

Evaluasi Kualitas Hidup Responden Hipertensi Usia 40–75 Tahun Menggunakan Instrumen SF-36 di Kecamatan Kalasan, Sleman, DIY

Fransisca Melani, Kresensia T. Hasrat, Bonifasia A. C. Widyasti, Rita Suhadi

Program Studi Farmasi, Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta, Indonesia

Abstrak

Hipertensi merupakan kondisi peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg. Status kesehatan yang buruk menunjukkan kualitas hidup yang buruk. Faktor-faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup adalah umur, pendidikan, penghasilan, BMI dan jenis kelamin. Tujuan dari penelitian ini adalah mengevaluasi perbedaan faktor risiko kesehatan dan faktor sosioekonomi dari kualitas hidup responden hipertensi di Kecamatan Kalasan, Sleman. Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Responden dalam penelitian ini adalah penduduk usia 40–75 tahun. Pengambilan sampel dilakukan di 4 dukuh di Kecamatan Kalasan, yaitu Padukuhan Jetis, Padukuhan Pundung, Padukuhan Grumbulgede, dan Padukuhan Dhuri. Analisis data dilakukan dengan uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov*, dilanjutkan dengan uji-t tidak berpasangan untuk masing-masing delapan domain kualitas hidup SF-36 dengan faktor risiko kesehatan dan sosioekonomi. Hasil penelitian menunjukkan pada faktor risiko kesehatan yaitu perbedaan kelompok usia memengaruhi kualitas hidup pada komponen kesehatan fisik ($p < 0,05$), aspek fungsi fisik ($p < 0,05$) dan peran fisik ($p < 0,05$). Variabel sosioekonomi dari aspek sosioekonomi memengaruhi kualitas hidup pada komponen kesehatan mental ($p < 0,05$) terkait aspek peran emosi ($p < 0,05$) dan komponen kesehatan fisik ($p < 0,05$) terkait aspek fungsi fisik ($p < 0,05$) serta aspek peran fisik ($p < 0,05$).

Kata kunci: Hipertensi, kualitas hidup, risiko kesehatan dan sosioekonomi

Quality of Life Evaluation of Respondents with Hypertension Aged 40–75 Years Using SF-36 Instruments in Kalasan District, Sleman, Yogyakarta Province

Abstract

Hypertension is a condition of an increase of systolic blood pressure over 140 mmHg and diastolic blood pressure over 90 mmHg. Poor health status indicates poor quality of life. There are many factors that may affect the quality of life, such as age, education, income, Body Mass Index (BMI) and sex. The purpose of this study was to evaluate the differences of health risk factors and socioeconomic factors on the quality of life of respondents with hypertension in Kalasan District, Sleman. This type of research is an observational study with cross-sectional approach. Respondents in this study were the people aged 40–75 years. Sampling was conducted in four hamlets in Kalasan District, named Padukuhan Jetis, Padukuhan Pundung, Padukuhan Grumbulgede, and Padukuhan Dhuri. The data analysis was performed with Kolmogorov-Smirnov normality test, followed by t-independent test for each of the eight domains of quality of life with the SF-36 health and socioeconomic risk factors. The results from health risk factors showed that the difference of age affected quality of life on physical health component ($p < 0.05$), physical function aspect ($p < 0.05$) and physical role ($p < 0.05$). Socioeconomic aspects of socioeconomic variables affected the quality of life on the mental health component ($p < 0.05$), related to the role of emotions aspect ($p < 0.05$) and physical health component ($p < 0.05$) related to physical function aspect ($p < 0.05$) also the physical role aspect ($p < 0.05$).

