HUBUNGAN PROFIL SOSIODEMOGRAFI DAN PENYAKIT HIPERTENSI DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN DI PUSKESMAS ALALAK SELATAN KOTA BANJARMASIN

SKRIPSI

untuk memenuhi salah satu persyaratan
mencapai derajat Strata 1
Farmasi Klinis Komunitas

Disusun Oleh:

Norhalisa

210102071

PROGRAM STUDI S1 FARMASI

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

ISFI BANJARMASIN

2024

SKRIPSI

HUBUNGAN SOSIODEMOGRAFI DAN PENYAKIT HIPERTENSI DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN DI PUSKESMAS ALALAK SELATAN KOTA BANJARMASIN

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Norhalisa

210102071

Telah dipertahankan didepan Tim Penguji pada tanggal 10 Desember 2024

Dosen Pembimbing I

Abdul Mahmud Yummasik, M. Farm.
Tanggal, 24/12/2024

Dosen Pembimbing II

apt. Novia Ariani, M. Farm.
Tanggal, 24/12/2024

Mengetahui
Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
ISFI Banjarmasin

apt. Erna Prihandiwati, S.F, M. Farm.

Tim Penguji

Ketua Sidang : apt. Amaliyah Wahyuni., S.Si., MM .....
Tanggal, 16/12/2024

Anggota :

1. Abdul Mahmud Yummasik, M. Farm. 1. .....
   Tanggal, 24/12/2024
2. apt. Novia Ariani, M.Farm. 2. .....
   Tanggal, 24/12/2024
3. apt. Tedi Rustandi, M. Farm 3. .....
   Tanggal, 06/01/2025

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Peneliti : Norhalisa

Judul Penelitian : Hubungan Sosiodemografi Dan Penyakit Hipertensi Dengan Kualitas Hidup Pasien Di Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin

Kebaruan Penelitian : Penelitian ini memberikan kontribusi baru dalam memahami hubungan antara sosiodemografi dan hipertensi dengan kualitas hidup menggunakan instrumen SF-6D yang belum banyak diterapkan dalam populasi ini secara spesifik.

Dengan ini menyatakan bahwa penelitian yang saya lakukan adalah asli, tidak menjiplak, dan belum pernah dilakukan sebelumya untuk memperoleh gelar kesarjanaan diperguruan tinggi manapun. Semua sumber yang digunakan dalam penelitian ini telah disebutkan dan diacu sesuai dengan ketentuan akademik yang berlaku.

Saya bertanggung jawab panuh atas keaslian penelitian ini. Jika di kemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Banjarmasin, Desember 2024

Norhalisa

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT berkat Rahmat, Hidayah, dan Karunia-Nya kepada kita semua sehingga kami dapat menyelesaikan usulan skripsi dengan judul "Hubungan Sosiodemografi dan Penyakit Hipertensi dengan Kualitas Hidup Pasien di Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin". Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan S1 Farmasi Klinis dan Komunitas di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ISFI Banjarmasin.

Penulis menyadari dalam penyusunan usulan skripsi ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Karena itu pada kesempatan ini kami ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. apt. Erna Prihandiwati, S.F., M.Farm. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ISFI Banjarmasin.
2. Abdul Mahmud Yummasik, M.Farm selaku pembimbing pertama yang telah memberikan arahan serta masukan sehingga Hasil Skripsi ini dapat diselesaikan.
3. apt. Novia Ariani, M.Farm selaku pembimbing kedua yeng telah memberikan arahan dan masukan sehingga Hasil Skripsi ini dapat diselesaikan.
4. apt. Amaliyah Wahyuni., S.Si., MM selaku penguji pertama yang telah memberi masukkan, kritik dan saran pada penelitian ini, sehingga Hasil Skripsi ini menjadi lebih baik.
5. apt. Tedi Rustandi, M.Farm selaku penguji kedua yang telah memberi masukkan, kritik dan saran pada penelitian ini, sehingga Hasil Skripsi ini menjadi lebih baik.

6. Orang tua yang selalu memberikan nasehat, motivasi, dan selalu mendo'akan
7. Keluarga yang selalu mendukung dan memberikan semangat dalam proses penyusunan Hasil Skripsi.
8. Teman seperjuangan yang membantu dalam penyiapan proposal hingga proses seminar Hasil Skripsi.
9. Teman satu tempat penelitian yang juga senantiasa membantu pada saat proses penelitian.
10. Sahabat dan orang terdekat yang tidak pernah lupa memberikan semangat untuk menyelesaikan tugas akhir ini.

Peneliti menyadari banyak kelemahan, kekurangan dan keterbatasan dalam penyusunan Hasil Skripsi. Peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaannya. Semoga Hasil Skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Banjarmasin, 10 Desember 2024

Norhalisa

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN iii
KATA PENGANTAR iv
DAFTAR ISI vi
DAFTAR TABEL viii
DAFTAR GAMBAR ix
DAFTAR LAMPIRAN x
INTISARI xi
ABSTRACT xii
BAB I PENDAHULUAN 1
1.1. Latar Belakang 1
1.2. Rumusan Masalah 4
1.3. Tujuan Penelitian 4
1.4. Manfaan Penelitian 5
1.4.a Bagi Peneliti 5
1.4.b Bagi Institusi 5
1.4.c Bagi Puskesmas Alalak Selatan 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 6
2.1. Hipertensi 6
2.1.a Klasifikasi Hipertensi 6
2.1.b Patofisiologi dan Etiologi Hipertensi 7
2.1.c Farmakoterapi Hipertensi 8
2.2 Sosiodemografi Pasien Hipertensi 14
2.3. Kualitas Hidup 15
2.4. *Instrumen Short Form* (SF-6D) 16
2.5. Kerangka Berpikir 18
2.6. Hipotesis 19

BAB III METODE PENELITIAN 20
3.1 Jenis Penelitian 20
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian 20
3.3 Populasi dan Sampel 20
3.4. Variabel dan Definisi Operasional 21
3.5. Prosedur Penelitian 23
3.5.a Alat dan Instrumen Penelitian 23
3.5.b Jalannya penelitian 24
3.6. Pengelolahan dan Analisis Data 25
3.6.a Teknik Pengolahan Data 25
3.6.b Teknik Analisis Data 26
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 29
4.1. Deskripsi Penelitian 29
4.2. Sosiodemografi Pasien Hipertensi 29
4.3 Kualitas Hidup Pasien Hipertensi 35
4.4 Hubungan Sosiodemografi dan Hipertensi dengan Kualitas Hidup 41
BAB V PENUTUP 46
5.1. Kesimpulan 46
5.2. Saran 47
5.2.a Kepada Peneliti Selanjutnya 47
5.2.b Kepada Puskesmas 47
5.2.c Kepada Insitusi Pendidikan 47
DAFTAR PUSTAKA 49

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC-8 (2014)..... 7
Tabel 3.2 Variabel dan Definisi Operasional 22
Tabel 4.3 Sosiodemografi Pasien hipertensi 30
Tabel 4.4 Penyakit Penyerta Terbanyak 34
Tabel 4.5 Kualitas Hidup (HRQol)..... 36
Tabel 4.6 Dimensi Kualitas Hidup 37
Tabel 4.7 Hubungan Sosiodemografi dan Hipertensi dengan Kualitas Hidup 41

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagan Algoritma Penanganan Hipertensi Rekomendasi JNC 8 14
Gambar 2.2 Kerangka Berpikir 19

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Informaed Consent 55
Lampiran 2. Lembar Sosiodemografi Pasien Hipertensi 56
Lampiran 3. Instrumen Short From-6 Dimension (SF-6D) versi Indonesia 57
Lampiran 4. Hasil Data Penelitian 58
Lampiran 5. Output Analisis SPSS 62
Lampiran 6. Index Calculator SF-6D 70
Lampiran 7. Surat ijin Dinas Kesehatan 71
Lampiran 8. Formulir Verifikasi Permohonan Permintaan Data Penelitian Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin 72
Lampiran 9. Lembar Konsultasi 73

INTISARI

HUBUNGAN PROFIL SOSIODEMOGRAFI DAN PENYAKIT HIPERTENSI DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN DI PUSKESMAS ALALAK SELATAN KOTA BANJARMASIN

Norhalisa[1], Abdul Mahmud Yumassik[1], Novia Ariani[1]

Hipertensi merupakan penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan, tetapi dapat dikendalikan melalui pengobatan jangka panjang, yang berpotensi memengaruhi kualitas hidup pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan sosiodemografi pasien hipertensi, menilai kualitas hidup, dan menganalisis hubungan antara sosiodemografi penyakit hipertensi dengan kualitas hidup di Puskesmas Alalak Selatan kota Banjarmasin.

Penelitian menggunakan desain *cross-sectional* dengan 85 responden yang diambil melalui teknik *consecutive sampling* pada Agustus 2024. Kualitas hidup diukur menggunakan instrumen *Short Form 6 Dimension* (SF-6D), sedangkan data demografi diperoleh dari wawancara dan rekam medis. Analisis data dilakukan menggunakan SPSS dengan uji *chi-square* untuk melihat hubungan dan *index calculator* untuk melihat nilai kualitas hidup.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden adalah perempuan (72,9%), berusia 45–54 tahun (41,2%), dengan tingkat pendidikan rendah (35,3% tamat SD), dan sebagian besar tidak bekerja (60,0%). Sebanyak 54,1% responden telah menderita hipertensi lebih dari dua tahun, dan 61,2% tidak memiliki penyakit penyerta. Mayoritas pasien (90,6%) memiliki kualitas hidup baik (nilai indeks utilitas ≥0,5), sementara 9,4% memiliki kualitas hidup buruk (<0,5). Analisis statistik menunjukkan bahwa penyakit penyerta (p = 0,002) dan kategori hipertensi (p = 0,041) memiliki hubungan signifikan dengan kualitas hidup, sedangkan faktor lain seperti usia, jenis kelamin, dan pendidikan pekerjaan, lama menderita, dan riwayat hipertensi tidak menunjukkan hubungan yang signifikan.

Penelitian ini menyimpulkan bahwa kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Alalak Selatan sebagian besar tergolong baik. Namun, faktor penyakit penyerta dan tingkat keparahan hipertensi memiliki pengaruh signifikan terhadap kualitas hidup pasien. Temuan ini menggarisbawahi pentingnya pengelolaan penyakit penyerta dan kontrol tekanan darah yang lebih optimal untuk meningkatkan kualitas hidup pasien hipertensi.

Kata kunci: Sosiodemografi, Kualitas Hidup, Hipertensi, Puskesmas, SF-6D

[1]Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ISFI Banjarmasin

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIODEMOGRAPHIC PROFILES AND HYPERTENSION WITH THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AT ALALAK SELATAN PUBLIC HEALTH CENTER, BANJARMASIN CITY

Norhalisa[1], Abdul Mahmud Yumassik[1], Novia Ariani[1]

Hypertension is a chronic condition that cannot be cured but can be controlled through long-term treatment, potentially impacting patients' quality of life. This study aims to describe the sociodemographic characteristics of hypertensive patients, assess their quality of life, and analyze the relationship between sociodemographics and hypertension characteristics with quality of life at the Alalak Selatan Public Health Center, Banjarmasin.

This cross-sectional study involved 85 respondents selected through consecutive sampling in August 2024. Quality of life was measured using the Short Form 6 Dimension (SF-6D) instrument, and sociodemographic data were obtained through interviews and medical records. Data were analyzed using SPSS with chi-square tests to assess relationships and an index calculator to evaluate quality of life scores.

The results indicated that most respondents were female (72.9%), aged 45–54 years (41.2%), had a low level of education (35.3% completed elementary school), and were predominantly unemployed (60.0%). Additionally, 54.1% of respondents had hypertension for over two years, and 61.2% had no comorbidities. The majority of patients (90.6%) had a good quality of life (utility index ≥0.5), while 9.4% had a poor quality of life (utility index <0.5). Statistical analysis showed that comorbidities (p = 0.002) and hypertension category (p = 0.041) were significantly associated with quality of life, while other factors such as age, gender, education, employment status, duration of hypertension, and hypertension history did not show significant associations.

This study concludes that the quality of life among hypertensive patients at the Alalak Selatan Public Health Center is generally good. However, comorbidities and the severity of hypertension significantly influence quality of life. These findings highlight the importance of managing comorbid conditions and achieving optimal blood pressure control to improve the quality of life for hypertensive patients.

***Keywords**: Sociodemographics, Quality of Life, Hypertension, Public Health Center, SF-6D*

[1]Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ISFI Banjarmasin

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Hipertensi merupakan suatu masalah kesehatan yang cukup tinggi di dunia. Hipertensi didefinisikan berdasarkan ambang batas untuk tekanan darah sistolik ≥140 mmHg dan atau diastolik ≥90 mmHg. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2015, diperkirakan sekitar 7,5 juta orang di seluruh dunia meninggal karena tekanan darah tinggi, yang mencakup sekitar 12,8% penyebab kematian (Ainurrafiq *et al*., 2019). Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) prevelensi hipertensi di Indonesia sebesar 30,8%, hasil pengukuran pada penduduk umur ≥18 tahun di provinsi Kalimantan Selatan merupakan peringkat kedua yaitu sebesar 35,8% pada tahun 2023 (Munira *et al*., 2023). Menurut Dinas Kesehatan tahun 2022, Kota Banjarmasin hipertensi merupakan penyakit terbanyak nomer satu yang mencakup sekitar 27,5% pada tahun 2022. Berdasarkan data laporan harian di Puskesmas Alalak Selatan tahun 2024 dari bulan Januari-Mei ada 1.775 total kasus hipertensi dari 9 kasus penyakit yang berobat di Puskesmas Alalak Selatan.

Hipertensi merupakan penyakit dengan urutan pertama dari sepuluh penyakit tertinggi yang didapat dari data tahun 2023 di Puskesmas Alalak Selatan, dimana hipertensi adalah penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan tetapi hanya dapat dikontrol dengan penggunaan obat dalam jangka waktu yang panjang. Pengobatan pasien hipertensi dengan waktu yang lama akan mempengaruhi kualitas hidup, serta

dapat menimbulkan berbagai macam gejala dan komplikasi yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien hipertensi (Raffli *et al.*, 2023).

Kualitas hidup merupakan persepsi subjektif dari individu terhadap kondisi fisik psikologis, sosial, dan lingkungan dalam kehidupan sehari hari yang dialaminya (Raffli *et al.*, 2023). Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi baik atau tidaknya kualitas hidup seseorang diantaranya yakni faktor sosiodemografi. Faktor sosiodemografi memiliki variabel penilaian misalnya umur, jenis kelamin, pendidikan serta status bekerja. Selain faktor sosiodemografi, penyakit hipertensi juga sebagai suatu faktor yang memberi pengaruh kualitas kehidupan individu (Theo *et al.*, 2022). Penelitian di Vietnam menemukan bahwa usia lanjut dan penyakit penyerta atau komorbiditas berhubungan negatif dengan kualitas hidup (HRQoL) (Zheng *et al.*, 2021).

Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan semakin umum digunakan sebagai indikator kesehatan yang penting dalam beberapa tahun terakhir, termasuk dalam menilai hasil klinis pasien yang menjalani terapi jangka panjang untuk penyakit kronis. Pengukuran kualitas hidup dapat diukur menggunakan instrumen, salah satu instrumen yang dapat digunakan adalah instrumen SF-6D. Instrumen SF-6D adalah alat untuk mengukur kualitas hidup dengan enam domain yaitu, fungsi fisik, keterbatasan peran, fungsi sosial, rasa sakit, kesehatan mental, dan vitalitas (Fatihah *et al*., 2021).

Berbagai instrumen telah digunakan untuk menilai kualitas hidup. Menurut Rachmawati *et al.,* (2014) menemukan bahwa kualitas hidup pasien dapat diukur

menggunakan alat 36-*Item Short From* (SF-36), yang terdiri dari 36 pertanyaan, dinilai masih terlalu panjang, sehingga diperkirakan untuk menciptakan suatu instrumen dengan jumlah pertanyaan yang lebih sedikit, namun mampu mencakup seluruh aspek yang dinilai dalam SF-36 yang mengubah skor SF-36 menjadi *utilitas* status kesehatan bentuk pendek enam dimensi. Bentuk pendek tersebut berupa *Short Form-6 Dimension* (SF-6D), sebuah ukuran berbasis preferensi yang dirangkum menjadi enam dimensi Kesehatan. Jumlah pertanyaan yang lebih sedikit inilah yang menjadi keunggulan SF-6D. *Short Form-6 Dimension* (SF-6D) merupakan suatu alat ukur (*generic instrument*) yang dapat digunakan untuk menilai kualitas hidup seseorang (Yumassik *et al.*, 2022).

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang mengukur faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien hipertensi yaitu sosiodemografi dimana ada faktor usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendapatan, tingkat pendidikan, kesadaran akan hipertensi, dan penyakit penyerta berhubungan dengan kualitas hidup pasien hipertensi. Namun, sedikit yang diketahui tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien. Oleh karena itu, penelitian Liu *et al.*, (2020) ini bertujuan untuk mengevaluasi kinerja SF-6D sebagai pengukuran *utilitas* status kesehatan dan untuk menilai karakteristik demografi yang berhubungan dengan kualitas hidup (Liu *et al*., 2020).

Penelitian untuk mengetahui hubungan kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Alalak Selatan perlu dilakukan karena merupakan salah satu puskemas dengan tingkat kejadian hipertensi pada peringkat pertama dengan jumlah pasien hipertensi kurang lebih 300 kasus setiap bulannya, dan berdasarkan hasil *sampling*

diambil 5 pasien yang datang berobat dengan diberikan beberapa pertanyaan dari instrumen yang akan digunakan, ditemukan ada 4 pasien yang kualitas hidupnya masih rendah.

Hal itu menyebabkan menurunnya kualitas hidup dari pasien hipertensi sehingga informasi terkait hubungan kualitas hidup pasien hipertensi dapat dijadikan sebagai landasan untuk penyusunan strategi terapi lanjutan untuk mencapai luaran terapi yang maksimal. Berdasarkan hal tersebut, maka dilakukan penelitian untuk mengetahui hubungan sosioemografi dan penyakit hipertensi dengan kualitas hidup di Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat dirumuskan beberapa permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran sosiodemografi pasien hipertensi di Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin?
2. Bagaimana kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin menggunakan instrumen SF-6D?
3. Apakah terdapat hubungan sosiodemografi dan penyakit hipertensi dengan kualitas hidup di Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini antara lain ialah:

1. Untuk mengetahui gambaran sosiodemografi pasien hipertensi di Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin

2. Untuk mengetahui kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Alalak Selatan Kota Bnajarmasin menggunakan instrumen SF-6D.
3. Untuk mengetahui hubungan sosiodemografi dan penyakit hipertensi dengan kualitas hidup di Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin

1.4. Manfaan Penelitian

1.4.a Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan mahasiswa dalam bentuk analisis mengukur kualitas hidup pasien. Penelitian ini juga diharapkan agar bisa menjadi wadah bagi peneliti untuk berpikir kritis dan kratif sebagai peneliti muda.

1.4.b Bagi Institusi

Manfaat untuk Institusi dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan informasi dan masukan bagi mahasiswa yang ingin melakukan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan penelitian.

