

## RESEARCH ARTICLE

## Open Access

## Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community

Ninh Thi Ha<sup>1\*</sup>, Hoa Thi Duy<sup>1</sup>, Ninh Hoang Le<sup>1</sup>, Vishnu Khanal<sup>2</sup> and Rachael Moorin<sup>3</sup>

### Abstract

**Background:** To respond to growing prevalence of hypertension in Vietnam, it is critical to have an in-depth understanding about quality of life (QOL) among people living with hypertension and related factors. This study aimed to measure QOL among hypertensive people in a rural community in Vietnam, and its association with socio-demographic characteristics and factors related to treatment.

**Methods:** This study was conducted in a rural community located 60 km from Ho Chi Minh City. Face-to-face interviews were conducted among 275 hypertensive people aged 50 years and above using WHOQOL-BREF questionnaire. Descriptive statistics were used to examine mean scores of quality of life. Cronbach's alpha coefficient and Pearson's correlation coefficient were applied to estimate the internal consistency, and the level of agreement between different domains of WHOQOL-BREF, respectively. Independent T-test and ANOVA test followed by multiple linear regression analyses were used to measure the association between QOL domains and independent variables.

**Results:** Both overall WHOQOL-BREF and each domain had a good internal consistency, ranging from 0.65 to 0.88. The QOL among hypertensive patients was found moderate in all domains, except for psychological domain that was fairly low (mean = 49.4). Backward multiple linear regressions revealed that being men, married, attainment of higher education, having physical activities at moderate level, and adherence to treatment were positively associated with QOL. However, older age and presence of co-morbidity were negatively associated with QOL.

**Conclusion:** WHOQOL-BREF is a reliable instrument to measure QOL among hypertensive patients. The results revealed low QOL in psychological domain and inequality in QOL across socio-demographic characteristics. Given the results, encouraging physical activities and strengthening treatment adherence should be considered to improve QOL of hypertensive people, especially for psychological aspect. Actions to improve QOL among hypertensive patients targeted towards women, lower educated and unmarried patients are needed in the setting.

**Keywords:** Hypertension, Quality of life, Rural area, WHOQOL-BREF, Vietnam

### Background

Hypertension is the most important risk factor of cardiovascular and kidney disease; and a leading risk factor for mortality [1]. At least 7.1 million people in worldwide die each year as a consequence of hypertension [2]. In 2008, nearly a billion adults aged 25 years and older had hypertension, and three quarters of the number were living in developing countries [3]. However, despite such high prevalence awareness and blood pressure control are fairly poor in developing countries as a result of

inadequate access to information, healthcare facilities, inappropriate dietary habits, poverty and high cost of medications [4].

In Vietnam, hypertension has become an important public health problem and one of leading causes of death and morbidity in hospitals [2]. While it accounted for approximately 1% of population in 1960, by 1991 it increased to 11.2% [5]. A recent study estimated that hypertension currently affects 25% of the adult population in Vietnam [2]. However, the level of awareness and efforts to control of hypertension remains relatively low [2,6]. A recent national survey found that among hypertensive people only a half (48.4%) were aware of their

\* Correspondence: [ninhtha05@gmail.com](mailto:ninhtha05@gmail.com)  
<sup>1</sup>Institute of Public Health, Ho Chi Minh City, Vietnam  
 Full list of author information is available at the end of the article



high blood pressure and only a third (29.6%) were undertaking treatment [2]. In addition, only a third of the patients undertaking treatment had their blood pressure controlled [2].

Quality of life (QOL) is an important indicator to evaluate hypertensive treatment outcomes. A recent systematic review of 20 studies indicated that hypertensive patients had a lower QOL compared with normotensive people [7]. The QOL of hypertensive patients tends to be worse among those with co-morbidity [8-10]. In Vietnam, a number of studies have examined QOL among older people; and people living with HIV and AIDS [11-14]. To best of our knowledge, there is no study measuring QOL among hypertensive people in rural area, especially in the southern part of Vietnam. Understanding QOL of individuals living with hypertension will help policy makers and healthcare managers design and implement culture specific support and care. Thus, this study aimed to examine the QOL among people living with hypertension in a rural area in Vietnam in four dimensions (physical health, psychological, social relationship and environment) using the World Health Organization Quality of life - BREF instrument (WHOQOL-BREF) [15] and its association with socio-demographic characteristics and factors related to treatment.

## Methods

### Subjects and study design

This was a cross-sectional study conducted between February and March 2013 in a rural commune of Long An province named Phuoc Loi located about 60 km West of Ho Chi Minh City. The commune is a pilot setting for screening hypertension among people aged 50+ years.

The sample size required for the study was estimated using a formula of estimating the mean [16,17]. The mean of score of QOL of the studied population was estimated at 5% of type I error and a standard deviation, based on previously unpublished study [18], is 8.1 QOL scores. Using a precision of one QOL score of either side instead of five QOL scores of either side like the previously unpublished study [18] to increase sample size, the required sample size was 252 people. After further accounted for a non-response rate of 10%, the total sample size required was 275 people.

According to a requirement of the National Targeted Program for Management of Hypertension, hypertensive patients are managed and provided treatment at commune health stations. As a pilot setting in screening for hypertension the number of hypertensive patients at Phuoc Loi is updated annually. In January 2013, a total of 389 hypertensive patients were managed at Phuoc Loi commune health station. The list of patients

at the commune health station was used as a sampling frame to select participants. A random sampling methodology was employed to select 275 hypertensive people aged 50+ years for interviews.

Eligible participants completed the structured questionnaire by face-to-face interview conducted by trained interviewers at their homes. The interviewers were trained and involved in pre-testing the Vietnamese version of questionnaire.

### Instruments

The WHOQOL-BREF questionnaire developed by World Health Organisation, a short form of WHOQOL-100, is a cross-cultural instrument. The instrument can capture broadly and totally all aspects of QOL including physical health, psychological, social relationship and environment [15]. As WHOQOL-BREF does not impose a great burden on the respondent it is seen as the most useful instrument to assess QOL [15].

The WHOQOL-BREF was employed in the study to measure QOL among hypertensive patients. It contains two items from the Overall QOL and general Health and 24 items of Satisfaction with rating on a 5-point Likert scale [19]. The 24 items were divided into four domains: Physical health with 7 items (DOM1), Psychological health with 6 items (DOM2), Social relationships with 3 items (DOM3) and Environmental health with 8 items (DOM4). Each item of the WHOQOL-BREF is scored from 1 to 5 on a response scale. The English version of WHOQOL-BREF was translated into Vietnamese language and used in an unpublished study [18]. The questionnaire was pretested among 25 local people to adjust wording before data collection.

### Ethics

The ethical approval for the study protocol was obtained from the Scientific Board of the Institute of Hygiene and Public health at Ho Chi Minh City. The study was explained to all participants and written informed consent was obtained prior to conducting the interviews. Participants were informed that they had the right not to participate or withdraw from the study any time; and that any inability to participate would not disadvantage them in their treatment and care.

### Definition of variables

#### Outcome variables

Four domains of WHOQOL-BREF instrument were outcome variables. The raw score of each domain was transformed directly to be comparable with the scores derived from WHOQOL-100. The score of each domain was then re-transformed to a 0-100 score with a higher scores denoting higher QOL. The details of the steps are presented in the WHO guidelines [20].

#### Independent variables

Independent variables were selected based on the previously published studies [6,21] and a conceptual framework adapted from the model described by Wilson and Cleary, and Vidrine and et al. (Figure 1) [22,23]. Information was collected about age, sex, education (under secondary school and higher), working status (current working and not working), marital status (married and single/widowed/divorced/separated), and religion (no religion, Buddhist and others). The economic status of each household was categorised into normal households and poor households. Poor household were defined as those currently holding a national poor household document provided by the local government (income less than US\$20 per capita per month) [24]. Duration of illness was calculated using the date of diagnosis with hypertension to the date of completion of the survey categorised as follows: less than one year, one to less than 5 years, 5 years to less than 10 years and 10+ years. Patients were classified as adhering to treatment if they attended follow-up appointments and took medication appropriately. Self-report of a presence of co-morbidity included diabetes, kidney diseases, cardiac diseases, stroke and arthritis. Physical activities were measured using the International Physical Activity Questionnaire short form, classified into low, moderate and high level [25].

#### Statistical analyses

To our knowledge, no study to date has provided evidence of validity and reliability of WHOQOL-BRIEF in Vietnamese version in hypertensive patients. In order to the validity of the instrument for assessment QOL among the hypertensive patients, Cronbach's alpha was used to estimate the reliability of the WHOQOL-BREF. Based on other studies, Cronbach's alpha values of 0.70 and over were deemed acceptable [21,26]. Pearson's correlation coefficient was used to determine the level of agreement between the four domains of the WHOQOL-

BREF. Correlations  $>0.4$  were considered acceptable [21,27]. The same tests for validating WHOQOL-BREF have been used previously [21].

In the study, descriptive analyses performed including frequencies, percentages, ranges, means, and standard deviations (SD). Independent t-test and ANOVA tests were used to examine the association between participants' characteristics and average WHOQOL-BREF domain scores.

All the associated factors were further examined by multivariate linear regression using a stepwise backward elimination procedure with cut off point 0.05. Transformed scores were used for statistical analyses in the four domains. In this study, the level of significance was set at  $p < 0.05$  for all analyses.

## Results

#### Characteristics of the study populations

The participant characteristics are presented in Table 1. The mean age of the 275 participants was 65.8 years (SD 9.9 years), 40.7% were men, 40.0% had secondary school education or above, 36.7% were current working, 45.8% were Buddhist and 4.7% were from poor households. Most participants (73.5%) had been diagnosed with hypertension for more than one year, and more than a half (53.5%) reported compliance with treatment. Cardiac disease (15.3%), arthritis (14.2%) and diabetes (10.5%) were the most common co-morbidities among the participants.

#### Measurement properties of the WHOQOL-BREF

The results demonstrate good internal consistency of the WHOQOL-BREF among the hypertensive patients. The Cronbach's alpha coefficient of WHOQOL-BREF for all 26 items was adequate (0.886). Across domains, the Cronbach's alpha ranged from good to excellent, ranging at 0.796 for physical health domain, 0.683 for psychological health domain, 0.829 for social relationship domain and 0.654 for environmental health domain.

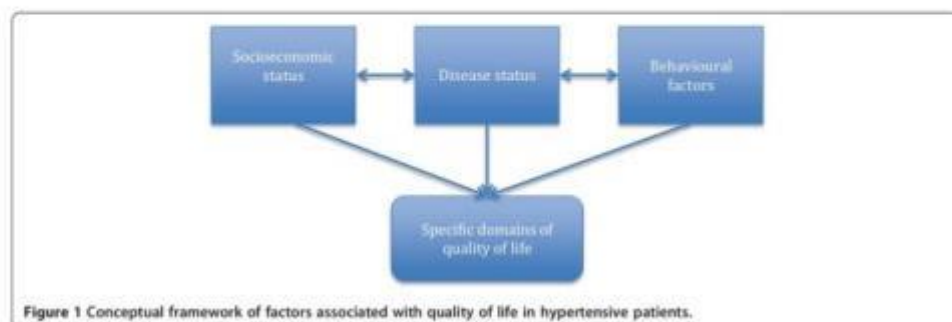


Figure 1 Conceptual framework of factors associated with quality of life in hypertensive patients.

**Table 1 Descriptive characteristics of studied population in a rural Vietnam**

Characteristics	N	(%)
Mean age (SD) 65.8 (9.9)		
Sex		
Men	112	40.7
Women	163	59.3
Education		
Under secondary school	165	60.0
Higher	110	40.0
Working status		
Currently working	101	36.7
Not working	174	63.3
Marital status		
Married	193	70.2
Single/widowed/divorced/separated	82	29.8
Religion		
None religion	116	42.2
Buddhist	126	45.8
Others	33	12.0
Economic status		
Normal households	262	95.3
Poor households	13	4.7
Physical activities		
Low level	116	42.2
Moderate level	145	52.7
High level	14	5.1
Duration of illness		
<1 year	73	26.5
1 to less than 5 years	147	53.5
5 to less than 10 years	29	10.5
10+ years	26	9.5
Adherence to treatment		
No	128	46.5
Yes	147	53.5
Presence of co-morbidity		
Diabetes	29	10.5
Kidney diseases	6	2.2
Cardiac diseases	42	15.3
Stroke	4	1.5
Arthritis	39	14.2

The validity of domain structure was assessed using Pearson's Correlation Coefficients (Table 2). Statistically significant correlations were found among two overall items; and all domains, with most correlations greater than 0.4.

**Quality of life profile and its associated factors among hypertensive patients**

Table 3 presents WHOQOL-BREF average score of different domains. The highest average score of satisfaction were found in the Social relationship domain (64.1, (SD 14.1)), while the lowest average score were found in the Psychological domain (49.4, (SD 12.7)).

The mean score of each domain across socioeconomic characteristics is presented in Table 4. The mean of all four domains was significantly higher in those with the following characteristics: men, higher education, married, moderate level of physical activities, and adherence to treatment. There were significant differences across strata of working status, duration of illness, and present of co-morbidity in mean score of the four domains.

The results of multivariate linear regression are presented in Table 5. After adjusting for the other covariates in the model marital status and physical activities level were the only factors statistically significantly associated with all four domains of QOL. Adherence to treatment was associated with physical health, psychological health and environmental health domain. Age of participants was only associated with physical health and psychological health domain. Sex was only associated with psychological health. Similarly, education level was only associated with environmental health and presence of co-morbidity only associated with physical health. Overall, the multivariate analysis showed being male, married, attainment of higher education, having physical activity at a moderate level, and adherence to treatment were positively associated with QOL. However, older age and presence of co-morbidity were negatively associated with QOL.

**Discussion**

To our knowledge, this is one of first studies in Vietnam using WHOQOL-BREF measuring QOL among hypertensive patients living in the rural area. The highest mean satisfaction rating found in the social relationship domain reflected good feelings in personal relationships; fairly good sharing/support from family and friends; and good fulfillment from sexual activity. Conversely the lowest score found in psychological health indicated less positive but more negative feelings about life; not being good about ability of thinking, learning, memory and concentration; and poor self-esteem. The study among hypertensive people in Brazil found comparable results with the highest mean satisfaction for social relationship [28]. However, the study in Brazil found a higher range in score of QOL from 59.7 to 72.3.

In ours study analysis of how the domain scores varied according to socio-demographic characteristics yielded some interesting results. A decrease in QOL was observed with age, but only in relation to physical and

**Table 2 Correlation coefficients in two overall questions and four domains of WHOQOL-BREF**

	Q1	Q2	DOM1	DOM2	DOM3	DOM4
<b>Q1</b>	1					
<b>Q2</b>		1				
Correlation coefficient	0.6116	1				
p-value	<0.001					
<b>Physical health (DOM1)</b>			1			
Correlation coefficient	0.4583	0.472	1			
p-value	<0.001	<0.001				
<b>Psychological health (DOM2)</b>				1		
Correlation coefficient	0.4712	0.5048	0.6535	1		
p-value	<0.001	<0.001	<0.001			
<b>Social relationships (DOM3)</b>					1	
Correlation coefficient	0.2812	0.3014	0.3385	0.4615	1	
p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001		
<b>Environment (DOM4)</b>						1
Correlation coefficient	0.4647	0.3706	0.5648	0.677	0.4582	1
p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	

psychological health rather than social relationship and environment health. Our result is similar to result of another study in a rural North of Vietnam [14]. However, that study measured changes in QOL by age in older people irrespective of specific disease group. A similar result was also found in another study conducted among hypertensive patients in Poland [29].

In line with others studies conducted in Vietnam [12,14,30] and elsewhere [21,29], we found a variation in QOL by gender. However, although other studies in Vietnam have showed evidence of gender disparity in QOL, they have not captured the difference across domains of QOL. In our study, gender gap was only statistically significant in the psychological domain although a higher mean score of satisfaction was observed in men for all domains of QOL.

Education has been widely identified as a determinant of QOL; people with higher levels of educational often report better QOL [21,31]. In our study, those attaining high school or higher education had significantly higher mean scores in the environment domain. This suggests the effect of education on a sense of safety and security of hypertensive patients.

**Table 3 Quality of life domain scores (N = 275)**

QOL domains	Min	Max	Mean (SD)
Physical (DOM1)	19	88	54.7 (14.9)
Psychological (DOM2)	13	81	49.4 (12.7)
Social relationships (DOM3)	19	100	64.1 (14.1)
Environment (DOM4)	25	88	59.5 (10.4)

Our study found a significantly higher QOL across all four domains among married participants compared with those who were widowed/separated/single. This supports the previous finding of a qualitative study conducted in the northern part of Vietnam [13], which suggested that married life creates a sense of completeness and contentedness. This result is also in line with that of previous studies in Vietnam [30], Malawi [27], and Indonesia [31].

It is interesting to note the positive relationship between physical activity (especially moderate level) and QOL in all four domains (physical, psychological, social and environmental after controlling other significant variables). It may be possible that the relationship is mediated by the impact of physical activity on controlling blood pressure, which leads to better QOL.

The association between adherence to treatment and QOL among hypertensive patients has been examined in literature [32-35]. These studies provide inconsistent results ranging from weak to strong correlation between QOL and adherence to treatment. Possible reasons for the disparate results are a difference in (i) the instrument used to measure QOL (WHOQOL-BREF vs. EQ-5D or SF36 or SF-12) and (ii) the definition of treatment compliance. In our study, the results revealed a strong correlation of adherence to treatment with QOL in physical, psychological health and environment.

