BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Permasalahan

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan global yang paling krusial, secara klinis didefinisikan sebagai tekanan darah persisten tinggi dengan sistolik ≥140 mmHg dan diastolik ≥90 mmHg (Fiana & Indarjo, 2024). Jumlah penderita hipertensi di dunia meningkat dari sekitar 650 juta jiwa pada 1990 menjadi 1,3 miliar jiwa pada 2019, dengan prevalensi global mencapai 33% pada kelompok usia 30-79 tahun (World Health Organization, 2023). Tekanan darah sistolik yang tinggi bahkan tercatat sebagai faktor risiko tunggal terbesar penyebab kematian dini secara global, dengan sekitar 10,8 juta kematian yang sebenarnya dapat dihindari setiap tahun (World Health Organization, 2023). Hipertensi dijuluki *"the silent killer"* karena sebagian besar penderitanya tidak merasakan gejala spesifik, sehingga hampir separuh populasi penderita di dunia tidak menyadari kondisinya hingga organ tubuh terlanjur rusak dan memicu komplikasi fatal seperti stroke, serangan jantung, dan gagal ginjal kronis (Marzuki dkk., 2024).

Kondisi serupa terjadi di Indonesia dengan prevalensi hipertensi mencapai 34,1% pada penduduk usia ≥18 tahun menurut Riskesdas 2018, meningkat dari 25,8% pada 2013 (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Tingginya angka ini menegaskan urgensi penanganan hipertensi sebelum menimbulkan komplikasi fatal, sekaligus menjadi dasar perlunya penelusuran lebih jauh mengenai kelompok usia mana yang paling rentan terdampak.

Selama ini hipertensi lebih sering dikaitkan dengan kelompok lanjut usia, padahal kondisi saat ini memperlihatkan pergeseran signifikan berupa meningkatnya kejadian hipertensi pada kelompok usia produktif (15-64 tahun). Berdasarkan Riskesdas 2018, prevalensi hipertensi pada rentang usia 35-44 tahun telah mencapai 31,61%, melonjak menjadi 45,32% pada usia 45-54 tahun, dan terus naik hingga 55,23% pada usia 55-64 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 memperkuat gambaran ini sekaligus mengungkap kesenjangan kesadaran di masyarakat di mana prevalensi nasional berdasarkan pengukuran langsung tercatat 30,8%, sementara yang telah terdiagnosis dokter hanya 8,6%. Fenomena ini turut terlihat pada usia produktif muda, dengan prevalensi hasil pengukuran langsung sebesar 10,7% pada usia 18-24 tahun dan meningkat menjadi 17,4% pada usia 25–34 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Di tingkat provinsi, Daerah Istimewa Yogyakarta tercatat sebagai provinsi dengan prevalensi hipertensi tertinggi keempat di Indonesia (Alfana dkk., 2024). Urgensi ini menguat di tingkat kabupaten, di mana profil kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman tahun 2020 mencatat hipertensi sebagai salah satu dari sepuluh penyakit terbanyak dengan total 138.702 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, 2020). Di antara wilayah-wilayah di Sleman, Kecamatan Depok menjadi kawasan dengan sebaran kasus paling tinggi, sejalan dengan karakteristiknya sebagai daerah urban padat penduduk dan bermobilitas tinggi, sebagaimana tercermin dari data tiga puskesmas yang melayani wilayah tersebut: Puskesmas Depok I dengan 1.224 pasien, Puskesmas Depok II dengan 1.171

pasien, dan Puskesmas Depok III dengan 1.861 pasien aktif dalam perawatan (Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, n.d.).

Usia produktif merupakan penduduk berusia 15-64 tahun yang berada pada fase aktif menjalankan peran sosial dan ekonomi (Badan Pusat Statistik, 2021). Kelompok ini tergolong sebagai angkatan kerja, yaitu penduduk usia produktif yang telah memiliki pekerjaan maupun yang sedang aktif mencari pekerjaan (Adriyanto dkk., 2020). Berbeda dengan kelompok lansia, penderita hipertensi usia produktif menanggung beban peran yang jauh lebih beragam, mencakup tuntutan pekerjaan, tanggung jawab keluarga, interaksi sosial, serta kewajiban ekonomi rumah tangga. Berdasarkan Sensus Penduduk 2020, persentase penduduk usia produktif mencapai 70,72% dari total 270,20 juta jiwa penduduk Indonesia (Badan Pusat Statistik, 2021). Hal ini menempatkan Indonesia dalam masa bonus demografi, yaitu kondisi ketika jumlah penduduk usia produktif jauh lebih besar dibandingkan usia non-produktif (Badan Pusat Statistik, 2022). Namun, ketika kelompok ini mengalami gangguan kesehatan seperti hipertensi, kemampuan menjalankan peran sebagai angkatan kerja turut terganggu. Penderita hipertensi sering kali mengalami penurunan produktivitas kerja akibat kondisi kesehatan yang menurun, yang pada akhirnya berdampak pula pada kondisi ekonomi keluarga dan negara (Jeemon dkk., 2021, dalam Oktaverina, 2025).

