

**HUBUNGAN SOSIOKULTURAL DAN GAYA HIDUP DENGAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA HIPERTENSI MASYARAKAT PESISIR DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BAROMBONG KOTA MAKASSAR**



**LA ODE RASYID
K011221067**



**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

**HUBUNGAN SOSIOKULTURAL DAN GAYA HIDUP DENGAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA HIPERTENSI MASYARAKAT PESISIR DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BAROMBONG KOTA MAKASSAR**

**LA ODE RASYID
K011221067**



**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

**HUBUNGAN SOSIOKULTURAL DAN GAYA HIDUP DENGAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA HIPERTENSI MASYARAKAT PESISIR DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BAROMBONG KOTA MAKASSAR**

**LA ODE RASYID
K011221067**

SKRIPSI

Sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana
Program Studi Kesehatan Masyarakat

Pada

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

SKRIPSI

**HUBUNGAN SOSIOKULTURAL DAN GAYA HIDUP DENGAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA HIPERTENSI MASYARAKAT PESISIR DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BAROMBONG KOTA MAKASSAR**

LA ODE RASYID
K011221067

Skripsi,

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Sarjana Kesehatan Masyarakat
pada 05 Agustus 2024 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

pada

Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin
Makassar

Mengesahkan

Pembimbing 1,



Prof. Dr. Ridwan, SKM, M.Kes., M.Sc., PH
NIP. 19671227 199212 1 001

Pembimbing 2,



Prof. Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes., CWM
NIP. 19621231 199103 1 178

Mengetahui,
Ketua Program Studi,



Dr. Hasnawati Anqam, S.KM., M.Sc.
NIP. 19760418 200501 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Dengan ini saya menyatakan bahwa, skripsi berjudul “Hubungan Sosiokultural dan Gaya Hidup dengan Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Masyarakat Pesisir Di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Kota Makassar” adalah benar karya saya dengan arahan dari pembimbing Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes, MSc.PH dan Prof Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes.,CWM. Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka skripsi ini. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini adalah karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut berdasarkan aturan yang berlaku.

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta (hak ekonomis) dari karya tulis saya berupa skripsi ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, 08 Agustus 2024



LA ODE RASYID
NIM K011221067

UCAPAN TERIMA KASIH

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarokatuh

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas berkat rahmat dan hidayahnya. Shalawat dan salam tidak lupa diucapkan kepada Baginda Rasulullah SAW. Karena limpahan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Hubungan Sosiokultural Dan Gaya Hidup Terhadap Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Masyarakat Pesisir Di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong". Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat. Adapun isi dalam skripsi ini disusun berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Barombong Kota Makassar. Skripsi ini penulis persembahkan kepada kedua orang tua, terima kasih atas segala dukungan, kasih sayang, serta doa yang selalu menyertai setiap langkah dalam penyusunan skripsi ini.

Dengan segala kerendahan hati, pada kesempatan ini, tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Sc.PH, Ph.D., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Ibu Hasnawati Amqam, SKM, M.Sc., selaku ketua Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Bapak Indra Dwinata, SKM, MPH., selaku kepala Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat atas segala kebijakan dan bantuannya selama proses perkuliahan dari awal sampai akhir.
2. Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes, MSc.PH dan Prof Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes.,CWM., selaku pembimbing satu dan pembimbing dua yang telah membimbing dan memberikan arahan, serta dukungan selama proses penulisan skripsi ini sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
3. Dr. Wahiduddin, SKM.,M.Kes dan Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS selaku dosen penguji yang telah banyak memberikan masukan dalam penyempurnaan penulisan skripsi ini.
4. Seluruh Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah mengajarkan segala hal terkait ilmu kesehatan masyarakat selama mengikuti perkuliahan di FKM UNHAS.
5. Seluruh staf dan pegawai di FKM UNHAS yang telah membantu seluruh pengurusan dalam pelaksanaan perkuliahan selama di FKM UNHAS.
6. Dokter H. Nukman selaku Kepala Puskesmas, Ibu Djuniati, SKM selaku Kepala Tata Usaha, dr. Turi, Ibu Hj Juliana, Ibu Hj. Risna, Kader Kesehatan dan petugas kesehatan lainnya di Puskesmas Barombong yang telah mendampingi dan membantu dalam proses penelitian skripsi ini.
7. Seluruh responden yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu, telah meluangkan waktu untuk berkontribusi dalam penelitian ini.
8. Tubel S1 FKM UNHAS terkece Kak Emy Dorliyanti, mbak Susi Triyuana, bro Muhammad Haerul Aziz yang telah membersamai dalam suka duka selama masa perkuliahan di FKM UNHAS.

9. Teman-teman adik-adikku di Departemen Epidemiologi yang saya sayangi Darman, Fahri, Caca, Widi, Widya, Fatin, Fatma, Hera, Afril, Tami, Accha, Amel, Dara, Noriah, Ale, Pute, Lyli, Nunu, Nisa, Rifka, Fizzah, Wildanah, Tasya, Kiki, Latifah, Fhatira, Masitha, Lusy, Nadhifa, Faizah, Laura, Ghina, Anastasya, Yulvan, Frensi, Aisyah, Leny, Vara, Alika, Fathima, Syifa, Gadis, Manda, Ayundha, dan Zalsah yang telah kebersamai selama proses perkuliahan, memberikan bantuan dan semangat dalam penulisan skripsi ini.

Penulis memohon maaf atas segala kesalahan dan kekurangan pada skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi orang lain sebagai pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, Agustus 2024

La Ode Rasyid

ABSTRAK

LA ODE RASYID. **Hubungan Sosiokultural dan Gaya Hidup dengan Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Masyarakat Pesisir Di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Kota Makassar** (dibimbing oleh Ridwan dan A. Arsunan Arsin)

Latar belakang. Hipertensi merupakan gangguan sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah melebihi 140/90 mmHg. Banyak penderita tidak menyadari kondisinya memiliki hipertensi, maka dari itu hipertensi sering disebut *the silent killer*. Masyarakat pesisir dengan kadar garam tinggi pada air atau makanannya lebih mungkin terkena hipertensi. Penderita hipertensi dapat mengalami banyak perubahan pada kualitas hidupnya. **Tujuan.** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan sosiokultural dan gaya hidup dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong Kota Makassar. **Metode.** Penelitian ini menggunakan desain studi *cross sectional*. Besar sampel penelitian ini sebanyak 155 sampel, populasi penelitian adalah penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong. Teknik analisis data yang digunakan yaitu analisis univariat dan analisis bivariat menggunakan Stata 14 dengan uji *chi-square* dan *Fisher's exact*. **Hasil.** Analisis *chi square* menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga ($p\text{-value}=0,00$), dukungan sosial ($p\text{-value}=0,00$), spiritual ($p\text{-value}=0,005$), pola makan ($p\text{-value}=0,006$), aktivitas fisik ($p\text{-value}=0,002$) dengan kualitas hidup penderita hipertensi, pada analisis *Fisher's exact* menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan antara status merokok ($p\text{-value}=0,03$) dengan kualitas hidup penderita hipertensi. **Kesimpulan.** Terdapat hubungan antara dukungan keluarga, dukungan sosial, spiritual, pola makan, aktivitas fisik dan status merokok dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir. Masyarakat pesisir yang menderita hipertensi selalu diberikan dukungan keluarga, dukungan sosial, spiritual tinggi, pola makan baik, aktivitas fisik tinggi dan tidak merokok dapat meningkatkan kualitas hidup penderita hipertensi.

Kata kunci: Sosiokultural, Gaya hidup, Hipertensi, Kualitas Hidup, Masyarakat Pesisir

ABSTRACT

LA ODE RASYID. The Relationship between Sociocultural and Lifestyle with the Quality of Life of Hypertension Sufferers in Coastal Communities in the Working Area of the Barombong Public Health Center, Makassar City (supervised by Ridwan and A. Arsunan Arsin).

Background. Hypertension is a circulatory system disorder that causes blood pressure to rise above 140/90 mmHg. Many sufferers are not aware that they have hypertension, therefore hypertension is often called the silent killer. Coastal communities with high salt content in their water or food are more likely to develop hypertension. Hypertension sufferers can experience many changes in their quality of life. **Objective.** This study aims to determine the relationship between sociocultural and lifestyle with the quality of life of hypertension sufferers in coastal communities in the Barombong Public Health Center work area of Makassar City. **Method.** This study used a cross-sectional study design. The sample size of this study was 155 samples, the study population was Hypertension sufferers in the Barombong Public Health Center Work Area. The data analysis techniques used were univariate analysis and bivariate analysis using Stata 14 with the chi-square and Fisher's exact tests. **Results.** Chi-square analysis shows that there is a relationship between family support (p -value = 0.00), social support (p -value = 0.00), spiritual (p -value = 0.005), dietary habit (p -value = 0.006), physical activity (p -value = 0.002) with the quality of life of hypertension sufferers, Fisher's exact analysis shows that there is a relationship between smoking status (p -value = 0.03) with the quality of life of hypertension sufferers. **Conclusion.** There is a relationship between family support, social support, spirituality, dietary habits, physical activity, and smoking status with the quality of life of hypertension sufferers in coastal communities. Coastal communities that suffer from hypertension are always given family support, social support, high spirituality, a good diet, high physical activity, and not smoking can improve the quality of life of hypertension sufferers.

Keywords: Sociocultural, Lifestyle, Hypertension, Quality of Life, Coastal Communities

DAFTAR ISI

	HALAMAN
HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN PENGAJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI DAN.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
ABSTRAK.....	vii
<i>ABSTRACT</i>	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Kajian Teori.....	6
1.5.1 Tinjauan Tentang Hipertensi.....	6
1.5.2 Tinjauan Tentang Kualitas Hidup.....	12
1.5.3 Tinjauan Tentang Sosiokultural.....	15
1.5.4 Tinjauan Tentang Gaya Hidup.....	24
1.5.5 Tinjauan Tentang Masyarakat Pesisir.....	31
1.5.6 Kerangka Teori.....	33
1.6 Kerangka Konsep.....	34
1.7 Hipotesis Penelitian.....	34
1.8 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	36
BAB II METODE PENELITIAN.....	41
2.1 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	41
2.2 Jenis Penelitian.....	41
2.3 Populasi dan Sampel.....	41
2.4 Instrumen Penelitian.....	42
2.5 Metode Pengumpulan Data.....	45
2.6 Pengolahan dan Analisis Data.....	45
2.7 Etika Penelitian.....	46
2.8 Penyajian Data.....	47
BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN.....	48
3.1 Hasil.....	48
3.2 Pembahasan.....	57
3.3 Keterbatasan.....	65

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	67
4.1 Kesimpulan.....	67
4.2 Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	80

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
Tabel 1.1	Kasifikasi Hipertensi Menurut American Heart Association Tahun 2017	7
Tabel 1.2	Kategori Hipertensi Menurut <i>Joint National Comitte</i> Tahun 2003 ...	8
Tabel 1.3	Klasifikasi Indeks Masa Tubuh (IMT) Populasi Asia Menurut WHO Tahun 2000	9
Tabel 1.4	Komponen Lipid Pada Tubuh Menurut Kemenkes Tahun 2013.....	10
Tabel 1.5	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	36
Tabel 1.6	Distribusi Butir Domain Skala Kualitas Hidup (WHOQOL-BREF) ...	43
Tabel 3.1	Distribusi Data Responden Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024.....	49
Tabel 3.2	Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024...	50
Tabel 3.3	Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Sosial Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024...	50
Tabel 3.4	Distribusi Responden Berdasarkan Spiritual Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024.....	50
Tabel 3.5	Distribusi Responden Berdasarkan Pola Makan Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024...	51
Tabel 3.6	Distribusi Responden Berdasarkan Aktivitas Fisik Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024...	51
Tabel 3.7	Distribusi Responden Berdasarkan Status Merokok Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024...	51
Tabel 3.8	Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024...	52
Tabel 3.9	Distribusi Responden Berdasarkan Domain Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024.....	52
Tabel 3.10	Tabulasi Silang antara Data Responden (Umur, Pendidikan, Jenis Kelamin Lama Menderita dan kategori Hipertensi) dengan Kualitas Hidup Tahun 2024	53
Tabel 3.11	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024...	54
Tabel 3.12	Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024...	54
Tabel 3.13	Hubungan Spiritual dengan Kualitas Hidup Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024.....	55
Tabel 3.14	Hubungan Pola Makan dengan Kualitas Hidup Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024...	55
Tabel 3.15	Hubungan Aktivitas Fisik dengan Kualitas Hidup Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024...	56
Tabel 3.16	Hubungan Status Merokok dengan Kualitas Hidup Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Tahun 2024...	56

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
Gambar 1.1	Kerangka Teori.....	33
Gambar 1.2	Kerangka Konsep.....	34
Gambar 3.1	Peta Wilayah Kerja Puskesmas Barombong.....	48

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Penjelasan Responden
- Lampiran 2 Persetujuan Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 3 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 Surat Izin Penelitian dari Fakultas
- Lampiran 5 Surat Rekomendasi Persetujuan Etik Penelitian
- Lampiran 6 Surat Persetujuan Penelitian dari PTSP Provinsi Sulawesi Selatan
- Lampiran 7 Surat Persetujuan Penelitian dari PTSP Kota Makassar
- Lampiran 8 Surat Persetujuan Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Makassar
- Lampiran 9 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian dari Puskesmas Barombong
- Lampiran 10 Output Hasil Analisis Data Penelitian Menggunakan Stata 14
- Lampiran 11 Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 12 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

Istilah/Singkatan	Kepanjangan/Pengertian
AHA	<i>American Heart Association</i>
<i>Baby blues</i>	Suatu bentuk kesedihan atau kemurungan
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CIRS	<i>Chronic Illness Resources Survey</i>
Diastolik	Tekanan darah pada saat relaksasi
DSES	<i>Daily Spiritual Experience Scale</i>
FFQ	<i>Food Frequency Questionare</i>
Hipertensi	Tekanan darah tinggi sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg
IB	<i>Indeks Brinkman</i>
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
JNC	<i>Joint National Comitte</i>
Kalsium	Mineral yang memiliki peranan penting untuk kesehatan gigi dan tulang
<i>Lifestyle</i>	Gaya Hidup
MET	<i>Metabolic Equivalent Task</i>
mmHg	Milimeter Hydrargyrum
Magnesium	Mineral penting untuk kesehatan otot, saraf dan tulang
P2PTM	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
Posbindu	Pos Binaan Terpadu
<i>Perceived Health Status</i>	Status kesehatan yang dirasakan
Prolanis	Program Pengelolaan Penyakit Kronis
PTM	Penyakit Tidak Menular
<i>Silent Killer</i>	Orang dengan tekanan darah tinggi yang tidak disadari karena tidak memiliki keluhan
Sistolik	Tekanan darah pada saat jantung memompa darah atau saat berkontraksi
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life-Biomedical Research and Education Facility</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi adalah kondisi gangguan sistem peredaran darah yang menyebabkan peningkatan tekanan darah di atas nilai normal, yaitu lebih dari 140/90 mmHg. Hipertensi dapat dikelompokkan menjadi dua jenis, yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder, tergantung pada penyebabnya.. Hipertensi primer adalah kondisi di mana tidak ada penyebab yang jelas yang mendasari peningkatan tekanan darah. Hipertensi merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang telah menjadi penyebab kematian utama di negara maju dan berkembang selama lebih dari delapan dekade terakhir. (Triyanto E *et al.*, 2013).

Menurut World Health Organization, (2023), hipertensi merupakan salah satu faktor risiko utama kematian dan kecacatan di dunia. Jumlah penderita hipertensi (tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg atau dalam pengobatan) meningkat dua kali lipat antara tahun 1990 dan 2019, dari 650 juta menjadi 1,3 miliar, sebagian besar (dua pertiga) tinggal di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Diperkirakan 46% orang dewasa penderita hipertensi tidak menyadari bahwa mereka mengidap penyakit tersebut Sekitar 78% orang dewasa penderita hipertensi tinggal di negara berpendapatan rendah dan menengah. Jumlah penderita hipertensi terbesar tinggal di wilayah yang paling padat penduduknya yaitu Wilayah Pasifik Barat sebesar 28% dan Wilayah Asia Tenggara sebesar 32%.

