

**PENGARUH TERAPI DZIKIR TERHADAP TEKANAN DARAH DAN
KUALITAS HIDUP PADA LANSIA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS WANA KECAMATAN MELINTING, KABUPATEN
LAMPUNG TIMUR**

TESIS

Oleh

**FRESHILIA AGUSTIN
NPM. 2128021022**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2023**

**PENGARUH TERAPI DZIKIR TERHADAP TEKANAN DARAH DAN
KUALITAS HIDUP PADA LANSIA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS WANA KECAMATAN MELINTING, KABUPATEN
LAMPUNG TIMUR**

Oleh

FRESHILIA AGUSTIN

Tesis

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
MAGISTER KESEHATAN**

Pada

**Progam Studi Magisterkesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2023**

ABSTRAK

PENGARUH TERAPI DZIKIR TERHADAP TEKANAN DARAH DAN KUALITAS HIDUP PADA LANSIA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WANA KECAMATAN MELINTING, KABUPATEN LAMPUNG TIMUR

OLEH

FRESHILIA AGUSTIN

Hipertensi merupakan penyakit yang masih menjadi masalah utama di masyarakat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi dzikir terhadap tekanan darah dan kualitas hidup pada lansia hipertensi. Jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif desain kuasi eksperimen non-equivalent kontrol group design. Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur pada bulan Juli- Agustus 2023. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh lansia dengan hipertensi sebanyak 171 orang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah purposive sampling. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah terapi dzikir dan tekanan darah sedangkan variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup. Alat pengumpul Data menggunakan Data Rekam Medis Pasien Posyandu Lansia, Sfigmomanometer manual dan stetoskop, serta kuisioner WHO QOLBREF. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrumen yang sudah baku. Analisis data menggunakan univariat dan bivariat dengan Uji T Dependen. Hasil penelitian mendapatkan ada pengaruh pemberian terapi zikir terhadap tekanan darah sistolik dan diastolik pada kelompok intervensi dengan diperoleh nilai p-value < 0.001. Ada pengaruh pemberian terapi zikir terhadap kualitas hidup dengan diperoleh nilai p-value < 0.001, kualitas hidup responden mengalami peningkatan dari yang sebelumnya 49.71 menjadi 55.83 sebesar 0.83 setelah diberikan terapi zikir. Ada perbedaan tekanan darah sistolik antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan diperoleh nilai p-value < 0.001. Ada perbedaan kualitas hidup antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan diperoleh nilai p-value < 0.001. Diharapkan masyarakat (keluarga pasien) hipertensi untuk menerapkan terapi dzikir untuk membantu penurunan tekanan darah sebagai terapi non farmakologi. Diharapkan kepada tenaga kesehatan untuk mengajarkan meditasi dzikir secara rutin, guna meningkatkan kualitas hidup lansia yang menderita hipertensi

Kata kunci: hipertensi; kualitas hidup; lansia; tekanan darah; terapi dzikir

ABSTRACT

THE EFFECT OF DZIKIR THERAPY ON BLOOD PRESSURE AND QUALITY OF LIFE IN HYPERTENSIVE ELDERLY IN THE WORKING AREA OF WANA HEALTH CENTER, MELINTING DISTRICT, EAST LAMPUNG DISTRICT

BY

FRESHILIA AGUSTIN

Hypertension is a disease that is still a major problem in society. This study aims to determine the effect of dhikr therapy on blood pressure and quality of life in hypertensive elderly people. This type of research uses quantitative research methods, quasi-experimental non-equivalent control group design. The research was conducted in the Wana Community Health Center Working Area, Melinting District, East Lampung in July-August 2023. The population used in this study was all 171 elderly people with hypertension. The sampling technique in this research is purposive sampling. The independent variables in this study were dhikr therapy and blood pressure, while the dependent variable in this study was quality of life. Data collection tools used medical record data from elderly posyandu patients, manual sphygmomanometer and stethoscope, as well as the WHO QOLBREF questionnaire. Data collection was carried out using standard instruments. Data analysis used univariate and bivariate with Dependent T Test. The research results obtained There was an effect of giving remembrance therapy on systolic and diastolic blood pressure in the intervention group with a p-value < 0.001. A There was an effect of giving remembrance therapy on quality of life with a p-value < 0.001, the respondent's quality of life increased from the previous 49.71 to 55.83 by 0.83 after being given remembrance therapy. There was a difference in systolic blood pressure between the control group and the intervention group with a p-value < 0.001. There was a difference in quality of life between the control group and the intervention group with a p-value < 0.001. It is hoped that people (families of patients) with hypertension will apply dhikr therapy to help reduce blood pressure as a non-pharmacological therapy. It is hoped that health workers will teach dhikr meditation regularly, in order to improve the quality of life of elderly people who suffer from hypertension

Key words: hypertension; quality of life; elderly; blood pressure; dhikr therapy

Judul Tesis : **PENGARUH TERAPI DZIKIR TERHADAP TEKANAN DARAH DAN KUALITAS HIDUP PADA LANSIA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WANA KECAMATAN MELINTING, KABUPATEN LAMPUNG TIMUR**

Nama Mahasiswa : **FRESHILIA AGUSTIN**

NPM : 2128021022

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kedokteran



Prof. Dr. Hartoyo, M.Si
NIP. 196012081989021001

Dr. dr. Fitria Saftarina, M.sc., Sp. KKL
NIP. 197809032006042001

Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat

Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes.
NIP. 197810092005011001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : Prof. Dr. Hartoyo, M.Si

Sekretaris : Dr. dr. Fitria Saftarina, M.sc., Sp. KKLK

Anggota : Prof. Dr. Sudjarwo, M.S

Anggota : Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., Ns., MMR., Ph.D

2. Dekan Fakultas Kedokteran

Dr. dr. Eyi Kurniawaty, S. Ked., M. Sc

NIP: 197601202003122001

3. Direktur Pascasarjana Universitas Lampung

Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si

NIP: 196403261989021001

Tanggal Lulus Ujian Tesis : 14 Desember 2023



LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Tesis dengan judul **“PENGARUH TERAPI DZIKIR TERHADAP TEKANAN DARAH DAN KUALITAS HIDUP PADA LANSIA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WANA KECAMATAN MELINTING, KABUPATEN LAMPUNG TIMUR”** adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hak intelektualitas atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, September 2023



FRESHILIA AGUSTIN
NPM. 2128021022

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Magetan, Jawa Timur pada tanggal 03 Agustus 1993, merupakan anak pertama dari dua bersaudara, dari pasangan Bapak Agung Subagya dan Ibu Sumarni

Pendidikan Taman Kanak-Kanak (TK) diselesaikan di TK Gotong Royong pada tahun 2000, Sekolah Dasar (SD) diselesaikan pada tahun 2006 di SDN Duwet I Magetan, Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama SMPN 1 Sukomoro Magetan diselesaikan pada tahun 2009, kemudian melanjutkan di SMA Negeri 1 Kawedanan Kota Magetan pada tahun 2011 dan menyelesaikan S1 di Stikes Surya Global Yogyakarta Tahun 2015.

Pada tahun 2019 penulis diterima sebagai Pegawai Negeri Sipil dan ditempatkan di Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Kabupaten Lampung Timur sebagai Penyuluh Kesehatan Masyarakat. Tahun 2021 penulis melanjutkan Pendidikan di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas kedokteran Universitas Lampung.

SANWACANA

Assalamu'alaikum warrahmatullahi wabarakatuh

Puji Syukur Alhamdulillah Penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, karena atas Rahmat dan Hidayah- Nya sehingga tesis ini dapat diselesaikan. Shalawat serta salam semoga tercurahkan kepada junjungan Nabi Agung Muhammad SAW.

Tesis ini berjudul “Pengaruh Terapi Dzikir Terhadap Tekanan Darah Dan Kualitas Hidup Pada Lansia Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting, Kabupaten Lampung Timur” adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat (MKM) pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran di Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia, D.E.A., I.P.M., selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Dr. dr. Evi Kurniawaty, S. Ked., M. Sc selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
3. Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
4. Prof. Dr. Hartoyo, M.Si., sebagai Pembimbing Pertama yang telah bersedia meluangkan waktu dan kesediaannya untuk memberikan bimbingan, ilmu, kritik dan saran serta nasihat yang bermanfaat dalam proses penyelesaian tesis ini;
5. Dr. dr. Fitria Saftarina, M.sc., Sp. KKLK., sebagai Pembimbing Kedua yang telah bersedia meluangkan waktu dan kesediaannya untuk memberikan bimbingan, ilmu, kritik dan saran serta nasihat yang bermanfaat dalam proses penyelesaian tesis ini;
6. Prof. Dr. Sudjarwo, M.S., selaku Pembahas Pertama yang telah bersedia meluangkan waktu, memberikan masukan, ilmu, kritik dan saran serta nasihat yang bermanfaat dalam penyelesaian tesis ini;
7. Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., Ns., MMR., Ph.D., selaku Pembahas Kedua yang telah bersedia meluangkan waktu, memberikan masukan, ilmu, kritik dan saran serta nasihat yang bermanfaat dalam penyelesaian tesis ini;
8. Dr. dr. Khairunnisa Berawi, S. Ked., M.,Kes AIFO selaku Dosen Pembimbing Akademik yang selalu memberikan semangat dan dukungan dalam penyelesaian tesis

ini;

9. Seluruh Staf/Dosen Fakultas Kedokteran Unila atas ilmu yang telah diberikan kepada penulis untuk menambah wawasan yang menjadi landasan untuk mencapai cita-cita;
10. Seluruh Staf Pengajar Program Studi Kesehatan Masyarakat Unila atas ilmu yang telah diberikan kepada saya untuk menambah wawasan yang telah menjadi landasan untuk mencapai cita-cita;
11. Seluruh Staf Tata Usaha, Administrasi, Akademik, Pegawai dan Karyawan Fakultas Kedokteran Unila;
12. Suamiku tercinta, Mukhtar Abdul Aziz yang telah memberikan dukungan, doa, dan nasehat yang baik serta anak-anakku tercinta Aisyah Farhana dan Azizah Maryam yang selalu sabar dan memberikan senyuman semangat di hari- hari menyelesaikan tesis ini.
13. Orangtuaku Bapak Agung Subagya dan Ibu Sumarni beserta mertua Bapak Sumarwan dan Ibu Ummi Salamah, serta adik- adikku, keluarga besar magetan lampung, terima kasih atas do'a, kasih sayang, nasihat, bimbingan dan motivasi serta dukungan yang telah diberikan untukku, serta selalu mengingatkanku untuk selalu mengingat Allah SWT.
14. Kepala UPTD Puskesmas Wana Desi Nawati, SKM yang telah memberikan izin dan memfasilitasi proses penelitian ini;
15. dr. Vivi Alviantiningsih selaku Dokter Puskesmas Wana yang memberikan bimbingan serta bantuannya dalam proses pelaksanaan penelitian;
16. Seluruh responden Desa Sidomakmur dan Desa Wana Kecamatan Melinting yang sudah bersedia menjadi responden dan mengikuti seluruh kegiatan penelitian;
17. Teman-teman seperjuangan angkatan Ketiga Kesehatan Masyarakat tahun 2021 yang telah membantu dan saling memberikan semangat;
18. Sahabat-sahabatku yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang selalu memberikan dukungan, semangat agar saya segera menyelesaikan tesis ini;
19. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu-persatu yang telah memberikan bantuan dan memberi semangat selama kuliah dan dalam penulisan tesis ini;

Semoga Allah SWT, membalas semua kebaikan yang telah diberikan kepada penulis.

Aamiin Yaa Rabbalalamin.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Akan tetapi, semoga tesis yang sederhana ini dapat bermanfaat dan berguna bagi kita semua. Aamiin Yaa Rabbalalamin .

Bandar Lampung, September 2023

Penulis

FRESHILIA AGUSTIN

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|-------------|
| HALAMAN SAMPUL | i |
| ABSTRAK | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN | iv |
| HALAMAN PENGESAHAN | v |
| LEMBAR PERNYATAAN | vi |
| RIWAYAT HIDUP | vii |
| SANWACANA | viii |
| DAFTAR ISI | xi |
| DAFTAR TABEL | xv |
| DAFTAR GAMBAR | xvi |
| | |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | 6 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 6 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 6 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 6 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 7 |
| 1.4.1 Bagi Masyarakat | 7 |
| 1.4.2 Bagi Pembaca..... | 7 |
| 1.4.3 Bagi Tenaga Kesehatan Puskesmas Wana..... | 7 |
| 1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya | 7 |
| | |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 8 |
| 2.1 Landasan Teori | 8 |
| 2.1.1 Hipertensi | 8 |

| | | |
|---------|---|----|
| 2.1.1.1 | Definisi Hipertensi | 8 |
| 2.1.1.2 | Klasifikasi Hipertensi..... | 8 |
| 2.1.1.3 | Faktor Resiko Hipertensi | 9 |
| 2.1.1.4 | Patofisiologi Hipertensi..... | 15 |
| 2.1.1.5 | Manifestasi Klinis Hipertensi | 19 |
| 2.1.1.6 | Diagnosis Hipertensi | 20 |
| 2.1.1.7 | Kompilikasi Hipertensi | 21 |
| 2.1.1.8 | Penatalaksanaan Hipertensi | 24 |
| 2.1.2 | Kualitas Hidup..... | 30 |
| 2.1.2.1 | Pengertian Kualitas Hidup | 30 |
| 2.1.2.2 | Teori Kualitas Hidup..... | 30 |
| 2.1.2.3 | Kompenen Kualitas Hidup..... | 32 |
| 2.1.2.4 | Domain Kualitas Hidup..... | 33 |
| 2.1.2.5 | Faktor- Factor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup | 34 |
| 2.1.2.6 | Pengukuran Kualitas Hidup | 38 |
| 2.1.3 | Dzikir | 40 |
| 2.1.3.1 | Pengertian D z i k i r | 41 |
| 2.1.3.2 | Macam- Macam Dzikir | 42 |
| 2.1.3.3 | Manfaat Dzikir | 43 |
| 2.1.3.4 | Terapi Dzikir..... | 44 |
| 2.1.3.5 | Terapi Dzikir Terhadap Perubahan Tekanan Darah | 46 |
| 2.2 | Penelitian Terdahulu | 47 |
| 2.3 | Kerangka Teori | 49 |
| 2.4 | Kerangka Konsep..... | 50 |
| 2.5 | Hipotesis | 51 |

BAB 3 METODE PENELITIAN.....52

| | | |
|-------|-----------------------------------|----|
| 3.1 | Jenis Penelitian..... | 52 |
| 3.2 | Waktu Dan Tempat Penelitian | 52 |
| 3.3 | Variabel Penelitian | 53 |
| 3.3.1 | Variabel Independen | 53 |
| 3.3.2 | Variabel Dependen..... | 53 |

| | | |
|-------------------------------------|--|-----------|
| 3.4 | Definisi Operasional..... | 53 |
| 3.5 | Populasi Dan Sampel Penelitian | 55 |
| 3.5.1 | Populasi Penelitian | 55 |
| 3.5.2 | Sampel Penelitian | 55 |
| 3.5.3 | Teknik Sampling | 56 |
| 3.5.4 | Kriteria Sampling Penelitian | 57 |
| 3.5.5 | Tahapan Pengumpulan Data | 58 |
| 3.6 | Teknik Pengumpulan Data..... | 59 |
| 3.6.1 | Data Sekunder | 59 |
| 3.6.2 | Data Primer | 59 |
| 3.6.3 | Kelompok Intervensi | 59 |
| 3.6.4 | Kelompok Kontrol | 60 |
| 3.6.5 | Agenda Kegiatan Terapi Dzikir | 60 |
| 3.7 | Jadwal Kegiatan Penelitian | 63 |
| 3.8 | Pengolahan Dan Analisis Data..... | 63 |
| 3.8.1 | Pengolahan Data..... | 63 |
| 3.8.2 | Uji Validitas Dan Reliabilitas Whoqol Bref Versi Indonesia .. | 64 |
| 3.8.3 | Pengujian Hipotesis..... | 64 |
| 3.9 | Keterbatasan Penelitian | 67 |
| 3.10 | Etika Penelitian | 67 |
| BAB 4 HASIL PENELITIAN | | 68 |
| 4.1 | Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 68 |
| 4.2 | Hasil Karakteristik Responden, Tekanan Darah Dan Kualitas Hidup Pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol Di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur | 68 |
| 4.3 | Gambaran Karakteristik Responden Lansia Hipertensi Berdasarkan Jenis kelamin, Usia, Pendidikan dan Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur | 70 |
| 4.4 | Hasil Modul Terapi Dzikir Pada Kelompok Intervensi di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur..... | 71 |
| 4.5 | Analisis Univariat..... | 72 |
| 4.6 | Analisis Bivariat..... | 78 |
| BAB 5 PEMBAHASAN | | 85 |
| 5.1 | Gambaran Karakteristik Responden | 85 |

| | |
|---|------------|
| 5.2 Analisis Tekanan Darah Sistolik dan Diastolik Responden Kelompok Intervensi | 90 |
| 5.3 Kualitas Hidup Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol..... | 91 |
| 5.4 Analisis Pengaruh Terapi Dzikir Terhadap Tekanan Darah Pada Kelompok Intervensi..... | 94 |
| 5.5 Analisis Pengaruh Terapi Dzikir Terhadap Kualitas Hidup Pada Kelompok Intervensi..... | 96 |
| 5.6 Analisis Perbedaan Tekanan Darah Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol | 98 |
| 5.7 Analisis Perbedaan Kualitas Hidup Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol | 100 |
| BAB 6 PENUTUP..... | 102 |
| 6.1 Simpulan | 102 |
| 6.2 Saran..... | 103 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| Tabel | Halaman |
|--|---------|
| 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC VII..... | 8 |
| 3.1 Desain Penelitian Nonequivalent Kontrol Design | 52 |
| 3.2 Definisi Operasional Variabel Bebas Dan Variabel Terikat | 53 |
| 3.3 Agenda Kegiatan Terapi Dzikir | 60 |
| 3.4 Jadwal Kegiatan Penelitian | 63 |
| 3.5 Hasil Uji Normalitas WHOQOL BREF..... | 65 |
| 3.6 Hasil Uji Homogenitas Data Penelitian (Jenis Kelamin, Pekerjaan Dan Pendidikan) | 65 |
| 3.7 Hasil Uji Homogenitas Data Penelitian Umur | 65 |
| 3.8 Hasil Uji Homogenitas Data Penelitian Tekanan Darah | 66 |
| 4.1 Tabel Hasil Karakteristik Responden, Tekanan Darah dan Kualitas hidup di Wilayah Kerja Puskesmas Wana | 69 |
| 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia Pendidikan dan Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Wana | 70 |
| 4.3 Hasil Modul Terapi Dzikir Pada Kelompok Intervensi di Wilayah Kerja Puskesmas Wana | 71 |
| 4.4 Rerata Tekanan Darah Sistolik dan Diastolik Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Wana | 72 |
| 4.5 Rerata Kualitas Hidup Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Wana | 73 |
| 4.6 Rerata Kualitas Hidup Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Berdasarkan WHOQOL BREEF Berdasarkan 4 (Empat) Domain di Wilayah Kerja Puskesmas Wana..... | 75 |
| 4.7 Analisis Pengaruh Pemberian Obat Dan Terapi Dzikir Pada Kelompok Intervensi Serta Pengaruh Pemberian Obat Pada Kelompok Kontrol Terhadap Tekanan Darah..... | 78 |
| 4.8 Analisis Pengaruh Pemberian Obat dan terapi Dzikir pada kelompok intervensi serta pengaruh pemberian obat terhadap kelompok kontrol Terhadap Kualitas Hidup di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur Tahun 2023 | 80 |
| 4.9 Analisis Perbedaan Tekanan Darah Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol setelah diberikan intervensi | 82 |
| 4.10 Analisis Perbedaan Kualitas Hidup Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Wana | 83 |

DAFTAR GAMBAR

| Gambar | |
|--|----|
| Halaman | |
| 2.1 Kerangka Teori | 49 |
| 2.2 Kerangka Konsep | 50 |
| 3.1 Perhitungan Sampel Menggunakan Software G- Power | 56 |
| 3.2 Tahapan Pengumpulan Data | 58 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi masih menjadi masalah kesehatan global yang menonjol dalam masyarakat saat ini. Saat ini pemahaman masyarakat mengenai hipertensi masih kurang, padahal hipertensi tergolong faktor risiko ketiga terbesar penyebab kematian dini secara global. Hipertensi, menurut definisi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2021, mengacu pada suatu kondisi medis di mana tekanan darah sistolik seseorang lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastoliknya melebihi 90 mmHg. Angka kematian tahunan yang disebabkan oleh penyakit ini adalah 9,4 juta orang di seluruh dunia, seperti yang dilaporkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia pada tahun 2019. Terdapat hampir 1,28 miliar orang berusia antara 30 dan 79 tahun di seluruh dunia yang terkena dampak hipertensi, dengan mayoritas (dua- sepertiganya) tinggal di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Sekitar 46% individu tidak diberikan informasi mengenai kondisi hipertensinya. Hanya 42% penderita hipertensi yang didiagnosis dan diobati. Pada tahun 2025, prevalensi global hipertensi diperkirakan akan mempengaruhi hampir 29% individu, yang menunjukkan peningkatan kejadian hipertensi secara substansial dan cepat. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) bertujuan untuk mencapai penurunan prevalensi hipertensi sebesar 33% antara tahun 2010 dan 2030 (WHO, 2023).

Hipertensi menimbulkan biaya yang besar, mencakup pengeluaran layanan kesehatan langsung yang terkait dengan pengelolaannya, seperti pengobatan, tes diagnostik, dan janji temu ke klinik, serta biaya yang terkait dengan rawat inap dan pengobatan komplikasi terkait hipertensi. Selain itu, ada biaya tidak langsung akibat penurunan produktivitas akibat kematian. Penyakit dini dan gangguan fisik yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskular dan ginjal yang berhubungan dengan hipertensi. Nilai yang diproyeksikan pada tahun 2001 adalah sekitar 370 miliar dolar AS, yang merupakan sekitar 10% dari seluruh belanja kesehatan global (Khaterine, 2020).

Hipertensi mempunyai konsekuensi buruk seperti penyakit jantung, stroke, diabetes, penyakit ginjal kronis, dan peningkatan kerentanan terhadap penyakit jantung. Hipertensi dapat menyebabkan kerusakan jantung yang signifikan dan konsekuensi lainnya. Hipertensi dapat menyebabkan kalsifikasi arteri, yang menyebabkan berkurangnya perfusi dan oksigenasi jantung. Meningkatnya hipertensi dan berkurangnya sirkulasi darah dapat mengakibatkan kematian mendadak (WHO, 2023). Hipertensi yang tidak dikelola menyebabkan angka kematian lebih dari 50% akibat penyakit jantung, dan 10-15% akibat gagal ginjal (Black & Hawks, 2014). Stroke, khususnya stroke hemoragik dan gagal jantung non-iskemik, sering terjadi akibat hipertensi di Asia (Kario et al., 2018). Berdasarkan data Survei Pemeriksaan Kesehatan dan Gizi Nasional (NHANES) 2015-2016, hanya 48,3% penderita hipertensi yang berhasil mengendalikan tekanan darahnya. Prevalensi hipertensi yang tidak terkontrol di Indonesia sebesar 44,65% (Riyadina, 2017).

Hipertensi memberikan dampak negatif tidak hanya terhadap kesehatan fisik, namun juga psikologis, sosial, dan lingkungan sehingga berdampak pada menurunnya kualitas hidup. Penilaian kualitas hidup mencakup berbagai dimensi, termasuk kesejahteraan fisik, kesehatan mental, kontak sosial, kepuasan terhadap terapi, dan rasa nyaman secara umum (Maria, 2017). Kualitas hidup berkaitan dengan penilaian subjektif seseorang terhadap keseluruhan keadaan yang menguntungkan atau tidak menguntungkan dalam hidupnya. Penilaian kualitas hidup dan faktor psikologis dapat bervariasi dari waktu ke waktu, bergantung pada kesehatan fisik pasien, kondisi mental, perjalanan penyakit, dan cara perawatan medis diberikan (Tania, 2017).

Pengobatan atau penatalaksanaan hipertensi memerlukan perawatan jangka panjang dan berkesinambungan sepanjang hidup seseorang (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Menurut JNC 8 (2014), penatalaksanaan hipertensi melibatkan intervensi farmakologis (pengobatan) dan intervensi

nonfarmakologis (perubahan gaya hidup). Modifikasi gaya hidup adalah pendekatan non-farmakologis utama untuk mengatasi kondisi ini. Langkah-langkah ini meliputi pengurangan berat badan, pembatasan asupan natrium, kepatuhan terhadap diet rendah lemak, penggunaan alkohol dan kafein dalam jumlah sedang, penggunaan teknik relaksasi, dan berhenti merokok (Ainurrafiq, 2019).

Memasukkan keyakinan agama dan spiritual ke dalam teknik relaksasi meningkatkan kemanjuran respons relaksasi. Prinsip-prinsip keagamaan diterapkan baik dalam konteks internal maupun eksternal. Teknik mendasar dalam latihan spiritual Islam adalah latihan dzikir, yang mencakup tindakan mengingat dan mengakui Allah. Individu melakukan amalan ini dengan tujuan untuk memupuk ketenangan batin melalui nikmat yang disodorkan oleh Allah. Dzikir mempunyai efek yang sangat besar dalam melebarkan dada dan menenangkan hati. Khasiat Dzikir dalam meredakan kecemasan dan kesedihan telah dibuktikan oleh Sapitri dkk. pada tahun 2015. Penelitian yang dilakukan oleh Purwaningsih dan Windasari (2022) tentang terapi nonfarmakologis dengan memanfaatkan terapi dzikir pada pasien lanjut usia dengan hipertensi menunjukkan bahwa penerapan terapi dzikir menyebabkan peningkatan kualitas hidup subjek tersebut secara keseluruhan.