Keywords: Health and socioeconomic risk factors, hypertension, quality of life

Korespondensi: Fransisca Melani, Program Studi Farmasi, Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta, Indonesia, email: fmelani15@gmail.com

Naskah diterima: 22 September 2016, Diterima untuk diterbitkan: 9 Juni 2017, Diterbitkan: 1 September 2017

Pendahuluan

Hipertensi merupakan salah satu dari banyak masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Hipertensi merupakan suatu keadaan adanya peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg.¹ Prevalensi di Indonesia sebesar 31,7%. Faktor risiko hipertensi dapat dipengaruhi faktor usia, jenis kelamin, *body mass index* dan faktor sosioekonomi yaitu penghasilan.² Prevalensi hipertensi tertinggi diduduki oleh kelompok umur di atas 75 tahun sebanyak 63,8%, rentang umur 65–74 tahun sebesar 57,6%, rentang umur 55–64 tahun sebesar 45,9%, rentang umur 45–54 tahun 35,6%, dan rentang umur 35–44 tahun sebesar 24,8%.¹ Berdasarkan faktor jenis kelamin, perempuan lebih terlindung dari penyakit kardiovaskuler sebelum menopause, karena perempuan yang belum mengalami menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL). Orang dengan BMI ≥ 25 kg/m² menjadi faktor risiko kuat yang mengakibatkan hipertensi.³

Dilihat dari faktor penghasilan, hasil pada penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa sebanyak 75,8% penderita hipertensi adalah subjek dengan pendapatan rendah dan 15% subjek dengan pendapatan tinggi.⁴ Seseorang dengan penghasilan tinggi akan lebih mudah untuk melakukan terapi hipertensi secara rutin khususnya terapi farmakologi, serta memeriksa kesehatannya pada sarana tenaga kesehatan. Dari faktor pendidikan, hasil pada penelitian sebelumnya menunjukkan 61,7% adalah responden yang memiliki pendidikan rendah.⁴ Tingginya risiko terkena hipertensi pada pendidikan yang rendah kemungkinan disebabkan oleh kurangnya pengetahuan mengenai pola hidup yang sehat.⁵ Prevalensi hipertensi cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah, dan tampak meningkat sesuai dengan peningkatan umur

responden, dan cenderung lebih tinggi pada perempuan.¹ Proporsi prevalensi responden yang menderita hipertensi sebanyak 43,9%, responden yang sadar akan hipertensi 25,5%, responden yang melakukan terapi hipertensi 49,5% dan responden yang mengendalikan tekanan darah 8,9%.⁶

Pengukuran kualitas hidup dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen kualitas hidup generik yaitu 36-item *Short Form and Health Survey* (SF-36). SF-36 merupakan kuesioner survei yang mengukur 8 kriteria kesehatan, yaitu fungsi fisik, keterbatasan peran karena kesehatan fisik, tubuh sakit, persepsi kesehatan secara umum, vitalitas, fungsi sosial, peran keterbatasan karena masalah emosional, dan kesehatan psikis. Pengukuran ini menghasilkan nilai skala untuk masing-masing 8 kriteria kesehatan dan 2 ukuran ringkasan kesehatan fisik dan psikis.² Kuesioner SF-36 memiliki skor yang berkisar antara 0 hingga 100, dengan nilai 100 sebagai kualitas hidup terbaik. Delapan domain kualitas hidup SF-36 dibagi lagi ke dalam 2 kelompok, yaitu ringkasan kualitas hidup fisik atau disebut Komponen Fisik Ringkasan (PCS) yang terdiri dari fungsi fisik, peran fisik, nyeri, kesehatan umum dan kualitas hidup emosional atau disebut Ringkasan Komponen Mental (MCS) yaitu energi, fungsi sosial, peran emosi dan kesehatan mental.²

Penelitian ini bertujuan mengevaluasi perbedaan faktor risiko kesehatan (usia, jenis kelamin, BMI, kesadaran dan terapi hipertensi) serta faktor sosioekonomi (tingkat pendidikan dan tingkat penghasilan) terhadap nilai kualitas hidup responden hipertensi berusia 40–75 tahun di Kecamatan Kalasan, Kabupaten Sleman, DI Yogyakarta.

Metode

Jenis dan desain

Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan rancangan

potong lintang. Penelitian ini dilakukan di tiga padukuhan yaitu Padukuhan Jetis, Padukuhan Pundung, dan Padukuhan Grumbulgede, Kecamatan Kalasan, Sleman, Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian lanjutan dari penelitian sebelumnya yang berjudul “Prevalensi, Kesadaran, Terapi, dan Pengendalian Tekanan Darah Responden 40–75 Tahun di Kecamatan Kalasan, Kabupaten Sleman, Yogyakarta”, di Kecamatan Kalasan, Kabupaten Sleman, DIY dengan responden hipertensi pada usia 40–75 sebesar 357 responden pada Padukuhan Grumbul Gede, Surokerten, Sambirejo, Pundung, Jetis dan Dhuri,⁶ sehingga penelitian ini dilakukan di Kecamatan Kalasan, Kabupaten Sleman, Yogyakarta.