Secara global prevalensi hipertensi terus mengalami peningkatan secara signifikan dan diperkirakan pada tahun 2025 sebanyak 29% orang dewasa di seluruh dunia menderita hipertensi. Hipertensi telah mengakibatkan 8 juta kematian setiap tahunnya, dimana 1,5 juta kematian terjadi di Asia Tenggara yang sepertiga populasinya menderita hipertensi sehingga bisa mengakibatkan meningkatnya anggaran kesehatan (Kemenkes, 2018).

Data dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2022 bahwa penyakit tidak menular atau penyakit non-infeksi telah menjadi bagian dari beban ganda epidemiologi di dunia sejak beberapa dekade terakhir. Berbeda dengan penyakit menular, penyakit ini tidak disebabkan oleh infeksi mikroorganisme seperti protozoa, bakteri, jamur, maupun virus. Badan kesehatan dunia (WHO) mengestimasikan bahwa penyakit ini menyebabkan sedikitnya terhadap 40 juta kematian tiap tahun di dunia. Jumlah tersebut setara dengan 70% kematian oleh seluruh penyebab pada tingkat global (Kemenkes RI, 2022).

Umumnya penyakit darah tinggi tidak menimbulkan gejala atau keluhan khusus sehingga banyak penderita yang tidak menyadari bahwa dirinya mengidap penyakit darah tinggi, oleh karena itu penyakit darah tinggi disebut juga sebagai "silent killer". Jika penderita tekanan darah tinggi tidak ditangani dengan baik, dapat menyebabkan stroke, serangan jantung, gagal jantung, gagal ginjal, gangguan penglihatan, dan demensia. Lansia yang menderita

hipertensi mengalami penurunan fungsi fisik akibat perubahan fisik, psikososial, spiritual, dan budaya (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan data dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 Penyakit tidak menular masih menjadi salah satu masalah kesehatan utama di Indonesia saat ini. Hal tersebut disebabkan oleh gaya hidup setiap individu yang tidak memperhatikan kondisi kesehatan. Prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran penduduk di umur diatas 18 tahun secara nasional pada tahun 2013 sebesar 25,8%, kemudian mengalami peningkatan pada tahun 2018 menjadi sebesar 34,11%, pada tahun 2023 mengalami penurunan menjadi 29,2%. Di Sulawesi Selatan prevalensi hipertensi pada tahun 2013 sebesar 28,1%, pada tahun 2018 mengalami peningkatan menjadi sebesar 29,35%, kemudian pada tahun 2023 meningkat lagi menjadi 29,5%.

Berdasarkan Riskesdas Sulawesi Selatan tahun 2018 prevalensi hipertensi Kota Makassar sebesar 29,35%, sedangkan berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar prevalensi hipertensi di Kota Makassar pada tahun 2022 sebesar 18,96% kemudian mengalami peningkatan pada tahun 2023 menjadi sebesar 20,88%. Data dari Puskesmas Barombong, (2023) kasus hipertensi pada tahun 2021 sebesar 1.315 kasus, pada tahun 2022 mengalami peningkatan sebesar 1.556 kasus, kemudian pada tahun 2023 menurun menjadi 1.230 kasus. Meskipun pada tahun 2023 menurun tetapi kasus hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Barombong masih kategori tinggi.

Kualitas hidup penderita hipertensi harus diperhatikan sejak saat diagnosis. Pasalnya, dampak tekanan darah tinggi menimbulkan perubahan fisik dan psikis, mulai dari rasa tidak enak badan, kecemasan, hingga depresi, yang mungkin berhubungan dengan aktivitas. Karena hipertensi bersifat kronis, tujuan utama pengobatan hipertensi adalah mengurangi risiko komplikasi. Oleh karena itu, fokus tujuan ini adalah untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat yang terkena dampak dengan meningkatkan fungsi kesehatan dan meminimalkan rasa sakit/ketidaknyamanan fisik dan psikologis, sehingga kualitas hidup mereka yang terkena dampak meningkat. (Laili & Purnamasari, 2019).

Penelitian sebelumnya menemukan bahwa sosial budaya memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup penderita hipertensi suku Dayak di desa Pampang Samarinda. Kualitas hidup sosial dan budaya bergantung pada aktivitas sosial dalam menjalankan kehidupan sehari-hari seperti partisipasi dalam acara keagamaan dan budaya serta adanya dukungan spiritual. Interaksi sosiokultural dapat mempengaruhi keadaan psikologis seseorang. Semakin baik interaksi sosial dan budaya maka semakin baik keadaan psikologisnya (Nurbaya *et al*, 2019).

McDermott & Selman, (2018) menurut penelitiannya bahwa faktor budaya memegang peranan paling penting dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Berbagai perubahan dalam kehidupan manusia, baik perubahan pola hidup maupun perubahan tatanan sosial, termasuk di bidang kesehatan, seringkali berujung pada marginalisasi terhadap norma-norma dan budaya

yang dianut oleh masyarakat yang hidup di suatu tempat tertentu terkait dengan permasalahan yang ada terkait dengan itu. penelitiannya mengatakan bahwa faktor Kultur menjadi peranan terpenting dalam peningkatan dalam kesehatan masyarakat. Beberapa perubahan terhadap kehidupan manusia baik dalam hal perubahan pola hidup maupun tatanan sosial termasuk dalam bidang kesehatan yang sering dihadapkan dalam suatu hal yang berhubungan dengan norma dan budaya yang dianut oleh masyarakat yang ditinggal dalam suatu tempat tertentu.

Dukungan keluarga mengacu pada sikap, perilaku, dan penerimaan keluarga terhadap pasien yang sakit. Dukungan dapat datang dari orang-orang terdekat penderita, seperti orang tua, anak, suami, istri, dan kerabat penderita. Dukungan dapat datang dalam bentuk informasi, tindakan spesifik, atau materi yang membuat seseorang merasa dicintai, dihargai, dan diperhatikan. Perhatian dan dukungan yang diterima penderita darah tinggi berkaitan dengan status kesehatannya. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Jumpandang Baru. (Muin, F. Z. R., 2019).

Penelitian terhadap pasien hipertensi menunjukkan bahwa dukungan masih kurang karena keterbatasan waktu pribadi, dan mereka masih percaya bahwa hipertensi telah menjadi penyakit yang umum. Keluarga berasumsi bahwa orang akan menderita hipertensi seiring bertambahnya usia, dan terdapat hubungan antara dukungan sosial dan kualitas hidup pada lansia penderita hipertensi (Laila *et al*, 2024).

Penderita hipertensi bisa mengalami banyak perubahan dalam kualitas hidupnya. Tingkat spiritualitas sangat penting dalam menjaga kualitas hidup pasien yang mengidap penyakit kronis. penelitian di wilayah kerja Puskesmas Gombang terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup, dan arah hubungannya adalah semakin tinggi derajat spiritual maka semakin tinggi pula kualitas hidup seseorang (Tyas, R. A., 2023).

Kualitas hidup merupakan fokus pengukuran kesehatan untuk mengetahui dampak dan gangguan penyakit terhadap aktivitas sehari-hari dan indikator kesehatan yang dirasakan. Kualitas hidup sering kali mempertimbangkan bagaimana penyakit hipertensi mempengaruhi pasien pada tingkat individu atau kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas hidup normal meskipun menderita penyakit hipertensi. Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara aktivitas fisik dengan kualitas hidup pasien hipertensi. Semakin besar jumlah aktivitas fisik maka semakin baik pula kualitas hidup penderita hipertensi (Atika *et al*, 2022).

Gaya hidup sehat meningkatkan kualitas gizi individu di masyarakat, termasuk perbaikan perilaku konsumsi pangan, peningkatan kesadaran dan perilaku gizi, serta peningkatan akses dan kualitas gizi dan layanan kesehatan seiring dengan kemajuan yang dicapai di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi. Distribusi hubungan indeks makan sehat dengan kualitas hidup lansia hipertensi di wilayah Puskesmas Dadapayam Kecamatan

Suruh Kabupaten Semarang menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat dengan pola makan baik mempunyai kualitas hidup yang baik sebaliknya orang dengan pola makan sehat yang rendah biasanya memiliki kualitas hidup yang buruk. (Triana, 2017).

kebiasaan merokok disebabkan oleh banyak faktor, antara lain stres, ajakan teman, kebiasaan orang tua, iklan, dan lain-lain. Stres juga merupakan salah satu faktor penyebabnya, karena perokok mengandalkan rokok untuk mendapatkan efek menenangkan. Efek ini disebabkan oleh aksi nikotin yang menyebabkan pelepasan "hormon kebahagiaan" dopamin. Namun efek ini menimbulkan ketergantungan nikotin dan meningkatkan jumlah rokok yang dihisap. Penelitian menemukan bahwa merokok dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang (Mufaza, 2015). Kualitas hidup terkait kesehatan yang ditentukan berkaitan dengan usia, tempat tinggal, pendapatan, jumlah penyakit penyerta, olahraga, dan merokok. (Ippinimo *et al*, 2022).

Kelompok masyarakat yang tinggal di daerah kawasan pesisir dengan kadar garam yang tinggi pada air atau makanannya lebih mungkin terkena tekanan darah tinggi dibandingkan mereka yang tinggal di daerah dengan konsentrasi kalsium dan magnesium yang lebih tinggi. Udang mengandung natrium (111mg/100g), cumi mengandung natrium (306mg/100g), kerang mengandung natrium (1202 mg/100 g) dan ikan laut merupakan lauk yang sering dikonsumsi oleh masyarakat di wilayah pesisir dan seringkali tinggi lemak dan garam. Tekanan darah tinggi dalam jangka panjang dapat mengubah susunan struktural pembuluh darah. Perubahan struktural dapat mengubah struktur pembuluh darah besar dan mikro (Nafi & Putriningtyas, 2023).

Penduduk di Kelurahan Barombong bertempat tinggal di daerah pesisir banyak bekerja menjadi nelayan sebagai mata pencaharian setiap hari dan tidak ada yang lain karena Barombong dihubungkan oleh lokasi tempat tinggal terletak pada daerah pesisir. Pekerjaan nelayan itu kebanyakan adalah profesi turun temurun dari bapaknya dan keluarganya sendiri (Amir, M. F., 2018).

Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang telah dipaparkan dapat memberikan gambaran bahwa penyakit hipertensi masih perlu mendapat prioritas pelayanan kesehatan akibat dari perilaku masyarakat. Selain itu, dari beberapa penelitian sebelumnya belum pernah melihat atau mendalami mengenai aspek sosiokultural dan gaya hidup terhadap kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas barombong.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka rumusan masalah dalam Penelitian ini adalah, "apakah ada hubungan dukungan keluarga, dukungan sosial, spritual, aktivitas fisik, pola makan, dan status merokok dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah Kerja Puskesmas Barombong Kota Makassar?".

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan sosiokultural dan gaya hidup dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di Wilayah kerja Puskesmas Barombong.
- b. Untuk mengetahui hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.
- c. Untuk mengetahui hubungan spiritual dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.
- d. Untuk mengetahui hubungan aktifitas fisik terhadap kualitas hidup penderita hipertensi pada masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.
- e. Untuk mengetahui hubungan pola makan dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.
- f. Untuk mengetahui hubungan status merokok dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan kepastakaan dalam ilmu pengetahuan tentang kesehatan, sehingga dapat memberikan masukan dalam meningkatkan kualitas hidup penderita hipertensi di masyarakat.

1.4.2 Manfaat Bagi Institusi

Penelitian ini sebagai masukan dan bahan pertimbangan bagi Dinas kesehatan Kota Makassar dan Puskesmas Barombong, serta instansi terkait lainnya dalam mengambil keputusan terkait kualitas hidup penderita hipertensi.

1.4.3 Manfaat Praktis

Memperluas wawasan ilmu pengetahuan tentang penyakit hipertensi. Menambah pengetahuan bagi masyarakat tentang pentingnya aspek sosiokultural dan gaya hidup sehat dapat memhubungani kualitas hidup penderita hipertensi. Penelitian ini juga menjadi sumber bacaan dan data dasar untuk penelitian selanjutnya yang mempunyai kompleksitas yang tinggi.

1.5 Kajian Teori

1.5.1 Tinjauan Tentang Hipertensi

a. Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah kondisi di mana tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan diastolik ≥ 90 mmHg, yang terdeteksi melalui pemeriksaan berulang. Tekanan darah sistolik adalah pengukuran utama untuk diagnosis hipertensi. Hipertensi, atau penyakit darah tinggi, sebenarnya adalah masalah pada pembuluh darah yang mengganggu suplai oksigen dan nutrisi ke seluruh jaringan tubuh yang membutuhkannya. Hipertensi sering disebut sebagai "pembunuh diam" (Silent Killer) karena dapat mematikan tanpa gejala klinis yang terlihat terlebih dahulu. (Hastuti, 2022).

Menurut Wade (2016) Tekanan darah adalah jumlah tekanan yang diterapkan oleh darah saat mengalir melalui arteri. Ketika ventrikel kiri jantung berkontraksi, darah didorong keluar dari jantung dan masuk ke arteri utama, yang kemudian mengembang untuk menerima darah yang masuk. Lapisan otot arteri melawan tekanan tersebut, sehingga darah terdorong ke pembuluh darah yang lebih kecil.

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah secara terus-menerus, khususnya ketika tekanan darah melebihi 95 mmHg tanpa dapat dihubungkan dengan penyebab organik tertentu. Hipertensi, atau penyakit darah tinggi, adalah gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan terganggunya suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan tubuh. Akibatnya, tubuh merespons dengan meningkatkan beban kerja jantung untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Jika kondisi ini berlangsung lama dan tidak diatasi, gejala penyakit darah tinggi dapat muncul. Hipertensi juga sering dianggap sebagai kelainan jantung dan pembuluh darah yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah. (Trisnawan, 2019).

b. Etiologi Hipertensi

Menurut Nugroho *et al*, (2019) penyebab hipertensi yaitu:

1. Hipertensi Primer atau biasa juga disebut hipertensi esensial adalah Hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya, atau yang dikenal sebagai hipertensi primer, mencakup lebih dari 90% kasus hipertensi. Banyak ahli percaya bahwa stres mungkin menjadi penyebab utama hipertensi primer. Selain itu, hipertensi primer juga terkait dengan beberapa faktor lain, termasuk Keturunan yaitu faktor genetik dapat berperan dalam perkembangan hipertensi, Kondisi lingkungan seperti paparan polusi atau lingkungan yang penuh tekanan, gangguan dalam proses metabolisme intraseluler dapat memengaruhi tekanan darah, resiko hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia, jenis kelamin mempengaruhi hipertensi dapat berbeda antara pria dan wanita, diet yang kaya garam dan lemak dapat meningkatkan tekanan darah, berat badan yang berlebih atau obesitas meningkatkan risiko hipertensi, gaya hidup dengan pola makan yang tidak sehat, merokok, dan konsumsi alkohol dapat berkontribusi pada peningkatan tekanan darah. gaya hidup seperti

pola makan, sering merokok, mengkonsumsi Alkohol dapat meningkatkan tekanan darah.