Konsekuensi hipertensi pada dasarnya jauh lebih kompleks dan tidak berhenti pada peningkatan angka tekanan darah semata (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Ketika menyerang usia produktif, hipertensi membawa rentetan keluhan fisik berupa kelelahan, nyeri pada area tengkuk hingga dada, serta gangguan tidur yang

muncul terutama saat kondisi kambuh, sehingga turut menurunkan kapasitas kerja penderita (Maryadi dkk., 2021). Hal ini memicu kecemasan dan perubahan emosional seperti mudah marah atau merasa sedih, yang pada akhirnya membuat penderita cenderung membatasi interaksi sosial akibat berkurangnya rasa percaya diri terhadap kondisi fisiknya (Atahau dkk., 2025). Secara global, kompleksitas dampak tersebut turut ditegaskan oleh World Health Organization (2023), yang menyatakan bahwa hipertensi berkontribusi luas terhadap penurunan kesejahteraan penderita di berbagai aspek kehidupan. Berdasarkan kompleksitas dampak biopsikososial tersebut, luaran dari penyakit ini tidak cukup dinilai hanya melalui angka tekanan darah biologis, melainkan perlu ditelusuri lebih jauh melalui konstruk kualitas hidup penderita.

Hornquist (1982) mendefinisikan kualitas hidup sebagai tingkat terpenuhinya kebutuhan individu melalui kepuasan terhadap kehidupannya secara keseluruhan. Penilaian kualitas hidup tersebut mencakup kebutuhan fisik, psikologis, sosial, aktivitas, material, dan struktural. Sejalan dengan konsep tersebut, kualitas hidup menjadi konstruk psikologis yang penting karena mencerminkan cara penderita hipertensi menilai kesejahteraan dirinya dalam menghadapi kondisi kesehatan, tekanan hidup, dan perubahan fungsi sehari-hari (Taylor & Stanton, 2021).

Kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan, dilihat dari konteks budaya dan sistem nilai tempat ia tinggal, serta kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan kepedulian yang dimiliki (World Health Organization, 1998). Kualitas hidup berdasarkan WHOQOL-BREF memiliki empat aspek, yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan

lingkungan. Aspek fisik mengukur kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, aspek psikologis menilai kondisi mental termasuk harga diri (*self-esteem*), aspek hubungan sosial mengukur kualitas interaksi antar individu, sedangkan aspek lingkungan mengevaluasi faktor pendukung kesejahteraan seperti stabilitas finansial dan akses terhadap layanan kesehatan (WHOQOL Group, 1998). Pengukuran kualitas hidup penting dilakukan pada penderita hipertensi karena dampaknya terbukti tidak merata antar aspek. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Kaliyaperumal dkk. (2016) pada pasien hipertensi menemukan aspek kesehatan mental sebagai komponen paling terdampak, diikuti aspek emosional dan vitalitas, sementara fungsi sosial relatif paling sedikit terpengaruh. Temuan ini menegaskan bahwa dampak hipertensi terhadap kualitas hidup bersifat multidimensi.

Gambaran kualitas hidup penderita hipertensi sebagian besar mengarah pada kategori sedang hingga buruk. Kunoviana dan Maliya (2025) menemukan 58,8% responden usia produktif di Puskesmas Gatak Sukoharjo berkualitas hidup buruk. Sandy dkk. (2026) di RS Permata Medika Semarang menemukan angka yang hampir serupa (55,6%). Atahau dkk. (2025) di Puskesmas Gamping 1 Sleman mencatat mayoritas responden (66,0%) hanya berada pada kategori cukup tanpa satu pun mencapai kategori sangat baik. Penurunan kualitas hidup ini tampak konsisten terjadi pada aspek kesehatan fisik maupun psikologis, sebagaimana ditegaskan pula oleh Alwhaibi dan Balkhi (2025) melalui analisis data nasional Amerika Serikat. Maryadi dkk. (2021) turut memperkuat gambaran ini melalui temuan kualitatifnya, di mana penderita hipertensi melaporkan aktivitas fisik

terganggu, kapasitas kerja menurun, dan pola tidur terganggu terutama saat kondisinya kambuh. Temuan-temuan ini menegaskan bahwa penurunan kualitas hidup pada penderita hipertensi bukan sekedar kemungkinan teoritis, melainkan kondisi nyata yang banyak ditemukan di berbagai wilayah penelitian.