Seleksi subjek

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah responden yang berusia 40–75 tahun, dan bersedia mengikuti penelitian dengan mengisi *informed consent*. Kriteria eksklusi adalah responden yang mempunyai tekanan darah <140/90 mmHg.

Perhitungan besar sampel

Besar sampel ditentukan dengan program *power and sample size* (PS). Perhitungan

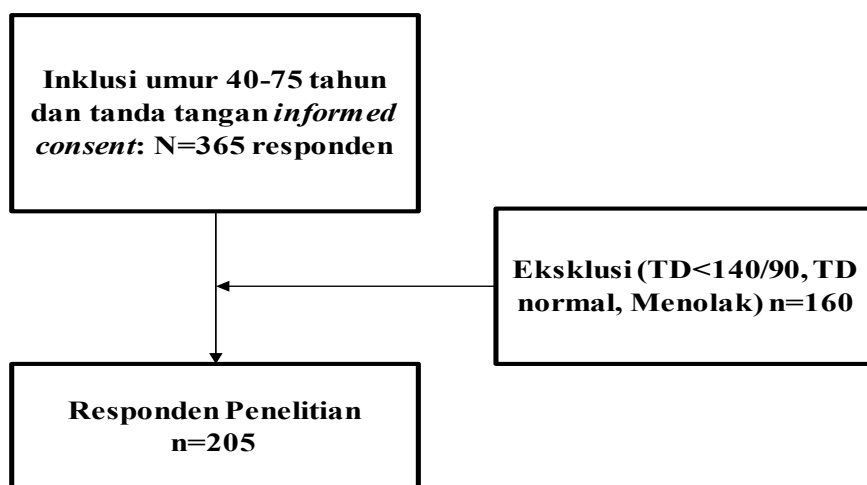
besar sampel untuk uji-t tidak berpasangan membutuhkan sampel sebanyak 64, dengan nilai $\alpha=0,05$; $power=0,8$; $\delta=10$; $\sigma=20$; dan $m=1$. Lokasi dipilih secara *purposive sampling* dari padukuhan yang diketahui memiliki jumlah responden yang memadai. Pengambilan sampel (*sampling*) pada setiap padukuhan dilakukan dengan cara kuota *sampling* atau *consecutive sampling*.

Persiapan penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan ijin penelitian dari Komisi Etik Kedokteran Universitas Gadjah Mada Ref: KE/FK/251/EC/2016 dan ijin penelitian dari Bappeda Kabupaten Sleman. Instrumen penelitian berupa panduan wawancara terstruktur, kuisisioner kualitas hidup SF-36, dan *informed consent* diajukan untuk persetujuan komisi etik. Timbangan dan pengukur tinggi badan ditara, dan sphygmomanometer digital diuji validitas dibandingkan dengan tensimeter raksa serta diuji reliabilitas menggunakan tiga subjek masing-masing diukur tiga kali.

Validitas dan reliabilitas kuisisioner kualitas hidup SF-36

Penelitian ini menggunakan kuisisioner kualitas hidup SF-36 versi bahasa Indonesia



Gambar 1 Skema Pemilihan Responden Penelitian di Kecamatan Kalasan

yang telah valid.⁷ Persyaratan kuisioner valid bila setiap item koefisien korelasi item $>0,40$. Uji reliabilitas menunjukkan nilai *Cronbach Alpha* untuk item delapan domain adalah $>0,60$. Nilai *Cronbach Alpha* $>0,60$ item tersebut dapat dikatakan reliabel.⁷

Pengumpulan data

Data dikumpulkan secara *door to door* pada bulan Januari hingga Maret 2016. Tekanan darah, tinggi badan, dan berat badan diukur sedangkan informasi lainnya diperoleh dari wawancara, kemudian dilanjutkan dengan pengisian kuisioner kualitas hidup SF-36. Data selanjutnya diinput ke dalam *worksheet* Excel® dan disiapkan untuk dianalisis.

