dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lainnya yaitu kepatuhan dalam konsumsi obat antihipertensi yang diimbangi dengan perubahan gaya hidup dan perubahan pola makan.

### **3. Kepatuhan Terapi Pada Penderita HT Disertai DM di Puskesmas Dinoyo Kota Malang**

Hasil penelitian terhadap penderita HT disertai DM di Puskesmas Dinoyo Malang pada Juni 2021 berdasarkan tingkat kepatuhan menunjukkan bahwa sebagian besar pasien memiliki tingkat kepatuhan sedang sejumlah 31 orang (47,7%), tinggi 23 orang (35,4%) dan rendah 11 orang (16,9%). Menurut penelitian sebelumnya oleh Wahyudi *et al* (2018) kepatuhan dalam konsumsi obat merupakan aspek utama dalam penanganan suatu penyakit. Kepatuhan dalam konsumsi obat akan membuat tekanan darah pasien menjadi terkontrol dan tidak mengalami peningkatan yang signifikan sehingga dapat mencapai kondisi kesehatan yang optimal. Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang dalam mengkonsumsi obat antara lain persepsi dan perilaku pasien, interaksi dan komunikasi pasien dengan tenaga kesehatan, kebijakan pengobatan, serta pendidikan. Pendapat tersebut sejalan dengan penelitian oleh Vivi *et al* (2019) yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka tingkat pengetahuannya akan pengobatan semakin meningkat dan semakin mudah dalam mencari informasi kesehatan sehingga akan lebih patuh dalam mengkonsumsi obat karena sudah memahami pentingnya pengobatan untuk kesehatannya.

Penelitian yang dilakukan oleh Mokolomban *et al* (2018) menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi yang disertai diabetes mellitus mayoritas adalah tidak patuh sebesar 62,22%. Beberapa alasan yang mendukung perilaku tidak patuh pasien dalam menjalankan terapi antara lain adalah lupa dan kesulitan dalam mengingat pengobatan yang termasuk perilaku buruk yang tidak disengaja. Beberapa alasan lain pasien tidak patuh adalah tidak nyaman karena diharuskan mengkonsumsi obat setiap hari dan jumlah obat yang cukup banyak juga mempengaruhi kepatuhan konsumsi obat pada pasien. Pada pasien yang memiliki jumlah obat 3-4 jenis mayoritas tidak patuh dalam mengkonsumsi obat yaitu sebanyak 66,67%. Hal tersebut menunjukkan bahwa semakin kompleks jenis obat yang harus dikonsumsi maka semakin kecil pasien akan mematuhi. Penelitian lain yang sejalan adalah Sukma *et al* (2018) yang menyatakan bahwa terdapat dua

faktor utama yang dapat mempengaruhi kepatuhan yaitu persepsian dan jumlah obat yang berdampak pada kepatuhan terapi.

Penelitian lain oleh Rikmasari *et al* (2020) menunjukkan bahwa komorbid atau penyakit penyerta, usia yang lebih tua dan pendidikan yang lebih tinggi merupakan faktor yang mendukung dalam kepatuhan konsumsi obat antihipertensi. Dari penelitiannya tersebut didapatkan hasil bahwa penderita hipertensi dengan komorbid mempunyai kemungkinan 6 kali lipat untuk lebih patuh dalam menjalankan pengobatan jika diimbangi dengan pendidikan yang tinggi. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan membuatnya semakin paham pentingnya mengkonsumsi obat untuk menjaga kondisinya agar tetap stabil. Selain itu penelitian tersebut juga menyatakan bahwa semakin tua usia seseorang maka akan memiliki tingkat kepatuhan lebih tinggi dibandingkan dengan pasien usia muda.

Penelitian menurut Fatiha & Sabiti (2021) mendapatkan hasil bahwa pasien yang mendapatkan obat kombinasi akan cenderung memiliki kepatuhan rendah dalam mengkonsumsi obat. Semakin banyak item obat yang diterima dan harus dikonsumsi dalam sehari dapat menurunkan tingkat kepatuhan pasien. Alasan lainnya yang dapat menyebabkan ketidakpatuhan adalah pasien merasa mengalami efek samping obat yang buruk seperti muntah dan gangguan pencernaan.

#### **4. Kualitas Hidup Pada Penderita HT Disertai DM di Puskesmas Dinoyo Kota Malang**

Hasil penelitian terhadap penderita HT disertai DM di Puskesmas Dinoyo Malang pada Juni 2021 berdasarkan kualitas hidup pasien mayoritas pasien memiliki kualitas hidup rendah sejumlah 35 orang (53,8%) dan sedang 30 orang (46,2%). Kualitas hidup merupakan keadaan atau kondisi yang dirasakan oleh seseorang yang meliputi kesehatan baik secara fisik, psikologi maupun psikososial. Kualitas hidup juga merupakan suatu indikator penting untuk menilai kesuksesan dalam kesehatan baik dalam hal pencegahan atau pengobatan. Secara umum orang dalam kondisi sehat akan memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang mengalami sakit. Hal ini dikarenakan pada orang yang sehat tidak memiliki banyak keluhan atau



gejala sakit yang dapat mengganggu aktifitas kesehariannya. Beberapa faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, lama menderita penyakit, penatalaksanaan penyakit serta mekanisme coping dari masing-masing individu (Laili & Purnamasari, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Alfian (2017) menyatakan bahwa adanya penyakit penyerta yang dialami pasien dapat menimbulkan dampak negatif pada kualitas hidup pasien sehingga kualitas hidupnya dapat menurun. Pada penderita HT yang disertai DM yang keduanya merupakan penyakit kronik yang tidak dapat disembuhkan tentu saja akan menimbulkan efek samping yang buruk bagi keseharian pasien seperti saat tekanan darah dalam rentang tinggi akan mengakibatkan pasien merasa pusing dan tidak bisa melakukan aktifitasnya dengan baik, begitu pula saat kadar gula darah pasien tinggi dan tidak terkontrol akan menyebabkan pasien merasakan berbagai dampak negatif seperti kebas dan kesemutan, mudah lelah dan pandangan mulai kabur. Dampak – dampak negatif itulah yang akan mengganggu seseorang dalam melakukan kegiatan hariannya yang dapat menurunkan persepsinya terhadap kualitas hidupnya.

Komorbid diabetes mellitus merupakan kelainan yang bersifat kronis. Komorbid atau penyakit penyerta ini dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Penyakit yang bersifat kronis dan memiliki tingkat kesulitan dalam pengontrolan maupun pengobatannya dapat mempengaruhi pembatasan makanan dan pola kehidupan keseharian pasien yang semuanya dapat berdampak pada kualitas hidup penderita. Semakin kronis penyakit penyerta yang dialami maka dapat membuat kualitas hidup semakin menurun (Sasmiyanto, 2019).

Penelitian lain oleh Rusdi (2021) didapatkan hasil bahwa kualitas hidup penderita hipertensi yang disertai dengan diabetes mellitus termasuk cukup baik yang dapat memenuhi kebutuhan dasar manusia secara holistik. Namun pada beberapa responden penelitian ditemukan bahwa sebagian banyak pasien masih belum mengetahui cara untuk mempertahankan kualitas hidup yang baik saat memiliki riwayat penyakit hipertensi maupun diabetes mellitus. Dalam hal ini peran keluarga dan tenaga kesehatan sangat dibutuhkan untuk

memberikan edukasi agar pasien mampu menjaga kualitas hidupnya sebaik mungkin.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa kualitas hidup pasien banyak terganggu pada domain 4 terkait hubungan dengan lingkungan. Banyak responden yang merasakan bahwa lingkungan tempat tinggalnya kurang aman atau kurang sehat, dan juga terjadi perubahan terkait pemenuhan kebutuhan ekonomi dan juga waktu untuk bersenang-senang dan rekreasi berkurang. Hal ini dikarenakan pada saat ini sedang dalam masa pandemi yang dapat menyebabkan perubahan pada lingkungan, menjadikan seseorang terbatas dalam melakukan beberapa hal dan juga mempengaruhi dalam masalah ekonomi pasien yang juga dapat berdampak pada kualitas hidup pasien. Selain itu pada domain 3 terkait hubungan sosial juga didapatkan hasil rata-rata yang cukup rendah dikarenakan banyaknya responden yang mulai membatasi interaksi dengan orang-orang disekelilingnya dikarenakan kondisi pandemi, sementara pada domain 1 dan 2 terkait domain kesehatan fisik dan psikologis didapatkan hasil yang cukup baik dan banyak pasien yang tidak terlalu mengeluhkan dampak fisik yang ditimbulkan oleh penyakitnya, hal ini dapat disebabkan karena pasien telah mendapatkan pengobatan dan juga telah patuh dalam menjalankannya sehingga dampak buruk bagi kesehatan fisiknya dapat diminimalisir sehingga tidak mengganggu aktifitas kesehariannya.