2. Hipertensi sekunder adalah jenis hipertensi yang disebabkan oleh kondisi medis lain, seperti gangguan hormonal, penyakit jantung, diabetes, penyakit pembuluh darah, atau kondisi terkait kehamilan. Sekitar 10% penderita hipertensi mengalami hipertensi sekunder.

c. Patofisiologi Hipertensi

Hipertensi adalah proses degeneratif pada sistem sirkulasi yang dimulai dengan aterosklerosis, yaitu gangguan struktur anatomi pembuluh darah perifer. Aterosklerosis menyebabkan kekakuan pada pembuluh darah atau arteri, yang disertai dengan penyempitan dan kemungkinan pembentukan plak yang menghambat peredaran darah perifer. Kekakuan dan kelambanan aliran darah ini meningkatkan beban pada jantung, yang kemudian berusaha mengatasi beban tersebut dengan meningkatkan pemompaan darah. Hal ini mengakibatkan peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi. Secara keseluruhan, proses patologis hipertensi ditandai dengan peningkatan tahanan perifer yang berkelanjutan, yang secara kronik dikompensasi oleh jantung, menyebabkan hipertensi. (Bustan, 2014).

d. Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi menurut *American Heart Association (AHA)* dalam Fandinata & Ernawati (2020) dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.1
Kasifikasi Hipertensi Menurut American Heart Association
Tahun 2017

Kategori Tekanan Darah	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Hipotensi	<80	atau	<60
Normal	80-120	dan	60-80
Prehipertensi	120-139	atau	80-89
Hipertensi Tahap 1	140-159	atau	90-99
Hipertensi Tahap 2	≥ 160	atau	≥ 100
Krisis Hipertensi	>180	atau	>110

Sumber : American Heart Association (2017)

Menurut Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) Kementerian Kesehatan (Kemenkes), diagnosis hipertensi harus didasarkan pada minimal dua kali pengukuran tekanan darah dengan jarak satu minggu. Klasifikasi hipertensi menurut Joint National Committee (JNC) tahun 2003 dapat ditemukan dalam tabel berikut ini:

Tabel 2.2
Kategori Hipertensi Menurut *Joint National Committee*
Tahun 2003

Kategori	Sistolik (mmHg)	dan	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	dan	<80
Pra-hipertensi	120-139	atau	80-89
Hipertensi tingkat 1	140-159	atau	90-99
Hipertensi tingkat 2	>160	atau	90-99
Hipertensi Sistolik Terisolasi	>140	dan	<90

Sumber: P2PTM Kemenkes RI, 2018

e. Tanda dan Gejala Hipertensi

Hipertensi primer sering kali tidak menampilkan gejala yang jelas atau spesifik. Namun, beberapa penderita mungkin merasakan keluhan seperti pusing, sakit kepala, migrain, rasa berat di tengkuk, kesulitan tidur, kunang-kunang di mata, mudah merasa lelah, palpitasi, nokturia (sering berkemih di malam hari), epistaksis (pendarahan hidung), gelisah, atau muka merah. Gejala tambahan mungkin muncul sesuai dengan organ yang terkena atau komplikasi yang terjadi, seperti insufisiensi sirkulasi pada otak dan jantung, perdarahan pada retina, atau gagal jantung kiri. Diagnosis hipertensi ditegakkan jika tekanan darah yang tinggi tetap terdeteksi pada pemeriksaan ulang yang dilakukan dalam 1-2 minggu. Untuk memastikan diagnosis, penting untuk mengumpulkan informasi terkait lamanya keluhan, riwayat penyakit, riwayat penggunaan obat, riwayat penyakit jantung, serta riwayat kesehatan keluarga. (Irwan, 2016).

f. Faktor Risiko Hipertensi

Faktor risiko hipertensi terdiri dari :

1. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

Faktor risiko yang melekat pada penderita hipertensi dan tidak dapat diubah menurut Ekasari *et al* (2021) antara lain:

a) Riwayat Keluarga

Faktor genetik memainkan peran penting dalam perkembangan hipertensi. Jika ada riwayat keluarga sedarah dekat, seperti orang tua, saudara kandung, atau kakek nenek, yang menderita hipertensi, risiko seseorang untuk mengalami hipertensi menjadi lebih tinggi.

b) Usia

Tekanan darah cenderung meningkat seiring bertambahnya usia karena pembuluh darah secara alami menebal dan menjadi lebih kaku dengan bertambahnya usia, terutama pada usia lanjut. Perubahan ini dapat meningkatkan risiko hipertensi. Namun, hipertensi tidak hanya terjadi pada orang dewasa; anak-anak juga bisa mengalaminya.

c) Jenis Kelamin

Laki-laki cenderung lebih sering mengalami hipertensi sebelum usia 55 tahun, sedangkan pada wanita, hipertensi lebih umum terjadi setelah usia 55 tahun. Setelah menopause, wanita yang sebelumnya memiliki tekanan darah normal dapat mengalami hipertensi akibat perubahan hormonal dalam tubuh.

2. Faktor Risiko Yang Dapat Diubah

Menurut Kemenkes RI (2013) Faktor risiko yang diakibatkan perilaku tidak sehat dari penderita hipertensi antara lain:

a) Kegemukan (obesitas)

Kegemukan atau obesitas diukur melalui Indeks Masa Tubuh (Body Mass Index/IMT), yaitu perbandingan antara berat badan dan kuadrat tinggi badan dalam meter. Berat badan dan IMT memiliki korelasi langsung dengan tekanan darah, terutama tekanan darah sistolik. Meskipun obesitas bukanlah penyebab langsung hipertensi, prevalensi hipertensi pada individu dengan obesitas jauh lebih tinggi. Risiko relatif untuk menderita hipertensi pada orang gemuk lima kali lebih besar dibandingkan dengan orang dengan berat badan normal. Sekitar 20-33% penderita hipertensi juga ditemukan memiliki berat badan berlebih (*overweight*).

Nilai IMT dihitung menurut rumus:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

Klasifikasi IMT orang Indonesia berdasarkan rekomendasi WHO pada populasi Asia Pasifik tahun 2000 dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.3
Klasifikasi Indeks Masa Tubuh (IMT) Populasi Asia Menurut WHO Tahun 2000

Indek Masa Tubuh (Kg/cm ²)	Kategori
< 18	Berat badan kurang
18,50 – 22,9	Normal
≥ 23	Berat badan lebih
23,00 – 24,9	Berisiko
25,00 – 29,9	Obesitas derajat 1
≥ 30	Obesitas derajat 2

Sumber: Kemenkes RI., 2013

b) Merokok

Zat-zat kimia beracun, seperti nikotin dan karbon monoksida, yang dihirup melalui rokok akan masuk ke dalam sirkulasi darah dan merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri. Kerusakan ini memicu proses aterosklerosis dan meningkatkan tekanan darah. Studi autopsi menunjukkan adanya hubungan erat antara

kebiasaan merokok dan proses aterosklerosis di seluruh pembuluh darah. Selain itu, merokok juga meningkatkan denyut jantung, sehingga kebutuhan oksigen oleh otot-otot jantung bertambah. Bagi penderita tekanan darah tinggi, merokok dapat semakin meningkatkan risiko kerusakan pada pembuluh darah arteri.

c) Kurang Aktifitas Fisik

Olahraga yang teratur dapat membantu menurunkan tekanan darah dan memberikan manfaat bagi penderita hipertensi ringan. Melakukan olahraga aerobik secara rutin dapat mengurangi tekanan darah, bahkan jika berat badan belum berkurang.

d) Konsumsi Garam Berlebihan

Garam menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh karena menarik cairan dari luar sel sehingga tidak dikeluarkan, yang pada gilirannya meningkatkan volume darah dan tekanan darah. Sekitar 60% kasus hipertensi primer (esensial) menunjukkan penurunan tekanan darah dengan mengurangi asupan garam. Pada masyarakat yang mengonsumsi garam sekitar 3 gram atau kurang, ditemukan tekanan darah rata-rata yang lebih rendah. Sebaliknya, pada mereka yang mengonsumsi garam sekitar 7-8 gram, tekanan darah rata-rata cenderung lebih tinggi.

e) Dislipidemia

Kelainan metabolisme lipid (lemak) ditandai oleh peningkatan kadar kolesterol total, trigliserida, kolesterol LDL, dan/atau penurunan kadar kolesterol HDL dalam darah. Kolesterol memainkan peran penting dalam terjadinya aterosklerosis, yang menyebabkan peningkatan tahanan perifer pada pembuluh darah, sehingga tekanan darah meningkat. Untuk penjelasan lebih lanjut, dapat dilihat tabel di bawah ini:

Tabel 2.4

Komponen Lipid Pada Tubuh Menurut Kemenkes Tahun 2013

Komponen Lipid	Batasan (mg/dl)	Klasifikasi
Kolesterol total	< 200	Yang diinginkan
	200-239	Batas tinggi
	≥ 240	Tinggi
Kolesterol LDL	< 100	Optimal
	100-129	Mendekati Optimal
	130-159	Batas tinggi
	160-189	Tinggi
	≥ 190	Sangat Tinggi
Kolesterol HDL	< 40	Rendah
	≥ 60	Tinggi

Sumber: Kemenkes, 2013

f) Konsumsi Alkohol Berlebihan

Hubungan antara konsumsi alkohol dan peningkatan tekanan darah telah terbukti, meskipun mekanismenya masih belum sepenuhnya dipahami. Diduga bahwa peningkatan kadar kortisol, volume sel darah merah, dan kekentalan darah berkontribusi pada kenaikan tekanan darah. Penelitian menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara konsumsi alkohol dan kejadian hipertensi di masyarakat. (Gusti *et al.*, 2021)

g) Psikososial dan Stress

Stres atau ketegangan jiwa, seperti rasa tertekan, murung, marah, dendam, rasa takut, atau rasa bersalah, dapat merangsang kelenjar adrenal untuk melepaskan hormon adrenalin. Hal ini menyebabkan jantung berdetak lebih cepat dan lebih kuat, sehingga tekanan darah meningkat. Jika stres berlangsung lama, tubuh akan mencoba menyesuaikan diri, yang dapat mengakibatkan kelainan organik atau perubahan patologis, seperti hipertensi atau penyakit maag. Stres adalah kondisi yang muncul akibat interaksi antara individu dan lingkungannya, yang mendorong seseorang merasa ada perbedaan antara tuntutan situasi dan sumber daya yang tersedia (biologis, psikologis, dan sosial). Peningkatan tekanan darah seringkali lebih mencolok pada individu yang memiliki kecenderungan emosional tinggi terhadap stres.

g. Program-program Pengendalian Hipertensi

1 Prolanis

Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis) adalah sebuah program pelayanan kesehatan yang dirancang khusus untuk pengelolaan penyakit kronis, termasuk hipertensi dan Diabetes Melitus Tipe 2. (Istiqomah *et al.*, 2022). Prolanis bertujuan untuk membantu peserta dengan penyakit kronis mencapai kualitas hidup yang optimal. Indikator keberhasilannya adalah 75% peserta yang terdaftar dan berkunjung ke fasilitas kesehatan tingkat pertama mendapatkan hasil "baik" dalam pemeriksaan spesifik untuk penyakit Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi, sesuai dengan panduan klinis yang berlaku. Ini bertujuan untuk mencegah timbulnya komplikasi penyakit. Sasarannya adalah seluruh peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis, seperti Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi. Pelaksanaan Prolanis melibatkan berbagai aktivitas, termasuk konsultasi medis atau edukasi, kunjungan rumah, pengingat, aktivitas klub, dan pemantauan status kesehatan. Kantor Cabang BPJS Kesehatan bagian Manajemen Pelayanan Primer bertanggung jawab atas kegiatan Prolanis ini. (BPJS, 2014).

2 Posbindu PTM

Posbindu PTM adalah bentuk partisipasi masyarakat dalam melakukan deteksi dini dan pemantauan risiko penyakit tidak menular (PTM) utama. Kegiatan ini dilaksanakan secara terkoordinasi, rutin, dan berkala. Faktor risiko PTM meliputi kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, pola makan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, obesitas, stres, hipertensi, hiperglikemia, dan hiperkolesterol. Program ini tidak hanya mendeteksi faktor risiko, tetapi juga menyediakan konseling kesehatan dan merujuk individu yang membutuhkan ke fasilitas pelayanan kesehatan dasar untuk penanganan lebih lanjut. (Kemenkes RI, 2012). Tujuan dari program ini adalah untuk memperluas akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat, diharapkan dapat terbentuk layanan kesehatan yang lebih sesuai dengan kebutuhan masyarakat, mendekatkan layanan kepada mereka, dan meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam pelayanan Posbindu (Aulia, 2022). Sasaran utama dari program Posbindu PTM adalah masyarakat yang sehat, berisiko, serta penyandang penyakit tidak menular (PTM) yang berusia 15 tahun ke atas. Program ini dapat diintegrasikan dengan berbagai upaya kesehatan berbasis masyarakat yang sudah ada, seperti di tempat kerja, klinik perusahaan, lembaga pendidikan, atau di lokasi lain di mana masyarakat berkumpul secara rutin, seperti masjid, gereja, klub olahraga, serta pertemuan organisasi politik dan kemasyarakatan. Pelaksanaan Posbindu PTM dilakukan oleh kader kesehatan yang telah ada atau oleh beberapa individu dari kelompok, organisasi, lembaga, atau tempat kerja yang bersedia menyelenggarakan program ini. Kader kesehatan ini dilatih secara khusus dan dibina atau difasilitasi untuk melakukan pemantauan faktor risiko PTM di masing-masing kelompok atau organisasinya (Kemenkes RI, 2012).

1.5.2 Tinjauan Tentang Kualitas Hidup

a. Definisi Kualitas Hidup

Menurut WHO (2012) kualitas hidup diartikan sebagai persepsi seseorang terhadap posisinya dalam hidup, dalam konteks budaya dan nilai-nilai di mana dia hidup, dan dalam kaitannya dengan tujuannya, harapan, standar, dan kepentingan. Kualitas hidup dapat diartikan sebagai langkah individu dalam mencapai hal-hal baik dalam berbagai aspek kehidupan. Untuk mencapai kualitas hidup yang baik, seseorang perlu melakukan evaluasi. Bentuk penilaian ini berupa reaksi emosional individu terhadap peristiwa kehidupan, kepuasan hidup saat ini, kepuasan kerja, dan hubungan interpersonal (Shoufiah & Nuryanti, 2021).

Kualitas hidup adalah konsep kompleks yang mencakup berbagai aspek kehidupan. Ini melibatkan persepsi subjektif tentang perasaan seseorang terhadap dirinya sendiri, baik yang terkait dengan kesehatan maupun tidak. Dengan kata lain, kualitas hidup merujuk pada

pandangan individu, termasuk perasaan mereka tentang kehidupan, nilai-nilai yang berhubungan dengan kesehatan atau lainnya, fungsi emosional dan sosial, serta hubungan dengan keluarga dan teman sebaya. (Manongga P, 2023).

b. Aspek-aspek Kualitas Hidup

Menurut WHOQOL group (1998) dalam Muin (2019) aspek dilihat dari seluruh kualitas hidup dan kesehatan secara umum:

1. Kesehatan fisik

Kesehatan fisik mencakup berbagai aspek seperti penyakit dan kegelisahan, kualitas tidur dan istirahat, tingkat energi dan kelelahan, morbiditas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat dan bantuan medis, rasa sakit dan ketidaknyamanan, serta kapasitas untuk bekerja.

2. Psikologis

Kesehatan psikologis mencakup perasaan positif, kemampuan berpikir, belajar, mengingat, dan berkonsentrasi, harga diri, penampilan dan citra tubuh, perasaan negatif, serta kepercayaan diri individu.

3. Hubungan sosial

Hubungan sosial mencakup interaksi personal, hubungan pribadi, dukungan sosial, dan aktivitas seksual.

4. Lingkungan

Lingkungan mencakup aspek-aspek seperti kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan, kondisi lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan dukungan sosial, kesempatan untuk memperoleh keterampilan dan informasi baru, partisipasi dan peluang untuk berkreasi, aktivitas di lingkungan sekitar, serta aksesibilitas transportasi.

c. Faktor yang berhubungan Kualitas Hidup Penderita Hipertensi

1. Usia

Usia adalah faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Pada usia 35-60 tahun, yang merupakan periode produktif, individu cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang sudah tidak produktif. Orang dewasa muda sering kali menunjukkan tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang lebih tua, karena seiring bertambahnya usia, seseorang menjadi lebih rentan terhadap penyakit (Yulitasari *et al.*, 2021).