A negative association between the presence of comorbidity and QOL in physical health was suggested by our result. This result is consistent with that of other studies conducted in hypertensive patients in Poland

**Table 4 Bivariate associations between independent variables and quality of life**

Characteristics	QOL scores			
	Physical health (Mean (SD))	Psychological health (Mean (SD))	Social relationships (Mean (SD))	Environment (Mean (SD))
Age				
Coefficient	- 0.49	- 0.34	- 0.09	- 0.19
p	< 0.001	< 0.001	0.29	0.002
Sex				
Men	57.6 (13.7)	52.7 (11.9)	66.3 (12.2)	62.1 (9.8)
Women	52.7 (15.5)	47.2 (12.9)	62.6 (15.1)	57.7 (10.3)
p	0.006	< 0.001	0.026	< 0.001
Education				
Under secondary school	52.8 (15.3)	47.8 (12.4)	62.6 (14.3)	57.9 (9.9)
Higher	57.6 (13.9)	51.8 (12.9)	66.3 (13.4)	61.9 (10.7)
p	0.01	0.012	0.035	0.002
Working status				
Currently working	59.8 (13.5)	51.7 (11.9)	65.9 (13.2)	61.7 (9.8)
Not working	51.8 (14.9)	48.1 (13.0)	63.0 (14.5)	58.3 (10.5)
p	< 0.001	0.026	0.094	0.008
Marital status				
Married	57.4 (13.8)	51.8 (11.6)	66.4 (12.6)	61.4 (9.5)
Single/widowed/divorced/separated	48.4 (15.6)	43.8 (13.6)	58.8 (15.9)	55.1 (11.1)
p	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001
Religion				
Buddhist	55.1 (15.4)	49.3 (12.5)	63.1 (14.9)	58.8 (11.1)
None religion	54.1 (13.9)	49.7 (12.9)	65.5 (12.7)	60.5 (9.8)
Others	55.6 (16.9)	49.1 (13.2)	63.1 (14.8)	58.7 (9.7)
p	0.845	0.961	0.357	0.417
Economic status				
Normal households	54.9 (14.5)	49.7 (12.4)	64.3 (13.9)	59.8 (10.1)
Poor households	51.1 (22.5)	43.8 (17.9)	60.1 (16.0)	54.1 (13.9)
p	0.554	0.262	0.299	0.053
Physical activities				
Low level	47.9 (13.3)	43.9 (10.8)	60.6 (15.6)	56.0 (9.9)
Moderate level	60.1 (13.9)	53.8 (12.4)	67.3 (11.82)	62.4 (9.7)
High level	55.5 (15.8)	50.1 (13.7)	60.4 (15.6)	58.6 (12.2)
p	< 0.001	< 0.001	0.004	< 0.001
Duration of illness				
<1 year	59.5 (14.3)	52.3 (11.8)	63.4 (15.8)	59.9 (9.8)
1 to less than 5 years	54.7 (14.8)	48.9 (13.0)	65.3 (12.6)	59.7 (10.4)
5 to less than 10 years	51.6 (10.8)	50.3 (9.4)	65.3 (9.6)	62.0 (8.6)
10+ years	45.0 (16.8)	42.8 (14.4)	58.2 (19.0)	54.9 (12.9)
p	< 0.001	0.01	0.548*	0.079
Adherence to treatment				
No	48.0 (13.4)	44.2 (11.1)	61.2 (14.7)	56.1 (10.4)
Yes	60.6 (13.7)	53.9 (12.4)	66.6 (13.0)	62.5 (9.4)
p	<0.001	<0.001	0.002	<0.001



**Table 4 Bivariate associations between independent variables and quality of life (Continued)**

Presence of co-morbidity				
No	58.5 (13.7)	50.5 (12.5)	64.5 (13.5)	60.4 (10.2)
Yes	48.7 (14.8)	47.6 (12.9)	63.4 (14.9)	58.0 (10.4)
p	<0.001	0.069	0.507	0.056

[29] and China [36], although these studies used different instruments (SF-12 and SF-36) to measure QOL. Similarly, a review of QOL using SF-36 among hypertensive patients indicated that individuals with co-existent chronic conditions tend to have lower QOL, especially for physical health [10].

The results of our study have confirmed that WHOQOL-BREF is a reliable instrument to measure QOL among hypertensive patients. This is important finding for those wishing to use WHOQOL-BREF in future studies in Vietnam. The lower QOL among hypertensive patients with co-morbidities supports the importance of early diagnosis and effective treatment of chronic conditions to preserve QOL in these patients. Hypertensive patients with medium level of physical activity showed better QOL compared with their counterparts. Facilitating physical activity in the community, especially for hypertensive patients should be encouraged to improve QOL. Further study should investigate interventions for improving and preserving QOL of hypertensive patients especially for vulnerable groups including older age,

women, unmarried patients and person with lower education.

Our study has some strengths and limitations needed to consider when interpreting the results. The strength of the study is that it employed WHOQOL-BREF to measure quality of life. The instrument has been proved having acceptable reliability and validity in a cross-sectional study across 23 countries [19]. This is one of few studies in QOL from Vietnam, and the first reporting from Southern Vietnam. Using random sampling, our sample was reflective of the demographics of the hypertensive population in the rural area. Further the demographics in the population are highly reflective of other communities in the developing countries and are thus of use outside the immediate population. This proposition is strengthened by the finding that our results are similar to other studies in developing countries [37,38]. However, this is a cross-sectional study therefore it is limited, to assessing the association, rather than causality between QOL and other factors. The sample size was calculated to be appropriate for estimating the mean of QOL, and thus, may be underpowered with

**Table 5 Backward multiple linear regression analyses of significant factors associated with QOL among people living with hypertension**

	Physical health		Psychological health		Social relationships		Environment	
	Coef <sup>a</sup>	95% CI	Coef	95% CI	Coef	95% CI	Coef	95% CI
<b>Age</b>	-0.32***	-0.47, -0.17	-0.21**	-0.35, -0.07				
<b>Sex</b>								
Men vs. women			3.46*	0.52, 6.39				
<b>Education</b>								
Higher vs. Under secondary school							1.56*	0.34, 2.78
<b>Marital status</b>								
Married vs. single/widowed	4.51**	1.22, 7.81	3.45*	0.18, 6.72	6.83***	3.31, 10.36	4.63***	2.10, 7.15
<b>Physical activities (vs. none/low level)</b>								
Moderate level	5.32**	1.86, 8.79	5.21**	2.05, 8.38	5.62**	2.29, 8.94	3.36*	0.67, 6.04
High level	-0.60	-7.51, 8.79	0.63	-5.73, 6.98	-1.95	-9.46, 5.54	0.39	-4.92, 5.71
<b>Adherence to treatment</b>								
Yes vs. No	8.12***	4.80, 11.44	6.14***	3.11, 9.17			4.17**	1.58, 6.77
<b>Presence of co-morbidity</b>								
Yes vs. No	-7.63***	-10.61, -4.65						

<sup>a</sup>p < 0.05; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001; <sup>b</sup>coefficient.

respect to detection of the association of some factors with QOL due to small subgroup sample sizes. This may have resulted in an inability to detect associations that were really present (Type II error), making our results conservative. Nevertheless, the study has observed statistical significance in many variables; this indicated the study had enough power in those. The participants were restricted at age 50+ years and in a rural area. Thus, caution should be taken when generalising the results outside this age demographic. The study was not designed to fully validate the Vietnamese version of WHOQOL-BREF and thus analysis of this was not exhaustive.

### Conclusion

This study has shown moderate QOL among hypertensive patients living in a rural area in southern part of Vietnam crossing all domains, except for psychological health, which was fairly low. Physical activities and marital status were important independent factors affecting all domains in QOL. Older age was associated with lower QOL in both physical and psychological health. Women with hypertension had lower satisfaction rating in psychological health than men. Presence of co-morbidity in hypertension patients is an important health issue influencing their satisfaction in physical health. Interventions targeted towards improving QOL of disadvantage patients are needed in the setting.

### Competing interests

The authors declare that they have no competing interest.

### Authors' contributions

NTH, HTD, NHL were involved in designing study, data collection, statistical analyses. NTH and HTD interpreted analysis and wrote the manuscript. NHL supervised the project. WK and RM contributed in literature review, interpretation of findings and revising manuscripts. All authors contributed in revision and approved the final version of submitted manuscript.

### Acknowledgements

The authors would like to thank the participants for their time and information for this study. We are also grateful to health care staffs working at Phuoc Loi commune health station for the generous support during the study.

### Author details

<sup>1</sup>Institute of Public Health, Ho Chi Minh City, Vietnam. <sup>2</sup>School of Public Health, Curtin University, Perth, Western Australia, Australia. <sup>3</sup>Faculty of Health Science, Curtin University, Perth, Western Australia, Australia.

Received: 15 April 2014 Accepted: 31 July 2014

Published: 11 August 2014

### References

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J: **Global burden of hypertension: analysis of worldwide data.** *Lancet* 2005, **365**(9452):217-223.
2. Son PT, Quang NN, Viet N, Khai PG, Wall S, Weirhall L, Borita R, Byars P: **Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey.** *J Hum Hypertens* 2012, **26**(4):268-280.
3. World Health Organization: **Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010.** Geneva: World Health Organization; 2011:22.
4. Ibrahim MM, Damasceno A: **Hypertension in developing countries.** *Lancet* 2012, **380**(9841):611-619.
5. Son PT: **Hypertension in Vietnam from Community-Based Studies to a National Targeted Programme.** In *UIMÉA Epidemiology and Global Health, Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University, Umeå, Sweden; Vietnam National Heart Institute, Vietnam-BachMai Hospital, Hanoi Medical University*; 2012:5-10.
6. Ha DA, Goldberg RL, Allison JJ, Chu TH, Nguyen HL: **Prevalence, awareness, treatment, and control of high blood pressure: a population-based survey in Thai Nguyen, Vietnam.** *PLoS One* 2013, **8**(6):e66792.
7. Trevisol DJ, Moreira LB, Kethhoff A, Fuchs SC, Fuchs FO: **Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies.** *J Hypertens* 2011, **29**(2):179-188.
8. Sadina SG, Zaiton A, Nor Afiah MZ, Hayati KS: **Predictors of health related quality of life in older people with non-communicable diseases attending three primary care clinics in Malaysia.** *J Nutr Health Aging* 2012, **16**(3):498-503.
9. Raune BT, Aljehani Y: **The association of psychological stress and health related quality of life among patients with stroke and hypertension in Gaza Strip.** *Ann Gen Psychiatry* 2006, **5**:6.
10. Soni RK, Porter AC, Lath JP, Umsh ML: **Health-related quality of life in hypertension, chronic kidney disease, and coexistent chronic health conditions.** *Adv Chronic Kidney Dis* 2010, **17**(4):e17-e26.
11. Tran BX: **Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV/AIDS patients in Vietnam.** *PLoS One* 2012, **7**(7):e41062.
12. Tran BX, Chinmaa A, Nguyen LT, Oosterhoff P, Vu PK, Vu TV, Lanson M: **Gender differences in quality of life outcomes of HIV/AIDS treatment in the latent feminization of HIV epidemics in Vietnam.** *AIDS Care* 2012, **24**(10):1187-1196.
13. Huang NT, Hai Ha Le T, Quynh Chi NT, Hill PS, Walton T: **Exploring quality of life among the elderly in Hai Duong province, Vietnam: a rural-urban dialogue.** *Global Health Action* 2012, **5**:1-12.
14. Van Minh H, Bui P, Chuc NT, Wall S: **Patterns of health status and quality of life among older people in rural Viet Nam.** *Global Health Action* 2010, **3**: doi:10.3402/gha.v3i0.2124.
15. The WHOQOL Group: **Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment.** *Psychol Med* 1998, **28**(3):551-558.
16. Charan J, Biswas T: **How to calculate sample size for different study designs in medical research?** *Indian J Psychol Med* 2013, **35**(2):121-126.
17. Bruce N, Pope D, Stanisteed D: **Quantitative Methods for Health Research: A Practical Interactive Guide to Epidemiology and Statistics.** England: John Wiley & Sons; 2008.
18. Huynh NVA, To GK, To GQ, Do TTT, Nguyen TTS, Le AT, Mai CC: **Reliability and validity of the WHOQOL-BREF among hypertensive and normotensive elderly.** *Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City*; 2012.
19. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA: **The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial: a report from the WHOQOL group.** *Qual Life Res* 2004, **13**(2):299-310.
20. WHO: **WHOQOL User Manual: WHOQOL-BREF/WHOQOL-100.** WHO Programme on Mental Health, Geneva: WHO; 1998.
21. Gholami A, Jahromi LM, Zarei E, Dehghan A: **Application of WHOQOL-BREF in measuring quality of life in health-care staff.** *Int J Rev Med* 2013, **4**(7):809-817.
22. Wilson IB, Cleary PD: **Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes.** *JAMA* 1995, **273**(1):59-65.
23. Vidrine DJ, Arnick BC III, Gritz ER, Arduino RC: **Assessing a conceptual framework of health-related quality of life in a HIV/AIDS population.** *Qual Life Res* 2005, **14**(4):923-933.
24. General Statistic Office: **Result of the Vietnam Household Living Standards Survey 2010 Hanoi.** General Statistic Office; 2010.
25. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) - Short and Long Forms. (<http://www.cpaq.ki.se>)
26. Nedjat S, Holakouie Naeni K, Mohammad K, Majdzadeh R, Montazeri A: **Quality of life among an Iranian general population sample using the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-BREF).** *Int J Public Health* 2011, **56**(1):55-61.
27. Colbourn T, Masache G, Starks-Worsell J: **Development, reliability and validity of the Chicheva WHOQOL-BREF in adults in Lilongwe.** *Milaw BMC Res Notes* 2012, **5**:946.
28. Mekhons AC, Correr CJ, Pontasolo R, Santos Fde O, Souza RA P e: **Quality of life in hypertensive patients and concurrent validity of Minical-Brazil.** *Arq Bras Cardiol* 2010, **94**(3):337-344. 357-364.



29. Zygmuntowicz M, Oszczarek A, Elbid A, Chudek J: Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients. *Pol Arch Med Wewn* 2012, **122**(7-8):333-340.
30. Le Hoi Y, Chuc NT, Lindholm L: Health-related quality of life, and its determinants, among older people in rural Vietnam. *BMC Public Health* 2010, **10**:549.
31. Ng N, Hakim M, Byssi P, Witopo S, Wall S: Health and quality of life among older rural people in Purworejo District, Indonesia. *Global Health Action* 2010, **3**:1. doi: 10.3402/gha.v3i0.2129.
32. Côté L, Fams K, Feeny D: Is adherence to drug treatment correlated with health-related quality of life? *Qual Life Res* 2003, **12**(6):621-633.
33. Pippala RS, Chirburapa V, Duval R, Akula RB: Interrelationships of quality of life, compliance, clinical outcomes and life satisfaction: a cross-sectional study on hypertensive geriatrics. *J Clin Pharm Ther* 1997, **22**(5-6):357-368.
34. Saleem F, Hassali MA, Shafiq AA, Awad GA, Atif M, Ul Haq N, Aljadhey H, Farooqui M: Does treatment adherence correlates with health related quality of life? Findings from a cross sectional study. *BMC Public Health* 2012, **12**:318.
35. Tivedt B, Ayotte B, Edelman D, Bosworth H: The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension. *J Behav Med* 2008, **33**(6):489-497.
36. Wang R, Zhao Y, He X, Ma X, Yan X, Sun Y, Liu W, Gu Z, Zhao J, He J: Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. *Public Health* 2009, **123**(8):534-539.
37. Kowal P, Arokiasari P, Rdausa RL, Yong J, Minicuci N, Chatterji S: Hypertension in developing countries. *Lancet* 2012, **380**(9852):1471.
38. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S: Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol* 2014, **136**:128.

doi:10.1186/1471-2458-14-833

Cite this article as: Ha et al.: Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Public Health* 2014 **14**:833.

Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at  
[www.biomedcentral.com/submit](http://www.biomedcentral.com/submit)





## Health profile and quality of life of elderly with hypertension

Perfil de saúde e qualidade de vida de idosas com hipertensão arterial sistêmica

Perfil de salud y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica

Gabriela Freire de Almeida Vitorino<sup>1</sup>, Mayara Inácio de Oliveira<sup>1</sup>, Hirla Vanessa Soares de Araújo<sup>1</sup>, Rebeka Maria de Oliveira Belo<sup>1</sup>, Thaisa Remigio Figueirêdo<sup>1</sup>, Simone Maria Muniz da Silva Bezerra<sup>1</sup>

**Objective:** to evaluate the quality of life of hypertensive elderly women in the Family Health Strategy. **Methods:** cross-sectional, descriptive and quantitative study that evaluated 60 hypertensive older women using the tool World Health Organization Quality of Life with 26 items divided into four domains: social relations, psychological, physical and environment. **Results:** regarding the quality of life in all domains, except the psychological domain, the quality of life was considered regular. The psychological domain demonstrated a quality of life that needs to improve. Some questions are presented as unsatisfactory, such as the items: pain and discomfort, dependence on antihypertensive medications, negative feelings, lack of health care and recreation. **Conclusion:** understanding the health profile and the quality of life of hypertensive elderly women allows better knowledge about them and their adaptation to the condition imposed by the disease, offering support for planning care strategies and health education interventions.

**Descriptors:** Quality of Life; Health of the Elderly; Hypertension; Nursing.

**Objetivo:** avaliar a qualidade de vida de idosas hipertensas na Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** estudo transversal, descritivo e quantitativo, avaliou 60 idosas hipertensas utilizando-se o instrumento *World Health Organization Quality of Life*, com 26 itens distribuídos em quatro domínios: relações sociais, psicológico, físico e meio ambiente. **Resultados:** em relação à qualidade de vida, em todos os domínios exceto o domínio psicológico, a qualidade de vida foi considerada regular. O domínio psicológico demonstrou uma qualidade de vida que necessita melhorar. Algumas questões se apresentaram insatisfatórias como os itens: dor e desconforto, dependência de medicamentos anti-hipertensivos, sentimentos negativos, falta de cuidados de saúde e recreação. **Conclusão:** compreender o perfil de saúde e a qualidade de vida de idosas hipertensas permite melhor conhecimento acerca delas e de sua adaptação à condição imposta pela doença, oferecendo subsídios para planejamento de estratégias de cuidado e intervenções de educação em saúde.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Saúde do Idoso; Hipertensão; Enfermagem.

**Objetivo:** evaluar la calidad de vida de ancianas hipertensas en la Estrategia de Salud Familiar. **Métodos:** estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, evaluó 60 ancianas hipertensas utilizándose la herramienta de la Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida, con 26 artículos divididos en cuatro ámbitos: relaciones sociales, psicológico, físico y medio ambiente. **Resultados:** cuanto a la calidad de vida en todas las áreas, excepto en el dominio psicológico, calidad de vida se consideró regular. Dominio psicológico demostró calidad de vida que necesita mejorar. Algunas preguntas se presentaron insatisfactorias como artículos: dolor y malestar, dependencia de medicamentos antihipertensivos, sentimientos negativos, falta de atención de salud y recreación. **Conclusión:** comprender el perfil de salud y la calidad de vida de ancianas hipertensas permite mejor conocimiento acerca de ellas y su adaptación a la condición impuesta por la enfermedad, ofreciéndolas apoyo para planificación de estrategias de atención e intervenciones de educación en salud.

**Descritores:** Calidad de Vida; Salud del Anciano; Hipertensión; Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brazil.

Corresponding author: Gabriela Freire de Almeida Vitorino  
Rua dos Palmares, s/n, CEP: 50100-060. Santo Amaro, Recife, PE, Brazil. E-mail: gabrielafreirevitorino@outlook.com

## Introduction

Population aging in Brazil has been occurring quickly and intensively since the 1970s as a result of economic development. According to estimates, by 2025 Brazil will have more than 30 million people aged 60 or older, an age group in which the person is considered elder for developing countries<sup>(1)</sup>. Among the current elderly population, about 60% are female<sup>(2)</sup>.

Because of the increasing elderly population, the epidemiological picture on the morbidity and mortality has been changed and can be significantly related to the increase of chronic diseases<sup>(2)</sup>.