#### **B. Hubungan Kepatuhan Konsumsi Obat AH dengan Kualitas Hidup**

Hasil penelitian yang telah peneliti lakukan dari 65 responden , , 11 orang (31,4%) dengan tingkat kepatuhan rendah memiliki kualitas hidup rendah, 22 orang (62,8%) dengan tingkat kepatuhan rendah memiliki kualitas hidup sedang dan 2 orang (5,7%) dengan tingkat kepatuhan rendah memiliki kualitas hidup tinggi, 9 orang (30,9%) dengan kepatuhan sedang memiliki kualitas hidup sedang dan 21 orang (70%) dengan kepatuhan tinggi memiliki kualitas hidup sedang. Hasil uji menggunakan uji kendall's tau-b antara kepatuhan konsumsi obat AH dengan kualitas hidup adalah ( $p= 0,00$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel. Nilai korelasi antara kedua variabel adalah 0,66 yang menunjukkan hubungan bersifat kuat dan bernilai positif, artinya adalah semakin patuh seseorang dalam mengkonsumsi obat maka

akan semakin tinggi kualitas hidupnya. Penelitian yang sejalan dengan hasil ini yaitu Samudra (2019) bahwa semakin patuh seseorang dalam menjalankan pengobatan atau mengkonsumsi obat maka akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan penderita dengan tingkat kepatuhan yang rendah.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Agustina & Rosfiati (2018) mengatakan bahwa kepatuhan konsumsi obat AH sangat penting untuk dilakukan secara rutin dan teratur yang bertujuan untuk mengontrol tekanan darah agar tetap stabil sehingga tekanan darah dapat terkontrol dengan baik dan keluhan fisik dapat diminimalisir atau dicegah. Dengan minimalnya keluhan dan dampak yang dirasakan oleh tubuh akibat hipertensi maka dapat berpengaruh terhadap peningkatan kualitas hidup pasien. Kualitas hidup pasien hipertensi juga dapat berbeda pada masing-masing individu. Kualitas hidup juga dapat dipengaruhi oleh seberapa parah tingkat penyakit seseorang ataupun penyakitnya disertai dengan adanya komplikasi atau tidak. Hal ini menegaskan bahwa adanya penyakit penyerta yang dialami pasien menimbulkan dampak yang dapat berpengaruh negatif terhadap kualitas hidup pasien sehingga kualitas hidup seseorang akan semakin menurun.

Pada penderita hipertensi dengan disertai diabetes melitus yang merupakan penyakit kronik menahun yang tidak dapat disembuhkan, apabila kadar gula darah dapat terkontrol dengan baik maka keluhan fisik dapat diminimalisir atau dicegah. Kedua penyakit ini memerlukan kepatuhan dalam menjalankan terapi pengobatan sehingga efektifitas dan efek samping pengobatan dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien (Alfian *et al.*, 2017). Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian oleh Ramadhani (2016) bahwa semakin banyaknya penyulit atau penyerta dan sejauh mana keparahan penyakit penyerta tersebut mengganggu pasien maka dapat mempengaruhi pada kualitas hidupnya baik secara fisik maupun mental.

Penelitian lainnya oleh Raimundus, *et al* (2021) menunjukkan bahwa usia, komorbid, dan kepatuhan memiliki hubungan bermakna dengan kualitas hidup. Namun pada penelitian tersebut juga beranggapan bahwa tingkat pengetahuan yang tinggi juga dapat memiliki kualitas hidup yang baik dikarenakan

pengetahuan pasien terhadap proses penyakit erat kaitannya dengan kepatuhan dalam menjalankan pengobatan dan berpengaruh pada kualitas hidup pasien.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu peneliti hanya menganalisa hubungan antara kedua variabel dan karakteristik responden secara umum. Selain itu jumlah sampel dalam penelitian ini tergolong sedikit jika dibandingkan dengan penelitian - penelitian sebelumnya dikarenakan penelitian ini juga dilakukan pada masa pandemi dimana tidak banyak orang yang bersedia untuk berinteraksi dan berlama-lama berada di puskesmas untuk diwawancarai. Selain itu karena pada masa pandemi ini juga dapat berpengaruh pada kualitas hidup pasien dimana terjadi perubahan dalam menjalankan kehidupan keseharian, jadi data yang didapatkan mungkin akan berbeda jika dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan sebelum adanya pandemi Covid19 ini. Peneliti hanya menganalisa antara kepatuhan konsumsi obat antihipertensi dengan kualitas hidup secara umum tanpa membandingkan ulang dari masing-masing domain secara lebih rinci serta peneliti hanya berfokus pada pengobatan farmakologi tanpa meneliti terkait faktor lain yang mempengaruhi penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi seperti faktor modifikasi gaya hidup. Meskipun dengan keterbatasan tersebut, penelitian ini dapat memberikan peluang untuk dilakukan eksplorasi dan penelitian lebih lanjut untuk menganalisa hubungan dari masing-masing domain pada kualitas hidup ataupun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penurunan tekanan darah.

## **BAB VII**

### **PENUTUP**

Kesimpulan dan saran disusun berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dalam bab sebelumnya. Pada bab ini akan memaparkan terkait kesimpulan dari penelitian yang telah dilakukan dengan judul hubungan kepatuhan konsumsi obat antihipertensi dengan kualitas hidup pada penderita hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus di Puskesmas Dinoyo Kota Malang serta beberapa saran yang dapat diterapkan dan menjadi bahan masukan bagi peneliti selanjutnya.

#### **A. Kesimpulan**

1. Penelitian yang dilakukan memberikan gambaran bahwa mayoritas pasien yang berobat di Puskesmas Dinoyo Kota Malang berusia dewasa dengan usia 44-54 tahun sebanyak 40 orang (61,5%) dengan jenis kelamin lebih banyak perempuan yaitu 41 orang (63,1%). Sebagian banyak pasien memiliki jenjang pendidikan SMP sejumlah 27 orang (41,5%) dan mayoritas memiliki riwayat penyakit keluarga berisiko terhadap HT atau DM berjumlah 40 orang (61,5%). Pasien yang menderita HT disertai DM mayoritas lama menderita <5 tahun 37 orang (56,9%), jenis obat antihipertensi yang banyak dikonsumsi oleh pasien yaitu Amlodipin 28 orang (43,1%), Captopril 22 orang (33,8%), Lisinopril 13 orang (20%), dan Felodipin 2 orang (3,1%). Dari seluruh obat tersebut adalah termasuk dalam golongan obat ACEI dan CCB. Pada pemeriksaan tekanan darah yang dilakukan setelah pasien mendapatkan terapi antihipertensi didapatkan hasil bahwa sebagian besar pasien mengalami hipertensi derajat 1 sebanyak 33 orang (50,8%).
2. Kepatuhan dalam konsumsi obat antihipertensi dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien memiliki tingkat kepatuhan sedang sejumlah 31 orang (47,7%).
3. Kualitas hidup pada pasien HT disertai DM pada penelitian ini sebagian besar memiliki kualitas hidup rendah sejumlah 35 orang (53,8%) dengan rata-rata nilai domain terendah pada domain 4 terkait hubungan dengan lingkungan dan rata-rata nilai tertinggi pada domain 1 terkait kesehatan fisik.
4. Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kepatuhan konsumsi obat antihipertensi dengan kualitas hidup pada penderita hipertensi disertai diabetes mellitus di Puskesmas Dinoyo Kota Malang ( $p=0,000$ ) dengan

koefisien korelasi sebesar 0,66 yang menunjukkan bahwa hubungan bernilai positif dan searah.