1.4.c Bagi Puskesmas Alalak Selatan

Manfaat bagi Puskesmas ialah diharapkan dengan adanya informasi ini menjadi gambaran mengenai kualitas hidup pasien hipertensi dalam rangka meningkatkan kualitas Pelayanan Kefarmasian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Hipertensi

Hipertensi adalah suatu kondisi dimana tekanan darah meningkat secara kronis (dalam jangka waktu yang lama) dan dapat menyebabkan rasa sakit bahkan kematian pada seseorang. Hipertensi dianggap bila tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih besar dari 90 mmHg. Hipertensi merupakan masalah yang cukup besar di seluruh dunia. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2015, sekitar 7,5 juta orang diperkirakan meninggal karena hipertensi dengan angka 12,8% di seluruh dunia (Ainurrafiq *et al.*, 2019). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2014, menyatakan bahwa tekanan darah tinggi merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit jantung. Jika hipertensi tidak dikendalikan dengan baik, dapat menyebabkan stroke, infark miokard, gagal jantung, demensia, gagal ginjal, dan kebutaan, yang mengakibatkan penderitaan manusia dan beban materi yang signifikan serta berkurangnya layanan Kesehatan (Gultom *et al*., 2018).

2.1.a Klasifikasi Hipertensi

Tekanan darah didefinisikan tinggi apabila dalam keadaan istirahat tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih, dan atau tekanan darah diastolik 90 mmHG atau lebih. Target pengobatan pasien hipertensi menurut Eighth Joint National Committee

(JNC-8) tekanan darah sistolik 150mmHg dimulai pada usia 80 tahun keatas, sedangkan dalam JNC-8 direkomendasikan pada umur 60 tahun (Pradono *et al*., 2020).

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC-8 (2014)

Kategori	**Tekanan Darah Sistolik (mmHg)**	**Tekanan Darah Diastolik (mmHg)**
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Tingkat 1	140-159	90-99
Hipertensi Tingkat 2	≥160	≥100

2.1.b Patofisiologi dan Etiologi Hipertensi

1. Patofisiologi

   Meski mekanisme pengaturan tekanan darah masih belum sepenuhnya dipahami, namun kini diketahui ada tiga sistem yang berperan penting dalam homeostasis tekanan darah. Ketiga sistem tersebut adalah sistem saraf simpatis, sistem RAAS *(sistem renin-angiotensin-aldosteron)*, dan keseimbangan natrium cairan (ADH/aldosteron). Peningkatan tekanan darah terutama disebabkan oleh sistem RAAS, sedangkan faktor lain (seperti sistem saraf simpatis dan natrium sistemik) memainkan peran kecil. Berbeda dengan konsentrasi natrium dalam tubuh yang paling mempengaruhi peningkatan tekanan darah, pengaruh terbesar terdahap tekanan darah diberikan oleh sistem saraf simpatik (Oparil *et al.*, 2018).

2. Etiologi

Hipertensi dibagi menjadi dua jenis hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer adalah suatu kondisi di mana tekanan darah tinggi disebabkan oleh penyebab idiopatik primer, dan hipertensi sekunder adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh penyakit lain yang mendasari, seperti penyakit ginjal. Penyakit parenkim ginjal yang sering menyebabkan hipertensi antara lain glomerulonefritis, sindrom uremik hemolitik, gagal ginjal kronik, tumor intrarenal (tumor Wilm), jaringan parut ginjal akibat refluks nefropati atau uropati obstruktif, dan penyakit multipel. Penyakit renovaskular yang menyebabkan hipertensi antara lain vaskulitis, aortitis, penyakit Takayasu, stenosis atau trombosis arteri ginjal, dan neurofibromatosis (Sari, 2016).

2.1.c Farmakoterapi Hipertensi

Farmakoterapi hipertensi bertujuan untuk menurunkan tekanan darah ke tingkat yang lebih aman dan mencegah terjadinya komplikasi seperti stroke, penyakit jantung, dan gagal ginjal. Strategi pengobatan utama melibatkan penggunaan obat-obatan seperti penghambat enzim pengubah angiotensin (ACEI), penghambat reseptor angiotensin (ARB), diuretik, dan penghambat saluran kalsium (CCB), yang dapat disesuaikan berdasarkan kondisi spesifik pasien dan penyakit penyerta, seperti diabetes atau penyakit ginjal kronis (CKD). Obat-obatan ini bekerja melalui berbagai mekanisme, seperti merelaksasi pembuluh darah atau mengurangi volume cairan dalam tubuh, sehingga menurunkan tekanan darah (McEvoy *et al.*, 2024).

Pedoman pengobatan hipertensi menekankan pendekatan yang dipersonalisasi, di mana pengobatan sering dikombinasikan dengan perubahan gaya hidup seperti diet dan olahraga. Farmakoterapi biasanya dimulai untuk pasien dengan hipertensi tingkat 2 (TD ≥160/100 mmHg) atau mereka yang mengalami hipertensi tingkat 1 yang memiliki faktor risiko lain seperti kerusakan organ, penyakit kardiovaskular, atau kolesterol tinggi. Dalam beberapa kasus, terutama pada orang dewasa yang lebih tua atau mereka yang lemah, pendekatan pengobatan harus disesuaikan dengan hati-hati (Gormer, 2024).

Tatalaksana hipertensi melibatkan pendekatan yang komprehensif dengan kombinasi perubahan gaya hidup dan pengobatan. Berikut adalah langkah-langkah utama dalam pengelolaan hipertensi:

1. Non-Farmakologi atau perubahan gaya hidup

   Ini termasuk diet sehat (terutama Diet DASH), peningkatan aktivitas fisik, pengurangan berat badan (untuk pasien obesitas), pembatasan konsumsi alkohol, pengurangan garam dalam diet, serta pengelolaan stres. Penghentian merokok juga sangat penting untuk mencegah komplikasi hipertensi. Restriksi garam harian juga dapat menurunkan tekanan darah sistolik 2-8 mmHg. Konsumsi sodium chloride ≥6 g/hari (100 mmol sodium/hari). Rekomendasikan makan rendah garam sebagai bagian pola makan sehat. Aktivitas fisik dapat menurunkan dapat menurunkan tekana darah sistolik4-9 mmHg. Lakukan aktivitas fisik dengan intensitas sedang atau setiap hari pada 1 minggu (total harian dapat diakumulasikan, misalnya 3 sesi 10 menit) (Heidari *et al.*, 2022).

2. Farmakoterapi

Obat antihipertensi yang direkomendasikan dalam pedoman JNC 8 (*Eighth Joint National Committee*) memiliki potensi efek samping yang dapat bervariasi tergantung pada jenis obat. Berikut adalah Jenis obat dan efek samping umum dari kelas obat yang sering digunakan untuk pengelolaan hipertensi:

Penggunaan obat-obatan seperti:

- Diuretik (misalnya, hidroklorotiazid): Untuk mengurangi volume cairan tubuh. Efek samping yang umum termasuk dehidrasi, hipokalemia (kadar kalium rendah), dan hiponatremia (kadar natrium rendah).
- ACE inhibitors (ACEIs) (misalnya, enalapril, lisinopril): dan
- Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) (misalnya, losartan, valsartan): Membantu melebarkan pembuluh darah dan mengurangi tekanan darah.

  Efek samping batuk kering persisten, peningkatan kadar kalium darah (hiperkalemia), dan penurunan tekanan darah yang berlebihan. Reaksi alergi seperti angioedema (pembengkakan wajah atau tenggorokan) juga dapat terjadi. Namun ARB cenderung memiliki risiko batuk yang lebih rendah daripada ACE inhibitor
- *Calcium Channel Blockers* (CCBs) (misalnya, amlodipin): Untuk mengurangi kekakuan pembuluh darah. Efek samping termasuk pembengkakan pergelangan kaki (edema), pusing, dan sembelit. Dapat menyebabkan penurunan denyut jantung yang berlebihan pada beberapa individu.

- *Beta-blockers* (misalnya, metoprolol, atenolol): Mengurangi detak jantung dan tekanan darah. Efek samping dapat menyebabkan kelelahan, penurunan denyut jantung (bradikardia), hipotensi (tekanan darah rendah), dan masalah pernapasan pada individu dengan penyakit paru. Penghentian mendadak dapat meningkatkan risiko serangan jantung (Gelatic, 2014).

3. Pencapaian Target Tekanan Darah

   Terapi harus dimulai pada pasien dengan tekanan darah di atas 140/90 mmHg, dengan target biasanya di bawah 130/80 mmHg, tergantung pada usia dan kondisi kesehatan lainnya.

4. Pemantauan dan Tindak Lanjut

   Pengukuran tekanan darah secara rutin untuk memastikan pengobatan efektif, serta penyesuaian terapi jika diperlukan.

5. Manajemen Penyakit Penyerta

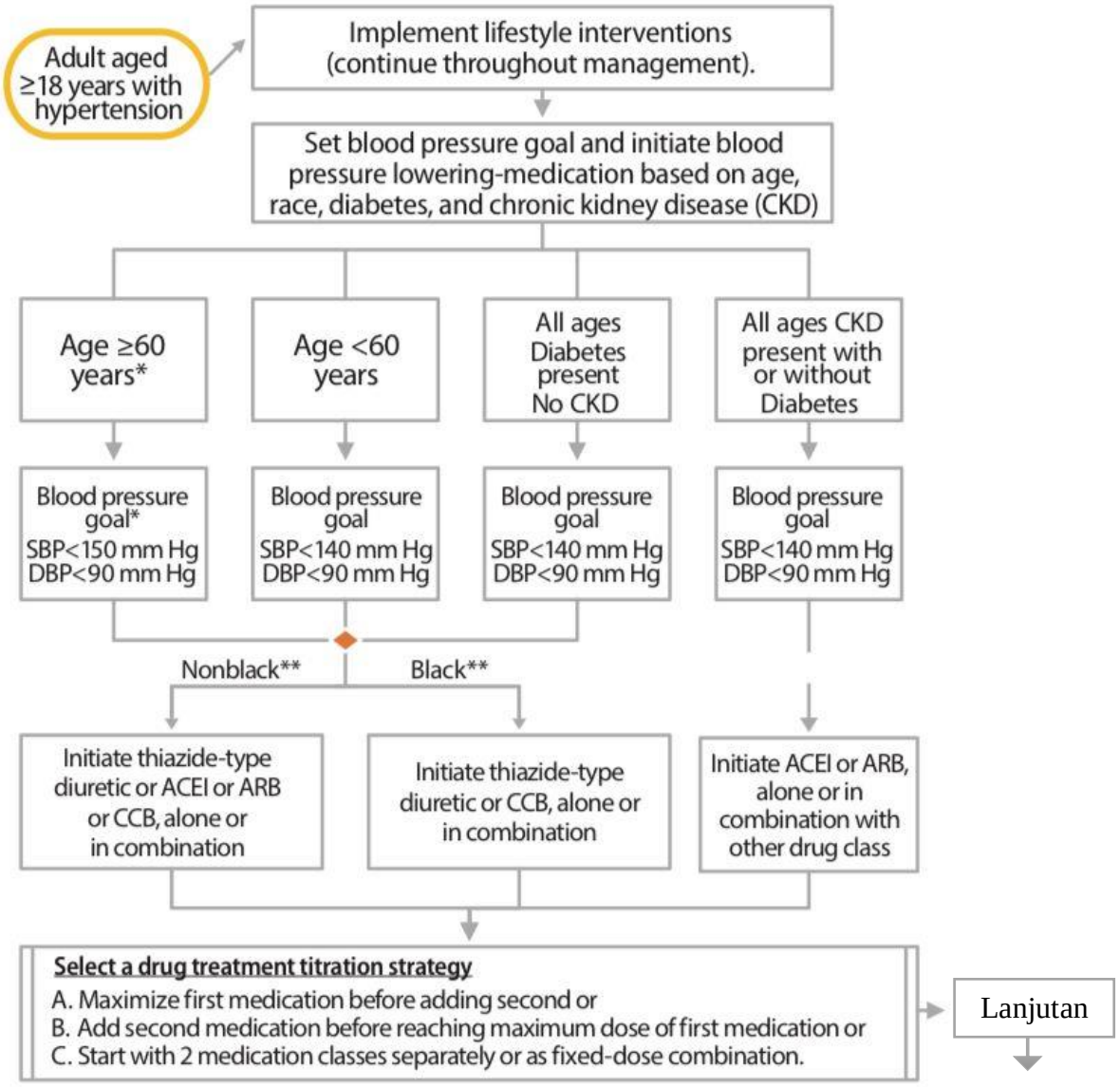
   Dalam kasus hipertensi dengan penyakit penyerta (seperti diabetes atau penyakit ginjal), pengobatan harus disesuaikan untuk mengurangi risiko komplikasi (Heidari *et al.*, 2022).

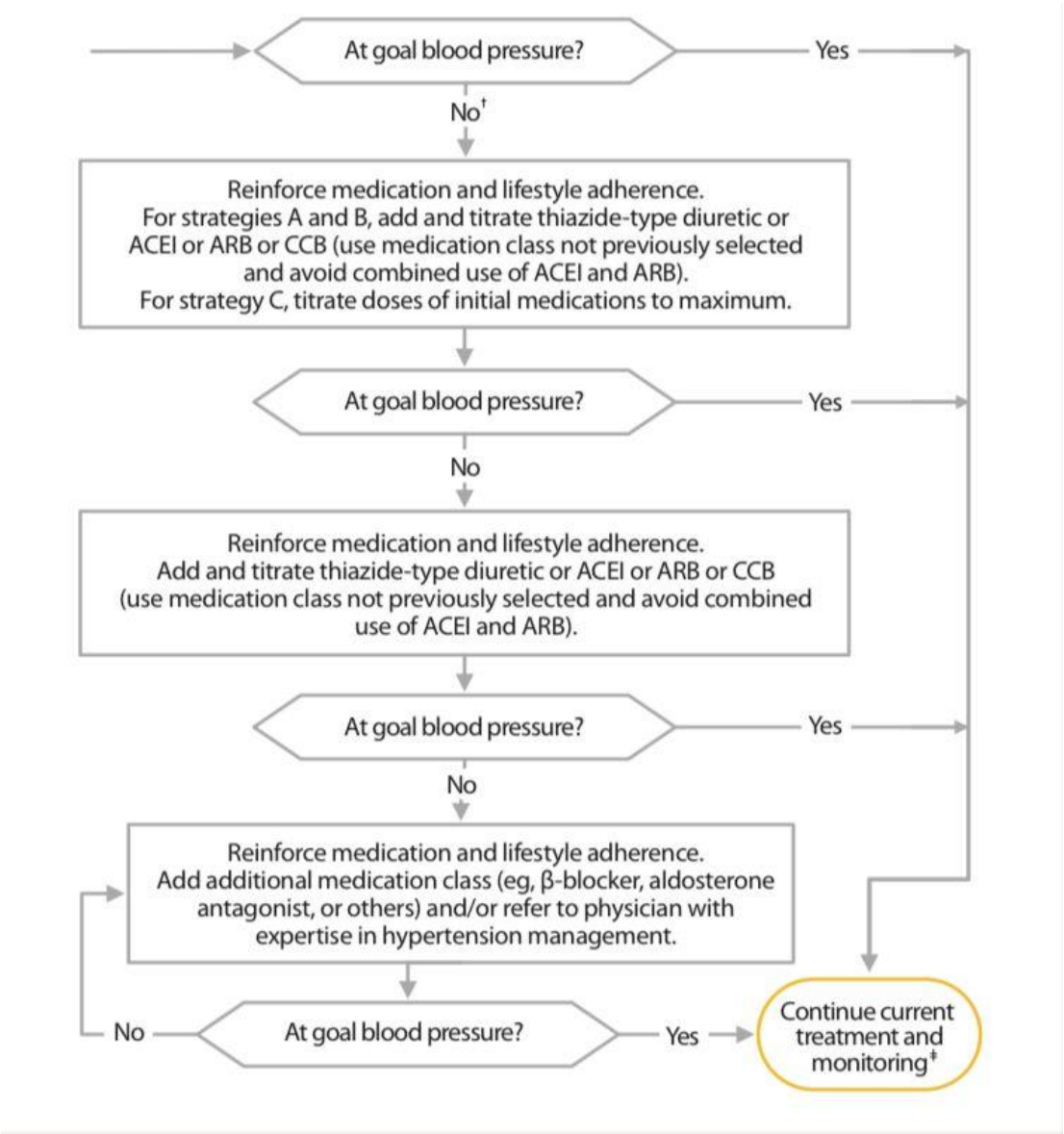
Tabel 2.2 Golongan Obat Antihipertensi Beserta Dosis dalam JNC 8

Obat Antihipertensi	Dosis Harian Awal (mg)	Dosis Target dalam RCT atau Hasil Riset (mg)	Jumlah Dosis per Hari
ACE Inhibitors			
Kaptopril	50	150-200	2
Enalapril	5	20	1-2
Lisinopril	10	40	1

Obat Antihipertensi	Dosis Harian Awal (mg)	Dosis Target dalam RCT atau Hasil Riset (mg)	Jumlah Dosis per Hari
Angiotensin Reseptor Blokers			
Eprosartan	400	600-800	1-2
Candasartan	4	12-32	1
Losartan	50	100	1-2
Valsartan	40-80	160-320	1
Irbesartan	75	300	1
β-Blockers			
Atenolol	25-50	100	1
Metoprolol	50	100-200	1-2
Calcium Channel Blockers			
Amlodipin	2,5	10	1
Diltiazem pelepasan diperpanjang	120-180	360	1
Nitrendipin	10	20	1-2
Thiazide-type Diuretics			
Bendroflumetiazid	5	10	1
Klortalidon	12,5	12,5-25	1
Hidroklorotiazid	12,5-25	25-100	1-2
Indapamide	1,25	1,25-2,5	1

Berikut merupakan Algoritma tatalaksana penanganan hipertensi yang direkomendasikan dalam James *et al.*, (2014) (JNC 8) dapat dilihat pada gambar 2.1 dibawah.


Adult aged ≥18 years with hypertension
Implement lifestyle interventions (continue throughout management).
Set blood pressure goal and initiate blood pressure lowering-medication based on age, race, diabetes, and chronic kidney disease (CKD)
Age ≥60 years*
Age <60 years
All ages Diabetes present No CKD
All ages CKD present with or without Diabetes
Blood pressure goal* SBP<150 mm Hg DBP<90 mm Hg
Blood pressure goal SBP<140 mm Hg DBP<90 mm Hg
Blood pressure goal SBP<140 mm Hg DBP<90 mm Hg
Blood pressure goal SBP<140 mm Hg DBP<90 mm Hg
Nonblack**
Black**
Initiate thiazide-type diuretic or ACEI or ARB or CCB, alone or in combination
Initiate thiazide-type diuretic or CCB, alone or in combination
Initiate ACEI or ARB, alone or in combination with other drug class
Select a drug treatment titration strategy
A. Maximize first medication before adding second or
B. Add second medication before reaching maximum dose of first medication or
C. Start with 2 medication classes separately or as fixed-dose combination.
Lanjutan



Gambar 2.1 Bagan Algoritma Penanganan Hipertensi Rekomendasi JNC 8

2.2 Sosiodemografi Pasien Hipertensi

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memaparkan terdapat empat dimensi mengenai kualitas hidup yang meliputi, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Hadiwinoto dikutip oleh Yuditya (2018), menyebutkan

komponen-komponen yang mendukung kualitas hidup antara lain aspek sosiodemografi, biologis, sosial, ekonomi, hukum, etika, agama, kesehatan, dan perawatan yang mendukung kualitas hidup (Tri *et al.*, 2022). Aspek sosiodemografi yang mempengaruhi kualitas hidup antara lain jenis kelamin yaitu laki-laki dan perempuan. Berikutnya usia, seiring bertambahnya usia, mereka mengalami proses berpikir dan perilaku yang lebih matang ketika menghadapi situasi sehingga tidak mudah cemas. Selanjutnya tingkat pendidikan, merupakan usaha dalam bentuk pembelajaran supaya masyarakat dapat melakukan tindakan tertentu serta untuk memperoleh kualitas kesehatan, orang yang tingkat pendidikannya lebih rendah cenderung kurang rasional dalam berpikir, sehingga umumnya merasa lebih cemas dibandingkan orang yang tingkat pendidikannya lebih tinggi. Faktor lainnya ada status perkawinan, dan pekerjaan (Kuncoro *et al.*, 2024).