2. Jenis Kelamin

Kualitas hidup wanita menopause dengan hipertensi umumnya memiliki skor kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan pria. Komponen yang paling mempengaruhi penurunan kualitas hidup pada wanita menopause adalah aspek mental atau emosional. Hal ini berkaitan dengan kemampuan mereka untuk beradaptasi dengan

lingkungan dan kesiapan mental menghadapi gejala yang mereka alami (Suryonegoro *et al.*, 2021).

3. Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup pada penderita hipertensi. Sebaliknya, kurangnya aktivitas fisik dapat berdampak negatif pada kualitas hidup lansia yang mengidap hipertensi (Jumaiyah *et al.*, 2020).

4. Pekerjaan

Masyarakat yang bekerja dengan hipertensi cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik, sedangkan mereka yang tidak bekerja biasanya mengalami kualitas hidup yang lebih buruk (Fitria & Prameswari, 2021).

5. Lama Menderita

Hipertensi yang berlangsung lama dapat menyebabkan komplikasi pada berbagai organ tubuh, seperti otak, mata, jantung, pembuluh darah arteri, dan ginjal. Komplikasi-komplikasi ini dapat menurunkan kualitas hidup penderita, dan dalam kasus terburuk, dapat berujung pada kematian (Chendra *et al.*, 2020).

6. Kepatuhan Berobat

Kepatuhan terhadap pengobatan terbukti memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup penderita hipertensi. (Frianto *et al.*, 2023)

7. Sosialkultural

Kebudayaan atau kultur dapat membentuk kebiasaan dan respons terhadap kesehatan dan penyakit di semua lapisan masyarakat. Faktor sosial dan kultural memiliki hubungan yang erat dengan kualitas hidup penderita hipertensi. (Ridho & Burhanro., 2019)

8. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup penderita hipertensi. Keterlibatan keluarga dalam perawatan dan dukungan bagi penderita hipertensi diharapkan dapat berlanjut dan diperkuat (Putri Wiraini *et al.*, 2021).

9. Dukungan Sosial

Dukungan sosial yang tinggi berkontribusi pada kualitas hidup yang lebih baik. Dalam penelitian ini, lansia dengan hipertensi cenderung lebih termotivasi untuk menjalani pengobatan dengan baik dan mencapai kualitas hidup yang tinggi ketika mereka merasakan dukungan sosial yang kuat, terutama jika dukungan sosial tersebut dinilai positif dalam membantu penderita hipertensi (Novita & Novitasari, 2017).

10. Pola Makan

Pola makan berhubungan erat dengan kejadian hipertensi dan berdampak langsung pada kualitas hidup penderita hipertensi. Lansia dengan hipertensi yang memiliki pola makan sehat cenderung

mengalami kualitas hidup yang lebih baik dan dapat mengurangi risiko penyakit hipertensi (Triana, 2017).

11. Kecemasan

Tingkat kecemasan yang tinggi pada pasien hipertensi yang sedang menjalani pengobatan dapat menurunkan kualitas hidup mereka. Dengan kata lain, semakin berat tingkat kecemasan pasien, semakin buruk kualitas hidup yang mereka rasakan, dan sebaliknya (Avelina & Natalia, 2020).

d. Pengukuran Kualitas Hidup

Pengukuran kualitas hidup yang dilakukan pada penelitian menggunakan kuesioner yang diadopsi dari *World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL)–BREF* (Sari, 2017). WHOQOL adalah alat penilaian kualitas hidup yang dikembangkan oleh Grup WHOQOL bersama dengan lima belas pusat lapangan internasional. Upaya ini bertujuan untuk menciptakan alat penilaian yang dapat diterapkan secara lintas budaya (WHO, 2020).

1.5.3 Tinjauan Tentang Sosiokultural

a. Definisi Sosiokultural

Sosiokultural berfungsi sebagai alat untuk menjelaskan realita atau fenomena sosial. Dalam hal ini, sosiokultural menjadi metode analisis untuk memahami fenomena sosial yang diamati. Selain itu, sosiokultural juga digunakan oleh peneliti sebagai sarana untuk membangun, mengubah, atau membongkar teori terkait fenomena sosial yang diamati. Untuk efektif, pendekatan sosiokultural harus memenuhi beberapa syarat: relevansi (cocok dan layak), aplikabilitas atau manajabilitas (dapat diterapkan), replikasi (dapat digunakan kembali), dan konsistensi (runtut dan sistematis). Sistem sosial adalah suatu kesatuan yang terdiri dari berbagai struktur dengan fungsi yang berbeda, di mana masing-masing saling bergantung satu sama lain dan bekerja menuju tujuan yang sama. Sementara itu, konsep kultur atau budaya adalah sesuatu yang sangat luas. Dalam perspektif sosiologi, budaya mencakup keseluruhan gagasan, keyakinan, perilaku, dan produk yang dihasilkan secara kolektif oleh suatu kelompok, serta menentukan cara hidup mereka. Budaya mencakup segala sesuatu yang diciptakan dan dimiliki manusia melalui interaksi mereka. Kajian budaya sering kali lebih fokus pada aspek-aspek budaya nonmateri seperti nilai-nilai, norma-norma, simbol, dan bahasa yang membentuk suatu budaya (Syawaluddin, 2017).

Kultur atau budaya secara harfiah berasal dari bahasa Latin "*colere*," yang berarti mengerjakan tanah, mengolah, atau memelihara ladang. Dalam pandangan Soerjanto Poespowardojo, seperti yang dikutip dalam buku Nasution, budaya didefinisikan sebagai keseluruhan sistem gagasan, tindakan, dan hasil karya manusia yang menjadi bagian dari kehidupan masyarakat dan diperoleh melalui proses belajar. Selain itu, istilah budaya juga berasal dari bahasa Sanskerta, yaitu

"*Buddhayah*," bentuk jamak dari "*buddhi*" (budi atau akal), yang diartikan sebagai hal-hal yang berkaitan dengan budi dan akal manusia (Nasution *et al.*, 2015).

b. Adab dalam Kultur

Menurut Nasution *et al.*, 2015 Adab erat kaitannya dengan :

1. Moral yaitu nilai-nilai pada masyarakat yang berkaitan dengan kesusilaan
2. Norma yaitu aturan ukuran atau acuan yang berfungsi dalam menentukan benar atau salah
3. Nilai-nilai dan norma moral berhubungan dengan yang baik dan buruk yang menjadi panduan dalam mengatur perilaku manusia.
4. Estetika yaitu berhubungan dengan sesuatu tentang keindahan, kesatuan, keselarasan dan kebaikan.

c. Unsur Kultur (Budaya)

Koentjaraningrat dalam (Agussalim *et al.*, 2021) merumuskan tujuh unsur kebudayaan universal. Ketujuh unsur tersebut antara lain:

1. Teknologi dan sistem peralatan merupakan komponen utama dalam kebudayaan. Unsur-unsur ini mencakup peralatan dan perlengkapan yang digunakan dalam kehidupan sehari-hari serta teknik-teknik produksi dan pemeliharaan yang berkaitan dengan mereka. Dalam konteks ini, teknologi mencakup metode atau cara-cara yang digunakan untuk memproduksi, menggunakan, dan merawat berbagai peralatan dan perlengkapan yang menjadi bagian dari kehidupan masyarakat.
2. Sistem mata pencaharian adalah fokus perhatian para ilmuwan dalam mempelajari berbagai bentuk cara hidup manusia. Awalnya, perhatian tersebut terpusat pada mata pencaharian tradisional, seperti berburu dan meramu, beternak, bercocok tanam di ladang, dan menangkap ikan. Namun, seiring dengan kemajuan masyarakat modern, studi tentang sistem mata pencaharian kini juga mencakup berbagai aspek ekonomi masyarakat. Ini melibatkan sektor-sektor seperti pertanian, peternakan, sistem produksi, sistem distribusi, serta berbagai komoditas dan elemen lainnya yang mendukung kehidupan ekonomi masyarakat.
3. Organisasi sosial adalah kelompok atau perkumpulan yang dibentuk oleh masyarakat, baik yang memiliki badan hukum resmi maupun yang tidak. Fungsi utama dari organisasi sosial adalah sebagai wadah bagi masyarakat untuk berpartisipasi dalam proses pembangunan bangsa dan negara. Organisasi sosial ini memungkinkan masyarakat untuk berkontribusi dan terlibat dalam berbagai kegiatan yang mendukung kemajuan dan kesejahteraan masyarakat serta negara.
4. Bahasa adalah alat atau perwujudan budaya yang digunakan manusia untuk saling berkomunikasi atau berhubungan, baik lewat tulisan, lisan, maupun gerakan bahasa isyarat. Tujuannya tentu untuk menyampaikan maksud hati atau kemauan kepada lawan bicara atau orang lain.
5. Kesenian mengacu pada nilai keindahan (estetika) yang berasal dari ekspresi hasrat manusia akan keindahan sehingga dapat dinikmati dengan mata ataupun telinga.
6. Agama dan sistem kepercayaan lainnya merupakan bagian integral dari kebudayaan. Agama, sebagai unsur kebudayaan, memainkan peran yang

sangat penting dalam sejarah umat manusia. Ia membentuk sistem nilai, norma, dan praktik yang memengaruhi berbagai aspek kehidupan masyarakat, serta memberikan panduan dan makna dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Seiring dengan perkembangan zaman, agama terus berinteraksi dan berintegrasi dengan elemen kebudayaan lainnya, membentuk identitas dan struktur sosial yang mendalam dalam masyarakat.

7. Sistem ilmu pengetahuan mencakup segala pengetahuan yang dimiliki oleh manusia tentang objek, sifat, kondisi, dan harapan-harapan yang ada di sekitar mereka. Pengetahuan ini dimiliki oleh semua suku bangsa di seluruh dunia dan diperoleh melalui berbagai cara. Manusia bisa memperoleh pengetahuan melalui pengalaman pribadi, intuisi, wahyu, serta berpikir secara logis atau melalui percobaan empiris, yaitu melalui proses coba-coba dan kesalahan (*trial and error*).

d. Perubahan Sosial

Menurut Rafiq (2020) perubahan sosial memiliki beberapa karakteristik yaitu:

1. Hubungan antara unsur-unsur kebudayaan material dan immaterial mencerminkan bagaimana elemen-elemen fisik dari kebudayaan (seperti teknologi, peralatan, dan benda-benda) mempengaruhi dan dipengaruhi oleh elemen-elemen non-fisik (seperti nilai-nilai, kepercayaan, dan norma-norma). Misalnya, kemajuan teknologi (unsur material) dapat mempengaruhi cara orang berpikir dan berinteraksi (unsur immaterial), sedangkan nilai-nilai budaya dapat mempengaruhi cara teknologi diterima dan digunakan dalam masyarakat.
2. Perubahan dalam struktur dan fungsi masyarakat melibatkan bagaimana organisasi sosial, lembaga, dan peran-peran dalam masyarakat berubah seiring waktu. Ini bisa mencakup perubahan dalam sistem pemerintahan, ekonomi, dan hubungan sosial yang mempengaruhi cara masyarakat berfungsi dan berorganisasi.
3. Perubahan dalam hubungan sosial atau keseimbangan hubungan sosial mencakup bagaimana interaksi antarindividu atau kelompok berubah, mempengaruhi struktur sosial dan dinamika kekuasaan. Ini termasuk perubahan dalam pola komunikasi, struktur kekuasaan, dan jaringan sosial yang dapat mempengaruhi stabilitas dan fungsi masyarakat.
4. Variasi cara-cara hidup dapat terjadi akibat perubahan dalam kondisi geografis, kebudayaan material, komposisi penduduk, ideologi, atau hasil dari difusi dan penemuan baru. Ini berarti cara hidup suatu kelompok dapat berubah seiring dengan adanya inovasi, pergeseran budaya, atau interaksi dengan kelompok lain.
5. Modifikasi dalam pola-pola kehidupan manusia mencakup perubahan dalam cara-cara hidup sehari-hari yang terjadi karena berbagai faktor seperti perkembangan teknologi, perubahan sosial, atau pengaruh budaya luar. Ini bisa termasuk cara-cara baru dalam bekerja, berkomunikasi, atau membentuk hubungan sosial.

6. Perubahan pada lembaga-lembaga kemasyarakatan mencakup segala perubahan yang terjadi dalam struktur dan fungsi lembaga-lembaga seperti keluarga, pendidikan, dan agama. Ini juga melibatkan perubahan dalam nilai-nilai, sikap, dan pola perilaku di antara kelompok-kelompok dalam masyarakat, yang mempengaruhi bagaimana lembaga-lembaga tersebut berfungsi dan berinteraksi dalam sistem sosial.

e. Dukungan Keluarga

1. Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah suatu proses yang berlangsung terus menerus sepanjang kehidupan manusia. Fokus utama dari dukungan keluarga adalah pada interaksi yang terjadi dalam berbagai hubungan sosial, sebagaimana dievaluasi oleh individu. Dukungan keluarga mencakup sikap, tindakan, dan penerimaan anggota keluarga terhadap satu sama lain. Anggota keluarga sering kali merasa bahwa seseorang yang mendukung akan selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan ketika dibutuhkan (Friedman, 2013). Dukungan keluarga merupakan aspek yang sangat penting dalam membantu seseorang, untuk mengatasi berbagai kesulitan. Selain itu, dukungan ini juga berperan dalam meningkatkan kepercayaan diri, memberikan dorongan untuk menghadapi tantangan, serta berkontribusi pada kebahagiaan dan kualitas hidup. (Kusdiana *et al.*, 2023).

2. Struktur Keluarga

Menurut Ariyanti *et al.*, (2023) struktur keluarga terdiri dari lima yaitu:

- a) Patrilineal adalah jenis struktur keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara dalam beberapa generasi yang dihubungkan melalui jalur ayah. Dalam sistem ini, hubungan kekerabatan dan warisan diturunkan melalui garis keturunan ayah.
- b) Matrilineal adalah jenis struktur keluarga sedarah yang melibatkan sanak saudara dalam beberapa generasi yang dihubungkan melalui jalur ibu. Di sini, hubungan kekerabatan dan warisan diturunkan melalui garis keturunan ibu.
- c) Matrilokal adalah merujuk pada kondisi di mana sepasang suami istri tinggal bersama dengan keluarga sedarah ibu setelah menikah. Ini berarti bahwa pasangan tersebut menetap di rumah keluarga ibu.
- d) Patrilokal adalah situasi di mana sepasang suami istri tinggal bersama dengan keluarga sedarah suami setelah menikah, dengan kata lain, pasangan tersebut menetap di rumah keluarga ayah.
- e) Keluarga kawinan adalah unit keluarga yang terbentuk dari hubungan suami istri sebagai dasar utama, ditambah dengan sanak saudara yang menjadi bagian dari keluarga melalui hubungan dengan suami atau istri. Ini mencakup hubungan yang terbentuk setelah pernikahan dan melibatkan anggota keluarga yang terkait secara langsung atau tidak langsung.