Analisis data

Variabel dalam data kategori terdiri dari usia, jenis kelamin, BMI, tingkat pendidikan, dan tingkat penghasilan. Variabel data rasio terdiri dari tekanan darah sistolik dan diastolik. Usia

dibagi menjadi 40–59 tahun dan 60–75 tahun; jenis kelamin dibagi menjadi laki-laki dan perempuan; BMI dibagi menjadi dua bagian obesitas ≥ 25 kg/m² dan tidak obesitas <25 kg/m²; kesadaran (*awareness*) dibagi menjadi ya dan tidak; tingkat pendidikan dibagi menjadi \leq SMP dan $>$ SMP; tingkat penghasilan dibagi menjadi \leq UMR dan $>$ UMR; terapi hipertensi dibagi menjadi ya dan tidak terapi.

Analisis data hasil penelitian dilakukan dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat merupakan analisis secara deskriptif untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel (usia, jenis kelamin, BMI, kesadaran, tingkat pendidikan dan tingkat penghasilan, terapi). Uji normalitas dengan *Kolmogorov-Smirnov* untuk mengetahui data terdistribusi normal atau tidak. Hasil uji normalitas menunjukkan data tidak berdistribusi normal. Berdasarkan teorema limit pusat (*central limit theorem*), apabila jumlah sampel yang diperoleh relatif

Tabel 1 Karakteristik Responden Penelitian di Kecamatan Kalasan, Sleman, Yogyakarta

Variabel	n Responden	Presentase (%)	p
Umur			
40–59	140	68,3	<0,01*
60–75	65	31,7	
Jenis Kelamin			
Laki-laki	95	46,3	0,23
Perempuan	110	53,7	
Body Mass Index (BMI)			
>25 kg/m ²	111	54,1	0,29
≤ 25 kg/m ²	94	45,9	
Kesadaran			
Ya	141	68,8	<0,01
Tidak	64	31,2	
Tingkat Pendidikan			
\leq SMP	138	67,3	<0,01*
$>$ SMP	67	32,7	
Tingkat Penghasilan			
\leq UMR	134	65,4	<0,01*
$>$ UMR	71	34,6	
Terapi			
Ya	60	29,3	<0,01
Tidak	145	70,7	
Total	205	100	

*Nilai $p < 0,05$ dengan *one sample binomial test*

besar (>30) atau lebih akan mendapatkan distribusi yang mendekati normal.⁷ Pada penelitian ini, sampel yang diperoleh relatif besar, sehingga uji normalitas dapat dikatakan mendekati distribusi normal. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh faktor usia atau BMI terhadap kualitas hidup responden hipertensi. Uji statistik yang digunakan adalah uji-t tidak berpasangan untuk melihat kebermaknaan nilai SF-36 antar kelompok.

Hasil

Penelitian ini mengambil subjek uji sebesar 205 responden hipertensi. Subjek eksklusi sebanyak 160 orang terkait 46 orang tekanan darah rendah, 60 orang tekanan darah normal dan 54 orang yang menolak. Hasil uji validasi kuisisioner SF-36 menunjukkan bahwa nilai setiap item $\geq 0,4$ yang berarti kuisisioner valid. Hasil uji reliabilitas menunjukkan nilai *Cronbach Alpha* 0,759–0,874, suatu variabel dikatakan variabel jika nilai *Cronbach Alpha* >0,6 sehingga dapat disimpulkan instrumen penelitian ini reliabel untuk digunakan.⁷

Penelitian ini mengobservasi 8 variabel dan hanya 2 variabel yang memiliki jumlah yang berimbang, diantaranya kelompoknya yaitu jenis kelamin dan BMI. Meski tidak berimbang, namun masing-masing kelompok memiliki jumlah subjek yang memenuhi syarat besar sampel minimum yaitu 64 per

kelompok, kecuali untuk variabel yang menerima terapi (n=60). Hal ini disebabkan sulitnya mendapatkan subjek yang menerima terapi rutin. Responden yang berpartisipasi yang dikumpulkan *door to door* sudah jenuh pada tempat penelitian tersebut (Tabel 1).