2.3. Kualitas Hidup

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2016, mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap hidup, terkait dengan tujuan, aspirasi, dan standar hidup. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia tahun 2004, kualitas hidup merupakan indikator penting untuk mengevaluasi keberhasilan intervensi medis, baik dari sudut pandang preventif maupun terapeutik (Alfian *et al.*, 2017). Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (HRQOL) sering digambarkan sebagai istilah yang merujuk pada aspek kesehatan dari kualitas hidup, yang umumnya dianggap mencerminkan dampak penyakit dan pengobatan terhadap disabilitas dan fungsi sehari

hari, hal ini juga dianggap mencerminkan dampak kesehatan yang dirasakan terhadap kemampuan individu untuk menjalani kehidupan yang memuaskan. Namun, secara lebih spesifik HRQOL adalah ukuran nilai yang diberikan pada durasi hidup yang dimodifikasi oleh gangguan, keadaan fungsional, persepsi dan peluang, yang dipengaruhi oleh penyakit, cedera, pengobatan dan kebijakan (Haraldstad *et al*., 2019). Menurut *Institute for Health Economics* (IHE), kualitas hidup adalah keadaan kesehatan yang dinilai secara subyektif berdasarkan persepsi pasien/individu (Endarti, 2015).

2.4. *Instrumen Short Form* (SF-6D)

Short Form-6D (SF-6D) merangkum SF-36 menjadi enam dimensi meliputi fungsi fisik, fungsi peran, fungsi sosial, nyeri tubuh, kesehatan mental, dan vitalitas. SF-6D banyak digunakan dan terutama digunakan dalam uji klinis. (Wayan Sukawati *et al.*, 2021). Instrumen SF-6D merupakan alat yang efektif, efisien, dan fleksibel untuk mengukur kualias hidup pasien. Keuntungan dari instrumen SF-6D adalah bahwa pertanyaan survei cenderung mendeteksi perubahan kecil dalam status kesehatan dalam evaluasi ekonomi dalam layanan kesehatan. Keuntungan lainnya seperti kemudahan penggunaan, sensitivitas tinggi, dan kemampuan menghasilkan skor berbasis preferensi, menjadikan pilihan yang unggul untuk penelitian terkain kesehatan, khususnya pada populasi pasien kondisi kronis seperti hipertensi.

Selain itu, instrumen SF-6D versi Indonesia dipilih karena memiliki cakupan dimensi dan tingkatan yang lebih luas, sehingga mampu membedakan kondisi

kesehatan secara lebih baik dibandingkan dengan *European Quality of Life-5 Dimension* (EQ-5D). Selain itu, lebih sedikit responden yang mencapai skor maksimum pada SF-6D dibanding EQ-5D, sehingga SF-6D lebih baik dalam membedakan kondisi kesehatan individu, terutama pada tingkat kesehatan yang sangat baik. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa SF-6D lebih sensitif dibandingkan EQ-5D dalam menilai kualitas hidup pasien dengan gangguan penglihatan akibat glaucoma. Temuan ini diperkuat oleh studi lain dalam Visser *et al.*, (2017) yang mengindikasikan bahwa EQ-5D kurang sensitif dalam membedakan kualitas hidup pasien berdasarkan kemampuan penglihatan (*visual acuity*) (Hidayaturahmah *et al.,* 2021)

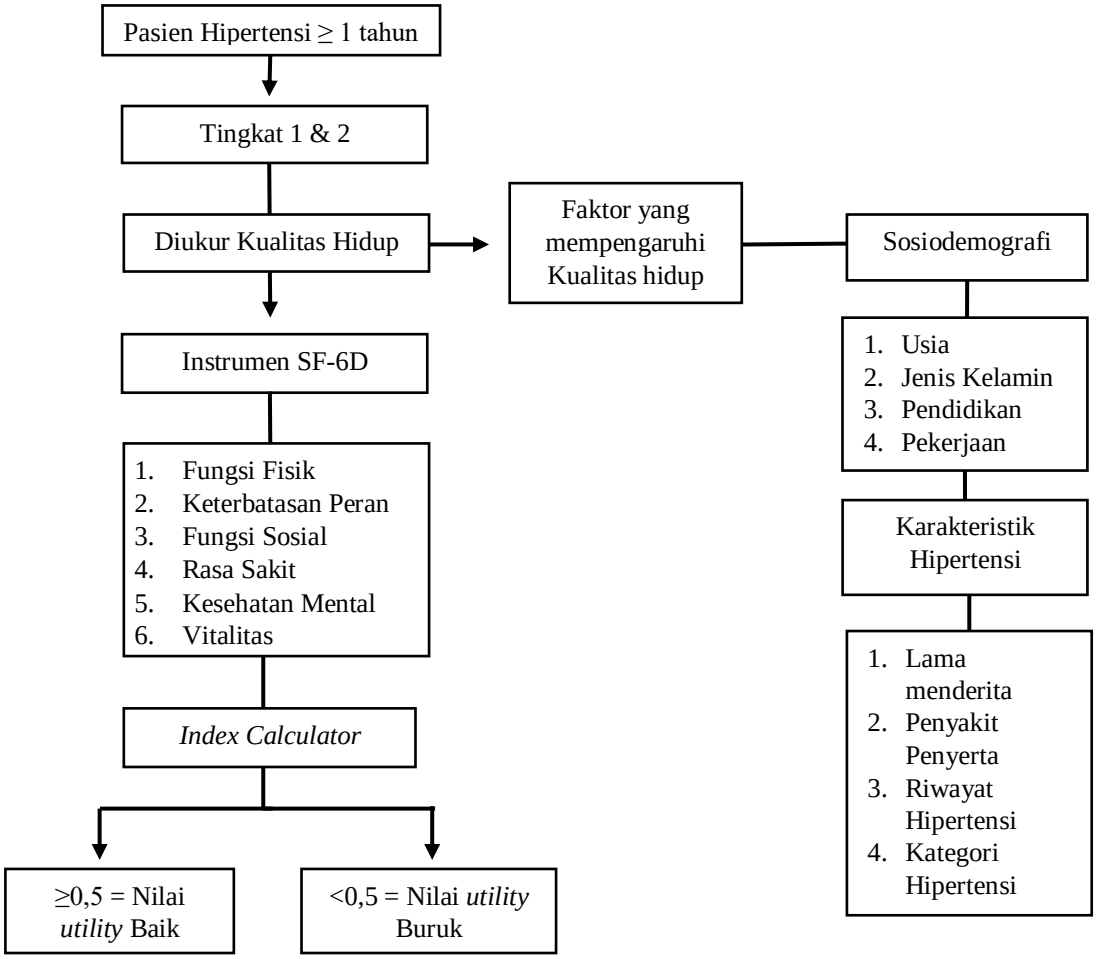
Perbandingan kumpulan nilai SF-6D baru yang berasal dari SF-12 dengan nilai sebelumnya berdasarkan SF-36 dimana instrumen ini terdiri dari 36 pertanyaan singkat yang meliputi berbagai 8 aspek yaitu aspek fisik, aspek emosi, aspek sosial, aspek kesehatan fisik, aspek kesehatan emosi, aspek nyeri, aspek kelelahan dan aspek kesehatan secara umum, dinilai masih terlalu panjang, sehingga dipikirkan untuk menciptakan suatu instrumen dengan jumlah pertanyaan yang lebih sedikit, namun mampu mencakup seluruh aspek yang dinilai dalam SF-36. Keduanya berasal dari penelitian yang sama, serupa dengan apa yang dilakukan Brazier dan Roberts untuk Inggris (Martínez-Pérez *et al.,* 2024). SF-6D memungkinkan penurunan skor *utilitas* berdasarkan preferensi.

Skor *utilitas* berbasis preferensi memiliki keunggulan yang jelas dibandingkan skor ringkasan berbasis *non*-preferensi sebagai data yang digunakan untuk

menginformasikan kebijakan.SF-6D memiliki skor/level yang berbeda-beda pada setiap dimensinya, diantaranya dimensi, fungsi fisik 6 level, keterbatasan peran 4 level, fungsi sosial 5 level, rasa sakit 6 level, validitas 5 level dan kesehatan mental 5 level (Andayani *et al*., 2020). Penilaiannya terdiri dari kategori sehat dan tidak sehat, dimana level 1 pada setiap dimensi menggambarkan pasien dalam keadaan sehat dan tidak mempunyai keterbatasan fungsional, sehingga pasien dinyatakan sehat. Diberi skor jika menjawab nomer 1 maka skornya 1, jika 2 maka skornya 2, jika 3 maka skornya 3 dan seterusnya, sesuai jawaban yang dicentang responden, begitu juga pada domain yang lainnya hingga terisi 6 domain. Skor tersebut kemudian diubah menjadi nilai *utilitas* 0,29 hingga 1,0 dengan menggunakan program *SF-Converter* yang dikembangkan oleh *University of Sheffield* (Fatihah *et al.,* 2021).

2.5. Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir yang akan dilakukan dari penelitian ini dapat dilihat pada Gambar 2.2 dibawah.



Gambar 2.2 Kerangka Berpikir

2.6. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini menjawab rumusan masalah yang ketiga yaitu:

H_0 = Tidak terdapat hubungan antara sosiodemografi dan penyakit hipertensi dengan kualitas hidup.

H_1 = Terdapat hubungan antara sosiodemografi dan penyakit hipertensi dengan kualitas hidup.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan studi non-eksperimental dengan desain observasional *cross-sectional*. Data dikumpulkan secara prospektif melalui lembar persetujuan (*informed consent*), lembar sosiodemografi pasien hipertensi dan pengisian instrumen *Short Form 6D* (SF-6D) oleh responden. Pengumpulan data retrospektif juga dilakukan untuk melihat sosiodemografi berdasarkan rekam medis pasien hipertensi di Puskesmas Alalak Selatan, Kota Banjarmasin. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk deskriptif-analitik.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu penelitian dan pengumpulan data akan dilakukan pada bulan Agustus tahun 2024. Penelitian ini akan dilakukan di Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin.

3.3 Populasi dan Sampel

Populasi pada penelitian ini adalah pasien hipertensi yang berobat di Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin pada bulan Agustus 2024. Pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan metode *consecutive sampling*. Teknik *Consecutive sampling* yaitu penentuan sampel yang datang secara berurutan dan memenuhi kriteria inklusi dan esklusi.

a. Kriteria Inklusi

- Pasien hipertensi dengan kategori tingkat 1 dan tingkat 2
- Pasien hipertensi dengan atau tanpa komplikasi
- Pasien berusia ≥ 18-64 tahun
- Pasien yang sudah lama terdiagnosa hipertensi atau ≥ 1 tahun
- Pasien bersedia menjadi responden.

b. Kriteria Ekslusi

- Pasien yang sama yang datang pada waktu penelitian
- Pasien yang hamil
- Pasien yang tuna rungu atau kurangnya pendengaran
- Pasien yang tuna wicara atau gangguan dalam berbicara
- Pasien yang tuna netra atau buta, dan
- Pasien yang tidak kooperatif

3.4. Variabel dan Definisi Operasional

1. Variabel Terikat

   Kualitas hidup pasien hipertensi yang berobat di Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin.

2. Variabel Bebas

   Sosiodemografi pasien yang berupa usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, serta karakteristik klinis pada pasien hipertensi yaitu ada faktor lama menderita hipertensi, penyakit penyerta, riwayat hipertensi, dan kategori hipertensi.

Tabel 3.3 Variabel dan Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Kategori	Skala
1.	Sosiodemografi dan Karakteristik Hipertensi	Gambaran profil individu yang mencakup faktor sosial dan demografi seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan, serta aspek medis yang meliputi lama menderita hipertensi, penyakit penyerta, riwayat hipertensi, dan kategori hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah.	Lembar Observasi	Usia (SKI, 2023)	- 18 - 24 tahun - 25 - 34 tahun - 35 - 44 tahun - 45 - 55 tahun - 55 - 64 tahun	Ordinal
				Jenis Kelamin	- Laki-laki - Perempuan	Nominal
				Tingkat Pendidikan (SKI, 2023)	- Tidak bersekolah - Tidak tamat SD/MI - Tamat SD/MI - Tamat SLTP/MTS - Tamat SLTA/MA - Tamat D1/D2/D3/PT	Ordinal
				Pekerjaan (SKI, 2023)	- Tidak bekerja - Sekolah - PNS/TNI/Polri/BUMN/BIMD - Petani/buruh tani - Nelayan - Buruh/sopir/PRT - Lainnya	Nominal
				Lama Menderita Hipertensi	- 1-2 tahun - >2 tahun	Ordinal
				Penyakit Penyerta	- DM - Gagal Ginjal - Jantung - Stroke - Maag/GERD - Lainnya - Tidak Ada	Nominal
				Riwayat Hipertensi	- Kakek/Nenek - Ayah/Ibu - Kakak/Adik	Nominal
				Kategori Hipertensi	- Tingkat 1 (sitolik: 140-159 mmHg, diastolik: 90-99 mmHg) - Tingkat 2 (sistolik: ≥160 mmHg, diastolik ≥100 mmHg)	Ordinal
2.	Kualitas Hidup	Merupakan persepsi individu terkait kehidupan mereka yang berhubungan dengan tujuan, harapan, dan standarisasi kehidupan mereka	Instrumen SF-6D	Berdasarkan teori HRQoL yaitu, 1 hidup, 0 mati	- Jika ≥0,5 maka dikatakan baik. - Jika <0,5 maka dikatakan buruk.	Ordinal

3.5. Prosedur Penelitian

3.5.a Alat dan Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar *informed concent* sebagai lembar persetujuan. Untuk mendapatkan data sosiodemografi menggunakan lembar instrumen sosiodemografi dengan wawancara responden secara langsung dan pada data rekam medik pasien hipertensi di Puskesmas Alalak Selatan. Instrumen SF-6D digunakan untuk mengukur kualitas hidup pada pasien hipertensi yang berobat di Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin. Tujuan digunakannya instrumen ini adalah untuk menilai dampak kesehatan terhadap kualitas hidup secara menyeluruh, membandingkan kondisi antar individu dan dapat menghitung nilai utilitas kesehatan. Berdasarkan hasil uji validitas dan reabilitas, pada uji validitas diketahui bahwa semua instrumen memiliki $r_{hitung} > r_{tabel}$ dimana apabila r_{hitung} yang diperoleh > r_{tabel}, maka instrumen atau item pertanyaan berkorelasi signifikan terhadap skor total (valid).

Instrumen SF-6D tersedia dalam versi Indonesia, dan telah diuji validitas dan reliabilitasnya oleh Astuti & Andayani, (2020) didapatkan hasil bahwa SF-6D dapat mengukur *utilitas* populasi umum dengan valid dan reliabel, dilihat dari korelasi yang baik dengan instrumen standar (r=0,569), dapat membedakan *utilitas* dengan derajat *agreement* yang baik dengan instrumen standar (ICC=0,700; p<0,05), dan *ceiling effect* yang rendah. Nilai *Cronbach's alpha* yang memuaskan (a=0,794) dan *test-retest* menghasilkan korelasi yang baik (r=0,642-0,210). *Utilitas* pada populasi umum yang diukur menggunakan instrumen SF-6D sebesar 0,823 ± 0,123, maka dapat disimpulkan

bahwa instrumen SF-6D versi Indonesia tersebut valid dan reliabel untuk digunakan (Astuti & Andayani, 2020).

3.5.b Jalannya penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan tahap-tahap sebagai berikut:

1. Tahap pertama penelitian dimulai dengan studi pustaka, mengumpulkan data sosiodemografi dengan data terkait penyakit hipertensi, setelah data pustaka terkumpul dilanjutkan dengan penyusunan proposal penelitian.
2. Tahap kedua melakukan perijinan untuk melakukan penelitian di Puskesmas Alalak Selatan. Mengajukan surat ijin penelitian dari bagian akademik Program Studi S1 Farmasi Klinis dan Komunitas dan ditunjukkan kepada Dinas Kesehatan Banjarmasin. Setelah mendapatkan surat ijin selanjutnya menyerahkan ke Puskesmas Alalak Selatan yang selanjutnya diteruskan ke bagian Instalasi Farmasi dan penelitian.
3. Tahap ketiga adalah pengumpulan data. Data yang dikumpulkan adalah data populasi pasien hipertensi, dimana data yang didapat dari rekam medik dan wawancara langsung mengenai sosiodemografi pasien hipertensi. Pengumpulan data dari instrumen SF-6D dilakukan dengan wawancara secara langsung kepada responden untuk melihat kualitas hidup pasien hipertensi yang berobat di Puskemas Alalak Selatan. Pengisian instrumen dapat dilakukan dengan cara memilih salah satu pertanyaan ataupun pernyataan yang ada pada keenam domain yaitu fungsi fisik, keterbatasan

peran, fungsi sosial, rasa sakit, kesehatan mental dan vitalitas yang ada pada instrumen. Data yang diperoleh kemudian dimasukkan dalam lembar observasi, kemudian data yang sudah dikumpulkan diperiksa kembali kelengkapan datanya.

4. Tahap keempat adalah tahap analisis data. Data *index utilitas* bedasarkan hasil instrumen SF-6D dimasukkan ke komputer menggunakan aplikasi yang sudah ada alogaritma yang di kembangkan oleh univ shefied untuk mengkonfersikan mendapatkan nilai *utility* pada instrumen SF-6D, dilakukan analisis hasil dan dikelompokkan berdasarkan sosiodemografi pada pasien hipertensi yang diteliti yaitu faktor usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama menderita, penyakit penyerta, dan kategori hipertensi.
5. Tahap kelima adalah data analisis deskriftif analitik, dilakukan dengan menganalisis karakteristik demografi yang ada pada lembar profil responden dan rekam medik, kemudian dilakukan uji statistik untuk mengetahui hubungan karakteristik demografi dengan kualitas hidup lalu diperoleh hasil dan dibuat pembahasan, kesimpulan dan saran.