Chronic non communicable diseases, especially cardiovascular diseases, are the main cause of death in the elderly, in addition to representing high economic and social cost. One of chronic cardiovascular diseases that affects a growing number of older people around the world is the hypertension<sup>(3)</sup>.

Hypertension is a multifactorial disease characterized by high tensor levels and is defined by systolic blood pressure >140 mmHg and/or diastolic blood pressure >90 mm Hg in adults<sup>(3)</sup>. It is associated with significant morbidity, premature mortality and disability<sup>(2)</sup>.

The investigation of the physical and psychosocial impact that high blood pressure can cause can be accomplished by evaluating the quality of life of individuals, which allows a better knowledge of the patient and their adaptation to the condition imposed by the disease<sup>(4)</sup>.

Study defines quality of life as "the individual's perception of their position in life in the context of culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns"<sup>(4-24)</sup>.

Quality of life is assessed by the patients themselves, and is therefore a sum of their own sensations. Considered its subjective nature, two people in the same health status may have different qualities of life, which reveals the importance of the

patient being his own assessor<sup>(5)</sup>.

For an effective assessment of this quality, it was created a tool called World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), which was later reduced to the abbreviated version (WHOQOL-bref) and translated into Portuguese. The Brazilian Portuguese version was conducted according to the methodology recommended by WHOQOL Center and presented satisfactory psychometric characteristics<sup>(6)</sup>.

Hypertension has been increasing in the population of women over 60 years of age, leading to biopsychosocial impacts. In view of this, researchers aimed at evaluating the quality of life in hypertensive elderly women in the Family Health Strategy.

## Method

This is a cross-sectional, descriptive and analytical study with a quantitative approach, performed with a population aged 60 years or older, residing in the sanitary areas II and III of a basic health unit in Recife, Pernambuco State, Brazil.

According to data from the Basic Care Information System, the total population registered in both areas of the region is 12,159 people (3,387 families), among them 1068 are elderly, corresponding to 8.8% of this population. Of this total, 620 are female, corresponding to 58% of the elderly population.

For the sampling, it was used the convenience technique, of consecutive kind. The sample consisted of a total of 60 hypertensive elderly women enrolled in Basic Health Unit, identified during home visits. Exclusion criteria used were hypertensive elderly with cognitive impairment, not oriented in time and space, with disorganized thinking, who were not properly registered in Hiperdia Program.

Data collection was carried out in the home environment, from September to December 2012. The quality of life assessment tool, WHOQOL-bref, is self-administered. However, due to difficulties in reading and common illiteracy among the population studied, it was decided that the researchers would apply the



instrument.

This questionnaire is the short version of the quality of life instrument of the World Health Organization, the WHOQOL-100, translated into Portuguese and validated in Brazil<sup>(5)</sup>. It showed good psychometric performance and practicality of use and its version in Portuguese, and also adequate internal consistency, discriminant validity, criterion validity, concurrent validity and test-retest reliability<sup>(6)</sup>.

The WHOQOL-bref contains 26 questions, or aspects of life, representing facets of the four fields: social relations, psychological, physical and environment. The questions 1 and 2 are related to general quality of life and the other 24 correspond to facets that make up the domains. Each question receives scores of responses ranging from 1 to 5, comprising a Likert scale that follows a specific assessment<sup>(5)</sup> proposed by the World Health Organization.

To characterize the sample, the sociodemographic (age, marital status and years of study) and clinical (body mass index, systolic and diastolic blood pressure and time of knowledge of the diagnosis of hypertension) characteristics were collected through a structured interview.

The technique considered to check blood pressure was chosen according to the VI Brazilian Guidelines on Hypertension. Blood pressure was measured three consecutive times with a minimum interval of three minutes between them, and the mean of the last two measurements was used to obtain the real blood pressure<sup>(7)</sup>. We used the digital automatic device of OMRON HEM-722C (OMRON Healthcare Inc., Kyoto, Japan), validated by the Association of protocols for the Advancement of Medical Instrumentation and Hypertension British Society for international research<sup>(8)</sup>.

For the analysis, blood pressure values were stratified according to the stages of hypertension, following the Brazilian guidelines on hypertension: controlled (blood pressure <140/90mmHg),

hypertension stage 1 (systolic blood pressure between 140-159 and diastolic pressure between 90-99); stage 2 (systolic blood pressure between 160-179 and diastolic blood pressure between 100-109) and stage 3 (systolic blood pressure >180 and diastolic blood pressure >110<sup>(3)</sup>).

The measurement of weight in the ideal range was obtained by body mass index, calculated from height and weight, considering the cutoff points of 25kg/m<sup>2</sup> and 30 kg/m<sup>2</sup> for overweight and obesity, respectively, according to the World Health Organization, classifying the levels of the index by the risk of associated mortality<sup>(7)</sup>.

For statistical analysis, data were entered in an Excel spreadsheet and then analyzed using the Statistical Package for Social Sciences software v10.0 for Windows, and were presented by means of descriptive statistics. For analysis of the domains of quality of life and its facets, it was used a syntax proposed by the World Health Organization which considers the average response for each question that composes the domain, multiplied by 4, resulting in a range of scores from 4 to 20. The scores of the domains and facets were converted into analog scale from 0 to 100<sup>(9)</sup>.

To calculate the average scores, the 8 facets were divided according to the respective domains WHOQOL-BREF, where higher scores on this scale represent better quality of life. To calculate the physical domain, the values of facets were summed up and divided by 7; for the psychological domain, the values of facets were summed up and divided by 6; for the domain social relations, the values of facets were summed up and divided by 3; and for the domain environment the values of the facets were summed up and divided by 8<sup>(6)</sup>.

The domains are scored independently based on the assumption that the quality of life is a multidimensional construct. The score can thus range from 1 to 5, wherein the higher the value, the better quality of life. Thus, it was considered a score of 1 to

2.9 as need to improve, 3 to 3.9 as regular and 4 to 4.9 as good quality of life and 5 as very good<sup>(4)</sup>.

The data were extracted from the database of the Postdoctoral report entitled "Quality of life related to health among hypertensive patients in the Family Health Strategy units in Recife-PE municipality".

The study was approved by the Ethics Research Committee of the University of Pernambuco and by the Municipal Health Department of that municipality, under Protocol no. 33458.

## Results

Of the 60 hypertensive elderly, the age ranged from 60 to 78 years old. Regarding marital status, 35.0% were widows and the same percentage was widows and divorced. The largest proportion (43.3%) had five or more years of study (Table 1).

**Table 1** - Sociodemographic characteristics of 60 hypertensive older women

Characteristics	n (%)	CI*(95%)
Age group (years old)		
60-64	21 (35.0)	22.93;47.06
65-69	20 (33.3)	21.37;45.22
≥ 70	19 (31.6)	19.84;43.36
Marital status		
Married/ stable union	21 (35.0)	22.93;47.06
Widow/divorced	21 (35.0)	22.93;47.06
Single	18 (30.0)	18.40;41.59
Years of study		
0 - 4	17 (28.3)	16.90;39.70
5 - 9	26 (43.3)	30.76;55.83
≥ 10	17 (28.3)	16.90;39.70

\*Confidence interval for proportions

Body mass index was classified in three levels: normal, overweight and obesity. The highest percentage was observed in elderly women with normal body mass index (43.3%), but 56.7% were overweight or obese. Body mass index, among other variables, is shown in Table 2.

**Table 2** - Health profile of 60 hypertensive elderly women

Characteristics	n (%)	Average
Age in years	-	61.43
Weight in kilograms	-	70.84
Body Mass Index (weight/high <sup>2</sup> )		
Normal	26(43.3)	-
Overweight	20 (33.3)	-
Obesity	14 (23.4)	-
Years of knowledge and diagnosis of hypertension	-	9.74
Years of knowledge/diagnosis		
< 1	1 (1.6)	-
1 - 5	15 (25.0)	-
6 - 10	13 (21.7)	-
> 10	31 (51.7)	-
Mean of systolic blood pressure and diastolic blood pressure in mmHg		1st measu- 2nd mea- re-ment surement
Systolic blood pressure (mmHg)	-	137.00 139.47
Diastolic blood pressure (mmHg)	-	82.11 81.58

Regarding the self-assessment of quality of life, the score was 73.31, revealing a regular satisfaction with it. The domain scores were: physical (67.37), psychological (67.87), social relations (68.08) and environment (60.70). Following, the descriptive analysis obtained for each domain of the WHOQOL-bref.

Regarding the physical domain, aspects of life with lower scores were pain and discomfort (26.27) and dependence on medication or treatment (42.80), which were the facets with greater disadvantage. In contrast, the aspects with less disadvantage were energy and fatigue (66.53), sleep and rest (59.75), mobility (75.00), activities of daily living (72.03) and work capacity (67.37).

In relation to the psychological domain, the aspect of life with the lowest score was negative feelings (21.19), which was the facet with greater disadvantage. Aspects of lower disadvantage were thinking, learning, memory and concentration (69.92).

self-esteem (62.71), body image and appearance (61.86) and spirituality/religion/personal beliefs (73.31).

Regarding the domain personal relationships, scores of aspects of life represented less disadvantage: personal relationships (73.31), social support (69.92) and sexual activity (61.02).

In relation to the environmental domain, scores that showed greater disadvantage were health and social care: accessibility and quality (47.88) and participation in, and opportunities for recreation/leisure (44.92). In contrast, those who had lowest disadvantage were physical security and protection (70.34), home environment (68.22), financial resources (51.69), opportunities to acquire new information and skills (70.34), environment physical: pollution/noise/traffic/climate (69.49) and transport (62.71).

As for the values obtained in the domains, the psychological domain had the lowest average (2.7138). The others had higher averages: physical domain (3.2857), environmental domain (3.3708), social relationships domain (3.6565). The overall score was 3.4562, showing a regular quality of life for the elderly study (Table 3).

**Table 3** - Mean and standard deviation of the sample in the evaluated domains and overall quality of life

Domain	Mean (Standart Deviation)*
Global	3.4562 (1.84)
Physical	3.2857 (2.77)
Psychological	2.7138 (1.74)
Environmental	3.3708 (1.95)
Social	3.6565 (2.42)

## Discussion

This study aimed to evaluate the quality of life of hypertensive elderly women in the Family Health Strategy. In this sense, results indicate that the population studied showed a regular satisfaction of quality of life.

The prevalence of low educational level of the sample, showing that 43.3% had not completed elementary school, and the average age of 61.43 years old are corroborated data with the findings of a similar study with hypertensive elderly women, where the prevalent level of schooling was also incomplete primary education, but the average age was higher, around 77 years of age<sup>(9)</sup>. In relation to marital status, 65.0% of the elderly were single, widowed or divorced.

As proposed by the Ministry of Health, sociodemographic factors such as age, sex, marital status and education can affect the quality of life of the elderly<sup>(10)</sup>. Some studies have found conflicting results in the evaluation of the relationship between quality of life and age. A prevalence study conducted in 2014 showed that younger individuals had a better quality of life<sup>(11)</sup>. However, in a survey conducted in 2015, there was a better outcome among elderly individuals<sup>(9)</sup>.

The increased prevalence of hypertension occurs together with the increase of overweight and obesity in the population. Studies suggest that obesity is a major cause of hypertension, showing that approximately 78.0% of hypertension cases in men and 65.0% in women are assigned to obesity, which contributes to a poorer perception of quality of life in these patients<sup>(12-13)</sup>.

It is also observed the prevalence of percentage of 10 or more years of knowledge of diagnosis of hypertension (51.7%), followed by 6 to 10 years (21.7%), confirming the findings of a study carried out in 2012<sup>(14)</sup>. In a survey conducted in 2012, it was observed that, in women, the higher the time of knowledge of diagnosis of hypertension, the lower the quality of life measured by WHOQOL, especially in its total score and in the physical domain<sup>(15)</sup>. In another study, conducted in 2014, there was no statistically significant relationship between time of diagnosis of hypertension and quality of life<sup>(11)</sup>.

As for blood pressure control (<140/90 mmHg), the mean of the first and second measurements of systolic and diastolic blood pressure were appropriate,



with controlled rates. The World Health Organization reports in a document for hypertension that three-quarters of patients with the disease do not reach an optimal control of their blood pressure<sup>(30,10)</sup>. In Brazil, prevalence studies report that 13.0% of patients with high blood pressure under antihypertensive therapy have uncontrolled blood pressure<sup>(12)</sup>.

Evaluating the quality of life of older women through the WHOQOL-bref instrument and considering that the score 1 to 2.9 indicates the quality of life as needs to improve, 3 to 3.9 as regular, 4 to 4.9 as good and 5 as very good, it is observed that, of all domains, the psychological domain had the lowest average (2.7138), being classified as a quality of life that needs to improve.

The other domains (global, physical, environmental and social) are classified in scores between 3 and 3.9, demonstrating a regular quality of life. These results corroborate the findings of a study that evaluated the quality of life in older women and noted that in the physical, environmental, psychological and global domains these elderly women had a regular quality of life, and that the social domain had demonstrated a good quality of life<sup>(9)</sup>.

In the physical domain, 26.2% of the studied elderly had impaired quality of life regarding the item pain and discomfort, and 42.8% reported that dependence on antihypertensive medications and long-term treatment impact on their quality of life.

The analysis on the psychological domain states that 21.2% of respondents had negative feelings about their life, but the social relations domain, analyzed by the instrument in question, did not present change in quality of life.

Regarding the domains environment and overall area, considering the environment in which they live and the degree of satisfaction, it was observed lack of health care in 47.8% and recreation and leisure in 44.9%.

Other studies evaluating the quality of life observed that individuals with chronic diseases such as hypertension and diabetes mellitus showed a

satisfactory quality of life. In these studies some facets evaluated showed less favorable results, but they did not harm the quality of life, such as sexual activity, pain and discomfort, negative feelings, and recreation and leisure<sup>(17,9)</sup>.

By evaluating the proportion of quality of life domains, we can see that all domains had good results, especially the domain of social relations, corroborating the findings of another study that also showed good results when assessing quality of life, with highlight to the same domain<sup>(17)</sup>.

To assess the global domain of quality of life, the following questions were used: "how would you evaluate your quality of life?" And "how satisfied are you with your health?". The answers showed a degree of satisfaction of 65.9%.

A study conducted in Botucatu, SP, found similar results, showing that the elderly considered health as the most important element in quality of life and the lack of it as the major reason for unhappiness<sup>(11)</sup>. In this case, there was an association between maintaining the functionality and acceptance of change, among others, and the positive changes related to aging and meanings of well-being.

Studies show the importance of existing health programs for the elderly, being necessary to know the particulars of these individuals, and especially the reasons that hinder or prevent them from performing activities that could benefit them, which is a way to promote health and the overall quality of life<sup>(11)</sup>.

From this perspective, there must be greater interaction between the elderly women and the health teams, adding health education, because the educational practice has been increasing more and more as a strategy for health promotion, motivating individuals in order to perform activities to bring them the best living conditions and, consequently, better quality of life in aging<sup>(10)</sup>.

It must be emphasized that, as a limitation of the study, the results of this study are different because it refers to patients who belong to the units DII and DIII, who possibly are most watched clinically,

which may have contributed, for example, for a higher frequency of patients with controlled blood pressure and a good level of overall quality of life.

## Conclusion

The sociodemographic profile of hypertensive elderly assisted at the Family Health Strategy highlighted issues such as low education, average age of 61.43 years old and marital status of single and widow/divorced. It was also found a high rate of overweight and obesity, time of knowledge of diagnosis of hypertension greater than 10 years among the majority of older women and controlled mean of systolic and diastolic blood pressure to the two measurements.

Evaluation of quality of life of older women through the WHOQOL-bref showed a satisfactory quality of life in relation to most domains, with poorer performance in the psychological domain. In contrast, the results obtained through this questionnaire allowed to reveal that there is a need to improve the quality of life related to aspects of pain and discomfort, negative feelings, health and social care: accessibility and quality, participation in, and opportunities for recreation/leisure and general assessment of their health.

However, the question that addressed the evaluation of the elderly women's quality of life showed a good result, and evidences that they have consider health as an important element for a good perception of quality of life, despite the conditions and impacts imposed from high blood pressure.

Knowing the quality of life of hypertensive elderly women provides promotion of favorable conditions for building strategies by nurses to prevent diseases and promote health, focusing on answering questions, providing information and knowledge in order to provide greater autonomy to this group through interconnected actions, thus contributing to an improvement in the quality of life of this population.

## Collaborations

Vitorino GFA, Araujo HVS and Figueiredo TR contributed in carrying out the literature review and writing of the article. Oliveira MI and Belo RMO contributed to critical revision of the article and the data analysis. Bezerra SMMS contributed to the final wording of the article and critical perception.

## References

1. Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MAS, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013; 16(3):481-93.
2. Salomão CB, Santos LC, Ferreira LD, Lopes ACS. Fatores associados a hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. *Rev Min Enferm.* 2013; 17(1):32-8.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(1 supl 1):1-51.
4. Fleck MPA. The world health organization instrument quality of the life (WHOQOL-100): Characteristics and perspectives. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000; 5(1):33-8.
5. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de Qualidade de Vida "WHOQOL-Bref". *Rev Saúde Pública.* 2000; 34(2):178-83.
6. Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FOS, Souza RAP. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e Validade corrente do Minichal-Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(3):357-64.
7. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization [Internet]. 1995 [cited 2014 Oct 16]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_854.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf?ua=1).

8. Pedrosa B, Pilatti LA, Reis DR. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. *R Bras Qual Vida*. 2009; 1(1):23-32.
9. Visentin A, Mantovani MF, Caveião C, Mendes TA, Neves AS, Hey AP. Quality of life of an institution hypertensive older women long stay. *Rev Rene*. 2015; 16(2):218-25.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2014; 9(32):273-8.
12. Rêgo ARON, Gomes A, Dantas EHM. Respostas da qualidade de vida de idosas hipertensas após programa de exercício físico supervisionado. *Inter Science Place*. 2011; 16(4):69-98.
13. Lopes ACS, Reyes ANL, César CC, Menezes MC, Santos LC. Excesso de peso entre mulheres: fatores associados. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(3):451-8.
14. Bastos-Barbosa FG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, et al. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2012; 99(1):636-41.
15. Medeiros NT, Moreira TMM. Avaliação de risco coronariano, adesão terapêutica e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012; 25(2 supl):76-82.
16. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
17. Tavares DMS, Martins NPF, Diniz MA, Dias FA, Santos NME. Qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(3):438-44.
18. Fonseca GGP, Parcianello MK, Dias, CFC, Zamberlan, C. Qualidade de vida na terceira idade: considerações da enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2013; 3(1):362-366.