Berdasarkan Tabel 2, dapat dilihat setiap domain kualitas hidup memiliki nilai $p < 0,05$ menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov* untuk menguji normalitas data penelitian, yang berarti bahwa delapan domain kualitas hidup tidak terdistribusi normal. Namun menurut teori *central limit theorem* apabila jumlah sampel yang diperoleh relatif besar (>30) maka data berdistribusi normal. Pada penelitian ini besar sampel sebanyak 205 responden sehingga dapat dikatakan bahwa data berdistribusi normal dan analisis dapat dilanjutkan dengan uji-t tidak berpasangan.

Hasil rata-rata skor responden di Kecamatan Kalasan, domain fungsi fisik merupakan rata-rata skor tertinggi pada domain fungsi fisik dibandingkan rata-rata skor domain lainnya. Hasil rata-rata skor domain peran fisik responden di Kecamatan Kalasan merupakan rata-rata skor terendah pada domain peran fisik dibandingkan dengan skor domain fungsi fisik, nyeri, kesehatan umum, energi, fungsi sosial, dan kesehatan mental.

Tabel 3 diperoleh dengan menggunakan uji statistik t tidak berpasangan. Nilai p menunjukkan hubungan kebermaknaan antara

Tabel 2 Distribusi Data Skor SF-36 Responden di Kecamatan Kalasan

Domain	Mean \pm SD	Nilai p
Fungsi Fisik	91,1 \pm 14,6	<0,01*
Peran Fisik	52,5 \pm 42,9	<0,01*
Nyeri	58,7 \pm 17,8	<0,01*
Kesehatan Umum	62,6 \pm 9,4	<0,01*
Energi	73,1 \pm 14,7	<0,01*
Fungsi Sosial	75,3 \pm 20,7	<0,01*
Peran Emosi	52,8 \pm 42,5	<0,01*
Kesehatan Mental	81,5 \pm 14,3	<0,01*

* $p < 0,05$ tidak terdistribusi normal

Tabel 3 Perbedaan Faktor Risiko Kesehatan dan Sosioekonomi terhadap Nilai Skor Kualitas Hidup SF-36

Variabel	Grup Domain SF-36 (Hipertensi)			
	Komponen Kesehatan Fisik <i>Mean ± SD</i>	<i>p</i> *	Komponen Kesehatan Mental <i>Mean ± SD</i>	<i>p</i> *
Usia				
60–75 tahun	241,2 ± 56,8	<0,01*	279,0 ± 70,3	0,56
40–59 tahun	276,3 ± 63,6		284,6 ± 61,5	
Jenis Kelamin				
Laki-laki	269,4 ± 62,4	0,37	284,2 ± 65,5	0,78
Perempuan	261,6 ± 59,5		281,7 ± 63,7	
BMI				
≥25 kg/m ²	266,1 ± 59,1	0,82	282,6 ± 62,3	0,96
<25 kg/m ²	264,1 ± 63,0		283,7 ± 67,0	
Kesadaran				
Ya	266,5 ± 60,6	0,65	287,0 ± 64,2	0,17
Tidak	262,3 ± 61,7		273,7 ± 64,2	
Tingkat Pendidikan				
≤ SMP	260,6 ± 60,9	0,12	280,4 ± 64,9	0,44
> SMP	274,5 ± 60,1		287,9 ± 63,2	
Tingkat Penghasilan				
≤ UMR	252,9 ± 60,5	<0,05*	276,4 ± 67,4	<0,05*
> UMR	288,4 ± 67,4		294,9 ± 56,4	
Terapi				
Ya	264,6 ± 57,2	0,92	279,3 ± 64,2	0,61
Tidak	265,4 ± 62,5		284,3 ± 64,6	

rata-rata komponen kesehatan fisik dan komponen kesehatan mental terhadap faktor resiko kesehatan (usia, jenis kelamin, BMI, kesadaran, dan terapi) dan sosioekonomi (tingkat pendidikan dan tingkat penghasilan). Hasil analisis statistik menunjukkan adanya perbedaan komponen kesehatan fisik antara usia 60–75 tahun dengan usia 40–59 ($p < 0,05$). Pada variabel tingkat penghasilan terdapat perbedaan komponen kesehatan fisik antara responden \leq UMR dengan responden $>$ UMR ($p < 0,05$), dan perbedaan komponen kesehatan mental antara responden \leq UMR dengan responden $>$ UMR ($p < 0,05$).