3. Tipe Keluarga

Menurut Duha, (2021) tipe keluarga terdiri dari dua yaitu:

- a) Keluarga Inti (*Nuclear Family*) adalah jenis keluarga yang terdiri hanya dari ayah, ibu, dan anak-anak mereka. Anak-anak ini bisa merupakan keturunan biologis atau anak angkat, atau kombinasi dari keduanya.
 - b) Keluarga Besar (*Extended Family*) mencakup keluarga inti serta anggota keluarga tambahan yang masih memiliki hubungan darah, seperti kakek, nenek, paman, bibi, dan sepupu. Keluarga besar memperluas unit keluarga inti dengan melibatkan kerabat yang lebih jauh.
4. Jenis Dukungan Keluarga
- Jenis-jenis dukungan keluarga yaitu :
- a) Dukungan Informasional
Dukungan Informasional berfungsi untuk mengurangi munculnya stres dengan memberikan informasi yang relevan dan sugesti khusus kepada individu, terutama pasien. Dukungan ini membantu dengan menawarkan pengetahuan atau saran yang dapat mengurangi ketidakpastian dan tekanan (Jhoni Putra, 2019).
 - b) Dukungan Penilaian / Penghargaan
Dukungan Penilaian / Penghargaan melibatkan dukungan positif dari orang-orang di sekitar seseorang, seperti dorongan atau persetujuan terhadap ide atau perasaan individu. Dukungan ini membuat seseorang merasa dihargai dan bangga. Keluarga berperan sebagai bimbingan dan umpan balik, memberikan dukungan, pengakuan, penghargaan, dan perhatian yang membimbing dan menyelesaikan masalah (Jhoni Putra, 2019).
 - c) Dukungan Instrumental
Dukungan Instrumental berfungsi untuk memulihkan semangat yang menurun dengan menunjukkan adanya perhatian dan kepedulian dari lingkungan terhadap seseorang yang mengalami penderitaan. Dukungan ini mencakup bantuan praktis dan konkret yang membantu individu merasa didukung dan diperhatikan (Jhoni Putra, 2019).
 - d) Dukungan Emosional
Dukungan Emosional menjadikan keluarga sebagai tempat yang aman dan damai, membantu individu mengelola emosi mereka. Dukungan ini menjamin bahwa nilai-nilai individu tetap terjaga kerahasiaannya dari orang lain. Aspek dukungan emosional meliputi afeksi, kepercayaan, perhatian, serta kemampuan untuk mendengarkan dan didengarkan (Jhoni Putra, 2019)
 - e) Dukungan Finansial
Dukungan Finansial melibatkan bantuan keuangan yang diberikan keluarga saat individu memerlukan pengobatan, berbelanja, atau memenuhi kebutuhan lainnya. Ini termasuk bergantian dalam membayar kebutuhan dan memberikan dukungan finansial secara langsung (Djanah, 2023).

f) Dukungan Spritual

Dukungan Spiritual diberikan oleh keluarga dengan mendorong individu untuk beribadah dan mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa, menyediakan dukungan yang menguatkan dan memperdalam aspek spiritual kehidupan seseorang (Djanah, 2023).

5. Pengukuran dukungan keluarga

Pengukuran dukungan keluarga dilakukan dengan mengevaluasi beberapa jenis dukungan, yaitu dukungan emosional dan penghargaan, dukungan instrumental, serta dukungan informasi. Untuk mengukur dukungan tersebut, digunakan skala Likert dengan pertanyaan yang bersifat positif. Skala ini memiliki empat pilihan jawaban dengan kriteria sebagai berikut: 4 untuk "selalu," 3 untuk "sering," 2 untuk "kadang-kadang," dan 1 untuk "tidak pernah.", dengan menggunakan skala ini, penilaian terhadap tingkat dukungan keluarga dapat dilakukan secara sistematis dan kuantitatif (Nursalam, 2017).

f. Dukungan Sosial

1. Definisi Dukungan Sosial

Dukungan sosial merujuk pada informasi dan umpan balik yang diterima dari orang lain, yang membuat pasien merasa dicintai, diperhatikan, dihormati, dan terlibat dalam jaringan komunitas. Dukungan ini dapat diberikan oleh keluarga maupun masyarakat di sekitarnya, dan pasien diharapkan memberikan timbal balik terhadap dukungan yang diterima (Khomsatun & Sari, 2022). Di kawasan Asia, termasuk di Indonesia, penderita hipertensi sering kali tinggal bersama keluarga besar, yang memberikan konteks sosial yang mendukung bagi mereka (Yan & Insani, 2023).

2. Sumber Dukungan Sosial

Dukungan sosial dapat datang dari sumber yang berbeda, seperti dari orang yang dicintai, masyarakat, tempat kerja atau anggota organisasi. Dengan adanya dukungan sosial, individu akan merasa yakin bahwa dirinya dicintai dan disayangi, dihargai, bernilai, dan menjadi bagian dari jaringan sosial (Jhoni Putra, 2019).

3. Jenis Dukungan Sosial

Menurut Jhoni Putra, (2019) konsep dukungan sosial dibedakan dalam beberapa jenis yaitu:

- a) Dukungan Emosi (*Emotional or Esteem Support*) adalah dukungan yang berupa empati, kepedulian, perhatian, penghargaan, dan semangat kepada individu. Dukungan ini membantu individu merasa diperhatikan dan dihargai, serta memberikan dorongan emosional.
- b) Dukungan Instrumental (*Tangible or Instrumental Support*) adalah dukungan yang berupa bantuan langsung, seperti bantuan materi, finansial, atau kebutuhan nyata lainnya yang diperlukan oleh individu. Dukungan ini memberikan solusi praktis terhadap masalah yang dihadapi individu.
- c) Dukungan Informasi (*Informational Support*) mencakup pemberian nasehat, instruksi, saran, arahan, atau informasi yang diperlukan

individu. Dukungan ini membantu individu dengan menyediakan pengetahuan atau panduan yang bermanfaat.

- d) Dukungan Pertemanan (*Companionship Support*) merujuk pada kesediaan orang lain untuk menyediakan waktu dan menciptakan suasana yang mendukung, sehingga individu merasa diterima dan memiliki tempat dalam kelompok atau komunitas.
- e) Dukungan Penghargaan (*Reward Support*) adalah dukungan yang mengacu pada penghargaan dan pengakuan terhadap ide-ide atau performa individu, sehingga individu merasa mampu dan dihargai oleh orang lain.

4. Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Sosial

Menurut Sestiani & Muhid, (2022) terdapat tiga faktor penting yang mempengaruhi dukungan sosial seseorang antara lain:

- a) Perubahan Sosial adalah proses yang melibatkan hubungan antara pengetahuan, perilaku sosial, pelayanan, dan cinta. Keseimbangan dalam perubahan sosial menciptakan kondisi yang memuaskan bagi hubungan interpersonal, di mana pertukaran pengalaman memperkuat kepercayaan diri dan memberikan manfaat dari interaksi sosial.
- b) Empati melibatkan penghargaan terhadap emosi orang lain dan mendorong perilaku yang membantu mereka merasa lebih baik. Dengan mengurangi rasa sakit dan menumbuhkan kebahagiaan, empati berfungsi untuk meningkatkan kesejahteraan emosional dan mendukung orang lain dalam situasi sulit.
- c) Nilai Sosial dan Norma merujuk pada proses di mana individu berbagi norma sosial dan nilai-nilai dari lingkungan mereka sebagai bagian dari pengalaman hidup. Nilai-nilai ini membantu seseorang memenuhi kewajiban hidup mereka dan mendorong individu untuk membantu orang lain dalam meningkatkan kehidupan sosial mereka..

5. Pengukuran dukungan Sosial

Pengukuran dukungan sosial untuk menilai dukungan yang diterima oleh pasien hipertensi menggunakan kuesioner *Chronic Illness Resources Survey* (CIRS) yang dikembangkan oleh Glasgow *et al*, (2005). Kuesioner ini terdiri dari 22 pertanyaan dengan pilihan jawaban menggunakan skala Likert. Pilihan jawaban terdiri dari angka 1 untuk "tidak pernah," 2 untuk "kadang," 3 untuk "cukup," 4 untuk "cukup sering," dan 5 untuk "sering." Skor total kuesioner berada pada rentang 22 hingga 110, di mana semakin tinggi skor yang diperoleh, semakin baik dukungan sosial yang diterima oleh pasien hipertensi.

g. Spiritual

1. Definisi Spiritual

Kata sifat spiritual berasal dari bahasa Latin *spiritualis*, yang berarti "*of the spirit*" atau "kerohanian." Spiritualitas berkaitan dengan kepedulian, harapan, kebaikan, cinta, dan optimisme. Ini mencerminkan kepercayaan mendalam pada eksistensi dan pentingnya aspek-aspek tersebut (Sagala *et al.*, 2019). Menurut Florence Nightingale dalam Yusuf *et al*, (2016) spiritualitas adalah proses kesadaran yang melibatkan penanaman kebaikan secara alami dan mencari kondisi terbaik untuk perkembangan

kualitas yang lebih tinggi. Sikap spiritual merupakan manifestasi dari hubungan antara individu dengan Tuhan Yang Maha Esa, sehingga setiap tindakan harus selaras dengan perintah-Nya (Pranjia *et al.*, 2020).

2. Indikator Terpenuhinya Kebutuhan Spiritual

Menurut Yusuf *et al.*, (2016) beberapa indikator terpenuhi kebutuhan spiritualnya seseorang antara lain:

- a) Merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan kehidupan berarti mencari makna positif dalam eksistensi dan kontribusi hidup.
- b) Mengembangkan arti penderitaan dan meyakini hikmah dari kejadian berarti memahami bahwa setiap penderitaan memiliki pelajaran atau tujuan.
- c) Menjalin hubungan positif melalui keyakinan dan cinta kasih melibatkan membangun hubungan yang sehat dengan kepercayaan dan kasih sayang.
- d) Membina integritas personal dan merasa diri berharga berarti mengembangkan karakter yang konsisten dan merasakan nilai diri.
- e) Merasakan kehidupan terarah melalui harapan berarti memiliki tujuan yang jelas dan motivasi untuk masa depan yang lebih baik.
- f) Mengembangkan hubungan antar manusia dengan positif berarti membangun dan memelihara hubungan yang konstruktif dan saling mendukung.

Indikator terpenuhinya kebutuhan spiritual meliputi rasa keharmonisan dan kedekatan dengan diri sendiri, orang lain, alam, serta hubungan dengan Tuhan. Dalam konteks Spiritual Islam, kebutuhan spiritual dianggap terpenuhi jika seseorang mampu mengembangkan rasa syukur, sabar, dan ikhlas. Spiritualitas bukanlah agama itu sendiri, tetapi agama bisa menjadi salah satu jalan untuk mencapai spiritualitas (Yusuf *et al.*, 2016).

3. Domain Spiritual

Menurut Yusuf *et al* (2016) domain spiritual mencakup hal-hal sebagai berikut:

a) *Mystery*

Mystery adalah pengalaman yang melekat dalam kehidupan manusia dan merupakan bagian dari nilai spiritual dalam diri seseorang. Ini mencakup pemahaman dan keyakinan tentang apa yang akan terjadi setelah kehidupan ini. Kepercayaan terhadap kehidupan akhirat memberi nilai spiritualitas dan memotivasi individu untuk menilai kualitas perilaku mereka dalam konteks kehidupan yang akan datang. Keyakinan ini memberikan dorongan khusus, mempengaruhi persepsi tentang kesehatan dan penyakit, serta menjadi sumber kekuatan dalam proses penyembuhan. Karena kehidupan di dunia bersifat sementara, sementara kehidupan akhirat kekal, maka bekal untuk kehidupan abadi harus dibangun selama hidup di dunia.

b) *Love* (Cinta)

Cinta adalah sumber utama kehidupan dan bahan bakar nilai spiritual, berasal dari hati yang merupakan pusat ego seseorang. Ego mencerminkan pemenuhan kebutuhan dasar manusia sesuai dengan

tahap pertumbuhan. Meskipun cinta, seperti spirit, tidak terikat pada tempat, waktu, atau situasi tertentu, ia berfungsi sebagai energi penting dalam proses penyembuhan. Hubungan antara cinta dan penyembuhan melibatkan eksplorasi berbagai aspek menakjubkan dalam proses tersebut. Cinta, yang misterius dan berkaitan dengan pilihan serta perasaan, mencakup dinamika antara memberi dan menerima.

c) *Suffering*

Keberadaan dan arti penderitaan merupakan aspek dari domain spiritual. Penderitaan adalah salah satu isu inti dari misteri kehidupan dan dapat muncul dari masalah fisik, mental, emosional, dan spiritual. Meskipun demikian, tidak semua orang merasakan penderitaan yang sama meskipun menghadapi situasi yang serupa. Perasaan penderitaan dipengaruhi oleh konsep sakit, nilai spiritual, budaya, latar belakang keluarga, amalan keagamaan, dan kepribadian individu. Oleh karena itu, perawat perlu memperhatikan respons penderitaan pasien, karena hal ini berkaitan erat dengan konsep kesehatan, sakit, dan usaha untuk penyembuhan.

d) *Hope*

Harapan berkaitan dengan keinginan untuk masa depan dan berorientasi pada apa yang akan datang. Ini adalah energi spiritual yang mendorong seseorang untuk memikirkan bagaimana cara menjadi lebih baik di masa depan. Makna spiritualitas dari harapan terletak pada hubungannya yang positif dengan kesejahteraan spiritual, nilai-nilai keagamaan, dan perasaan positif lainnya.

e) *Forgiveness*

Pemaaf adalah komponen utama dari self-healing. Sikap memaafkan merupakan kebutuhan mendalam dan pengalaman yang sangat diharapkan dapat dilakukan seseorang. Keadaan ini memerlukan keyakinan kuat bahwa Tuhan Maha Pemaaf. Memaafkan adalah sifat dan perilaku yang sulit, terutama saat merasa disakiti, dan luka tersebut seringkali tetap membekas. Memerlukan kesadaran bahwa kita bukanlah siapa-siapa, dan semua yang terjadi adalah takdir Tuhan.

f) *Peace and Peacemaking*

Damai dan pembentukan perdamaian sering kali terkait erat dengan keadilan yang melekat dalam diri seseorang, memungkinkan mereka hidup dalam lingkungan yang alami dan menyembuhkan. Kedamaian sejati tidak bergantung pada lingkungan eksternal; banyak individu yang berasal dari latar belakang kelam atau brutal dapat menjadi pejuang perdamaian. Kedamaian ini berasal dari hubungan yang mendukung keberlangsungan hidup yang damai dan merupakan pencapaian spiritualitas yang besar. Meskipun perdamaian adalah cita-cita luhur dan indah, konflik dan perang masih ada karena beberapa

orang berusaha mencapainya dengan cara merusak, menyakiti, dan membunuh orang lain.

g) *Grace*

Anggun dan lemah lembut mencerminkan pengalaman yang mengandung elemen kejutan, pesona, kekaguman, misteri, dan rasa syukur terhadap keadaan kita. *Grace* adalah dukungan yang diperlukan untuk menghadapi situasi tidak menyenangkan atau tidak diharapkan. Dalam kehidupan nyata, *grace* lebih terlihat sebagai rasa bersyukur atas pemberian Tuhan. Bersyukur adalah bentuk terima kasih dan pengakuan bahwa semua nikmat adalah pemberian Tuhan. Dari tidak ada, kita lahir, tumbuh, berkembang, menjadi sehat, cantik, tampan, dan pandai, semua itu adalah pemberian Tuhan yang tak ternilai harganya.

h) *Prayer*

Berdoa adalah ekspresi spiritualitas dan mencerminkan insting terdalam manusia, ini berasal dari kesadaran tinggi bahwa Tuhan mengatur seluruh kehidupan. Berdoa melibatkan pencarian hubungan yang dekat dan komunikasi dengan Tuhan atau sumber yang misterius. Ini adalah usaha untuk memohon kepada Tuhan agar diberikan kebaikan, keberkahan, kemudahan, kesehatan, dan solusi untuk kesulitan.

1.5.4 Tinjauan Tentang Gaya Hidup

a. Definisi Gaya Hidup

Gaya hidup atau *lifestyle* menggambarkan tingkah laku, pola, dan cara hidup seseorang. Ini mencakup aktivitas, minat, dan ketertarikan mereka serta pandangan mereka tentang diri sendiri. Gaya hidup membedakan status seseorang dari orang lain dan lingkungan melalui lambang-lambang sosial yang dimilikinya (Riadi, 2018).