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019, bidang kesehatan mengamanatkan agar setiap penderita hipertensi mendapat layanan yang memenuhi persyaratan tertentu. Kriterianya mencakup tujuan pelayanan 100%, yang mencakup pemantauan tekanan darah setidaknya sebulan sekali di fasilitas kesehatan dan memberikan instruksi tentang perubahan gaya hidup dan kepatuhan pengobatan. Berikan obat yang diresepkan dan tawarkan rujukan yang sesuai jika diperlukan. Jika temuan pengukuran darah melebihi 140 mmHg, intervensi farmasi dimulai bersamaan dengan prasyarat terapi non-farmakologis.

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, prevalensi penderita darah tinggi secara nasional sebesar 34,11%. Indonesia diperkirakan memiliki populasi 658.201 orang yang menderita hipertensi. Angka kejadian hipertensi pada

perempuan (10,95%) melebihi laki-laki (5,74%). Angka kejadian di daerah perkotaan menunjukkan peningkatan yang kecil (9,10%) dibandingkan dengan daerah pedesaan (7,45%). Provinsi Jawa Barat memiliki angka prevalensi terbesar yaitu sebesar 39,6%, sedangkan Provinsi Papua memiliki angka prevalensi terendah sebesar 22,22%. Provinsi Lampung memiliki angka prevalensi sebesar 29,94% (Riskesdas, 2018) (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Berdasarkan survei kesehatan di Provinsi Lampung tahun 2018, Kabupaten Lampung Timur mempunyai prevalensi hipertensi tertinggi ketiga pada kelompok umur 15 tahun ke atas, yaitu sebesar 20,54%. Saat ini, hanya 43% penderita hipertensi di Kabupaten Lampung Timur yang memanfaatkan layanan kesehatan yang memenuhi kriteria. Namun demikian, nilai ini masih jauh dari target yang ditetapkan oleh SPM (100%), sehingga terjadi disparitas yang cukup besar yaitu sebesar 57%. Kecamatan Melinting termasuk dalam 10 kecamatan yang pelayanan kesehatan hipertensinya paling rendah yakni sebesar 36%. Meski demikian, pencapaian tersebut masih jauh tertinggal dari tolok ukur pelayanan yang ditetapkan Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Timur pada tahun 2021. Berdasarkan Profil Puskesmas Wana tahun 2021, hipertensi merupakan penyakit tidak menular yang paling banyak ditemui dan termasuk dalam 10 penyakit teratas di Indonesia. Kecamatan Melinting. Terdapat total 6530 kasus hipertensi pada individu berusia 15 tahun ke atas. Wilayah kerja Puskesmas Wana mencatat total kumulatif 171 kasus hipertensi pada pasien berusia 60 tahun ke atas.

Indonesia memiliki jumlah penduduk beragama Islam sebanyak 237,53 juta jiwa per 31 Desember 2021. Angka tersebut setara dengan 86,9% penduduk Indonesia yang berjumlah 273,32 juta jiwa. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa agama yang dianut masyarakat Indonesia adalah Islam (Kementerian Dalam Negeri, 2021). Penelitian yang dilakukan oleh Aini dan Astuti (2020) menyelidiki efek Terapi Relaksasi Dzikir terhadap penurunan tekanan darah pada orang yang didiagnosis hipertensi. Peserta menunjukkan variasi yang signifikan dalam tingkat fokus mereka sebelum dan sesudah penerapan terapi relaksasi dzikir. Selain itu, hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Weddy, dkk (2016) mengenai efek pemberian

terapi meditasi pada lansia penderita hipertensi. Temuan penelitian menunjukkan nilai ρ sistolik sebesar 0,000 dan nilai ρ diastolik sebesar 0,001 ($\alpha \leq 0,05$), yang menunjukkan dampak yang signifikan secara statistik dari pemberian terapi meditasi Dzikir pada individu lanjut usia yang menderita hipertensi. Penelitian yang dilakukan oleh Widodo & Purwaningsih pada tahun 2013 di Sosial Wening Wardoyo Ungaran melibatkan total 40 peserta, dengan 20 orang dimasukkan ke dalam kelompok kontrol dan 20 orang dimasukkan ke dalam kelompok intervensi. Temuan penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan substansial pada kualitas hidup partisipan sebelum mendapatkan terapi meditasi, didukung dengan nilai p-value sebesar 0,834. Namun demikian, kesenjangan yang nyata terlihat setelah penerapan intervensi tersebut. Kelompok yang menerima meditasi melihat peningkatan substansial dalam kualitas hidup mereka, yang ditunjukkan dengan nilai p sebesar 0,000 (Widodo & Purwaningsih, 2013). Dalam penelitian Ibrahim (2009), 57,2% dari 91 pasien lansia yang disurvei memiliki persepsi kualitas hidup yang rendah, sedangkan 42,9% melaporkan kualitas hidup yang baik. Konsep kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai kesenjangan antara hasil yang diharapkan pasien dan pengalaman hidup sebenarnya (Ibrahim, 2009).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Wana, wawancara dengan pemegang program Posyandu lansia Puskesmas Wana wilayah kerja Kecamatan Melinting Kabupaten Lampung Timur. Belum tercapainya target Standar Pelayanan Minimal pelayanan kesehatan penderita hipertensi di atas disebabkan karena penjarangan aktif penderita hipertensi di luar gedung Puskesmas terkendala wilayah kerja yang luas terutama akses jalan yang rusak dan jauh. Adapun faktor ekonomi juga menyebabkan para lansia tidak mampu berobat secara umum serta banyak juga yang belum mempunyai BPJS. Penderita hipertensi juga masih kurang pengetahuan tentang penatalaksanaan pengobatan hipertensi secara non farmakologi. Berdasarkan uraian di atas, peneliti ingin melakukan kajian lebih lanjut tentang penatalaksanaan pengobatan secara non farmakologi yaitu dengan terapi dzikir. Dzikir merupakan terapi yang murah, mudah, tidak menimbulkan efek samping negatif. Maka dari itu penulis ingin mengetahui bagaimana pengaruh terapi

dzikir terhadap tekanan darah dan kualitas hidup pada lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Kabupaten Lampung Timur.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas penulis merumuskan masalah sebagai berikut: “Adakah pengaruh terapi dzikir terhadap tekanan darah dan kualitas hidup pada lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh terapi dzikir terhadap tekanan darah dan kualitas hidup pada lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting, Kabupaten Lampung Timur

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik responden lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur yaitu: jenis kelamin, umur, pendidikan, dan pekerjaan.
- b. Mengetahui tekanan darah dan kualitas hidup pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan terapi dzikir pada kelompok intervensi pada lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur.
- c. Mengetahui pengaruh terapi dzikir terhadap tekanan darah pada kelompok intervensi di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur.
- d. Mengetahui pengaruh terapi dzikir terhadap kualitas hidup pada kelompok intervensi di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur.
- e. Mengetahui perbedaan tekanan darah dan kualitas hidup antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi serta edukasi terkait manfaat terapi dzikir terhadap tekanan darah dan kualitas hidup pada penderita hipertensi

1.4.2 Manfaat bagi pembaca

Memperkaya dan menambah pengetahuan bagi pembaca dalam suatu penelitian khususnya terkait dengan pengaruh terapi dzikir dalam tekanan darah dan kualitas hidup

1.4.3 Manfaat bagi tenaga kesehatan Puskesmas Wana

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan masukan sebagai alternatif terapi dalam mengontrol tekanan darah dan kualitas hidup bagi penderita hipertensi

1.4.4 Manfaat bagi peneliti selanjutnya

Sebagai referensi terkait terapi dzikir dalam pengobatan secara non farmakologi yang dapat digunakan untuk mengontrol tekanan dan kualitas hidup bagi penderita hipertensi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Hipertensi

2.1.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi, atau tekanan darah tinggi, adalah kondisi yang berpotensi fatal dan umumnya dikaitkan dengan usia lanjut. Faktor penentu utama terjadinya hipertensi adalah usia, yang menyebabkan tingginya kejadian hipertensi pada lansia (Fauzi, 2014). Hipertensi merupakan akibat dari ketidakseimbangan sistem sirkulasi karena berbagai penyebab. Mendiagnosis kondisi ini tidak bisa hanya mengandalkan satu aspek saja (Setiati, 2015).

Menurut *The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII)*, klasifikasi hipertensi pada orang dewasa dapat dibagi menjadi kelompok normal, prehipertensi, hipertensi derajat I dan derajat II.

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC VII Tahun 2003

| Klasifikasi tekanan Darah | Tenakan Darah Sistolik (mmHg) | Tekanan Darah Diastolik (mmHg) |
|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Normal | < 120 | <80 |
| Prehipertensi | 120-139 | 80-89 |
| Hipertensi derajat I | 140-159 | 90-99 |
| Hipertensi derajat II | ≥ 160 | ≥100 |

2.1.1.2 Tipe Klasifikasi Hipertensi

Hipertensi, yang biasa dikenal dengan tekanan darah tinggi, dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis: hipertensi primer dan hipertensi sekunder (Garner 2007, dalam Kenia 2013).

1. Hipertensi *Primary* adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah akibat pengaruh gaya hidup seseorang dan faktor lingkungan. Kebiasaan makan yang tidak teratur yang menyebabkan kelebihan berat badan atau obesitas merupakan katalis utama berkembangnya tekanan darah tinggi.
2. Hipertensi *secondary* adalah penyakit medis dimana terjadi peningkatan tekanan darah yang disebabkan oleh kondisi mendasar seperti gagal jantung, gagal ginjal, atau gangguan pada sistem hormonal tubuh.

2.1.1.3 Faktor yang Merupakan Faktor Risiko Hipertensi

a. Faktor Risiko yang Tidak Dapat Dikontrol

Hipertensi dapat dikelola dengan mengelola faktor risiko yang terkait dengan hipertensi secara efektif. Faktor-faktor yang dapat dikendalikan adalah sebagai berikut (Baradero, 2008):

1) Usia

Hipertensi sangat dipengaruhi oleh usia, karena kemungkinan terjadinya hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia. Prevalensi hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia, akibat perubahan fisiologis intrinsik yang berdampak pada sistem kardiovaskular, pembuluh darah, dan fungsi endokrin. Baradero (2008) menemukan bahwa mereka yang menderita hipertensi sebelum usia 35 tahun lebih mungkin mengalami peningkatan kejadian penyakit arteri koroner dan kematian dini (Baradero, 2008).

Seiring bertambahnya usia seseorang, kemungkinan tertular hipertensi semakin meningkat sehingga kejadiannya relatif tinggi pada lansia yaitu sekitar 40%. Selain itu, angka kematian penderita hipertensi di atas usia 60 tahun adalah sekitar 50%. Seiring bertambahnya usia, arteri mengalami penurunan elastisitas atau

fleksibilitasnya, yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Prevalensi hipertensi cenderung meningkat pada dekade kelima dan keenam kehidupan. Peningkatan tekanan darah yang berkaitan dengan usia adalah kejadian umum. Namun, jika perubahan ini terlalu terlihat dan disertai dengan penyebab lain, hal ini dapat menyebabkan hipertensi beserta konsekuensi terkaitnya. Menurut WHO, lansia dikategorikan menjadi empat kelompok berbeda, yaitu:

1. Usia pertengahan (middle age) mengacu pada periode kehidupan antara usia 45 dan 59 tahun.
2. Lansia (elderly) mengacu pada periode kehidupan antara usia 60 dan 74 tahun.
3. Lansia tua (Old) mengacu pada periode kehidupan antara usia 79 sampai dengan 90 tahun
4. Usia sangat tua (very old) usia diatas 90 tahun.

2) Jenis kelamin

Terjadinya penyakit tidak menular tertentu seperti hipertensi dipengaruhi oleh jenis kelamin. Secara spesifik, laki-laki lebih besar kemungkinannya menderita hipertensi dibandingkan perempuan, dengan rasio peningkatan tekanan darah sistolik sekitar 2,29 mmHg (Baradero, 2008).

Di semua kelompok etnis, laki-laki menunjukkan tekanan darah sistolik dan diastolik lebih tinggi dibandingkan perempuan. Wanita dipengaruhi oleh berbagai hormon, salah satunya estrogen. Estrogen berperan protektif dalam mencegah hipertensi dan konsekuensi terkaitnya, seperti penebalan dinding pembuluh darah atau aterosklerosis. Serangan jantung jarang terjadi pada wanita dalam masa reproduksi, biasanya antara usia 30 dan 40 tahun, meskipun kejadiannya lebih tinggi pada pria. Arif Mansjoer menegaskan, baik pria maupun wanita pada masa menopause

memiliki dampak yang sama terhadap prevalensi hipertensi. Wanita menopause mungkin mengalami perubahan hormonal yang mengakibatkan penambahan berat badan dan peningkatan sensitivitas terhadap asupan garam, yang menyebabkan peningkatan tingkat tekanan darah. Wanita menopause yang menggunakan terapi hormon mungkin mengalami peningkatan tingkat tekanan darah (Nelia, 2019).

3) Riwayat keluarga

Individu dengan riwayat keluarga yang mempunyai kecenderungan menderita hipertensi mempunyai peluang 14,378 kali lebih tinggi untuk terkena hipertensi dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki kecenderungan tersebut. Dengan menggunakan regresi logistik berganda dalam analisis multivariat, ditentukan bahwa variabel riwayat keluarga memberikan dampak paling besar terhadap tekanan darah subjek, sehingga menjadikannya sebagai faktor risiko hipertensi yang paling signifikan (Sugiarto, 2007 dalam Kartikasari 2012).

b. Faktor Risiko Yang Dapat Dikontrol

Penatalaksanaan hipertensi melibatkan pengaturan variabel risiko (Gunawan-Lany, 2005). Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah sebagai berikut:

1) Konsumsi Garam

Natrium klorida, juga disebut sebagai garam meja, berperan penting dalam timbulnya hipertensi. Garam meja terdiri dari 40% natrium dan 60% klorida. Konsumsi 3-7 gram natrium setiap hari, karena sebagian besar natrium diserap di usus kecil. Volume cairan ekstraseluler pada orang sehat seringkali bervariasi tergantung pada fungsi peredaran darah dan berkorelasi langsung dengan kandungan garam total dalam tubuh. Volume sirkulasi efektif berkaitan dengan porsi volume cairan ekstraseluler yang secara aktif mengantarkan darah ke jaringan di dalam ruang

pembuluh darah. Natrium diserap secara aktif, kemudian dikirim melalui aliran darah ke ginjal untuk disaring, dan kemudian diserap kembali ke dalam aliran darah dalam jumlah yang cukup untuk mempertahankan kadar natrium dalam darah. Sekitar 90-99% natrium yang masuk ke dalam tubuh dikeluarkan melalui urin. Aldosteron, hormon yang diproduksi oleh kelenjar adrenal, mengontrol keluaran urin (Schroeder, DuBois, Sadowsky, & Hilgenkamp, 2020).

Individu dengan sensitivitas natrium menunjukkan kecenderungan tinggi untuk mengikat natrium, mengakibatkan retensi cairan dan peningkatan tekanan darah. Garam mempunyai sifat retensi cairan, sehingga konsumsi garam berlebihan atau konsumsi makanan asin dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Asupan garam yang minimal pada kelompok etnis dikaitkan dengan kejadian hipertensi yang jarang terjadi. Bila asupan garam di bawah 3 gram per hari, maka kejadian hipertensi cukup rendah. Namun jika konsumsi natrium meningkat hingga kisaran 5-15 gram per hari, maka kejadian hipertensi akan meningkat hingga 15-20%. Asupan garam berkontribusi terhadap perkembangan hipertensi dengan meningkatkan volume plasma, curah jantung, dan tekanan darah. Selain garam dapur, sumber natrium lain yang perlu diwaspadai adalah bumbu masak atau monosodium glutamat (MSG). Saat ini, prevalensi penggunaan MSG telah mencapai ambang batas yang sangat memprihatinkan, sehingga mengakibatkan peningkatan kerentanan terhadap hipertensi (Schroeder, DuBois, Sadowsky, & Hilgenkamp, 2020).

2) Konsumsi Lemak

Terdapat korelasi kuat antara konsumsi lemak jenuh dan penambahan berat badan, yang pada gilirannya meningkatkan kemungkinan terkena hipertensi. Konsumsi lemak jenuh juga

meningkatkan kemungkinan terjadinya aterosklerosis, suatu kondisi yang terkait dengan peningkatan tekanan darah.

Komposisi minyak goreng meliputi campuran asam lemak jenuh (ALJ) dan asam lemak tak jenuh (ALTJ). Minyak goreng dengan kadar ALTJ tinggi hanya bermanfaat untuk penggorengan awal saja. Penggunaan kembali minyak goreng dapat merusak ikatan kimia di dalam minyak, sehingga menyebabkan peningkatan produksi kolesterol berlebih. Hal ini pada gilirannya dapat berkontribusi terhadap berkembangnya aterosklerosis, serta timbulnya hipertensi dan penyakit jantung (Gunawan-Lany, 2005).

3) Merokok

Hipertensi dikaitkan dengan merokok karena adanya nikotin dalam rokok. Merokok menyebabkan penyerapan nikotin oleh kapiler paru, yang selanjutnya didistribusikan ke otak. Nikotin di otak memicu kelenjar adrenal untuk mengeluarkan epinefrin atau adrenalin sehingga menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan jantung memompa lebih keras akibat peningkatan tekanan darah (Gunawan-Lany, 2005). Merokok menginduksi perubahan metabolisme dengan meningkatkan kadar asam lemak bebas, gliserol, dan laktat, yang mengakibatkan penurunan kolesterol High Density Lipid (HDL) dan peningkatan kolesterol dan trigliserida Low Density Lipid (LDL) dalam aliran darah. Hal ini akan meningkatkan kemungkinan terkena hipertensi dan penyakit jantung koroner (Gunawan-Lany, 2005).

4) Obesitas

Berat badan berlebihan atau penumpukan lemak

Obesitas adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan indeks massa tubuh (BMI) 30 atau lebih tinggi. Obesitas meningkatkan kemungkinan terkena hipertensi karena berbagai faktor. Sebuah

penelitian mengungkapkan bahwa 20-30% penderita hipertensi tergolong kelebihan berat badan. Enam puluh Seiring bertambahnya massa tubuh, kebutuhan pasokan darah untuk mengantarkan oksigen dan nutrisi ke jaringan tubuh juga meningkat. Akibatnya, terjadi peningkatan jumlah darah yang mengalir melalui pembuluh darah, sehingga menyebabkan peningkatan tekanan pada dinding arteri (Gunawan-Lany, 2005).

Berat badan berlebih juga meningkatkan detak jantung dan kadar insulin dalam aliran darah. Peningkatan kadar insulin menyebabkan retensi garam dan air oleh tubuh. Seventeen Kincaid-Smith mendalilkan bahwa obesitas dan sindrom resistensi insulin memberikan pengaruh yang signifikan terhadap perkembangan gagal ginjal pada pasien hipertensi, yang biasa disebut sebagai nefrosklerosis hipertensi. Obesitas dapat menyebabkan hipertensi dan penyakit kardiovaskular dengan merangsang sistem renin-angiotensin-aldosteron, meningkatkan aktivitas simpatis, meningkatkan pembekuan darah, dan mengganggu fungsi lapisan dalam pembuluh darah. Selain hipertensi, adanya timbunan adiposa di perut juga berkontribusi terhadap berkembangnya penyakit jantung koroner, sleep apnea, dan stroke (Gunawan-Lany, 2005).

5) Kurangnya aktifitas fisik

Aktivitas fisik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kestabilan tekanan darah. Orang yang tidak melakukan aktivitas fisik secara teratur biasanya menunjukkan peningkatan detak jantung. Hal ini menyebabkan peningkatan tenaga otot jantung sepanjang setiap kontraksi. Menurut Gunawan-Lany (2005), ketika otot jantung mengerahkan upaya lebih besar untuk memompa darah, maka hal itu akan memberikan tekanan lebih besar pada dinding arteri. Peningkatan tekanan ini menyebabkan resistensi

perifer yang lebih tinggi, yang pada gilirannya menyebabkan peningkatan tekanan darah.

Aktivitas fisik yang tidak memadai juga dapat meningkatkan kemungkinan kelebihan berat badan, sehingga meningkatkan risiko hipertensi. Studi epidemiologi telah menunjukkan bahwa olahraga teratur memberikan dampak antihipertensi dengan menurunkan tekanan darah sekitar 6-15 mmHg pada individu dengan hipertensi. Jumlahnya 39. Olah raga umumnya dikaitkan dengan pengendalian hipertensi, karena olah raga isotonik dan teratur dapat menurunkan resistensi perifer sehingga mengakibatkan penurunan tekanan darah. Olahraga juga dikaitkan dengan hubungan antara obesitas dan hipertensi (Gunawan-Lany, 2005).

2.1.1.4 Patofisiologi Hipertensi

Patofisiologi hipertensi primer terjadi melalui mekanisme :

a. Curah jantung dan tahanan perifer

Curah jantung dapat ditingkatkan melalui dua mekanisme: menambah volume cairan atau preload, dan menstimulasi saraf yang memengaruhi kontraktilitas jantung. Aktivasi cepat neuron adrenergik menyebabkan peningkatan curah jantung yang cepat. Mekanisme baroreflex menginduksi penurunan resistensi pembuluh darah, sehingga mengembalikan tekanan darah ke tingkat normal. Namun demikian, pada individu tertentu, pengaturan tekanan darah oleh baroreflex tidak mencukupi, sehingga menyebabkan vasokonstriksi perifer (Sylvia, 2006).

Peningkatan volume yang persisten timbul dari peningkatan volume plasma yang berkepanjangan yang disebabkan oleh buruknya regulasi garam dan air oleh ginjal atau asupan garam yang berlebihan. Pengaturan air dan garam oleh ginjal dapat terganggu oleh peningkatan sekresi renin atau aldosteron, serta penurunan aliran darah ke ginjal.

Peningkatan volume plasma menyebabkan peningkatan volume diastolik akhir, yang pada gilirannya menyebabkan peningkatan volume sekuncup dan tekanan darah. Peningkatan preload biasanya berkorelasi dengan peningkatan tekanan sistolik (Sylvia, 2006).

Keseimbangan antara curah jantung dan resistensi perifer secara signifikan mempengaruhi pengaturan tekanan darah. Konsentrasi sel otot polos di arteriol kecil menentukan tekanan darah. Peningkatan jumlah sel otot polos menghasilkan peningkatan jumlah kalsium intraseluler. Peningkatan kepadatan otot polos menyebabkan pembesaran arteriol, suatu proses yang diatur oleh angiotensin dan menandai permulaan peningkatan resistensi perifer secara permanen (Sylvia, 2006).

Resistensi garam (hipertensi renin tinggi) dan sensitivitas garam (hipertensi renin rendah) adalah dua penyebab utama peningkatan resistensi perifer. Orang dengan hipertensi renin tinggi menunjukkan peningkatan kadar renin akibat kandungan natrium dalam tubuhnya, yang memicu sekresi angiotensin II. Jumlah angiotensin II yang berlebihan menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan merangsang pembesaran dan penggandaan sel otot polos di pembuluh darah. Peningkatan kadar renin dan angiotensin II pada individu dengan hipertensi berhubungan dengan cedera pembuluh darah. Sebaliknya, individu dengan kadar renin rendah akan mengalami retensi garam dan air sehingga menyebabkan terhambatnya sekresi renin. Asupan garam yang tinggi memperburuk hipertensi renin yang rendah (Sylvia, 2006).

Untuk meningkatkan Resistensi Perifer Total, jantung perlu menghasilkan kekuatan yang lebih kuat dan memberikan tekanan yang lebih tinggi untuk mendorong darah melalui arteri darah yang menyempit. Kondisi ini disebut sebagai peningkatan afterload jantung,

yang berhubungan dengan peningkatan tekanan diastolik. Ventrikel kiri mengalami hipertrofi akibat peningkatan afterload yang berkelanjutan. Hipertrofi menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen di ventrikel, sehingga memerlukan tindakan pemompaan yang lebih kuat untuk memenuhi kebutuhan ini. Hipertrofi ditandai dengan pemanjangan serat otot jantung, yang menyebabkan penurunan kontraktilitas dan volume sekuncup (Sylvia, 2006).

b. Sistem renin-angiotensin

Ginjal mengatur tekanan darah dengan mengontrol jumlah cairan ekstraseluler dan melepaskan renin. Sistem renin-angiotensin memiliki fungsi penting dalam pengaturan tekanan darah sebagai sistem endokrin. Renin disekresi oleh juxtaglomerulus ginjal sebagai respons terhadap aliran darah yang tidak memadai di glomerulus, penurunan asupan garam, atau aktivasi sistem saraf simpatis (Sylvia, 2006).