## **B. Saran**

### 1. Bagi STIKES Widyagama Husada Malang

Dengan dilakukannya penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan menambah referensi penelitian keperawatan khususnya di bidang keperawatan medikal bedah mengenai hubungan antara kepatuhan konsumsi obat antihipertensi dengan kualitas hidup penderita hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus

### 2. Bagi Puskesmas Dinoyo Kota Malang

Dengan dilakukannya penelitian ini diharapkan dapat membantu pihak puskesmas khususnya perawat yang menangani pasien dengan hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus agar lebih memperhatikan dan selalu mengevaluasi kepatuhan pasien dalam konsumsi obat karena dapat mempengaruhi pada kualitas hidup pasien

### 3. Bagi Peneliti Selanjutnya

- Diharapkan penelitian ini dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya yang akan mengambil judul serupa terkait hipertensi dan perlu dilakukan penelitian lanjut yang lebih merinci terkait hubungan antara masing-masing domain pada kualitas hidup dengan kepatuhan dalam mengkonsumsi obat antihipertensi.
- Diharapkan peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian dengan jumlah responden yang lebih banyak sehingga dapat mewakili keseluruhan populasi
- Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mencoba penelitian dengan metode pendekatan yang berbeda seperti metode *cohort study* ataupun *retrospektive study*

## DAFTAR PUSTAKA

- Afiani, N. (2014). Analisis Determinan Kualitas Hidup Pada Pasien Dengan Hipertensi Derajat Ii. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 3(1), 1–14. <https://doi.org/10.33475/jikmh.v3i1.124>
- Agustina, D., & Rosfiati, E. (2018). Jurnal Persada Husada Indonesia Profil Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD X Bogor , Jawa Barat Profile Of Patients With Type 2 Diabetes Mellitus In Rsud X Bogor , West Java Abstrak Jurnal Persada Husada Indonesia Pendahuluan. 5(16), 45–52.
- Alfian, R., Susanto, Y., & Khadizah, S. (2017). Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta Di Poli Jantung RSUD Ratu Zalecha Martapura. *Jurnal Pharmascience*, 4(2), 210–218. <https://doi.org/10.20527/jps.v4i2.5774>
- Anggriani, L. M. (2018). Deskripsi Kejadian Hipertensi Warga Rt 05 Rw 02 Tanah Kali Kedinding Surabaya. *Jurnal PROMKES*, 4(2), 151. <https://doi.org/10.20473/jpk.v4.i2.2016.151-164>
- Arifa, S. I., Azam, M., & Handayani, O. W. K. (2017). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Ginjal Kronik Pada Penderita Hipertensi Di Indonesia. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 13(4), 319. <https://doi.org/10.30597/mkmi.v13i4.3155>
- Azizah, R., & Hartanti, R. D. (2016). Hubungan Antara Tingkat Stress Dengan Kualitas Hidup Lansia Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Wonopringgo Pekalongan. *Jurnal University Reseach Coloquium*, 261–278. [https://publikasiilmiah.ums.ac.id/xmlui/bitstream/handle/11617/7766/Mahasiswa%28Student%29\\_Paper%29\\_Presentation%29%281%29\\_31.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://publikasiilmiah.ums.ac.id/xmlui/bitstream/handle/11617/7766/Mahasiswa%28Student%29_Paper%29_Presentation%29%281%29_31.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Bhatt, H., Saklani, S., & Upadhayay, K. (2016). Anti-oxidant and anti-diabetic activities of ethanolic extract of *Primula Denticulata* Flowers. *Indonesian Journal of Pharmacy*, 27(2), 74–79. <https://doi.org/10.14499/indonesianjpharm27iss2pp74>
- Budiman, B., Sihombing, R., & Pradina, P. (2017). Hubungan Dislipidemia, Hipertensi Dan Diabetes Melitus Dengan Kejadian Infark Miokard Akut. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 10(1), 32. <https://doi.org/10.24893/jkma.v10i1.160>

- Chalik, R., Ahmad, T., & Hidayati. (2021). Kepatuhan pengobatan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi rawat jalan di rumah sakit x kota makassar. *Media Farmasi*, XVII(1), 85–89.
- Evi, K., & Yanita, B. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe II. *Majority*, 5(2), 27–31. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1073>
- Fatiha, C. N., Apoteker, K., Darah, K. G., & Questionnaire, M. A. (2021). *Peningkatan Kepatuhan Minum Obat Melalui Konseling Apoteker pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Halmahera Kota Semarang*. 41–48. <https://doi.org/10.20961/jpscr.v6i1.39297>
- Harahap, D. A., Aprilla, N., & Muliati, O. (2019). Hubungan Pengetahuan Penderita Hipertensi Tentang Hipertensi Dengan Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kampa Tahun 2019. *Jurnal Ners*, 3(2), 97–102. <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners>
- Kandarini, Y. (2017). *Tatalaksana Farmakologi Terapi Hipertensi*. 13–14.
- Khasana, T. M., Kertia, N., & Probosuseno, P. (2020). Kualitas hidup lansia hipertensi dengan overweight dan tidak overweight. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 17(1), 43. <https://doi.org/10.22146/ijcn.38913>
- Kresnawan, T. (2014). Asuhan Gizi Pada Hipertensi. *Gizi Indonesia*, 34(2), 143–147. <https://doi.org/10.36457/gizindo.v34i2.110>
- Lailatushifah, S. N. F. (2012). Kepatuhan Pasien yang Menderita Penyakit Kronis Dalam Mengonsumsi Obat Harian. *Fakultas Psikologi Universitas Mercu Buana Yogyakarta*, 1–9. <http://fpsi.mercubuana-yogya.ac.id/wp-content/uploads/2012/06/Noor-Kepatuhan...pdf>
- Laili, Nurul, & Vela, P. (2019). Hubungan Modifikasi Gaya Hidup Dengan Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Di UPTD PKM Adan Adan Gurah Kediri. *Jurnal ILKES (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 10(1), 1–11.
- Luh, N., Ekarini, P., Wahyuni, J. D., & Sulistyowati, D. (2020). *Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Hipertensi Pada Usia Dewasa*. 5(1), 61–73.
- Marhenta, Y. B., Aditya, M., Siwi, A., & Aprilianur, D. (2018). Analisis Efektifitas Biaya Terapi Kombinasi Antihipertensi Pasien Hipertensi dengan Penyerta Diabetes Mellitus Tipe-2 di RSUD Aminah Blitar. *Jurnal Wiyata*, 5(1), 44–51.



- Masturoh, I., & Anggita, N. (2018). metodologi penelitian kesehatan (1st ed.). <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
- Mokolomban, C., Wiyono, W. I., & Mpila, D. A. (2018). *Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Disertai Hipertensi Dengan Menggunakan Metode MMAS-8*. 7(4), 69–78.
- Mursiany, A., Ermawati, N., & Oktaviani, N. (2013). Gambaran Penggunaan Obat dan Kepatuhan Mengonsumsi Obat pada Penderita Penyakit Hipertensi di Instalasi Rawat Jalan RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan Tahun 2013. *Universitas Pekalongan*, 28(2), 237–248.
- Nuraini, B. (2015). Risk Factors of Hypertension. *J Majority*, 4(5), 10–19.
- Orban, J. C., Van Obberghen, E., & Ichai, C. (2017). Acute Complications of Diabetes. *Metabolic Disorders and Critically Ill Patients: From Pathophysiology to Treatment, 2016*, 341–363. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-64010-5\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-319-64010-5_15).
- Pada, K., Yang, P., Di, B., Sakit, R., Pusat, U., Manado, D. K., Kesehatan, F., Universitas, M., & Ratulangi, S. (2018). HUBUNGAN ANTARA HIPERTENSI DENGAN KEJADIAN PENYAKIT JANTUNG KORONER PADA PASIEN YANG BEROBAT DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Prof. Dr. R. D. KANDOU MANADO. *Kesmas*, 7(4).
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. (2015). Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 71(2-A), 730.
- Permatasari, J., Dewi, R., Yanti, N., & Tampubolon, K. (2018). Evaluasi Kepatuhan Pasien Hipertensi Lanjut Usia Melalui Home Pharmacy Care Di Wilayah Kerja Puskesmas Paal V Jambi. *Riset Informasi Kesehatan*, 7(2), 166–173.
- Puspa, G., Marek, S., & Adi, M. S. (2017). FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP TERJADINYA HIPERTENSI PADA PENDERITA DIABETES MELITUS TIPE II ( Studi di Wilayah Puskesmas Kabupaten Pati ) RISK FACTORS AFFECTING HYPERTENSION IN ( Studies at Primary Healthcare Centers in Pati District ) PENDAHULUAN. *Jurnal Litbang*, XIII(1), 47–59.
- Rahim, A. F., Farmasi, P. S., Farmasi, F., & Surakarta, U. M. (2017). *Evaluasi ketepatan terapi antihipertensi pada pasien hipertensi dengan gagal ginjal di instalasi rawat inap rsud pandan arang boyolali tahun 2015 dan 2016*.