3.6. Pengelolahan dan Analisis Data

3.6.a Teknik Pengolahan Data

Setelah data terkumpul, maka data yang diperoleh dari penelitian ini diolah secara manual, yaitu dengan langkah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan, tahap ini dilakukan memeriksa kelengkapan data (hasil instrumen SF6-D dan data sosiodemografi pasien hipertensi). Selanjutnya kedua data akan di tabulasi menggunakan excel, lalu akan didapat hasil persentase untuk sosiodemografi pasien hipertensi dan rata-rata untuk kualitas hidup.

b. Pemberian skor, tahap ini yaitu peneliti memberikan skor atau nilai pada masing-masing domain yaitu skor 111111 untuk keenam domain yang menunjukkan bahwa responden dalam keadaan sehat sempurna atau baik dengan nilai *utilitas* 1,0 sedangkan skor terendah adalah 645655 dengan nilai *utilitas* 0,29. Setelah semua data terkumpul menggunakan SF-6D *index calculator*, dimana hasil yang didapatkan ditentukan dengan teori HRQoL yaitu:

    (a) 1 = Kesehatan Sempurna

    (b) 0 = Kesehatan Terburuk (Kematian)

c. Pemprosesan data, tahap ini dilakukan ketika semua pertanyaan telah terisi sesuai dengan poin-poinnya serta diubah menjadi kode tertentu pada jawaban responden lalu akan diproses menggunakan aplikasi pengolahan data SPSS.

3.6.b Teknik Analisis Data

Teknik Analisis data pada penelitian ini menggunakan 3 metode yaitu:

1. Lembar Sosiodemografi Pasien Hipertensi

Pada penelitian ini dilakukan analisis data terhadap sosiodemografi dan data klinis pasien hipertensi setiap responden menggunakan statistik deskriptif analitik dimana analisis tersebut dapat menggambarkan keseluruhan data diri dari responden. Hasil yang diperoleh berbentuk angka rata-rata dan persentase berdasarkan masing-masing klasifikasi dari setiap variabel hasil ukur yang didapat dari hasil lembar observasi.

2. Penilaian Skor *Utilitas Index Calculator* SF-6D

Index Calculator SF-6D untuk menilai parameter *outcome* dalam *indeks* kesehatan tunggal *(indeks utilitas)*. Evaluasi *indeks* SF-6D dilakukan dengan menggunakan program excel yang dikembangkan oleh *University of Sheffield*. *Utilitas index calculator* merupakan nilai yang ditetapkan oleh individu untuk suatu keadaan kesehatan yang berbeda. Nilai *utilitas* berkisar pada angka 0-1 dimana nilai 0 menyatakan kematian, sedangkan 1 menyatakan sehat sempurna (Andayani *et al.*, 2020).

Untuk mengkategorikan baik dan buruknya kualitas hidup seseorang maka digunakan parameter. Parameter yang diambil mengikuti penelitian yang dilakukan oleh Raffli *et al.,* (2023) dimana jika nilai utilitas kualitas hidup ≥0,5 maka dianggap baik, dan jika nilai utilitas kualitas hidup <0,5 maka dianggap buruk.

3. Analisis Statistika Data

Dalam analisis data, uji analisis statistika untuk melihat hubungan antara sosiodemografi pasien hipertensi dengan hubungan kualitas hidup

pada penelitian ini menggunakan metode non-parametrik seperti uji *chi-square* untuk melihat hubungan antar dua variabel, dimana nanti akan disimpulkan dalam bentuk apabila nilai (*p-value* < 0,05), dinyatakan memiliki hubungan yang signifikan dan nilai (*p-value* ≥ 0,05), dinyatakan tidak memiliki hubungan yang signifikan antara hubungan dua variabel. Analisis statistika dapat menggunakan bantuan program SPSS 25.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Deskripsi Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran sosiodemografi pasien hipertensi, gambaran kualitas hidup pasien hipertensi dan hubungan antara sosiodemografi dan penyakit hipertensi dengan kualitas hidup di Puskesmas Alalak Selatan kota Banjarmasin pada periode bulan agustus 2024. Jenis penelitian adalah observasional menggunakan instrumen SF-6D. Instrumen dengan hasil penelitian ditampilkan secara deskriptif. Pengambilan sampel menggunakan metode *consecutive sampling* selama 1 bulan periode agustus 2024. Selama 1 bulan penelitian pasien hipertensi yang ditemui sebanyak 184 pasien, yang sesuai dengan kriteria inklusi ada 85 responden, yang diekslusikan ada 141 responden, dan yang terlewat ada 89 responden, sehingga total sampel yang didapat sebanyak 85 responden dalam sebulan periode Agustus 2024.

4.2. Sosiodemografi Pasien Hipertensi

Distribusi sosiodemografi pada penelitian ini ialah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, serta karakteristik klinisnya yaitu lama menderita hipertensi, penyakit penyerta, riwayat hipertensi, dan kategori hipertensi. Tujuan sosiodemografi pasien hipertensi adalah untuk mengetahui gambaran sosiodemografi pada pasien hipertensi di Puskesmas Alalak Selatan dengan persentase jumlah dari masing-masing sosiodemografi dan karakteristik klinisya. Data sosiodemografi pasien hipertensi

penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara langsung, hasil instrumen, dan dari catatan medis responden. Data sosiodemografi pasien hipertensi dapat dilihat pada tabel dibahwah ini:

Tabel 4.4 Sosiodemorafi Pasien Hipertensi

Sosiodemografi Pasien Hipertensi		Jumlah	
		N=85	Persentase (%)
Usia (tahun) (SKI, 2023)	25-34	2	2,4
	35-44	16	18,8
	45-54	35	41,2
	55-64	32	37,6
Jenis Kelamin	Laki-laki	23	27,1
	Perempuan	62	72,9
Tingkat Pendidikan (SKI, 2023)	Tidak bersekolah	2	2,4
	Tidak tamat SD/MI	17	20,0
	SD/MI	30	35,3
	SLTP/MTS	17	20,0
	SLTA/MA	16	18,8
	D1/D2/D3/PT	3	3,5
Pekerjaan (SKI, 2023)	Tidak bekerja	51	60,0
	PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD	3	3,5
	Pegawai Swasta	6	7,1
	Wiraswasta	12	14,1
	Petani/buruh tani	3	3,5
	Buruh/sopir/PRT	10	11,8
Lama Menderita	1-2 tahun	39	45,9
	>2 tahun	46	54,1
Penyakit Penyerta	Tidak ada	52	61,2
	Diabetes Melitus	13	15,3
	Maag/GERD	9	10,6
	Kolestrol	6	7,1
	Asma	3	3,5
	Asam Urat	1	1,2
	Epilepsi	1	1,2
Riwayat Hipertensi	Kakak/Nenek	4	4,7
	Ayah/Ibu	43	50,6
	Tidak ada	38	44,7
Kategori Hipertensi	Tingkat 1 (140-159 mmHg/90-99 mmHg)	50	58,8
	Tingkat 2 (≥160 mmHg/≥100 mmHg)	35	41,2

Sebagian besar pasien hipertensi yang dijadikan sampel dalam penelitian ini berusia diatas 45-54 tahun atau pada masa lansia awal sebesar 41,2% dan usia 55-64 tahun atau masa lansia akhir 37,6%. Penelitian Liao *et al* tahun 2017, menemukan bahwa peningkatan risiko hipertensi pada lanjut usia terkait dengan penurunan regangan sistolik longitudinal atrium yang kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku karena itu darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh darah yang sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan darah (Yunus *et al.*, 2021).

Berdasarkan data yang menunjukkan sosiodemografi sampel penelitian, jenis kelamin didominasi oleh perempuan dengan persentase sebesar 72,9%. Hal ini dikarenakan terjadinya kondisi menopause, ini disebabkan oleh hormon estrogen dan progesteron dari ovarium wanita yang berkurang, ovarium berhenti melepaskan sel telur sehingga aktivitas menstruasi berkurang dan akhirnya berhenti sama sekali. Kejadian hipertensi pada wanita lebih tinggi saat memasuki masa menopause jika dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini diakibatkan pada wanita menopause terjadi penurunan kadar hormon estrogen (Baroroh *et al.*, 2021).

Hubungan hipertensi dengan perempuan selain menopause dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti gaya hidup, kehamilan, penggunaan kontrasepsi hormonal, dan penyakit kardiovaskular. Penelitian menunjukkan bahwa perempuan usia subur dapat mengalami hipertensi akibat perubahan hormonal, obesitas, kurang aktivitas fisik, atau pola makan tinggi garam. Selain itu, hipertensi selama kehamilan

(preeklamsia) merupakan kondisi yang spesifik pada perempuan dan dapat berdampak jangka panjang terhadap risiko kardiovaskular (Burnier *et al.,* 2023).

Selain itu asupan NaCl pada makanan sangat erat hubungannya dengan kejadian hipertensi. Konsumsi natrium yang tinggi dapat menyebabkan retensi cairan pada tubuh sehingga meningkatkan curah jantung yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah, makanan cepat saji juga memiliki kadungan lemak jenuh dan natrium yang tinggi sehingga dapat mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah dan keseimbangan carian yang berakibat terjadinya peningkatan tekanan darah (Yogiantoro, 2014).

Hal ini selaras dengan penelitian Novendy *et al.,* (2022) menyatakan bahwa adanya hubungan bermakna antara responden perempuan suka mengonsumsi makanan asin dan makanan cepat saji dengan kejadian hipertensi. Selain itu, dilihat dari karakteristik demografi responden yang berhubungan dengan pekerjaan, mayoritas dari penelitian ini adalah tidak bekerja sebanyak 60,0%. Perempuan yang tidak bekerja lebih berisiko mengalami kejadian hipertensi dibandingkan dengan orang-orang yang memiliki pekerjaan di luar rumah. Hal ini terjadi karena perempuan yang tidak bekerja lebih sering melakukan perilaku *sedentari* karena sering berada di rumah, sehingga risiko terkena hipertensi menjadis lebih besar (Ramdhika *et al.,* 2023). Seseorang yang tidak bekerja memiliki kemungkinan untuk terkena hipertensi yang disebabkan kurangnya aktifitas fisik atau kurangnya aktifitas ringan (Maulidina, 2019).

Berdasarkan tingkat pendidikan, mayoritas pasien hipertensi yang dijadikan sampel pada penelitian ini adalah tamatan SD/MI sebanyak 30 orang (35,3%). Menurut Fithria & Isnaini (2014), pada penelitian sebelumnya tingkat pendidikan berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan kurangnya pendidikan dan pengetahuan maka seseorang akan lebih rentan terkena penyakit hipertensi dikarenakan kurangnya pengetahuan tentang makanan yang sehat, dimana individu dengan tingkat pendidikan lebih baik akan melakukan upaya menjaga kesehatan secara lebih tepat (Nugroho & Sari, 2019).

Pada penelitian ini lama menderita paling banyak diatas 2 tahun atau lebih dari 2 tahun (54,1%). Lama menderita hipertensi dapat menyebabkan munculnya berbagai komplikasi penyakit, sehingga mampu memicu peningkatan tekanan darah yang semakin meninggi seiring dengan pertambahan usia, adanya perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Selain faktor usia, pola makan yang tidak sehat juga menjadi salah satu pemicu terjadinya peningkatan hipertensi (Cheristina & Ramli, 2021).

Mengenai faktor riwayat hipertensi, sebagian besar sampel pada penelitian ini memiliki riwayat hipertensi dari Ayah/Ibu (50,6%). Pasien dengan riwayat keluarga hipertensi mempunyai risiko lebih tinggi untuk menderita hipertensi dibandingkan dengan remaja dengan keluarga tanpa hipertensi (Kalangi *et al.*, 2015). Pola pewarisan penyakit hipertensi dalam keluarga mengemukakan bahwa gen hipertensi bersifat dominan. Faktor keturunan lebih banyak memegang peranan timbulnya penyakit

hipertensi. Walaupun begitu menurut hukum Mendel, jika hanya salah satu orang tua menderita hipertensi, maka kemungkinan anaknya untuk tidak menderita hipertensi yaitu 50% (Kalangi *et al.*, 2015).

Sebagian besar sampel dalam penelitian ini, yaitu 52 orang (61,2%), tidak memiliki penyakit penyerta, hal ini juga didukung dari karakteristik demografi tingkat hipertensi yang didominasi oleh responden dengan hipertensi tingkat 1 (58,8%), Temuan ini didukung oleh Alifa *et al.,* (2024), yang melaporkan bahwa hipertensi tingkat 1 merupakan kelompok terbesar dengan persentase 33,85%. Hasil yang sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Ibrahim & Yuniar, (2019), yang menunjukkan bahwa sebagian besar pasien hipertensi (82,6%) juga tidak memiliki penyakit penyerta. Meskipun demikian, semakin tinggi tekanan darah, risiko terjadinya komplikasi penyakit penyerta juga meningkat, yang pada akhirnya dapat memperburuk kualitas hidup pasien hipertensi (Alfian *et al.*, 2018). Hipertensi dengan penyakit penyerta tetap menjadi salah satu penyebab utama kematian di dunia, terutama karena komplikasi pembuluh darah yang dapat memicu penyakit jantung koroner, infark miokard, stroke, dan gagal ginjal (Alfian *et al.*, 2017).

Tabel 4.5 Penyakit Penyerta Terbanyak

Penyakit	**(N= 32)**	**Persentase (%)**
Diabetes Melitus	12	37,5
Maag	9	28,1
Kolestrol	6	18,8
Asam Urat	1	3,1
Asma	3	9,4
Epilepsi	1	3,1

Hasil tabel diatas, dari 32 orang yang memiliki penyakit penyerta, diabetes melitus adalah yang paling umum (37,5%). Menurut Saseen & Carter dalam Alfian *et al.,* (2017) hubungan antara hipertensi dan diabetes melitus sangat kuat, karena kedua kondisi ini sering kali disertai faktor risiko serupa, seperti obesitas, dislipidemia, dan peningkatan glukosa darah (Alfian *et al.,* 2017). Selain itu, gangguan kolesterol ditemukan pada 18,8% responden. Studi Nikolov *et al.,* (2015) menyatakan bahwa kadar kolesterol berkaitan erat dengan tekanan darah. Penelitian Solikin & Muradi., (2020) menunjukkan bahwa hipertensi derajat 1 dominan pada pasien dengan kadar kolesterol normal (75,0%), sementara hipertensi derajat 2 lebih sering ditemukan pada pasien dengan kadar kolesterol batas tinggi (85,2%) dan kolesterol tinggi (50,0%).

Penyakit penyerta lain yang ditemukan dalam penelitian ini termasuk asma (9,4%), serta gout dan epilepsi masing-masing sebesar 3,1%. Penyebab kenaikan tekanan darah sulit dipastikan secara pasti karena banyaknya faktor yang dapat memengaruhi, yang bersifat spesifik untuk setiap individu. Oleh karena itu, hipertensi dengan penyakit penyerta memerlukan pendekatan pengelolaan yang komprehensif untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

4.3 Kualitas Hidup Pasien Hipertensi

Kualitas hidup sangat penting bagi penderita hipertensi, karena dengan kualitas hidup yang baik, pasien dapat mengelola penyekitnya dan menjaga kesehatanya untuk mencapai kesejahteraan fisik, mental dan sosial mereka. Kualitas hidup dapat diukur menggunakan instrumen. Pada penelitian ini kualitas hidup diukur menggunakan

Instrumen *Short Form-6 Dimensions* (SF- 6D) versi Indonesia pada pasien hipertensi. Instrumen ini sudah melewati uji validitas dan reliabilitas dengan nilai r_{hitung} = 0,642 dan r_{tabel} = 0,210 sebagai pembanding dan sudah dinyakan valid dan nilai *Cronbach's alpha* yang memuaskan (a=0,794) sehingga dinyatakan reliabel untuk digunakan di Indonesia (Astuti & Andayani, 2020). Hasil kualitas hidup pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel dibawah.

Tabel 4.6 Kualitas Hidup (HRQol)

Kualitas Hidup	**(N=85)**	**Persentase (%)**	**Parameter**	**Rata-rata Nilai Utilitas**	**Keterangan**
Baik	77	90,6	≥ 0,5	0,718	Mendekati 1 = **sehat sempurna**
Buruk	8	9,4	<0,5		

Nilai kualitas hidup pada penelitian ini dengan parameter ≥ 0,5 menunjukkan kualitas hidup dengan kategori baik, dan < 0,5 menunjukkan kualitas hidup dengan kategori buruk. Pada tabel 4.6 terlihat bahwa hasil penilaian pada penelitian ini sebanyak 85 responden yang didapat pada periode Agustus 2024 dengan nilai indeks SF-6D (0,965 ± 0,383) dan rata-rata nilai indeks utilitas sebesar 0,718 dimana hasil tersebut mendekati 1 yaitu sehat sempurna. Penelitian ini sejalan dengan Liu *et al.*, (2020) dimana nilai rata-rata indeks utilitas SF-6D adalah 0,743. Penelitian ini juga didukung dengan penelitian oleh Syahyeri A W D, (2022) dengan nilai utilitas 0,930 ± 0,085.

Instrumen SF-6D yang digunakan pada penelitian ini memiliki 6 dimensi yaitu dimensi fungsi fisik, keterbatasan peran, fungsi sosial, rasa sakit, kesehatan mental, dan

vitalitas. Instrumen SF-6D dipilih untuk digunakan pada penelitian ini karena dianggap lebih ringkas dan efisien dalam hal waktu pengisian instrumen oleh sampel penelitian. Perhitungan persentase total perdomain dilihat dari jumlah persentase pertanyaan dari instrumen yang dipilih oleh responden. Dimulai dari nomer 2 sampai seterusnya, dimana responden yang merasakan dan mengalami kejadian tersebut yang dihitung dan dianggap memiliki masalah pada domain tersebut, dan yang tidak merasakan atau tidak mengalami yaitu pertanyaan nomer 1 maka tidak dihitung, adapun tabel dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 4.7 Dimensi Kualitas Hidup

No	Domain Kualitas Hidup	Tingat Domain	N= 85	Jumlah (Persentase) %	Total perdomain (%)
1	Fungsi Fisik	1	43	50.6	49,4
		2	38	44.7	
		3	3	3.5	
		4	1	1.2	
2	Keterbatasan Peran	1	30	35.3	64,7
		2	19	22.4	
		3	12	14.1	
		4	24	28.2	
3	Fungsi Sosial	1	37	43.5	56,4
		2	14	16.5	
		3	20	23.5	
		4	11	12,9	
		5	3	3,5	
4	Rasa Sakit	1	13	15,3	84,8
		2	12	14,1	
		3	13	15,3	
		4	15	17,6	
		5	15	17,6	
		6	17	20,0	
5	Kesehatan Mental	1	30	35,3	64,7
		2	17	20,0	
		3	23	27,1	
		4	11	12,9	
		5	4	4,7	
6	Vitalitas	1	39	45,9	54,2
		2	31	36,5	
		3	6	7,1	
		4	6	7,1	
		5	3	3,5	

Persentase responden dengan masalah disetiap dimensi SF-6D dapat dilihat pada tabel 4.5. Pada data bulan Agustus 2024 distribusi pada SF-6D permasalahan utama yang menurunkan kualitas hidup pada pasien hipertensi dengan domain rasa sakit sebanyak 84,8%, domain keterbatasan peran dan kesehatan mental sebesar 64,7%, fungsi sosial sebanyak 56,4%, vitalitas sebesar 54,2%, dan fungsi fisik sebanyak 49,4%.