Perkembangan hipertensi disebabkan oleh konversi enzimatik angiotensin I menjadi angiotensin II oleh enzim pengubah angiotensin I (ACE). Enzim pengubah angiotensin (ACE) sangat penting untuk mengontrol tekanan darah dalam tubuh. Hati mensintesis angiotensinogen, senyawa yang ada dalam aliran darah. Ginjal secara enzimatik mengubah hormon renin menjadi angiotensin I, yang merupakan decapeptida yang tidak aktif secara biologis. Enzim pengubah angiotensin (ACE) di paru-paru mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II, suatu octapeptida yang kuat. Angiotensin II memiliki kemampuan besar untuk meningkatkan tekanan darah dengan menyempitkan pembuluh darah, yang terjadi melalui dua mekanisme berbeda, khususnya:

- 1) Meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan merangsang rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus dan disekresikan oleh kelenjar hipofisis. Peran utama organ ini adalah mengontrol konsentrasi dan volume urin yang dihasilkan oleh ginjal. Ketika

kadar ADH meningkat, terjadi penurunan jumlah urin yang dikeluarkan dari tubuh secara signifikan (antidiuresis), sehingga menyebabkan produksi urin pekat dengan osmolalitas tinggi. Untuk mengencerkan, volume cairan ekstraseluler akan ditambah dengan mengeluarkan cairan dari kompartemen intraseluler. Akibatnya, peningkatan jumlah darah menyebabkan peningkatan tekanan darah (Sylvia, 2006).

- 2) Meningkatkan sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron, hormon steroid, memainkan peran penting dalam mengatur kadar cairan ekstraseluler di ginjal. Aldosteron mengurangi ekskresi NaCl dengan meningkatkan reabsorpsinya dari tubulus ginjal. Peningkatan volume cairan di luar sel akan melemahkan kenaikan konsentrasi natrium klorida, sehingga mengakibatkan peningkatan volume dan tekanan darah (Sylvia, 2006).

c. Sistem Saraf Simpatis

Proses regulasi yang mengatur penyempitan dan pelebaran arteri darah terletak di area vasomotor medula serebral. Pusat vasomotor merupakan sumber jalur saraf simpatis, yang meluas ke bawah menuju sumsum tulang belakang dan keluar melalui kolom sumsum tulang belakang untuk mencapai ganglia simpatis yang terletak di dada dan perut. Pusat vasomotor dirangsang oleh impuls yang merambat ke bawah melalui saraf simpatis menuju ganglia simpatis. Saat ini, neuron preganglionik mengeluarkan asetilkolin, yang mengaktifkan serabut saraf postganglionik di pembuluh darah. Akibatnya pelepasan norepinefrin menyebabkan penyempitan pembuluh darah (Sylvia, 2006).

Sistem saraf simpatik mengatur aliran darah dengan menginduksi vasokonstriksi dan pelebaran arteriol. Sistem saraf otonom memainkan peran penting dalam mengatur tekanan darah. Hipertensi muncul akibat interaksi antara sistem saraf otonom dan sistem renin-

angiotensin, serta unsur lain seperti garam, volume sirkulasi, dan hormon tertentu. Hipertensi renin rendah, juga dikenal sebagai hipertensi sensitif garam, dapat disebabkan oleh peningkatan aktivitas adrenergik simpatis atau kelainan pada transportasi kalsium melalui natrium, yang keduanya mengakibatkan retensi natrium. Kadar natrium yang tinggi menyebabkan vasokonstriksi, yang mengubah aliran kalsium di otot polos (Sylvia, 2006).

d. Perubahan struktur dan fungsi pembuluh darah

Perubahan struktur dan fungsi sistem pembuluh darah perifer menyebabkan fluktuasi tekanan darah, terutama pada tahap akhir kehidupan. Perubahan konfigurasi pembuluh darah meliputi aterosklerosis, berkurangnya fleksibilitas jaringan ikat, dan berkurangnya relaksasi otot polos pembuluh darah, sehingga menyebabkan penurunan kapasitas pembuluh darah untuk mengembang dan meregang. Sel endotel pembuluh darah memainkan fungsi penting dalam mengatur arteri darah jantung melalui produksi beberapa molekul oksida vasoaktif lokal (Sylvia, 2006).

2.1.1.5 Manifestasi Klinis Hipertensi

Pemeriksaan fisik mungkin tidak menunjukkan kelainan apapun kecuali peningkatan tekanan darah, yang merupakan satu-satunya gejala. Orang-orang tertentu dengan hipertensi mungkin tetap tidak menunjukkan gejala untuk jangka waktu yang lama. Jika ada gejala, maka gejala tersebut merupakan tanda penyakit pembuluh darah, dengan gejala khas yang khusus terjadi pada sistem organ yang disuplai oleh arteri darah yang terkena (Potter & Perry, 2010).

Elizabeth J. Corwin menyatakan bahwa sebagian besar gejala klinis muncul selama paparan hipertensi dalam waktu lama. Manifestasi klinis yang mungkin terjadi antara lain sakit kepala saat terjaga, kadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan darah intrakranial, gangguan penglihatan akibat kerusakan retina, gaya berjalan tidak stabil akibat

gangguan sistem saraf, dan nokturia (peningkatan buang air kecil di malam hari) akibat peningkatan aliran urin. Aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus terpengaruh, mengakibatkan edema karena peningkatan tekanan kapiler (Potter & Perry, 2010).

Terjepitnya arteri serebral dapat menyebabkan stroke atau serangan iskemik transien, yang ditandai dengan kelumpuhan sesaat pada satu sisi, hemiplegia, atau gangguan penglihatan. Gejala umum lainnya termasuk mimisan (epistaksis), iritasi, telinga berdenging (tinnitus), rasa berat di bagian belakang leher (oksiput), sulit tidur (insomnia), dan disorientasi mata.

2.1.1.6 Diagnosis Hipertensi

Evaluasi terhadap pasien hipertensi mempunyai tiga tujuan khusus, yaitu (Slamet Suyono, 2015).

- a. Menentukan faktor-faktor yang mendasari terjadinya hipertensi.
- b. Evaluasi adanya kerusakan organ target dan penyakit kardiovaskular, luasnya penyakit, dan efektivitas pengobatan.
- c. Menilai adanya faktor risiko atau penyakit penyerta kardiovaskular lainnya, yang memastikan prognosis dan menetapkan pedoman pengobatan.

Diagnosis hipertensi memerlukan banyak penilaian yang dilakukan pada pertemuan yang berbeda, kecuali terdapat peningkatan tinggi badan yang signifikan disertai gejala klinis terkait. Pengukuran tekanan darah dilakukan saat pasien dalam keadaan duduk, setelah istirahat selama 5 menit. Sphygmomanometer adalah instrumen yang digunakan untuk mengukur tekanan darah. Sphygmomanometer hadir dalam beberapa bentuk, namun jenis yang dominan memiliki manset karet yang terbungkus dalam kain yang diikat erat pada lengan, memastikan konsistensi tanpa menyebabkan penyempitan.

Riwayat kesehatan mencakup tingkat keparahan dan durasi hipertensi, penggunaan obat antihipertensi sebelumnya, serta adanya dan gejala yang berhubungan dengan penyakit terkait seperti penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskular, dan penyakit lainnya. Apakah ada faktor keturunan yang berkontribusi terhadap perkembangan penyakit ini? Apakah ada gejala yang secara khusus berhubungan dengan hipertensi? Apakah ada indikasi kerusakan organ? Apakah ada perubahan gaya hidup atau kebiasaan yang berpotensi meningkatkan risiko hipertensi, seperti merokok, pilihan pola makan, riwayat pribadi, latar belakang keluarga, faktor lingkungan, atau faktor pekerjaan.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan antara lain pemeriksaan laboratorium standar sebelum pengobatan, bertujuan untuk mendeteksi kerusakan organ, faktor risiko, atau penyebab yang mendasari hipertensi. Biasanya dilakukan serangkaian pemeriksaan yang meliputi urinalisis, hitung darah tepi komprehensif, analisis kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa, kolesterol total), dan elektrokardiogram (EKG).

2.1.1.7 Komplikasi Hipertensi

Hipertensi dapat mengakibatkan kerusakan baik secara langsung maupun tidak langsung pada organ tubuh. Berbagai penelitian telah menentukan bahwa kerusakan yang ditimbulkan pada organ-organ ini dapat timbul dari peningkatan tekanan darah di dalamnya atau dari variabel tidak langsung seperti keberadaan autoantibodi yang menargetkan reseptor angiotensin II, stres oksidatif, penurunan regulasi, dan faktor serupa. Penelitian lebih lanjut menunjukkan bahwa mengonsumsi makanan tinggi garam dan rentan terhadap sensitivitas terhadap garam memiliki pengaruh penting terhadap perkembangan kerusakan organ, khususnya pada pembuluh darah, dengan mendorong ekspresi berlebih dari transformasi faktor pertumbuhan- β (TGF- β) (Casey, 2006).

1) Otak

Stroke mengacu pada kerusakan yang ditimbulkan pada organ tertentu di dalam otak akibat tekanan darah tinggi. Stroke dapat terjadi akibat pendarahan, peningkatan tekanan intrakranial, atau keluarnya embolus dari arteri darah non-serebral di bawah tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada individu dengan hipertensi kronis ketika arteri yang mensuplai otak mengalami hipertrofi atau penebalan, sehingga mengakibatkan terbatasnya aliran darah ke daerah yang terkena. Arteri serebral yang terkena aterosklerosis mengalami proses melemah, sehingga meningkatkan kemungkinan berkembangnya aneurisma.

Ensefalopati juga dapat timbul, terutama pada kasus hipertensi maligna atau hipertensi yang timbul secara tiba-tiba. Penyakit ini ditandai dengan peningkatan tekanan, yang menyebabkan peningkatan tekanan kapiler. Akibatnya, cairan dipaksa masuk ke ruang interstisial melintasi sistem saraf pusat. Hal ini menyebabkan neuron di sekitarnya mengalami kolaps sehingga mengakibatkan terjadinya koma atau bahkan kematian.

2) Kardiovaskular

Infark miokard dapat timbul dari aterosklerosis pada arteri koroner atau pembentukan trombus yang menghambat aliran darah, sehingga menyebabkan suplai oksigen ke miokardium tidak mencukupi. Pasokan oksigen yang tidak mencukupi ke otot jantung menyebabkan iskemia jantung, suatu kondisi yang pada akhirnya dapat menyebabkan infark miokard.

Hipertensi akan mengakibatkan bertambahnya beban kerja pada jantung. Pemompaan darah secara terus-menerus pada tekanan tinggi oleh jantung dapat menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri, yang mengakibatkan berkurangnya keluaran darah. Perawatan yang tidak memadai atau salah pada tahap ini dapat menyebabkan masalah yang berhubungan dengan gagal jantung kongestif. Selain itu, hipertrofi

ventrikel dapat mengubah waktu konduksi listrik melalui ventrikel, menyebabkan disritmia, berkurangnya suplai oksigen ke jantung, dan peningkatan kemungkinan pembentukan bekuan darah.

3) Ginjal

Penyakit ginjal kronis dapat timbul karena kerusakan progresif yang disebabkan oleh peningkatan tekanan pada kapiler ginjal dan glomeruli. Cedera glomerulus menyebabkan pengalihan aliran darah menuju komponen operasional ginjal, mengakibatkan gangguan pada nefron dan akibatnya kekurangan oksigen, yang akhirnya menyebabkan gagal ginjal. Kerusakan membran glomerulus menyebabkan ekskresi protein dalam urin, yang menyebabkan edema karena penurunan tekanan osmotik koloid plasma. Kondisi ini sangat umum terjadi pada kasus hipertensi kronis.

4) Retinopati

Hipertensi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah di retina. Peningkatan tingkat tekanan darah dan durasi hipertensi yang berkepanjangan berhubungan dengan kemungkinan kerusakan yang lebih parah. Hipertensi dapat menyebabkan komplikasi mata lebih lanjut seperti neuropati optik iskemik, yang ditandai dengan berkurangnya aliran darah yang menyebabkan kerusakan pada saraf optik, serta terbatasnya aliran darah pada arteri dan vena retina yang menyebabkan oklusi. Individu dengan retinopati hipertensi biasanya tidak menunjukkan gejala awal; Namun, pada tahap selanjutnya, kondisi ini pada akhirnya dapat menyebabkan kebutaan total.

Hipertensi maligna menyebabkan kerusakan mata yang lebih serius akibat lonjakan tekanan darah secara tiba-tiba. Gejala klinis akibat hipertensi maligna timbul secara tiba-tiba, antara lain sakit kepala, diplopia, penglihatan kabur, dan kelainan penglihatan akut.

2.1.1.8 Penatalaksanaan Hipertensi

Tujuan penatalaksanaan hipertensi adalah untuk menurunkan terjadinya penyakit kardiovaskular dan kematian, mencegah kerusakan organ, dan mencapai sasaran tekanan darah di bawah 130/80 mmHg dan 140/90 mmHg untuk individu yang berisiko tinggi terkena diabetes atau gagal ginjal (Casey, 2006).

a. Penatalaksanaan Farmakologis

Penatalaksanaan hipertensi pada sebagian besar individu sering kali dimulai dengan pemberian obat antihipertensi dalam dosis sedang, yang kemudian ditingkatkan secara bertahap melalui titrasi berdasarkan faktor-faktor seperti usia dan kebutuhan individu. Memilih dosis tunggal lebih disukai karena meningkatkan kepatuhan dan efektivitas biaya. Saat ini, terdapat obat-obatan yang menggabungkan penggabungan dosis minimal dari dua obat yang termasuk dalam kategori berbeda. Kombinasi ini telah menunjukkan peningkatan kemanjuran dan penurunan efek samping.

Obat antihipertensi yang diindikasikan oleh JNC VII untuk pengobatan farmakologis hipertensi antara lain diuretik (terutama jenis Antagonis Thiazide atau Aldosteron), penghambat beta, penghambat saluran kalsium, penghambat enzim pengonversi angiotensin, dan penghambat reseptor angiotensin II. Diuretik biasanya diresepkan sebagai terapi tambahan karena kemampuannya meningkatkan kemanjuran obat lain. Jika pemberian obat kedua secara efektif mengatur tekanan darah selama minimal satu tahun, pertimbangkan untuk menghentikan pengobatan pertama dengan mengurangi dosis secara bertahap.

b. Penatalaksanaan Non Farmakologis

Memodifikasi gaya hidup merupakan pendekatan non-farmakologis yang berkontribusi terhadap efektivitas pengobatan hipertensi (Yekti, 2011). Selain itu, terapi alternatif komplementer mencakup beragam sistem, praktik, dan produk medis dan perawatan kesehatan yang

biasanya berada di luar bidang pengobatan tradisional (National Institute of Health, 2005). Menurut Peletier (2000), terapi komplementer lebih banyak digunakan di Eropa dibandingkan di Amerika Serikat. Di Jerman penggunaan herbal merupakan bagian dari keperawatan kesehatan.

Temuan penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar, berkisar antara 70% hingga 90%, praktisi layanan kesehatan di seluruh dunia memasukkan terapi komplementer sebagai komponen rutin praktik layanan kesehatan mereka (Kraitzer dan Jansen, 2000). Berdasarkan temuan penelitian, memberikan penyuluhan gaya hidup mempunyai dampak yang signifikan terhadap tekanan darah penderita hipertensi. Pasien memperoleh pengetahuan tentang hipertensi dari dokter. Boulware (2001) menemukan bahwa terapi perilaku, seperti konseling, telah menunjukkan kemanjuran dalam mengelola tekanan darah. Berbagai bentuk terapi alternatif, antara lain bekam, akupunktur, dan pengobatan herbal, termasuk rebusan daun sirsak, dapat digunakan untuk mengatasi hipertensi.

Intervensi non-farmakologis dapat secara efektif mengelola tekanan darah pada individu dengan hipertensi derajat I, mungkin menghilangkan kebutuhan akan pengobatan farmakologis atau menunda permulaannya. Pengobatan non farmakologis dapat digunakan sebagai tambahan untuk meningkatkan hasil pengobatan jika diperlukan obat antihipertensi. Penyesuaian gaya hidup yang disarankan untuk mengelola hipertensi antara lain :

1) Mengurangi Berat Badan Bila Terdapat Kelebihan ($BMI \geq 27$)

Penurunan berat badan dapat mengurangi risiko hipertensi, diabetes, dan penyakit kardiovaskular. Menerapkan pola makan seimbang dapat secara efektif menurunkan berat badan dan menurunkan tingkat tekanan darah. Temuan penelitian eksperimental menunjukkan bahwa penurunan sekitar 10 kg berat

badan menyebabkan penurunan rata-rata tekanan darah sebesar 2-3 mmHg per kg berat badan.

Diet rendah kalori disarankan bagi mereka yang kelebihan berat badan atau obesitas dan berisiko terkena hipertensi, terutama bagi mereka yang berusia awal 40-an yang sangat rentan terhadap hipertensi. Saat menyusun rencana diet, sangat penting untuk memantau konsumsi kalori dengan hati-hati, dengan tujuan mengurangnya sekitar 25% dari kebutuhan energi individu atau 500 kalori per hari, untuk mencapai penurunan berat badan sebesar 0,5 kg per minggu.

2) Olahraga dan Aktifitas Fisik

Latihan isotonik, seperti jalan kaki, lari, berenang, dan bersepeda, berkontribusi terhadap penurunan tekanan darah. Aktivitas fisik yang cukup dan konsisten meningkatkan kekuatan jantung. Otot jantung yang kuat dapat secara efisien mensirkulasikan volume darah yang lebih besar dengan tenaga yang minimal, sehingga mengurangi tekanan yang diberikan pada dinding arteri. Hal ini berkontribusi pada penurunan Resistensi Perifer Total, yang bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah. Namun demikian, sangat penting untuk tidak melakukan aktivitas isometrik, seperti angkat beban, karena berpotensi meningkatkan tingkat tekanan darah.

Menurut Angga (2010), kadang-kadang diamati bahwa individu mengalami penyakit pada tahun-tahun terakhir kehidupannya. Meski demikian, bukan berarti ia tidak bisa melakukan aktivitas fisik. Biasanya, ia dapat mempertahankan rutinitas olahraganya, namun ia harus menemui dokter untuk menentukan apakah olahraga yang dipilih tepat dan tidak memperburuk kondisinya. Pemilihan latihan disesuaikan dengan kondisi spesifik pada kasus

tertentu. Aktivitas fisik yang berlebihan, seperti olahraga berlebihan atau pergerakan sendi, dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada arthritis. Namun demikian, penting untuk menghindari imobilisasi sendi yang meradang karena dapat menyebabkan kekakuan sendi. Berenang adalah pilihan yang sangat bermanfaat bagi penderita arthritis kronis. Untuk pasien dengan penyakit jantung koroner, dokter akan meresepkan olahraga berdasarkan situasi medis spesifik individu tersebut. Biasanya, aktivitas aerobik merupakan bentuk olahraga yang disukai. Contoh aktivitas aerobik antara lain jalan kaki, bersepeda, menari, berenang, dan golf. Olahraga bermanfaat bagi mereka yang menderita penyakit paru obstruktif kronik. Aktivitas fisik untuk individu yang didiagnosis dengan penyakit paru obstruktif kronik dapat meningkatkan kesejahteraan dan kepuasan pasien secara keseluruhan. Biasanya, individu lanjut usia masih bisa melakukan latihan fisik. Namun, beberapa kondisi medis, seperti infark jantung akut, mungkin memerlukan istirahat total. Namun, biasanya masa istirahat penuh ini hanya berlangsung beberapa hari. Pasien akan menjalani proses pelatihan mobilisasi secara bertahap dan kemudian akan diinstruksikan untuk melakukan aktivitas fisik ringan (Angga, 2010).

Menurut Angga (2010: 2), manfaat aktivitas fisik bagi lansia adalah sebagai berikut: 1. Meningkatkan potensi otot jantung, mengurangi kemungkinan terjadinya infark miokard. 2. Memperlancar peredaran darah ke seluruh tubuh sehingga menurunkan tekanan darah dan mencegah hipertensi. 3. Menurunkan kadar jaringan adiposa dalam tubuh sehingga membantu pengurangan kelebihan berat badan dan mencegah obesitas. 4. Meningkatkan kekuatan otot, meningkatkan kelenturan dan mencegah penyakit rematik. Meningkatkan sistem kekebalan tubuh agar efektif menangkal penyakit yang biasa menimpa orang

lanjut usia. 6. Mengurangi stres dan ketegangan psikologis. 7. Olahraga intensitas sedang memiliki banyak manfaat bagi lansia, seperti meningkatkan kesehatan jantung, mengurangi kejadian patah tulang, meningkatkan kapasitas fungsional, dan meningkatkan proses otak. 8. Melakukan aktivitas menahan beban berdampak tinggi, seperti berjalan kaki, adalah metode yang paling aman, hemat biaya, dan mudah serta memberikan manfaat signifikan bagi sebagian besar lansia.

3) Mengurangi Asupan Garam

Menurunkan konsumsi natrium dan melakukan upaya penurunan berat badan dapat menjadi tindakan utama dalam mengelola hipertensi. Jumlah garam dibatasi berdasarkan kondisi kesehatan pasien dan jenis makanan tertentu yang tercantum dalam rencana diet. Batasi konsumsi natrium hingga 60 mmol setiap hari, yang setara dengan tidak lebih dari 1/4 hingga 1/2 sendok teh garam setiap hari. Penderita hipertensi dianjurkan untuk mengonsumsi mentega tawar dan tidak mengonsumsi makanan asin. Diet rendah garam mengacu pada lebih dari sekedar mengurangi asupan garam meja; itu melibatkan konsumsi makanan yang rendah natrium atau kandungan natrium. Penderita hipertensi disarankan oleh pedoman diet untuk membatasi konsumsi garam tidak lebih dari 1.500 mg sodium per hari.

4) Diet Rendah Lemak Jenuh

Kehadiran lemak dalam makanan meningkatkan kemungkinan terjadinya aterosklerosis, suatu kondisi yang terkait dengan peningkatan tekanan darah. Oleh karena itu, disarankan untuk mengikuti pola makan yang rendah lemak jenuh atau kolesterol saat menangani hipertensi. Kolesterol diperoleh oleh organisme melalui asupan makanan dan melalui produksi endogen di hati.

Konsumsi kolesterol berlebihan mungkin menimbulkan risiko bagi kesehatan.

5) Diet Tinggi Serat

Pola makan kaya serat sangat penting bagi penderita hipertensi. Serat terdapat dalam berbagai makanan kaya karbohidrat, termasuk kentang, nasi, singkong, dan kacang hijau, serta sayuran dan buah-buahan. Serat dapat membantu menurunkan tekanan darah tinggi dengan cara mengikat kolesterol dan asam empedu secara efektif, kemudian menghilangkannya melalui pembuangan limbah. Skenario ini dapat dicapai dengan mengonsumsi makanan yang mengandung banyak serat kasar.

6) Tidak Merokok

Merokok secara signifikan berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah karena adanya nikotin dalam rokok. Nikotin merangsang pelepasan hormon adrenalin, yang menyebabkan peningkatan tekanan darah. Berhenti merokok akan mengakibatkan penurunan tekanan darah secara bertahap. Selain itu, merokok dapat mengganggu fungsi optimal obat yang diminum.

7) Istirahat Yang Cukup

Istirahat adalah kesempatan untuk memperoleh energi seluler di dalam tubuh. Istirahat dapat dicapai dengan mengalokasikan waktu yang cukup. Terlibat dalam aktivitas waktu luang tidak berarti mengambil jeda berlebihan yang melebihi tingkat produktivitas yang disyaratkan. Memasukkan waktu istirahat secara teratur sangat penting untuk mengimbangi stres yang timbul selama jam kerja yang sibuk. Relaksasi tidak melibatkan aktivitas rekreasi yang melelahkan. Sebaliknya, ini mengacu pada upaya yang disengaja untuk memulihkan stamina fisik dan memulihkan keseimbangan hormonal di dalam tubuh.

2.1.2 Kualitas Hidup

2.1.2.3 Pengertian kualitas hidup

Rasjidi (2010) menggarisbawahi bahwa kualitas hidup seseorang bergantung pada hak pilihan pribadi dan pengambilan keputusan, karena hal ini sangat subyektif dan sulit dipahami, sehingga sulit untuk diukur. Namun, penting untuk diingat bahwa tujuan utama terapi adalah untuk meningkatkan kualitas hidup individu dengan mengidentifikasi kondisi kesejahteraan yang diinginkan dan merancang teknik untuk mencapainya. Kualitas hidup berkaitan dengan tingkat kepuasan dan pencapaian yang dialami individu dalam hidupnya. Untuk mencapai kualitas hidup yang unggul, seseorang harus memiliki kemampuan untuk mempertahankan kondisi kesejahteraan jasmani, mental, dan spiritual yang optimal. Untuk memberikan partisipasi yang tidak terputus dalam semua kegiatan bagi individu (Ventegodt, 2003).