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
RENDANG PADA PERIODE 27 FEBRUARI SAMPAI 14 MARET 2015**

*Sri Santiya Anbarasan*

*Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*

---

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Hipertensi merupakan suatu masalah kesehatan terbesar di dunia, terutamanya di negara berkembang. Menurut data dari Dinas Kesehatan Provinsi Bali penderita hipertensi di Bali pada tahun 2010 berjumlah 8837 orang. Sedangkan jumlah kunjungan lansia yang menderita hipertensi pada tahun 2013 adalah sebanyak 1354, yaitu sebesar 9,41% dari seluruh kasus yang berkunjung ke Puskesmas Rendang pada 2013. Permasalahan hipertensi yang tinggi terutama pada golongan lansia mempengaruhi kualitas hidup lansia.

**Tujuan Penelitian:** Mengetahui gambaran kualitas hidup pada lansia dengan hipertensi.

**Metode Penelitian:** Jenis penelitian ini deskriptif kuantitatif. Penelitian dilakukan di posyandu lansia wilayah kerja Puskesmas Rendang Kabupaten Karangasem pada periode 27 Februari sampai 14 Maret 2015. Teknik pengambilan sampel yang digunakan *consecutive sampling* dengan jumlah sampel 60 orang. Instrument yang digunakan berupa kuesioner, dimana kuesioner ini dibuat oleh WHO yaitu *World Health Organization Quality Of Life – Bref* (WHOQOL-BREF). Teknik analisis data dengan analisis univariat dan bivariat.

**Hasil:** Kualitas hidup lansia secara umum baik (58.3%), kualitas kesehatan fisik lansia buruk (71.7%), kualitas psikologis baik (61.7%), kualitas personal sosial tidak terlalu berpengaruh (50.0%) dan kualitas lingkungan buruk (73.3%).

**Kesimpulan:** Kualitas hidup lansia secara umum baik, hanya buruk pada kualitas kesehatan fisik dan lingkungan.

**Kata kunci:** Hipertensi, Kualitas hidup, Lansia, World Health Organization Quality Of Life – Bref (WHOQOL-BREF)

**OUTLOOK ON QUALITY OF LIFE OF ELDERLY WITH HYPERTENSION IN PUSKESMAS RENDANG AREA  
DURING PERIOD 27 FEBRUARY TO 14 MARCH 2015**

**ABSTRACT**

**Background:** Hypertension is one of the biggest health problem faced in the world, especially in developing countries. According to data from Bali Province Health Service, patients suffering from hypertension in Bali in 2010 accounts to 8837 people. Whereas total visit of elderly with hypertension in 2013 sums up to 1354, which is 9,41% from total cases that visited Puskesmas Rendang in 2013. High number of hypertension cases especially in elderly affects their quality of life.

**Aim:** To know the quality of life of elderly suffering from hypertension.

**Method:** The type of study is descriptive quantitative. Study was conducted in elderly posyandu in Puskesmas Rendang, Karangasem district during period of 27 February till 14 March 2015. Sample was obtained through consecutive sampling technique with a total sample of 60 people. Instrument used in the form of questionnaire which was created by WHO that is World Health Organization Quality Of Life – Bref (WHOQOL-BREF). Data analysis technique used was univariate analysis and bivariate analysis.

**Result:** Quality of life of elderly is generally good (58.3%), physical health quality of elderly is bad (71.7%), psychological quality is good (61.7%), personal social quality is not too influential (50.0%), and environment quality is bad (73.3%).



**Conclusion:** Quality of life in elderly with hypertension is generally good, only physical health quality and environment quality is bad.

**Keywords:** Hypertension, Quality of life, Elderly, World Health Organization Quality Of Life – Bref (WHOQOL-BREF)

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Hipertensi termasuk salah satu masalah kesehatan terbesar di dunia, terutama di negara berkembang. Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mm Hg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mm Hg sesuai dengan kriteria *The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)*.<sup>1,4</sup> Angka *proportional mortality rate* akibat hipertensi di seluruh dunia mencapai 13% atau 8 juta kematian setiap tahunnya.<sup>2,4</sup> *World Health Organization (WHO)* mencatat bahwa 65,74% penderita hipertensi berada di negara berkembang, termasuk di Indonesia.<sup>4,5,7</sup> Angka kejadian hipertensi di Indonesia menunjukkan di daerah pedesaan masih banyak penderita yang belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan. Menurut data dari Dinas Kesehatan Provinsi Bali penderita hipertensi di Bali pada tahun 2010 berjumlah 8837 orang. Pada tahun 2011 provinsi Bali memiliki jumlah penduduk mencapai 1,5 juta jiwa dan memiliki lansia yang tidak kalah banyak yaitu mencapai angka sekitar 300 ribu jiwa.<sup>3,5</sup>

Puskesmas Rendang di Kabupaten Karangasem menunjukkan data bahwa hipertensi juga menjadi masalah kesehatan utama dimana penyakit hipertensi berada di urutan ketiga dari sepuluh penyakit terbesar pada tahun 2013. Jumlah kunjungan lansia yang menderita hipertensi pada tahun 2013 adalah sebanyak 1354, yaitu sebesar 9,41% dari seluruh kasus yang berkunjung ke Puskesmas Rendang pada 2013. Pada tahun 2015 jumlah kunjungan dari bulan Januari hingga bulan Februari mencapai 188 kunjungan. Hal ini menunjukkan peningkatan jumlah yang menderita hipertensi, dimana sebagian besar diderita oleh lansia. Gejala menuanya struktur penduduk (*aging population*) yang terjadi di Indonesia kini dalam tahapan transisi demografi, epidemiologi, ekonomi, dan sosial budaya sebagai akibat keberhasilan pembangunan nasional.

Organisasi kesehatan dunia atau *World Health Organization (WHO)* mendefinisikan kualitas hidup sebagai *"Individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns"* (WHOQOL Group dalam Lopez and Synder, 2004). Berdasarkan definisi tersebut, maka dapat dilihat bahwa kualitas

hidup tidak hanya menyangkut penilaian individu terhadap posisi mereka dalam hidup, melainkan juga adanya konteks sosial dan juga konteks lingkungan sekitar yang juga mempengaruhi kualitas hidup.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Trevisol dkk (2011) ditemukan bahwa pada individu yang menderita hipertensi, memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan pada individu dengan tensi yang normal. Pada pasien dengan hipertensi namun menjalani pengobatan yang rutin juga dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu dengan tekanan darah tidak terkontrol dan tidak dalam pengaruh obat-obatan. Menurut Li dkk (2005) pada individu dengan hipertensi memiliki kualitas hidup yang rendah terutama pada dimensi fisik. Kualitas hidup yang buruk ini merupakan komplikasi dari hipertensi itu sendiri. Oleh karena itu untuk menurunkan angka morbiditas dan angka mortalitas, salah satunya dengan memperbaiki kualitas hidupnya.

Adanya permasalahan hipertensi yang tinggi terutama pada golongan lansia di wilayah kerja Puskesmas Rendang ini menarik pihak kami untuk membuat penelitian mengenai hipertensi. Keragaman hasil dari aspek kualitas hidup pada lansia memutuskan kami untuk meneliti mengenai gambaran kualitas hidup pada lansia hipertensi.

### B. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran kualitas hidup pada lansia yang mengalami hipertensi di posyandu lansia wilayah kerja Puskesmas Rendang Kabupaten Karangasem pada periode 27 Februari sampai 14 Maret 2015?

### C. Tujuan

Untuk mengetahui karakteristik lansia dan gambaran kualitas hidup pada lansia dengan hipertensi di posyandu lansia wilayah kerja Puskesmas Rendang pada periode 27 Februari sampai 14 Maret 2015.

### D. Manfaat

Adapun manfaat yang diharapkan dapat diperoleh dari penelitian ini adalah memberikan gambaran kualitas hidup pada lansia yang menderita hipertensi dan dapat dijadikan referensi bagi pihak yang membutuhkan serta sebagai dasar untuk acuan pembuatan program kesehatan baru untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dan meningkatkan pelayanan kesehatan, khususnya terhadap lansia yang menderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Rendang.

## TINJAUAN KEPUSTAKAAN

### Hipertensi

Tekanan darah adalah desakan dari dalam dinding pembuluh darah untuk menjaga agar darah tetap dapat mengalir.<sup>6</sup> Tekanan darah dipengaruhi oleh curah jantung dan tahanan perifer.<sup>6</sup> Hipertensi atau biasa dikenal dengan tekanan darah tinggi, dimana keadaan tekanan darah dalam keadaan istirahat terukur dengan *spygomanometer* yang telah terkalibrasi ditemukan tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg.<sup>6</sup> Hipertensi dibagi menjadi dua berdasarkan penyebabnya, hipertensi primer/ essential yang tidak diketahui penyebabnya dan hipertensi sekunder yang merupakan hipertensi karena penyakit sistemik lainnya.<sup>6</sup> Hipertensi juga diklasifikasikan berdasarkan derajatnya, menurut *The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)* klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa terbagi menjadi kelompok normal, *prehypertension*, *stage I hypertension*, dan *stage II hypertension*.<sup>6,8</sup>

Hipertensi esensial adalah penyakit multifaktorial yang timbul terutama karena interaksi antara faktor-faktor risiko tertentu. Faktor-faktor risiko yang dapat mendorong timbulnya kenaikan tekanan darah tersebut adalah faktor risiko seperti diet dan asupan garam, stress, ras, obesitas, merokok, genetis; sistem saraf simpatis; tonus simpatis dan variasi diurnal; keseimbangan antara modulator vasodilatasi dan vasokonstriksi: endotel pembuluh darah berperan utama, tetapi remodeling dari endotel, otot polos, dan interstisium juga memberikan kontribusi akhir; pengaruh sistem otokrin setempat yang berperan pada sistem rennin, angiotensin dan aldosteron.<sup>8</sup> Kaplan menggambarkan beberapa faktor yang berperan dalam pengendalian tekanan darah yang mempengaruhi rumus dasar tekanan darah = curah jantung x tahanan perifer.

Pada umumnya hipertensi tanpa gejala yang mencolok. Manifestasi klinis baru terlihat setelah hipertensi menahun berupa nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat tekanan darah intrakranium, penglihatan kabur akibat kerusakan retina karena hipertensi, ayunan langkah tidak mantap karena kerusakan susunan saraf, nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus dan edema dependen akibat tekanan kapiler. Peninggian tekanan darah kadang merupakan satu-satunya gejala, terjadi komplikasi pada ginjal, mata, otak, atau jantung. Gejala lain adalah sakit kepala, epistaksis, telinga berdengung, rasa berat ditengkuh, sukar tidur, mata berkunang-kunang, dan pusing. Faktor risiko hipertensi dapat dibedakan menjadi dua, yaitu faktor yang tidak dapat

dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi. Antara faktor yang tidak dapat dimodifikasi adalah umur, jenis kelamin, riwayat keluarga dan genetik. Antara faktor yang dapat dimodifikasi adalah merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak jenuh, kebiasaan konsumsi alkohol, obesitas, olahraga dan stres.<sup>8</sup>

Diagnosis hipertensi ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis yang dilakukan meliputi tingkat hipertensi dan lama menderitanya, riwayat dan gejala penyakit yang berkaitan seperti penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskuler, dan lainnya. Riwayat penyakit dalam keluarga juga digali serta gejala yang berkaitan dengan penyakit hipertensi. Perubahan aktivitas atau kebiasaan seperti merokok, konsumsi makanan, psikososial keluarga, pekerjaan, dan lain-lain dapat ditelaah lebih lanjut, guna mendapat informasi terkait. Dalam pemeriksaan fisik dilakukan pengukuran tekanan darah dua kali atau lebih dengan jarak dua menit, kemudian diperiksa ulang dengan kontralateral. Pengukuran di kamar periksa dilakukan pada posisi duduk di kursi setelah pasien istirahat selama 5 menit, kaki di lantai dan lengan pada posisi setinggi jantung. Ukuran dan peletakan manset (panjang 12-13 cm, lebar 35 cm untuk ukuran dewasa) dan stetoskop harus benar (gunakan suara Korotkoff fase I dan V untuk penentuan sistolik dan diastolik).<sup>8</sup> Menurut Arief Mansjoer, dkk., pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium rutin yang dilakukan sebelum memulai terapi bertujuan menentukan adanya kerusakan organ dan faktor risiko lain atau mencari penyebab hipertensi. Pada umumnya, pemeriksaan urinalisa, darah perifer lengkap, kimia darah (kallum, natrium, kreatinin, gula darah puasa, kolesterol total, kolesterol HDL). Sebagai tambahan dapat dilakukan pemeriksaan lain, seperti klirens kreatinin, protein urin 24 jam, asam urat, kolesterol LDL, TSH, dan ekokardiografi.<sup>8</sup>

Tujuan pengobatan pasien hipertensi adalah mencapai target tekanan darah yaitu <140/90 mmHg dan untuk indivisu berisiko tinggi seperti diabetes mellitus, gagal ginjal target tekanan darah adalah <130/80 mmHg. Tujuan lain adalah untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas kardiovaskular dan menghambat laju penyakit ginjal. Pada pasien hipertensi dapat dilakukan intervensi dengan modifikasi gaya hidup dan farmakologi. Modifikasi gaya hidup yang dapat dilakukan antara lain tidak merokok; pengaturan berat badan; kelebihan berat badan (BMI >25) merupakan faktor risiko serius terjadinya diabetes, penyakit jantung, arthritis, dan stroke, juga hipertensi, mengurangi asupan garam; aktivitas fisik yang cukup; disarankan untuk melakukan aerobic 3-4 kali dalam seminggu, dengan durasi setiap aerobic sekitar 40 menit; mengurangi minuman beralkohol. Intervensi farmakologi yang dapat



diberikan antara lain diuretika, terutama yang jenis *Thiazide* atau *Aldosterone Antagonist*; *Beta blocker*; *Calcium channel blocker* atau *calcium antagonist*; *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor*; *Angiotensin II receptor blocker* atau *AT<sub>1</sub> receptor antagonist/blocker*. Masing-masing obat antihipertensi memiliki efektivitas dan keamanan dalam pengobatan hipertensi, tetapi dalam pemilihan obat hipertensi juga dipengaruhi beberapa faktor, yaitu faktor sosio-ekonomi, profil faktor risiko kardiovaskular, ada tidaknya kerusakan target organ, ada tidaknya penyakit penyerta, variasi individu dari respon pasien terhadap obat antihipertensi, kemungkinan adanya interaksi dengan obat yang digunakan pasien untuk penyakit lainnya dan bukti ilmiah kemampuan obat anti hipertensi yang digunakan dalam menurunkan risiko kardiovaskular.<sup>4</sup>

#### Kualitas Hidup

Hunt (dalam Post, Witte, dan Schrijvers, 1999) mengemukakan bahwa "kalimat kualitas hidup" merupakan kalimat yang sulit untuk dioperasionalkan. Kualitas hidup dapat disamakan dengan keadaan kesehatan, fungsi fisik tubuh, *perceived health status*, kesehatan subjektif, persepsi mengenai kesehatan, simptom, kepuasan kebutuhan, kognisi individu, ketidakmampuan fungsional, gangguan psikiatri, kesejahteraan dan bahkan terkadang dapat bermakna lebih dari satu pada saat yang sama. Dimensi-dimensi dari kualitas hidup yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada dimensi-dimensi mengenai kualitas hidup yang terdapat dalam WHOQOL-BREF dimana terdapat enam dimensi yaitu (1) kesehatan fisik, (2) kesejahteraan psikologis, (3) tingkat kemandirian, (4) hubungan sosial, (5) hubungan dengan lingkungan, dan (6) keadaan spiritual. WHOQOL in kemudian dibuat lagi menjadi instrumen WHOQOL-BREF dimana enam dimensi tersebut kemudian dipersempit lagi menjadi empat dimensi yaitu (1) kesehatan fisik, (2) kesejahteraan psikologis, (3) hubungan sosial, dan (4) hubungan dengan lingkungan. Keempat dimensi ini kemudian dijabarkan menjadi beberapa faset sebagai berikut yaitu:<sup>7</sup>

##### a. Dimensi Kesehatan Fisik

- Aktifitas sehari-hari: menggambarkan kesulitan dan kemudahan yang dirasakan individu ketika melakukan kegiatan sehari-hari.
- Ketergantungan pada obat-obatan dan bantuan medis: menggambarkan seberapa besar kecenderungan individu dalam menggunakan obat-obatan atau bantuan medis lainnya dalam melakukan aktifitas sehari-hari.
- Energi dan kelelahan: menggambarkan tingkat kemampuan yang dimiliki oleh individu dalam menjalankan aktifitasnya sehari-hari.

- Mobilitas: menggambarkan tingkat perpindahan yang mampu dilakukan oleh individu dengan mudah dan cepat.
  - Sakit dan ketidaknyamanan: menggambarkan sejauh mana perasaan keresahan yang dirasakan individu terhadap hal-hal yang menyebabkan individu merasa sakit.
  - Tidur dan istirahat: menggambarkan kualitas tidur dan istirahat yang dimiliki oleh individu.
  - Kapasitas kerja: menggambarkan kemampuan yang dimiliki individu untuk menyelesaikan tugas-tugasnya.
- b. Dimensi Kesejahteraan Psikologis
- *Bodily image* dan *appearance*: menggambarkan bagaimana individu memandang keadaan tubuh serta penampilannya.
  - Perasaan negatif: menggambarkan adanya perasaan yang tidak menyenangkan yang dimiliki oleh individu.
  - Perasaan positif: menggambarkan perasaan yang menyenangkan yang dimiliki oleh individu.
  - *Self-esteem*: melihat bagaimana individu menilai atau menggambarkan dirinya sendiri.
  - Berpikir, belajar, memori, dan konsentrasi: menggambarkan keadaan kognitif individu yang memungkinkan untuk berkonsentrasi.
- c. Dimensi hubungan sosial
- Relasi personal: menggambarkan hubungan individu dengan orang lain.
  - Dukungan sosial: menggambarkan adanya bantuan yang didapatkan oleh individu yang berasal dari lingkungan sekitarnya.
  - Aktivitas seksual: menggambarkan kegiatan seksual yang dilakukan individu.
- d. Dimensi hubungan dengan lingkungan.
- Sumber *financial*: menggambarkan keadaan keuangan individu.
  - *Freedom, physical safety, dan, security*: menggambarkan tingkat keamanan individu yang dapat mempengaruhi kebebasan dirinya.
  - Perawatan kesehatan dan *social care*: ketersediaan layanan kesehatan dan perlindungan sosial
  - Lingkungan rumah: menggambarkan keadaan tempat tinggal individu.
  - Kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan keterampilan (*skills*): menggambarkan ada atau tidaknya kesempatan bagi individu untuk memperoleh hal-hal yang baru yang berguna bagi individu.
  - Partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan: menggambarkan sejauh mana individu memiliki kesempatan dan dapat bergabung untuk berkreasi dan menikmati waktu luang.

- Lingkungan fisik: menggambarkan keadaan lingkungan sekitar tempat tinggal individu (air, udara, iklim, polusi, dll)
- Transportasi: menggambarkan sarana kendaraan yang dapat dijangkau oleh individu.