Nilai p menunjukkan kebermaknaan antara delapan domain kualitas hidup terhadap faktor resiko kesehatan (usia, jenis kelamin, BMI, terapi, dan kesadaran) dan

sosioekonomi (tingkat pendidikan dan tingkat penghasilan) (Tabel 4). Hasil analisis statistik menunjukkan adanya perbedaan antara usia 60–75 tahun dengan usia 40–59 tahun pada domain fungsi fisik ($p < 0,01$) dan domain peran fisik ($p < 0,05$), juga terdapat perbedaan antara responden penghasilan \leq UMR dengan responden $>$ UMR pada domain fungsi fisik ($p < 0,05$), domain peran fisik ($p < 0,01$), dan domain peran emosi ($p < 0,05$).

Pembahasan

Hasil penelitian pada faktor usia terhadap kualitas hidup SF-36 total rata-rata skor komponen kesehatan fisik responden usia 40–59 tahun lebih tinggi dibandingkan responden usia 60–75 tahun ($p < 0,05$). Dari

Tabel 4 Perbedaan Delapan Domain Kualitas Hidup terhadap Faktor Resiko Kesehatan dan Sosio-Ekonomi

Variabel (n)	Fungsi Fisik (p)	Peran Fisik (p)	Nyeri (p)	Kesehatan Umum (p)	Energi (p)	Fungsi Sosial (p)	Peran Emosi (p)	Kesehatan Mental (p)
Umur								
60–75 (65)	<0,01*	<0,05*	0,35	0,24	0,21	0,82	0,78	0,39
40–59 (140)								
Jenis Kelamin								
Laki-laki (95)	0,39	0,49	0,70	0,26	0,9	0,44	0,52	0,77
Perempuan (110)								
BMI								
≥25 kg/m ² (111)	0,25	0,89	0,65	0,93	0,82	0,11	0,62	0,42
<25 kg/m ² (94)								
Kesadaran								
Ya (141)	0,74	0,42	0,77	0,13	0,46	0,95	0,10	0,65
Tidak (64)								
Pendidikan								
≤SMP (138)	0,60	0,33	0,59	0,13	0,73	0,40	0,27	0,27
>SMP (67)								
Penghasilan								
≤UMR (134)	<0,05*	<0,01*	0,33	0,20	0,23	0,44	<0,05*	0,43
>UMR (71)								
Terapi								
Ya (60)	0,16	0,91	0,37	0,08	0,99	0,91	0,95	0,98
Tidak (145)								

hasil penelitian sebelumnya, responden hipertensi berusia <60 tahun memiliki rata-rata skor komponen kesehatan fisik lebih tinggi dibandingkan responden hipertensi usia >60 tahun, hal ini disebabkan selama proses penuaan, kesehatan semakin memburuk sebagai akibat dari perubahan fisiologis dan fungsional. Individu lebih rentan terhadap penyakit kronis yang dapat memengaruhi kualitas hidup dan perubahan pada aspek fisik dan peran fisik.² Pada penelitian ini, terdapat perbedaan antara skor total komponen kesehatan fisik yaitu perbedaan antara rata-rata domain fungsi fisik dan rata-rata domain peran fisik terhadap responden usia 40–59 tahun dan responden usia 60–75 tahun. Rata-rata domain fungsi fisik berusia 40–59 tahun lebih baik dibandingkan responden

berusia 60–75 tahun, hal ini disebabkan meningkatnya usia responden cenderung diiringi dengan keterbatasan dalam fungsi fisik dan penurunan kesehatan fisik. Rata-rata domain peran fisik berusia 60–75 lebih buruk dibandingkan responden berusia 40–59, hal ini disebabkan kesehatan fisik responden usia 60–75 memburuk sehingga responden cenderung tidak melakukan aktivitas.⁸