Kualitas hidup pasien hipertensi yang diukur menggunakan Instrumen SF-6D menunjukkan bahwa masalah utama kualitas hidup pasien paling berdampak adalah domain rasa sakit (84,8%), dimana 72 responden memiliki rasa sakit yang sedikit, agak, cukup dan sangat mengganggu pekerjaan didalam dan di luar rumah. Gangguan rasa nyeri dapat mengganggu kualitas dan kuantitas tidur sehingga menyebabkan keletihan dan kemungkinan disorientasi. Metabolisme dan kebutuhan oksigen miokardium meningkat, penyembuhan menjadi terganggu, fungsi imun tertekan dan meningkatkan risiko infeksi serta ada hubungan yang jelas antara nyeri kronis dengan terjadinya depresi (Supriadi *et al.,* 2024).

Hasil pengukuran domain keterbatasan peran (64,7%), sebanyak 55 responden pada penelitian ini menunjukkan terbatasnya kegiatan dalam pekerjaan maupun kegiatan sehari-hari karena masalah fisik dan emosional. Mengalami keterbatasan dalam fisik karena rasa sakit yang dialami oleh mereka sehingga menggangu untuk beraktvitas sehari-hari. Pasien hipertensi mempunyai keterbatasan peran dalam kehidupannya di keluarga dan di masyarakat, apalagi pada pasien hipertensi yang

memiliki penyakit penyerta. Sehingga keterbatasan dalam fisik pun sering menghambat aktivitas.

Hasil domain kesehatan mental (64,7%), sebanyak 55 responden pada penelitian ini merasakan jarang, kadang, sering hingga selalu merasa sedih ataupun putus asa. Emosi negatif berupa marah, sedih, dan takut yang tidak terkendali akan menjadi tumpang tindih, hingga dapat menimbulkan suatu ketegangan, kelelahan ataupun rasa gagal. Kemunculan kondisi ini disebabkan intensitas emosi yang berlebihan ataupun kesalahan dalam mengelola ekspresi dari emosi negatif. Pengekspresian emosi sendiri dapat dikenali melalui adanya perubahan reaksi wajah, nada suara, hingga perilaku. Penelitian Crepaldi *et al.,* (2024) menemukan hubungan negatif antara tingkat kecemasan dan dua ukuran psikologis pada awal pengamatan (PGWB dan subskala MCS SF-36), yang menunjukkan bahwa pasien hipertensi yang cemas cenderung merasakan kondisi psikologis yang lebih buruk. Namun, penting untuk dicatat bahwa pasien yang cemas pada awalnya menunjukkan kesejahteraan dan kualitas hidup yang lebih buruk, meskipun terdapat sedikit peningkatan seiring waktu.

Sementara itu, pasien yang tidak cemas cenderung mengalami perbaikan dan stabilitas dalam kesehatan psikologis mereka sepanjang waktu.Oleh karena itu, emosi negatif cukup berpengaruh dalam memperburuk keadaan individu, baik pada fisik, psikologis, maupun perilaku. Namun, emosi negatif juga mampu memberi manfaat jika individu memiliki pengendalian diri yang adaptif (Dika & Widyana, 2024).

Hasil pada domain fungsi sosial (56,4%), sebanyak 48 responden dimana hampir setengah dari respoden kesehatannya membatasi dalam beraktivitas sosial.

Penelitian yang dilakukan oleh Mila S, (2021) responden dengan kualitas hidup aspek hubungan sosial buruk sebanyak 52,1% dengan jumlah 25 responden, berdasarkan pengamatan peneliti aktivitas sosial yang kurang sangat dipengaruhi oleh proses menua dan status kesehatan.

Hasil pengukuran domain vitalitas (54,2%) sebanyak 46 responden, dimana responden sering, kadang, jarang, sampai tidak pernah memiliki semangat dalam hidup. Menurut Maryam *et al.*, (2018) motivasi adalah bagian penting sebagai pembantu perilaku hidup lebih sehat. Motivasi menjadi kekuatan untuk menggerakkan orang berperilaku dan berpartisipasi dalam kegiatan untuk mencapai tujuannya (Suling *et al.,* 2023).

Hasil domain fungsi fisik (49,4%), dimana 42 responden yang dari sedikit sampai sangat membatasi dalam aktivitas sedang hingga berat. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Windri *et al* (2019), yang menyatakan bahwa aktivitas fisik disarankan dikarenakan, penyakit hipertensi dapat terjadi di segala usia terutama pada lanjut usia. Seseorang yang menderita hipertensi terutama lansia maka akan cenderung mengalami gangguan muskuloskletal dan gangguan pada pembuluh darah sehingga aktivitas fisik sangat di sarankan untuk dilakukan (Afiani *et al*., 2020). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Manuhutu & Prasetya, (2018) yang menyatakan bahwa selain untuk memperlancar peredaran darah, aktivitas fisik juga dapat meningkatkan hormon endorfin sehingga dapat mengurangi stress dan dapat meningkatkan derajat kesehatan yang berdampak baik untuk kualitas hidup penderita hipertensi.

4.4 Hubungan Sosiodemografi dan Hipertensi dengan Kualitas Hidup

Kualitas hidup dapat dipengaruhi dari faktor internal dan eksternal, yang lebih sering berpengaruh adalah faktor eksternal yaitu sosiodemografi yang memiliki variabel penilaian usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan karakteristik hipertensi dimana ada lama menderita, penyakit penyerta, riwayat hipertensi, dan kategori hipertensi. Mengetahui hubungan antara sosiodemografi dan penyakit hipertensi dengan kualitas hidup dapat dilakukan dengan analisis statistik yaitu uji *chi-square* untuk menguhubungkan dua variabel tersebut dimana jika nilai $p<0,05$ maka dianggap memiliki hubungan, dan jika nilai $p \geq 0,05$ maka dianggap tidak memiliki hubungan, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.8 Hubungan Sosiodemografi dan Hipertensi dengan Kualitas Hidup

No.	Sosiodemografi pasien Hipertensi	Kategori	Kualitas Hidup		N	Nilai *P*	Ket.
			Baik	Buruk			
1	Usia (tahun)	25-34	2	0	2	0,818	Tidak Signifikan
		35-44	14	2	16		
		45-54	31	4	35		
		55-64	30	2	32		
		Total	**77**	**8**	**85**		
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	23	0	23	0,070	Tidak Signifikan
		Perempuan	54	8	62		
		Total	**77**	**8**	85		
3	Tingkat Pendidikan	Tidak bersekolah	2	0	2	0,803	Tidak Signifikan
		Tidak tamat SD/MI	14	3	17		
		Tamat SD/MI	27	3	30		
		Tamat SLTP/MTS	16	1	17		
		Tamat SLTA/MA	15	1	16		
		Tamat PT	3	0	3		
		Total	**77**	**8**	**85**		
4	Pekerjaan	Tidak Bekerja	45	6	51	0,645	Tidak Signifikan
		PNS	3	0	3		
		Pegawai Swasta	6	0	6		

No.	Sosiodemografi pasien Hipertensi	Kategori	Kualitas Hidup		N	Nilai *P*	Ket.
			Baik	Buruk			
		Wiraswasta	10	2	12		
		Petani	3	0	3		
		Buruh/PRT	10	0	10		
		Total	**77**	**8**	**85**		
5	Lama Menderita	1-2 tahun	36	3	39	0,617	Tidak Signifikan
		>2 tahun	41	5	46		
		Total	**77**	**8**	**85**		
6	Penyakit Penyerta	Diabetes Melitus	8	5	13	0,002	Signifikan *P*<0,05
		Maag	7	2	9		
		Kolestrol	5	1	6		
		Asam Urat	3	0	3		
		Asma	1	0	1		
		Epilepsi	1	0	1		
		Tidak ada	52	0	52		
		Total	**77**	**8**	**85**		
7	Riwayat Hipertensi	Tidak ada	34	4	38	0,752	Tidak Signifikan
		Ada	43	4	47		
		Total	**77**	**8**	**85**		
8	Kategori Hipertensi	Tingkat 1	48	2	50	0,041	Signifikan *P*<0,05
		Tingkat 2	29	6	35		
		Total	**77**	**8**	**85**		

Pada tabel 4.8 menggambarkan hubungan sodiodemografi dan penyakit hipertensi dengan kualitas hidup. Terdapat hubungan yang signifikan antara faktor penyakit penyerta menunjukkan nilai *p value* = 0,002, dan kategori hipertensi dengan nilai *p value* = 0,041 < 0,05. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Yumassik *et al.*, (2024) dimana nilai pada faktor penyakit penyerta didapat nilai *p value* = 0,048 dan nilai kategori hipertensi yaitu *p value* = 0.010 sehingga penyakit penyerta dan kategori hipertensi memiliki berhubungan signifikan dengan kualitas hidup pasien hipertensi. Hasil penelitian dilapangan juga menemukan bahwa sebagian responden yang memiliki penyakit komorbiditas atau penyakit penyerta cenderung memiliki kualitas hidup yang buruk.

Pada penelitian Alfian *et al.*, (2017) terhadap pasien hipertensi dengan penyakit penyerta gagal jantung kualitas hidupnya cenderung kurang baik. Menurut WHO penyakit komorbid hipertensi adalah diabetes melitus dan penyakit ginjal. Kehadiran penyakit penyerta seperti diabetes, penyakit ginjal atau penyakit kardiovaskular memperburuk kualitas hidup pasien hipertensi. Komorbiditas atau penyakit penyerta dapat memperberat baban fisik dan psikologis, serta menambah komplikasi dalam pengelolaan penyakit. Hasil penelitian ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitria & Prameswari, (2021) dimana terdapat hubungan yang bermakna antara penyakit penyerta dengan kualitas hidup dengan nilai (*p* 0,022) dan penelitian Atika *et al.*, (2022) menghasilkan (*p-value* 0,001). Hal ini menegaskan bahwa dengan adanya penyakit penyerta yang dialami oleh pasien hipertensi akan menimbulkan dampak yang tidak baik terhadap kualitas hidup.

Pada penelitian Alifa *et al.*, (2024) dimana pengukuran tekanan darah hipertensi tingkat 1 yang memiliki hubungan. Sedangkan beberapa penelitian lain kategori hipertensi tingkat 2 yang memiliki hubungan dengan kualitas hidup, seperti penelitian yang dilakukan oleh Afiani, (2014) hasil analisis yang menunjukkan bahwa penderita hipertensi tingkat 2 memiliki kualitas hidup yang buruk. Tingkat keparahan hipertensi berkaitan angsung dengan kualitas hidup, hipertensi yang berat yang tidak terkontrol sering menyebabkan komplikasi serius seperti stroke atau gagal jantung, yang menurunkan kualitas hidup secara signifikan.

Tingkat hipertensi mempengaruhi kualitas hidup seseorang dengan cara yang berbeda-beda. Pada hipertensi ringan (tingkat 1), gejalanya mungkin tidak terasa, tetapi

risiko komplikasi seperti penyakit jantung dan stroke sudah mulai meningkat. Pada hipertensi lebih berat (tingkat 2 atau krisis hipertensi), gejala seperti sakit kepala, kelelahan, dan pusing lebih sering terjadi. Penyakit penyerta memperburuk kondisi ini, karena tubuh sudah tertekan oleh dua masalah kesehatan, yang memperburuk kualitas hidup, menyebabkan gangguan emosional, serta meningkatkan kecemasan dan stres (Ahmad & Rahmawati, 2022).

Pada tabel 4.8 diketahui bahwa 6 faktor sosiodemografi dan karakteristik hipertensi yang tidak berhubungan atau nilai *p value* ≥ 0,05. Faktor yang dirasa paling mendekati dan sedikit memiliki pengaruh adalah faktor jenis kelamin dengan nilai *p value* = 0,070, faktor pekerjaan dengan *p value* = 0,645, faktor lama menderita dengan *p value* = 0,617, faktor riwayat hipertensi dengan *p value* = 0,752, faktor tingkat pendidikan dengan *p value* = 0,803, dan terakhir faktor usia dengan *p value* = 0,818.

Penelitian terkait faktor-faktor yang tidak memiliki hubungan signifikan dengan kualitas hidup pasien hipertensi menunjukkan hasil yang beragam. Beberapa faktor seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama menderita hipertensi, dan riwayat hipertensi tidak selalu menunjukkan hubungan yang kuat dengan kualitas hidup. Beberapa studi menjelaskan bahwa meskipun faktor-faktor ini sering dianggap penting, dalam beberapa kasus, mereka tidak memberikan dampak yang signifikan terhadap kondisi kualitas hidup pasien hipertensi. Misalnya, dalam penelitian oleh Cabrera tahun 2015 dalam Santoso (2019), ditemukan bahwa meskipun faktor seperti usia dan jenis kelamin dapat mempengaruhi kualitas hidup, mereka tidak selalu berhubungan langsung dengan perubahan signifikan dalam kualitas hidup pasien

hipertensi, terutama pada lansia (Fitria & Prameswari, 2021). Faktor-faktor lain, seperti lama menderita hipertensi dan riwayat penyakit lainnya, memang menunjukkan hubungan dengan kualitas hidup, tetapi hal ini juga dipengaruhi oleh aspek-aspek lain seperti kepatuhan terhadap pengobatan dan pola hidup sehat (Manik, 2020).

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

1. Distribusi sosiodemografi pasien hipertensi pada penelitian ini terdiri dari 8 faktor antara lain usia 45-54 tahun (41,2%), jenis kelamin perempuan (72,9%), tingkat pendidikan tamatan SD/MI (35,3%), pekerjaan dengan mayoritas tidak memiliki pekerjaan (60,0%), lama menderita hipertensi >2 tahun (54,1%), faktor penyakit penyerta didominasi oleh pasien yang tidak memiliki penyakit penyerta sebesar (61,2%), riwayat hipertensi dari Ayah/Ibu (50,6%), dan kategori hipertensi tingkat 1 (58,8%).
2. Kualitas hidup responden pada penelitian ini adalah sebanyak 77 responden dengan nilai ≥0,5 masuk kategori baik (90,6%), dan 8 responden dengan nilai <0,5 masuk kategori buruk (9,4%), dengan nilai rata-rata utilitas sebesar 0,718 dimana nilai mendekati 1 yang berarti sehat sempurna.
3. Hubungan sosiodemografi dan penyakit hipertensi dengan kualitas hidup menggunakan SPSS didapat usia (*p-value*=0,818), jenis kelamin (*p-value*=0,070), tingkat pendidikan (*p-value* = 0,803), pekerjaan (*p-value* = 0,645), lama menderita (*p-value* = 0,658), Riwayat hipertensi (*p-value*= 0,752) yang tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hiduppasien hipertensi sedangkan penyekit penyerta (*p-value* = 0,002) dan kategori hipertensi (*p-value* = 0,041) memiliki hubungan yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien hipertensi.

5.2. Saran

5.2.a Kepada Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat menambahkan variabel lain yang berpotensi mempengaruhi kualitas hidup pasien hipertensi, seperti tingkat kepatuhan terhadap pengobatan, aktivitas fisik, pola makan, atau dukungan sosial. Peneliti selanjutnya juga diharapkan dapat menggunakan instrumen lain untuk mengukur kualitas hidup seperti WHOQOL-BREF atau EQ-5D untuk membandingkan hasil kualitas hidup pasien, dan jika peneliti selanjutnya ingin menggunakan instrumen yang sama diharapkan mendapatkan jumlah responden yang lebih banyak.

5.2.b Kepada Puskesmas

Hendaknya peran aktif farmasis dan tenaga kesehatan lain lebih ditingkatkan dengan memberikan intervensi dan edukasi pasien dalam meningkatkan kualitas hidup pada pasien dengan penyakit kronis khususnya pasien hipertensi, dan dapat melakukan pemantauan penyakit penyerta mengingat penyakit penyerta memiliki dampak signifikan terhadap kualitas hidup. Puskesmas disarankan untuk memberikan pelatihan tambahan bagi tenaga kesehatan tentang pengelolaan hipertensi berbasis kualitas hidup.

5.2.c Kepada Insitusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini bisa dijadikan sebagai bahan literatur maupun kajian dalam pembelajaran. Serta diharapkan institusi menyediakan akses mudah ke referensi ilmiah seperti buku, jurnal internasional, dan repositori penelitian, juga

fasilitas seperti perpustakaan digital dan pelatihan penggunaan database ilmiah akan sangat membantu mahasiswa dalam menyusun naskah berkualitas. Institusi diharapkan juga dapat memperkuat kerja sama dengan Puskesmas untuk mendukung penelitian lapangan, ini dapat mencakup akses data pasien, pembimbingan mahasiswa, serta kolaborasi dalam pengembangan program intervensi berbasis komunitas yang efektif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Afiani, N. (2014). Analisis Determinan Kualitas Hidup Pada Pasien Dengan Hipertensi Derajat II. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, *3*(1), 1–14.

Afiani, N., Qodir, A., & Saudah. (2020). Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Literature Review. *Media Husada Journal of Nursing Science*, *1*(1), 22–30.

Ahmad, A., & Rahmawati, R. (2022). *Comorbidities and Quality of Life in People With Stage 2 Hypertension: a Study in Yogyakarta, Indonesia*. *5*(1), 8–16.

Ainurrafiq, A., Risnah, R., & Ulfa Azhar, M. (2019). Terapi Non Farmakologi dalam Pengendalian Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi: Systematic Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, *2*(3), 192–199.

Alfian, R., Lisdawati, N., Maulana, A., Putra, P., Sari, R. P., Lailani, F., Sakit, R., Daerah, U., & Banjarmasin, U. (2018). *Profil kualitas hidup dan tekanan darah pasien hipertensi rawat jalan di rsud ulin banjarmasin*. *4*(2), 106–113.

Alfian Riza, Susanto Yugo, & Khadizah Siti. (2017). Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta Di Poli Jantung Rsud Ratu Zalecha Martapura. *Jurnal Pharmascience*, *04*(02), 210–218.

Alifa, K., Hajrah, & Aryatika, K. (2024). Hubungan Self-management Behaviour terhadap Kualitas Hidup Pasien Hipertensi. *MPI (Media Pharmaceutica Indonesiana)*, *6*(1), 36–44.

Andayani, T. M., Endarti, D., Kristina, S. A., & Rahmawati, A. (2020). Perbandingan EQ-5D-5L dan SF-6D Untuk Mengukur Index Utility Kesehatan Pada Populasi Umum di Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi (Journal of Management and Pharmacy Practice)*, *10*(1), 35.

Astuti, R. D., & Andayani, T. M. (2020). *Validitas dan Reliabilitas Instrumen Short Form-6 Dimension (SF-6D) sebagai Alat Ukur Utilitas pada Populasi Umum di Kota Yogyakarta Reno Diny Astuti, Dr. apt. Tri Murti Andayani, Sp. FRS*. 5–6.

Atika, N., Samino, S., & Sari, N. (2022). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi. *Holistik Jurnal Kesehatan*, *16*(7), 612–624.

Baroroh, I., Kebidanan, A., & Ibu, H. (2021). Efektivitas Konsumsi Sule Honey Terhadap Peningkatan Produksi Asi Bagi Ibu Pekerja Yang Menggunakan Metode Pompa Asi (MPA) The Effectiveness of Sule Honey Consumption in Increasing Milk Production for Working Mothers Using Breastfeeding Pump Methods. *Jurnal Kebidanan-ISSN*, *7*(1), 21–25.