#### Hubungan Hipertensi Dengan Kualitas Hidup

Di samping implikasi terhadap organ, hipertensi dapat memberikan pengaruh terhadap kehidupan sosial ekonomi dan kualitas hidup seseorang. Beberapa studi menyebutkan, individu dengan hipertensi memiliki skor yang lebih rendah di hampir semua dimensi yang diukur berdasarkan kuesioner WHOQOL dibandingkan dengan populasi. Hal ini disebabkan hipertensi memberikan pengaruh buruk terhadap vitalitas, fungsi sosial, kesehatan mental, dan fungsi psikologis. Pada beberapa studi lain menyebutkan, individu dengan hipertensi mengalami gejala-gejala seperti sakit kepala, depresi, cemas, dan mudah lelah yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang pada berbagai dimensi. Oleh karena itu, dalam menangani individu dengan hipertensi sangat penting untuk mengukur kualitas hidup agar dapat dilakukan manajemen yang optimal. <sup>9</sup>

#### METODE

##### A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif.

##### B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Posyandu lansia yang berada di wilayah kerja Puskesmas Rendang, Karangasem pada periode 27 Februari sampai 14 Maret 2015.

##### C. Populasi dan Sampel

Populasi target dalam penelitian ini adalah semua lansia di wilayah kerja Puskesmas Rendang. Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah semua lansia dengan hipertensi yang datang ke posyandu lansia wilayah kerja Puskesmas Rendang Karangasem. Sebagai sampel adalah lansia yang datang ke posyandu lansia wilayah kerja Puskesmas Rendang pada bulan Maret 2015 dipilih secara *consecutive*, bersedia ikut dalam penelitian, dan memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah lansia diatas usia 60 tahun dan berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Rendang. Kriteria eksklusi adalah responden menolak berpartisipasi dalam penelitian, menderita gangguan fungsi kognitif, menderita gangguan psikiatri berat dan sedang dalam perawatan psikiatri, memiliki cacat fisik (tuli, bisu, buta, lumpuh) dan tidak kooperatif.

##### Pemilihan sampel

###### i) Besar sampel

Besar sampel ditentukan berdasarkan rumus :

$$n = \frac{Z\alpha^2 PQ}{d^2}$$

$d^2$

Pada penghitungan sampel ini dikehendaki tingkat kepercayaan 95% dan ketepatan absolut yang diinginkan sebesar 10%. Proporsi lansia yang menderita hipertensi adalah 0,19  $Z\alpha = 1,96$ ,  $d = 10\%$ . Jadi berdasarkan rumus diatas dapat dihitung  $n = \frac{(1,96^2) \times 0,19 \times (1-0,19)}{(0,10)^2} = 59$ , dimana  $Q = (1-P)$

Karena jumlah populasi lansia di tempat penelitian kurang dari 10.000 orang, maka sampel untuk penelitian ini dikoreksi dengan cara sebagai berikut:

$$nk = \frac{n}{1+n/N} = \frac{59}{1+59/5.435} = 58,35$$

Berdasarkan perhitungan diatas, jumlah sampel minimal dalam penelitian ini adalah sebanyak 58.

###### ii) Teknik Pengambilan Sampel

Posyandu lansia dipilih secara *purposive* sebagai tempat penelitian dengan mempertimbangkan jadwal pelaksanaan kegiatan posyandu dengan keterbatasan waktu yang dimiliki oleh peneliti. Sampel dipilih dengan teknik *consecutive sampling* dari populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi tanpa ada kriteria eksklusi. Apabila ada sampel yang menolak atau tidak memenuhi kriteria, maka akan digantikan sampel lain yang dipilih secara *consecutive sampling* juga sampai jumlah sampel terpenuhi.

##### D. Variabel Penelitian

Antara variabel yang didapatkan dalam penelitian ini adalah status hipertensi, derajat hipertensi, usia, status pernikahan, pekerjaan, riwayat penyakit lain dan kualitas hidup.

##### E. Definisi Operasional Variabel

###### i) Status hipertensi

Yaitu subyek yang didapatkan tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mm Hg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg sesuai kriteria JNC 7. Pengukuran tekanan darah dilakukan dengan auskultasi dimana subyek dalam posisi duduk di atas bangku dengan telapak kaki menyentuh lantai dan istirahat 5 menit sebelum pemeriksaan. Subyek dianjurkan untuk tidak minum minuman yang mengandung kafein, merokok, dan olah raga minimal 30 menit sebelum pemeriksaan. Manset harus melingkari minimal 80% dari lingkaran lengan atas. Pengukuran dilakukan dengan meraba terlebih dahulu arteri radialis subyek, kemudian alat dipompa 20-30 mm Hg di atas hilangnya denyutan arteri radialis. Tekanan manset kemudian diturunkan perlahan dengan kecepatan 2 mmHg / detik. Tekanan darah sistolik adalah tekanan darah yang ditunjukkan tensimeter saat mulai terdengarnya suara korotkoff (onset fase 1) dan tekanan darah diastolik adalah saat menghilangnya suara korotkoff (onset fase 5).

###### ii) Derajat Hipertensi

**Tabel 1.** Klasifikasi Derajat Hipertensi menurut *Joint National Committee 7 (JNC 7)*<sup>2</sup>

Kategori	Sistol (mmHg)	dan/atau	Diastole (mmHg)
Normal	<120	Dan	<80
Pre hipertensi	120-139	Atau	80-89
Hipertensi <i>grade 1</i>	140-159	Atau	90-99
Hipertensi <i>grade 2</i>	≥ 160	Atau	≥ 100

**iii) Usia**

Usia individu penduduk lansia di posyandu lansia wilayah kerja Puskesmas Rendang tahun 2015 adalah berdasarkan KTP yang dikategorikan menurut *cut-off point* rerata dari usia lansia yang didapat saat pengumpulan data, sehingga pengelompokan usia menjadi dibawah rerata dan diatas rerata. Subjek yang dipilih merupakan subjek yang berusia ≥ 60 tahun karena berdasarkan definisi WHO lansia adalah orang yang berusia ≥ 60 tahun.

**iv) Status pernikahan**

Status pernikahan lansia wilayah kerja Puskesmas Rendang tahun 2015 berdasarkan wawancara, dibagi menjadi tidak menikah, menikah, janda, duda.

**v) Pekerjaan**

Pekerjaan individu penduduk lansia di posyandu lansia wilayah kerja Puskesmas Rendang tahun 2015, dikategorikan atas pensiunan/ tidak bekerja dan bekerja.

**vi) Riwayat penyakit lain**

Riwayat penyakit lain adalah penyakit sistemik kronis yang diderita oleh individu penduduk lansia di posyandu lansia wilayah kerja Puskesmas Rendang tahun 2015 yang sudah diderita selama 1 bulan.

**vii) Kualitas Hidup**

Kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai posisi mereka dalam hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang (WHOQOL Group dalam Lopez and Synder, 2004). Kualitas hidup diukur berdasarkan empat dimensi, yaitu :

- Dimensi Kesehatan Fisik : penilaian individu terhadap keadaan fisiknya seperti sakit, tidak nyaman, dll.
- Dimensi Kesejahteraan Psikologis : penilaian individu terhadap dirinya secara psikologis.
- Dimensi Hubungan Sosial : penilaian individu terhadap hubungannya dengan orang lain.
- Dimensi hubungan dengan lingkungan : penilaian individu terhadap hubungannya dengan lingkungan tempat tinggal, sarana, dan prasarana yang dimilikinya.

**F. Prosedur Pengumpulan Data****i) Instrumen Penelitian : Kuesioner, tensimeter dan stetoskop**

Alat ukur variabel kualitas hidup berupa kuesioner yang dibuat oleh WHO yaitu *World Health Organization Quality Of Life – Bref* (WHOQOL-BREF) yang merupakan pengembangan dari alat ukur WHOQOL-100. Alat ukur ini telah diadaptasi ke berbagai bahasa, termasuk bahasa Indonesia oleh Dr. Riza Sarasvita dan Dr. Satya Joewana untuk penelitian pada drug user (Wardhani, 2006). Wardhani (2006) juga melakukan uji psikometri terhadap alat ukur WHOQOL-BREF dan hasilnya adalah bahwa alat ukur ini adalah alat ukur yang *valid* dan *reliable* dalam mengukur kualitas hidup. Berikut ini adalah contoh item dari alat ukur WHOQOL-BREF dalam mengukur kualitas hidup.

**Tabel 2.** Contoh Item Alat Ukur WHOQOL-BREF

Dimensi	Contoh Item Kuesioner WHOQOL-BREF
Kesehatan Fisik	Seberapa sering anda membutuhkan bantuan medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari?
Kesejahteraan Psikologis	Seberapa sering anda dapat menjalani hidup anda sehari-hari dengan perasaan gembira?
Hubungan Sosial	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?
Hubungan dengan Lingkungan	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat tinggal anda saat ini?

Untuk menjawab masing-masing pertanyaan, peserta diminta memilih satu angka dari skala 1 sampai 5. WHOQOL-BREF hanya memberikan 1 macam skor yaitu skor dari tiap masing-masing dimensi yang menggambarkan respon masing-masing individu di tiap dimensi tersebut. Menurut Skevington (2008), alat ukur WHOQOL-BREF tidak memberikan skor menyeluruh yang merupakan gabungan dari tiap dimensi dan peneliti juga diperkenankan dalam mengubah skala dan cara perhitungannya. Skor tiap dimensi yang didapat dari alat ukur WHOQOL-BREF (*raw score*) harus ditransformasikan sehingga nilai skor dari alat ukur ini dapat dibandingkan dengan nilai skor yang digunakan dalam alat ukur WHOQOL-100 (WHO Groups, 2008). Skor tiap dimensi (*raw score*) ditransformasikan dalam skala 0-100 dengan menggunakan rumus baku yang sudah ditetapkan oleh WHO dibawah ini :

**Tabel 3.** Penilaian Kualitas Hidup

Skor Domain	Raw Skor	Transformed Score	
		4-20	0-100
<b>Domain 1</b> $(6-Q3)+(6-Q4)+Q10+Q15+Q16+Q17+Q18$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	a. =	b.	c.
<b>Domain 2</b> $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	a. =	b.	c.
<b>Domain 3</b> $Q20 + Q21 + Q22$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	a. =	b.	c.
<b>Domain 4</b> $Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+25$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	a. =	b.	c.

- Raw Skor = penjumlahan nilai pada setiap pertanyaan dalam setiap domain
- 4-20 : Mean setiap domain x 4
- 0-100 : [nilai (b)-4] x [100/16]

**ii) Cara Pengumpulan Data**

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari lansia dengan metode wawancara langsung yang dilakukan di posyandu lansia dengan menggunakan kuesioner. Data-data tersebut adalah data karakteristik lansia dan data mengenai kualitas hidup lansia. Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari posyandu lansia berupa hasil pengukuran tekanan darah.

**G. Teknik Analisis Data**

Data dianalisis dengan menggunakan perangkat software komputer.

**HASIL****A. Karakteristik Responden**

Penelitian ini dilakukan terhadap 60 sampel penduduk lansia, yaitu penduduk berusia 60 tahun sampai dengan 90 tahun dan bertempat tinggal di Kecamatan Rendang, Kabupaten Karangasem. Dari sejumlah responden yang terpilih, seluruhnya menyatakan bersedia untuk ikut serta di dalam penelitian ini. Pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 27 Februari 2015- 15 Maret 2015. Dari 60 responden yang telah diwawancarai, diperoleh karakteristik penduduk meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan dan riwayat penyakit kronis lainnya.

**Tabel 4.** Karakteristik Responden

No	Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
1	Kelompok Umur (Tahun)		
	a. Dibawah Rerata	32	53.3
	b. Daaatas Rerata	28	46.7

2	Jenis Kelamin		
	a. Laki-laki	32	53.3
	b. Perempuan	28	46.7
3	Tingkat Pendidikan		
	a. Tidak Sekolah	25	41.7
	b. SD	31	51.7
	c. SMP	1	1.7
	d. SMA	2	3.3
	e. Lainnya	1	1.7
4	Pekerjaan		
	a. Ya	41	68.3
	b. Tidak/Pensiunan	19	31.7
5	Status Pernikahan (suami/istri masih ada/tidak)		
	a. Ya	43	71.7
	b. Tidak	17	28.3
6	Riwayat Penyakit Kronis lainnya		
	a. Ya	14	23.3
	b. Tidak	46	76.7
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Dari data yang diperoleh, mayoritas responden berada dalam kelompok umur 60 – 74 tahun yaitu masuk dalam katagori lanjut usia, sebesar 53.3% dari total responden. Usia rata-rata dari responden adalah 65.55. Sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (32.0%). Tingkat pendidikan dari lansia di posyandu wilayah kerja Puskesmas Rendang sebagian besar tamat SD yaitu (51.7%). Para lansia yang bekerja di daerah ini sebanyak 41%. Sebagian besar responden, tinggal dengan anggota keluarga mereka, dari 60 responden, 71.7% masih didampingi oleh pasangan hidup masing-masing, dan 28.3% suami atau istrinya telah meninggal.

**B. Distribusi Hipertensi****Tabel 5.** Distribusi Status Tensi

Status Tekanan Darah	Jumlah Subyek	Jumlah	Persentase (%)
Hipertensi grade I	60	26	43.3
Hipertensi grade II	60	34	56.7

Pada Tabel 5, tersaji status tekanan darah yang menunjukkan bahwa 43.3% berstatus hipertensi grade I dan 56.7% berstatus hipertensi grade II.

**C. Distribusi Kualitas Hidup Lansia****Tabel 6.** Distribusi Kualitas Hidup Lansia

No	Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
1	Kualitas Hidup Lansia secara		

Umum	35	58.3
a. Baik	25	41.7
b. Buruk		
2 Kualitas Hidup Lansia Dimensi Kesehatan Fisik	17	28.3
a. Baik	43	71.7
b. Buruk		
3 Kualitas Hidup Lansia Dimensi Psikologis	37	61.7
a. Baik	23	38.3
b. Buruk		
4 Kualitas Hidup Lansia Dimensi Personal Sosial	30	50
a. Baik	30	50
b. Buruk		
5 Kualitas Hidup Lansia Dimensi Lingkungan	16	26.7
a. Baik	44	73.3
b. Buruk		
Total	60	100

Berdasarkan distribusi responden menurut kualitas hidupnya, didapatkan responden yang memiliki kualitas hidup baik sebanyak 35 orang (58.3%) dan responden yang memiliki kualitas hidup buruk terdapat 25 orang (41.7%). Responden lansia yang memiliki kualitas hidup yang buruk berdasarkan kualitas kesehatan fisik lebih banyak dibandingkan dengan yang memiliki kualitas yang baik yaitu 43 orang (71.7%). Kualitas hidup responden berdasarkan dimensi psikologis terdapat sebagian besar baik yaitu 37 orang (61.7%). Responden yang memiliki kualitas hidup baik dan buruk sama jumlahnya berdasarkan dimensi personal sosial. Sedangkan Pada dimensi lingkungan, kualitas hidup yang buruk lebih banyak dibandingkan yang baik yaitu sebanyak 44 orang (73.3%).

#### D. Hasil Tabulasi Silang Variabel Karakteristik Subyek dengan Kualitas Hidup Lansia Secara Umum

**Tabel 7.** Kualitas Hidup Lansia dengan Pekerjaan

Variabel (Pekerjaan)	Kualitas Hidup Lansia Secara Umum		Total (%)
	Buruk (%)	Baik (%)	
Tidak bekerja/Pensiunan	9 (47.4)	10(52.6)	100
Bekerja	16 (39.0)	25(61.0)	100

Berdasarkan variabel pekerjaan, responden yang tidak bekerja atau pensiunan memiliki kualitas hidup yang buruk (47.4%). Sedangkan responden yang bekerja memiliki kualitas hidup yang baik (61.0%).

**Tabel 8.** Kualitas Hidup Lansia dengan Status Pernikahan

Variabel	Kualitas Hidup Lansia	Total
----------	-----------------------	-------

(Status Pernikahan)	Secara Umum (%)		Total (%)
	Buruk (%)	Baik (%)	
Menikah	15 (34.9)	28 (65.1)	100
Tidak Menikah	10 (58.8)	7 (41.2)	100

Berdasarkan variabel pasangan hidup, responden yang memiliki pasangan hidup, memiliki kualitas hidup yang buruk (34.9%). Sedangkan responden yang tidak memiliki pasangan hidup, memiliki kualitas hidup yang buruk (58.8%).

**Tabel 9.** Kualitas Hidup Lansia dengan Riwayat Penyakit Kronis Lain

Variabel (Riwayat Penyakit Kronis)	Kualitas Hidup Lansia Secara Umum		Total (%)
	Buruk (%)	Baik (%)	
Ya	4 (28.6)	10 (71.4)	100
Tidak	21 (45.7)	25 (54.3)	100

Berdasarkan variabel riwayat penyakit kronis lainnya, responden yang memiliki riwayat penyakit kronis lain, memiliki kualitas hidup yang buruk (28.6%). Sedangkan responden yang tidak memiliki riwayat penyakit kronis, memiliki kualitas hidup yang baik (54.3%).

**Tabel 10.** Kualitas Hidup Lansia dengan Usia

Variabel (Usia)	Kualitas Hidup Lansia Secara Umum		Total (%)
	Buruk (%)	Baik (%)	
Diatas Rerata	12(42.9)	16(57.1)	100
Dibawah Rerata	13(40.6)	19(59.4)	100

Berdasarkan variabel usia didapatkan kelompok diatas rerata memiliki kualitas hidup yang buruk dengan presentase 42.9%. Pada responden lansia dengan usia dibawah rerata memiliki kualitas hidup yang baik dengan presentase 59.4%.

Variabel (Jenis Kelamin)	Kualitas Hidup Lansia Secara Umum		Total (%)
	Buruk (%)	Baik (%)	
Laki-Laki	12 (37.5)	20 (62.5)	100
Perempuan	13 (46.4)	15 (53.6)	100

**Tabel 11.** Kualitas Hidup Lansia dengan Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin, pada responden laki-laki didapatkan kualitas hidup yang baik dengan presentase 62.5%. Sedangkan responden perempuan didapatkan kualitas hidup yang buruk dengan presentase 46.4%.

**Tabel 12.** Kualitas Hidup Lansia dengan Tingkat Pendidikan

Pada responden yang tidak bersekolah memiliki kualitas hidup yang buruk (28.0%), responden dengan pendidikan SD memiliki kualitas hidup yang baik (48.4%), responden dengan pendidikan SMP memiliki kualitas hidup buruk (100%), responden dengan pendidikan SMA/Sederajat memiliki kualitas hidup baik 50% dan responden yang pendidikan lainnya yaitu Perguruan Tinggi memiliki kualitas buruk 0%.