2.1.2.4 Teori Kualitas Hidup

Kualitas hidup mencakup perasaan holistik tentang kesejahteraan dan kepuasan yang dialami seseorang dalam hidupnya. Ini setara dengan menjalani kehidupan dengan kualitas luar biasa. Hal ini dapat dipisahkan menjadi tiga komponen yang menitikberatkan pada unsur-unsur keberadaan yang dimaksudkan, yaitu:

- 1) Kualitas hidup subyektif mengacu pada persepsi pribadi individu terhadap kesejahteraan dan kepuasan hidup mereka sendiri. Setiap orang secara subyektif menilai orang yang mengartikulasikan persepsi dan emosinya.
- 2) Kualitas hidup eksistensial mengacu pada keseluruhan kesejahteraan hidup individu, merupakan aspek penting yang harus dihormati, dan memungkinkan individu untuk hidup berdampingan secara damai.
- 3) Kualitas objektif mengacu pada bagaimana kehidupan seseorang dipersepsikan oleh orang lain. Kualitas obyektif ditentukan oleh kapasitas individu untuk menyesuaikan diri dengan norma-norma budaya dan mengartikulasikan pengalaman pribadinya. Ketiga

dimensi kualitas hidup ini dikategorikan berdasarkan pernyataan-pernyataan yang berkaitan dengan kualitas hidup. Pernyataan-pernyataan ini dapat diposisikan pada spektrum mulai dari subjektif hingga objektif. Unsur eksistensial meliputi teori kualitas hidup yang meliputi kesejahteraan, kepuasan hidup, kebahagiaan, makna hidup, pemenuhan kebutuhan, biologi, dan realisasi seluruh potensi seseorang.

a) Kesejahteraan

Kesejahteraan bergantung pada fungsi benda-benda di alam objektif dan keadaan eksternal kehidupan. Ketika membahas pengalaman merasa positif, kesejahteraan mengacu pada kepuasan kebutuhan seseorang dan pencapaian aktualisasi diri.

b) Kepuasan hidup

Kepuasan adalah keadaan perasaan bahwa hidup seseorang selaras dengan harapan, keinginan, dan minatnya sehingga menimbulkan rasa puas. Kepuasan adalah keadaan kognitif, khususnya pernyataan mental.

c) Kebahagiaan

Kebahagiaan adalah emosi luar biasa yang berharga dan sangat dicari, namun menantang untuk diperoleh. Ada sejumlah kecil individu yang percaya bahwa kebahagiaan diperoleh dengan menyesuaikan diri dengan norma-norma budaya seseorang. Sebaliknya, kebahagiaan umumnya dikaitkan dengan aspek-aspek non-rasional seperti cinta, hubungan yang kuat dengan alam, dan bukan kekayaan moneter.

d) Makna dalam hidup

Konsep makna hidup sangat penting namun jarang digunakan. Pencarian makna hidup memerlukan pengakuan akan kurangnya tujuan inheren dan pentingnya hidup.

e) Pemenuhan kebutuhan

Pemenuhan kebutuhan berkorelasi langsung dengan tingkat kualitas hidup, karena terpenuhinya kebutuhan seseorang akan

menghasilkan kualitas hidup yang lebih tinggi. Kebutuhan merupakan manifestasi inheren dari esensi fundamental kita yang seringkali dimiliki oleh organisme.

f) Mencapai potensial hidup

Teori realisasi potensi kehidupan mengeksplorasi korelasi antara ciri-ciri fundamental atau landasan biologis. Fenomena ini tidak menghilangkan keistimewaan makhluk hidup, namun malah menurunkan tingkat komunikasi yang signifikan antar sistem mulai dari sel individu hingga organisme sosial.

g) Gambaran biologis kualitas hidup

Definisi biologis kualitas hidup mengacu pada sistem informasi biologis dan tingkat keseimbangan eksistensial yang diamati dalam kaitannya dengan kesejahteraan fisik. Keadaan kesehatan fisik ditentukan oleh efisiensi sistem informasi biologis. Sistem ini memastikan bahwa sel-sel dalam tubuh menerima informasi yang diperlukan agar berfungsi dengan baik dan menjaga kesehatan dan keseimbangan secara keseluruhan. Pengalaman hidup juga dipengaruhi oleh faktor biologis. Persepsi kebermaknaan hidup dapat dianggap sebagai keadaan sistem informasi biologis.

2.1.2.5 Komponen kualitas hidup

Kualitas hidup dapat dikategorikan menjadi tiga komponen: kesehatan, kepemilikan (hubungan individu dengan lingkungan), dan harapan (prestasi dan tujuan individu) (Kurtus, 2005).

1) Kesehatan

2) Kesehatan ditinjau dari kualitas hidup dapat dikategorikan menjadi tiga komponen: fisik, psikologis, dan spiritual. Secara fisik mengacu pada keadaan kesehatan fisik seseorang, kebersihan pribadi, nutrisi, olahraga, pakaian, dan penampilan fisik secara keseluruhan. Secara psikologis, ini mencakup kesejahteraan mental, adaptasi, kesadaran, emosi, harga diri, persepsi diri, dan pengaturan diri. Spiritualitas

mencakup cita-cita, prinsip etika, dan keyakinan agama atau metafisik seseorang.

3) Kepemilikan

Kepemilikan dapat dibagi menjadi dua aspek: fisik dan sosial. Ini berkaitan dengan hubungan individu dengan lingkungannya. Secara fisik meliputi domisili seseorang, tempat kerja atau lembaga pendidikan, orang atau lingkungan sekitar, dan masyarakat sekitar. Membangun hubungan interpersonal yang bermakna dengan individu, termasuk keluarga, teman, dan kolega, serta terlibat dengan lingkungan dan komunitas sekitar.

4) Harapan

Harapan mengacu pada keinginan dan aspirasi yang ingin dipenuhi oleh seseorang agar merasa dihargai dan dihargai dalam keluarga dan komunitasnya. Hal ini dicapai melalui tindakan individu yang bermanfaat dan berasal dari pencapaian dan cita-cita pribadinya.

2.1.2.6 Domain kualitas hidup

Kurtus (2005) mendefinisikan konsep kualitas hidup yang terdiri dari empat kategori berbeda, yaitu:

- a. Kesehatan fisik berkorelasi dengan variabel seperti nyeri dan kecemasan, ketergantungan pada perawatan medis, tingkat energi dan kelelahan, mobilitas, kualitas tidur dan istirahat, kinerja tugas sehari-hari, dan kapasitas untuk bekerja.
- b. Kesejahteraan psikologis dikaitkan dengan pengaruh spiritual positif dan negatif, serta fungsi kognitif seperti pembelajaran, berpikir, memori, konsentrasi, citra tubuh, persepsi, dan harga diri.
- c. Hubungan sosial mencakup hubungan interpersonal, interaksi intim, dan jenis hubungan lainnya.
- d. Dimensi lingkungan mencakup berbagai elemen, termasuk keamanan dan kenyamanan fisik, sumber pendapatan, peluang pengembangan pengetahuan dan keterampilan, keterlibatan dalam aktivitas waktu

luang, lingkungan rumah, akses terhadap layanan kesehatan, kontak sosial, dan alternatif transportasi.

2.1.2.7 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Berbagai teori telah mengajukan banyak aspek yang berkontribusi terhadap kualitas hidup. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kualitas hidup mengacu pada penilaian subjektif individu terhadap nilai dan rasa hormat mereka dalam kerangka budaya dan nilai mereka, serta sehubungan dengan tujuan dan ambisi hidup pribadi mereka. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sebuah penelitian yang dilakukan di Mabsusah pada tahun 2016 menemukan bahwa penilaian dan pengaruh kualitas hidup dapat dikaitkan dengan empat faktor spesifik, yaitu:

1. Kesehatan fisik

Kesejahteraan fisik dapat memengaruhi kemampuan seseorang untuk terlibat dalam berbagai aktivitas atau tugas.

2. Kesehatan Psikologi

Kesehatan psikologis berkaitan dengan ketahanan mental seseorang, yaitu kemampuan mereka untuk menyesuaikan diri terhadap tekanan internal dan eksternal.

3. Hubungan social

Hubungan sosial adalah interaksi antara dua individu atau lebih, dimana tindakan seseorang mempunyai dampak terhadap tindakan orang lain.

4. Lingkungan

Korelasi antara kualitas hidup individu dan lingkungannya sangat signifikan, mencakup faktor-faktor seperti stabilitas keuangan, kebebasan pribadi, keamanan, dan keselamatan fisik. Hal ini juga mencakup aspek-aspek seperti akses terhadap layanan kesehatan dan sosial berkualitas tinggi, kualitas lingkungan hidup seseorang, peluang untuk memperoleh pengetahuan dan mengembangkan keterampilan baru, partisipasi dalam kegiatan rekreasi, dan kondisi fisik lingkungan

sekitar, seperti tingkat polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim, dan pilihan transportasi.

Dalam penelitiannya yang dipublikasikan di Mabsusah (2016), Raebun dan Rootman mengidentifikasi delapan karakteristik yang berdampak pada kualitas hidup seseorang, yaitu:

1. Kontrol, mengacu pada kemampuan untuk mengatur perilaku seseorang, termasuk terlibat dalam diskusi mengenai aktivitas yang bertujuan untuk menjaga kesejahteraan fisik.
2. Kesempatan yang potensial, bergantung pada kemampuan seseorang untuk melihat dan mengenali peluang yang tersedia bagi mereka.
3. Keterampilan, mengacu pada kapasitas seseorang untuk terlibat dalam kegiatan atau kursus tertentu yang berkontribusi terhadap pengembangan pribadinya.
4. Sistem dukungan, yang mencakup dukungan dari keluarga, komunitas, dan infrastruktur fisik, seperti perumahan yang layak dan fasilitas yang diperlukan, sangat penting untuk mempertahankan penghidupan seseorang.
5. Peristiwa dalam hidup terkait erat dengan aktivitas perkembangan dan stres yang diakibatkannya. Peristiwa kehidupan terkait erat dengan tujuan perkembangan yang harus dicapai manusia, dan terkadang, kemampuan individu untuk memenuhi tugas-tugas ini menyebabkan stres intrinsik.
6. Sumber daya yang berkaitan dengan bakat dan kesejahteraan fisik seseorang. Sumber daya didefinisikan sebagai benda dan aset berwujud dan tidak berwujud yang dimiliki seseorang.
7. Perubahan lingkungan hidup adalah perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar, misalnya rusaknya tempat tinggal masyarakat akibat bencana alam.
8. Gejala politik, yang berasal dari permasalahan negara seperti krisis keuangan, mengakibatkan pengangguran dan terkikisnya penghidupan individu.

Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seperti yang diidentifikasi oleh Moons, Marquet, Budst, & de Geest (dalam Salsabila, 2012) diantaranya:

a. Jenis kelamin

Jenis kelamin atau gender memberikan pengaruh besar terhadap kualitas hidup, dimana laki-laki biasanya mempunyai kualitas hidup yang lebih unggul dibandingkan perempuan. Bain, dkk (dalam Nofitri, 2009) menemukan adanya disparitas kualitas hidup antar gender, dimana laki-laki umumnya mempunyai kualitas hidup yang lebih unggul dibandingkan perempuan. Ryff dan Singer (dalam Nofitri, 2009) berpendapat bahwa, secara keseluruhan, tidak ada kesenjangan substansial dalam kesejahteraan laki-laki dan perempuan. Namun demikian, perempuan biasanya memprioritaskan pentingnya membina hubungan, sedangkan kesejahteraan laki-laki secara keseluruhan lebih terkait erat dengan prestasi akademis dan profesional mereka.

b. Usia

Usia seseorang memiliki dampak signifikan terhadap kualitas hidup mereka secara keseluruhan sepanjang masa hidup mereka. Wagner, Abbot, & Lett (2004) melakukan penelitian yang mengungkapkan variasi terkait usia pada bagian-bagian kehidupan yang memiliki arti penting bagi individu. Rugerri, dkk (dalam Nofitri, 2009) melakukan penelitian yang mengidentifikasi korelasi antara parameter yang berkaitan dengan usia tua dan kualitas hidup subjektif.

c. Pendidikan

Kualitas hidup seseorang akan sangat meningkat dengan memperoleh tingkat pengetahuan yang tinggi. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi berkorelasi positif dengan peningkatan kualitas hidup. Dampak pendidikan terhadap kualitas hidup lansia secara keseluruhan sangatlah signifikan. Biasanya, individu dengan latar

belakang pendidikan yang kuat memiliki kesadaran yang tinggi akan kehidupan mereka sendiri, hubungan sosial, dan dunia di sekitar mereka. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Khan dkk. (2014) mengungkapkan bahwa pendidikan secara signifikan mengungguli faktor-faktor lain dalam hal kualitas hidup secara keseluruhan, khususnya dalam domain hubungan sosial dan kualitas hidup lingkungan.

d. Pekerjaan

Pekerjaan seseorang yang aman atau berbahaya, baik sebagai pelajar atau pekerja, atau tidak adanya pekerjaan, akan berdampak pada kesejahteraan mereka secara keseluruhan. Menurut Moons dkk. (dalam Nofitri, 2009), terdapat disparitas taraf hidup antara individu yang dikategorikan sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang menganggur (atau mereka yang sedang aktif mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak dapat bekerja karena disabilitas tertentu.

e. Status pernikahan

Terlepas dari apakah seseorang bercerai atau menjanda, memiliki pasangan mempunyai pengaruh besar terhadap kualitas hidup mereka. Penelitian yang dilakukan oleh Khan dkk. (2014) mengungkapkan hubungan yang signifikan antara status perkawinan dan kesejahteraan individu secara keseluruhan. Orang yang menikah mempunyai skor kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan orang yang bercerai, duda, dan belum pernah menikah. Nawi dkk. (2010) menemukan bahwa perempuan, lanjut usia, lajang atau duda, memiliki tingkat pendidikan rendah, dan menghadapi tantangan keuangan berhubungan dengan penurunan kualitas hidup dan penurunan kesehatan di kalangan lansia

Kualitas hidup ditentukan oleh berbagai faktor, termasuk kesejahteraan fisik, karakteristik psikologis, interaksi sosial, dan lingkungan sekitar, seperti yang dikemukakan oleh berbagai sumber ahli. Berdasarkan

premis Raebun dan Rootman, faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup meliputi pengendalian, peluang potensial, keterampilan, sistem pendukung, peristiwa kehidupan, sumber daya, dan perubahan lingkungan. Teori Moons, Marquet, Budst, & de Geest mengemukakan bahwa jenis kelamin, usia, pekerjaan, pendidikan, dan status perkawinan berpengaruh signifikan terhadap kualitas hidup seseorang.

Para peneliti akan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup petugas kesehatan, berdasarkan standar yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sekaligus mengkaji akar dari berbagai teori tentang kualitas hidup. Komponen yang dicakup adalah kesejahteraan fisik dan psikologis individu, hubungan antarpribadi, dan lingkungan sekitar. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup sebagai serangkaian pengalaman yang dialami individu sepanjang hidup mereka..

2.1.2.8 Pengukuran Kualitas Hidup

Berbagai spesialis atau pakar telah melakukan evaluasi kualitas hidup, meskipun mereka belum menciptakan kriteria dan teknik yang tepat untuk mengukur nilai-nilai kualitas hidup secara andal. Organisasi Kesehatan Dunia kini sering melakukan penilaian kualitas hidup, yang mencakup berbagai aspek kehidupan manusia, seperti keyakinan spiritual dan pekerjaan, untuk memberikan evaluasi menyeluruh. Memasukkan elemen tambahan ini akan meningkatkan kelengkapan pengukuran secara keseluruhan. Penilaian kualitas hidup biasanya melibatkan penggunaan metrik kuantitatif atau kualitatif.

Pada tahun 1991, Organisasi Kesehatan Dunia melakukan penelitian dengan tujuan mengembangkan metrik untuk mengevaluasi standar hidup. Kualitas hidup mengacu pada instrumen penilaian nasional dan antar budaya yang digunakan untuk mengukur standar hidup. Kemudian, Pusat

Kesehatan Dunia bekerja sama dalam pembuatan alat WHOQOL, yang kemudian berganti nama menjadi WHOQO. Sejauh ini, banyak negara telah mengadopsi dan menerapkannya dengan tujuan melakukan beragam penelitian mengenai kualitas hidup.

Penelitian mengenai kualitas hidup dapat dilakukan dengan pendekatan kuantitatif maupun kualitatif dan terdiri dari total 26 item. Meskipun sederhana, instrumen ini mempunyai kapasitas untuk mengevaluasi standar hidup. Selain itu, alat ini juga dapat secara efisien menangkap aspirasi individu dan menilai standar hidup mereka. Para peneliti umumnya menggunakan kriteria WHO untuk mengevaluasi kualitas hidup karena kriteria tersebut mewakili secara lengkap aspek-aspek utama keberadaan manusia. Instrumen yang digunakan disebut WHOQOL.

Penilaian kualitas hidup dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen pengukuran yang divalidasi secara cermat dan dibuat khusus untuk tujuan ini. Pengukuran dapat diperoleh dari banyak sudut pandang dan dapat dibandingkan dengan mengkaji secara khusus kategori-kategori tertentu (Nofitri, 2009).

Didalam Kuesioner WHOQOL-BREF terdiri dari 2 item yang berkaitan dengan kualitas hidup secara keseluruhan dan 24 item yang tersebar di 4 domain yaitu fisik, psikologis, interaksi sosial, dan lingkungan. Pertanyaan 1 dan 2 berisi pertanyaan mengenai kesehatan secara umum dan menyeluruh. Pertanyaan 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18 berkaitan dengan dimensi fisik. Dimensi psikologis meliputi soal nomor 5, 6, 7, 11, 19, dan 26. Ciri hubungan sosial terdapat pada soal 20, 21, dan 22. Aspek lingkungan terdapat pada soal 8, 9, 12, 13, 14, 30, 24, dan 25. Kuesioner ini terutama terdiri dari pertanyaan-pertanyaan positif, kecuali pertanyaan nomor 3, 4, dan 26, yang disusun sebagai pertanyaan negatif (Edesia, 2008).

2.1.3 Dzikir

2.1.3.1 Pengertian

Meditasi dzikir adalah praktik masyarakat yang lazim. Meditasi dengan dzikir berarti mengarahkan perhatian kepada Allah SWT, dengan tujuan untuk membina hubungan yang lebih dalam dengan Tuhan dan menyadari bahwa segala penyakit berasal dari Allah, sebagaimana obat juga diberikan oleh Allah Ta'ala (Budi Priyato, 2011).

Istilah “dzikir” berasal dari kata Arab “adz-dzikh,” yang berarti renungan, ucapan, dan perbuatan baik (Abataza, 2010). Dzikir merupakan amalan yang merupakan bagian dari sunnah Nabi Muhammad (SAW). Melalui amalan dzikir, kita dapat meningkatkan kedekatan kita kepada Allah dengan menerapkan pembatasan pada diri kita sendiri, melepaskan diri dari hal-hal duniawi, dan dengan sepenuh hati mengabdikan hidup kita untuk mencari kebenaran. Melakukan Dzikir dengan sepenuh hati dapat menimbulkan resonansi tertentu dalam diri seseorang, menuntun mereka mencapai keadaan ketenangan dan kesejahteraan emosional yang serupa dengan tahap awal meditasi (Budi Priyato, 2011).

Dzikir adalah perbuatan melakukan amal shaleh dengan tujuan membina hubungan yang lebih mendalam dengan Allah SWT, sesuai arahan Nabi Muhammad SAW. Ilustrasi dari nilai-nilai tersebut antara lain menunjukkan rasa berbakti kepada orang tua, mewujudkan kejujuran, objektivitas, dan keadilan, menunjukkan rasa hormat terhadap orang yang lebih tua, dan menunjukkan kehangatan terhadap individu yang lebih muda, meskipun mereka tidak terbiasa. Lebih jauh lagi, hal ini memerlukan dukungan aktif untuk kebenaran dan mencegah perbuatan salah.

Mengingat Allah (Dzikrullah) adalah praktik yang sangat ditekankan dalam Islam dan bertindak sebagai manifestasi sejati dari pengabdian kita kepada Allah SWT. Melakukan Dzikrullah, yang mencakup amalan

mengingat Allah, adalah amalan yang sangat bermanfaat dan terpuji. Dia berfungsi sebagai katalis untuk berbagai keuntungan, secara efektif menolak kekuatan jahat dan bencana. Dzikir berfungsi sebagai katalis untuk mengembangkan ketahanan dan menumbuhkan kekuatan batin dalam hati manusia.

Latihan ini menawarkan keuntungan yang signifikan. Baik dalam kehidupan duniawi maupun spiritual. Demikian pula, seseorang yang lalai mengingat Allah niscaya akan mengalami akibat yang tak terukur. Mereka yang lalai mengingat Allah SWT dikategorikan sebagai kumpulan individu yang lalai dan ditakdirkan untuk gagal. Dzikir merupakan amalan wajib bagi umat Islam karena berfungsi untuk membina hubungan yang lebih kuat dengan Allah SWT.

Dzikir menurut definisi M. Quraish Shihab pada tahun 2017 adalah perbuatan “mengingat”. Proses kognitif “rekognisi” memberikan pengaruh yang sangat besar terhadap keberadaan seseorang. Ia mempunyai kemampuan untuk mengingat tidak hanya hal-hal khusus tetapi juga urutan-urutan yang saling berhubungan ketika ia mengingat kembali sesuatu. Keinginan, minat, harapan, dan kerinduan kita mungkin bisa menjadi pemicu kenangan. Mengingat peristiwa masa lalu, atau "mengingat", juga dapat mendorong pengembangan konsep baru dan memupuk kreativitas (tafsir Al-Misbah, 2017).

Jika sekadar mengingat segala sesuatu yang ada di alam dapat merangsang terwujudnya berbagai bentuk kreativitas, maka kita hanya bisa membayangkan potensi yang ada dalam mengingat Allah, yang memiliki kreativitas tertinggi dan kekuatan tak terbatas. Dari sudut pandang logika, besar kemungkinan hal ini akan memberikan dampak yang signifikan dan menguntungkan bagi kehidupan. Sebagai perawat, kita dapat memotivasi klien untuk terus berdzikir dan tetap mengingat Allah, karena setiap penyakit pasti ada obatnya, tanpa kecuali.

2.1.3.2 Macam-macam Dzikir

Mansyur (2009) mengategorikan dzikir, sebagaimana dijelaskan oleh para ulama, menjadi tiga jenis:

- a. Dzikir lisan, disebut juga dzikir bil al-lisan, adalah perbuatan membacakan atau mengucapkan takbir, tasbih, tahlil, dan kalimat sejenisnya dengan suara yang jelas.
- b. Dzikir dalam hati (dzikir bi al-cjolib) adalah perbuatan membaca atau mengucapkan kalimat dalam hati seperti takbir, tasbih, tahlil, dan lain-lain secara diam-diam. Sebagian ulama memahami amalan dzikir dalam hati sebagai metafakur, yaitu perenungan dan renungan mendalam terhadap berbagai ciptaan Allah SWT beserta kenikmatannya, yang dilakukan dengan keimanan yang tak tergoyahkan dan emosi yang ikhlas. Inilah dzikir yang dianjurkan oleh Rasulullah SAW. Oleh karena itu, hal yang paling bermanfaat adalah selalu mengingat Allah SWT.
- c. Dzikir dengan panca indera atau bagian tubuh (dzikir bi al-jawarih) meliputi penyerahan seluruh anggota tubuh kepada Allah SWT dengan menaati perintah-Nya dan menjauhi larangan-Nya.

Berbagai ulama tasawuf mempunyai penafsiran dan pengertian yang beragam mengenai peringatan panca indera. Secara khusus, melalui tujuh orientasi dari lima indera..

- a. Berdzikir dengan menitikkan air mata dari kedua matanya
- b. Berdzikir dengan mendengarkan secara aktif hal-hal yang bermanfaat, sambil menahan diri dari percakapan yang tidak berguna.
- c. Berdzikir dengan mengucapkan syukur kepada Allah SWT secara lisan dengan menggunakan lidah dan mulut.
- d. Berdzikir dengan penuh rasa hormat dan optimis terhadap Allah SWT dengan memusatkan perhatian pada hati.
- e. Berdzikir ruh sambil bertawakal dan berserah diri sepenuhnya kepada Allah SWT, ikhlas menerima segala ketetapan-Nya.

- f. Berdzikir jasmani melalui pemenuhan beragam komitmen dan tanggung jawab.
- g. Berdzikir dengan menggunakan kedua tangan ketika bersedekah..

Dzikir fi'il, yang biasa disebut dzikir dengan panca indera, mengacu pada tindakan mengingat Allah melalui tindakan. Misalnya menjalankan ibadah keagamaan seperti shalat dan puasa, menuntut ilmu, menjenguk orang sakit, berusaha mendapatkan rezeki yang halal, mencegah perbuatan zalim, menganjurkan amal shaleh, dan sejenisnya.

2.1.3.3 Manfaat Dzikir

Menurut Ansyarian (2011), Dzikrullah merupakan ikhtiar terpuji yang memberikan banyak manfaat. Terdiri dari hal-hal berikut:

- a. Menerangi hati dan pikiran
Mengingat Allah, juga dikenal sebagai Dzikrullah, mempunyai potensi untuk menerangi dan menguatkan hati dan pikiran.
- b. Kemenangan dan kekuatan
Dalam ayat ini, Allah Taala memerintahkan umat Islam untuk menguatkan hatinya dan konsisten mengingat Allah dengan berdzikir yang banyak ketika dihadapkan pada kekuatan militer yang bermusuhan. Hal ini untuk memastikan bahwa mereka mencapai gengsi dan kemenangan. Ini adalah karakteristik penting yang membawa pada kemenangan dalam setiap konfrontasi. Melalui mengingat Allah SWT, Yang Maha Kuasa, dan keyakinan teguh bahwa kemenangan terletak sepenuhnya pada kekuasaan-Nya, seorang Muslim akan mengambil perspektif penuh harapan dan menggunakan seluruh kemampuannya untuk mengatasi musuh.
Dalam kitab Mizanul-hikmah, Imam Ali bin Abi Thalib menasihati kita untuk melakukan perbincangan terbatas dan lebih mengutamakan mengingat Allah SWT secara luas saat menghadapi musuh.