Gambaran nyata mengenai gangguan fungsi hidup ini juga ditemukan pada pengambilan data awal di lapangan. Beberapa subjek mengungkapkan bagaimana hipertensi mempengaruhi aspek kesehatan fisik dan kesejahteraan psikologis mereka dalam kehidupan sehari-hari, sebagaimana tercermin dalam aspek WHOQOL-BREF. Salah satu subjek mengungkapkan, "Saya yang paling terasa, Mbak, karena kerja berdiri terus di warung. Kaki pegal, kepala kadang mendadak pusing. Pernah sampai harus tutup warung lebih awal karena nggak kuat…, perasaan saya ya kadang down, Mbak, apalagi kalau pas nggak ada uang buat beli obat. Sedih juga, tapi saya coba tetap semangat demi anak-anak…, (Y: 20 Juni 2026)". Subjek lain yang masih tergolong usia produktif muda turut menyampaikan, "Hampir setiap hari saya merasa cemas, Mbak, badannya sih kelihatan biasa, tapi pikirannya nggak pernah bisa berhenti…, umur 38 sudah harus minum obat seumur hidup, rasanya kayak beban, kadang nangis sendiri, apalagi kalau lihat teman-teman masih bebas makan apa saja…, (R: 20 Juni 2026)".

Dari kedua penuturan tersebut terlihat bahwa penurunan fungsi hidup yang dialami penderita hipertensi usia produktif tercermin pada aspek kesehatan fisik berupa mudah lelah dan keterbatasan aktivitas, aspek psikologis berupa perasaan sedih, beban pikiran, dan kesulitan menerima kondisi kesehatan, serta aspek

lingkungan berupa keterbatasan akses terhadap pengobatan akibat kendala finansial, terutama pada subjek berusia lebih muda.

Penurunan kualitas hidup pada penderita hipertensi dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, meliputi faktor medis, sosial, perilaku, dan psikologis. Menurut Ferrans dkk. (2005), kualitas hidup merupakan hasil interaksi antara karakteristik individu dan karakteristik lingkungan. Karakteristik individu mencakup aspek demografis, biologis, perkembangan, dan psikologis, sedangkan karakteristik lingkungan meliputi dukungan interpersonal, institusi, komunitas, kebijakan publik, dan lingkungan fisik. Interaksi kedua karakteristik tersebut mempengaruhi persepsi individu terhadap kondisi kesehatannya sehingga berdampak pada kualitas hidup yang dirasakan.

Pada penderita hipertensi, kualitas hidup dipengaruhi oleh berbagai faktor medis, sosial, dan perilaku. Dari sisi medis, komorbiditas, usia, status ekonomi, aktivitas fisik, dan lokasi tempat tinggal diketahui berhubungan dengan kualitas hidup (Thi Han Ny dkk., 2025). Dari sisi sosial, dukungan pasangan pada penderita yang telah menikah berkontribusi terhadap kemampuan pengelolaan diri (*self-management*) penyakitnya (Fitriani dkk., 2024). Sedangkan tingkat pendidikan yang lebih tinggi berhubungan dengan kualitas hidup yang lebih baik, khususnya pada domain fungsi fisik dan keterbatasan fisik (Susanti dkk., 2023). Selain itu, semakin lama seseorang menderita hipertensi, kualitas hidupnya cenderung semakin buruk (Nilawati dkk., 2023). Dari sisi perilaku, pengetahuan, kepatuhan minum obat, dan dukungan keluarga juga berhubungan dengan kualitas hidup (Patoding dkk., 2024).

Selain faktor medis, sosial, dan perilaku, kondisi psikologis juga berperan penting dalam menentukan kualitas hidup penderita hipertensi. Pasien hipertensi yang mengalami kecemasan maupun depresi cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah pada komponen kesehatan fisik maupun mental dibandingkan pasien tanpa gangguan psikologis, dan penurunan tersebut semakin besar ketika kedua kondisi terjadi secara bersamaan (Alwhaibi & Balkhi, 2025). Pada kelompok usia produktif, beban penyakit kronis yang disertai tuntutan pekerjaan, tanggung jawab ekonomi keluarga, dan peran sosial menyebabkan individu lebih rentan mengalami kecemasan, yang pada akhirnya dapat memperburuk kualitas hidup (Kunoviana & Maliya, 2025). Oleh karena itu, kecemasan dipilih sebagai variabel independen dalam penelitian ini karena diduga berhubungan dengan kualitas hidup pasien hipertensi usia produktif.

