

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia kini menghadapi tantangan ganda dalam hal kesehatan, yaitu penyakit menular dan Penyakit Tidak Menular (PTM) (Direktorat Pencegahan dan Pengendalian PTM, 2019). Menurut data *World Health Organisation* (WHO), pada tahun 2016 sekitar 71% dari seluruh kematian global disebabkan oleh PTM yang menewaskan sekitar 36 juta orang setiap tahunnya (Direktorat Pencegahan dan Pengendalian PTM, 2019). Salah satu jenis PTM yaitu hipertensi. Menurut WHO pada tahun 2023 menjelaskan bahwa prevalensi hipertensi memengaruhi sekitar 33% orang dewasa berusia 30-79 tahun di seluruh dunia. Prevalensi ini relatif serupa di semua kelompok negara berdasarkan tingkat pendapatan dengan sedikit perbedaan sekitar 32% di negara-negara berpenghasilan tinggi dan 34% di negara-negara berpenghasilan rendah. Wilayah Afrika memiliki prevalensi hipertensi tertinggi sebesar 36%, sedangkan Asia Tenggara berada di posisi ke-3 tertinggi yakni sebesar 32% yang dihitung berdasarkan standar usia orang dewasa berusia 30-79 tahun (WHO, 2023).

Penyakit hipertensi menjadi salah satu perhatian utama karena tingginya prevalensi serta perannya sebagai faktor risiko utama bagi penyakit jantung dan pembuluh darah. Peningkatan jumlah kasus baru dan prevalensi hipertensi menjadi salah satu tantangan utama dalam kesehatan, baik di tingkat global, regional, maupun nasional. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, di Indonesia prevalensi hipertensi mencapai 34,1%. Namun, berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, terjadi penurunan prevalensi hipertensi pada penduduk usia ≥ 18 tahun yang diukur melalui pengukuran tekanan darah. Meski demikian, SKI 2023 masih mencatat prevalensi hipertensi yang tinggi, yakni sebesar 30,8% (Setjen Kemenkes, 2023). Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 melaporkan prevalensi hipertensi di Kabupaten Sidenreng Rappang sebesar 21,3% dan mengalami peningkatan menjadi 33,80% ditahun 2018 (Balitbangkes, 2013; Balitbangkes, 2019).

Hipertensi merupakan penyakit yang sering kali tidak menunjukkan gejala, sehingga terkadang pasien dengan penyakit hipertensi tidak menyadari bahwa dia mengalami hipertensi. Kondisi ini ditandai dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg setelah dilakukan pemeriksaan berulang (Firmansyah *et al.*, 2023). Penatalaksanaan hipertensi mencakup penggunaan obat antihipertensi secara teratur serta perubahan gaya hidup. Pasien dengan penyakit



n untuk mengonsumsi obat antihipertensi seumur hidup dan sehat, seperti mengatur pola makan, berolahraga secara teratur, rat badan. Apabila hipertensi tidak dikelola dengan baik, risiko n vital seperti jantung, otak, dan ginjal akan meningkat (Pradhana

dengan penyakit hipertensi, kepatuhan dalam mengonsumsi obat na pengobatan yang teratur dapat membantu mengendalikan

tekanan darah serta mengurangi risiko kerusakan organ dalam jangka panjang (Megawatie *et al.*, 2021). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mulyani (2020), dijelaskan bahwa pasien yang tidak patuh dalam mengonsumsi obat memiliki risiko lebih tinggi mengalami kekambuhan penyakit dengan gejala yang lebih berat dibandingkan dengan pasien yang mematuhi pengobatan. Riskesdas tahun 2018, juga melaporkan bahwa di Indonesia ada sekitar 32,3% pasien hipertensi yang tidak patuh dalam mengonsumsi obat (Balitbangkes, 2019).

Kepatuhan dalam mengonsumsi obat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik eksternal maupun internal. Faktor eksternal meliputi pendidikan, dukungan keluarga, kondisi ekonomi, serta lingkungan sosial, sedangkan faktor internal mencakup usia, sikap, stres, depresi, kecemasan dan durasi menderita penyakit (Pradhana *et al.*, 2023). Penelitian yang dilakukan oleh Nurani (2022) menunjukkan adanya hubungan antara tingkat stres dan kepatuhan dalam mengonsumsi obat. Dimana mayoritas pasien dengan tingkat stres yang tinggi cenderung tidak patuh dalam mengonsumsi obat, yang disebabkan oleh masalah psikologis yang sering dialami pasien dengan penyakit kronis serta efek samping obat yang dirasakan.