Menurut Amalia (2017) gaya hidup adalah pola hidup seseorang yang diekspresikan melalui aktivitas, minat, dan opini mereka. Ini menggambarkan keseluruhan diri seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungan dan masyarakat, serta mencerminkan pola aksi dan interaksi sosial mereka. Gaya hidup merupakan hasil dari karakteristik individu yang terbentuk melalui interaksi sosial. Secara sederhana, gaya hidup adalah cara seseorang menjalani hidupnya, meliputi aktivitas, minat, kesukaan atau ketidaksukaan, sikap, konsumsi, dan harapan.

b. Indikator dan Pengukuran Gaya Hidup

Menurut Sunarto dalam Riadi, (2018), terdapat tiga indikator gaya hidup seseorang yaitu sebagai berikut:

1. Kegiatan (*Activity*) mencakup apa yang dilakukan konsumen, produk apa yang digunakan, serta aktivitas yang dilakukan untuk mengisi waktu luang. Meskipun kegiatan ini biasanya dapat diamati, alasan di balik tindakan tersebut sering kali sulit diukur secara langsung.
2. Minat (*Interest*) adalah objek, peristiwa, atau topik yang menarik perhatian seseorang secara khusus dan berkelanjutan. Minat mencakup kesukaan, kegemaran, dan prioritas dalam hidup

konsumen, serta hal-hal yang mereka anggap menarik untuk menghabiskan waktu dan uang. Minat mempengaruhi proses pengambilan keputusan konsumen.

3. Opini (*Opinion*) adalah pandangan dan perasaan konsumen terhadap isu-isu global, lokal, atau ekonomi dan sosial. Opini mendeskripsikan penafsiran, harapan, dan evaluasi, termasuk keyakinan tentang maksud orang lain, antisipasi terhadap peristiwa masa depan, dan pertimbangan konsekuensi dari tindakan alternatif.
- c. Gaya Hidup yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Hipertensi Pada Masyarakat Pesisir

1. Pola Makan

- a) Definisi Pola Makan

Pola makan adalah perilaku krusial yang memengaruhi keadaan gizi seseorang. Kuantitas dan kualitas makanan serta minuman yang dikonsumsi berdampak langsung pada asupan gizi, yang pada gilirannya mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Gizi yang optimal penting untuk pertumbuhan, perkembangan fisik, dan kecerdasan di semua kelompok usia. Memperhatikan pola makan sehari-hari dapat mengurangi risiko penyakit, termasuk hipertensi (Nadir, 2019). Budaya makan manusia dipengaruhi oleh lingkungan, agama, adat, kebiasaan, pendidikan masyarakat, serta faktor ekonomi dan industrialisasi. Kebiasaan makan melibatkan kegiatan kuliner seperti pengolahan bahan makanan dan teknologi yang digunakan, serta ditentukan oleh budaya yang mengatur apa yang bisa dimakan, ketersediaan bahan makanan, serta faktor ekologis dan fisiologis (Musdalifah *et al.*, 2020). Pola makan yang tidak sehat dapat menyebabkan berbagai penyakit, termasuk hipertensi. Untuk mencegah hipertensi, disarankan untuk meningkatkan konsumsi buah dan sayur, serta mengurangi asupan lemak dan garam (Rihiantoro & Widodo, 2017).

- b) Makanan Penyebab Hipertensi

- 1) *Fast Food*

Makanan fast food atau siap saji kini mudah diperoleh bahkan di kota-kota kecil. Namun, makanan ini sering kali mengandung zat yang kurang menguntungkan bagi tubuh, seperti kadar natrium yang tinggi. Selain itu, makanan yang mengandung penyedap rasa juga dapat berkontribusi pada masalah kesehatan. Kandungan natrium yang tinggi dalam makanan siap saji, terutama yang berbahan dasar daging, menjadi salah satu faktor terbesar penyebab terjadinya hipertensi. Oleh karena itu, konsumsi makanan jenis ini perlu dibatasi untuk menjaga kesehatan, khususnya dalam mencegah peningkatan tekanan darah (Trisnawan, 2019).

2) *Junk Food*

Penelitian menunjukkan adanya hubungan antara konsumsi junk food dan kejadian hipertensi. Junk food, seperti makanan yang tinggi lemak jenuh, termasuk gorengan, telah diidentifikasi sebagai faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah. Makanan ini sering kali mengandung lemak jenuh yang tinggi, yang dapat mempengaruhi kesehatan kardiovaskular dan meningkatkan risiko hipertensi. Oleh karena itu, mengurangi konsumsi junk food adalah langkah penting dalam menjaga kesehatan jantung dan tekanan darah (Sumarni *et al.*, 2016).

3) Cemilan

Makanan cemilan tidak baik untuk dikonsumsi oleh penderita hipertensi karena beberapa di antaranya mengandung karbohidrat, garam, dan natrium yang tinggi. Konsumsi garam yang berlebihan dapat mengganggu keseimbangan natrium dan kalium dalam tubuh, menyulitkan ginjal untuk bekerja dengan baik, dan menyebabkan penumpukan cairan. Hal ini dapat berkontribusi pada peningkatan tekanan darah. Oleh karena itu, penderita hipertensi disarankan untuk membatasi asupan makanan cemilan yang tinggi kandungan garam dan natrium untuk menjaga tekanan darah tetap stabil (Pebriandini *et al.*, 2020).

4) *Soft Drink*

Soft drink atau minuman ringan, seperti minuman bersoda, sering dikaitkan dengan peningkatan risiko hipertensi. Konsumsi yang sering dari minuman ini, yang umumnya tinggi gula dan sodium, dapat berkontribusi pada peningkatan tekanan darah. Penelitian menunjukkan adanya hubungan antara kebiasaan mengonsumsi makanan tidak sehat, termasuk soft drink, dan jaranginya konsumsi makanan sehat dengan risiko hipertensi. Minuman ini tidak hanya memberikan kalori kosong tanpa nilai gizi yang signifikan, tetapi juga dapat menyebabkan penumpukan lemak, resistensi insulin, dan gangguan metabolik lainnya yang semuanya berpotensi memicu tekanan darah tinggi (Zsa *et al.*, 2022).

5) Minuman Beralkohol

Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat menjadi faktor risiko signifikan untuk hipertensi dan komplikasi kesehatan yang lebih serius. Alkohol dapat meningkatkan tekanan darah dengan merangsang sistem saraf simpatik, yang mengatur tekanan darah. Pada penelitian, ditemukan adanya hubungan antara konsumsi alkohol dan kejadian hipertensi. Remaja, khususnya, dapat merubah gaya hidup mereka untuk

mengurangi risiko ini dengan menghentikan kebiasaan minum alkohol. Dengan menghindari alkohol, mereka tidak hanya mengurangi risiko hipertensi tetapi juga risiko komplikasi kesehatan lainnya seperti kerusakan hati, masalah jantung, dan gangguan mental (Rahardjo & Samudera, 2021).

6) Minum Kopi

Frekuensi konsumsi kafein yang tinggi dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dan berpotensi menyebabkan hipertensi. Oleh karena itu, masyarakat diharapkan untuk lebih meningkatkan upaya pengendalian tekanan darah melalui perubahan gaya hidup, salah satunya dengan mengurangi frekuensi konsumsi makanan dan minuman yang mengandung kafein. Dengan membatasi asupan kafein, risiko hipertensi dapat diminimalisir, dan kesehatan kardiovaskular secara keseluruhan dapat lebih terjaga (Sutarjana, 2021).

c) Penilaian Pola Makan

Food Frequency Questionnaire (FFQ) adalah metode penilaian asupan makanan selama periode waktu tertentu, biasanya dalam jangka waktu yang lebih lama. Metode ini bertujuan untuk menilai frekuensi konsumsi makanan seseorang dengan cara menanyakan seberapa sering mereka mengonsumsi berbagai jenis makanan. FFQ biasanya mencakup daftar makanan yang dapat diklik, menunjukkan seberapa sering makanan tersebut dikonsumsi setiap bulan, minggu, atau hari. Prinsip di balik FFQ adalah bahwa diet jangka panjang, seperti asupan selama beberapa bulan atau tahun, secara konseptual lebih penting untuk penilaian gizi dibandingkan dengan asupan harian yang hanya diukur selama 24 jam (Suryani *et al.*, 2023).

Menurut Fayasari (2020) Tipe FFQ terbagi menjadi dua yaitu:

- 1) FFQ Qualitative yang memuat jenis makanan/minuman dan frekuensi konsumsi bahan makanan.
- 2) Semi-Quantitatif FFQ yang memuat daftar URT/jumlah porsi, sehingga selain didapatkan jenis dan frekuensi makanan, juga ditanyakan jumlah yang biasa dikonsumsi.

Frekuensi dari jenis makanan yang dikonsumsi sering dilengkapi dengan skor. Skor frekuensi menurut De Wijn, (1979) dalam Jafar *et al*, (2018) yaitu 0= Tidak Pernah, 1=1-3 kali sebulan (Jarang), 2 = 1-2 kali seminggu (Kadang-kadang), 3=3-6 kali seminggu (Biasa), 25= 1 kali sehari (Sering), 50= Setiap kali makan (Sering kali).

2. Aktivitas Fisik

a) Definisi Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik adalah gerakan yang dilakukan oleh otot tubuh dan sistem penunjangnya, yang memerlukan energi tambahan di

luar kebutuhan metabolisme basal. Selama aktivitas fisik, otot membutuhkan energi ekstra untuk bergerak, dan jantung serta paru-paru juga memerlukan energi tambahan untuk mengantarkan zat gizi dan oksigen ke seluruh tubuh, serta mengeluarkan sisa-sisa dari tubuh. Jumlah energi yang dibutuhkan bergantung pada jumlah otot yang terlibat, durasi, dan intensitas aktivitas yang dilakukan (Almatsier, 2010).

Aktivitas fisik memiliki manfaat penting, termasuk mengurangi risiko sindrom metabolik, menurunkan kejadian kardiovaskular, mengurangi tekanan darah sistolik dan diastolik, meningkatkan sensitivitas insulin dan kontrol glikemik, serta membantu mencapai berat badan yang ideal (Ramdhika *et al.*, 2023). Selain itu, aktivitas fisik juga merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian hipertensi, dan peningkatan aktivitas fisik direkomendasikan sebagai upaya pencegahan terhadap hipertensi (Wirakhmi, 2023).

Menurut WHO, (2022) mendefinisikan aktivitas fisik yaitu mencakup segala jenis gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka dan membutuhkan energi. Ini mencakup semua bentuk pergerakan, baik saat waktu luang, perjalanan ke dan dari tempat tertentu, maupun sebagai bagian dari pekerjaan. Kegiatan fisik dengan tingkat intensitas sedang hingga tinggi dapat meningkatkan kesehatan.

b) Kategori Aktivitas Fisik

Menurut Kemenkes RI (2018) dalam (Widiastuti, 2022) aktivitas fisik dibagi menjadi 3 kategori berdasarkan intensitas dan besaran kalori yang digunakan, yaitu :

- 1) Aktivitas fisik berat, selama beraktivitas, tubuh mengeluarkan banyak keringat, denyut jantung dan frekuensi nafas meningkat sampai terengah-engah. Energi yang dikeluarkan >7 Kcal/menit. Contoh aktivitas fisik berat :
 - (a) Berjalan sangat cepat (kecepatan ≥ 5 km/jam), berjalan mendaki bukit, membawa beban dipunggung, naik gunung, jogging (kecepatan 8 km/jam) dan berlari.
 - (b) Pekerjaan seperti mengangkat beban berat, menyekop pasir, memindahkan batu bata, menggali dan mencangkul.
 - (c) Pekerjaan rumah seperti memindahkan perabotan yang berat dan menggendong anak.
 - (d) Bersepeda ≥ 15 km/jam dengan lintasan mendaki, bermain basket, badminton dan sepak bola.
- 2) Aktivitas fisik sedang, melakukan aktivitas yang mengeluarkan sedikit keringat, denyut jantung dan frekuensi nafas menjadi lebih cepat. Energi yang dikeluarkan : 3,5 – 7 Kcal/menit. Contoh aktivitas fisik sedang:

- (a) Berjalan cepat (kecepatan 5 km/jam) pada permukaan rata di dalam atau diluar rumah, di kelas, di tempat kerja dan jalan santai sewaktu istirahat kerja.
 - (b) Memindahkan perabotan ringan, berkebun, menanam pohon dan mencuci kendaraan.
 - (c) Pekerjaan tukang kayu, membawa dan menyusun balok kayu, membersihkan rumput dengan mesin pemotong rumput.
 - (d) Menari dan bersepeda pada lintasan datar.
- 3) Aktivitas fisik ringan, kegiatan yang hanya memerlukan sedikit tenaga dan biasanya tidak menyebabkan perubahan dalam pernapasan. Energi yang dikeluarkan <3,5Kcal/menit.
Contoh aktivitas fisik ringan:
- (a) Berjalan santai
 - (b) Duduk bekerja didepan komputer, membaca, menulis, menyetir.
 - (c) Berdiri melakukan pekerjaan rumah tangga seperti mencuci piring, setrika, memasak, menyapu, mengepel lantai dan menjahit
 - (d) Latihan peregangan dan pemanasan dengan gerakan lambat
 - (e) Memancing, memanah, menembak, bermain golf dan naik kuda.
- c) Pengukuran Aktivitas Fisik

Pengukuran aktivitas fisik dilakukan dengan menggunakan *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*, sebuah kuesioner yang dirancang untuk mengevaluasi aktivitas fisik responden dalam tujuh hari terakhir. Formulir IPAQ diisi oleh peneliti melalui wawancara dengan responden. (Sangadah, 2022). Kuesioner ini mencakup 5 domain, dan perhitungan skoring dilakukan dengan menggunakan MET-Menit/minggu. Skor ini dihitung dengan mengalikan tingkat MET (*Metabolic Equivalent of Task*) dengan jumlah menit aktivitas per hari dan jumlah hari per minggu. (Palit *et al.*, 2021). Alat ukur ini dikembangkan oleh Craig *et al.* pada tahun 2003 untuk menilai tingkat aktivitas fisik seseorang. Kuesioner ini terdiri dari 7 pertanyaan yang mengevaluasi aktivitas fisik berat (*vigorous activity*), aktivitas fisik sedang (*moderate activity*), aktivitas berjalan kaki (*walking activity*), dan aktivitas duduk (*sitting activity*) selama satu minggu terakhir. Setiap pertanyaan memiliki dua pilihan jawaban terbuka. Cara penilaian dari alat ukur ini adalah (Craig *et al.*, 2003):

- 1) Ringan MET-menit/minggu = 3,3xwaktu berjalan kaki (dalam menit)xjumlah hari.

- 2) Sedang MET-menit/minggu = $4,0 \times \text{waktu melakukan aktivitas fisik sedang (dalam menit)} \times \text{jumlah hari}$.
- 3) Berat MET-menit/minggu = $8,0 \times \text{waktu melakukan aktivitas fisik berat (dalam menit)} \times \text{jumlah hari}$.
- 4) Total aktivitas fisik MET-menit/minggu = total dari aktivitas berjalan kaki + aktivitas fisik sedang + aktivitas fisik berat

3. Status Merokok

a) Definisi Rokok

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2003 mengenai pengamanan rokok untuk kesehatan, rokok didefinisikan sebagai produk olahan tembakau yang terbungkus, termasuk cerutu atau bentuk lain, yang berasal dari tanaman *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Rustica*, atau spesies tembakau lainnya, baik yang alami maupun sintesis, dan mengandung nikotin serta tar, dengan atau tidak menggunakan bahan tambahan. (Safitri *et al.*, 2019). Rokok merupakan zat adiktif yang penggunaannya menimbulkan bahaya kesehatan bagi diri sendiri dan masyarakat (Syafrawati *et al.*, 2016)

b) Tahapan Merokok

Menurut Komasari & Helmi (2000) dalam Nasution (2007) tahapan seseorang yang memiliki kebiasaan merokok melalui empat tahap :

- 1) Tahap *preparatori* ialah gambaran bagaimana rasanya merokok yang diperoleh dengan membaca, mendengar dan melihat, sehingga timbul keinginan untuk merokok.
- 2) Tahap *initiation* merupakan tahap seseorang akan terus merokok atau berhenti merokok.
- 3) Tahap *becoming a smoker* adalah individu yang merokok lebih dari 5 batang sehari sehingga mempunyai keinginan untuk menjadi perokok.
- 4) Tahap *maintenance of smoking* ialah merokok yang telah menjadi suatu kebiasaan.

c) Efek Merokok

United Nations Summit on Noncommunicable Disease, sudah menyatakan bahwa, Konsumsi tembakau selain konsumsi alkohol, pola makan yang buruk dan kurangnya aktivitas fisik merupakan empat faktor risiko utama peningkatan empat penyakit tidak menular utama yang semakin meningkat dan mengancam umat manusia secara global, yaitu penyakit kardiovaskular, kanker, obstruksi paru, dan diabetes (Jatmika *et al.*, 2018).