American Psychological Association (2022) mendefinisikan kecemasan sebagai bentuk emosi yang muncul ketika seseorang mengantisipasi adanya bahaya atau peristiwa buruk di masa depan. Secara klinis, American Psychiatric Association (2022) melalui *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi kelima revisi teks (DSM-5-TR) menjelaskan bahwa gangguan kecemasan ditandai oleh ketakutan dan kekhawatiran berlebihan disertai gangguan perilaku yang berkaitan dengan ancaman, dengan kriteria klinis yang mencakup intensitas, durasi, dan derajat gangguan fungsional yang ditimbulkan.

Rhamadian dan Jumrotul'Aqobah (2022) memandang kecemasan sebagai kondisi psikologis yang timbul akibat tekanan emosional maupun fisik sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman pada individu. Clark dan Beck (2010)

mendefinisikan kecemasan sebagai keadaan emosi yang muncul akibat antisipasi terhadap kondisi masa depan yang tidak pasti, sulit dikontrol, dan dipersepsikan mengancam keamanan maupun kenyamanan individu. Apabila berlangsung secara berlebihan dan menetap, kecemasan dapat mengganggu fungsi psikologis serta aktivitas sehari-hari. Kemudian Beck dan Clark (1997) juga menjelaskan bahwa kecemasan berkaitan dengan proses kognitif ketika seseorang menilai suatu keadaan sebagai ancaman sehingga memunculkan respons emosional dan fisiologis terhadap situasi tersebut.

Pada penderita hipertensi, kecemasan sering muncul karena ketidakpastian mengenai perkembangan penyakit, risiko komplikasi, keharusan menjalani pengobatan jangka panjang, serta ketidakstabilan tekanan darah yang dapat menurunkan rasa aman (Alwhaibi & Balkhi, 2025). Penderita juga kerap dibayangi kekhawatiran akan gangguan serius pada jantung, ginjal, maupun otak, termasuk risiko stroke hingga ketakutan akan kematian (Laka dkk., 2018). Selain itu, keterbatasan mobilitas akibat komplikasi dapat menghambat pekerjaan sehingga memunculkan kekhawatiran akan hilangnya produktivitas (Rizal dkk., 2019). Beban biaya pengobatan yang berkelanjutan turut memperberat kondisi psikologis, terutama pada penderita dengan akses terbatas terhadap fasilitas kesehatan (Thi Han Ny dkk., 2025). Pada usia produktif, beban tersebut menjadi lebih kompleks karena berkaitan dengan tuntutan pekerjaan dan tanggung jawab ekonomi keluarga (Kunoviana & Maliya, 2025). Berbagai kekhawatiran tersebut dapat mempengaruhi kondisi psikologis penderita dan pada akhirnya berdampak terhadap kualitas hidup yang dirasakan.

Mekanisme hubungan antara kecemasan dan kualitas hidup dapat dijelaskan melalui *Biopsychosocial Model* yang dikemukakan Engel (1977), yang memandang kondisi kesehatan sebagai hasil interaksi faktor biologis, psikologis, dan sosial. Pada penderita hipertensi, perubahan biologis akibat penyakit dapat memunculkan respons psikologis berupa kecemasan yang selanjutnya mempengaruhi kemampuan individu beradaptasi dan menjalankan fungsi sosial. Mekanisme tersebut sejalan dengan model *Health-Related Quality of Life* dari Wilson dan Cleary (1995), yang menjelaskan bahwa kualitas hidup terkait kesehatan merupakan hasil hubungan berkesinambungan antara karakteristik biologis, gejala yang dialami, status fungsional, persepsi kesehatan, hingga kualitas hidup secara keseluruhan.