Tujuan utama pengobatan pada pasien hipertensi adalah untuk meningkatkan kualitas hidup, namun banyak pasien yang menghentikan pengobatan ketika tubuh mereka mulai membaik (Fauziah *et al.*, 2022). Hipertensi memiliki kaitan erat dengan rendahnya kualitas hidup, terutama pada aspek fungsi fisik. Penurunan kualitas hidup ini dapat memengaruhi efektivitas pengobatan dan upaya pencegahan komplikasi, yang berpotensi memperburuk kondisi kualitas hidup secara keseluruhan (Avelina *et al.*, 2020) Sehingga kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan hipertensi dibutuhkan untuk mendapatkan kualitas hidup pasien yang lebih baik (Fauziah *et al.*, 2022). Kualitas hidup seseorang tidak hanya dipengaruhi oleh aspek fisik, tetapi juga pada kondisi mental. Dimana gangguan pada aspek psikologis maupun fisik, seperti mudah marah, kesulitan berkonsentrasi, dan lain-lain merupakan sejumlah faktor yang dapat berkontribusi terhadap penurunan kualitas hidup (Rahmawati *et al.*, 2023). Penelitian yang dilakukan oleh Andriani *et al.* (2023), menunjukkan adanya hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pasien hipertensi.

Kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai tempat individu tersebut berada, serta hubungannya dengan tujuan, harapan, serta standar yang dianggap penting dalam kehidupan sehari-harinya (WHO, 2012). Kualitas hidup yang menurun merupakan salah satu komplikasi yang sering muncul, terutama jika hipertensi disertai kondisi komorbid lain, seperti diabetes melitus, depresi, dan lainnya. Pada pasien dengan penyakit hipertensi, gangguan fisik terjadi akibat peningkatan tekanan darah, yang menyebabkan kondisi kesehatan menjadi tidak stabil (Raffli *et al.*, 2023).



ng dilakukan oleh Arifin *et al.* (2024) menilai kualitas hidup pasien ia Barat, Tengah dan Timur dengan menggunakan instrumen EQ- tersebut menunjukkan *index score* 0,83 untuk Indonesia Tengah, Barat, dan 0,90 untuk Indonesia Timur. Meskipun secara umum litas hidup pasien hipertensi di berbagai wilayah Indonesia telah nelitian di wilayah Kabupaten Sidrap hingga saat ini belum ada.

Kabupaten Sidrap merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan. Berdasarkan data dinas kesehatan Sulawesi Selatan di tahun 2019, 2020, dan 2021, terdapat adanya peningkatan jumlah pasien hipertensi di wilayah ini (Dinkes, 2020; Dinkes, 2021; Dinkes, 2022). Adapun berdasarkan badan pusat statistik Kabupaten Sidrap tahun 2023, hipertensi berada di posisi pertama jumlah kasus terbanyak yang terdapat di Kabupaten Sidrap dengan jumlah kasus sebanyak 11.701 (Naharuddin *et al.*, 2024).

Tingginya prevalensi hipertensi di Kabupaten Sidrap dapat dipengaruhi oleh faktor gaya hidup dan budaya konsumsi makanan tinggi lemak serta kalori. Penelitian yang dilakukan oleh Yanti *et al.* (2022) di Desa Lise Kabupaten Sidrap, mengungkapkan bahwa total 71,4% pasien hipertensi memiliki pola hidup yang kurang baik. Pola hidup ini didukung oleh budaya kuliner masyarakat bugis yang kaya akan makanan tinggi kalori, karbohidrat, dan lemak seperti konro, coto makassar, kari ayam, nasi ketan, buras, dan berbagai jenis makanan lainnya yang biasanya dikonsumsi baik dalam perayaan maupun kehidupan sehari – hari (Agustin *et al.*, 2022). Konsumsi makanan berlemak secara berlebihan ini dapat memicu pembentukan plak pada pembuluh darah, yang pada akhirnya dapat menyebabkan hipertensi. Selain itu, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hadiq *et al.* (2024), didapatkan bahwa sebagian besar pasien memiliki tingkat kepatuhan yang rendah.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Nene Mallomo merupakan rumah sakit kelas C yang dimiliki oleh pemerintah daerah Kabupaten Sidenreng Rappang. Rumah sakit ini menjadi rumah sakit pilihan pertama sebagian besar penduduk karena aksesnya yang mudah dijangkau dan terletak di Ibukota Kabupaten Sidrap. Berdasarkan data dari Sistem Informasi Rumah Sakit, pada tahun 2024 sejauh ini tercatat sebanyak 302 kasus hipertensi. Oleh karena itu, telah dilakukan penelitian dengan judul hubungan antara tingkat kepatuhan, depresi, dan kualitas hidup pasien hipertensi di Instalasi Rawat Jalan RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap menggunakan instrumen PHQ-4, MARS-5, dan EQ-5D-5L.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana skor utilitas pada pasien hipertensi di Instalasi Rawat Jalan RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap?
2. Bagaimana hubungan antara tingkat kepatuhan, depresi dan kualitas hidup pasien hipertensi di Instalasi Rawat Jalan RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap?