Burnier, M., Brguljan, J., Algharably, E. A. E., Kjeldsen, S. E., Narkiewicz, K., Egan, B., Oparil, S., & Kreutz, R. (2023). Women's health, cardiovascular risk and hypertension: the perspective still needs to improve. *Blood Pressure*, *32*(1).

Cheristina, & Ramli, H. W. (2021). Lama Menderita Dan Tingkat Hipertensi Dengan Tingkat Kecemasan Pada Lansia Dalam Tinjauan Studi Cross Sectional Duration. *Jurnal Fenomena Kesehatan Volume*, *04*, 449–456.

Crepaldi, M., Giannì, J., Brugnera, A., Greco, A., Compare, A., Rusconi, M. L., Poletti, B., Omboni, S., Tasca, G. A., & Parati, G. (2024). Predictors of Psychological Well-Being and Quality of Life in Patients with Hypertension: A Longitudinal Study. *Healthcare (Switzerland)*, *12*(6), 1–13.

Dika, E. M., & Widyana, R. (2024). Pengaruh Pelatihan Mindfulness terhadap Penurunan Emosi Negatif Penderita Hipertensi. *Journal of Psychological Science and Profession*, *8*(2), 138–154.

Dinas Kesehatan. (2022). *Pemerintah kota banjarmasin*. *403*, 1–25.

Endarti, A. T. (2015). Kualitas Hidup Kesehatan: Konsep, Model, dan Penggunaan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, *7*(2), 97–108.

Fatihah, A. Z., Andayani, T. M., & Yasin, N. M. (2021). The Short Form-6 Dimension (SF-6D) Validity and Reliability in Hemodialysis Patients. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, *8*(2), 150.

Fithria & Isnaini, M. (2014). *Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Pada Penderita Hipertensi Di Klinik Sumber Sehat Indrapuri Aceh Besar*.

Fitria, S. N., & Prameswari, G. N. (2021). Faktor Risiko Kualitas Hidup Lansia Penderita Hipertensi. *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, *1*(1), 472–478.

Gelatic, R. (2014). The 2014 hypertension guidelines: Processing the information. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, *27*(11), 15–17.

Gormer, B. (2024). Hypertension - Pharmacological management. *Hospital Pharmacist*, *14*(4), 119–125.

Gultom, A. B., Siregar, A. H., & Yahya, S. Z. (2018). Korelasi Stress dan Kualitas Hidup Pasien Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, *3*(2), 90.

Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., … Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*, *28*(10), 2641–2650.

Heidari, B., Avenatti, E., & Nasir, K. (2022). Pharmacotherapy for Essential Hypertension: A Brief Review. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*, *18*(5), 5–16.

Hidayaturahmah, R., Andayani, T. M., & Kristina, S. A. (2021). Analisis Faktor-Faktor Klinik yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Katarak di Rumah Sakit Dr. YAP, Yogyakarta Analysis of Influencing Clinical Factors on Quality of Life of Patients with Cataract at Dr. YAP Hospital. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, *8*(3), 207.

James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D. T., LeFevre, M. L., MacKenzie, T. D., Ogedegbe, O., Smith, S. C., Svetkey, L. P., Taler, S. J., Townsend, R. R., Wright, J. T., Narva, A. S., & Ortiz, E. (2014). 2014 Evidence-based guideline for the management of

high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*, *311*(5), 507–520.

Kalangi, J. A., Umboh, A., & Pateda, V. (2015). Hubungan Faktor Genetik Dengan Tekanan Darah Pada Remaja. *E-CliniC*, *3*(1), 3–7.

Kuncoro, B. S., Hidayah, A. N., Oktadewi, F. D., Widodo, A. H. B., Puji, A. K., Kuncoro, B. S., Hidayah, A. N., Oktadewi, F. D., Widodo, A. H. B., & Puji, A. K. (2024). *Hubungan Faktor Sosiodemografi dengan Tingkat Kecemasan Dental Pasien sebelum Tindakan Odontektomi di RSUD Prof . Dr . Margono Soekarjo Correlation Between Sociodemographic Factors and Level of Dental Anxiety in Patients before Odontectomy at Hospital Pro*. *01*(01), 8–18.

Liao, J. N., Chao, T. F., Kuo, J. Y., Sung, K. T., Tsai, J. P., Lo, C. I., … Chen, S. A. (2017). *Age, Sex, and Blood Pressure-Related Influences on Reference Values of Left Atrial Deformation and Mechanics from a Large-Scale Asian Population. Circulation:* Cardiovascular Imaging 10(10): 1–10.

Liu, X., Bai, G., Li, H., & Li, S. (2020). Applying SF-6D to measure health state utilities among the middle and old aged patients with hypertension in China. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(1), 1–10.

M. Yuditia, (2018). "*Perbedaan Kualitas Hidup Lanjut Usia Ditinjau dari Sosiodemografi (Usia, Jenis Kelamin, Pekerjaan),"*

Manik, R. D. (2020). Gambaran Kualitas Hidup Lansia Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskersmas Mojolaban. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 1–17.

Manuhutu, A. A. F., & Prasetya, B. E. A. (2018). Perbedaan Quality of Life Lansia Hipertensi yang Mengikuti dan Tidak Mengikuti Senam Prolanis di Wilayah Benteng Kota Ambon. *Persona:Jurnal Psikologi Indonesia*, *7*(2), 151–160.

Martínez-Pérez, J. E., Abellán-Perpiñán, J. M., Sánchez-Martínez, F. I., & Ruiz-López, J. J. (2024). A Spanish value set for the SF-6D based on the SF-12 v1. *European Journal of Health Economics*, *0123456789*.

Maryam, R. S., Resnayati, Y., Riasmini, N. M., & Mambang Sari, C. W. (2018). Effect of Family Support Intervention towards Quality of Life with Elderly's Hypertension in Community. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, *6*(3), 281–288.

Maulidina, F. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Jati Luhur Bekasi Tahun 2018. *Arkesmas (Arsip Kesehatan Masyarakat)*, *4*(1), 149–155.

McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., Christodorescu, R. M., Daskalopoulou, S. S., Ferro, C. J., Gerdts, E., Hanssen, H., Harris, J., Lauder, L., McManus, R. J., Molloy, G. J., Rahimi, K., Regitz-Zagrosek, V., Rossi, G. P., Sandset, E. C., … Zeppenfeld, K. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society . *European Heart Journal*, *00*, 1–107.

Mila S, S. (2021). Gambaran Kualitas Hidup Pada Lansia Pada Aspek Hubungan Sosial

Penderita Hipertensi di Wilayah Puskesmas Pajang Surakarta. *Berita Ilmu Keperawatan*, *Vol. 14 (2*, 65–72.

Muhammad Maufisya Ibrahim, Lili Yuniar, E. U. N. (2019). Determinan Faktor Yang Berhubungan Dengan Manajemen Diri Pasien Hipertensi. *Scientific Journal Of Nursing Research*, *46*, 13–18.

Munira, S., Puspasari, D., Trihono, Thaha, R., Musadad, A., Junadi, P., Kusnanto, H., Sugihantono, A., Witoelar, F., Siswanto, Ariawan, I., Lestary, H., Sulistyowati, Marsini, R., Syahroni, Puspasari, N., Lumbantoruan, M., Mujiati, M. D. S., Cahyorini, … Purnama, R. (2023). Survei Kesehatan Indonesia (SKI). *Survei Kesehatan Indonesia*, 1–964.

Nikolov, P., Nikolova, J., Orbecova, M., Deneva, T., Vladimirova, L., Atanasova, P. Nikolov, F. (2015). Flow Mediated Vasodilation and Some Biomarkers of Endothelial Activation in Pre-Hypertensive Objects. *The West Indian Medical Journal*

Novendy, N., Lontoh, S. O., Hsu, C. J., & Irawaty, E. (2022). Faktor Risiko Kejadian Hipertensi Pada Wanita Usia Produktif. *Jurnal Muara Medika Dan Psikologi Klinis*, *2*(1), 62–72.

Nugroho, P. S., & Sari, Y. (2019). Hubungan Tingkat Pendidikan Dan Usia Dengan Kejadian HipertensiDi Wilayah Kerja Puskesmas Palaran. *Jurnal Dunia Kesmas*, *8*(4), 219–255.

Oparil, S., Acelajado, M. C., Bakris, G. L., Berlowitz, D. R., Cífková, R., Dominiczak, A. F., Grassi, G., Jordan, J., Poulter, N. R., Rodgers, A., & Whelton, P. K. (2018). Hypertension. *Nature Reviews Disease Primers*, *4*.

Pradono, J., Kusumawardani, N., & Rachmalina, R. (2020). Hipertensi : Pembunuh Terselubung Di Indonesia. In *Respiratiry Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*.

Rachmawati Y, Dyah A. P., A. (2014). Validasi Kuesioner Sf-36 Versi Indonesia Terhadap Pasien Hipertensi Di Puskesmas Yogyakarta. *Validasi Kuesioner Sf-36 Versi Indonesia Terhadap Pasien Hipertensi Dipuskesmas Yogyakarta*, *11*(01), 14–25.

Raffli, A., Yuswar, M. A., & Rizkifani, S. (2023). Pengukuran Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Menggunakan Instrumen EQ-5D-5L. *Journal Syifa Sciences and Clinical Research*, *5*(1), 200–206.

Ramdhika, M. R., Widiastuti, W., Hasni, D., Febrianto, B. Y., & Jelmila, S. (2023). Hubungan Aktivitas Fisik dengan Kejadian Hipertensi pada Perempuan Etnis Minangkabau di Kota PadangHubungan Aktivitas Fisik dengan Kejadian Hipertensi pada Perempuan Etnis Minangkabau di Kota Padang. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, *19*(1), 91.

Sari, Y. (2016). *Adolescence Hypertension*. *XXXII*(1), 11.

Santoso, M. D. Y. (2019). Dukungan Sosial Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia : Review Article. *Jurnal Kesehatan Mesencephalon*, 5(1), 33–41.

Solikin, S., & Muradi, M. (2020). Hubungan Kadar Kolesterol Dengan Derajat Hipertensi Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Sungai Jingah. *Jurnal*

Keperawatan Suaka Insan (Jksi), *5*(1), 143–152.

Suling, C., Gaghauna, E., & Santoso, B. (2023). Motivasi Pasien Hipertensi Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat. *Jurnal Keperawatan*, *16*(1), 383–396.

Supriadi, F. E., Fitri, N. L., Dewi, N. R., Dharma, A. K., & Metro, W. (2024). Penerapan Slow Deep Breathing Terhadap Nyeri Kepala Pasien Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam a Rsud Jend. Ahmad Yani Metro the Application of Autogenic Relaxation and Candana Aromatherapy on Blood Pressure in Hypertension Patients in the Education Room i. *Jurnal Cendikia Muda*, *4*(4), 542–551.

Syahyeri A W D. (2022). *Pengukuran Kualitas Hidup Yang Dinilai Dengan Instrumen Euro Quality of Life 5 Dimension, ShortForm6 Dimension, dan Quality of Well Being Self Administered Pada Pasien Dengan Hipertensi*. 5–6.

Theo, P. M. P. O., Kalesaran, A. F. C., & Langi, F. L. F. G. (2022). Hubungan Antara Faktor Sosiodemografi dan Penyakit Hipertensi dengan Kualitas Hidup Lansia di Kelurahan Manado Tua Dua Kecamatan Bunaken Kepulauan Kota Manado. *PREPOTIF (Jurnal Kesehatan Masyarakat)*, *6*(3), 2623–2632.

Tri, P. R., Asmara, J. I., & Istianna, N. (2022). Faktor Sosiodemografi Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Daerah Bencana. *Jurnal Keperawatan Galuh*, *4*(1), 27.

Visser, M. S., Amarakoon, S., Missotten, T., Timman, R. & Busschbach, J. J. (2017). SF-6D Utility Values for the Better- And Worse-Seeing Eye for Health States Based on the Snellen Equivalent in Patients with Age-Related Macular Degeneration. *Plos One*; 12; 1-9.

Wayan Sukawati, N., Herowati, R., & Murti Andayani, T. (2021). 200 Jurnal Farmasi Indonesia Perbandingan Kuesioner EQ-5D-5L dan SF-6D untuk Mengukur Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik di RSUD Kota Yogyakarta The Comparison of EQ-5D-5L with SF-6D Questionnaires to Measure The Life Quality of The Chronic Kidn. *Jurnal Farmasi Indonesia*, *18*(2), 200–205.

World Health Organization. (2014). Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014. In *"Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility."* Switzerland: WHO Press.

World Health Organization. (2021). *Hypertension.*

Windri, T., Kinasih, A., & Sanubari, T. (2019). Pengaruh Aktivitas Fisik Dengan Kualitas Hidup Lansia Hipertensi Di Panti Wredha Maria Sudarsih Ambarawa. *Jurnal JMP Online*, 3(11), 1444–1451.

Yogiantoro, M. (2014). Pendekatan klinis hipertensi. Dalam: Setiati, S., Alwi, I., Sudoyo, A.W., Simadibrata, M., Setiyohadi, B., & Ayam, A.F. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid II, Edisi VI, Interna Publishing,* Jakarta, hal: 2259-2283.

Yumassik, A. M., Azizah, N., Illahi, F. S., Wahyuni, A., Aisyah, N., & Soraya, S. (2024). Hubungan Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Dengan Karakteristik Demografi Menggunakan Instrumen Eq-5D Di Puskesmas S.Parman Kota Banjarmasin. *Jurnal Insan Farmasi Indonesia*, *7*(1), 1–8.

Yumassik, A. M., Widodo, G. P., & Andayani, T. M. (2022). Analisis Biaya dan Indeks Utilitas yang diukur menggunakan SF-6D pada pasien Gagal Ginjal Kronis dengan Hemodialisis di RSUD Adji Batara Agung Dewa Sakti Kutai Kartanegara. *Ilmiah Ibnu Sina*, *7*(8.5.2017), 2003–2005.

Yunus, M., Aditya, W. C., & Eksa, D. R. (2021). Hubungan Usia Dan Jenis Kelamin Dengan Kejadian Hipertensi Di Puskesmas Haji Pemanggilan Kecamatan Anak Tuha Kab. Lampung Tengah. *Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, *35*(3), 229–239.

Zheng, E., Xu, J., Xu, J., Zeng, X., Tan, W. J., Li, J., Zhao, M., Liu, B., Liu, R., Sui, M., Zhang, Z., Li, Y., Yang, H., Yu, H., Wang, Y., Wu, Q., & Huang, W. (2021). Health-Related Quality of Life and Its Influencing Factors for Elderly Patients With Hypertension: Evidence From Heilongjiang Province, China. *Frontiers in Public Health*, 9(March), 1–8.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar *Informaed Consent*

INFORMED CONSENT

"HUBUNGAN PROFIL SOSIODEMOGRAFI DAN PENYAKIT HIPERTENSI DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN DI PUSKESMAS ALALAK SELATAN KOTA BANJARMASIN"

Yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama :
   Alamat :
   No HP :
   Umur : tahun.

2. Nama Peneliti : Norhalisa
   Alamat : Kayu Tangi, Cendana 2b

   Menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa melalui diskusi yang akan berlanjut selama masa penelitian, tanpa paksaan, tekanan, disertai kesadaran dan pemahaman informasi dengan sukarela memberikan:

   PERNYATAAN BERSEDIA MENGIKUTI TATA LAKSANA PENELITIAN YANG TELAH DIDISKUSIKAN SEBAGAI SUBYEK PENELITIAN YANG TERPILIH.

Banjarmasin, Agustus 2024

Responden Penelitian, Peneliti

( ) (Norhalisa)

Saksi

( )

Lampiran 2. Lembar Sosiodemografi Pasien Hipertensi

Usia:

□ 18 - 24 □ 45 -54

□ 25 - 34 □ 55 - 64

□ 35 - 44

Jenis Kelamin:

□ Laki – Laki □ Perempuan

Tingkat Pendidikan:

□ Tidak bersekolah □ Tamat SLTA/MA

□Tidak tamat SD/MI □ Tamat D1/D2/D3/PT

□ Tamat SD/MI □Lainnya :

□ Tamat SLTP/MTS

Pekerjaan:

□ Tidak bekerja □ Pegawai swasta □ Nelayan

□ Sekolah □ Wirasawasta □ Buruh/sopir/PRT

□PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD □ Petani/buruh tani □ Lainnya

Lama Menderita Hipertensi:

□ 1-2 tahun □>2 tahun

Penyakit Penyerta:

□ Diabetes Melitus □ Stroke □ Asma □ Epilepsi

□ Gagal Ginjal □ Maag/GERD □ Asam Urat

□ Jantung □ Kolestrol □ Tidak Ada

Riwayat Hipertensi:

□ Kakek/Nenek □ Ayah/Ibu □ Kakak/Adik □Tidak ada

Kategori Hipertensi:

□ Tingkat 1 (sistolik: 140-159 mmHg / diastolik: 90-99 mmHg)

□ Tingkat 2 (sistolik: ≥160 mmHg / diastolik: ≤100 mmHg)

Lampiran 3. *Instrumen Short From-6 Dimension* (SF-6D) versi Indonesia

Untuk setiap judul, berilah tanda centang (√) di dalam **SALAH SATU** kotak yang paling sesuai dengan kesehatan yang anda miliki.	
FUNGSI FISIK	
1. Kesehatan Anda **tidak** membatasi aktivitas yang berat	❑
2. Kesehatan Anda **sedikit** membatasi aktivitas yang berat	❑
3. Kesehatan Anda **sedikit** membatasi aktivitas sedang	❑
4. Kesehatan Anda **sangat** membatasi aktivitas sedang	❑
5. Kesehatan Anda **sedikit** membatasi aktivitas mandi dan berpakaian	❑
6. Kesehatan Anda **sangat** membatasi aktivitas mandi dan berpakaian.	❑
KETERBATASAN PERAN	
1. **Tidak ada masalah** dalam pekerjaan/kegiatan sehari-hari karena kesehatan fisik atau masalah emosional	❑
2. Jenis pekerjaan/kegiatan sehari-hari **terbatas** karena kesehatan fisik	❑
3. Target pekerjaan/kegiatan sehari-hari **tidak tercapai** karena masalah emosional	❑
4. Pekerjaan/kegiatan sehari-hari **terbatas** karena kesehatan fisik dan target tidak tercapai karena masalah emosional.	❑
FUNGSI SOSIAL	
1. Kesehatan anda **tidak** membatasi kegiatan sosial	❑
2. Kesehatan anda **sedikit** membatasi kegiatan sosial	❑
3. Kesehatan anda **kadang** membatasi kegiatan sosial	❑
4. Kesehatan anda **sering** membatasi kegiatan sosial	❑
5. Kesehatan anda **selalu** membatasi kegiatan sosial	❑
RASA SAKIT	
1. Anda tidak merasakan sakit	❑
2. Anda merasakan sakit tetapi **tidak** menganggu pekerjaan di dalam dan diluar rumah	❑
3. Anda merasakan sakit yang **sedikit** menganggu pekerjaan didalam dan diluar rumah	❑
4. Anda merasakan sakit yang **agak** mengganggu pekerjaan didalam dan diluar rumah	❑
5. Anda merasakan sakit yang **cukup** menganggu pekerjaan didalam dan diluar rumah	❑
6. Anda merasakan sakit yang **sangat** menganggu pekerjaan didalam dan diluar rumah.	❑
KESEHATAN MENTAL	
1. Anda **tidak** pernah merasa tegang/putus asa dan sedih	❑
2. Anda **jarang** merasa tegang/putus asa dan sedih	❑
3. Anda **kadang** merasa tegang/putus asa dan sedih	❑
4. Anda **sering** merasa tegang/putus asa dan sedih	❑
5. Anda **selalu** merasa tegang/putus asa dan sedih	❑
VITALITAS	
1. Anda selalu memiliki semangat hidup	❑
2. Anda sering memiliki semangat hidup	❑
3. Anda kadang memiliki semangat hidup	❑
4. Anda jarang memiliki semangat hidup	❑
5. Anda tidak pernah memiliki semangat hidup	❑