- Ramadhani, N. (2016). *Kualitas Hidup Pasien Diabetes Dengan Penyulit Di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Penembahan Senopati Bantul Yogyakarta*. 58–66.
- Rikmasari, Y., Rendowati, A., & Putri, A. (2020). Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Menggunakan Obat Antihipertensi. *Jurnal Penelitian Sains*, 22(2), 87–94.
- Rusdi, & Lumadi, S. A. (2021). Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Dengan Hipertensi. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 11(2), 333–340.
- Samudra, S. D. (2019). *Medication Beliefs Dan Penggunaan Obat Antihipertensi Dan / Atau Antihiperlipidemia Pada Pasien Diabetes Di Puskesmas Wilayah Kota Yogyakarta Bagian Timur Medication Beliefs and the Use of Antihypertensive and / or Antihyperlipidemic in Diabetic Patients. 2.*
- Santiya Anbarasan, S. (2015). Gambaran Kualitas Hidup Lansia Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Rendang Pada Periode 27 Februari Sampai 14 Maret 2015. *Intisari Sains Medis*, 4(1), 113. <https://doi.org/10.15562/ism.v4i1.57>
- Saputri, G. Z., Akrom, A., Muhlis, M., & Muthoharoh, A. (2019). Efek Konseling Menggunakan Brief Counseling 5A Modifikasi Disertai Pesan Motivasional Farmasis dalam Peningkatan Perilaku dan Outcome Klinik Pasien Diabetes Melitus dengan Hipertensi Rawat Jalan di RSUD Panembahan Senopati, Bantul. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 8(1). <https://doi.org/10.15416/ijcp.2019.8.1.31>
- Sasmiyanto. (2019). Kesejahteraan Psikologis Dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *Journal of Telenursing*, 1(2), 256–265.
- Septiani, liseu desi. (2019). Pengaruh kepatuhan penggunaan amlodipine terhadap kualitas hidup pasien asuransi di apotek surapati bandung skripsi.
- Siddiqui, A. A., Siddiqui, S. A., Ahmad, S., Siddiqui, S., Ahsan, I., & Sahu, K. (2013). Diabetes : Mechanism , Pathophysiology and Management-A Review Available online <http://www.ijddr.in> Covered in Official Product of Elsevier , The Netherlands Diabetes : Mechanism , Pathophysiology and Management-A Review. *International Journal of Drug Development and Research*, 5(2), 1–23.

- Sofyan, A. M., Sihombing, I. Y., & Hamra, Y. (2015). Hubungan Umur, Jenis Kelamin, dan Hipertensi dengan. *Medula*, 1(1), 24–30.
- Sukma, A. N., Widjanarko, B., & Riyanti, E. (2018). Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pasien Hipertensi Dalam Melakukan Terapi Di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(5), 687–695.
- Toharin, Syamsi Nur Rahman, Widya Hary Cahyati, I. Z. (2015). Hubungan Modifikasi Gaya Hidup Dan Kepatuhan Konsumsi Obat Antidiabetik Dengan Kadar Gula Darah Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Rs Qim Batang Tahun 2013. *Unnes Journal of Public Health.*, 4(2), 153–161. <https://doi.org/10.15294/ujph.v4i2.5193>
- Trisnawati, S. K., & Setyorogo, S. (2013). Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe II Di Puskesmas Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 5(1), 6–11.
- Wahyudi, C. T. (2017). *Pengaruh Demografi, Psikososial Dan Lama Menderita Hipertensi Primer Terhadap Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi*. 14–28.
- Yonata, A., & Pratama, A. S. P. (2016). Hipertensi sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke. *Jurnal Majority*, 5(3), 17–21. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1030>
- Yulanda, G., & Rika Lisiswanti. (2017). Penatalaksanaan Hipertensi Primer. *Majority*, 6(1), 25–33.
- Yulisetyaningrum, Mardiana, S. S., & Susanti, D. (2018). Hubungan Tingkat Pendidikan Dan Pengetahuan Tentang Diet DM Dengan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus Di RSUD R.A Kartini Jepara. *Indonesia Jurnal Perawat*, 3(1), 44–50. <https://ejr.stikesmuhkudus.ac.id/index.php/ijp/article/view/643/413>
- Yuswar, M. A., Purwanti, N. U., & Zuraida, W. (2019). Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Hipertensi di Puskesmas Perumnas I Kota Pontianak yang Menggunakan Antihipertensi melalui EQ5D Questionnaire dan VAS. *Pustaka Kesehatan*, 7(2), 65. <https://doi.org/10.19184/pk.v7i2.19115>

# LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Studi Pendahuluan



YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)  
**WIDYAGAMA HUSADA**  
SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/D/0/2007  
D-3 Kebidanan \* S-1 Kesehatan Lingkungan \* Pendidikan Profesi Ners



Nomor : 513 /A-1/STIKES/I/2021  
Lampiran : -  
Perihal : Studi Pendahuluan

Malang, 28 Januari 2021

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang  
di-

Tempat

Dengan hormat,

Mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners STIKES Widyagama Husada akan menyusun Skripsi Tahun Akademik 2020/2021, untuk itu diperlukan data-data pendukung sebagai syarat yang harus ditempuh.

Berkenaan dengan hal tersebut kami mengajukan permohonan kepada Bapak/ibu agar berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa kami dibawah ini untuk melakukan Studi Pendahuluan.

Adapun nama mahasiswa/i dan judul penelitian skripsi sebagai berikut:

Nama : Fifi Ratna Wati  
NIM : 170914201562  
Judul TA : Hubungan Kepatuhan Konsumsi Obat Antihipertensi Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta Diabetes Mellitus Di Puskesmas Dinoyo Malang

Demikian, atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

STIKES Widyagama Husada,  
Wakil Ketua III Bidang Kehumasan,  
Kerjasama, Penelitian dan Pengabdian  
Kepada Masyarakat,

M.N. Lisan Sediawan, S.Sos., MM  
NDP. 2003.10

Kampus B Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang  
Kampus A Jl. Sudimoro 1B, Malang  
Jawa Timur, Telp : (0341) 406150 Fax : (0341) 471277  
Website : [www.widyagamahusada.ac.id](http://www.widyagamahusada.ac.id)

Lampiran 2 Surat Izin Penelitian



YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)

**WIDYAGAMA HUSADA**

SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/D/0/2007

D-3Kebidanan \*S-1Kesehatan Lingkungan \*Pendidikan Profesi Ners



Nomor : 1211/A-1/STIKES/VII/2021

Malang, 28 Mei 2021

Lamp :-

Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth; **Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang**

Di-

Tempat

Dengan hormat,

Mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners STIKES Widyagama Husada akan menyusun Skripsi Tahun Akademik 2020/2021, untuk itu diperlukan alat-alat pendukung.

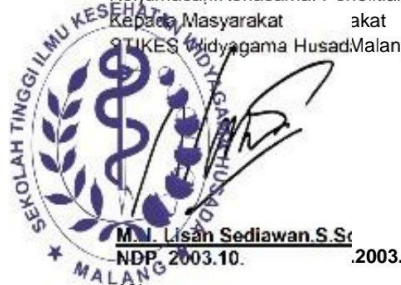
Berkenaan dengan hal tersebut kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu agar berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa kami dibawah ini untuk ijin pengambilan data skripsi.

Adapun nama mahasiswa/i yang melakukan pengambilan data skripsi, sebagai berikut:

Nama : Fifi ratna wati  
NIM : 170914201562  
Judul Skripsi : Hubungan kepatuhan konsumsi obat antihipertensi dengan Kualitas hidup pada penderita hipertensi dengan penyakit penyerta diabetes mellitus di Puskesmas Dinoyo Malang  
Tempat penelitian : Puskesmas Dinoyo

Terimakasih atas kerjasama bapak/ibu. Demikian surat pengantar ini, dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Wakil Ketua III Bidang  
Kehumasan, Kerjasama, Penelitian dan  
Kepada Masyarakat  
STIKES Widyagama Husada Malang



Kampus B Jl. Taman Borobudur Indah 3A  
Malang Kampus A Jl. Sudimoro 16, Malang  
Jawa Timur, Telp: (0341)406150 Fax: (0341)471277  
Website: [www.widyagamahusada.ac.id](http://www.widyagamahusada.ac.id)

Lampiran 3 Surat Pengantar Izin Penelitian Dinas Kesehatan



**PEMERINTAH KOTA MALANG  
DINAS KESEHATAN**

Jl. Simpang L.A. Sucipto No. 45 ☎ (0341) 406878 Fax. (0341) 406879  
[www.dinkes.malangkota.go.id](http://www.dinkes.malangkota.go.id) e-mail : [dinkes@malangkota.go.id](mailto:dinkes@malangkota.go.id)

MALANG

Kode Pos : 65124

Malang, 07 JUN 2021

Nomor : 072/ 181 /35.73.402/2021  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada  
Yth. Kepala Puskesmas Dinoyo  
di  
MALANG

Dengan ini diberitahukan bahwa Mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ( STIKES ) Widyagama Husada Malang tersebut di bawah ini :

Nama : Fifi Ratna Wati  
NIM : 170914201562

Akan melaksanakan Ijin Penelitian mulai bulan Juni 2021 dengan judul : Hubungan Kepatuhan Konsumsi Obat Antihipertensi Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta Diabetes Melitius di Puskesmas Dinoyo Kota Malang

Sehubungan dengan hal tersebut, dimohon Saudara untuk membantu memberikan data atau informasi yang diperlukan. Mahasiswa yang telah selesai melaksanakan Ijin Penelitian wajib melaporkan hasilnya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang.