1.3 Tujuan Penelitian



an skor utilitas pada pasien hipertensi di Instalasi Rawat Jalan omo Kabupaten Sidrap.

ji hubungan antara tingkat kepatuhan, depresi dan kualitas hidup d Instalasi Rawat Jalan RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap strumen MARS-5, PHQ-4 dan EQ-5D-5L.

BAB II

METODE PENELITIAN

2.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional yang bersifat analitik yakni *cross sectional*.

2.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Nene Mallomo Kabupaten Sidrap, Provinsi Sulawesi Selatan, yang dilaksanakan pada bulan Januari – Februari tahun 2025.

2.3 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien hipertensi yang berobat di RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidrap. Pengambilan sampel untuk mendapatkan partisipan yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusi pada penelitian ini :

1. Pasien yang memiliki diagnosis hipertensi yang berusia ≥ 17 tahun di Instalasi Rawat jalan RSUD Nene Mallomo
2. Pasien yang tidak buta huruf
3. Pasien yang bersedia menjadi partisipan penelitian

Adapun kriteria eksklusi pada penelitian ini :

1. Pasien yang tidak mengisi kuesioner secara lengkap

Penentuan minimal sampel menggunakan Rumus Slovin, sebagai berikut :

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

Keterangan :

N: jumlah populasi

n: jumlah minimal sampel

e: batas toleransi kesalahan (sebesar 10%)

Diketahui populasi pasien hipertensi di RSUD Nene Mallomo pada bulan Januari – September tahun 2024 adalah 302, dengan rumus diatas maka didapatkan bahwa jumlah minimal sampel sebesar:



$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)} = \frac{302}{1 + 302(0,1)^2} = 75$$

mpel untuk partisipan hipertensi adalah 75 partisipan yang minimal 100 partisipan pada penelitian ini.

2.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan berupa kuesioner Medication Adherence Report Scale-5 (MARS-5), Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4), dan European Quality of Life-5 Dimension (EQ-5D-5L).

3.4.1 Medication Adherence Report Scale-5 (MARS-5)

Medication Adherence Report Scale-5 (MARS-5) merupakan kuesioner yang digunakan untuk mengukur kepatuhan pasien dalam pengobatan hipertensi (Ningrum *et al.*, 2024). Dimana kuesioner ini terdiri dari 5 pertanyaan yang dinilai dengan menggunakan skala Likert dengan rentang nilai dari 1 (selalu) hingga 5 (tidak pernah). MARS-5 mencakup 5 item pertanyaan yang menilai perilaku tidak patuh, seperti lupa minum obat, mengubah dosis, berhenti konsumsi, melewatkan dosis, serta penggunaan obat yang kurang dari resep (Yulianti *et al.*, 2020).

3.4.2 Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)

PHQ-4 merupakan alat skrining singkat yang digunakan untuk mendeteksi kecemasan dan depresi. PHQ-4 dikembangkan berdasarkan asumsi bahwa gejala depresi dan kecemasan sering muncul secara bersamaan, sehingga kuesioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi individu yang mengalami satu atau kedua gejala ini (Rodríguez *et al.*, 2024).

3.4.3 European Quality of Life-5 Dimension (EQ-5D-5L)

EQ-5D-5L yang merupakan salah satu kuesioner untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan diberbagai bidang penyakit. EQ-5D terdiri dari kuesioner deskriptif singkat dan *Visual Analog Scale* (VAS), dimana kuesioner ini dapat memberikan gambaran singkat mengenai kondisi kesehatan responden. Sistem deskriptif EQ-5D-5L mencakup lima dimensi kesehatan, yakni: mobilitas, perawatan diri, aktivitas biasa, nyeri/ketidnyamanan, serta kecemasan/depresi. Partisipan dapat menunjukkan kesehatan mereka di masing-masing dimensi mempunyai lima tingkat respons, yaitu tidak ada masalah, masalah ringan, masalah sedang, masalah parah, serta masalah ekstrim (EuroQol Research Foundation, 2019). Adapun VAS merupakan skala linier untuk menilai kesehatan partisipan yang memiliki skor berkisar dari 0 hingga 100, dimana 0 merupakan kondisi kesehatan terburuk yang bisa dibayangkan dan 100 merupakan kondisi kesehatan terbaik yang bisa dibayangkan (Skaryadi *et al.*, 2023).