Lampiran 4. Hasil Data Penelitian

No	Nama	Umur	JK	Pendidikan	Pekerjaan	Lama Menderita	Penyakit Penyert	Riwayat	Kategori	Domain 1	Domain 2	Domain 3	Domain 4	Domain 5	Domain 6	Nilai Utility	Parameter	Keterangan
1	Pasien 1	43	P	3	1	1	1	2	2	1	4	3	6	5	5	0.446	<0,5	Buruk
2	Pasien 2	55	P	5	1	2	9	2	1	1	4	3	4	1	1	0.762	≥ 0,5	Baik
3	Pasien 3	42	P	3	1	1	9	2	1	2	4	5	6	1	2	0.522	≥ 0,5	Baik
4	Pasien 4	47	P	3	1	1	9	4	1	1	1	1	4	3	3	0.822	≥ 0,5	Baik
5	Pasien 5	57	P	2	1	2	9	2	1	4	2	2	4	3	3	0.607	≥ 0,5	Baik
6	Pasien 6	59	P	3	1	2	9	2	2	2	1	1	2	1	1	0.923	≥ 0,5	Baik
7	Pasien 7	49	P	4	1	1	5	2	2	1	4	3	6	5	2	0.467	<0,5	Buruk
8	Pasien 8	58	P	4	8	2	9	4	1	1	1	3	1	2	1	0.899	≥ 0,5	Baik
9	Pasien 9	59	P	4	1	2	9	2	1	2	1	1	1	1	1	0.965	≥ 0,5	Baik
10	Pasien 10	63	L	2	5	2	9	4	1	2	2	4	5	4	4	0.506	≥ 0,5	Baik
11	Pasien 11	53	L	5	4	2	9	2	2	1	1	4	5	2	3	0.652	≥ 0,5	Baik
12	Pasien 12	51	L	5	1	1	9	2	1	1	1	1	2	1	2	0.887	≥ 0,5	Baik
13	Pasien 13	35	L	4	5	1	1	2	1	3	3	1	4	1	2	0.715	≥ 0,5	Baik
14	Pasien 14	48	P	5	1	1	9	2	1	2	3	3	4	3	2	0.614	≥ 0,5	Baik
15	Pasien 15	35	L	3	8	1	9	4	1	1	4	1	2	3	2	0.731	≥ 0,5	Baik
16	Pasien 16	60	P	3	8	2	9	2	1	1	1	1	5	3	2	0.724	≥ 0,5	Baik
17	Pasien 17	62	P	3	1	2	5	2	1	2	1	4	6	3	1	0.619	≥ 0,5	Baik
18	Pasien 18	41	P	3	1	1	1	2	2	2	4	5	6	5	5	0.383	<0,5	Buruk
19	Pasien 19	30	P	3	1	1	9	4	1	1	1	1	2	3	1	0.916	≥ 0,5	Baik
20	Pasien 20	53	P	2	1	2	9	4	1	2	1	2	3	3	2	0.753	≥ 0,5	Baik
21	Pasien 21	60	P	5	1	2	9	1	1	2	1	3	2	1	2	0.793	≥ 0,5	Baik
22	Pasien 22	64	L	2	6	2	9	4	2	1	2	1	4	2	1	0.84	≥ 0,5	Baik
23	Pasien 23	64	P	2	1	2	1	4	2	2	2	3	6	4	4	0.45	<0,5	Buruk
24	Pasien 24	49	P	4	1	1	9	2	2	1	2	1	5	5	1	0.666	≥ 0,5	Baik
25	Pasien 25	54	L	5	8	2	6	2	2	2	4	1	4	1	1	0.786	≥ 0,5	Baik
26	Pasien 26	50	L	5	5	2	1	2	1	2	4	3	5	1	1	0.69	≥ 0,5	Baik
27	Pasien 27	64	P	3	1	2	9	4	2	1	4	2	1	1	1	0.829	≥ 0,5	Baik
28	Pasien 28	44	P	2	1	1	9	2	1	1	1	1	2	1	1	0.958	≥ 0,5	Baik
29	Pasien 29	61	P	5	8	2	9	2	1	1	4	1	6	2	2	0.602	≥ 0,5	Baik
30	Pasien 30	50	P	2	1	2	1	4	2	1	4	4	6	4	2	0.472	<0,5	Buruk

No	Responden	Umur	JK	Pendidikan	Pekerjaan	Lama Menderita	Penyakit Penyerta	Riwayat	Kategori	Domain 1	Domain 2	Domain 3	Domain 4	Domain 5	Domain 6	Nilai Utility	Parameter	Keterangan
31	Pasien 31	47	P	5	5	1	9	4	2	1	4	3	1	3	2	0.714	≥ 0,5	Baik
32	Pasien 32	63	L	6	4	2	5	2	2	2	4	1	2	3	2	0.696	≥ 0,5	Baik
33	Pasien 33	53	L	5	3	1	9	1	1	1	1	1	5	2	1	0.795	≥ 0,5	Baik
34	Pasien 34	46	P	4	1	1	9	2	2	1	4	4	1	2	1	0.772	≥ 0,5	Baik
35	Pasien 35	61	P	3	4	2	5	2	2	1	1	3	2	2	2	0.786	≥ 0,5	Baik
36	Pasien 36	38	P	2	8	1	10	4	1	1	1	1	6	1	1	0.768	≥ 0,5	Baik
37	Pasien 37	46	L	4	8	1	6	2	1	1	3	1	3	1	1	0.844	≥ 0,5	Baik
38	Pasien 38	48	L	4	1	1	5	2	1	2	2	1	4	3	4	0.673	≥ 0,5	Baik
39	Pasien 39	45	P	4	1	1	1	2	2	2	4	2	5	3	3	0.579	≥ 0,5	Baik
40	Pasien 40	39	L	3	6	1	9	4	1	1	4	3	5	3	3	0.612	≥ 0,5	Baik
41	Pasien 41	57	L	4	8	2	9	4	1	2	4	1	1	1	1	0.851	≥ 0,5	Baik
42	Pasien 42	64	L	2	6	2	7	4	2	2	4	1	1	1	1	0.851	≥ 0,5	Baik
43	Pasien 43	51	P	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	3	2	0.852	≥ 0,5	Baik
44	Pasien 44	63	P	2	1	2	9	2	2	1	1	3	3	4	2	0.667	≥ 0,5	Baik
45	Pasien 45	52	P	3	5	2	6	2	2	1	3	4	3	1	1	0.772	≥ 0,5	Baik
46	Pasien 46	44	P	3	1	1	9	4	2	2	2	2	4	2	2	0.677	≥ 0,5	Baik
47	Pasien 47	40	L	3	5	1	9	4	2	1	1	4	1	2	2	0.608	≥ 0,5	Baik
48	Pasien 48	45	P	3	1	1	9	4	2	2	1	3	4	1	1	0.841	≥ 0,5	Baik
49	Pasien 49	55	P	2	5	2	5	2	1	2	2	4	6	3	4	0.495	<0,5	Buruk
50	Pasien 50	48	P	3	1	1	9	4	2	2	2	1	4	1	1	0.847	≥ 0,5	Baik
51	Pasien 51	63	L	2	8	2	9	4	1	1	2	1	6	4	2	0.544	≥ 0,5	Baik
52	Pasien 52	64	L	2	4	2	9	4	1	2	1	2	2	1	1	0.866	≥ 0,5	Baik
53	Pasien 53	54	P	5	1	2	5	4	1	2	2	3	6	1	1	0.621	≥ 0,5	Baik
54	Pasien 54	45	P	4	8	1	1	4	1	1	1	1	3	3	1	0.916	≥ 0,5	Baik
55	Pasien 55	64	P	2	1	2	9	1	2	2	4	2	5	4	4	0.521	≥ 0,5	Baik
56	Pasien 56	64	L	2	1	2	6	2	1	2	4	2	6	1	2	0.552	≥ 0,5	Baik
57	Pasien 57	61	L	4	4	2	8	4	1	1	3	1	3	3	1	0.802	≥ 0,5	Baik
58	Pasien 58	51	P	4	1	2	9	2	1	1	1	3	1	3	1	0.899	≥ 0,5	Baik
59	Pasien 59	46	P	3	1	1	1	4	2	2	1	2	3	1	1	0.866	≥ 0,5	Baik
60	Pasien 60	38	P	3	1	1	7	2	2	2	2	4	5	2	2	0.575	≥ 0,5	Baik

No	Responden	Umur	JK	Pendidikan	Pekerjaan	Lama Menderita	Penyakit Penyerta	Riwayat	Kategori	Domain 1	Domain 2	Domain 3	Domain 4	Domain 5	Domain 6	Nilai Utility	Parameter	Keterangan
61	Pasien 61	54	P	3	5	2	6	4	2	1	3	5	6	4	5	0.436	<0,5	Buruk
62	Pasien 62	33	P	3	1	1	9	4	1	1	4	4	6	1	1	0.643	≥ 0,5	Baik
63	Pasien 63	61	P	5	1	2	9	2	1	1	1	2	4	1	1	0.878	≥ 0,5	Baik
64	Pasien 64	52	P	4	1	2	9	2	1	1	2	1	4	2	2	0.769	≥ 0,5	Baik
65	Pasien 65	57	L	3	5	2	9	4	1	3	3	3	5	1	1	0.69	≥ 0,5	Baik
66	Pasien 66	58	P	3	1	2	9	4	2	2	3	1	3	2	2	0.696	≥ 0,5	Baik
67	Pasien 67	54	P	3	1	1	5	4	1	2	2	2	5	1	1	0.692	≥ 0,5	Baik
68	Pasien 68	60	P	2	5	2	1	2	2	2	2	2	4	2	1	0.748	≥ 0,5	Baik
69	Pasien 69	47	P	3	1	1	9	2	2	1	1	1	1	2	2	0.887	≥ 0,5	Baik
70	Pasien 70	53	P	4	1	2	9	2	1	1	2	1	3	4	2	0.673	≥ 0,5	Baik
71	Pasien 71	51	P	5	1	2	1	4	1	1	3	3	6	4	2	0.485	<0,5	Buruk
72	Pasien 72	40	P	4	5	1	9	2	1	1	1	1	5	3	1	0.795	≥ 0,5	Baik
73	Pasien 73	61	P	5	5	2	9	4	1	1	1	1	2	1	2	0.887	≥ 0,5	Baik
74	Pasien 74	39	P	3	1	1	9	4	2	2	1	1	3	1	1	0.923	≥ 0,5	Baik
75	Pasien 75	53	P	1	1	2	9	4	2	2	1	2	1	4	4	0.676	≥ 0,5	Baik
76	Pasien 76	57	P	5	1	2	9	2	1	1	1	1	3	2	1	0.916	≥ 0,5	Baik
77	Pasien 77	48	P	3	1	1	1	4	1	2	4	3	6	3	1	0.579	≥ 0,5	Baik
78	Pasien 78	39	L	3	1	1	9	2	1	2	2	1	2	3	2	0.757	≥ 0,5	Baik
79	Pasien 79	46	L	5	4	1	5	2	2	1	3	2	4	1	1	0.764	≥ 0,5	Baik
80	Pasien 80	60	P	2	1	2	9	4	2	2	4	4	1	4	2	0.608	≥ 0,5	Baik
81	Pasien 81	62	P	4	1	2	7	2	1	3	2	1	3	2	2	0.757	≥ 0,5	Baik
82	Pasien 82	45	P	6	3	1	6	2	1	1	4	1	3	1	1	0.844	≥ 0,5	Baik
83	Pasien 83	44	P	6	3	1	9	1	1	2	2	3	5	3	2	0.577	≥ 0,5	Baik
84	Pasien 84	45	P	3	1	1	9	4	1	1	3	1	2	2	1	0.802	≥ 0,5	Baik
85	Pasien 85	44	P	3	1	1	9	4	1	2	3	3	5	3	3	0.577	≥ 0,5	Baik
RATA-RATA KUALITAS HIDUP																0.718369		Sehat Sempurna

Keterangan :

Kode	Pendidikan	Kode	Pekerjaan	Kode	Lama Menderita
1	Tidak bersekolah	1	Tidak bekerja	1	1-2 tahun
2	Tidak tamat SD/MI	2	Sekolah	2	≥2 tahun
3	Tamat SD/MI	3	PNS		
4	Tamat SLTP/MTS	4	Pegawai Swasta		
5	Tamat SLTA/MA	5	Wiraswasta		
6	PT	6	Petani		
		7	Nelayan		
		8	Buruh/PRT		

Kode	Penyakit Penyerta	Kode	Riwayat Hipertensi	Kode	Kategori
1	Diabetes Melitus	1	Kakek/Nenek	1	Tingkat 1
2	Gagal Ginjal	2	Ayah/Ibu	2	Tingkat 2
3	Jantung	3	Kakak/Adik		
4	Stroke	4	Tidak ada		
5	Maag				
6	Kolestrol				
7	Asam Urat				
8	Asma				
9	Tidak ada				
10	Epilepsi				

Lampiran 5. Output Analisis SPSS

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25-34 Masa dewasa awal	2	2.4	2.4	2.4
	35-44 Masa dewasa akhir	16	18.8	18.8	21.2
	45-54 Masa lansia awal	35	41.2	41.2	62.4
	55-64 Masa lansia akhir	32	37.6	37.6	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Crosstab

Count

		Kualitas_Hidup		
		Baik	Buruk	Total
Usia	25-34	2	0	2
	35-44	14	2	16
	45-54	31	4	35
	55-64	30	2	32
Total		77	8	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	.929[a]	3	.818
Likelihood Ratio	1.137	3	.768
Linear-by-Linear Association	.272	1	.602
N of Valid Cases	85		

a. 5 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .19.

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	23	27.1	27.1	27.1
	Perempuan	62	72.9	72.9	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Crosstab

Count

		Kualitas_Hidup		
		Baik	Buruk	Total
Jenis_Kelamin	Laki-laki	23	0	23
	Perempuan	54	8	62
Total		77	8	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.276[a]	1	.070		
Continuity Correction[b]	1.937	1	.164		
Likelihood Ratio	5.350	1	.021		
Fisher's Exact Test				.101	.070
Linear-by-Linear Association	3.238	1	.072		
N of Valid Cases	85				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.16.

b. Computed only for a 2x2 table

Tingkat_Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak bersekolah	2	2.4	2.4	2.4
	Tidak tamat SD/MI	17	20.0	20.0	22.4
	Tamat SD/MI	30	35.3	35.3	57.6
	Tamat SLTP/MTS	17	20.0	20.0	77.6
	Tamat SLTA/MA	16	18.8	18.8	96.5
	Tamat PT	3	3.5	3.5	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Crosstab

Count

		Kualitas_Hidup		
		Baik	Buruk	Total
Tingkat_Pendidikan	Tidak bersekolah	2	0	2
	Tidak tamat SD/MI	14	3	17
	Tamat SD/MI	27	3	30
	Tamat SLTP/MTS	16	1	17
	Tamat SLTA/MA	15	1	16
	Tamat PT	3	0	3
Total		77	8	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.320[a]	5	.803
Likelihood Ratio	2.597	5	.762
Linear-by-Linear Association	1.202	1	.273
N of Valid Cases	85		

a. 8 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .19.

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak bekerja	51	60.0	60.0	60.0
	PNS	3	3.5	3.5	63.5
	Pegawai swasta	6	7.1	7.1	70.6
	Wiraswasta	12	14.1	14.1	84.7
	Petani	3	3.5	3.5	88.2
	Buruh	10	11.8	11.8	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Crosstab

Count

		Kualitas_Hidup		
		Baik	Buruk	Total
Pekerjaan	Tidak bekerja	45	6	51
	PNS	3	0	3
	Pegawai Swasta	6	0	6
	Wiraswasta	10	2	12
	Petani	3	0	3
	Buruh/PRT	10	0	10
Total		77	8	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.358[a]	5	.645
Likelihood Ratio	5.275	5	.383
Linear-by-Linear Association	.999	1	.318
N of Valid Cases	85		

a. 8 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .28.

Lama_Menderita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 tahun	39	45.9	45.9	45.9
	>2 tahun	46	54.1	54.1	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Crosstab

Count

		Kualitas_Hidup		
		Baik	Buruk	Total
Lama_Menderita	1-2 tahun	36	3	39
	>2 tahun	41	5	46
Total		77	8	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.250[a]	1	.617		
Continuity Correction[b]	.016	1	.899		
Likelihood Ratio	.253	1	.615		
Fisher's Exact Test				.721	.453
Linear-by-Linear Association	.247	1	.619		
N of Valid Cases	85				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.67.

b. Computed only for a 2x2 table

Penyakit_Penyerta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Diabetes Melitus	13	15.3	15.3	15.3
	Maag	9	10.6	10.6	25.9
	Kolestrol	6	7.1	7.1	32.9
	Asam urat	3	3.5	3.5	36.5
	Asma	1	1.2	1.2	37.6
	Tidak ada	52	61.2	61.2	98.8
	Epilepsi	1	1.2	1.2	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Penyakit_Penyerta * Kualitas_Hidup Crosstabulation

Count

		Kualitas_Hidup		
		Baik	Buruk	Total
Penyakit_Penyerta	Diabetes Melitus	8	5	13
	Maag	7	2	9
	Kolestrol	5	1	6
	Asam Urat	3	0	3
	Asma	1	0	1
	Tidak ada	52	0	52
	Epilepsi	1	0	1
Total		77	8	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.892[a]	6	.002
Likelihood Ratio	20.769	6	.002
Linear-by-Linear Association	20.150	1	.000
N of Valid Cases	85		

a. 10 cells (71.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .09.