Teori menyatakan setelah memasuki lansia, seseorang akan lebih mudah terkena penyakit terutama hipertensi. Lansia akan mengalami penurunan fungsi fisik, fungsi kognitif dan psikomotorik yang menyebabkan lansia tidak ingin bersosialisasi dengan orang-orang di sekitarnya karena merasakan kondisi dan mental mulai menurun. Hal ini menyebabkan penurunan kualitas hidup psikososial lansia

menurun.^{9,10} Penelitian lainnya menunjukkan adanya perbedaan antara usia <60 tahun dan >60 tahun terhadap kualitas hidup pada komponen kesehatan mental, yaitu responden usia <60 tahun memiliki komponen kesehatan mental lebih buruk dibandingkan responden usia >60 tahun.² Penelitian ini menunjukkan total rata-rata skor komponen kesehatan mental responden usia 40–59 tahun dan responden usia 60–75 tahun memiliki nilai $p>0,05$, berarti tidak ada perbedaan antara rata-rata total skor komponen kesehatan mental terhadap responden usia 40–59 tahun dan responden usia 60–75 tahun. Penelitian ini berbeda dengan teori sebelumnya, tidak ada perbedaan yang signifikan dapat disebabkan responden usia 40–59 dan 60–75 ketika mengalami penurunan kesehatan fisik responden masih bersosialisasi dengan lingkungan sekitar, dan emosi responden masih dalam kontrol.^{9,10}

Hasil penelitian faktor *Body Mass Index* (BMI) terhadap kualitas hidup hipertensi menunjukkan tidak adanya perbedaan rerata BMI terhadap total komponen kesehatan fisik dan total komponen kesehatan mental ($p>0,05$). Jadi, dapat disimpulkan bahwa BMI tidak memengaruhi kualitas hidup responden hipertensi, faktor jenis kelamin tidak memengaruhi kualitas hidup ($p>0,05$), terapi hipertensi tidak memengaruhi kualitas hidup ($p>0,05$), kesadaran hipertensi tidak memengaruhi kualitas hidup disebabkan responden lebih menjaga kesehatan karena responden sadar akan hipertensi sehingga responden mengonsumsi obat hipertensi dan responden mengonsumsi herbal untuk menjaga tekanan darahnya.

Pada faktor sosioekonomi, hasil uji statistik pada penghasilan menunjukkan total skor komponen kesehatan fisik responden dengan penghasilan \leq UMR lebih rendah dibandingkan responden dengan penghasilan $>$ UMR ($p<0,05$). Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya, komponen kesehatan

fisik pada responden dengan penghasilan tinggi memiliki rata-rata skor lebih baik dibandingkan skor komponen kesehatan fisik responden dengan penghasilan rendah. Hal ini disebabkan dengan penghasilan yang tinggi akan lebih mudah untuk melakukan pengobatan ketika kesehatan fisik responden mulai menurun sehingga responden dapat menjalankan aktivitas dengan baik.² Pada total komponen kesehatan fisik, terdapat perbedaan pada domain fungsi fisik dan peran fisik dengan nilai $p<0,05$. Responden berpenghasilan rendah memiliki rata-rata skor SF-36 lebih rendah pada domain fungsi fisik dibandingkan responden berpenghasilan tinggi. Pada domain peran fisik, responden berpenghasilan rendah memiliki rata-rata skor SF-36 lebih rendah dibandingkan responden berpenghasilan tinggi.

Sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya, hasil yang diperoleh dalam penelitian ini menunjukkan nilai skor rata-rata komponen kesehatan mental responden berpenghasilan rendah memiliki rata-rata skor lebih buruk dibandingkan responden dengan penghasilan tinggi. Hal ini dapat disebabkan responden yang memiliki penghasilan rendah cenderung memiliki emosi yang tidak stabil karena tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari.² Pada penelitian ini, total skor komponen kesehatan mental responden berpenghasilan \leq UMR lebih rendah dibandingkan dengan responden berpenghasilan $>$ UMR ($p<0,05$). Perbedaan terdapat pada domain peran emosi yang merupakan bagian dari total komponen kesehatan mental, responden berpenghasilan \leq UMR memiliki rata-rata skor lebih rendah dibandingkan responden dengan penghasilan $>$ UMR. Hal ini dapat disebabkan keadaan emosi yang cenderung tidak stabil menjelang akhir bulan dibandingkan awal bulan. Kondisi keuangan yang tidak stabil, keadaan kesehatan memburuk dan emosi yang tidak stabil dapat menyebabkan responden tidak melakukan aktivitas.