- c. Allah SWT akan mengingat kita
Dengan terus-menerus mengingat Allah, kita dapat yakin bahwa Allah SWT akan membalas dan mengingat kita secara konsisten juga. Jika terjadi bencana, Allah SWT tidak akan mengabaikan kebutuhan kita akan bantuan, karena kita adalah penyembah-Nya yang rentan. Dalam kitab Biharul-anwar, Imam Ja'far al-Sadiq As mengatakan bahwa Allah SWT mengeluarkan petunjuk kepada umatnya sebagai berikut: “Wahai anak Adam, jagalah aku dalam pikiran dan perasaanmu, sehingga aku juga menjagamu dalam pikiran dan perasaanku. Ingatlah aku bahkan di tengah orang banyak, dan aku akan mengingatmu dengan cara yang sama”.
- d. Penyucian Jiwa
Mengingat nama Allah berfungsi sebagai sarana untuk menyucikan dan mensucikan jiwa. Dengan demikian, hati manusia yang pada dasarnya rusak dapat disucikan melalui amalan dzikir. Sehubungan dengan hal tersebut, Imam Ali bin Abi Thalib As memberikan nasehatnya kepada putranya Imam Hasan Mujtaba, dengan mengatakan, “Anakku, aku menasihatimu agar senantiasa bertakwa kepada Allah SWT dan mensucikan batinmu melalui mengingat Allah”.
- e. Mencegah tipu daya syaitan
Berdasarkan tafsir M. Quraish Shihab tentang Al-Misbah, ditegaskan bahwa setan menyimpan rasa takut terhadap orang-orang saleh yang rutin menyebut nama Allah, sebagaimana tercantum dalam Q.S AlA'raaf ayat 201. Sebagai pemeluk agama Islam, sangat penting untuk konsisten ingatlah kehadiran Allah, karena hal ini akan menjadi perlindungan terhadap pengaruh jahat dan strategi penipuan yang digunakan oleh Setan.

2.1.3.4 Terapi Dzikir

Terapi dzikir merupakan pendekatan spiritual yang hemat biaya, non-farmakologis, non-invasif, dan bebas efek samping. Dzikir adalah

tindakan mengingat kembali kehadiran Allah, yang merupakan suatu bentuk meditasi yang dapat dilakukan baik sendiri maupun bersama-sama. Dzikir dapat dicapai dengan melakukan refleksi dan meditasi mendalam terhadap ayat-ayat Allah, yang mencakup aspek kauniyah (Quran) dan kauniah (kosmik/penciptaan). Terapi dzikir mempunyai kemampuan untuk menyucikan hati dari segala sikap dan emosi yang merugikan, membebaskannya dari beban stres duniawi, kecemasan, keputusasaan, dan kesedihan. Selain itu, ia mempunyai potensi untuk meningkatkan ketahanan dan semangat spiritual, merevitalisasi esensi inti vitalitas di dalam hati. Berbagai penelitian telah menunjukkan kemanjuran pengobatan dzikir dalam mengurangi kecemasan di antara pasien pra-operasi, individu yang menjalani operasi cangkok bypass arteri koroner pra-koroner, dan korban luka bakar. Selain itu, obat ini telah menunjukkan kemanjuran yang lebih baik dalam mengurangi kecemasan dibandingkan dengan mereka yang hanya menjalani terapi tradisional. Meskipun demikian, masih sedikit penelitian mengenai pengaruh terapi dzikir pada individu yang telah didiagnosis mengidap kanker. Lakukanlah amalan dzikir dengan memperbanyak kalimat dzikir, seperti *Astaghfirullahal'adzim*, *Subhanallah*, *Laailaaha illallah*, *Laa hawlaa walaa kuwwata illa billah*, dengan cara yang serupa (Sulistiyawati, 2019).

Dari.Tsauban *radhiallahu 'anhu*,.Nabi *Shallallahu 'alaihi Wasallam* bersabda:

كَانَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ، إِذَا انْصَرَفَ مِنْ صَلَاتِهِ اسْتَغْفَرَ ثَلَاثًا وَقَالَ: اللَّهُمَّ أَنْتَ السَّلَامُ وَمِنْكَ السَّلَامُ، تَبَارَكْتَ ذَا الْجَلَالِ وَالْإِكْرَامِ

“Biasanya Rasulullah Shallallahu’alaihi Wasallam jika selesai shalat, beliau beristighfar 3x, lalu membaca doa: *Alloohumma antas salaam wa minkas salaam tabaarokta yaa dzal jalaali wal ikroom* (Ya Allah Engkau-lah as salam, dan keselamatan hanya dari-Mu, Maha Suci Engkau wahai Dzat yang memiliki semua keagungan dan kemulian)” (HR. Muslim no. 591).

Sebagaimana riwayat dari Ka'ab bin Ujrah *radhiallahu'anhu*, dari Nabi *Shallallahu'alaihi Wasallam*:

مُعَقَّبَاتٌ لَا يَخِيبُ قَائِلُهُنَّ - أَوْ فَاعِلُهُنَّ - دُبْرَ كُلِّ صَلَاةٍ مَكْتُوبَةٍ ، ثَلَاثٌ وَثَلَاثُونَ تَسْبِيحَةً ، وَثَلَاثٌ وَثَلَاثُونَ تَحْمِيدَةً ، وَأَرْبَعٌ وَثَلَاثُونَ تَكْبِيرَةً

“Dzikir-dzikir yang tidak akan merugi orang yang mengucapkannya *setelah* shalat wajib: yaitu 33x tasbih, 33x tahmid, 34 takbir” (HR. Muslim no. 596).

2.1.3.5 Pengaruh Terapi Dzikir Terhadap Perubahan Tekanan Darah

Pengobatan dzikir melibatkan proses yang disengaja untuk menjernihkan pikiran dari masalah psikososial dan mengarahkan pikiran seseorang menuju ketundukan total kepada Tuhan. Menjernihkan pikiran untuk sementara dari kekhawatiran psikososial memungkinkan pengurangan rangsangan yang disebabkan oleh stres. Hipotalamus merespons penurunan masukan dari stres dengan menurunkan regulasi pelepasan hormon kortisol, adrenalin, dan norepinefrin di pembuluh darah (Guyton & Hall, 2006).

Berkurangnya pelepasan hormon-hormon tersebut menyebabkan penurunan aktivitas simpatis sehingga menyebabkan pembuluh darah di seluruh tubuh melebar (vasodilatasi). Pelebaran pembuluh darah ini menurunkan resistensi perifer, menyebabkan penurunan tekanan darah dan denyut nadi. Efek relaksasi dihasilkan oleh dua tugas tambahan selama fase pendinginan, khususnya pengendalian pernafasan (Prabowo, 2005). Relaksasi tubuh ini menimbulkan dua efek: peningkatan kesadaran dan kepekaan terhadap persepsi diri, serta aktivasi hipotalamus untuk melepaskan hormon pereda nyeri tubuh, khususnya endorfin dan melatonin (Kushartanti, 2008). Meningkatkan pemahaman dan daya tanggap terhadap persepsi diri memungkinkan seseorang mencapai gelombang alfa dalam fungsi otaknya, sehingga menyebabkan penurunan respons terhadap stres. Akibatnya, hal ini akan mengakibatkan penurunan tekanan darah dan denyut nadi (Afandi, 2006).

2.2 Penelitian Terdahulu

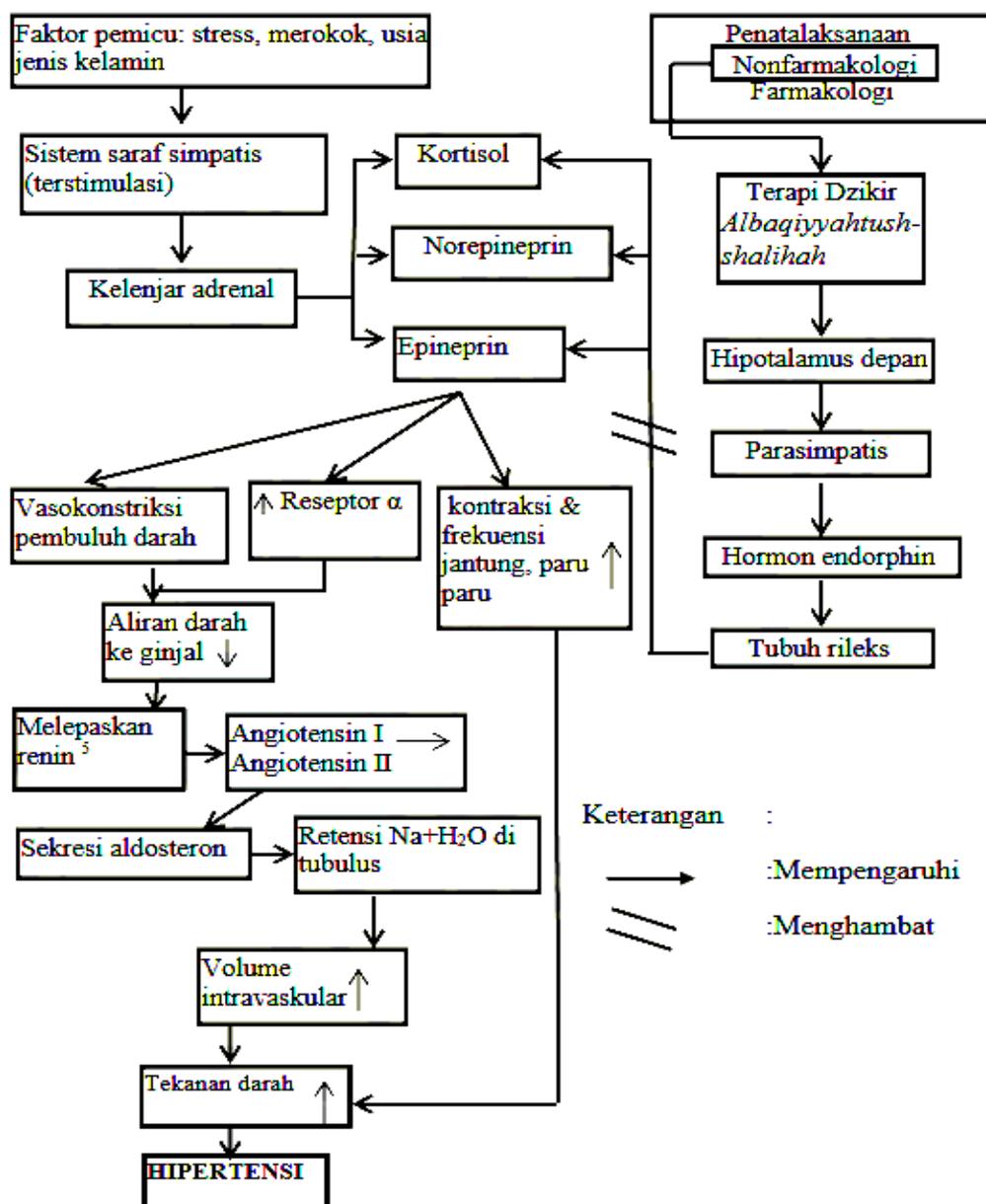
| No | Judul, Nama dan tahun | Pengukuran Variabel | | Populasi dan sampel | Teknik analisis data | Hasil penelitian |
|----|--|--|-------------------------|--|--|--|
| | | X | Y | | | |
| 1 | Pengaruh Meditasi Dzikir Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Purnika (2019) | Meditasi Dzikir, terapi dzikir dilakukan dengan handphone dan headset sebagai alat pendengar dzikir untuk mengfokuskan pikiran | Perubahan Tekanan Darah | Populasi penelitian ini adalah individu yang terdiagnosis hipertensi, sedangkan sampelnya berjumlah 15 responden yang memenuhi kriteria tertentu menderita hipertensi. | Uji analisis yang digunakan adalah uji Paired T test | Penelitian tersebut menghasilkan nilai p-value sebesar 0,001 yang menunjukkan adanya pengaruh yang besar Meditasi Dzikir terhadap fluktuasi tekanan darah pada pasien hipertensi di RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang. Tingkat signifikansi yang dipilih (α) ditetapkan pada 0,05. |
| 2 | Pengaruh Terapi Relaksasi Dzikir Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Aini & Astuti (2020) | Relaksasi Dzikir | Penurunan Tekanan Darah | Subjek penelitian adalah pasien hipertensi yang berobat di Poliklinik Penyakit Dalam. | Uji chi-square | Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata tekanan sistolik sebelum mendapat terapi relaksasi dzikir adalah 149,52 dengan standar deviasi 8,660. Rata-rata tekanan diastolik sebelum pengobatan adalah 94,76 dengan standar deviasi 5,118. Rerata tekanan sistolik mengalami penurunan menjadi 136,67 dengan standar deviasi 7,303 setelah dilakukan terapi relaksasi dzikir. Demikian pula rerata tekanan diastolik menurun menjadi 90,00 dengan standar deviasi 6,325. Uji chi-square menghasilkan nilai ρ sistolik sebesar 0,001 dan nilai ρ diastolik sebesar 0,004, keduanya signifikan secara statistik pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$). Analisis statistik mengungkapkan fluktuasi tekanan darah yang signifikan dan signifikan baik sebelum dan selama pengobatan. Berdzikir dengan tujuan mencapai |

ketenangan.

| NO | Judul, Nama dan Tahun | Pengukuran x | Variabel y | Populasi Dan Sampel | Teknik Analisa Data | Hasil Penelitian |
|----|--|--|----------------------|---|------------------------------|--|
| 3 | Terapi Dzikir untuk Mengurangi Kecemasan pada Pasien Kanker (Sulistyawati, 2019) | Terapi dzikir, buku panduan yang berisi tata cara terapi dzikir. Prosedur terapi dzikir yang diberikan 1 hari 1 kali selama 10 menit | Mengurangi kecemasan | Teknik sampel yang digunakan adalah sekuensial sampling, dimana responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti. | Mann-Whitney dan effect size | Kelompok intervensi diberikan terapi Dzikir setiap hari dengan durasi minimal 10 menit. Kecemasan dievaluasi menggunakan Skala Analog Visual untuk Kecemasan. Penilaian efektivitas terapi dzikir dilakukan dengan menggunakan uji Mann-Whitney dan effect size (ES). Studi ini mengungkapkan perbedaan yang mencolok dalam tingkat kecemasan pasien antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Analisis statistik menunjukkan nilai p sebesar 0,001, yang berada di bawah tingkat signifikansi 0,05. Selanjutnya, ukuran efek (ES) dihitung sebesar 0,87, melampaui kriteria 0,5. |
| 4 | Pengaruh Dzikir Terhadap Kualitas Hidup Lansia Yang Menderita Hipertensi (Purwaningsih, Windasari, 2022) | Dzikir, dilakukan secara rutin 2 kali sehari dalam 1 bulan | Kualitas Hidup | Populasi penelitian terdiri dari 10 orang lansia hipertensi yang belum pernah melakukan meditasi | Uji T berpasangan | Kualitas hidup responden menunjukkan peningkatan yang signifikan setelah mereka diperkenalkan dengan dzikir, sebagaimana ditunjukkan oleh nilai p yang signifikan secara statistik sebesar 0,000. Seluruh sampel yang terdiri dari sepuluh peserta (100,0%) menunjukkan peningkatan kualitas hidup yang baik setelah melakukan dzikir. Uji T berpasangan menghasilkan P-Value sebesar 0,00 (P-Value < 0,05), sehingga hipotesis nol (Ho) ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa amalan dzikir memberikan dampak besar terhadap kualitas hidup seseorang secara keseluruhan |

2.3 Kerangka Teoritis

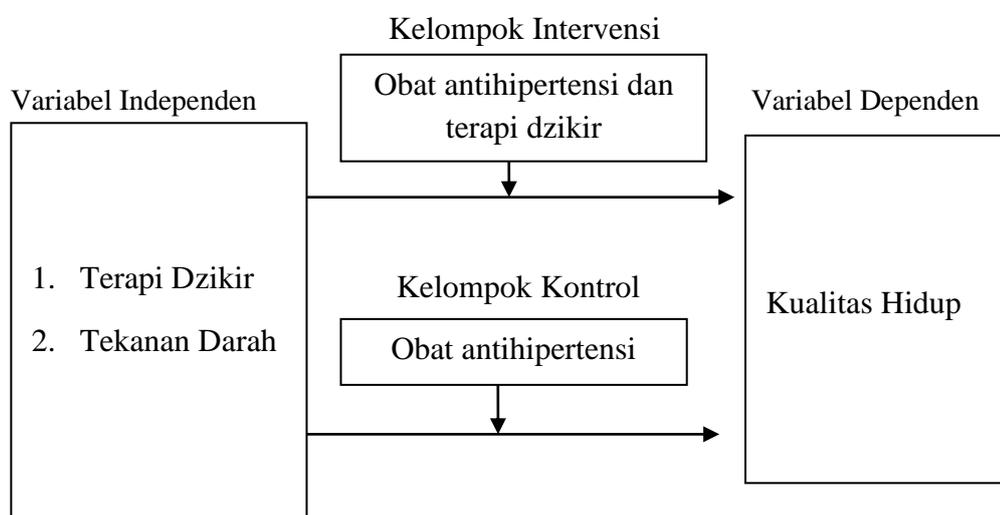
Kerangka teori penelitian merupakan gambaran metodologis mengenai teori dan temuan penelitian yang berkaitan dengan variabel yang diteliti (Sugiyono, 2016).



Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konseptual dalam penelitian mengacu pada suatu struktur yang menguraikan keterkaitan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur dalam suatu penelitian (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konseptual diuraikan dalam penelitian ini, sebagai berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.5 Hipotesis

Menurut La-Biondo-Wood dan Haber (2012), hipotesis adalah solusi sementara terhadap rumusan masalah atau pernyataan penelitian. Hipotesis adalah pernyataan deklaratif yang menguraikan dugaan hubungan antara dua variabel atau lebih dan dimaksudkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu topik penelitian. Setiap hipotesis terdiri dari komponen atau aspek masalah yang berbeda (Nursalam, 2013).

Ha:

- a. Ada pengaruh terapi dzikir terhadap tekanan darah pada kelompok intervensi di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur
- b. Ada pengaruh terapi dzikir terhadap kualitas hidup pada kelompok intervensi di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur
- c. Ada perbedaan tekanan darah dan kualitas Hidup antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur

Ho:

- a. Tidak ada pengaruh terapi dzikir terhadap tekanan darah pada kelompok intervensi di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur
- b. Tidak ada pengaruh terapi dzikir terhadap kualitas hidup pada kelompok intervensi di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur
- c. Tidak ada perbedaan tekanan darah dan kualitas Hidup antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini tergolong kuantitatif, yang secara khusus berfokus pada penentuan dampak suatu variabel tertentu terhadap variabel lain dalam kondisi yang dikontrol secara ketat (Sugiyono, 2011). Metodologi penelitian yang digunakan adalah eksperimen yaitu Quasi Experimental Design yang dijelaskan oleh Campbell dan Stanley dalam bentuk Nonequivalent Control Group Design (Sugiyono, 2011). Desain percobaan mengambil bentuk sebagai berikut:

Tabel 3.1 Desain Penelitian *Nonequivalent Kontrol Group Design* (Sugiyono, 2011)

| Kelompok | <i>Pretest</i> | Perlakuan | <i>Posttest</i> |
|-----------------|-----------------------|------------------|------------------------|
| Eksperimen | O1 | X | O2 |
| Kontrol | O3 | - | O4 |

Keterangan:

| | | | |
|----|--|----|------------------------------------|
| O1 | = <i>pretest</i> kelas eksperimen | O2 | = <i>posttest</i> kelas eksperimen |
| O3 | = <i>pretest</i> kelas kontrol | O4 | = <i>posttest</i> kelas kontrol |
| X | = perlakuan atau <i>treatment</i> terapi dzikir | - | |

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Kabupaten Lampung Timur

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 14 Juli sampai dengan 19 Agustus 2023.

3.3 Variabel penelitian

3.3.1 Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah X1 (Terapi Dzikir) dan X2 (Tekanan Darah)

3.3.2 Variabel terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Y2 (Kualitas Hidup)

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional pada penelitian ini dijelaskan oleh

Tabel 3.2 Definisi operasional variabel bebas dan variabel terikat.

| No | Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala Ukur |
|----|---------------------------|--|-----------------------------|---|---|------------|
| 1 | Umur | Umur responden dengan perhitungan berdasarkan tanggal lahir | kuisisioner | Menggunakan wawancara | Lansia (elderly) = ≥ 60 - 74 th Lansia tua (old) = 75-90 th | Nominal |
| | Jenis kelamin | Identitas responden ditentukan oleh ciri-ciri fisik dan biologis yang membedakan gender. | kuisisioner | Menggunakan wawancara | 0=perempuan 1= laki-laki | Nominal |
| | Pendidikan | Tingkatan sekolah yang dibuktikan dengan ijazah selesainya Pendidikan | kuisisioner | Menggunakan wawancara | 0 = SD 1 = SMP 2 = SMA | Nominal |
| | Pekerjaan | Aktivitas utama responden yang menghasilkan uang masih berlangsung pada saat wawancara | kuisisioner | Menggunakan wawancara | 0=IRT 1= Petani | Nominal |
| 2 | Independen: Terapi Dzikir | Pemberian Terapi Dzikir praktik yang bertujuan untuk mengenali | Modul terapi dzikir yang di | Frekuensi 2x sehari dalam 1 bulan ,minimal 10 | 0 = tidak sesuai panduan 1 = sesuai | Nominal |

| No | Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala Ukur |
|----|---------------------------|--|--|--|--|------------|
| | | kedekatan Allah dan pemberian kesenangan terus-menerus melalui pernafasan berirama dan pernafasan melalui hidung. Praktek ini meningkatkan keadaan tenang dan relaksasi, dengan tujuan akhir mengurangi tekanan darah dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan | dalamnya berisi pengertian dzikir, manfaat dzikir, bacaan dzikir, dan tabel jadwal dzikir harian | menit setiap melakukan dzikir. Dilakukan setelah shalat subuh atau pukul 05.00 WIB dan setelah sholat ashar atau pukul 16.30- 18.00 WIB. | panduan | |
| 3 | Independen: Tekanan Darah | Mengukur tekanan darah pada lansia dengan hipertensi | <i>Sfigmoma nometer</i> manual dan <i>stetoskop</i> | Pengukuran TD sebelum diberikan terapi dzikir dan sesudah Terapi dzikir setelah 1 bulan | Hipertensi Derajat I dan Hipertensi Derajat II | Ratio |
| 4 | Dependen: Kualitas Hidup | Evaluasi individu terhadap keadaan kesehatannya didasarkan pada konteks budaya, sistem nilai, hubungan interpersonal, dan isu-isu yang berkaitan dengan kesejahteraan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. | Kuesioner WHO-Qol BREF Versi Indonesia | Kuesioner WHO-Qol BREF Versi Indonesia dengan 26 item pertanyaan, diberikan sebelum dan sesudah terapi dzikir | Skor kualitas hidup 26-130 | Ratio |

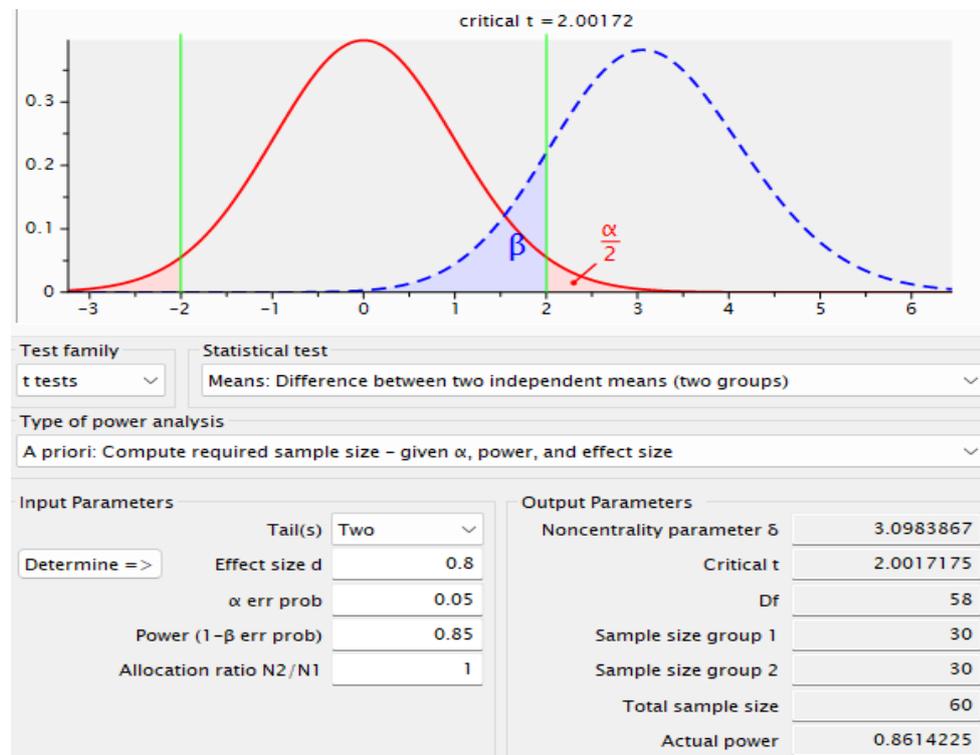
3.5 Populasi dan Sampel Penelitian

3.5.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan keseluruhan sumber data yang diperlukan di dalam suatu penelitian (Notoatmojo, 2010). Jumlah lansia yang mengalami hipertensi 171 orang di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting.