Demikian untuk mendapatkan perhatian.

a.n. KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA MALANG  
Sekretaris,  
  
**dr. UMAR USMAN**  
Pembina  
NIP. 19691111 199903 1 007

Lampiran 4 Surat Pernyataan Telah Melakukan Penelitian



PEMERINTAH KOTA MALANG  
DINAS KESEHATAN  
PUSKESMAS DINOYO

Jalan MT. Haryono IX/13, Telp. (0341) – 572640  
e-mail : upt.pkm.dinoyo@gmail.com  
MALANG

Kode Pos 65144

**SURAT KETERANGAN**

NOMOR : 072/318/35.73.402.013/2021

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. IRHAM NIZAMI  
NIP : 19760720 200903 1 002  
Pangkat/ gol : Pembina / IVa  
Jabatan : PIt. Kepala Puskesmas Dinoyo

Menyatakan bahwa :

No	NAMA/ NIP/ NIM	PERGURUAN TINGGI
	Fifi Ratna Wati NIM. 170914201562	Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Widyagama Husada Malang

Nama tersebut diatas benar – benar telah melaksanakan ijin penelitian dengan judul skripsi  
”Hubungan Kepatuhan Konsumsi Obat Antihipertensi dengan Kualitas Hidup Pada Penderita  
Hipertensi dengan Penyakit Penyerta Diabetes Melitius di Puskesmas Dinoyo Kota Malang”.

Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Malang  
Tanggal : 22 Juni 2021







PIt. KEPALA PUSKESMAS DINOYO  
KOTA MALANG,






  
dr. IRHAM NIZAMI  
Pembina  
NIP. 19760720 200903 1 002





Lampiran 5 Catatan Konsultasi Pembimbing 1

**CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1**








Hari/ tanggal	Topik yang dikonsultasikan	Saran dan masukan pembimbing	TTD Pembimbing
23/11/2020	Diskusi topik penelitian	1. Tetapkan variabel yang diteliti 2. Inovasi skripsi	
29/11/2020	BAB I	Tambahkan penjelasan tentang mengapa penyakit DM sering menjadi komorbid	
30/11/2020	BAB I	1. 1 paragraf 1 KU 2. Tambah insiden HT 3. Penyerta selain DM 4. Daftar pustaka dan sitasi gunakan mendeley	
2/12/2020	BAB I	1. Tambah sumber rujukan 2. Perbaiki struktur kalimat 3. Tambah faktor yang mempengaruhi kepatuhan	
5/12/2020	BAB II	1. Sajikan minimal 2-3 literatur definisi HT 2. Buat skema mekanisme HT 3. Tambah algoritma tata laksana HT	
16/12/2020	BAB III	1. Sumber rujukan sebaiknya AHA / JNC 2. Tambah narasi / penjelasan dibawah skema	



		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan isi kerangka</li> <li>4. Bedakan kerangka konsep dan kerangka teori</li> </ol>	
30/12/2020	BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jabarkan masing-masing instrumen</li> <li>2. Tabel masing-masing instrumen dipisah</li> <li>3. Lengkapi analisa data</li> <li>4. Tambah lampiran informed consent dan kuesioner</li> </ol>	
11/1/21	BAB I-IV	ACC ujian pra proposal	
22/1/21	BAB I-IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki tujuan khusus</li> <li>2. Perbaiki kerangka penelitian</li> <li>3. Perbaiki definisi operasional, instrumen, prosedur penelitian dan analisa data</li> <li>4. Tambah kuesioner data demografi</li> </ol>	
23/3/2021	BAB I-IV	ACC ujian proposal	
30/3/2021	BAB I-IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tambahkan data hasil studi pendahuluan</li> <li>2. Tambahkan data primer dan sekunder</li> <li>3. Jelaskan keunggulan kuesioner kualitas</li> </ol>	

		<p>hidup</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Tambahkan narasi masing-masing kuesioner</li> <li>5. Perbaiki tabel bivariat</li> </ol>	
28/6/2021	BAB V-VI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki tabel penyajian di bab 5</li> <li>2. Hubungkan dari masing-masing variabel karakteristik responden dengan kepatuhan maupun kualitas hidup</li> <li>3. Tambahkan pembahasan dari jurnal terdahulu 3-5 jurnal</li> </ol>	
14/7/2021	BAB VII	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesimpulan harus menjawab tujuan khusus</li> <li>2. ACC ujian akhir</li> </ol>	

Lampiran 6 Catatan Konsultasi Pembimbing 2

**CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2**

<b>Hari/ tanggal</b>	<b>Topik yang dikonsultasikan</b>	<b>Saran dan masukan pembimbing</b>	<b>TTD Pembimbing</b>
9/12/2020	BAB I	Perjelas variabel dependen dalam judul Perbaiki latar belakang MSKS Perbaiki Rumusan Masalah	
16/12/2020	BAB II	Perbaiki penulisan, sitasi dan daftar pustaka Perbaiki kerangka teori	
30/12/2021	BAB III	Perbaiki kerangka konsep Perjelas kriteria inklusi Jelaskan lebih detail definisi operasional	
23/3/2021	BAB IV	Cek skala data dan jenis uji yang tepat Cek pengkategorian kualitas hidup di kuesioner aslinya	
28/6/21	BAB V	Perbaiki penulisan dan tanda baca	
2/7/21	BAB VI	Kedalaman pembahasan Dalam pembahasan gunakan Fakta, Teori dan opini	
8/7/21	BAB VI	Tambahkan rujukan setelah paragraf pembahasan hasil penelitian Cek sitasi harus ada di daftar pustaka Tambahkan poin yang tidak diteliti pada keterbatasan penelitian	

14/7/21	BAB VII	Perbaiki tanda baca ACC Ujian Akhir	
30/7/21	BAB I- Daftar Pustaka	Daftar pustaka mulai dengan hal baru Menggunakan nomor Romawi, nomor angka 1 mulai BAB 1 Antar paragraf before, afternya disetting 0 ya	

Lampiran 7 Informed Consent

### **SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Calon responden penelitian

Di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners STIKES Widyagama Husada Malang, yaitu:

Nama : **Fifi Ratna Wati**

NIM : **1709.14201.562**

Akan melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Kepatuhan Konsumsi Obat Antihipertensi Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta Diabetes Mellitus Di Puskesmas Dinoyo Malang” penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden. Kerahasiaan seluruh informasi akan dijaga dan hanya digunakan unuk keperluan penelitian. Jika anda bersedia menjadi responden maka tidak akan ada sanksi apapun bagi anda dan keluarga.

Apabila anda menyetujui maka saya mohon untuk menandatangani surat persetujuan dan menjawab pertanyaan yang akan diberikan.

Atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya,

(Fifi Ratna Wati)

Lampiran 8 Lembar Persetujuan Responden

**LEMBAR PENGANTAR KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Setelah mendapatkan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian, maka saya

**Bersedia / Tidak bersedia\***

Untuk berperan sebagai responden

Apabila terjadi hal yang merugikan diri saya akibat penelitian ini, maka saya akan bertanggung jawab atas pilihansaya sendiri dan tidak akan menuntut dikemudian hari, karena semua saya buat dengan penuh kesadaran.

Malang,.....

Responden,

(.....)

**Keterangan**

**\*coret yang tidak perlu**

Lampiran 9 Kuesioner

**DATA DEMOGRAFI RESPONDEN**

1. Nama : .....
2. Umur : ..... Tahun
3. Jenis kelamin : .....
4. Pendidikan terakhir :  
 SD  SMA/Sederajat  
 SMP/Sederajat  Perguruan Tinggi
5. Status perkawinan :  
 Belum menikah  Menikah  
 Duda / Janda
6. Riwayat penyakit yang lalu : .....
7. Riwayat penyakit keluarga : .....
8. Lama konsumsi obat anti hipertensi : .....
9. Jenis obat antihipertensi : .....
10. Jenis Obat anti anti DM : .....
11. Tekanan darah saat ini : .....