Kelemahan penelitian ini yaitu perbedaan bahasa yang digunakan menjadi penghambat komunikasi antara peneliti dan responden, namun hal ini dapat diminimalisasi dengan bantuan pihak ketiga untuk menerjemahkan bahasa sehingga tidak terjadi kesalahpahaman bahasa. Kelemahan lainnya pada penelitian ini adalah peneliti tidak mengkategorikan *stage* hipertensi responden, sehingga hasil yang diperoleh dari penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang telah ada. Penelitian ini hanya menggolongkan tingkat pendidikan, penghasilan, dan BMI menjadi dua golongan, selain itu responden penelitian hanya diteliti melalui satu kali observasi.

Simpulan

Evaluasi nilai kualitas hidup responden hipertensi berusia 40–75 tahun di Kecamatan Kalasan, Sleman berdasarkan faktor usia: terdapat perbedaan antara usia 40–59 tahun dan usia 60–75 terhadap kualitas hidup. Usia 40–59 tahun lebih baik dibandingkan usia 60–75 tahun untuk komponen kesehatan fisik ($p < 0,05$), terkait domain fungsi fisik ($p < 0,05$) dan peran fisik ($p < 0,05$). Juga terdapat perbedaan pada faktor tingkat penghasilan untuk komponen kesehatan fisik terkait fungsi fisik, peran fisik dan komponen kesehatan mental: Kualitas hidup orang berpenghasilan tinggi lebih baik daripada penghasilan rendah ($p < 0,05$). Tidak ada perbedaan pada faktor jenis kelamin, BMI, kesadaran dan terapi yang berarti faktor-faktor tersebut tidak memengaruhi kualitas hidup. Pada penelitian ini ditemukan 2 variabel yang memengaruhi kualitas hidup yaitu usia dan penghasilan, disarankan agar dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengonfirmasi hasil penelitian.

Pendanaan

Penelitian ini tidak didanai oleh sumber hibah manapun.

Konflik Kepentingan

Penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan dengan penelitian, dan/atau publikasi artikel ini.

Daftar Pustaka

1. Riset kesehatan dasar. Badan Peneliitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
2. Carvalho VM, Siqueira BL, Sousa LL, Jardim VB. The influence of hypertension on quality of life. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(2):164–4.
3. Gudina KE, Michael Y, Assegid S. Prevalence of hypertension and its risk factors in southwest Ethiopia: a hospital-based cross-sectional survey. *Integr Blood Press Control.* 2013;6:111–7. doi: 0.2147/IBPC.S47298
4. Abed Y, Haddaf-Abbu S. Risk factors of hypertension at UNRWA primary health care centers in Gaza governorates. Hindawi Publishing Corporation; 2013.
5. Anggara DH, Prayitno N, Faktor yang berhubungan dengan tekanan darah di puskesmas Cikarang Barat tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan.* 2013;5(1).
6. Susilo N. Prevalensi, kesadaran, terapi, dan pengendalian tekanan darah responden 40–75 tahun di kecamatan Kalasan, Sleman, DIY (kajian faktor umur dan pengaturan diet) (skripsi). Yogyakarta: Universitas Sanata Dharma; 2015.
7. Gani I, Amalia S. Alat analisis data: aplikasi statistik untuk penelitian bidang ekonomi dan sosial. Yogyakarta: Penerbit Andi; 2015.
8. Dewi RP, Sudhana WI. Gambaran kualitas hidup pada lansia dengan normotensi dan hipertensi di wilayah kerja puskesmas Gianyar I periode November 2013. *Jurnal*

- Fakutas Kedokteran Udaya; 2013.
9. Kartinah, Sudaryanto A. Masalah psikososial pada lanjut usia. *Berita Ilmu Keperawatan*. 2008;1(1):93-6.
 10. Sugiharto A. Faktor-faktor risiko hipertensi grade II pada masyarakat (tesis). Semarang: Universitas Diponegoro; 2007.