3.5.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan suatu cara tertentu sehingga dianggap dapat mewakili populasinya, sampel merupakan bagian populasi penelitian yang dipakai untuk memperkirakan hasil dari sebuah penelitian (Notoatmodjo, 2010). Besar sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan *software* G-Power. G-Power adalah *software* untuk menghitung *statistical power* atau kekuatan uji statistik untuk berbagai uji t, uji F, uji χ^2 , uji z, uji korelasi, dan uji statistik lainnya. G-Power juga dapat digunakan untuk menghitung ukuran efek (*effect size*) dan untuk menampilkannya secara grafis hasil analisis, sehingga *software* ini juga cocok digunakan untuk melakukan studi simulasi dan proses pengajaran (Akhtar, 2020). Berdasarkan perhitungan effect size 0,8, power 85% dan signifikansi 5% maka diperoleh total sampel yang dibutuhkan 60 responden dengan jumlah sampel 30 responden untuk masing- masing kelompok. Berikut perhitungan dengan menggunakan *software* G- Power:



Gambar 3.1 Perhitungan sampel menggunakan software G-Power

3.5.3 Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *purposive sampling* berdasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat- sifat populasi yang diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2018). Adapun pertimbangan dalam penelitian ini masing-masing sampel yang termasuk dalam kelompok eksperimen harus memenuhi beberapa persyaratan. Persyaratan-persyaratan tersebut meliputi kriteria inklusi dan eksklusi. Dari beberapa kriteria tersebut telah terpilih Desa Sidomakmur dengan 30 responden sebagai kelompok intervensi dan Desa Wana dengan 30 responden sebagai kelompok kontrol, 2 desa tersebut terpilih dalam penelitian karena jarak antara Desa Wana berjauhan dengan Desa Sidomakmur sekitar 30 menit dengan jarak 15 km sehingga diharapkan mengurangi terjadinya bias dalam penelitian.

3.5.4 Kriteria Sampling Penelitian

Kriterian penelitian ini baik secara inklusi dan eksklusi mengacu pada penelitian terdahulu untuk mengurangi terjadinya bias penelitian.

Kriteria Inklusi

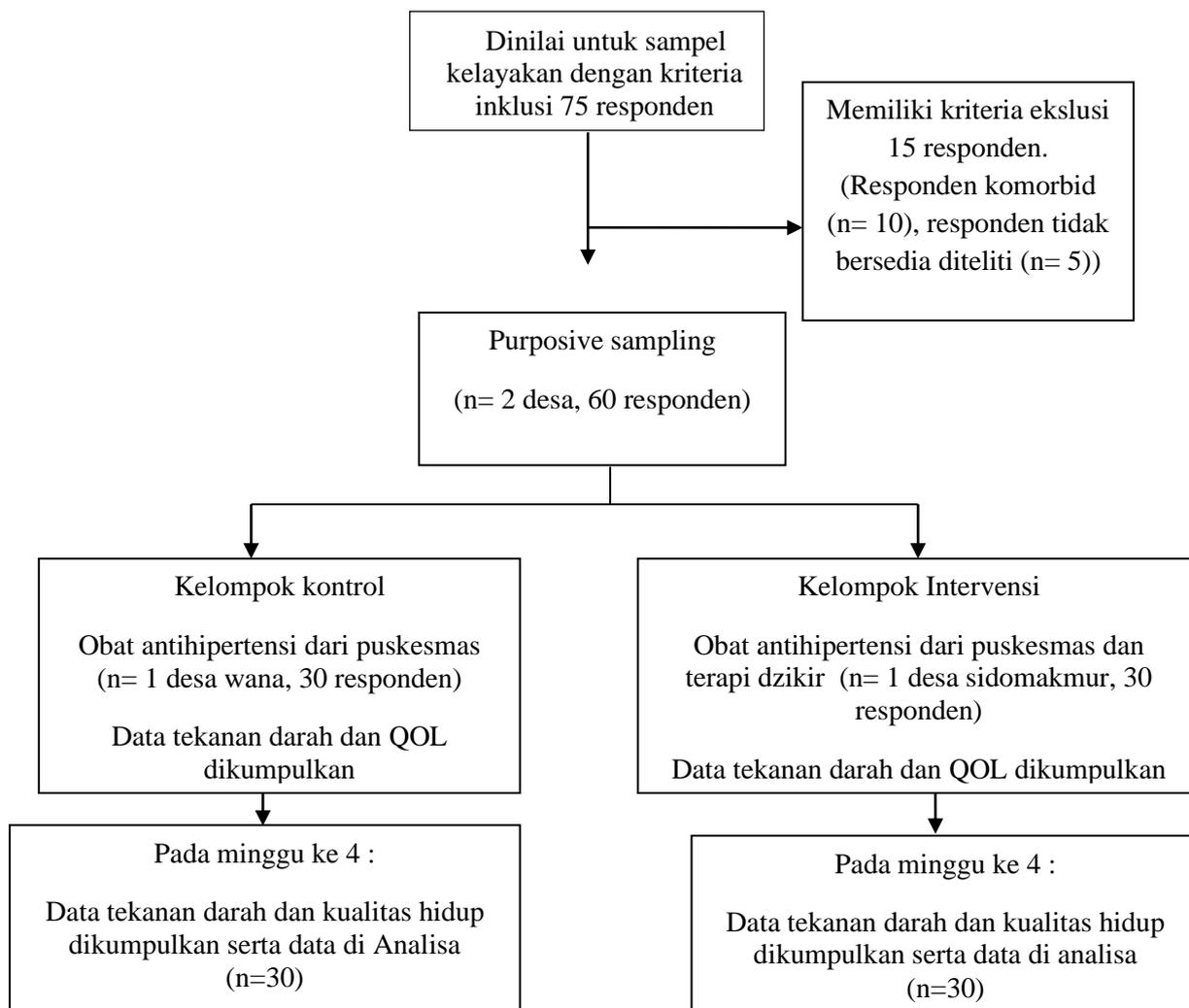
- a. Tinggal di Desa Wana dan Desa Sidomakmur
- b. Lansia dengan usia 60 tahun keatas hipertensi derajat I dan hipertensi derajat II yang mau melakukan pengobatan di puskesmas keliling Wana
- c. Beragama Islam
- d. Lansia yang mempunyai indera pendengaran yang baik
- e. Lansia yang mau diberikan pengobatan yang sama dari dokter puskesmas Wana
- f. Lansia yang dikriteria inklusikan ditemukan 75 responden

Kriteria eksklusi

- a. Tidak bersedia menjadi responden
- b. Memiliki komorbid (PPOK, Stroke, ISPA, Asam Urat, Penyakit Kulit, Gastritis, jantung, ginjal dan Diabetes Mellitus) berdasarkan data rekam medis pasien yang tercatat di posyandu lansia
- c. Hasil penelitian ini ditemukan responden yang memenuhi kriteria eksklusi 75 responden, kemudian di eksklusi 15 orang karena responden yang komorbid 10 orang dan yang tidak bersedia diteliti 5 orang. Sehingga total responden pada penelitian ini adalah 60 orang yang dibagi pada 2 kelompok, 30 orang di Desa Wana sebagai kelompok kontrol dan 30 orang di Desa Sidomakmur sebagai kelompok intervensi.

3.5.5 Tahapan Pengumpulan Data

Tahapan pengumpulan data dapat dilihat dalam gambar 3.2 berikut:



Gambar 3.2 Tahapan Pengumpulan Data

3.6 Teknik Pengumpulan Data

3.6 Instrumen Penelitian

3.6 Teknik Pengumpulan Data

3.6.1 Data Sekunder

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berupa data sekunder yaitu Data Rekam Medis Posyandu lansia di wilayah kerja Puskesmas Wana Tahun 2021 meliputi data hipertensi.

3.6.2 Data primer

Data Primer yang dilakukan pada penelitian ini pada tanggal 14 Juli sampai dengan 21 Agustus 2023 diperoleh dengan :

1. Mengukur tekanan darah menggunakan *sfigmomanometer manual* dan *stetoskop*
2. Kuisisioner yang digunakan kuisisioner WHO QOL BREF Versi Indonesia

3.6.3 Kelompok Intervensi

Kelompok Intervensi sebelum diberikan perlakuan akan di ukur tekanan darah dengan *sfigmomanometer manual* dan *stetoskop* dan kualitas hidupnya dengan kuisisioner WHOQOL BREF versi Bahasa Indonesia. Kelompok intervensi *frekuensi* 2 x sehari dalam 1 bulan lebih kurang 10 menit setiap melakukan, dilakukan setelah shalat subuh atau pukul 05.00 WIB dan setelah sholat ashar atau pukul 16.30 – 18.00 WIB. Terapi dzikir dapat dilakukan oleh pasien dengan dibimbing (keluarga, enumerator). Responden mengikuti setiap arahan yang diberikan peneliti dan diberikan buku panduan yang berisi tata cara terapi dzikir. Prosedur terapi dzikir yang diberikan adalah sebagai berikut:

- 1) Menganjurkan resoponden untuk menempati lingkungan yang higienis dan nyaman, atau alternatifnya, anjurkan untuk melakukan hal tersebut setelah salat Asar.

- 2) Menganjurkan responden untuk berdzikir dan meningkatkan kemampuan mereka untuk berkonsentrasi pada tindakan melafalkan dzikir. Hadits riwayat Bukhari dan Muslim menyebutkan tata cara berdzikir yang dianjurkan sebagai berikut:

Astaghfirullaah (3x) Artinya: “*Aku minta ampun kepada Allah*”.

Subhanallah (33x) Artinya: “*Maha Suci Allah*”

Alhamdulillah (33x) Artinya: “*Segala Puji Bagi Allah*”

AllahuAkbar (33x) Artinya: “*Allah Maha Besar*”

Responden setelah 1 bulan menjalankan terapi tersebut akan diukur kembali tekanan darahnya menggunakan *sfigmomanometer manual* dan *stetoskop* serta mengukur kualitas hidupnya menggunakan kuisisioner WHOQOL BREF versi Bahasa Indonesia.

3.6.4 Kelompok Kontrol

Kelompok kontrol diukur tekanan darahnya dengan *sfigmomanometer manual* dan *stetoskop* serta kualitas hidupnya dengan WHOQOL BREF versi Bahasa Indonesia sebelum atau sesudah penelitian tanpa ada perlakuan terapi dzikir.

3.6.5 Agenda Kegiatan Terapi Dzikir

Tabel 3.3 Agenda Kegiatan Terapi Dzikir
Bulan Juli – Agustus Tahun 2023

| No | Agenda | Tanggal | Metode | Waktu | Penanggung Jawab |
|----|--|-----------------|---------|----------|------------------|
| 1. | Pertemuan Pertama: Melakukan koordinasi dengan Ka. UPTD puskesmas | 14 Juli 2023 | Diskusi | 20 Menit | Peneliti |

| No | Agenda | Tanggal | Metode | Waktu | Penanggung Jawab |
|----|--|---------------------|---|----------|---------------------------------|
| 2. | Pertemuan kedua: Persamaan persepsi antara peneliti dengan enumerator, kegiatan ini meliputi : | 15 Juli 2023 | Sosialisasi | 60 menit | Peneliti, dokter dan Enumerator |
| | <ul style="list-style-type: none"> a. Melaksanakan sosialisasi kepada enumerator pengukuran tekanan darah sesuai Permenkes RI no HK. 01. 07/ Menkes/ 4634/ 2021 tentang pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana hipertensi dewasa yang di paparkan dokter puskesmas wana b. Melakukan persamaan persepsi terkait pengisian modul terapi dzikir dan kuisisioner whoqol bref c. Pemetaan responden | | | | |
| 3. | Pertemuan ke tiga : responden datang ke puskesmas keliling wana melakukan pengobatan hipertensi yang ditangani oleh dokter puskesmas | 17 dan 18 Juli 2023 | pemeriksaan tekanan darah dan edukasi obat antihipertensi | 60 menit | Peneliti, dokter dan Enumerator |
| 4. | Pertemuan ke empat: | | | | Peneliti, Enumerator |

| No | Agenda | Tanggal | Metode | Waktu | Penanggung Jawab |
|----|--|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| | a. Perkenalan dan menjelaskan tujuan penelitian | 20 Juli -21 agustus 2023 | Diskusi | 3.Menit | dan di bantu keluarga |
| | b. Pretest WHOQOL BREF Versi Indonesia | | Kuisisioner Whoqol Bref | 5 Menit | |
| | c. Menjelaskan manfaat terapi dzikir, cara penerapan terapi dzikir dan mengisi modul terapi dzikir pada kelompok eksperimen | | Modul terapi dzikir | 5 menit | |
| 5 | Proses Terapi dzikir 1 bulan, dzikir dilakukan setelah shalat subuh atau pukul 05.00 WIB dan setelah sholat ashar atau pukul 16.30- 18.00 WIB.Enumerator melakukan kunjungan setiap 3 hari sekali untuk memastikan responden mengisi modul dan melakukan terapi dzikir | | Modul terapi dzikir | Minimal 5 menit maksima 1 10 menit | |
| 6 | Pertemuan terakhir | | | | Peneliti dan Enumerator |
| | a. Cek tekanan darah pada kelompok kontrol dan eksperimen | 21 Agustus 2023 | Sfigmoma-nometer manual dan stetoskop | 3 Menit | |
| | b. Post test WHOQOL BREF Versi Indonesia | | Kuisisioner Whoqol Bref | 5 Menit | |

3.7 Jadwal Kegiatan Penelitian

Tabel 3.4 Jadwal Kegiatan Penelitian

| No | Jenis Kegiatan | Okt - Des 2022 | | | | Juli - Des 2023 | | | |
|----|----------------------|----------------|---|---|---|-----------------|---|---|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | Penyusunan proposal | x | | | | | | | |
| 2 | Penyusunan Instrumen | | x | | | | | | |
| 3 | Persiapan Lapangan | | | x | | | | | |
| 4 | Pengumpulan data | | | | | x | | | |
| 5 | Pengolahan data | | | | | | x | | |
| 6 | Analisa data | | | | | | | x | |
| 7 | Penyusunan laporan | | | | | | | | x |

3.8 Pengolahan dan Analisis Data

3.8.1 Pengolahan Data

Setelah proses pengumpulan data selesai, data yang diperoleh dianalisis menggunakan perangkat lunak statistik SPSS versi 25. Prosedur pemrosesan data menggunakan perangkat lunak statistik ini terdiri dari beberapa tahapan yang berurutan:

1. *Editing* (penyunting)

Untuk memverifikasi sekali lagi kelengkapan field di setiap kuesioner.

2. *Coding* (mengkode)

Untuk menyandikan atau melakukan proses konversi jawaban responden guna memudahkan pengolahan data.

3. *Data entry* (memasukkan data)

Entri data mengacu pada proses memasukkan atau memasukkan data ke dalam sistem atau database. Tugas ini diselesaikan dengan memasukkan data ke dalam komputer.

4. *Tabulasi* (tabulasi)

Data disusun dalam tabel berdasarkan maksud dan tujuan penelitian. Tugas ini melibatkan penghitungan data yang diperoleh dari tanggapan kuesioner berkode dari peserta, yang kemudian dicatat dalam format tabel. Tabulasi terjadi setelah pengkodean tanggapan kuesioner, dimana peneliti menghitung dan mencatat data dalam format tabel.

3.8.2 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisisioner WHOQOL BREF Versi Indonesia

WHOQOLBREF versi Indonesia telah mengungkapkan bahwa nilai *Cronbach α* untuk setiap domain berkisar antara 0,41 hingga 0,77, dengan koefisien korelasi *pearson* antara masing-masing domain berkisar antara 0,5 hingga 0,7 (Salim OC, Sudharma N. I, & Hidayat A, 2007).

3.8.3 Pengujian Hipotesis

Langkah-langkah dalam analisis data terdiri dari:

a. Uji Normalitas

Tujuan uji normalitas adalah untuk menilai apakah variabel terikat dan bebas dalam model regresi mempunyai distribusi normal (Ghozali, 2005). Data yang berdistribusi normal dianggap optimal untuk keperluan penelitian. Apabila data yang dihasilkan tidak sesuai dengan distribusi normal, maka uji statistik yang dilakukan dianggap tidak valid. Uji *Shapiro- Wilk* digunakan untuk melakukan uji normalitas dalam penelitian ini. Suatu distribusi dianggap tidak normal jika nilai probabilitas (Asymp. Sig.) di bawah 0,05. Sebaliknya jika nilai probabilitas (Asymp. Sig.) melebihi 0,05 maka distribusinya dianggap normal. Hasil uji normalitas disajikan pada tabel 3.5 berikut ini:

Tabel 3.5 Hasil Uji Normalitas Data Penelitian WHO QOL BREF

| Data Penelitian Kualitas Hidup | Shapiro-Wilk | | |
|--------------------------------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. |
| Intervensi | .945 | 30 | .124 |
| Kontrol | .945 | 30 | .121 |

Tabel 3.5 memperlihatkan hasil uji normalitas terhadap kualitas hidup pada kelompok kontrol dan intervensi dengan uji *Shapiro- Wilk* pada kelompok Intervensi dengan nilai signifikansi > 0.05 , maka distribusi normal. Kelompok kontrol dengan nilai signifikansi > 0.05 , maka distribusi normal

b. Uji Homogenitas

Uji persamaan dua varian digunakan untuk mengetahui homogen atau tidaknya sebaran data, yaitu dengan membandingkan kedua varian tersebut. Jika banyak kelompok data menunjukkan varians yang sama, maka tidak perlu dilakukan uji homogenitas lagi karena data dianggap homogen. Hasil uji homogenitas ditampilkan pada tabel 3.6 berikut ini:

Tabel 3.6 Hasil Uji Homogenitas Data Penelitian (Jenis Kelamin, Pekerjaan dan Pendidikan)

| Karakteristik responden | Chi- Square Test | |
|-------------------------|------------------|------------------------|
| | df | Asymp. Sig. (2- sided) |
| jenis kelamin | 1 | .600 |
| pekerjaan | 1 | 1.000 |
| pendidikan | 2 | .753 |

Tabel 3.6 memperlihatkan hasil uji homogenitas menggunakan *Chi Square Test* pada jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan $p > 0.05$ maka distribusi homogen.

Tabel 3.7 Hasil Uji Homogenitas Data Penelitian (Umur)

| Karakteristik | Levene's Test for Equality of Variances | |
|---------------|---|------|
| | F | Sig |
| Umur | 2.004 | .162 |

Tabel 3.7 memperlihatkan hasil uji homogenitas menggunakan *Levene's Test for Equality of Variances* pada umur dengan $p = 0.162 > 0.05$ maka distribusi homogen.

Tabel 3.8 Hasil Uji Homogenitas Data Penelitian Tekanan Darah

| Data Penelitian Tekanan Darah | Levene's Test for Equality of Variances | |
|----------------------------------|---|-------|
| | F | Sig |
| Sistol Pre | 0.960 | 0.331 |
| ^a Sistol Post | 0.559 | 0.458 |
| ^b Diastol Pre | 2.310 | 0.134 |
| ^e Diastol Post | 0.0069 | 0.793 |

Tabel 3.8 memperlihatkan hasil uji homogenitas terhadap tekanan darah dengan uji *Levene's Test for Equality of Variances* pada kelompok Intervensi dengan nilai signifikansi > 0.05 , maka distribusi homogen.

c. Analisis Univariat

Metode deskriptif digunakan untuk melakukan analisis univariat dan mengetahui sebaran variabel yang diteliti, baik variabel independen maupun dependen, yang dinyatakan dalam persentase.

d. Analisis Bivariat

Penelitian bivariat dilakukan terhadap dua variabel untuk memastikan ada tidaknya hubungan, korelasi, atau kesenjangan. Uji statistik yang digunakan meliputi uji t dependen dan uji t independen. Uji-t dependen digunakan untuk mengevaluasi pengaruh terapi dzikir terhadap tekanan darah dan kualitas hidup pada lansia yang didiagnosis menderita hipertensi. Penelitian ini menggunakan uji T independen untuk mengetahui perbedaan tekanan darah dan kualitas hidup antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

3.8 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan mengacu pada tantangan atau hambatan yang dihadapi peneliti selama proses pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010). Kendala yang ditemui dalam penelitian ini adalah:

1. *Purposive sampling* yang hasil datanya tidak bisa di generalisir
2. Peneliti tidak memiliki kemampuan untuk memanipulasi faktor penyebab yang dapat berubah, seperti konsumsi garam, massa tubuh, aktivitas fisik, dan tingkat stres, yang berpotensi mempengaruhi tekanan darah.
3. Responden dengan hipertensi yang sebelumnya tidak diketahui kepatuhan minum obatnya.
4. Akses jalan yang jauh dan rusak.
5. Beberapa orang yang akan diteliti sebagai kelompok intervensi tidak siap dijadikan responden dikarenakan ibadah merupakan privasi.

3.9 Etika Penelitian

Etika dalam penelitian ini dinyatakan dengan *ethical clearance* yang sudah dikeluarkan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor 190F/UN26.18/PP.05.02.00/2023. Penelitian ini menggunakan manusia sebagai sumber informasi/ subjek penelitian, untuk itu diperlukan *informed consent* dari responden dengan hipertensi. Etika penelitian yang ditempuh oleh peneliti secara prosedural sebagai berikut: pembuatan proposal penelitian, pengajuan proposal ke departemen etika penelitian, dilanjutkan dengan peninjauan proposal penelitian lalu mendapatkan surat keterangan lolos uji etik.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Wana terletak di Desa Wana Kecamatan Melinting Kabupaten Lampung dengan luas wilayah kerja Puskesmas Wana adalah lebih kurang 13.929,0 km². Puskesmas Wana terletak di Kecamatan Melinting Kabupaten Lampung Timur. Kecamatan Melinting terdiri dari 6 Desa yaitu : Wana, Sumberhadi, Itik Renday, Tanjung Aji, Tebing, Sidomakmur. Secara administrasi wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Kabupaten Lampung Timur berbatasan dengan sebelah utara berbatasan dengan wilayah Kecamatan Bandar Sribawono; Sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Gunung Pelindung; dan Jabung. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Jabung dan Marga Sekampung; Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Labuhan Maringgai.

4.2 Tabel Hasil Karakteristik Responden, Tekanan Darah Dan Kualitas Hidup Pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol Di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur

Data Tabel Hasil Karakteristik Responden, Tekanan Darah Dan Kualitas Hidup Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol disajikan dalam tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1 Tabel Hasil Karakteristik Responden, Tekanan Darah dan Kualitas hidup di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur

| No | Karakteristik | kelompok intervensi (n=30) | | | kelompok kontrol (n=30) | | |
|----|----------------|----------------------------|---------|-----------|-------------------------|-----|-----------|
| | | Laki-laki | | Perempuan | Laki-laki | | Perempuan |
| | | 19 | | 11 | 14 | | 16 |
| | | Usia | | | Usia | | |
| | | 60-74 | | >=75 | 60-74 | | >=75 |
| | | 20 | | 10 | 22 | | 8 |
| | | Pekerjaan | | | Pekerjaan | | |
| | | IRT | | Petani | IRT | | Petani |
| | | 18 | | 12 | 17 | | 13 |
| | | Pendidikan | | | Pendidikan | | |
| | | SD | SMP | SMA | SD | SMP | SMA |
| | | 13 | 13 | 4 | 13 | 11 | 6 |
| 1 | Tekanan Darah: | sebelum | sesudah | sebelum | sesudah | | |
| | 1. Sistolik | 161 | 144 | 174 | 163 | | |
| | 2. Diasistolik | 83 | 72 | 89 | 80 | | |
| 2 | Kualitas Hidup | 49.71 | 55.83 | 50.70 | 52.45 | | |

Data tabel 4.1 diatas menunjukkan karakteristik responden dari kelompok intervensi dan kontrol dengan masing- masing 30 responden. 30 responden kelompok intervensi sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 19 orang (63.3%), berusia 60-74 tahun sebanyak 20 orang (67%), berpendidikan SD dan SMP masing-masing sebanyak 13 orang (43%), dan sebagai IRT sebanyak 18 orang (60.0%). Sedangkan dari kelompok kontrol sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 16 orang (53.3%), berusia 60-74 tahun sebanyak 22 orang (73%), berpendidikan SD sebanyak 13 orang (43.3%), dan sebagai IRT sebanyak 17 orang (56.7%). Kelompok intervensi dengan tekanan darah sistolik diastolik sebelum diberikan perlakuan 161/ 83 mmHg, sesudah diberikan perlakuan obat antihipertensi dan terapi dzikir tekanan darah menjadi 144/ 72 mmHg. Kelompok kontrol dengan tekanan darah sistolik diastolik sebelum diberikan perlakuan 174/89 mmHg, sesudah diberikan perlakuan obat

antihipertensi tekanan darah menjadi 163/ 80 mmHg. Kualitas hidup pada kelompok intervensi sebelum diberikan perlakuan rerata kualitas hidup 49.71 dan sesudah diberikan terapi dzikir rerata meningkat menjadi 55.83. Pada kelompok kontrol nilai rerata kualitas hidup 50.70 dan tidak diberikan perlakuan terapi dzikir rerata kualitas hidup menjadi 52.45.