Riwayat_Hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kakek/Nenek	4	4.7	4.7	4.7
	Ayah/Ibu	43	50.6	50.6	55.3
	Tidak ada	38	44.7	44.7	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Crosstab

Count

		Kualitas_Hidup		
		Baik	Buruk	Total
Riwayat_Hipertensi	Ada	43	4	47
	Tidak ada	34	4	38
Total		77	8	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.100[a]	1	.752		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.100	1	.752		
Fisher's Exact Test				1.000	.518
Linear-by-Linear Association	.099	1	.753		
N of Valid Cases	85				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.58.

b. Computed only for a 2x2 table

Kategori_Hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tingkat 1	52	61.2	61.2	61.2
	Tingkat 2	33	38.8	38.8	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Crosstab

Count

		Kualitas_Hidup		
		Baik	Buruk	Total
Kategori_Hipertensi	Tingkat 1	48	2	50
	Tingkat 2	29	6	35
Total		77	8	85

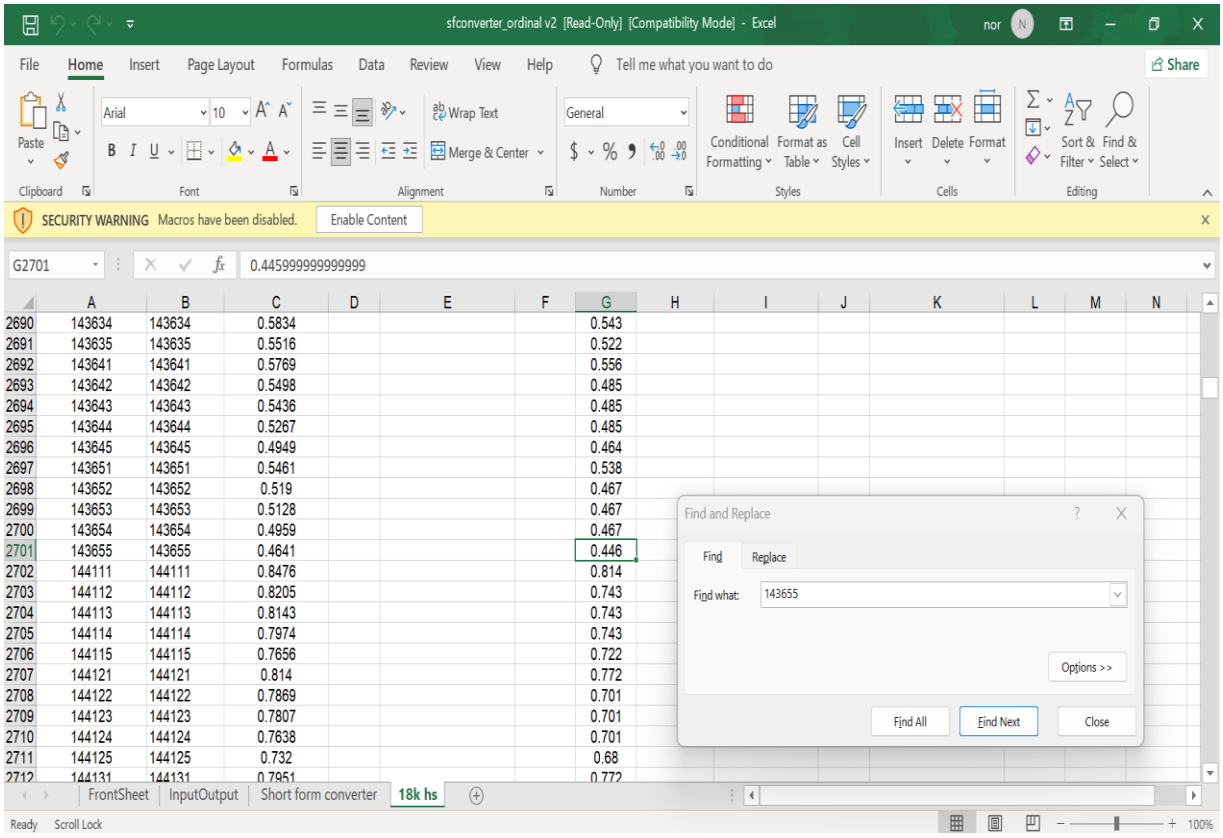
Chi-Square Tests

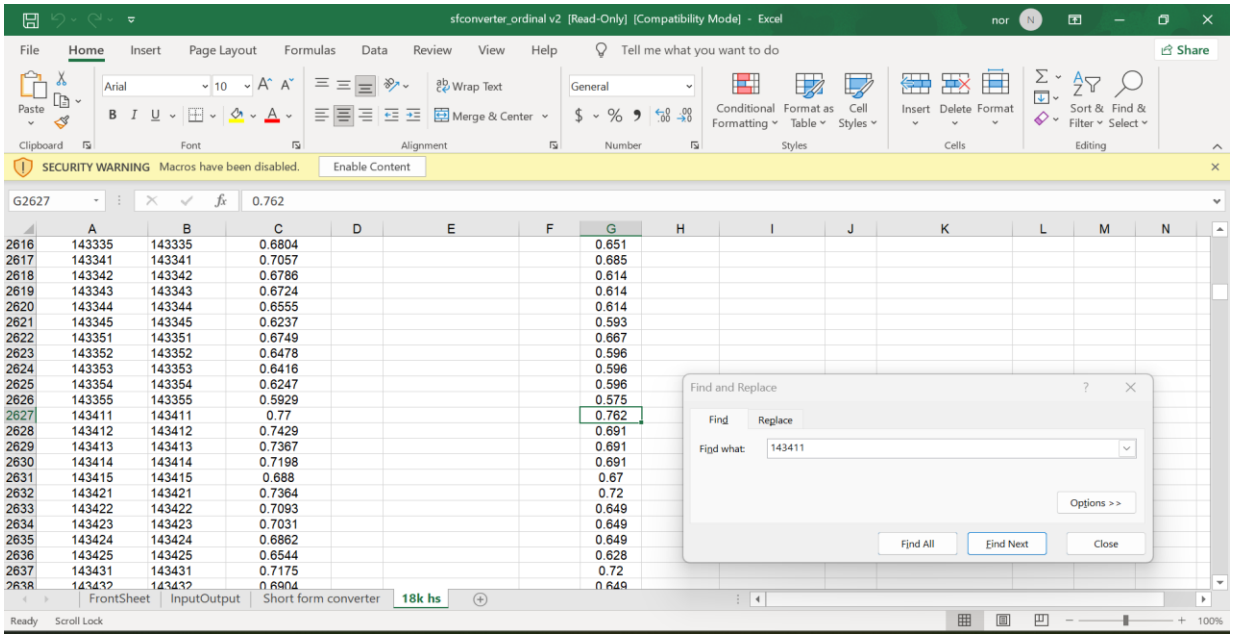
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.171[a]	1	.041		
Continuity Correction[b]	2.772	1	.096		
Likelihood Ratio	4.169	1	.041		
Fisher's Exact Test				.060	.049
Linear-by-Linear Association	4.122	1	.042		
N of Valid Cases	85				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.29.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 6. *Index Calculator* SF-6D





Lampiran 7. Surat ijin Dinas Kesehatan

PEMERINTAH KOTA BANJARMASIN
DINAS KESEHATAN
Jalan Pramuka Kompl. Tirta Dharma (PDAM) km.6 Banjarmasin Kode Pos 70249
Telepon (0511)4281348 Faks. (0511)4281348
E-mail : Dinkesbjm@gmail.com Website : Dinkes.Bjm.go.id

Nomor : 070/ 071.0535 -YanSDK/Dinkes
Sifat :
Lampiran : 1 (Satu)
Hal : Permohonan Penelitian dan Permintaan Data

Banjarmasin, 28 Juni 2024

Kepada Yth.

di – Banjarmasin

Sehubungan dengan Surat dari Instansi STIKES ISFI Banjarmasin perihal permohonan permintaan data penelitian atas nama : **Norhalisa** / NIK/NIP/NIM **210102071** bersama ini disampaikan bahwa permohonan atas nama yang bersangkutan telah diverifikasi di tingkat Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin (Formulir Verifikasi Terlampir).

Selanjutnya mohon kesediaan Bapak/Ibu Kepala Puskesmas Alalak Selatan Kota Banjarmasin, untuk menindaklanjuti permohonan dan pemberian data penelitian tersebut, sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan yang berlaku..

Demikian disampaikan, atas perhatian Bapak/Ibu diucapkan terima kasih.

A.n Kepala Dinas Kesehatan
Ketua TIM POKJA SDMK,
Bidang Yan.SDK

Anni Yolanda, SKM.,M.M
NIP. 19700828 199303 2 012

Lampiran 8. Formulir Verifikasi Permohonan Permintaan Data Penelitian Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin

Lampiran Surat Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin
Nomor : 070/ -Y.SDK/Diskes/
Perihal : Permohonan Permintaan Data Penelitian

FORMULIR VERIFIKASI PERMOHONAN PERMINTAAN DATA PENELITIAN DINAS KESEHATAN KOTA BANJARMASIN

A. Data Pemohon

1. Nama : Norhalisa
2. NIP/NIM/..... : 2101020171
3. Instansi/Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ISFI Banjarmasin
4. Judul Penelitian : Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Dengan Hubungan Sosiodemografi di Puskesmas Alalak Selatan Menggunakan Instrumen SF-6D

B. Dasar Surat Permohonan :

Rekomendasi/ Persetujuan Badan KESBANGPOL Pemerintah Kota Banjarmasin :

1. Nomor : 195 : 011 . VI / 2024
2. Tanggal : 26 Juni 2024

C. Data Yang Dibutuhkan :

1. Data Pasien hipertensi tahun 2023 - 2024 bulan Juni
2. Rekam medic pasien dengan dan tanpa komplikasi

D. Sumber Data :

1. Program Dinas Kesehatan : -
2. Puskesmas : Alalak Selatan kota Banjarmasin
3. Lain-lain : -

Telah diverifikasi, Tanggal : 28 JUN 2024
Mengetahui :

Banjarmasin, 27 Juni 2024
Pemohon,

Norhalisa

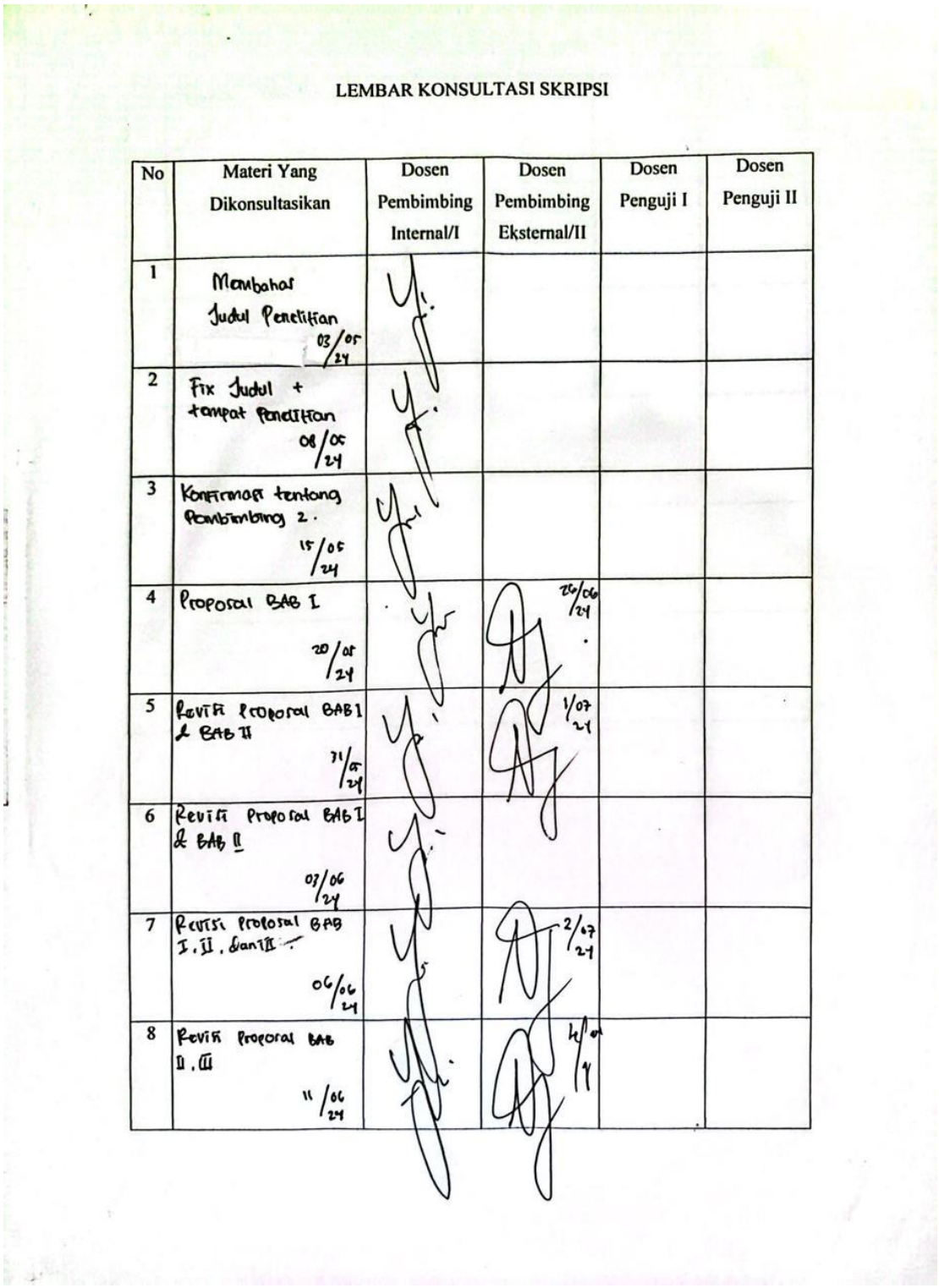
PEMERINTAH KOTA BANJARMASIN DINAS KESEHATAN

Kepala Puskesmas

28 JUN 2024

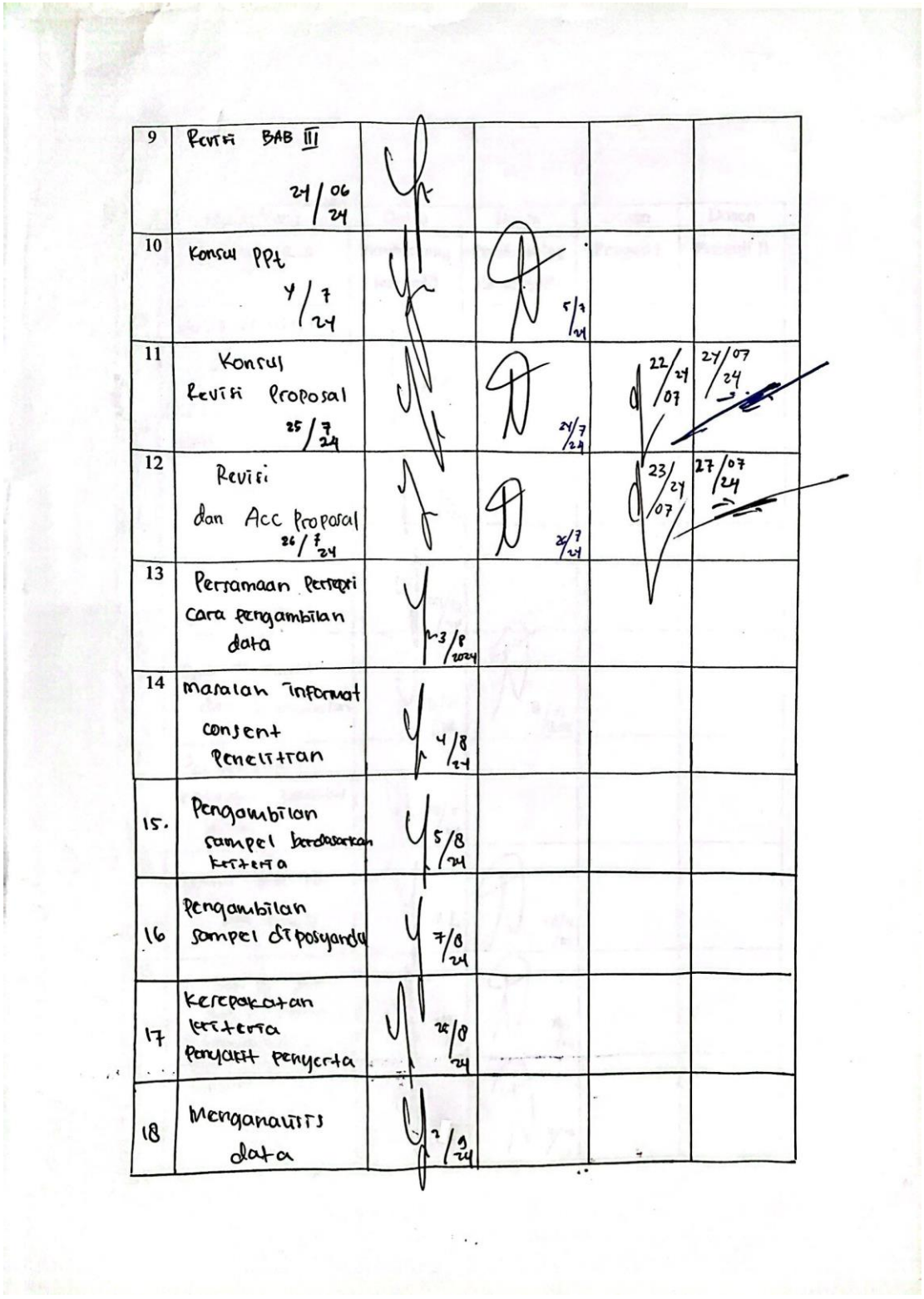
Febriyanti, SKM, M.Kes

Lampiran 9. Lembar Konsultasi



LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

No	Materi Yang Dikonsultasikan	Dosen Pembimbing Internal/I	Dosen Pembimbing Eksternal/II	Dosen Penguji I	Dosen Penguji II
1	Membahas Judul Penelitian 03/05/24				
2	Fix Judul + tempat Penelitian 08/05/24				
3	Konfirmasi tentang Pembimbing 2. 15/05/24				
4	Proposal BAB I 20/05/24		26/06/24		
5	Revisi Proposal BAB I & BAB II 31/5/24		1/07/24		
6	Revisi Proposal BAB I & BAB II 07/06/24				
7	Revisi Proposal BAB I, II, dan III 06/06/24		2/07/24		
8	Revisi Proposal BAB II, III 11/06/24		4/07/24		



9	Revisi BAB III 24/06/24				
10	Konsul PPt 4/7/24		5/7/24		
11	Konsul Revisi Proposal 25/7/24		24/7/24	22/24/07	24/07/24
12	Revisi dan Acc Proposal 26/7/24		26/7/24	23/24/07	27/07/24
13	Persamaan persepsi cara pengambilan data	23/8/2024			
14	masalah informat consent Penelitian	4/8/24			
15.	Pengambilan sampel berdasarkan kriteria	5/8/24			
16	Pengambilan sampel di posyandu	7/8/24			
17	kesepakatan kriteria penyakit penyerta	26/8/24			
18	Menganalisis data	2/9/24			

No	Materi Yang Dikonsultasikan	Dosen Pembimbing Internal/I	Dosen Pembimbing Eksternal/II	Dosen Penguji I	Dosen Penguji II
19	Hasil analisis data	13/9 24			
20	Hasil tabulasi data	14/9 24			
21	Konsul Bab IV hasil	20/10 24			
22	Bab IV hasil dan pembahasan	6/11 24	8/11 2024		
23	Perrumaan kategori kualitas hidup	15/11 24			
24	Konsul Bab IV dan Bab V	18/11 24	18/11 24		
25	Bab IV dan Bab V sampai lampiran	21/11 24	21/11 24		
26	Intisari / abstrak	24/11 24	2/12 24		

No	Materi Yang Dikonsultasikan	Dosen Pembimbing Internal/I	Dosen Pembimbing Eksternal/II	Dosen Penguji I	Dosen Penguji II
27	ACC Naskah	4/12/24	4/12/24		
28	Konsul PPt Sidang	5/12/24	5/12/24		
29	Revisi Skripsi, ACC Naskah			16/12/24	20/12/24
30	ACC Naskah Skripsi	24/12/24	30/12/24		6/1/25
31					
32					
33					
34					