Analisis Data

Pengambilan sampel dalam penelitian menggunakan metode *purposive* merupakan alur pengumpulan data:

1. Menanyakan kesediaan partisipan untuk mengisi kuesioner

2. Menyiapkan dan bersedia menjadi partisipan penelitian mengisi *informed consent*

3. Pasien diberikan penjelasan mengenai cara mengisi kuesioner
4. Pasien diberikan waktu untuk bertanya pada saat pengisian kuesioner didampingi oleh peneliti
5. Data kuesioner yang telah diisi kemudian dikumpulkan untuk dilakukan pengecekan kembali

2.6 Analisis Data

Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner MARS-5, PHQ-4 dan EQ-5D-5L. Kemudian data diolah dengan menggunakan aplikasi SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*) dilakukan dengan uji Man-Whitney, uji Kruskal-Wallis, dan uji korelasi Spearman. Kemudian dilakukan analisis data meliputi :

1. Pada kuesioner MARS-5, jawaban diberi skor: “selalu” diberi skor 1, “sering” diberi skor 2, “kadang-kadang” diberi skor 3, “jarang” diberi skor 4, dan “tidak pernah” diberi skor 5. Selanjutnya, total skor kuesioner dihitung dimana semakin tinggi skor menunjukkan tingkat kepatuhan yang semakin tinggi (Ningrum *et al.*, 2024). Sedangkan untuk skor kepatuhan pada kuesioner MARS-5, tingkat kepatuhan partisipan dinilai berdasarkan frekuensi jawaban terhadap setiap pernyataan dalam kuesioner. Dimana partisipan dengan skor 25 dikategorikan “memiliki tingkat kepatuhan tinggi, sedangkan partisipan dengan skor <25 dikategorikan “memiliki tingkat kepatuhan rendah” (Latipah *et al.*, 2022).
2. Kuesioner PHQ-4 terdiri dari empat pertanyaan, dimana dua pertanyaan pertama fokus pada gejala depresi. Sementara itu, dua pertanyaan berikutnya untuk menilai gejala kecemasan. Setiap pertanyaan pada PHQ-4 memiliki empat pilihan jawaban, mulai dari “tidak pernah” diberi skor 0 hingga “hampir setiap hari” diberi skor 3. Total skor PHQ-4 merupakan jumlah dari semua skor item, berkisar dari 0 hingga 12, dengan skor lebih tinggi menunjukkan intensitas gejala kecemasan dan depresi yang lebih besar (Rodríguez *et al.*, 2024)
3. Pada proses pengolahan data EQ-5D-5L meliputi pengumpulan skor EQ-5D-5L, dan dimasukkan ke dalam komputer atau laptop dalam bentuk tabel. Skor EQ-5D-5L yang telah dikumpulkan diubah menjadi indeks EQ-5D-5L dengan melihat ringkasan tunggal pada tiap dimensi menggunakan kalkulator EQ-5D-5L. Setiap dimensi memiliki pertanyaan: pertanyaan 1 memiliki skor tertinggi 1 untuk setiap dimensi artinya tidak memiliki masalah, pertanyaan 2 memiliki skor tertinggi 2 artinya memiliki masalah pada setiap dimensi, pertanyaan 3 memiliki skor tertinggi 3 artinya memiliki masalah sedang pada setiap dimensi, pertanyaan 4 memiliki skor tertinggi 4 artinya memiliki masalah yang parah pada setiap dimensi, dan pertanyaan 5 memiliki skor tertinggi 5 artinya memiliki masalah yang ekstrim pada setiap dimensi (Raffli *et al.*, 2024). Skor pada instrumen EQ-5D-5L berada dalam rentang antara 0 nilai 0 menggambarkan kondisi kesehatan yang sangat buruk, dan 100 menggambarkan keadaan kesehatan yang sempurna (Arifin *et al.*, 2024). VAS yang diperoleh kemudian dianalisis dengan menghitung rata-rata serta standar deviasinya (Skarayadi *et al.*, 2023).



2.7 Izin Penelitian

Izin etik penelitian ini dibuat dan disetujui pada tanggal 13 Februari 2025 di Komisi Etik Penelitian Farmasi dan Kesehatan Fakultas Farmasi Universitas Hasanuddin dengan nomor etik 505/UN4.17/KP.06.05/2025.



Optimized using
trial version
www.balesio.com