4.3 Gambaran Karakteristik Responden Lansia Hipertensi Berdasarkan Jenis kelamin, Usia, Pendidikan dan Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur

Data frekuensi responden berdasarkan Jenis kelamin, Usia, pendidikan dan pekerjaan disajikan dalam tabel 4.2 sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia Pendidikan dan Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur Tahun 2023

| No | Karakteristik Responden | Kelompok | | | |
|----|-------------------------|-------------------|------|----------------|------|
| | | Intervensi (n=30) | | Kontrol (n=30) | |
| | | Jumlah | (%) | Jumlah | (%) |
| 1 | Jenis Kelamin | | | | |
| | Perempuan | 19 | 63.3 | 16 | 53.3 |
| | Laki-laki | 11 | 36.7 | 14 | 46.7 |
| 2 | Usia | | | | |
| | 60 – 74 thn | 20 | 67 | 22 | 73 |
| | >=75 | 10 | 33 | 8 | 27 |
| 3 | Pendidikan | | | | |
| | SD | 13 | 43.3 | 13 | 43.3 |
| | SMP | 13 | 43.3 | 11 | 36.6 |
| | SMA | 4 | 13.3 | 6 | 20 |
| 4 | Pekerjaan | | | | |
| | IRT | 18 | 60.0 | 17 | 56.7 |
| | Petani | 12 | 40.0 | 13 | 43.3 |

Dari tabel 4.2 di atas dari 30 responden kelompok intervensi sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 19 orang (63.3%), berusia 60-74 tahun sebanyak 20 orang (67%), berpendidikan SD dan SMP masing-masing sebanyak 13 orang (43%), dan sebagai IRT

sebanyak 18 orang (60.0%). Sedangkan dari kelompok kontrol sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 16 orang (53.3%), berusia 60-74 tahun sebanyak 22 orang (73%), berpendidikan SD sebanyak 13 orang (43.3%), dan sebagai IRT sebanyak 17 orang (56.7%).

4.4 Hasil Modul Terapi Dzikir Pada Kelompok Intervensi di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur

Hasil Modul Terapi Dzikir Pada Kelompok Intervensi dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.3 Hasil Modul Terapi Dzikir Pada Kelompok Intervensi di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur Tahun 2023

| No | Dzikir | kelompok intervensi (n= 30) | |
|----|----------------------|-----------------------------|------|
| | | jumlah (n= 30) | (%) |
| 1 | Tidak sesuai panduan | 2 | 6.7 |
| 2 | Sesuai panduan | 28 | 93.3 |

Berdasarkan tabel 4.3 di atas dari 30 responden kelompok intervensi dengan 30 orang responden, yang sudah diberikan terapi dzikir 28 orang melakukan dzikir sesuai panduan (93.3%).

4.5 Analisis Univariat

1. Tekanan Darah Sistolik dan Diastolik Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Hasil tekanan darah sistolik dan diastolik responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol dapat dilihat pada tabel 4.4 berikut ini:

Tabel 4.4 Rerata Tekanan Darah Sistolik dan Diastolik Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur Tahun 2023

| TD | kelompok intervensi (n=30) | | | | kelompok kontrol (n=30) | | | |
|-----------|-------------------------------|-------|-----|-----|----------------------------|-------|-----|-----|
| | \bar{x} | SD | Min | Max | \bar{x} | SD | Min | Max |
| Sebelum | | | | | | | | |
| sistolik | 161.67 | 17.23 | 140 | 200 | 174 | 19.59 | 140 | 200 |
| diastolik | 83.67 | 16.54 | 70 | 100 | 89.33 | 10.48 | 70 | 110 |
| Sesudah | | | | | | | | |
| sistolik | 144.67 | 16.55 | 120 | 180 | 163.67 | 18.28 | 130 | 190 |
| diastolik | 72.33 | 8.17 | 60 | 90 | 80.33 | 8.50 | 70 | 100 |

Berdasarkan informasi pada tabel 4.4, dari 30 orang pada kelompok intervensi, rerata tekanan darah sistoliknya adalah 161,67 mmHg dengan standar deviasi 17,23 sebelum mendapatkan terapi antihipertensi dan pengobatan dzikir. Tekanan darah sistolik berkisar antara minimal 140 mmHg hingga maksimal 200 mmHg. Sementara itu, rerata tekanan darah diastolik adalah 83,67 mmHg dengan standar deviasi 16,54. Batas bawah tekanan darah diastolik adalah 70 mmHg, sedangkan batas atas adalah 100 mmHg. Kelompok intervensi terdiri dari 30 orang yang mendapatkan pengobatan dzikir dan obat-obatan. Rata-rata tekanan darah sistolik peserta tersebut adalah 144,67 mmHg, dengan standar deviasi 16,55. Tekanan darah sistolik berkisar antara minimal 120 mmHg hingga maksimal 180 mmHg. Secara bersamaan, rata-rata tekanan darah diastolik dan tekanan darah tercatat sebesar 72,33 mmHg, dengan standar deviasi 8,17. Batas bawah tekanan darah

diastolik adalah 60 mmHg, sedangkan batas atas adalah 90 mmHg. Sebelum memberikan obat antihipertensi, kelompok kontrol terdiri dari 30 peserta. Rerata tekanan darah sistolik pada kohort ini adalah 174 mmHg, dengan standar deviasi 19,59. Tekanan darah sistolik berkisar antara minimal 140 mmHg hingga maksimal 200 mmHg. Rerata tekanan darah diastolik pada saat yang sama adalah 89,33 mmHg dengan standar deviasi 10,48. Batas bawah tekanan darah diastolik adalah 70 mmHg, sedangkan batas atas adalah 110 mmHg. Rerata tekanan darah sistolik 30 peserta kelompok kontrol adalah 163,67 mmHg, dengan standar deviasi 18,28 mmHg, setelah pemberian obat antihipertensi. Tekanan darah sistolik berkisar antara minimal 130 mmHg hingga maksimal 190 mmHg. Sedangkan rerata tekanan darah diastolik dan tekanan darah sebesar 80,33 mmHg dengan standar deviasi 8,50. Batas bawah tekanan darah diastolik adalah 70 mmHg, sedangkan batas atas adalah 100 mmHg.

2. Kualitas Hidup Pada Kelompok Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Hasil Kualitas Hidup pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5 Rerata Kualitas Hidup Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur Tahun 2023

| Kualitas Hidup | kelompok intervensi (n=30) | | | | kelompok kontrol (n=30) | | | |
|----------------|-------------------------------|------|-----|-----|----------------------------|------|-----|-----|
| | \bar{x} | SD | Min | Max | \bar{x} | SD | Min | Max |
| Sebelum | 49.71 | 5.24 | 36 | 64 | 50.70 | 8.94 | 34 | 69 |
| Sesudah | 55.83 | 6.98 | 36 | 74 | 52.45 | 9.57 | 39 | 74 |

Berdasarkan data yang disajikan pada tabel 4.5, kelompok intervensi terdiri dari 30 orang. Sebelum menjalani terapi memori, rata-rata skor kualitas hidup kelompok ini adalah 49,71 dengan standar deviasi 5,24. Kisaran kualitas hidup bervariasi dari minimal 36 hingga maksimal 64.

Selain itu, kelompok intervensi setelah diberikan terapi reminiscence menunjukkan rata-rata skor kualitas hidup 55,83 dengan standar deviasi 6,98. Rentang kualitas hidup bervariasi dari minimal 36 hingga maksimal 74. Dari 30 individu, rata-rata kualitas hidup kelompok kontrol sebelum memulai terapi adalah 50,70 dengan standar deviasi 8,94. Batas bawah kualitas hidup adalah 34, sedangkan batas atas adalah 69. Selain itu, rata-rata kualitas hidup kelompok kontrol, setelah pemberian obat, tercatat sebesar 52,45, dengan standar deviasi 9,57. Kisaran kualitas hidup bervariasi dari 39 dan 74.

3. Kualitas Hidup Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Berdasarkan WHOQOL BREF Berdasarkan 4 (Empat) Domain

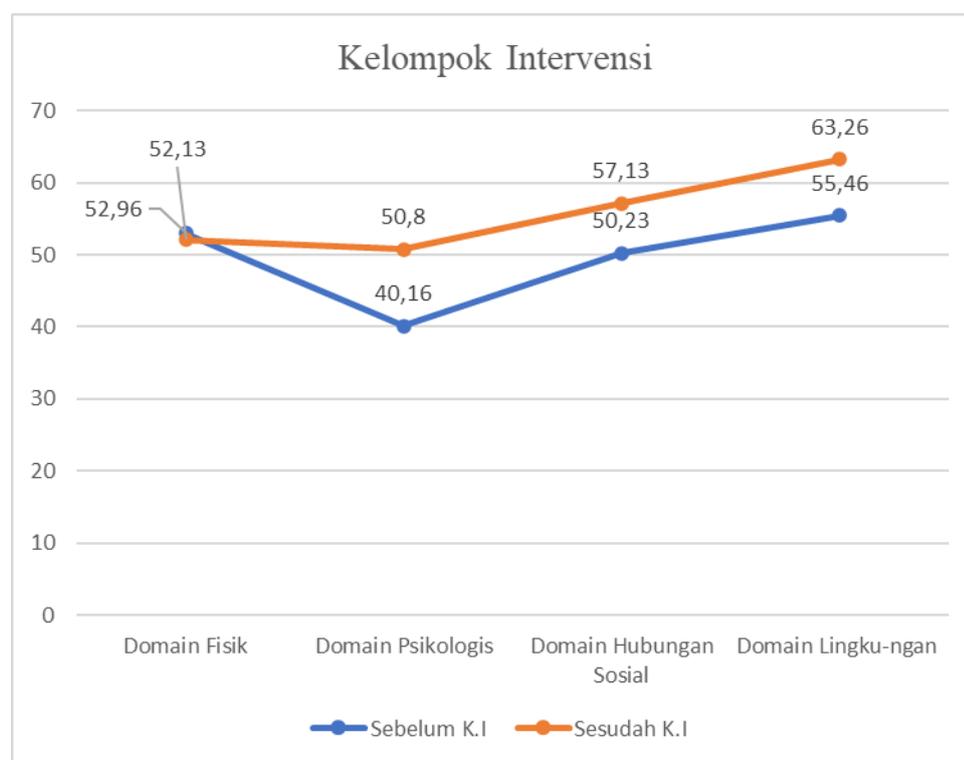
WHOQOL BREF kualitas hidup diukur dan dipengaruhi 4 (empat) domain yaitu, Kesehatan fisik, Kesehatan Psikologi, Hubungan sosial dan Lingkungan. Sehingga hasil Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol dilihat dari 4 (empat) domain digambarkan pada tabel 4.6 berikut ini:

Tabel 4.6 Rerata Kualitas Hidup Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Berdasarkan WHOQOL BREEF Berdasarkan 4 (Empat) Domain di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur Tahun 2023

| Kualitas Hidup | kelompok Intervensi (n=30) | | | | | | | | Kelompok Kontrol (n=30) | | | | | | | |
|------------------------|----------------------------|-------|---------|-------|-----------|-------|---------|-------|-------------------------|-------------------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | Sebelum | | Sesudah | | | | Sebelum | | Sesudah | | | | | | | |
| | \bar{x} | SD | min | max | \bar{x} | SD | min | max | \bar{x} | SD | min | max | \bar{x} | SD | min | max |
| Domain Fisik | 52.96 | 6.03 | 35.00 | 63.00 | 52.13 | 7.77 | 31.00 | 63.00 | 47.56 | 13.1 ⁶ | 15.00 | 69.00 | 55.73 | 11.26 | 44.00 | 81.00 |
| Domain Psikologis | 40.16 | 9.8 | 25.00 | 63.00 | 50.80 | 7.6 | 31.00 | 69.00 | 47.03 | 9.70 | 31.00 | 69.00 | 47.23 | 9.70 | 31.00 | 69.00 |
| Domain Hubungan Sosial | 50.23 | 14.26 | 19.00 | 81.00 | 57.13 | 16.25 | 19.00 | 100 | 47.90 | 20.26 | 25.00 | 100 | 47.90 | 20.26 | 25.00 | 100 |
| Domain Lingkungan | 55.46 | 6.20 | 44.00 | 69.00 | 63.26 | 4.07 | 56.00 | 75.00 | 60.33 | 11.17 | 38.00 | 94.00 | 58.96 | 6.65 | 44.00 | 75.00 |

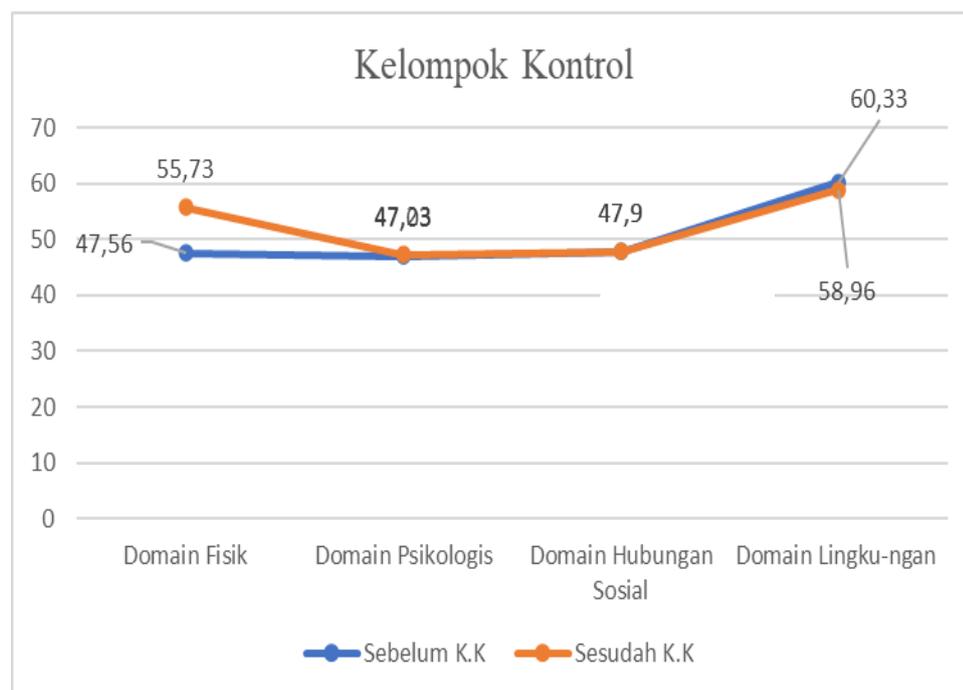
Berdasarkan tabel 4.6 dari 30 responden rerata kualitas hidup pada Domain Fisik kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi 52.96 setelah diberikan obat dan terapi dzikir mengalami penurunan yaitu 52.13. Rerata pada Domain psikologis sebelum diberikan intervensi 40.16 setelah di intervensi meningkat menjadi 50.8. Rerata pada Domain Hubungan Sosial sebelum di intervensi 50.23 setelah di intervensi meningkat menjadi 57.13. Rerata pada Domain Lingkungan sebelum di intervensi 55.46 setelah di intervensi meningkat menjadi 63.26. Perubahan nilai 4 domain kualitas hidup sebelum dan sesudah di intervensi dapat dilihat pada grafik 4.1 berikut ini:

Grafik 4.1 Grafik Perubahan Rerata Kualitas Hidup Sebelum dan Sesudah Diberikan Obat dan Terapi Dzikir Pada Kelompok Intervensi



Berdasarkan tabel 4.7 dari 30 responden rerata kualitas hidup pada Domain Fisik kelompok kontrol sebelum diberikan intervensi 47.56 setelah diberikan obat mengalami peningkatan yaitu 55.73. Rerata pada Domain psikologis sebelum dan sesudah diberikan intervensi tidak mengalami perubahan yaitu 47.03 . Rerata pada Domain Hubungan Sosial sebelum dan setelah di intervensi tidak mengalami perubahan yaitu 47.9. Rerata pada Domain Lingkungan sebelum di intervensi 60.33 setelah di intervensi mengalami penurunan menjadi 58.96. Perubahan nilai kualitas hidup pada 4 domain sebelum dan sesudah di intervensi pada kelompok kontrol dapat dilihat pada grafik 4.2 berikut ini:

Grafik 4.2 Grafik Perubahan Rerata Kualitas Hidup Sebelum dan Sesudah Diberikan Obat Pada Kelompok Kontrol



4.6 Analisis Bivariat

1. Analisis Pengaruh Pemberian Obat Dan Terapi Dzikir Pada Kelompok Intervensi Serta Pengaruh Pemberian Obat Pada Kelompok Kontrol Terhadap Tekanan Darah

Data analisis pengaruh pemberian obat dan terapi dzikir pada kelompok intervensi serta pengaruh pemberian obat pada kelompok kontrol terhadap tekanan darah disajikan dalam tabel 4.7 sebagai berikut:

Tabel 4.7 Analisis Pengaruh Pemberian obat Terhadap Tekanan Darah Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur Tahun 2023

| Tekanan Darah | Kelompok Intervensi | | Kelompok kontrol | | P ($\alpha : 5\%$) |
|---------------|---------------------|-------|------------------|-------|----------------------|
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD | |
| Sebelum | | | | | |
| Sistolik | 161.67 | 17.23 | 174.33 | 19.59 | <0.001 |
| Diastolik | 83.67 | 7.18 | 89.33 | 10.48 | <0.001 |
| Sesudah | | | | | |
| Sistolik | 144.67 | 16.55 | 163.67 | 18.28 | <0.001 |
| Diastolik | 72.33 | 8.17 | 80.33 | 8.50 | <0.001 |

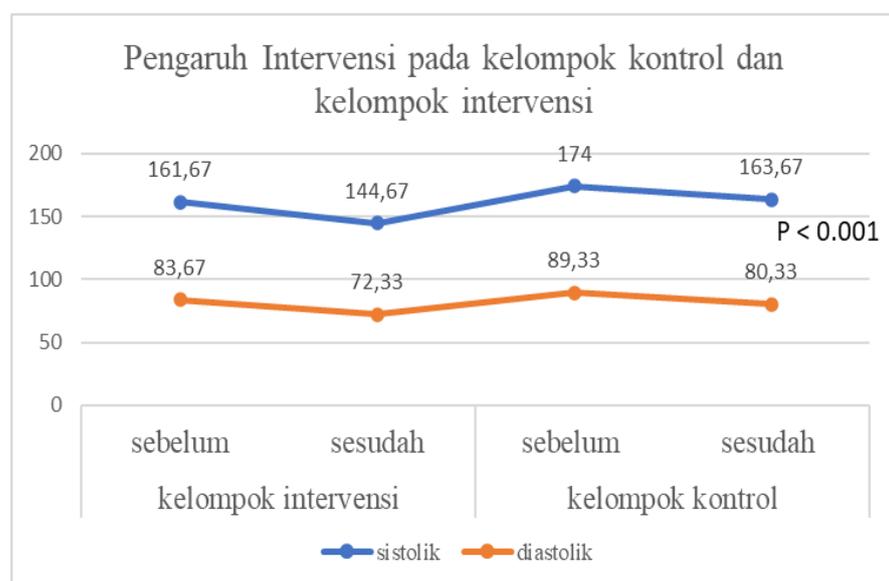
Tabel 4.7 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi, rata-rata tekanan darah sistolik sebelum mendapat obat dan terapi zikir adalah 161,67 dengan standar deviasi 17,23. Setelah mendapat perlakuan, rata-rata tekanan darah sistolik mengalami penurunan menjadi 144,67 dengan standar deviasi 16,55. Uji t dependen menghasilkan nilai p sebesar 0,001 yang menunjukkan adanya dampak signifikan pemberian terapi rekoleksi terhadap tekanan darah sistolik kelompok intervensi. Sebelum menjalani terapi dzikir, rata-rata tekanan darah diastolik adalah 83,67 dengan standar deviasi 7,18. Setelah menjalani terapi dzikir rata-rata tekanan darah diastolik mengalami penurunan menjadi 72,33 dengan standar deviasi 8,17. Uji t dependen menunjukkan nilai p <0,001 yang menunjukkan adanya

dampak signifikan pemberian terapi rekoleksi terhadap tekanan darah diastolik kelompok intervensi.

Rerata tekanan darah sistolik awal adalah 174,33 dengan standar deviasi 19,59. Setelah mendapat terapi pengobatan, rerata tekanan darah sistolik mengalami penurunan menjadi 163,67 dengan standar deviasi 18,28. Uji t dependen menunjukkan nilai $p < 0,001$, yang menunjukkan dampak signifikan terapi pengobatan terhadap tekanan darah sistolik kelompok kontrol. Tekanan darah diastolik awal sebelum dilakukan terapi pengobatan memiliki nilai mean 89,33 dan standar deviasi 10,48. Setelah terapi obat, rata-rata tekanan darah diastolik menurun menjadi 80,33, dengan standar deviasi 8,50. Uji t dependen menghasilkan nilai $p < 0,001$, yang menunjukkan dampak signifikan terapi pengobatan terhadap tekanan darah diastolik kelompok kontrol.

Analisis selanjutnya menunjukkan dampak intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi terhadap tekanan darah, seperti digambarkan pada grafik 4.3:

Grafik 4.3 Pengaruh Intervensi Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum Dan Sesudah Diberikan Perlakuan Terhadap Tekanan Darah



Rata-rata tekanan darah pada kelompok intervensi berkurang dari 161/83 mmHg menjadi 144/72 mmHg setelah menerima intervensi, dengan penurunan yang diamati pada tekanan darah sistolik dan diastolik. Sebaliknya, kelompok kontrol yang mendapat obat sebagai intervensi mengalami penurunan tekanan darah dari 174/89 mmHg menjadi 163/80 mmHg.

2. Analisis Pengaruh Pemberian Obat dan terapi Dzikir pada kelompok intervensi serta pengaruh pemberian obat terhadap kelompok kontrol Terhadap Kualitas Hidup

Data analisa pengaruh Obat dan terapi Dzikir pada kelompok intervensi serta pengaruh pemberian obat terhadap kelompok kontrol Terhadap Kualitas Hidup disajikan dalam tabel 4.8 sebagai berikut:

Tabel 4.8 Analisis Pengaruh Pemberian Obat dan terapi Dzikir pada kelompok intervensi serta pengaruh pemberian obat terhadap kelompok kontrol Terhadap Kualitas Hidup di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur Tahun 2023

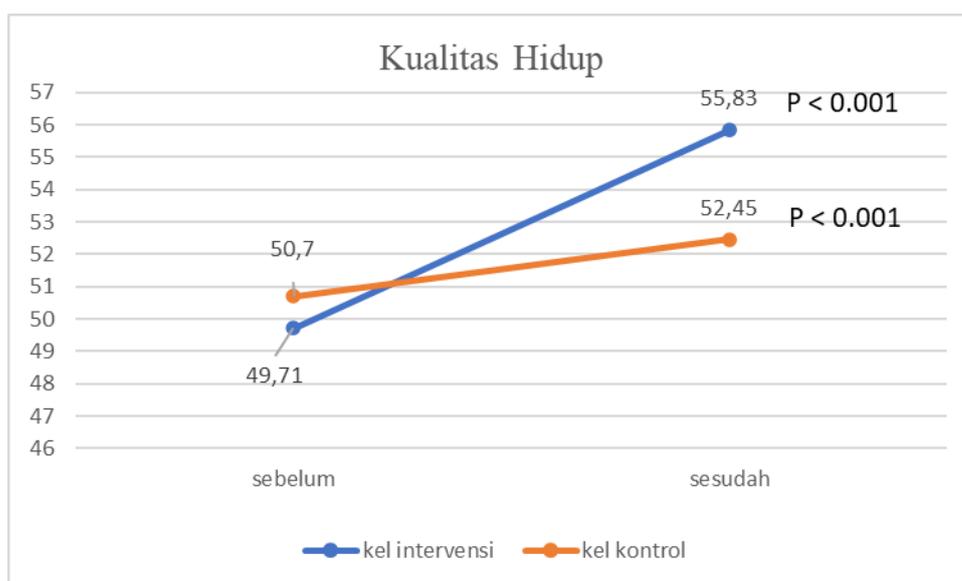
| Kualitas Hidup | Kelompok Intervensi | | Kelompok kontrol | | P ($\alpha : 5\%$) |
|-----------------------|----------------------------|------|-------------------------|------|--------------------------------------|
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD | |
| Sebelum | 49.71 | 5.24 | 50.72 | 8.70 | <0.001 |
| Sesudah | 55.83 | 6.98 | 52.45 | 9.66 | <0.001 |

Tabel 4.8 menampilkan rata-rata kualitas hidup sebelum dan sesudah mendapat pengobatan dan terapi dzikir. Sebelum dilakukan pengobatan, rata-rata kualitas hidup adalah 49,71 dengan standar deviasi 5,24. Setelah dilakukan pengobatan, rata-rata kualitas hidup meningkat menjadi 55,83 dengan standar deviasi 6,98. Uji t dependen menunjukkan nilai p <0,001, yang menunjukkan dampak signifikan pengobatan dan terapi ingatan terhadap kualitas hidup pada kelompok intervensi. Rata-rata kualitas hidup kelompok

kontrol sebelum mendapat pengobatan adalah 50,72 dengan standar deviasi 8,70. Setelah pemberian obat, rerata kualitas hidup adalah 52,45 dengan standar deviasi 9,66. Dengan menggunakan uji t dependen, ditentukan bahwa nilai p kurang dari 0,001, yang menunjukkan dampak signifikan pemberian obat terhadap kualitas hidup pada kelompok kontrol.

Grafik 4.4 menampilkan dampak intervensi terhadap kualitas hidup kelompok intervensi dan kontrol, sebelum dan sesudah intervensi.

Grafik 4.4 Pengaruh Intervensi Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum Dan Sesudah Terhadap Kualitas Hidup



Rerata kualitas hidup kelompok intervensi menunjukkan peningkatan yang signifikan dari 49,71 menjadi 55,83 setelah pemberian intervensi. Rata-rata kualitas hidup kelompok kontrol menunjukkan peningkatan yang signifikan secara statistik dari 50,7 menjadi 52,45 setelah pemberian intervensi.