### Kuesioner MMAS-8

Petunjuk : tandai centang pada kolom yang sesuai dengan apa yang anda rasakan selama 4 minggu terakhir yang berguna untuk mengevaluasi kepatuhan anda dalam mengkonsumsi obat

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah anda kadang-kadang lupa minum obat untuk penyakit anda?		
2.	Kadang-kadang tidak sempat minum obat bukan karena lupa tetapi di sengaja? Pada 4 minggu terakhir		
3.	Pernahkah anda mengurangi atau berhenti minum obat tanpa memberitahu dokter karena merasa kondisi anda memburuk ketika minum obat		
4.	Ketika bepergian atau meninggalkan rumah, apakah terkadang lupa membawa obat		
5.	Apakah kemarin anda minum obat		
6.	Ketika anda merasa sehat, apakah berhenti minum obat		
7.	Apakah anda pernah merasa terganggu dengan kewajiban minum obat yang harus anda jalani		
8.	Seberapa sering anda mengalami kesulitan minum semua obat anda  <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak pernah/jarang</li> <li>b. Beberapa kali</li> <li>c. Kadang-kadang</li> <li>d. Sering</li> <li>e. Selalu</li> </ul> Centang Ya (jika memilih b/c/d/e) Tidak (jika memilih a)		

Ket: skoring dengan nilai 1 jika jawaban “tidak” dan nilai 0 jika jawaban “ya” kecuali untuk item nomor 5 diberi skor sebaliknya.

## Kuesioner kualitas hidup

### World Health Quality Of Life

Petunjuk : lingkari jawaban yang menurut anda sesuai dengan kualitas hidup anda selama empat minggu terakhir untuk mengevaluasi seberapa baik kualitas hidup anda saat ini

		Sangat buruk	Buruk	Biasa saja	Baik	Sangat baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5
		Sangat tidak memuaskan	Tdk memuaskan	Biasa biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5
		Tdk sama sekali	Sedikit	Dlm jumlah sedang	Sangat sering	Dlm jumlah berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit anda mencegah anda dalam beraktifitas sesuai kebutuhan anda?	5	4	3	2	1
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari?	5	4	3	2	1
5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8.	Secara umu, sberapa aman anda rasakan kehidupan anda sehari-hari	1	2	3	4	5

9.	Seberapa sehat lingkungan anda tinggal (sarana & prasarana)	1	2	3	4	5
10.	Apakah anda memiliki vitalitas cukup untuk beraktifitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12.	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan bersenang-senang/ rekreasi?	1	2	3	4	5
		Sangat buruk	Buruk	Biasa biasa saja	Baik	Sangat baik
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5
		Sangat tidak memuaskan	Tdk memuaskan	Biasa biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
16.	Seberapa puasah anda dengan tidur anda?	1	2	3	4	5
17.	Seberapa puasah anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktifitas kehidupan sehari-hari?	1	2	3	4	5
18.	Seberapa puasah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19.	Seberapa puasah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5

20.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal/ sosial anda?	1	2	3	4	5
21.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22.	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5
23.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat tinggal anda?	1	2	3	4	5
24.	Seberapa puaskah anda dengan akses pada pelayanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25.	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang anda jalani?	1	2	3	4	5
		Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26.	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti kesepian, putus asa, cemas dan depresi?	5	4	3	2	1

Tabel skoring dilengkapi setelah wawancara

Domain	Perhitungan skor tiap domain	Jumlah skor	Transformasi skor
			0-100
Domain 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + (Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18)$		
Domain 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$		
Domain 3	$Q20 + Q21 + Q22$		
Domain 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$		

**\*Cara Skoring**

- Kualitas hidup keseluruhan : jumlahkan skor dari 4 domain yang sudah ditransformasi lalu dibagi 4
- Kualitas hidup perdomain : jumlahkan skor perdomain lalu ditransformasikan

**\*Kategori**

- Rendah : Skor <60
- Sedang : >60 dan <84
- Tinggi : >=84

Lampiran 10 Metode Transformasi Skor Kualitas Hidup WHO

DOMAIN 1 KESEHATAN FISIK		
Jumlah skor	Transformasi skor	
	4-20	0-100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

DOMAIN 2 KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS		
Jumlah skor	Transformasi skor	
	4-20	0-100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	15	69
23	15	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100

DOMAIN 3 HUBUNGAN SOSIAL		
Jumlah skor	Transformasi skor	
	4-20	0-100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

DOMAIN 4 HUBUNGAN DENGAN LINGKUNGAN		
Jumlah skor	Transformasi skor	
	4-20	0-100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

## Lampiran 11 Pengkategorian Kualitas Hidup

Menurut rumus 3 pengkategorian dari Azwar, didapatkan hasil sebagai berikut:

Rumus:

Rendah	$X < M - 1SD$
Sedang	$M - 1SD < X < M + 1SD$
Tinggi	$X > M + 1SD$

Keterangan :

X / Skor	Skor akhir setelah di transformasi	0-100
Xmax	Nilai tertinggi pada skala likert x jumlah pertanyaan pada kuesioner	108
Xmin	Nilai terendah pada skala likert x jumlah pertanyaan pada kuesioner	36
Mean	$(X_{max} + X_{min}) : 2$	72
Range	$X_{max} - X_{min}$	72
SD / Standar Deviasi	Range : 6	12

Perhitungan :

Rumus		Hasil	
Rendah	$X < M - 1SD$	$X < 72 - 12$	$X < 60$
Sedang	$M - 1SD < X < M + 1SD$	$72 - 12 < X < 72 + 12$	$60 > X < 84$
Tinggi	$X > M + 1SD$	$X > 72 + 12$	$X > 84$

Hasil dari 3 pengkategorian kualitas hidup dapat digunakan untuk kategorisasi pada kualitas hidup secara menyeluruh dan kualitas hidup perdomain.

Lampiran 12 Row Data

**ROW DATA**

**Hubungan Kepatuhan Konsumsi Antihipertensi Terhadap Kualitas Hidup Pada Penderita Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta Diabetes Mellitus Di Puskesmas Dinoyo Malang**

<b>Nama</b>	<b>Usia</b>	<b>Jenis Kelamin</b>	<b>Pendidikan</b>	<b>Riwayat Keluarga</b>	<b>Lama Menderita HT</b>	<b>Jenis Obat HT</b>	<b>Golongan Obat HT</b>	<b>Jenis Obat DM</b>	<b>Tekanan Darah</b>	<b>Kepatuhan</b>	<b>Kualitas Hidup</b>
R1	53	Perempuan	SD	Berisiko	5 Tahun	Amlodipin	CCB	Glimipiride	160/70	8	79.75
R2	59	Perempuan	SMP	Berisiko	10 Tahun	Captopril	ACE-I	Metformin	136/95	6	75.25
R3	56	Laki-Laki	SMP	Berisiko	1 Tahun	Felodipin	CCB	Metformin	150/90	4	57.75
R4	60	Perempuan	SD	Berisiko	5 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	175/100	7	56.25
R5	52	Perempuan	SMA	Berisiko	7 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	155/90	7	59.5
R6	54	Laki-Laki	SMA	Berisiko	2 Tahun	Amlodipin	CCB	Glimipiride	155/86	8	82.75
R7	60	Laki-Laki	SMA	Tidak	3 Tahun	Amlodipin	CCB	Glimipiride	150/95	5	32.75
R8	48	Perempuan	SD	Tidak	5 Tahun	Lisinopril	ACE-I	Metformin	150/80	8	76.5
R9	57	Perempuan	SD	Tidak	1 Tahun	Amlodipin	CCB	Glimipiride	162/91	6	44
R10	50	Perempuan	SMP	Tidak	1 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	157/99	3	42.25
R11	45	Laki-Laki	SMA	Tidak	2 Tahun	Captopril	ACE-I	Metformin	130/90	6	61
R12	53	Perempuan	SMP	Berisiko	5 Tahun	Captopril	ACE-I	Glimipiride	167/90	6	49.75
R13	59	Laki-Laki	S1	Berisiko	19 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	158/90	8	70.25
R14	41	Perempuan	SMP	Berisiko	1 Tahun	Lisinopril	ACE-I	Metformin	140/80	6	75.25
R15	53	Perempuan	SMA	Tidak	1 Tahun	Captopril	ACE-I	Glimipiride	150/98	7	61
R16	57	Laki-Laki	SMA	Berisiko	5 Tahun	Lisinopril	ACE-I	Metformin	170/100	8	72