Penelitian mengenai hubungan antara kecemasan dan kualitas hidup pada penderita penyakit kronis, khususnya hipertensi, telah banyak dilakukan dalam lima tahun terakhir baik di dalam maupun luar negeri. Alwhaibi dan Balkhi (2025) melalui studi retrospektif *cross-sectional* di Amerika Serikat berbasis data *Medical Expenditure Panel Survey* (MEPS) terhadap 11.773 penderita hipertensi menggunakan *Veterans RAND 12-Item Health Survey* (VR-12), menemukan bahwa komorbiditas kecemasan berhubungan dengan penurunan skor kesehatan mental penderita. Hasil serupa dilaporkan Hwang dan Oh (2024) di Korea Selatan melalui studi *cross-sectional* terhadap 501 partisipan menggunakan *Depression Anxiety Stress Scale-21* (DASS-21) dan *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF), yang menunjukkan bahwa kecemasan merupakan

prediktor signifikan terhadap penurunan kualitas hidup terkait kesehatan (*health-related quality of life*).

Di Indonesia, Kunoviana dan Maliya (2025) meneliti 84 penderita hipertensi usia produktif di Puskesmas Gatak, Sukoharjo menggunakan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) dan WHOQOL-BREF, menemukan adanya hubungan antara kecemasan dan kualitas hidup pada penderita hipertensi usia produktif. Putri dkk. (2024) di UPTD Puskesmas Demangan, Kota Madiun, menggunakan DASS-42 dan WHOQOL juga menemukan adanya hubungan negatif antara kecemasan dan kualitas hidup pada penderita hipertensi. Temuan tersebut diperkuat oleh Sandy dkk. (2026) di RS Permata Medika Semarang yang melaporkan hubungan signifikan antara kecemasan dan kualitas hidup pada penderita hipertensi.

Secara umum, penelitian-penelitian tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat kecemasan, semakin rendah kualitas hidup penderita hipertensi. Namun, sebagian besar penelitian masih dilakukan pada populasi dewasa secara umum atau terbatas pada wilayah tertentu, seperti Jawa Tengah dan Jawa Timur, sehingga belum banyak menggambarkan kondisi psikososial masyarakat di daerah lain. Berdasarkan hasil penelusuran literatur yang dilakukan peneliti, penelitian mengenai hubungan kecemasan dan kualitas hidup pada penderita hipertensi usia produktif di Daerah Istimewa Yogyakarta, khususnya Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman, masih sangat terbatas.

Penelitian pada kelompok usia produktif penting dilakukan karena kelompok ini memiliki karakteristik yang berbeda dengan lansia, yaitu masih menghadapi tuntutan pekerjaan, tanggung jawab ekonomi keluarga, serta peran sosial yang

dapat meningkatkan beban psikologis dan memengaruhi kualitas hidup. Oleh karena itu, kajian pada konteks wilayah Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman, diharapkan dapat memberikan gambaran empiris yang lebih sesuai dengan karakteristik masyarakat setempat.

Kebaruan penelitian ini terletak pada fokusnya yang mengkaji hubungan antara kecemasan dan kualitas hidup pada penderita hipertensi usia produktif di Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman. Selain itu, berdasarkan hasil penelusuran literatur yang dilakukan peneliti, belum ditemukan penelitian di Daerah Istimewa Yogyakarta yang mengkaji hubungan tersebut *menggunakan Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety* (HADS-A) sebagai instrumen pengukuran kecemasan dan *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF) sebagai instrumen pengukuran kualitas hidup. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan bukti empiris mengenai hubungan kecemasan dan kualitas hidup pada penderita hipertensi usia produktif serta menjadi masukan dalam pengembangan pelayanan kesehatan yang lebih memperhatikan aspek psikologis penderita hipertensi.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul ”Hubungan Kecemasan dengan Kualitas Hidup pada Penderita Hipertensi Usia Produktif”. Adapun rumusan masalah yang diajukan adalah: Apakah terdapat hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup pada domain fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan pada penderita hipertensi usia produktif?

B. Tujuan dan Manfaat Penelitian

1. Tujuan

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada domain fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan pada penderita hipertensi usia produktif.

2. Manfaat

Hasil penelitian ini diharapkan akan memberikan manfaat teoritis dan manfaat praktis, masing-masing sebagai berikut:

a. Manfaat Teoritis:

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk menambah khasanah keilmuan, yaitu memperkuat studi pada ilmu Psikologi, terutama pada bidang psikologi klinis, khususnya mengenai hubungan antara kecemasan dan kualitas hidup penderita hipertensi usia produktif.

b. Manfaat Praktis:

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendorong penderita hipertensi usia produktif untuk mampu memelihara tingkat kecemasan sehingga dapat berdampak pada meningkatnya kualitas hidup mereka. Selain itu, hasil penelitian ini dapat menjadi dasar pengembangan intervensi psikologis yang tepat untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif dan holistik.