## PEMBAHASAN

### A. Gambaran status tekanan darah lansia

Dari hasil penelitian mengenai frekuensi distribusi hipertensi dengan menggunakan sampel penelitian masyarakat di wilayah kerja puskesmas Rendang, didapatkan kasus hipertensi grade I sebanyak 26 kasus(43.3%) dan hipertensi grade II sebanyak 34 kasus(56.7%) dengan total 60 sampel(100%) penduduk usia lanjut di wilayah tersebut. Penelitian Dewhurst (2013) pada lansia di Tanzania, dimana didapatkan prevalensi hipertensi pada lansia cukup tinggi yaitu 69.9% dari 2223 lansia. Stockslager (2008) menyebutkan bahwa insiden hipertensi meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Hal ini juga sejalan dengan penelitian dimana hipertensi menempati 87% kasus pada orang yang berusia diatas 60 tahun. Manuel (2001) menyebutkan bahwa tekanan darah sistolik dan diastolik meningkat dengan bertambahnya usia.

*National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)* menyebutkan 65% orang diatas usia 65 tahun menderita hipertensi. Hipertensi pada lansia dimulai dengan atherosklerosis, gangguan struktur anatomi pembuluh darah perifer yang berlanjut dengan kekakuan pembuluh darah. Kekakuan pembuluh darah disertai dengan penyempitan dan kemungkinan pembesaran *plaque* yang menghambat gangguan peredaran darah perifer. Kekakuan dan kelambanan alirandarah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang akhirnya dekomposisi dengan peningkatan upaya pemompaan jantung yang memberikan gambaran peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi (Yogiantoro, 2009).

Adanya hipertensi merupakan faktor risiko morbiditas dan mortalitas untuk orang lanjut usia. Hipertensi masih merupakan faktor risiko utama untuk stroke, gagal jantung penyakit koroner, dimana peranannya diperkirakan lebih besar dibandingkan pada orang yang lebih muda. Lebih dari separuh kematian diatas usia 60 tahun disebabkan oleh penyakit jantung dan serebrovaskuler.

Pencegahan hipertensi dapat dilakukan dengan pencegahan, primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer yaitu upaya awal pencegahan sebelum seseorang menderita hipertensi, dimana dilakukan penyuluhan faktor-faktor risiko hipertensi terutama pada kelompok risiko tinggi. Tujuan

Variabel (Tingkat Pendidikan)	Kualitas Hidup Lansia Secara Umum		Total (%)
	Buruk(%)	Baik (%)	
Tidak Sekolah	7 (28.0)	18 (72.0)	100
SD	16 (51.6)	15 (48.4)	100
SMP	1 (100)	0 (.0)	100
SMA /Sederajat	1 (50)	1 (50)	100
Lainnya	0 (.0)	1 (100)	100

pencegahan primer adalah untuk mengurangi insidensi penyakit dengan cara mengendalikan penyebab-penyakit dan faktor-faktor risikonya. Pencegahan sekunder yaitu upaya pencegahan hipertensi yang sudah pernah terjadi untuk berulang atau menjadi berat. Pencegahan ini ditujukan untuk mengobati para penderita dan mengurangi akibat-akibat yang lebih serius dari penyakit, yaitu melalui diagnosis dini dan pemberian pengobatan. Dalam pencegahan ini dilakukan pemeriksaan tekanan darah secara teratur dan juga kepatuhan berobat bagi orang yang sudah pernah menderita hipertensi. Pencegahan tersier yaitu upaya mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat atau kematian. Upaya yang dilakukan pada pencegahan tersier ini yaitu menurunkan tekanan darah sampai batas aman dan mengobati penyakit yang dapat memperberat hipertensi. Pencegahan tersier dapat dilakukan dengan follow up penderita hipertensi yang mendapat terapi dan rehabilitasi. Follow up ditujukan untuk menentukan kemungkinan dilakukannya pengurangan atau penambahan dosis obat.

### B. Gambaran Kualitas Hidup Lansia

Pada hakekatnya, gambaran kualitas hidup seseorang hanya dapat digambarkan oleh orang itu sendiri secara subjektif dan tidak dapat didefinisikan secara pasti (Cella, 1992). Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronik yang disebabkan oleh multifaktorial dan berimplikasi ke banyak hal dalam kehidupan penderita. Di samping implikasi terhadap organ, hipertensi dapat memberikan pengaruh terhadap kehidupan sosial ekonomi dan kualitas hidup seseorang. Beberapa studi menyebutkan bahwa individu dengan hipertensi memiliki skor yang lebih rendah di hampir semua dimensi yang diukur berdasarkan kuesioner WHOQOL dibandingkan dengan populasi. Hal ini disebabkan karena hipertensi dapat memberikan pengaruh buruk terhadap vitalitas, fungsi sosial, kesehatan mental, dan fungsi psikologis. (Theodorou, Mamas et al, 2011). Sofiana (2011) menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara hipertensi dengan kualitas hidup yang menurun, disebutkan bahwa lansia dengan hipertensi 4.6 kali hidupnya kurang berkualitas dibandingkan dengan lansia yang tidak mengalami hipertensi.

Pada penelitian ini, ditinjau dari dimensi kesehatan fisik, lansia dengan hipertensi, ditemukan kualitas hidup yang buruk sebesar 71.7%. Soni, et al (2010) dalam penelitiannya juga mengemukakan



bahwa terdapat hubungan antara hipertensi dengan kualitas hidup yang rendah, terutama pada dimensi fisik dan psikologis. Stanley et al (2011) juga mendapatkan hasil dimana pada pasien hipertensi didapatkan kualitas hidup lebih buruk pada dimensi kesehatan fisik.

Tekanan darah tinggi atau hipertensi yang tidak terkontrol dan menyebabkan terjadi komplikasi yang dapat berujung pada terjadinya morbiditas dan mortalitas diduga menjadi salah satu mekanisme dari buruknya dimensi kesehatan fisik pada lansia dengan hipertensi. Pada beberapa studi lain menyebutkan, individu dengan hipertensi dilaporkan mengalami gejala-gejala seperti sakit kepala, depresi, cemas, dan mudah lelah. Gejala-gejala ini dilaporkan dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang pada berbagai dimensi terutama dimensi fisik. Oleh karena itu, dalam menangani individu dengan hipertensi sangat penting untuk mengukur kualitas hidup agar dapat dilakukan manajemen yang optimal. (Theodorou, Mamas et al, 2011)

Kualitas hidup yang buruk pada dimensi kesehatan fisik dapat dicegah dengan melakukan pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Kualitas hidup kesehatan fisik yang baik dapat tercapai dan terpelihara jika pasien dapat mengontrol penyakitnya secara teratur. Dengan melakukan pengobatan yang rutin dan baik, gejala klinis dapat berkurang dan timbulnya komplikasi cenderung menurun. Pelaksanaan program dari puskesmas untuk meningkatkan kualitas hidup lansia di bidang kesehatan fisik juga dapat semakin digalakkan, seperti posyandu lansia, puskesmas keliling, senam lansia dan program lainnya yang dapat meningkatkan kualitas kesehatan para lansia.

Kualitas hidup jika ditinjau dari dimensi psikologisnya, responden lansia dengan hipertensi yang memiliki kualitas hidup yang buruk didapat sebanyak 38.3%. Hasil penelitian yang didapat bertolak belakang dengan yang dipaparkan oleh Stanley et al (2011) yang mendapatkan hasil dimana pada pasien hipertensi kualitas hidup psikologisnya buruk, yaitu dengan presentase 67.8%. Hal ini sesuai Begitu pula dengan penelitian Wang, et al (2009) di China yang menyebutkan bahwa hipertensi secara nyata mengganggu kualitas hidup, baik dari dimensi kesehatan fisik dan psikologis.

Adanya proses patologis akan mengakibatkan penurunan kemampuan fisik pada pasien hipertensi, yang dimanifestasikan dengan kelemahan, rasa tidak berenergi, pusing sehingga berdampak ke psikologis pasien dimana pasien merasa hidupnya tidak berarti akibat kelemahan dan proses penyakitnya yang merupakan penyakit terminal. Pasien dengan hipertensi juga harus mengkonsumsi obat seumur hidupnya untuk mencegah berbagai macam komplikasi

yang dapat timbul. Hal ini memberikan dampak psikologis yang kurang baik terhadap pasien.

Namun hasil yang didapat pada penelitian ini masih mungkin terjadi, menurut Kartini dan Fitri(2014) mengemukakan bahwa orang dengan hipertensi yang memiliki optimisme dapat mengurangi perasaan dan pandangan negatif terhadap masalah menurut cara pandang yang lebih positif sehingga menimbulkan perasaan mampu menghadapi masalah kesehatan fisik dan psikis yang dialami untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Dan menurut penelitian yang dilakukan Riana(2014) adanya hubungan penyesuaian diri dengan kualitas hidup pada penderita hipertensi. Semakin baik penyesuaian diri maka akan semakin baik pula kualitas hidup yang dimiliki penderita hipertensi.

Kualitas hidup pada aspek personal sosial didapatkan hasil sebagai berikut, pada responden lansia dengan hipertensi, kualitas hidup dimensi personal sosial ditemukan kualitas hidup yang buruk sebesar 50.0%. Menurut penelitian Sofiana (2009) yang menyebutkan bahwa pada pasien dengan hipertensi, peningkatan tekanan darah ke otak akan menyebabkan penurunan vaskularisasi di area otak yang mengakibatkan pasien sulit untuk berkonsentrasi, mudah marah, merasa tidak nyaman, dan berdampak pula pada aspek sosial dimana pasien tidak mau bersosialisasi karena merasakan kondisinya yang tidak nyaman. Hal ini menyebabkan penurunan kualitas hidup personal sosialnya. Pada studi yang dilakukan oleh Poljicanin, Tamara et al, juga menyebutkan bahwa individu dengan penyakit hipertensi dapat memberikan pengaruh yang buruk terhadap kualitas hidup individu tersebut. Pada individu dengan penyakit tersebut, terjadi penurunan kualitas hidup pada hampir seluruh dimensi yang diukur berdasarkan kuesioner WHO dimana yang paling terpengaruh adalah dimensi kesehatan fisik dan hubungan sosial. (Poljicanin, Tamara et al, 2010)

Pada penelitian ini, responden lansia dengan hipertensi yang memiliki gambaran kualitas hidup personal sosialnya baik memiliki angka yang sama dengan yang buruk yaitu 50,0%, hal ini mungkin dapat disebabkan oleh tersedianya program puskesmas yang terlaksana dengan baik untuk lansia seperti posyandu lansia sehingga para lansia dapat saling berkumpul dan berkomunikasi dengan sesama lansia. Selain itu, banyaknya kegiatan adat di banjar dan tatanan rumah dari masyarakat adat Bali yang berdekatan antara sesama keluarga dan tetangga di daerah pedesaan memudahkan para lansia untuk bertemu dan saling bertukar pikiran. Kualitas hidup personal sosial dapat ditingkatkan dengan cara meningkatkan perhatian dari pasangan hidup, keluarga, *caregiver*, dan orang-orang disekitarnya.

Pada responden lansia dengan hipertensi, kualitas hidup lansia dimensi lingkungan didapatkan baik sebesar 26.7%. Dimensi lingkungan dapat dilihat dari dua aspek yaitu kebersihan tempat tinggal dan akses pelayanan kesehatan. Hal ini sangat disayangkan, karena melihat program Puskesmas keliling telah berjalan sesuai dengan jadwal dan diharapkan dapat menjangkau semua lansia yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Kemungkinan buruknya kualitas hidup lansia menurut dimensi lingkungan disebabkan dari sudut lingkungan tempat tinggal, kepuasan sampel terhadap kondisi tempat tinggal didapatkan masih kurang.

Kualitas lingkungan yang baik dapat didapatkan dari keadaan lingkungan pada lansia tergolong kurang baik. Hal ini mungkin dikarenakan sebagian besar dari lansia tinggal dengan anak ataupun keluarga besarnya, namun sibuk bekerja, ataupun tinggal sendiri, yang mengakibatkan kondisi tinggal yang kurang terpelihara. Mayoritas responden lansia bertempat tinggal cukup jauh dari sarana transportasi berupa kendaraan umum seperti bemo.

WHOQOL group (2004) dalam Murphy et al (2000), menyatakan kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu tersebut hidup, dan hubungan terhadap tujuan, harapan, standard dan keinginan. Hal ini merupakan suatu konsep yang dipadukan dengan berbagai cara seseorang untuk mendapat kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat independen, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan sekitarnya. Jadi kualitas hidup memiliki hubungan yang saling berkaitan antar tiap dimensinya untuk membentuk kualitas hidup yang baik secara umum.

Pada penelitian ini, fokus perhatian pada pasien hipertensi dan didapatkan kualitas fisik dan lingkungan yang buruk. Kualitas fisik yang buruk dapat mempengaruhi kualitas kerja yang akan memberi pengaruh pada kemampuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Berdasarkan segi kualitas lingkungan, penyakit yang diderita dapat menimbulkan beban finansial yang lebih apalagi jika lansia tidak memiliki jaminan kesehatan, hal ini akan menjadi beban dan secara tidak langsung mempengaruhi kemampuan lansia dalam pemenuhan kebutuhan yang lain. Kualitas lingkungan juga dipengaruhi oleh ketersediaan informasi, sarana kesehatan dan lingkungan rumah yang bersih dan memadai. Ketersediaan informasi dapat diperoleh dari penyuluhan yang sebaiknya diadakan secara rutin. Sarana kesehatan dan akses yang mudah untuk dijangkau membuat lansia dengan mudah untuk mengontrol penyakitnya sehingga secara tidak langsung mempengaruhi kualitas fisik dan psikologis.

Kualitas hidup lansia dapat ditingkatkan melalui beberapa program seperti posyandu lansia, Puskesmas keliling, senam lansia, penyuluhan dan perlu diberikannya jaminan kesehatan kepada lansia. Dengan terpenuhinya segala aspek tersebut maka kualitas hidup lansia yang baik dapat diwujudkan.

#### C. Kelemahan Penelitian

- Pada penelitian ini, hanya diteliti mengenai gambaran status tekanan darah terhadap kualitas hidup lansia sehingga perlu diteliti mengenai faktor-faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup lansia seperti karakteristik subyek, adanya penyakit kronis lain, dan kepatuhan lansia hipertensi dalam minum obat dimana menurut penelitian lain hal tersebut sangat bermakna dalam menentukan kualitas hidup lansia.
- Beberapa definisi operasional variabel hanya didasarkan secara klinis dan wawancara tanpa pemeriksaan objektif.
- Jenis penelitian deskriptif kuantitatif tidak dapat mencari faktor yang bermakna mempengaruhi kualitas hidup lansia.

#### SIMPULAN

Dalam penelitian ini, kesimpulan yang didapat adalah

- A. Jumlah responden terbanyak adalah lansia kelompok dibawah rerata (53.3%), jenis kelamin laki-laki (53.3%), tingkat pendidikan SD (51.7%), bekerja (68.3%), pendamping hidup (suami/istri) masih ada (71.7%), dan mempunyai riwayat penyakit kronis selain hipertensi (23.3%).
- B. Kualitas hidup lansia secara umum baik (58.3%), kualitas kesehatan fisik lansia buruk (71.7%), kualitas psikologis baik (61.7%), kualitas personal sosial tidak terlalu berpengaruh (50.0%) dan kualitas lingkungan buruk (73.3%).

#### SARAN

- A. Sebagai masukan kepada Puskesmas Rendang untuk mematangkan kembali program bagi para lansia sehingga para lansia di wilayah kerja Puskesmas Rendang memiliki kualitas hidup yang baik terutama dari aspek kesehatan fisik dan lingkungan.
- B. Kepada peneliti lain disarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai kualitas hidup pada lansia sehingga didapatkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia secara bermakna.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Angelats EG et.al. Hypertension, Hypertensive Crisis and Hypertensive Emergency: Approaches to Emergency Department Care, *Emergencies* 2010;22:209-19

2. Chobaniam A.V, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (2003). JAMA 289 (19) : 2650
3. Depkes RI. (2011). Prevalensi Hipertensi di Indonesia. Diakses pada tanggal 23 Februari 2015, dari <http://www.depkes.go.id>
4. Jang et al. Association of early systolic blood pressure response to exercise with future cardiovascular events in patients with uncomplicated mild-to-moderate hypertension. 2005
5. Kemenkes RI. Buletin Jendela Data dan Informasi Penyakit Tidak Menular. Diakses pada tanggal 15 Februari 2015.
6. Mahmood, et.al. Prevalence and Epidemiological Correlates of Hypertension among Labour Population. National Journal of Community Medicine 2011 Volume 2 Issue 1
7. Power MJ. et.al. Quality of Life. Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures. Washington DC American Psychological Association - WHOQOL Group. 2004.
8. Sugiharto, A. Faktor-faktor resiko hipertensi grade II pada masyarakat – sebuah studi kasus di Kabupaten Karanganyar. 2008. Diakses pada tanggal 1 Maret 2015, dari [http://eprints.undip.ac.id/16523/1/Aris\\_Sugiharto.pdf](http://eprints.undip.ac.id/16523/1/Aris_Sugiharto.pdf)
9. Theodorou, Mamas et al. Quality of life measurement in patients with hypertension in Cyprus. Hellenic journal of cardiology : HJC = Hellēnikē kardiologikē epitheōrēsē, 2011; 52 (5) doi:None 2011

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN HIPERTENSI DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS SIDOMULYO KECAMATAN TAMPAN PEKANBARU**

**Nur Azmi<sup>1</sup>, Darwin Karim<sup>2</sup>, Fathra Annis Nauli<sup>3</sup>**

Fakultas Keperawatan

Universitas Riau

Email: [Khafsahkhumairah@gmail.com](mailto:Khafsahkhumairah@gmail.com)

**Abstract**

*Hypertension is a chronic problem (lifelong), is a silent killer with the highest prevalence rates in the whole world. This condition can affect the quality of life of the elderly. This study aims to find out the description of the quality of life of elderly hypertension in the working area of Sidomulyo Public Health Center, Tampan District, Pekanbaru. This study uses a quantitative descriptive design with a cross sectional approach. This study was conducted on 61 respondents using accidental sampling techniques. The measuring instrument used is the WHOQOL-BREF questionnaire sheet which is a questionnaire to measure quality of life that was modified previously and has been tested for validity and reliability. Data analysis used is univariate analysis to see frequency distribution. The results showed that the quality of life was good physical health domain (54.1%), good quality of life in the psychological domain (68.9%), good quality of life in the social domain (60.7%), good quality of life in the environmental domain (54.1%), the quality of life both the welfare domain (63.9%), the quality of life both the spiritual domain (75.4%), and the quality of life in general shows (54.1%) the respondents have a good quality of life. This study recommends people especially those who have elderly family members to pay more attention to a healthy lifestyle to avoid further complications of hypertension.*

*Keywords: Hypertension, Quality of Life, Elderly*

**PENDAHULUAN**

Organisasi kesehatan dunia (WHO, 2002) jumlah penduduk lansia di dunia pada tahun 2025 mencapai 1,2 miliar, dan terus meningkat pada tahun 2050 sebanyak 2 miliar orang (Sovariova, 2016). Peningkatan jumlah penduduk lansia juga terjadi di Indonesia, berdasarkan sensus penduduk yang dilakukan Badan Pusat Statistik tahun 2013, didapatkan jumlah lansia pada tahun 2015 sebesar 8,49%, dan pada tahun 2020 jumlah penduduk lanjut usia sebesar 9,99% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Pada tahun 2025 meningkat menjadi 11,83% dari jumlah seluruh penduduk Indonesia 22.227.700 jiwa (Tjahjono, 2017). Peningkatan jumlah lansia dari tahun ketahun, menjadikan Indonesia termasuk kedalam lima besar Negara dengan jumlah penduduk lansia terbanyak di dunia (Puti, Fitriana, Ninggrum, & Sulastri, 2015).