R17	48	Perempuan	SD	Berisiko	3 Tahun	Amlodipin	CCB	Glibenclamide	166/87	7	56.5
R18	45	Perempuan	SMP	Berisiko	1 Tahun	Amlodipin	CCB	Glibenclamide	130/80	5	57.75
R19	53	Perempuan	SMA	Berisiko	5 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	170/90	6	47.75
R20	46	Laki-Laki	SMP	Tidak	3 Tahun	Captopril	ACE-I	Metformin	140/95	6	57.75
R21	44	Perempuan	S1	Berisiko	5 Tahun	Amlodipin	CCB	Glimipiride	173/110	7	58
R22	51	Perempuan	SD	Berisiko	5 Tahun	Lisinopril	ACE-I	Metformin	152/81	6	53.25
R23	60	Laki-Laki	SMP	Berisiko	5 Tahun	Captopril	ACE-I	Metformin	165/93	7	31.25
R24	40	Perempuan	SMA	Berisiko	3 Tahun	Captopril	ACE-I	Glibenclamide	152/80	8	39
R25	52	Perempuan	SMP	Tidak	2 Tahun	Lisinopril	ACE-I	Glibenclamide	166/87	8	69
R26	52	Perempuan	SD	Tidak	5 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	190/90	7	36
R27	45	Perempuan	SD	Tidak	2 Tahun	Felodipin	CCB	Glimipiride	143/90	4	31.25
R28	58	Laki-Laki	SMA	Berisiko	5 Tahun	Lisinopril	ACE-I	Glimipiride	140/85	6	39.25
R29	60	Laki-Laki	SMP	Berisiko	10 Tahun	Captopril	ACE-I	Metformin	190/100	4	31.5
R30	55	Laki-Laki	SMP	Berisiko	3 Tahun	Lisinopril	ACE-I	Glibenclamide	141/89	8	73.5
R31	56	Perempuan	S1	Tidak	6 Tahun	Captopril	ACE-I	Metformin	200/100	6	61
R32	40	Perempuan	SD	Tidak	1 Tahun	Amlodipin	CCB	Glimipiride	139/90	7	48.5
R33	42	Laki-Laki	SMP	Tidak	3 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	157/85	5	57.75
R34	57	Laki-Laki	SMP	Berisiko	3 Tahun	Captopril	ACE-I	Metformin	161/94	8	75
R35	50	Perempuan	SMP	Tidak	2 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	150/87	7	61
R36	55	Perempuan	SD	Berisiko	3 Tahun	Lisinopril	ACE-I	Glibenclamide	145/81	8	70.5
R37	56	Perempuan	SD	Berisiko	5 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	170/89	8	73.5
R38	55	Laki-Laki	SMP	Berisiko	10 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	160/90	8	77
R39	42	Perempuan	SMP	Berisiko	2 Tahun	Captopril	ACE-I	Glimipiride	130/95	7	51.75
R40	56	Laki-Laki	SMP	Berisiko	15 Tahun	Captopril	ACE-I	Glimipiride	140/91	8	78.5
R41	55	Laki-Laki	SMA	Berisiko	5 Tahun	Captopril	ACE-I	Glimipiride	135/86	8	72

R42	47	Perempuan	SMP	Tidak	1 Tahun	Captopril	ACE-I	Glimipiride	141/88	7	64
R43	60	Perempuan	SMP	Berisiko	1 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	158/95	8	53.25
R44	43	Perempuan	SMP	Tidak	1 Tahun	Captopril	ACE-I	Glimipiride	146/90	6	59.5
R45	51	Laki-Laki	S1	Tidak	5 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	168/107	8	72
R46	55	Perempuan	SD	Berisiko	2 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	154/104	7	61
R47	58	Perempuan	SMA	Tidak	1 Tahun	Amlodipin	CCB	Glibenclamide	140/90	7	57.75
R48	54	Perempuan	SD	Berisiko	3 Tahun	Amlodipin	CCB	Glibenclamide	147/80	7	56.25
R49	59	Perempuan	SD	Berisiko	5 Tahun	Captopril	ACE-I	Metformin	183/96	8	76.5
R50	56	Perempuan	SD	Berisiko	5 Tahun	Lisinopril	ACE-I	Glimipiride	132/90	6	54.75
R51	48	Perempuan	SD	Tidak	2 Tahun	Amlodipin	CCB	Glimipiride	148/93	7	61
R52	56	Laki-Laki	SMA	Berisiko	15 Tahun	Captopril	ACE-I	Metformin	121/90	8	72
R53	60	Laki-Laki	SD	Tidak	10 Tahun	Captopril	ACE-I	Glimipiride	140/78	8	78.5
R54	51	Perempuan	SMP	Tidak	3 Tahun	Captopril	ACE-I	Glimipiride	135/97	6	57.75
R55	56	Perempuan	S1	Berisiko	1 Tahun	Lisinopril	ACE-I	Metformin	152/90	8	72
R56	47	Perempuan	SMP	Berisiko	3 Tahun	Lisinopril	ACE-I	Glibenclamide	145/90	8	69
R57	40	Perempuan	SMP	Tidak	1 Tahun	Amlodipin	CCB	Glibenclamide	130/95	6	56.5
R58	59	Perempuan	SMP	Tidak	1 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	150/85	6	53
R59	56	Laki-Laki	SMP	Berisiko	5 Tahun	Captopril	ACE-I	Metformin	169/115	8	70.5
R60	54	Laki-Laki	SD	Berisiko	3 Tahun	Lisinopril	ACE-I	Glimipiride	135/82	7	32.75
R61	59	Laki-Laki	SD	Tidak	1 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	162/91	4	31.25
R62	46	Perempuan	SMP	Berisiko	3 Tahun	Captopril	ACE-I	Glibenclamide	140/80	7	56.5
R63	45	Perempuan	SMP	Berisiko	1 Tahun	Captopril	ACE-I	Glibenclamide	142/76	5	29.75
R64	60	Laki-Laki	SD	Berisiko	10 Tahun	Amlodipin	CCB	Metformin	157/99	8	73.5
R65	46	Laki-Laki	SMA	Tidak	2 Tahun	Lisinopril	ACE-I	Glimipiride	136/85	4	26.5

Lampiran 13 Coding Data

**CODING DATA**

**Hubungan Kepatuhan Konsumsi Antihipertensi Terhadap Kualitas Hidup Pada Penderita Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta Diabetes Mellitus Di Puskesmas Dinoyo Malang**

<b>Nama</b>	<b>Usia</b>	<b>Jenis Kelamin</b>	<b>Pendidikan</b>	<b>Riwayat Keluarga</b>	<b>Lama Menderita HT</b>	<b>Jenis Obat HT</b>	<b>Golongan Obat HT</b>	<b>Jenis Obat DM</b>	<b>Tekanan Darah</b>	<b>Kepatuhan</b>	<b>Kualitas Hidup</b>
R1	1	2	1	1	1	1	2	2	3	3	2
R2	2	2	2	1	2	2	1	3	1	2	2
R3	2	1	2	1	1	3	2	3	2	1	1
R4	2	2	1	1	1	1	2	3	3	2	1
R5	1	2	3	1	2	1	2	3	2	2	1
R6	1	1	3	1	1	1	2	2	2	3	2
R7	2	1	3	2	1	1	2	2	2	1	1
R8	1	2	1	2	1	4	1	3	2	3	2
R9	2	2	1	2	1	1	2	2	3	2	1
R10	1	2	2	2	1	1	2	3	2	1	1
R11	1	1	3	2	1	2	1	3	1	2	2
R12	1	2	2	1	1	2	1	2	3	1	1
R13	2	1	1	1	3	1	2	3	2	3	2

R14	1	2	2	1	1	4	1	3	2	2	2
R15	1	2	3	2	1	2	1	2	2	2	2
R16	2	1	3	1	1	4	1	3	3	3	2
R17	1	2	1	1	1	1	2	1	3	2	1
R18	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1
R19	1	2	3	1	1	1	2	3	3	2	1
R20	1	1	2	2	1	2	1	3	2	2	1
R21	1	2	4	1	1	1	2	2	3	2	1
R22	1	2	1	1	1	4	1	3	2	2	1
R23	2	1	2	1	1	2	1	3	3	2	1
R24	1	2	3	1	1	2	1	1	2	3	1
R25	1	2	2	2	1	4	1	1	3	3	2
R26	1	2	1	2	1	1	2	3	3	2	1
R27	1	2	1	2	1	3	2	2	2	1	1
R28	2	1	3	1	1	4	1	2	2	2	1
R29	2	1	2	1	2	2	1	3	3	1	1
R30	1	1	2	1	1	4	1	1	2	3	2
R31	2	2	4	2	2	2	1	3	3	2	2
R32	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1

R33	1	1	2	2	1	1	2	3	2	1	1
R34	2	1	2	1	1	2	1	3	3	3	2
R35	1	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2
R36	1	2	1	1	1	4	1	1	2	3	2
R37	2	2	1	1	1	1	2	3	3	3	2
R38	1	1	2	1	2	1	2	3	3	3	2
R39	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1
R40	2	1	2	1	3	2	1	2	2	3	2
R41	1	1	3	1	1	2	1	2	1	3	2
R42	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2
R43	2	2	2	1	1	1	2	3	2	3	1
R44	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1
R45	1	1	4	2	1	1	2	3	3	3	2
R46	1	2	1	1	1	1	2	3	2	2	2
R47	2	2	3	2	1	1	2	1	2	2	1
R48	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1
R49	2	2	1	1	1	2	1	3	3	3	2
R50	2	2	1	1	1	4	1	2	1	2	1
R51	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2