3. Analisis Perbedaan Tekanan Darah Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Setelah Diberikan Intervensi

Analisis disparitas tekanan darah antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi pasca intervensi disajikan pada tabel 4.9 seperti di bawah ini:

Tabel 4.9 Analisis Perbedaan Tekanan Darah Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Setelah Diberikan Intervensi di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur Tahun 2023

| Tekanan Darah | Kelompok Intervensi | | Kelompok kontrol | | P (α : 5%) |
|-------------------|---------------------|-------|------------------|-------|--------------------|
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD | |
| Sistolik sebelum | 161.67 | 17.23 | 174.33 | 19.59 | <0.001 |
| sistolik sesudah | 144.67 | 16.55 | 163.67 | 18.28 | <0.001 |
| Δ | 17 | | 10,66 | | |
| Diastolik sebelum | 83.67 | 7.18 | 89.33 | 10.48 | <0.001 |
| Δ | 11,34 | | 9 | | |
| Diastolik sesudah | 72.33 | 8.17 | 80.33 | 8.50 | <0.001 |

Dari Tabel 4.9 menunjukkan bahwa rata-rata tekanan darah sistolik pada kelompok intervensi adalah 161,67 mmHg sebelum diberikan intervensi dan menurun menjadi 144,67 mmHg setelah diberikan intervensi. Hal ini menunjukkan adanya disparitas rata-rata tekanan darah sistolik sebesar 17,00 mmHg. Rata-rata tekanan darah diastolik pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi adalah 83,67 mmHg. Setelah dilakukan intervensi, rata-rata tekanan darah diastolik mengalami penurunan menjadi 72,33 mmHg sehingga diperoleh selisih rata-rata sebesar 11,34 mmHg.

Rerata tekanan darah sistolik awal kelompok kontrol adalah 174,33 mmHg, kemudian menurun menjadi 163,67 mmHg setelah

intervensi. Rerata perbedaan tekanan darah sebelum dan sesudah intervensi adalah 10,66 mmHg. Rata-rata tekanan darah diastolik pada kelompok intervensi mengalami penurunan dari 89,33 mmHg menjadi 80,33 mmHg setelah intervensi sehingga diperoleh selisih rerata sebesar 9,00 mmHg.

4. Analisis Perbedaan Kualitas Hidup Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

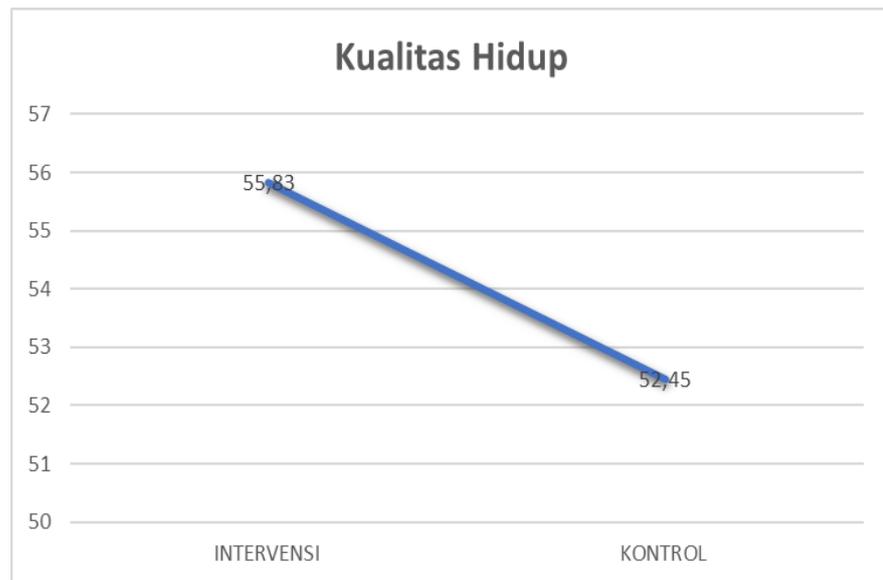
Data analisa perbedaan kualitas hidup antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol disajikan dalam tabel 4.10 sebagai berikut:

Tabel 4.10 Analisis Perbedaan Kualitas Hidup Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur Tahun 2023

| Kualitas Hidup | \bar{x} | SD | Δ | P-value |
|-------------------|-----------|------|----------|---------|
| Intervensi | 55.83 | 6.98 | 2.38 | <0.001 |
| Kontrol | 52.45 | 9.57 | | |

Tabel 4.10 menampilkan rata-rata kualitas hidup kelompok intervensi sebesar 55,83 dengan standar deviasi 6,98. Sebaliknya, rata-rata kualitas hidup kelompok kontrol adalah 52,45 dengan standar deviasi 9,57. Selisih rata-rata kualitas hidup antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol adalah 2,38. Uji t independen menghasilkan nilai $p < 0,001$, yang menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Analisis selanjutnya menggambarkan dampak disparitas kualitas hidup antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, seperti tergambar pada grafik 4.5:

Grafik 4.5 Analisis Perbedaan Kualitas Hidup Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur Tahun 2023



BAB VI

PENUTUP

6.1 Simpulan

Berdasarkan analisis data hasil penelitian mengenai pengaruh terapi dzikir terhadap tekanan darah dan kualitas hidup pada lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Kelompok intervensi sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 19 orang (63.3%), berusia 60-74 tahun sebanyak 20 orang (67%), berpendidikan SD dan SMP masing-masing sebanyak 13 orang (43%), dan sebagai IRT sebanyak 18 orang (60.0%). Sedangkan dari kelompok kontrol sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 16 orang (53.3%), berusia 60-74 tahun sebanyak 22 orang (73%), berpendidikan SD sebanyak 13 orang (43.3%), dan sebagai IRT sebanyak 17 orang (56.7%).
2. Kelompok intervensi rerata tekanan darah sistolik adalah 144.67 mmHg dengan standar deviasi sebesar 16.55. Tekanan darah sistolik terendah adalah 120 mmHg dan tertinggi 180 mmHg. Sedangkan rerata tekanan darah diastolik adalah 72.33 mmHg dengan standar deviasi sebesar 8.17. Tekanan darah diastolik terendah adalah 60 mmHg dan tertinggi 90 mmHg. Pada kelompok kontrol rerata tekanan darah sistolik adalah 163.67 mmHg dengan standar deviasi sebesar 18.28. Tekanan darah sistolik terendah adalah 130 mmHg dan tertinggi 190 mmHg. Sedangkan rerata tekanan darah diastolik adalah 80.33 mmHg dengan standar deviasi sebesar 8.50. Tekanan darah diastolik terendah adalah 70 mmHg dan tertinggi 100 mmHg.
3. Ada pengaruh pemberian terapi zikir terhadap tekanan darah sistolik dan diastolik pada kelompok intervensi.

4. Ada pengaruh pemberian terapi zikir terhadap kualitas hidup.
5. Ada perbedaan tekanan darah dan kualitas hidup antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

6.2 Saran

1. Bagi Masyarakat

Sebaiknya masyarakat (keluarga pasien) hipertensi menerapkan terapi dzikir untuk membantu penurunan tekanan darah dan meningkatkan kualitas hidup sebagai terapi non farmakologi.

2. Bagi Pembaca

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memperkaya dan menambah pengetahuan bagi pembaca dalam suatu penelitian khususnya terkait dengan pengaruh terapi dzikir dalam tekanan darah dan kualitas hidup.

3. Bagi Puskesmas Wana

Diharapkan kepada puskesmas wana khususnya pada pelaksanaan posyandu lansia diberikan informasi kepada penderita hipertensi agar melakukan penatalaksanaan baik secara farmakologi dengan menggunakan obat antihipertensi dan nonfarmakologi dengan mengurangi berat badan, olahraga, mengurangi asupan garam, diet rendah lemak, diet tinggi serat, tidak merokok dan meditasi. Meditasi salah satunya adalah dzikir secara rutin, guna menurunkan tekanan darah dan meningkatkan kualitas hidup lansia yang menderita hipertensi.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan juga dapat menambahkan kriteria subjek penelitian seperti intensitas zikir sehari-hari dan lamanya waktu sakit. Kemudian mengontrol faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nilai tekanan darah seperti kepatuhan minum obat, aktivitas fisik, konsumsi rokok, lemak, garam, dan lainnya agar hasil yang didapatkan lebih maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, Zainal., & Hartono (2022). Pengaruh Terapi Relaksasi Dzikir Terhadap Penurunan Tekanan Darah Penderita Hipertensi. *Jurnal Ilmu Kesehatan*. Doi: <https://doi.org/10.32831/Jik.V11i1.439>.
- Afandi, A. N (2006). Efektifitas Pelatihan Meditasi Mindfulness Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Survivor Gempa Bumi di Bantul. *Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy*. Sekolah Tinggi Umu Kesehatan Stikes Surya & Husada, Kediri (forthcoming). DOI: <http://isjd.lipi.go.id/admin/jurnal/51082033.pdf>
- Aini, L., & Astuti, L. (2020). Pengaruh Terapi Relaksasi Dzikir Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi. *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan. Jurnal Kesehatan: Jurnal Ilmiah Multi Sciences*. DOI: <https://doi.org/10.52395/jkjims.v10i01.304>
- Ainurrafiq, 2019. Terapi Non Farmakologi dalam Pengendalian Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi: *Systematic Review Non Pharmacological Therapy in Blood Pressure Kontrol in Hypertensive Patients: Systematic Review*. DOI: <https://doi.org/10.31934/mppki.v2i3> *The Indonesian Journal of Health Promotion* ISSN 2597– 6052 MPPKI
- Al-Mahfani, M. K. (2006). Keutamaan doa dan zikir untuk hidup bahagia sejahtera. Jakarta: Wahyu Media.
- Akrom, M. (2010). *Zikir obat hati*. Yog- yakarta : Mutiara Media
- Andrea, G. Y., 2013, Korelasi derajat hipertensi dengan stadium penyakit ginjal kronik di RSUP dr. Kariadi semarang periode 2008-2012, Diponogoro *University*. DOI: <http://eprints.undip.ac.id>, 30 Oktober 2022
- Anggraini, W.N. & Subandi. (2014). Pengaruh Terapi Relaksasi Zikir untuk Menurunkan Stres pada Penderita Hipertensi Esensial, Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya, Universitas Islam Indonesia. *Jurnal Intervensi Psikologi*, 6(1), 81-102. DOI: <https://doi.org/10.20885/intervensipsikologi.vol6.iss1.art6>
- Annisa N, Maryatun.(2018) Perbedaan Pengaruh Pemberian Meditasi Sederhana Dan Latihan Deep Breathing Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Posyandu Lansia

Mentari Senja Semanggi Surakarta. STIKES PKU Muhammadiyah Surakarta ;457–63.

Ari, E. 2017. Hubungan Kemandirian Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Di Desa Margajaya Rw 13 Kecamatan Ngamprah. *Jurnal Ilmu Kesehatan* 11 (1). 11:1– 12.

Arikunto, Suharsimi. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.

Asmarani FL. (2018). Pengaruh terapi meditasi terhadap kejadian hipertensi pada lansia di BPSTW Provinsi DI Yogyakarta unit Budi Luhur Kasihan Bantul. *Maternal And Neonatal Nursing. Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta.*;5(1):327–30. DOI: <http://dx.doi.org/10.35842/jkry.v5i1.176>

Baradero, M., Dayrit, M. W., & Siswadi, Y. (2008). *Klien gangguan kardiovaskular*. EGC.

Black, J.M., & Hawks, J.H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Jakarta: Salemba Medika

Bosworth, H. B., Dubard, C. A., Ruppenkamp, J., Trygstad, T., Hewson, D. L., & Jackson, G. L. (2011). *Evaluation of a self-management implementation intervention to improve hypertension control among patients in Medicaid. National Science & Technology Medicine. Translational Behavioral Medicine*, 191–199. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13142-010-0007->

Boulware, L. E., Daumit, G. L., Frick, K. D., Minkovitz, C. S., Lawrence, R. S., & Powe, N. R. (2001). An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. *American journal of preventive medicine*, 21(3), 221-302.

BPS. (2023). *Kabupaten Lampung Timur Dalam Angka 2023*. BPS Kabupaten Lampung Timur.

Busing, A., & Koenig, H. (2010). *Spiritual needs of patients with chronic diseases. Religions*, 1, 18-27

Dede. (2008). *Kendalikan Tekanan Darah dengan Bergerak*. <http://www.surabaya.post.2008.com>.

Dewi, S.R. (2016). Spiritualitas dan Persepsi Kesehatan Lansia dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Mayang Jember, *The Indonesian Journal of Health Science*, 6(2), 228-237

- Dinas Kesehatan Lampung Timur. 2021. Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Timur Tahun 2021. Lampung Timur : Dinkes Lamtim
- Dubey, A. (2012). *Psychological perspectives on chronic illnesses*. India: Concept Publishing Company.
- JNC VII. 2003. *The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension*,.42:.1206-52.
- Fau, F. (2012). G*Power.3. <http://www.psych.uni.duesseldorf.de/abteilung/en/aap/gpower3/>. Diakses pada tanggal 10 April 2012
- Fauzi, Isma. 2014. Buku Pintar Deteksi Dini Gejala, & Pengobatan Asam Urat, Diabetes & Hipertensi. Yogyakarta: Araska
- Ferri, F. F. 2017. Ferri's Clinical Advisor 2017: 5 Books in 1. Philadelphia: Elsevier, Inc.
- Finaldiansyah, R. (2016). Pengaruh Dzikir Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Usia Pertengahan Di Wilayah Kerja Upk Puskesmas Kampung Dalam Kecamatan Pontianak Timur. Pontianak: Universitas Tanjungpura.
- Ghozali, Imam 2005. Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program SPSS. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro
- Global action plan for the prevention and kontrol of NCDs 2013–2020 (who.int)
- Global Health Estimates. DOI: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>
- Guyton, Hall. (2007). Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Jakarta : EGC
- Hanif Akhtar February 18, 2020. Menentukan Jumlah Sampel Minimal Penelitian dengan GPower-Semesta Psikometrika.
- Harahap, k. a. & dalimunthe, p. (2008). *dahsyatnya doa & zikir*. Jakarta: Qultum Media
- Haryono, R. 2016. *Pengaruh Kombinasi Pijat Punggung Dan Dzikir Terhadap Stress Dan Tekanan Darah Penderita Hipertensi*. Program Studi Magister Keperawatan Program Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

- Hastono, S, P. (2016). Analisis Data Pada Bidang Kesehatan. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Hermanto, J. 2014. *Pengaruh Pemberian Meditasi Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Unit Sosial Rehabilitasi Pucang Gading Semarang. Jurnal*. Semarang: Sekolah Tinggi Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran, Program Studi Ilmu Keperawatan
- Hypertension Prevalence. The Global Health Observatory. DOI: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/5657>
- Ilham, M. A. & Effendi, Y. (2012). *10 Zikir pilihan rekomendasi rasulullah*. Jakarta: Qultum Media.
- Irza. (2019). Analisis Faktor Risiko Hipertensi Pada Masyarakat Nagari Bungo Tanjung, Sumatera Barat
- Iswahyuni, S. (2017). Hubungan antara aktifitas fisik dan hipertensi pada lansia. *Profesi (Profesional Islam): Media Publikasi Penelitian*, 14(2), 1-4.
- Kabar, K.S. & Madinah, G.C. (2007). *Berzikir kepada Allah*. Yogyakarta: Sahadah Press
- Kario, CH Chen, S Park, CG Park, S Hoshide (2018). *Consensus Document on Improving Hypertension Management in Asian Patients, Taking Into Account Asian Characteristics. Am Heart Assoc. AHA Scientific Journals Social Network*. DOI: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10238>
- Kemenkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/ 4634/ 2021 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa
- Komaling, J. K., Suba, B., & Wongkar, D. (2013). Hubungan mengonsumsi alkohol dengan kejadian hipertensi pada laki-laki di desa Tompasobaru II kecamatan Tompasobaru kabupaten Minahasa Selatan. Fakultas Kedokteran UNSRAT. *Jurnal Keperawatan*, 1(1). DOI: <https://doi.org/10.35790/jkp.v1i1.2194>
- Kozier, B. M. R. (2010). *Fundamental Keperawatan. Konsep, Proses & Praktik*. Edisi 7 Volume 2. Jakarta: EGC.
- Kretchy, I. A., Owusu-Daaku, F.T., & Danquah, S. A. (2014). *Mental Health in hypertension: assessing symptoms of anxiety*,

depression, and stress on anti-hypertensive medication adherence. International Journal of Mental Health Systems, 8-25. DOI: 10.1186/1752-4458-8-25

Krismiyati. (2017). Pengembangan sumber daya manusia dalam meningkatkan kualitas pendidikan di SD Negeri Inpres Angkasa Biak. Office. 3(1),:43– 50

Lany, G. (2005). Hipertensi. *Kanisius, Yogyakarta*.

Lestari, I. G., & Isnaini, N. (2018). Pengaruh Self Management Terhadap Tekanan Darah. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 02(01), 7–18

Mabsusah, M. (2016). *Kualitas hidup (quality of life) pasien diabetes mellitus di RSUD. Dr. H. Slamet Martodirdjo kabupaten Pamekasan Madura* (Doctoral dissertation, UIN Sunan Ampel Surabaya).

Manju & Singh, R. (2014). Psychological well-being of hypertensive people. *Indian Journal of Health and Well being*, 5 (2), 264-266.

Mansour, A.M.H., Aboshaiqah, A.E., Thultheen, I.N., & Salim, W.M.(2015). Psychological well being of saudi patients diagnosed with chronic illnesses. *Psychology*, 6,55-62.

Maria, K. D. (2017). Gambaran Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Di Puskesmas Gamping 1 Sleman. STIKES Jenderal Achmad Yani.

Martin, Wedi & Ponia Mardian. (2016). Pengaruh Terapi Meditasi Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Lansia yang Mengalami Hipertensi. STIKes Ceria Buana Bukittinggi. *Jurnal Ipteks Terapan*. DOI: <https://doi.org/10.22216/jit.2016.v10i4.468>.

Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Ooi, Giovino And Pak. (2017). *Transcendental Meditation For Lowering Blood Pressure: An Overview Of Sistematic Reviews And Meta-Analyses. Complementary Therapies In Medicines*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.07.008>

Palmer, A, Williams, B. 2007. *Tekanan Darah Tinggi*. Jakarta. Erlangga

Patimah, I., Suryani, S., & Nuraeni, A. (2015). Pengaruh Relaksasi Dzikir terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronis yang

Menjalani Hemodialisa. Fakultas Kedokteran Universitas Kedokteran. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 3(1).

Peltzer, K., & Pengpid, S. (2018). *The Prevalence and Social Determinants of Hypertension among Adults in Indonesia: A Cross-Sectional Population-Based National Survey*. *International Journal of Hypertension*, 2018, 9. DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2018/5610725>

Pengpid, S., Vonglokham, M., Kounnavong, S., Sychareun, V., & Peltzer, K. (2019). *The prevalence, awareness, treatment, and kontrol of hypertension among adults: The first crosssectional national population-based survey in laos*. *Vascular Health and Risk Management*, 15, 27–33. DOI: <https://doi.org/10.2147/VHRM.S199178>

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

PERKI. (2015). *Pedoman Tata Laksana Hipertensi pada Penyakit Kardiovaskuler*. Edisi pertama: Jakarta.

Potter, P.A, Perry. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC.

Pramana, Lina. 2016. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Demak II*. *Fakultas Kesehatan Masyarakat*. Universitas Muhammadiyah Semarang

Puskesmas Wana. (2021). *Profil Puskesmas Wana Tahun 2021*. Melinting : Puskesmas Wana

Purwaningsih, Diah., & Putriani. (2022). *Pengaruh Dzikir Terhadap Kualitas Hidup Lansia yang Menderita Hipertensi*. Vol 3 (1). *Journal Pustaka Katulistiwa Sekolah Tinggi Kesehatan.Indonesia.Jaya.* DOI: <https://journal.stikij.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/88>

Quraish Shihab, Muhammad. 2017. *Tafsir Al Misbah. Pesan Kesan dan Keserasian Al Qur'an*. Tangerang : Lentera Hati

Rahayu H. (2016). *Faktor Risiko Hipertensi Pada Masyarakat RW 01 Srengseng Sawah Kecamatan Jagakarsa Kota Jakarta Selatan*. Depok: Univeritas Indonesia

- Ridwan, E.S., & Nurwanti, E., (2013). Gaya Hidup dan Hipertensi Pada Lanjut Usia di Kecamatan Kasihan Bantul Yogyakarta, vol 2 (2) : 67-70. *Journal Ners dan Kebidanan Indonesia Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alma Ata Yogyakarta*. DOI: <http://www.ejournal.almaata.ac.id/index.php/JNKI/article/view/28>
- Riyadina, W. (2019). *Hipertensi pada Wanita Menopause*. LIPI Press. DOI: <http://penerbit.lipi.go.id/data/naskah1583984091.pdf>
- Sapitri, W., Hartoyo, M., & Wulandari, M. (2017). Pengaruh Pemberian Terapi Dzikir Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Bedah Mayor Di RSUD Ambarawa. *Karya Ilmiah*.
- Setiati, Siti. 2015. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid II Ed. VI. Jakarta: Interna Publishing
- Shaleh Bin Ganim Al-Sadlan, (2009). *Doadzikir Qauli dan Fi'li (Ucapan dan Tindakan)*, Yogyakarta: Pustaka PelajarOfsett.
- Sharoni, K. I., Nazron, N.E., Hamzah, N.A., & Mohamed, S.R. (2013). *Psychological well being anda self carepractices of patient with hypertension. International Journal of Undergraduates Studies*, 2 (2),13-18.
- Shihab, M.Q. (2007). *Wawasan Al-quran tentang zikir dan doa*. Jakarta Selatan: Penerbit Lentera Hati
- Sinuraya RK. (2017). Pengukuran tingkat pengetahuan tentang hipertensi pada pasien hipertensi di Kota Bandung: Sebuah Studi Pendahuluan. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*. 6(4): 290–297
- Sitepu, S. R. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Hipertensi Pada kehamilan di Klinik Pratama ZR Romauli Tahun 2020. *Elisabeth Health Jurnal*, 5:2
- Soleh, M. (2015). *SET: Smart empowerment technique*. Jakarata : Penerbit Republika
- Sudiarto, Wijayanto R, & Sumedi T. (2007). Pengaruh terapi relaksasi meditasi terhadap penurunan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi di wilayah binaan rumah sakit Emanuel kalmpok Banjarnegara. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, Volume 2, No. 3.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta

- Sugiyono. 2016. *Metoda Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung : PT Alfabeta.
- Suryani. 2015. *Pengaruh Relaksasi Dzikir terhadap Tingkat Kecemasan*. Bandung : Universitas Padjajaran
- Susanti Nofi, Putra Apriadi Siregar Dan Reinpal Falefi. (2020). Determinan Kejadian Hipertensi Masyarakat Pesisir Berdasarkan Kondisi Sosio Demografi Dan Konsumsi Makan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan (JIKA)*. Vol. 2, No. 1, April 2020, Pp 43-52. <https://doi.org/10.36590/Jika.V2il.52>.
- Syafrowi, M. A. (2010). *Nikmatnya Istighfar*. Yogyakarta: Mutiara Media.
- Tania T. Von Visger, A. M. (2017). Quality of life and psychological symptoms in patients with pulmonary hypertension. *Heart And Lung*
- Thomopoulos, C., Parati, G., & Zanchetti, A. (2018). *Effects of blood pressure-lowering treatment on cardiovascular outcomes and mortality: 14 ^ effects of different classes of antihypertensive drugs in older and younger patients: overview and meta-analysis*. *Journal of Hypertension*, 1–11. DOI: <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001777>
- Usmadi. (2020). *Pengujian Persyaratan Analisis (Uji Homogenitas Dan Uji Normalitas)*. Inovasi Pendidikan
- Ventegodt, Merrick & Andersen. (2003). *Quality of life theory I. the QOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept*. DOI: <http://www.The scientific world.com>.
- Wang, Z., Chen, Z., Zhang, L., & Wang, X. (2015). *Status of Hypertension in China : Results from the China Hypertension Survey , 2012-2015*. *Aha Journals*, 167, 2012–2015.
- Wahyuni. (2019). Hubungan tingkat pendidikan dan jenis kelamin dengan kejadian hipertensi di Kelurahan Jagalan di wilayah kerja Puskesmas Pucangsawit Surakarta. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia (JIKI)*. 1(1).
- Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G., et al. (2014). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of*

Hypertension. Journal of Clinical Hypertension, 16(1), 14–26.
DOI: <https://doi.org/10.1111/jch.12307>

Widodo, G, G & Purwaningsih (2013). Pengaruh Meditasi Terhadap Kualitas Hidup Lansia Yang Menderita Hipertensi Di Unit Rehabilitasi Sosial Wening Wardoyo Ungaran Kabupaten Semarang. Semarang. DOI: <http://download.portalgaruda.org/article.php?article>

Widyastuti, Tna., Abdullah, H., Salman, L (2019). Terapi Dzikir sebagai intervensi untuk menurunkan kecemasan pada lansia: Gadjah Mada Journal Of Professional Psychology ISSN: 2407-7801 (Online) VOLUME 5, NO. 2, 2019: 147-157 <https://jurnal.ugm.ac.id/gamajpp> DOI: 10.22160/gamajpp.13543

Wink, P. & Dillon, M. (2003). *Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: Findings From a Longitudinal Study. Pscyhology and Aging*, 18 (4), 916 – 924.

Yuliana, Verra., Adji, P., Josephine, PA (2018). Validitas Kuesioner Whoqol-Bref Dalam Menilai Kualitas Hidup Penderita Skizofrenia Rawat Jalan. Surabaya: Fakultas Farmasi Universitas Surabaya