Jusup (2011) mengatakan bahwa lansia merupakan proses akhir dari perkembangan manusia. Proses akhir perkembangan ditandai dengan menurunnya fungsi imun tubuh termasuk penurunan sistem kardiovaskuler. Salah satu masalah yang dihadapi lansia pada penurunan fungsi kardiovaskuler adalah hipertensi (Anggraini, 2009).

Hipertensi merupakan kondisi medis dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara kronis (Fitri, 2016). Hipertensi pada lansia terjadi karena adanya penebalan pada dinding arteri yang mengakibatkan penumpukkan zat kolagen pada lapisan otot, sehingga pembuluh darah berangsur-angsur mengalami penyempitan dan menjadi kaku (Novitaningtyas, 2014). Penyempitan yang terjadi pada sistem peredaran darah menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal (Suardana, 2010). Kenaikan tekanan darah merupakan keabnormalan peningkatan tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg (Aspiani, 2014). Akibat dari peningkatan tekanan darah menimbulkan gejala seperti pusing, pandangan kabur, sakit kepala, dan mengantuk (Palmar dan williams, 2007).

Penyakit hipertensi di Indonesia sering terjadi pada perempuan, mulai dari usia diatas 45 tahun, sedangkan pada laki-laki hanya sebagian kecil yang menderita hipertensi. Hal ini terjadi karena pada perempuan yang belum monopouse dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL). Kadar



kolesterol HDL rendah dan tingginya kolesterol mempengaruhi terjadinya proses aterosklerosis dan mengakibatkan peningkatan pada tekanan darah (Novitaningtyas, 2014).

Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang paling tinggi, angka *proportional mortality rate* akibat hipertensi di seluruh dunia mencapai 13% atau 8 juta kematian setiap tahunnya (Anbarasan, 2015). Sebanyak 1 milyar lansia di dunia atau 1 dari 4 lanjut usia menderita hipertensi. Bahkan diperkirakan jumlah lansia yang menderita hipertensi akan meningkat menjadi 1,6 milyar menjelang tahun 2025 (Kustanti, 2012). *American society of hypertension and international society of hypertension* melaporkan 1/3 orang dewasa mengalami hipertensi di Negara maju dan berkembang (Bhandari, 2016). Sebagian besar penderita hipertensi berada di negara berkembang, termasuk di Indonesia (Anbarasan, 2015). Hipertensi menempati urutan pertama pada masalah kesehatan lansia di Indonesia (Kemenkes RI, 2016). Lebih dari 10% populasi orang dewasa di Indonesia mengidap hipertensi (Tara, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian Novitaningtyas (2014) tentang hubungan karakteristik (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan) dan aktivitas fisik dengan tekanan darah pada lansia didapatkan lansia perempuan lebih tinggi mengalami hipertensi dibanding lansia laki-laki. Hasil penelitian Trevisol (2013) tentang *health-related quality of life and hypertension a systematic review and meta analysis of observational studies* pada lansia dengan hipertensi didapatkan kualitas hidup buruk, dibandingkan pada lansia yang memiliki tekanan darah normal. Adanya penurunan fungsional tubuh dan penyakit hipertensi akan memperburuk kualitas hidupnya. Hasil penelitian Bhandari dkk, (2016) tentang *quality of life of patient with hypertension in kathmandu* di dapatkan kualitas hidup rendah atau buruk pada pasien dengan hipertensi, hal ini sejalan dengan bertambahnya usia seseorang. Hasil penelitian Suardana (2014) dimana lansia dengan hipertensi memiliki kualitas hidup yang baik

karena adanya dukungan keluarga yang baik juga.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 26 februari 2018 di Puskesmas Sidomulyo. Hasil wawancara dengan 5 orang lansia yang datang berobat ke puskesmas sidomulyo didapatkan 4 orang mengalami hipertensi. 4 lansia mengatakan bahwa mereka menyadari banyak perubahan yang terjadi pada dirinya, mereka cenderung lebih sensitive, lebih sering tidur, malas-malasan dalam melakukan aktivitas, mudah tersinggung dengan ucapan orang lain. Lansia juga mengalami kecemasan, karena memikirkan penyakit hipertensinya. Lansia juga mengatakan jika mereka sudah seperti ketergantungan dengan obat. Oleh sebab itu, peneliti ingin mengetahui gambaran kualitas hidup lansia dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Kecamatan Tampan Pekanbaru.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi dan referensi dalam peningkatan dan pedoman tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah kesehatan lansia terutama masalah hipertensi.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah Puskesmas Sidomulyo Kecamatan Tampan Pekanbaru yang dimulai dari bulan Februari sampai bulan Juli 2018. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif yang bertujuan untuk mendiskripsikan peristiwa - peristiwa urgen yang terjadi pada masa kini dengan pendekatan *cross sectional* (Nursalam, 2008) untuk mengetahui gambaran kualitas hidup lansia dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Kecamatan Tampan Pekanbaru.

Populasi dari penelitian ini adalah seluruh lansia dengan hipertensi yang berkunjung ke Puskesmas Sidomulyo. Pengambilan sampel menggunakan metode *sampling accidental* yaitu teknik pengambilan responden yang kebetulan ada atau tersedia disuatu tempat sesuai dengan konteks penelitian (Notoatmodjo, 2012). Sampel dalam penelitian ini yaitu 61 orang responden.

Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner

kualitas hidup *WHOQOL-BREF* yang berisikan biodata responden dan pertanyaan kuesioner kualitas hidup. Analisis data menggunakan analisis univariat. Analisis univariat adalah alat analisis yang hanya mengukur satu variabel dan sampel (Gani, 2015). Analisis univariat digunakan untuk mendapatkan data gambaran tentang variabel karakteristik pasien hipertensi yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, dan suku diolah dengan komputer menggunakan program SPSS.

## HASIL PENELITIAN

Berdasarkan penelitian didapatkan hasil sebagai berikut:

### 1. Karakteristik Responden

Tabel 1.

*Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden*

Karakteristik responden	Jumlah	Persentase%
<b>Umur</b>		
Usia lanjut	51	83,6
Usia tua	9	14,8
Usia sangat tua	1	1,6
Total	61	100
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	27	44,3
Perempuan	34	55,7
Total	61	100
<b>Tingkat pendidikan</b>		
Tidak sekolah	3	4,9
Sd	18	29,5
Smtp	13	21,3
Sma	18	29,5
Perguruan tinggi	9	14,8
Total	61	100
<b>Status pekerjaan</b>		
Pensiun	13	21,3
Pns	2	3,3
Wiraswasta	13	21,3
Petani	0	0
Buruh	2	3,3
Irt	21	34,4
Tidak bekerja	10	16,4
Total	61	100
<b>Status perkawinan</b>		
Masih memiliki pasangan	19	31,1
Janda	36	59,0
Duda	6	9,8
Total	61	100
<b>Suku</b>		
Minang	37	60,7
Batak	2	3,3
Melayu	19	31,1
Jawa	3	4,9
Total	61	100

Tabel 1 di atas menunjukkan distribusi responden berdasarkan karakteristik responden. Mayoritas lansia terbanyak dengan umur 60-74 (83,6%), mayoritas jenis kelamin perempuan (55,7%), mayoritas pendidikan SD (29,5%), mayoritas pekerjaan terbanyak adalah IRT (34,4%), mayoritas janda (59,0%), dan berdasarkan suku, mayoritas suku minang banyak menderita hipertensi (60,75%).

### 2. Kualitas hidup perdomain

Tabel 2.

*Distribusi Responden Berdasarkan Domain Kualitas Hidup Lanisa*

Domain kualitas hidup	Jumlah	Presentase %
<b>Domain fisik</b>		
Kualitas hidup baik	33	54,1
Kualitas hidup buruk	28	45,9
Total	61	100
<b>Domain psikologis</b>		
Kualitas hidup baik	42	68,9
Kualitas hidup buruk	19	31,1
Total	61	100
<b>Domain sosial</b>		
Kualitas hidup baik	37	60,7
Kualitas hidup buruk	24	39,3
Total	61	100
<b>Domain lingkungan</b>		
Kualitas hidup baik	33	54,1
Kualitas hidup buruk	28	45,9
Total	61	100
<b>Domain kesejahteraan</b>		
Kualitas hidup baik	39	63,9
Kualitas hidup buruk	22	36,1
Total	61	100
<b>Domain spiritual</b>		
Kualitas hidup baik	46	75,4
Kualitas hidup buruk	15	24,6
Total	61	100

Tabel 2 di atas menunjukkan distribusi responden berdasarkan domain kualitas hidup. Didapatkan distribusi responden domain fisik rata-rata memiliki kualitas hidup baik (54,1%), domain psikologis rata-rata memiliki kualitas hidup baik (68,9%), domain sosial rata-rata memiliki kualitas hidup baik (60,7%), domain lingkungan rata-rata memiliki kualitas hidup baik (54,1%), domain kesejahteraan rata-rata memiliki kualitas hidup baik (63,9%), dan domain spiritual dengan kualitas hidup baik (75,4%).



### 3. Kualitas hidup secara umum

Tabel 3.

*Distribusi responden berdasarkan domain kualitas hidup secara umum*

Kualitas hidup lansia	Jumlah	Presentase %
Baik	33	54,1
Buruk	28	45,9
Total	61	100

Tabel 3 di atas menunjukkan distribusi responden berdasarkan kualitas hidup secara umum yang terbanyak yaitu kualitas hidup baik dengan jumlah 33 orang responden (54,1%).

## PEMBAHASAN

### 1. Karakteristik Responden

#### a. Usia

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 61 orang diketahui bahwa sebagian besar responden berada pada usia lanjut yaitu usia 60-74 tahun sebanyak (83,6%). Lansia merupakan fase akhir dari proses perkembangan yang wajar dan tidak dapat dihindari. Fase kehidupan yang dialami manusia yang diikuti semakin berkurangnya fungsi-fungsi organ tubuh (Sunaryo, 2015).

Bertambahnya usia menyebabkan tekanan darah meningkat, hal ini terjadi karena pada usia tua umumnya terjadi penurunan pada sistem kardiovaskuler. Katub jantung mengalami penebalan dan menjadi kaku, serta terjadinya penurunan elastisitas dari aorta dan arteri-arteri besar lainnya, sehingga darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh darah yang sempit dari biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan darah (Novitaningtyas, 2014).

#### b. Jenis Kelamin

Penelitian yang didapatkan terhadap 61 orang responden mendapatkan hasil bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 34 orang (55,7%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Astari, dkk (2012) rata-rata perempuan mengalami peningkatan resiko tekanan darah tinggi. Hal ini terjadi karena pada perempuan mengalami masa menopause dan penurunan pada sistem

endokrin seperti hormon estrogen dan progesteron. Perempuan yang belum mengalami menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL) yang berfungsi sebagai sarana transportasi kolesterol dari arteri dan jaringan ke liver untuk didaur ulang sehingga arteri menjadi bersih. Kadar kolesterol HDL rendah dan tingginya kolesterol LDL (*Low Density Lipoprotein*) akan mempengaruhi proses terjadinya aterosklerosis (Novitaningtyas, 2014).

Selain itu, antara perempuan dan laki-laki memiliki respon yang berbeda dalam menghadapi masalah, laki-laki lebih cenderung tidak peduli terhadap kesehatan, sedangkan perempuan lebih peduli terhadap kesehatannya dan perempuan lebih banyak ditemukan melakukan pemeriksaan kesehatannya (Herlinah, 2013).

#### c. Suku

Hasil penelitian didapatkan karakteristik responden menurut jenis suku mayoritas adalah suku minang (60,7%). Hal ini bisa dipicu karena kecenderungan orang minang menyukai makanan atau masakan yang pedas dan bersantan. Makanan bersantan banyak mengandung kolesterol yang terdapat dalam LDL yang akan menumpuk pada dinding pembuluh darah dan membentuk plak. Plak yang menumpuk pada dinding pembuluh darah akan bercampur dengan protein dan ditutupi oleh sel-sel otot dan kalsium yang akhirnya berkembang menjadi aterosklerosis. Pembuluh darah koroner yang mengalami aterosklerosis menjadi tidak elastis dan mengalami penyempitan, sehingga tahanan aliran darah dalam pembuluh darah koroner mengalami peningkatan, peningkatan akan memicu terjadinya hipertensi (Simatupang, 2017).

#### d. Pekerjaan

Hasil penelitian didapatkan karakteristik responden menurut pekerjaan mayoritas adalah sebagai ibu rumah tangga (IRT) (34,4%). Hal ini bisa dipicu karena, Ibu Rumah Tangga memiliki pekerjaan yang beranekaragam. Cakupan kegiatan Ibu Rumah Tangga sangat luas seperti menjaga

kebersihan, mengasuh anak, sebagai patner suami, memasak, sebagai pengatur rumah tangga, dan peranan sebagai patner hidup. Banyaknya peran yang harus dijalankan oleh Ibu Rumah Tangga menyebabkan Ibu Rumah Tangga sering mengalami stres yang tinggi. Stres akan mempengaruhi aktivitas saraf simpatis yang dapat meningkatkan tekanan darah. Stres atau ketegangan jiwa (rasa tertekan, bingung, cemas, rasa berdebar-debar, rasa marah, dan dendam), dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepas hormon adrenalin dan memacu denyut jantung lebih cepat serta lebih kuat, sehingga tekanan darah meningkat dan terjadi hipertensi (Hermawan, 2014).

**e. Status perkawinan**

Hasil penelitian didapatkan karakteristik responden menurut status perkawinan mayoritas janda (59,0%). Pasien yang tidak memiliki pasangan hidup memiliki resiko yang lebih tinggi untuk menderita hipertensi, karena tidak adanya pasangan yang menemani dalam kehidupan sehari-hari menjadikan responden tidak ada yang membantu dalam proses pengendalian tekanan darah. Adanya perasaan takut dan khawatir karena tinggal sendiri menjadikan responden semakin stress sehingga tekanan darah cenderung tinggi (Artiyaningrum, 2016).

**f. Tingkat pendidikan**

Hasil penelitian yang di dapatkan karakteristik responden menurut pendidikan mayoritas adalah SD (29,5%). Hal ini menunjukkan hipertensi pada lansia cenderung terjadi pada seseorang yang memiliki tingkat pendidikan dalam kategori dasar. Tingkat pendidikan sangat erat kaitannya dengan ilmu pengetahuan yang berperan penting dalam perilaku yang berkaitan dengan kesehatan (Apriany, 2012). Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan semakin banyak pengetahuan yang mereka dapatkan. Sebaliknya jika seseorang memiliki pendidikan rendah, maka akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi maupun nilai-nilai

yang baru diperkenalkan (Wahyuni, 2013). Padahal pada saat ini banyak sumber informasi yang bisa didapatkan dalam bentuk promosi yang dilakukan oleh petugas kesehatan, dengan demikian lansia dapat mengetahui informasi tentang penyakit hipertensi meliputi diet rendah lemak, asin, dan mengetahui cara pencegahannya. Informasi mengenai hipertensi bersifat positif maka dimungkinkan dengan memiliki pendidikan yang baik akan mempengaruhi keberhasilan pengobatan (Wahyuni, 2014).

**2. Kualitas hidup lansia perdomain**

**a. Kualitas hidup lansia dengan hipertensi berdasarkan domain fisik**

Hasil penelitian kualitas hidup berdasarkan domain fisik didapatkan hasil kualitas hidup baik sebanyak 33 orang responden (54,1%). Hal ini terjadi karena rata-rata responden dalam penelitian ini masih memiliki energi yang cukup untuk beraktivitas. Cukupnya energi pada lansia akan mempermudah lansia melakukan aktivitas sehari-hari. Aktivitas yang dilakukan setiap hari oleh lansia akan memberikan kebugaran pada lansia. Kebugaran yang terpenuhi, akan meningkatkan kualitas hidup lansia (Hidayat, 2017).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Sagitta (2017) tentang hubungan aktivitas sosial dengan kualitas hidup lansia di padukuhan karang tengah nogotirto gamping sleman yogyakarta yang didapatkan hasil (25,0%) lansia yang memiliki aktivitas paling banyak mengalami kualitas hidup yang tinggi. Hal ini terjadi dikarenakan banyaknya aktivitas sosial dapat menurunkan kecemasan pada lansia, karena lansia dapat berbagi dengan sesama teman lansianya melalui aktivitas yang dilakukan bersama dalam kehidupan bermasyarakat. Sehingga dengan adanya aktivitas sosial dalam hidupnya, maka dapat meningkatkan kualitas hidup lansia (Sagitta, 2017).

**b. Kualitas hidup lansia dengan hipertensi berdasarkan domain psikologis**



Hasil penelitian kualitas hidup berdasarkan domain psikologis didapatkan hasil kualitas hidup baik sebanyak 42 orang responden (68,9%). Hal ini terjadi karena rata-rata lansia dalam penelitian ini tidak memiliki perasaan kesepian, putus asa dan cemas. Hal ini disebabkan karena rata-rata lansia masih tinggal bersama anak-anak, cucu, dan menantunya. Lansia yang kurang dukungan keluarga, dimana anggota keluarga sibuk dengan urusan masing-masing, hal ini menyebabkan lansia merasa tertekan akibat menyendiri sehingga harapan hidupnya kurang baik, dan mempengaruhi kualitas hidupnya menjadi tidak baik (Kartiningrum, 2017).

**c. Kualitas hidup lansia dengan hipertensi berdasarkan domain sosial**

Hasil penelitian kualitas hidup berdasarkan domain sosial didapatkan hasil kualitas hidup baik sebanyak 37 orang responden (60,7%). Hal ini dapat terjadi karena rata-rata responden dalam penelitian ini sering mendapatkan dukungan dari teman-teman seusianya. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Azwan (2015) tentang hubungan dukungan sosial teman sebaya dengan kualitas hidup lansia dipanti sosial tresna werdha yang didapatkan hasil (75,9%) lansia memiliki dukungan sosial teman sebaya yang positif dengan kualitas hidup tinggi. Hal ini terjadi karena dukungan sosial dari teman sebaya akan mempengaruhi respon-respon dan perilaku lansia sehingga berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia. Selain itu dengan adanya dukungan sosial yang diberikan oleh teman sebaya akan memotivasi lansia untuk lebih baik dalam melakukan aktivitas sehari-hari maupun masalah yang dihadapinya (Azwan, 2015).