R52	2	1	3	1	3	2	1	3	1	3	2
R53	2	1	1	2	2	2	1	2	2	3	2
R54	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1
R55	2	2	4	1	1	4	1	3	2	3	2
R56	1	2	2	1	1	4	1	1	2	3	2
R57	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1
R58	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	1
R59	2	1	2	1	1	2	1	3	3	3	2
R60	1	1	1	1	1	4	1	2	1	2	1
R61	2	1	1	2	1	1	2	3	3	1	1
R62	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1
R63	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1
R64	2	1	1	1	2	1	2	3	2	3	2
R65	1	1	3	2	1	4	1	2	1	1	1

Lampiran 14 Data Kualitas Hidup Perdomain

**Data Kualitas Hidup Pada Penderita Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta  
Diabetes Mellitus Di Puskesmas Dinoyo Malang**

Nama	Domain 1 Kesehatan Fisik	Domain 2 Kesejahteraan Psikologis	Domain 3 Hubungan Sosial	Domain 4 Hubungan Dengan Lingkungan	Jumlah
R1	88	75	81	85	79.75
R2	81	69	88	63	75.25
R3	63	56	56	56	57.75
R4	75	56	44	50	56.25
R5	69	63	56	60	59.5
R6	81	75	94	81	82.75
R7	44	31	31	25	32.75
R8	81	81	75	69	76.5
R9	50	44	44	38	44
R10	67	63	50	50	42.25
R11	69	63	56	56	61
R12	75	56	50	56	49.75
R13	75	69	81	56	70.25
R14	94	75	69	63	75.25
R15	63	56	56	69	61
R16	81	75	69	63	72
R17	69	63	50	44	56.5
R18	75	50	50	56	57.75
R19	63	63	69	56	47.75
R20	63	56	56	56	57.75
R21	75	63	50	44	58
R22	69	56	44	44	53.25
R23	44	31	25	25	31.25
R24	44	50	31	31	39
R25	75	69	56	56	69
R26	44	38	31	31	36
R27	44	31	25	25	31.25
R28	50	38	31	38	39.25
R29	38	38	25	25	31.5
R30	75	69	69	63	73.5
R31	75	75	75	69	61
R32	69	63	56	56	48.5
R33	63	56	56	56	57.75

R34	81	81	75	63	75
R35	69	69	56	50	61
R36	75	75	69	63	70.5
R37	81	75	69	69	73.5
R38	88	88	69	63	77
R39	63	50	50	44	51.75
R40	88	88	75	63	78.5
R41	75	69	56	63	72
R42	75	69	56	56	64
R43	63	56	50	44	53.25
R44	69	69	50	50	59.5
R45	75	75	69	69	72
R46	69	63	56	56	61
R47	63	56	56	56	57.75
R48	75	56	50	44	56.25
R49	81	75	75	75	76.5
R50	69	50	50	50	54.75
R51	69	63	56	56	61
R52	81	75	69	63	72
R53	88	88	69	69	78.5
R54	63	56	56	56	57.75
R55	75	75	69	69	72
R56	75	69	69	63	69
R57	63	63	56	44	56.5
R58	56	56	50	50	53
R59	75	75	69	63	70.5
R60	38	31	31	31	32.75
R61	44	31	25	25	31.25
R62	63	63	56	44	56.5
R63	44	25	25	25	29.75
R64	81	75	69	69	73.5
R65	31	25	25	25	26.5

Kategorisasi :

Skor <60 = Kualitas Hidup Rendah  
Skor >60 - <84 = Kualitas Hidup Sedang  
Skor >=84 = Kualitas Hidup Tinggi



Lampiran 15 Output SPSS

**Hasil Analisa Univariat**

**Statistics**

		Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Riwayat Penyakit Keluarga
N	Valid	65	65	65	65
	Missing	0	0	0	0

**Statistics**

		Lama Menderita HT	Jenis Obat HT	Jenis Obat DM	Tekanan Darah	Kepatuhan	Kualitas Hidup
N	Valid	65	65	65	65	65	65
	Missing	0	0	0	0	0	0

**Usia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Usia 45-54 Tahun	40	61.5	61.5	61.5
	Usia 55-60 Tahun	25	38.5	38.5	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

**Jenis Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	24	36.9	36.9	36.9
	Perempuan	41	63.1	63.1	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

### Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid S1	5	7.7	7.7	7.7
SD	20	30.8	30.8	38.5
SMA	13	20.0	20.0	58.5
SMP	27	41.5	41.5	100.0
Total	65	100.0	100.0	

### Riwayat Penyakit Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Berisiko	40	61.5	61.5	61.5
Tidak	25	38.5	38.5	100.0
Total	65	100.0	100.0	

### Lama Menderita HT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <5 Tahun	37	56.9	56.9	56.9
>5 Tahun	24	36.9	36.9	93.8
>10 Tahun	4	6.2	6.2	100.0
Total	65	100.0	100.0	

### Jenis Obat HT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Amlodipin	28	43.1	43.1	43.1
Captopril	22	33.8	33.8	76.9
Felodipin	2	3.1	3.1	80.0
Lisinopril	13	20.0	20.0	100.0
Total	65	100.0	100.0	

**Golongan Obat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ACE-I	35	53.8	53.8	53.8
	CCB	30	46.2	46.2	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

**Jenis Obat DM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Glibenclamide	12	18.5	18.5	18.5
	Glimipiride	21	32.3	32.3	50.8
	Metformin	32	49.2	49.2	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

**Tekanan Darah**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Prehipertensi	12	18.5	18.5	18.5
	Hipertensi Derajat 1	33	50.8	50.8	69.2
	Hipertensi Derajat 2	20	30.8	30.8	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

**Kepatuhan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	11	16.9	16.9	16.9
	sedang	31	47.7	47.7	64.6
	tinggi	23	35.4	35.4	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

**Kualitas Hidup**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	35	53.8	53.8	53.8
	sedang	30	46.2	46.2	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

**Domain 1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	13	20.0	20.0	20.0
	sedang	46	70.8	70.8	90.8
	tinggi	6	9.2	9.2	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

**Domain 2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	27	41.5	41.5	41.5
	sedang	34	52.3	52.3	93.8
	tinggi	4	6.2	6.2	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

**Domain 3**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	42	64.6	64.6	64.6
	sedang	20	30.8	30.8	95.4
	tinggi	3	4.6	4.6	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

**Domain 4**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	41	63.1	63.1	63.1
	sedang	24	36.9	36.9	100.0
Total		65	100.0	100.0	

**Statistics**

		Domain 1	Domain 2	Domain 3	Domain 4
N	Valid	65	65	65	65
	Missing	0	0	0	0
Mean		67.74	61.15	56.05	53.31
Minimum		31	25	25	25
Maximum		94	88	94	81

**Hasil Analisa Bivarian**

**Correlations**

			Kualitas Hidup	Kepatuhan
Kendall's tau_b	Kualitas Hidup	Correlation Coefficient	1.000	.661**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	65	65
	Kepatuhan	Correlation Coefficient	.661**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	65	65

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Kepatuhan \* Kualitas Hidup Crosstabulation**

Count

		Kualitas Hidup		Total
		rendah	sedang	
Kepatuhan	rendah	11	0	11
	sedang	22	9	31
	tinggi	2	21	23
Total		35	30	65

Lampiran 16 Dokumentasi



Menjelaskan maksud dan tujuan penelitian



Memeriksa tekanan darah pasien



Melakukan wawancara pada pasien



Melakukan wawancara pada pasien



Melakukan wawancara pada pasien



Melakukan wawancara pada pasien

Lampiran 17 Keaslian Penulisan

**PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN**

Nama : Fifi Ratna Wati  
Nim : 170914201562  
Program Studi : S1 Pendidikan Ners STIKES Widyagama Husada Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 31 Juli 2021

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Pendidikan Ners



(Abdul Qodir S.Kep., Ners., M.Kep)

Penulis



(Fifi Ratna Wati)

Lampiran 18 Curriculum Vitae



**FIFI RATNA WATI**

**Malang, 16 Mei 1999**

**Motto : “Jangan pernah mengharapkan hasil yang maksimal jika kamu tidak pernah mengusahakan yang terbaik”**

**Riwayat Pendidikan**

**SDN Mangliawan 02 Wendit lulus tahun 2011**

**SMP Diponegoro Tumpang lulus tahun 2014**

**SMA Diponegoro Tumpang lulus tahun 2017**

**S1 Pendidikan Ners STIKES Widyagama Husada Malang 2021**