**d. Kualitas hidup lansia dengan hipertensi berdasarkan domain lingkungan**

Hasil penelitian kualitas hidup berdasarkan domain lingkungan didapatkan hasil kualitas hidup baik sebanyak 33 orang responden (54,1 %). Hal ini dapat terjadi karena rata-rata responden dalam penelitian ini, lingkungan disekitar tempat tinggalnya adalah lingkungan yang sehat, dan rata-rata responden dalam penelitian ini puas dengan

kondisi tempat tinggalnya saat ini. Hal ini sesuai dengan penelitian Pradono (2009) tentang kualitas hidup penduduk Indonesia menurut internasional classification of functioning, disability and health (ICF) faktor-faktor yang mempengaruhinya, yang didapatkan hasil rumah dengan lingkungan yang tidak bermasalah memiliki kualitas hidup baik (70,9%). Hal ini disebabkan karena penduduk yang tinggal dalam rumah dengan lingkungan terpapar beresiko 1,4 kali mengalami masalah kesehatan dibandingkan dengan yang tinggal pada rumah dengan lingkungan yang tidak terpapar.

**e. Kualitas hidup lansia dengan hipertensi berdasarkan domain kesejahteraan**

Hasil penelitian kualitas hidup berdasarkan domain kesejahteraan didapatkan hasil kualitas hidup baik sebanyak 39 orang responden (63,9%). Hal ini terjadi karena rata-rata responden dalam penelitian ini tidak mengurangi aktivitas sehari-hari dalam kondisi dengan hipertensi, dan responden rata-rata mengatakan merasakan nyaman dalam kondisi saat ini. Rasa nyaman yang lansia rasakan, dikarenakan adanya hubungan dan dukungan keluarga yang baik. Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, jika salah satu dari keluarga mengalami masalah kesehatan, maka akan mempengaruhi fungsi keluarga. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Yulianti (2015) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup lansia di desa pogungrejo purworejo didapatkan kualitas hidup baik pada lansia (52,6%). Keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Keluarga yang berperan merawat, menjaga, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi, serta memberikan motivasi. Dukungan keluarga yang tinggi dapat menurunkan angka kesakitan dan angka kematian serta dengan adanya dukungan dan perhatian yang diberikan keluarga menyebabkan lansia aman dan nyaman

terhadap kesejahteraan hidupnya (Kustanti, 2012).

**f. Kualitas hidup lansia dengan hipertensi berdasarkan domain spiritual**

Hasil penelitian kualitas hidup berdasarkan domain spiritual didapatkan hasil kualitas hidup baik sebanyak 46 orang responden (75,4 %). Hal ini terjadi karena rata-rata responden lansia dalam penelitian ini beragama islam, dan rata-rata responden memiliki kepercayaan yang tinggi terhadap sang pencipta, bahwa setiap penyakit yang terjadi adalah ujian dari yang maha kuasa. Hal ini akan berpengaruh terhadap kehidupan lansia, karena apabila lansia yang memiliki perkembangan spiritual yang matang, maka lansia akan mudah menghadapi kenyataan, berperan aktif dalam kehidupan, serta mudah merumuskan arti dan tujuan keberadaannya di dunia. Perasaan yang berharga dan rasa percaya diri terhadap dirinya akan mampu membuat lansia merasakan kehidupan yang terarah dan lebih baik yang akan mempengaruhi kualitas hidup (Ummah, 2016).

Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian Dewi (2016) tentang spiritualitas dan persepsi kesehatan lansia dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mayang Jember, didapatkan hasil 43,3% lansia hipertensi memiliki spiritual yang bagus. Spiritual yang bagus menggambarkan kedekatan hamba dengan tuhan. Kedekatan antara hamba dengan tuhan yang dibangun melalui aktivitas ritual ibadah dan doa yang dilaksanakan dengan keikhlasan akan membawa ketenangan dan kedamaian. Hal ini terjadi karena kedekatan hamba dengan tuhan akan memberikan perspektif hidup baru dan mendatangkan kekuatan bagi lansia dalam menjalani hidup (Dewi, 2016).

**3. Kualitas hidup lansia hipertensi secara umum.**

Hasil penelitian didapatkan kualitas hidup lansia dengan hipertensi memiliki kualitas hidup baik sebanyak 33 orang (54,1%) dan kualitas hidup lansia dengan hipertensi memiliki kualitas hidup buruk sebanyak 28 orang (45,9%). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

baik yaitu, faktor dukungan keluarga, lingkungan tempat tinggal yang tidak bermasalah, status ekonomi yang tinggi, dan daerah tempat tinggal (Pradono, 2009). Hasil kualitas hidup baik yang didapatkan dalam penelitian ini disebabkan karena rata-rata lansia yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo tinggal bersama keluarga yaitu anak-anak, menantu, dan cucu-cucunya. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Suardana (2014) yang didapatkan hasil sebanyak 31 orang responden (52,5%) dengan kualitas hidup baik. Hal ini disebabkan karena adanya dukungan keluarga yang baik. keluarga memegang peranan penting dalam konsep sehat sakit anggota keluarga. Keluarga merupakan sistem terpenting yang mendukung perawatan langsung terhadap keluarga yang sakit. Individu yang mempunyai dukungan keluarga yang baik lebih cenderung mempertahankan perilaku kesehatannya dari pada individu yang tidak memiliki dukungan keluarga untuk mengubah perilaku kesehatannya (Suardana, 2014).

Faktor kedua yang mempengaruhi kualitas hidup baik pada lansia adalah faktor lingkungan tempat tinggal yang tidak bermasalah. Hasil kualitas hidup baik yang didapatkan dalam penelitian ini disebabkan karena rata-rata responden dalam penelitian ini, lingkungan disekitar tempat tinggalnya adalah lingkungan yang sehat, dan rata-rata responden dalam penelitian ini puas dengan kondisi tempat tinggalnya. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Pradono (2009) yang didapatkan hasil sebanyak (70,9%) lansia yang memiliki rumah dengan lingkungan yang tidak bermasalah memiliki kualitas hidup baik. Hal ini disebabkan karena lingkungan rumah yang tidak bermasalah berkaitan dengan penduduk yang memiliki kebiasaan perilaku berisiko yaitu lingkungan tempat tinggal yang masyarakatnya memiliki kebiasaan merokok atau minum alkohol atau kurang makan buah, sayur atau kurang beraktivitas (Pradono, 2009).

Faktor ketiga yang mempengaruhi kualitas hidup baik pada lansia adalah



faktor status ekonomi yang tinggi. Hasil kualitas hidup baik yang didapatkan dalam penelitian ini disebabkan karena rata-rata lansia yang tinggal diwilayah kerja Puskesmas Sidomulyo memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan mereka. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Pradono (2009) yang didapatkan hasil sebanyak (69,4%) lansia dengan status ekonomi kaya memiliki kualitas hidup baik. Hal ini terjadi karena orang yang memiliki status ekonomi yang tinggi akan mudah memenuhi kebutuhan makan-makanan yang sehat dan memiliki biaya untuk berobat. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Fitriana (2012) hipertensi lebih banyak terjadi pada masyarakat yang memiliki status ekonomi rendah, karena tidak adanya biaya untuk berobat dan menjaga pola hidup sehat seperti konsumsi makan-makanan yang sehat.

Faktor keempat yang mempengaruhi kualitas hidup baik pada lansia adalah faktor tempat tinggal. Hasil kualitas hidup baik yang didapatkan dalam penelitian ini disebabkan karena rata-rata lansia yang tinggal diwilayah kerja Puskesmas Sidomulyo merasa puas dengan akses pelayanan kesehatan yang tersedia dan puas dengan transportasi yang dijalani. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Pradono (2009) yang didapatkan hasil sebanyak (69,8%) lansia yang tinggal dikota memiliki kualitas hidup yang baik. Hal ini disebabkan karena dikota mudah menjangkau akses pelayanan kesehatan dibanding didesa yang susah mendapatkan pelayanan kesehatan.

Kualitas hidup lansia yang baik juga dipengaruhi oleh umur. Berdasarkan tiap umur menurut depkes RI, dibagi sebagai berikut. Fase virilities yaitu seseorang yang memiliki umur 45-55 tahun dan fase presenium yaitu seseorang yang memiliki umur 55-64 tahun. Kualitas hidup lansia hipertensi yang memiliki umur 45-55 tahun berada dalam kategori buruk. Hal ini dipengaruhi karena pada usia 45-55 merupakan masa pre-monopause sehingga tekanan darah menjadi meningkat. Hal ini disebabkan karena pada usia 45-55 tahun

mulai menghilangnya sedikit demi sedikit hormon estrogen pada wanita yang berfungsi sebagai pelindung pembuluh darah dari kerusakan. Hormon estrogen berperan dalam meningkatkan kadar kolesterol baik HDL yang tinggi bermanfaat untuk mencegah terjadinya aterosklerosis pada pembuluh darah yang menjadi pemicu utama peningkatan tekanan darah (Khomarun, 2014).

Sedangkan pada usia 55-64 didapatkan kualitas hidup yang buruk. Hal ini sesuai dengan penelitian Mewengkang (2017) yang didapatkan hasil kualitas hidup buruk pada lansia dengan hipertensi (20,0%). Hal ini disebabkan karena sering kali dipicu oleh perilaku gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok dan konsumsi minuman alkohol. Rokok yang mengandung nikotin dan karbon monoksida yang dihisap masuk kedalam aliran darah. Nikotin dan karbon monoksida dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri dan dapat mengakibatkan proses aterosklerosis dan tekanan darah tinggi (Arifin, 2016). Selain itu juga pada lansia hipertensi mengalami penumpukan zat kolagen pada pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah menjadi sempit dan memacu terjadinya hipertensi.

## SIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden yang terdiri dari 61 responden paling banyak berada pada umur dengan rentang 60-74 tahun (83,6%), jenis kelamin perempuan (55,7%), pendidikan SD (29,5%), pekerjaan IRT (34,4%), status perkawinan janda (59,0%), dan suku minang (60,7%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa 33 responden memiliki kualitas hidup baik (54,1%), dan 28 responden memiliki kualitas hidup buruk (45,9%), sehingga dapat disimpulkan bahwa rata-rata gambaran kualitas hidup pada lansia dengan hipertensi memiliki kualitas hidup yang baik.

## SARAN

### 1. Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan khususnya ilmu keperawatan dapat dijadikan sebagai



bahan informasi dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan komunitas dan sebagai referensi untuk menambah pengembangan ilmu pengetahuan.

2. Bagi Puskesmas

Bagi pihak puskesmas, diharapkan dapat memberi informasi yang jelas dan lengkap kepada pasien lansia hipertensi dan keluarga tentang pengobatan hipertensi dan cara mengatasi hipertensi, selain itu sebagai sumber informasi dalam memberikan asuhan keperawatan.

3. Bagi masyarakat

Keluarga responden diharapkan dapat mengerti mengenai dampak dari hipertensi dan cara-cara mencegah agar tidak terjadi komplikasi lanjut.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, hasil penelitian ini dapat berguna bagi peneliti selanjutnya sebagai pembandingan untuk melakukan penelitian lebih lanjut dan Perlu dikembangkan dengan analisis univariat yang berbeda yaitu, jenis agama, lama menderita penyakit, dan IMT.

<sup>1</sup>**Nur Azmi:** Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Riau, Indonesia

<sup>2</sup>**Darwin Karim:** Dosen Bidang Keilmuan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Keperawatan Universitas Riau, Indonesia

<sup>3</sup>**Fathra Annis Nauli:** Dosen Bidang Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Keperawatan Universitas Riau, Indonesia

#### DAFTAR PUSTAKA

Aspiani, R. Y. (2014). *Buku ajar asuhan keperawatan gerontik*. Jakarta Timur: Cv. Trans Info Media.

Anbarasan, S. S. (2015). Gambaran kualitas hidup lansia dengan hipertensi di wilayah kerja puskesmas rendang pada periode 27 february sampai 14 maret 2015. *Jurnal ISM*, Vol. 4 No. 1, September-Desember. Diperoleh pada tanggal 26 february 2018 dari <http://erepo.unud.ac.id/10882/>

Astari, P. D., Adiatmika, P. G., & Pande, R. D. D. (2012). Pengaruh senam lansia terhadap tekanan darah lansia dengan

hipertensi pada kelompok senam lansia di Banjar Kaja Sesetan Denpasar Selatan. Diperoleh pada tanggal 26 february 2018 dari [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35456145/5.Journal\\_senam\\_lansia.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35456145/5.Journal_senam_lansia.pdf)

Artiyaninggrum, B., & Azam, M. (2016). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi tidak terkontrol pada penderita yang melakukan pemeriksaan rutin. *Journal public health perspective* 1 (1) (2016). Diperoleh tanggal 25 Mei 2018 dari <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/hpj>

Anggraini, A. D., Waren, A., Situmorang, E., Asputra, H., & Siahaan, S.S. (2009). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada pasien yang berobat di poliklinik dewasa puskesmas bangkinang periode januari sampai juni 2008. Diperoleh tanggal 28 February 2018 dari <https://yayanakhyar.wordpress.com>

Azwan, Herlina, & Karim, D. (2015). Hubungan dukungan sosial teman sebaya dengan kualitas hidup lansia dipanti sosial tresna werdha. Diperoleh pada tanggal 2 Agustus 2018 dari <http://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSI-K/article/view/8258/7929>

Bhandari, N., Bhusal, B. R., K.C., T., & Lawot, I. (2016). Quality of life of patient with hypertension in Kathmandu. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(4), 379-384. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.10.002>

Dewi, P. R. (2013). Gambaran kualitas hidup pada lansia dengan normotensi dan hipertensi di wilayah kerja puskesmas gianyar 1 periode bulan november tahun 2013. Diperoleh pada tanggal 25 february 2018 dari <https://ojs.unud.ac.id>

Fitri, Y., Mulyani, N.S., Fitrianiingsih, E., & Suryana. (2016). Pengaruh pemberian aktivitas fisik (aerobic exercise) terhadap tekanan darah, IMT dan RLPP pada wanita obesitas. *Jurnal Ac Tion: aceh nutrition journal*, November 2016; 1(2):

- 105-110. Diperoleh tanggal 28 februari dari <http://ejournal.poltekkesaceh.ac.id>.
- Gani, I., & Amalia, S. (2015). *Alat analisis data: aplikasi statistik untuk penelitian bidang ekonomi dan sosial*. Yogyakarta: CV. Andi Offset
- Herlinah, L., Wiarsih, W., & Rekawati, E. (2013). Hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Diperoleh pada tanggal 23 Mei 2018 dari <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JK.K/article/view/987>
- Jusup, L. (2011). *Kiat menghadapi masalah kesehatan lansia + 35 resep pilihan hidangan sehat*. Jakarta: Gremidia Pustaka Utama
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Situasi lanjut usia di Indonesia. Di peroleh pada tanggal 10 juli 2017 dari [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)
- Kustanti, N. (2012). Kualitas hidup lansia dengan hipertensi di wilayah kerja puskesmas karangmalang kabupaten sragen. Diperoleh tanggal 28 februari 2018 dari [https://eprints.ums.ac.id/21955/15/02\\_NASKAH\\_PUBLIKASI\\_NORMA.pdf](https://eprints.ums.ac.id/21955/15/02_NASKAH_PUBLIKASI_NORMA.pdf)
- Novitanngtyas, T. (2014). Hubungan karakteristik (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan) dan aktivitas fisik dengan tekanan darah pada lansia di kelurahan makamhaji kecamatan kartasura kabupaten sukoharjo. Diperoleh tanggal 24 februari 2018 dari [https://eprints.ums.ac.id/29084/9/02\\_Naskah\\_Publikasi.pdf](https://eprints.ums.ac.id/29084/9/02_Naskah_Publikasi.pdf)
- Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta salemba medika
- Pradono, J., Hapsari, D., & Sari, P. (2009). Kualitas hidup penduduk indonesia menurut Internasional Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Diperoleh pada tanggal 29 Mei 2018 dari <https://media.neliti.com/media/publications/67481-ID-kualitas-hidup-penduduk-indonesia-menuru.pdf>.
- Putri, S. T., Fitriana, L. A., Ninggrum, A., & Sulastri, A. (2015). Studi komparatif: kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga dan panti. Diperoleh pada tanggal 5 Maret 2018 dari <http://ejournal.upi.edu/index.php/JPKI/article/download/1178/824>
- Simatupang, B. S. A., & Siregar, H. S. (2017). Korelasi mengkonsumsi makanan bersantan pada suku melayu dengan penyakit hipertensi di desa pertumbukan kecamatan stabat kabupaten langsung. Diperoleh pada tanggal 22 Mei 2018 dari <http://digilib.unimed.ac.id/28370/2/BSA%20Simatupang%2C%20HH%20Siregar.pdf>
- Simatupang, B. S. A., & Siregar, H. S. (2017). Korelasi mengkonsumsi makanan bersantan pada suku melayu dengan penyakit hipertensi di desa pertumbukan kecamatan stabat kabupaten langsung. Diperoleh pada tanggal 22 Mei 2018 dari <http://digilib.unimed.ac.id/28370/2/BSA%20Simatupang%2C%20HH%20Siregar.pdf>
- Suardana, I., Saraswati, N.I., & Wiratni, M. (2010). Dukungan keluarga dan kualitas hidup lansia hipertensi. Diperoleh pada tanggal 26 februari 2018 dari [http://poltekkes-denpasar.ac.id/files/JURNAL%20GEMMA%20KEPERAWATAN/DESEMBER%202014/ARTIKEL%201%20Wayan%20Suardana%20dkk\\_.pdf](http://poltekkes-denpasar.ac.id/files/JURNAL%20GEMMA%20KEPERAWATAN/DESEMBER%202014/ARTIKEL%201%20Wayan%20Suardana%20dkk_.pdf)
- Sovariova, S. M. (2016). Determinants of quality of life in elderly. *Central european journal of nursing and midwifery*, 7(3), 484-493. Diperoleh pada tanggal 5 Maret 2018 dari <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2016-03/19-sovariova-soosova.pdf>
- Tjahjono, H. D. (2017). Dukungan sosial keluarga dengan kesepian (loneliness) pada lansia di posyandu lansia tegar kemlaten VII Surabaya. Di peroleh pada tanggal 5 september 2017 dari <http://ejournal.stikeswilliambooth.ac.id>
- Ummah, A. C. (2016). Hubungan kebutuhan spiritual dengan kualitas hidup pada lansia di panti wredha kota semarang. Diperoleh tanggal 25 januari 2018 dari <http://eprints.undip.ac.id/49604/>.