Merokok dan hipertensi merupakan dua faktor risiko aterosklerosis, penyakit jantung koroner, serangan jantung, dan kematian mendadak. Bahan kimia yang terkandung dalam rokok dapat menyebabkan hipertensi karena merusak lapisan dalam

dinding arteri sehingga membuat arteri lebih rentan terhadap penumpukan plak (arterosklerosis) (Lubis *et al.*, 2023).

d) Pengukuran Status Merokok

Status merokok diukur dengan menggunakan kuesioner *Index Brinkman* (IB) mengenai status merokok. Pertanyaan (dan kode variabel) yang digunakan adalah merokok/mengunyah tembakau, usia mulai merokok, rata-rata jumlah rokok yang dihisap per hari dan jenis rokok/tembakau yang biasa dihisap/dikunyah serta durasi merokok (Rahman *et al.*, 2019). Tingkat keparahan merokok dengan menggunakan *Indeks Brinkman* (IB) yang merupakan perkalian rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap sehari dikalikan dengan lama merokok, dikatakan ringan jika nilainya 0-200 dan sedang 201-600 dan tinggi jika di atas 600 (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023).

1.5.5 Tinjauan Tentang Masyarakat Pesisir

a. Definisi Masyarakat Pesisir

Wilayah pesisir merupakan wilayah peralihan antara lautan dan daratan dimana wilayah lautan masih terhubung dengan aktivitas di darat seperti sedimentasi dan pergerakan air tawar, dan wilayah daratan masih terhubung dengan aktivitas di laut seperti pasang surut air laut, angin laut, dan air asin. guyuran. Jadi gambaran wilayah pesisir dapat berbeda-beda tergantung pada aspek administratif, ekologi, dan perencanaan (Yonvitner *et al.*, 2019).

Masyarakat pesisir merupakan sekelompok masyarakat yang hidup bersama di wilayah pesisir, membentuk dan mempunyai budaya khas yang berkaitan dengan kemandirian dalam pemanfaatan sumber daya pesisir. Berdasarkan pendapat di atas dapat diketahui bahwa individu-individu yang hidup bersama dan bersatu membentuk suatu kelompok atau koloni, yang diikat oleh norma-norma tertentu dan mempunyai corak hidup yang khas, serta sama-sama bergantung pada sumber daya pesisir sebagai mata pencahariannya. Tentu saja masyarakat pesisir tidak hanya nelayan saja, tetapi juga petani ikan, pengolah ikan, bahkan pedagang ikan, dan juga seluruh masyarakat yang hidup dan bertempat tinggal di wilayah pesisir dan menggantungkan penghidupannya pada sumber daya yang ada di laut dan wilayah pesisir (Sasole, 2023).

b. Karakteristik Masyarakat pesisir

Menurut Satria (2015) karakteristik masyarakat pesisir berbeda dengan karakteristik masyarakat agraris karena perbedaan karakteristik sumber daya yang dihadapi. Masyarakat Pesisir dapat merupakan gambaran wujud komunitas kecil yang memiliki ciri yaitu :

1. Mempunyai identitas yang khas (*distinctiveness*).
2. Terdiri atas sejumlah penduduk dengan jumlah yang cukup terbatas (*smallness*) sehingga masih saling mengenal sebagai individu yang berkepribadian.
3. Bersifat seragam dengan diferensiasi terbatas (*homogemity*),

4. Kebutuhan hidup penduduknya sangat terbatas sehingga semua dapat dipenuhi sendiri tanpa bergantung pada pasaran luar (*allproviding self sufficiency*)

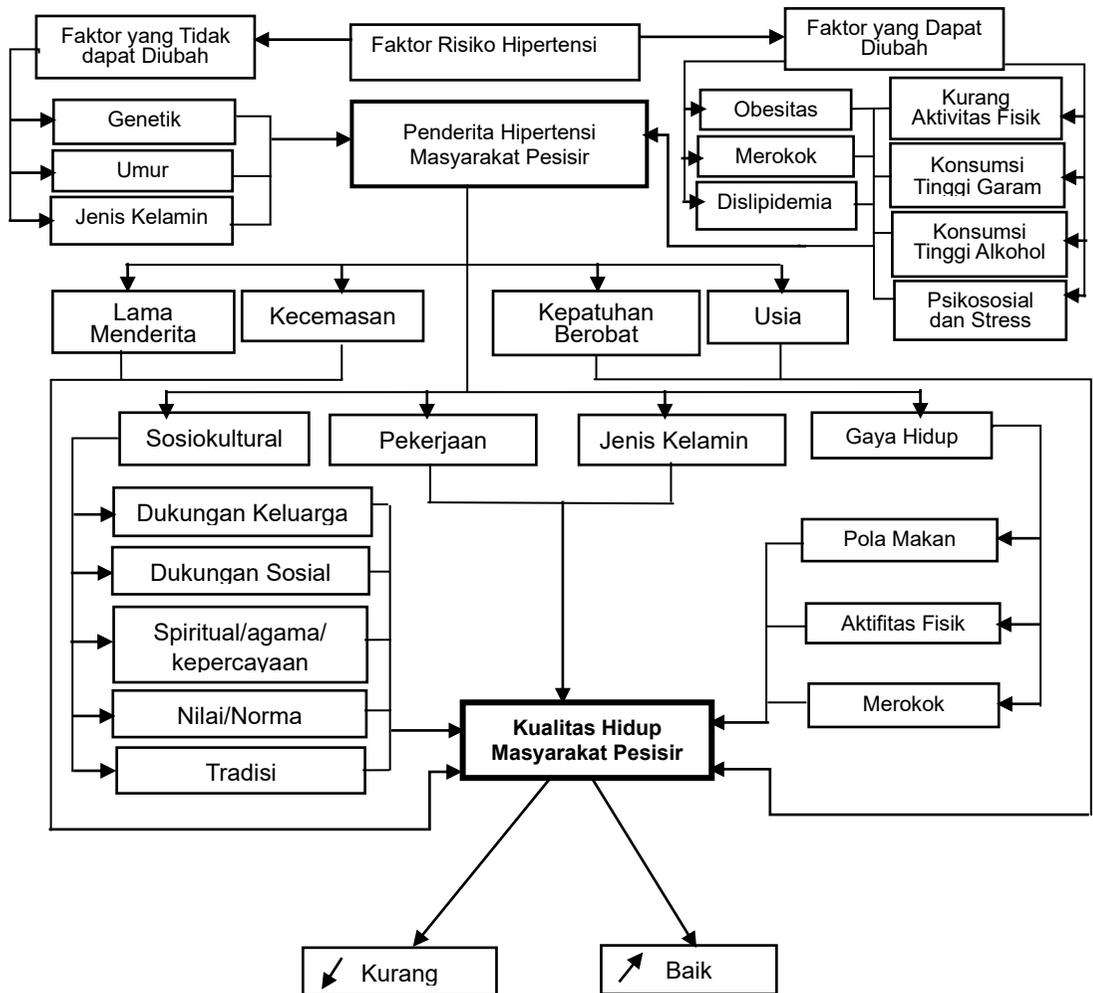
Masyarakat mempunyai ciri-ciri pesisir tertentu atau ciri khas/unik tertentu. Karakteristik ini erat kaitannya dengan sifat usaha yang lebih dominan pada sektor perikanan dan kelautan. Sifat usaha perikanan dan kelautan sangat erat kaitannya dengan faktor-faktor seperti lingkungan, musim dan pasar, sehingga karakteristik masyarakat pesisir juga berkaitan dengan faktor-faktor tersebut (Sidik, 2022).

c. Hubungan Masyarakat Pesisir dengan Penderita Hipertensi

Hipertensi tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat, terutama di daerah pesisir. Faktor-faktor sosio-demografi dan pola konsumsi makanan yang tidak seimbang di wilayah ini berperan penting dalam terjadinya hipertensi (Susanti *et al.*, 2020). Saat asupan natrium klorida (NaCl) meningkat, ginjal merespons dengan meningkatkan ekskresi garam melalui urin. Namun, jika jumlah garam yang dikeluarkan melebihi kapasitas ginjal, ginjal akan menahan air (H₂O), yang menyebabkan peningkatan volume intravaskular dan curah jantung, serta meningkatkan tekanan darah apabila resistensi perifer tinggi. Masyarakat yang tinggal di wilayah dengan kadar garam tinggi dalam air dan makanan cenderung mengalami hipertensi lebih sering dibandingkan dengan mereka yang berada di daerah dengan kadar kalsium dan magnesium tinggi. Pasokan makanan utama di wilayah pesisir seperti udang (natrium 111mg/100gr), cumi-cumi (natrium 306mg/100gr), kerang (natrium 1202mg/100gr), dan ikan laut sering dikonsumsi, yang terkait dengan risiko hipertensi karena tingginya kandungan lemak dan garam dalam makanan tersebut (Nafi & Putriningtyas, 2023).

Masyarakat pesisir adalah komunitas yang tinggal di daerah pantai, sebagian besar bekerja sebagai nelayan, dan memiliki karakteristik yang berbeda dari masyarakat lainnya. Perbedaan ini disebabkan oleh keterkaitan erat dengan karakteristik ekonomi wilayah, latar belakang budaya, serta ketersediaan sarana dan prasarana pendukung. Secara umum, masyarakat pesisir memiliki budaya yang selaras dengan alam sehingga teknologi yang digunakan untuk memanfaatkan sumber daya alam adalah teknologi yang adaptif dengan kondisi pesisir. Hipertensi memiliki berbagai faktor yang berhubungan erat dengan pemicunya. Faktor risiko hipertensi meliputi genetik, ras, usia, jenis kelamin, merokok, obesitas, serta stres psikologis. Faktor yang dapat menyebabkan kambuhnya hipertensi antara lain pola makan, merokok, dan kondisi stres (Syahrir *et al.*, 2021).

1.5.6 Kerangka Teori

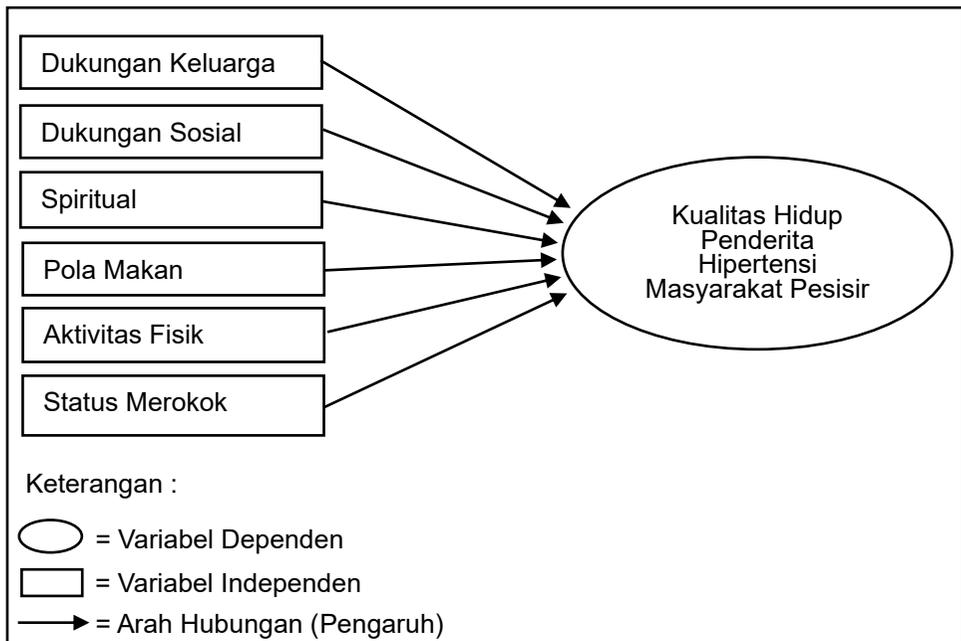


Gambar 1.1 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi dari Kemenkes RI (2013), Nasution *et al.*, (2015), Agussalim *et al* (2021), Ekasari *et al* (2021)

1.6 Kerangka Konsep

Adapun kerangka konsep merupakan fokus penelitian yang diteliti. Peneliti ingin menguji hubungan variabel independen yaitu sosiokultural (dukungan Keluarga, dukungan sosial, dan spiritual) dan gaya hidup (pola makan, aktivitas fisik, dan status merokok) dengan variabel dependen yaitu kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong Kota Makassar, maka kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 1.2
Kerangka Konsep Penelitian

1.7 Hipotesis Penelitian

a. Hipotesis Null (Ho)

1. Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.
2. Tidak ada hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.
3. Tidak ada hubungan antara spiritual dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.
4. Tidak ada hubungan antara pola makan dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.
5. Tidak ada hubungan antara aktivitas fisik dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.

6. Tidak ada hubungan antara status merokok dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.
- b. Hipotesis Alternatif (H_a)
1. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.
 2. Ada hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup penderita hipertensi pada masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong
 3. Ada hubungan antara spiritual dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong
 4. Ada hubungan antara pola makan dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong
 5. Ada hubungan antara aktivitas fisik dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong
 6. Ada hubungan antara status merokok dengan kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir di wilayah kerja Puskesmas Barombong.

1.8 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 2.5
Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
1.	Kualitas Hidup	Perasaan sejahtera seorang individu secara keseluruhan yang menggambarkan tingkat kepuasan terhadap hidupnya, yang meliputi kesehatan fisik, kepuasan psikologis, hubungan individu dengan sosial dan lingkungan yang memhubungani aktivitasnya sehari-hari	Kuesioner WHOQOL-BREF (<i>World Health Organization Quality of Life</i>) yang disusun oleh WHO dengan skala likert 1-5 dengan 26 pertanyaan terdiri dari 4 domain: a. Domain I tentang kesehatan fisik pertanyaan 3, 4, 10, 15, 16, 17 dan 18 b. Domain II tentang Psikologi pertanyaan 5, 6, 7, 11, 19 dan 26 c. Domain III tentang relasi sosial pertanyaan 29, 21 dan 22 d. Domain IV tentang lingkungan pertanyaan 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24	Skor: a. Baik : Jika nilai transformed score 50-100 b. Kurang: Jika nilai transformed score <50 (Muin, F.Z., 2019)	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
			dan 25		
2.	Dukungan Keluarga	Dukungan berupa perhatian, emosi, informasi, nasehat, materi dari anggota keluarga (orang tua, istri/suami, anak/menantu, cucu, saudara) pada penderita hipertensi	Kuesioner dari Nursalam dengan skala Likert terdiri dari 12 pertanyaan yaitu: a. Dukungan emosional dan penghargaan 4 pertanyaan (1-4) b. Dukungan instrumental 4 pertanyaan (5-8) dan c. Dukungan informasional 4 pertanyaan (9-12)	Skor a. Baik : 37-48 b. Cukup : 27-36 c. Kurang : 12-26 (Nursalam, 2017)	Ordinal
3.	Dukungan Sosial	Suatu hubungan interpersonal yang didalam hubungan tersebut berisi pemberian bantuan atau dukungan yang melibatkan aspek- aspek yang terdiri dari informasi, perhatian emosional, penghargaan dan bantuan instrumental yang diperoleh individu melalui interaksi dengan orang lain	Kuesioner <i>Chronic Illness Resources Survey</i> (CIRS) dari penelitian Glasgow dengan skala Likert 1-5, yang telah dimodifikasi yang terdiri dari 10 pertanyaan.	Skor a. Baik : 76-100% b. Cukup:51-75% c. Kurang: ≤50% (Khomsatun, 2021)	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
		(selain keluarga inti) atau lingkungannya			
4.	Spiritual	Keyakinan penderita hipertensi kepada Tuhan serta terhadap diri sendiri mengenai kekuatan yang dimiliki dalam menghadapi penyakit yang diderita	Kuesioner <i>Daily Spiritual Experience Scale</i> (DSES) ditulis oleh Lynn G. Underwood dengan skala Likert 1-6	Skor : a. Tinggi: 68-94 b. Sedang: 42-67 c. Rendah: 16-41 Underwood, L.G (2002)	Ordinal
5.	Pola Makan	Asupan jumlah, jenis dan frekuensi makan yang dikonsumsi oleh penderita hipertensi yang dapat meningkatkan tekanan darah	Kuesioner <i>Food Frequency Questionnaire</i> (FFQ) dengan skala likert : a. >sekali sehari dengan nilai 50 b. Sekali sehari dengan nilai 25 c. 3-6x perminggu dengan nilai 15 d. 1-2x perminggu dengan nilai 10 e. Sekali sebulan dengan nilai 1 f. Tidak pernah dengan nilai 0	Skor: a. Baik : Jika total skor dari frekuensi konsumsi semua jenis makanan yang biasa dikonsumsi oleh responden di atas rata-rata yang dikonsumsi oleh semua responden b. Kurang: Jika total skor dari frekuensi konsumsi semua jenis bahan makanan yang dikonsumsi oleh responden	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
				dibawah atau sama dengan rata-rata skor frekuensi konsumsi semua responden (Jafar <i>et al</i> , 2018)	
6.	Aktivitas Fisik	Seluruh rangkaian kegiatan sehari-sehari yang melibatkan fisik otot rangka yang dapat menghasilkan energi dan tenaga dalam satu hari pada penderita hipertensi	Kuesioner <i>Metabolic Equivalent Task</i> (MET) menurut <i>International Physical Activity Questionnaire</i> (IPAQ)	Skor: a. Aktivitas tinggi : ≥3000 METs menit/minggu b. Aktivitas sedang : 600-2999 METs menit/minggu c. Aktivitas rendah : <600 METs menit/minggu (Craig, <i>et al</i> , 2003)	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
7.	Status Merokok	Kondisi penderita hipertensi merokok atau tidak merokok dimana apabila merokok dimana apabila merokok menghabiskan jumlah batang rokok per hari dalam kurun waktu tertentu (misalnya per hari atau per minggu) dan durasi merokok (dalam tahun)	Kuesioner <i>Indeks Brinkman</i> (IB)	Skor: a. Tidak Merokok: Responden yang tidak pernah merokok atau telah berhenti merokok selama menderita hipertensi. b. Merokok: Responden yang merokok satu batang atau lebih perhari (PDPI, 2023)	Ordinal

BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Wilayah kerja Puskesmas Barombong yang berlokasi di Kelurahan Barombong, Kecamatan Tamalate, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan pada Bulan Mei-Juni tahun 2024.

2.2 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain penelitian *cross sectional study*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan variabel independen yaitu dukungan keluarga, dukungan sosial, spiritual, pola makan, aktivitas fisik, dan status merokok dengan variabel dependen yaitu kualitas hidup penderita hipertensi masyarakat pesisir.

2.3 Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah penderita hipertensi yang tinggal di Wilayah kerja Puskesmas Barombong pada bulan Januari sampai dengan April tahun 2024, yaitu sebanyak 342 orang.

b. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang memiliki karakteristik tertentu yang ingin dipelajari. Sampel yang diambil harus benar-benar representatif dari populasi agar hasil penelitian dapat mencerminkan keadaan populasi secara akurat. Teknik sampling adalah metode yang digunakan untuk menentukan sampel dalam penelitian, memastikan bahwa sampel yang diambil dapat mewakili populasi secara efektif. (Sugiyono, 2021).

Sampel diambil dengan cara *simple random sampling* dengan objek penelitian seluruh masyarakat yang pernah berobat di Puskesmas Barombong dan terdiagnosa hipertensi. Pengambilan sampel metode *simple random sampling* merupakan suatu metode pengambilan sampel secara acak sederhana dimana kelompok sampel ditargetkan memiliki atribut-atribut tertentu (Kasjono, 2009). Pengambilan besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus Lemeshow (1997) sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot (Z)^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N - 1) + (Z)^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan:

- n = Besar Sampel
- N = Besar Populasi
- Z = Tingkat Kemaknaan (1,96)
- P = Perkiraan Proporsi Sampel (0,24)
- q = $1 - p = 1 - 0,24 = 0,76$
- d = Besar Penyimpangan (5%)

Berdasarkan rumus di atas, maka dari 342 populasi, diperoleh jumlah sampel sebanyak:

$$n = \frac{N \cdot (Z)^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N - 1) + (Z)^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{342 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,24 \cdot 0,76}{(0,05)^2 (342 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,24 \cdot 0,74}$$

$$n = \frac{239,642}{0,8525 + 0,7008}$$

$$n = \frac{239,642}{1,554}$$

$$n = 154,209 \approx 155$$

Berdasarkan rumus di atas, jumlah sampel yang dibutuhkan sebesar 155 sampel.

Kriteria Sampel yaitu:

- a. Kriteria Inklusi
 1. Penderita hipertensi yang tercatat di Puskesmas Barombong
 2. Penderita hipertensi sedang menjalani pengobatan
 3. Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau diastolik ≥ 90 mmHg atau telah didiagnosa dokter
 4. Bersedia menjadi responden
- b. Kriteria Eksklusi
 1. Responden yang tidak berada ditempat pada saat penelitian berlangsung.
 2. Responden yang tidak lagi berdomisili di Kelurahan Barombong
 3. Responden tunarungu, tunawicara, dan/atau tunanetra.

2.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data. Adapun dalam penelitian ini instrumen yang digunakan yaitu:

- a. Pengukuran tekanan darah

Pada penelitian ini dilakukan pemeriksaan tekanan darah untuk memastikan kembali data mengenai status hipertensi pada responden yang melakukan pemeriksaan rutin di wilayah kerja Puskesmas Barombong. Instrumen yang akan digunakan dalam pengukuran tekanan darah yaitu tensi meter *sphygmomanometer* digital merk *TensiOne*. Responden dikatakan hipertensi jika tekanan sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan diastolik ≥ 90 mmHg.
- b. Kuesioner
 1. Kuesioner Kualitas hidup

Kuesioner yang digunakan untuk menilai kualitas hidup penderita hipertensi adalah WHOQOL-BREF yang merupakan rangkuman dari WHOQOL-100 yang telah dibakukan oleh WHO kemudian diterjemahkan dan diuji validitas di beberapa negara, termasuk Indonesia (WHO, 2020). Kuesioner ini terdiri dari 26 pertanyaan, yaitu 24 item untuk mengukur empat domain kualitas hidup (kesehatan fisik,

kesehatan psikologis, hubungan sosial, dan aspek lingkungan) dan 2 item untuk mengukur status sehat dan kualitas hidup secara keseluruhan. Masing-masing pertanyaan diukur dengan rentang skala 1-5. Pada pertanyaan positif diberikan skor 1-5 sedangkan pertanyaan negatif diberikan skor 5-1. Instrumen ini telah digunakan oleh (Juniastira, 2018) berdasarkan hasil uji indeks diskriminasi item diketahui bahwa seluruh item dari skala kualitas hidup dinyatakan valid. Hasil reliabilitas dilihat dari nilai *Cronbach alpha* yang menunjukkan hasil sebesar 0.947 dan indeks daya beda item yang bergerak antara 0.444-0.742. Perhitungan kuesioner WHOQOL-BREF diukur berdasarkan pada guideline scoring WHOQOL-BREF, yaitu dengan menjumlahkan setiap pertanyaan dalam setiap domain (*raw score*) berdasarkan tabel perhitungan yang terdapat pada akhir kuesioner. Selanjutnya, *raw score* yang didapatkan kemudian ditransformasikan ke dalam skala 4-20 dan skala 0-100. Hasil transformasi dari *raw score* menjadi skala 4-20 dan 0-100 juga dapat disesuaikan dengan melihat tabel dari *guideline*. Interpretasi dari hasil transformasi skala 0-100 yang akan menjadi skor akhir yang kemudian diinterpretasikan berdasarkan kriteria objektif kuesioner WHOQOL-BREF.

Tabel 4.1
Distribusi Butir Domain Skala Kualitas Hidup (WHOQOL-BREF)

No	Domain	Favorable	Unfavorable	Jumlah
1	Kesehatan Fisik	10, 15, 16, 17, 18	3,4	7
2	Psikologi	5, 6, 7, 11, 19	26	6
3	Relasi Sosial	20, 21, 22		3
4	Lingkungan	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25		8
5	Kualitas Hidup dan Kesehatan Fisik secara umum	1, 2		2
Total				26

Sumber, Miun. 2021

2. Kuesioner dukungan keluarga

Kuesioner yang digunakan untuk menilai dukungan keluarga adalah kuesioner baku berisi tentang dukungan keluarga yang bersumber dari Nursalam (2017). Skala yang dipakai adalah skala likert dengan pertanyaan positif (*favorable*). Setiap pertanyaan memiliki empat pilihan dengan kriteria jawaban sebagai berikut 4 selalu, 3 sering, 2 kadang-kadang, 1 tidak pernah. *Blue print* kuisisioner dukungan keluarga yaitu dukungan informasi dan penghargaan memiliki 4 pertanyaan yaitu soal nomor 1-4, dukungan instrumental memiliki 4 pertanyaan yaitu soal nomor 5-8 dan dukungan informasi memiliki 4 pertanyaan yaitu soal nomor 9-12.

3. Kuesioner dukungan sosial

Kuesioner yang digunakan adalah *Chronic Illness Resources Survey* (CIRS) dari penelitian Glasgow (2005) dengan skala Likert dengan judul penelitian "*The Chronic Illness Resources Survey Cross-Validation And Sensitivity To Intervention*". Selain itu juga kuesioner ini telah digunakan pada penelitian Khomsatun (2021) dengan judul Hubungan Dukungan Sosial dengan Perilaku Manajemen Diri pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Pandak I Bantul Di. Yogyakarta. CIRS telah dilakukan uji validitas dengan hasil r hitung (0,434-0,661) lebih besar dari rtabel (0,396) dan uji reliabilitas dengan hasil analisis *Cronbach's Alpha* 0,728.

4. Kuesioner spiritual

Kuesioner yang digunakan untuk mengukur spiritual adalah *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES) merupakan alat ukur baku ditulis oleh Lynn G. Underwood (2006) dengan skala Likert yang berhubungan dengan pengalaman spiritual individu dalam kehidupan sehari-hari. Uji validitas dalam instrumen DSES dilakukan oleh Underwood dan Teresi (2002) dengan nilai r tabel 0,2104 kemudian hasil yang didapatkan pada r hitung antara 0,36-0,83. Maka dari itu kuesioner DSES dikatakan valid. Kuesioner DSES dalam bentuk bahasa Indonesia oleh Underwood pada tahun 2006 sehingga tidak perlu dilakukan *back translate*.

5. Kuesioner pola makan

Kuesioner untuk mengukur pola makan menggunakan instrumen yang telah terstandar, yaitu *Food Frequency Questionnaire* (FFQ). FFQ ini dikembangkan oleh Walter Willett pada tahun 1985 dan diperbaharui pada tahun 2007 (Madika, A.D & Ripal, Lori, 2022). Kuesioner FFQ dikatakan rendah jika mempunyai total skor dari frekuensi konsumsi semua jenis bahan makanan yang dikonsumsi oleh responden dibawah atau sama dengan rata-rata skor frekuensi konsumsi semua responden, dikatakan tinggi jika mempunyai total skor dari frekuensi konsumsi semua jenis makanan yang biasa dikonsumsi oleh responden di atas rata-rata dikonsumsi oleh semua responden.

6. Kuesioner aktivitas fisik

Kuesioner tentang aktivitas fisik menggunakan kuesioner *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ). Kuesioner ini merupakan kuesioner baku dan telah diterjemahkan serta diuji valid di beberapa penelitian. Pada penelitian Asih (2015) telah dilakukan uji validitas dan realibilitas terhadap kuesioner ini dimana didapatkan hasil dengan nilai r tabel sebesar 0,361 dan nilai Cronbach alfa sebesar 0,713. IPAQ terdiri dari 7 butir pertanyaan yang dijawab berdasarkan kegiatan responden sehari-hari. Kuesioner IPAQ terdiri dari 4 item pertanyaan, yaitu *walking activity, moderate activity, vigorous activity, dan sitting activity*. Masing-masing item terdiri dari 2 pilihan jawaban terbuka. Data yang telah didapatkan harus dikonversi dalam satuan MET menit/minggu. Data durasi aktivitas pada kategori walking activity dikalikan dengan koefisien

MET = 3,3. Kemudian pada kategori moderate activity dikalikan dengan koefisien MET = 4,0 dan kategori vigorous activity MET menit/minggu dikalikan dengan koefisien MET = 8,0. Setelah masing-masing kategori tersebut dijumlahkan, langkah selanjutnya adalah menjumlahkan ketiga hasil kategori aktivitas fisik tersebut. Total aktivitas fisik yang didapatkan kemudian diklasifikasikan berdasarkan kriteria objektif, yaitu ringan, sedang dan berat.

7. Kuesioner status merokok

Status merokok diukur dengan Kuesioner dari *Indeks Brinkman* yang telah teruji validitas dan reliabilitas. Pada kuesioner ini dilihat jumlah responden merokok dan tidak merokok dan derajat berat merokok dengan *Indeks Brinkman* (IB), yaitu perkalian jumlah rata-rata batang rokok yang dihisap sehari dikalikan lama merokok dalam tahun, dikatakan ringan jika nilainya 0-200 sedang 201-600 dan berat jika diatas 600 (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023)

c. Alat Tulis

Alat tulis digunakan untuk mencatat semua yang berhubungan dengan penelitian.

d. Kamera

Kamera digunakan untuk mendokumentasi kegiatan pengambilan data dan juga sebagai bukti penelitian.

2.5 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan melalui pengumpulan data primer dan data sekunder.

- a. Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung melalui pengisian kuesioner oleh responden. Isi kuesioner terkait dengan karakteristik responden dan variabel yang diteliti yaitu variabel independen yang terdiri dari dukungan keluarga, dukungan sosial, spiritual, pola makan, aktivitas fisik, merokok dan variabel dependen yaitu kualitas hidup.
- b. Data sekunder adalah data diperoleh dari instansi terkait yaitu Puskesmas Barombong. Adapun data sekunder yang diperoleh berupa data rekam medik.

2.6 Pengolahan dan Analisis Data

a. Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan menggunakan program Stata versi 14 yang meliputi beberapa tahapan, yaitu:

1. *Entri Data*

Pada tahap ini penulis memasukkan semua data melalui software pendukung seperti google Formulir, stata, dan lain-lain. Pada tahapan ini sangat diperlukan ketelitian dalam melakukan pengumpulan data.

2. *Editing Data*

Editing data dilakukan dengan cara penulis melihat data yang telah terkumpul dan memeriksa untuk mengecek kebenaran data serta

memastikan semua data terisi dan tidak mengalami kesalahan dalam proses pengisian sehingga data yang diperoleh sesuai dengan data yang dibutuhkan.

3. *Import Data*

Import data dilakukan dengan memasukkan data dari luar ke dalam aplikasi stata. Import data dilakukan apabila kita memiliki file input data yang bersumber dari *microsoft excel* yang ingin diolah dan analisis melalui aplikasi stata. Pada tahapan ini penulis memasukkan data dari *microsoft excel* kemudian dieskpor ke dalam aplikasi stata.

4. *Transform/Recode*

Transform/Recode adalah mengelompokkan data atau mengubah data kategorik menjadi numerik berupa angka. Pengelompokan ini dapat dilakukan pada beberapa variabel yang sama atau ke variabel yang berbeda. Pengelompokan data sebaiknya menggunakan variabel baru agar data asli masih tersimpan di file data.

5. *Cleaning Data*

Cleaning data adalah tahap memastikan kembali data yang telah dimasukkan untuk menghindari terjadinya kesalahan terhadap data yang telah dikumpulkan.

6. *Tabulating*

Tahapan selanjutnya adalah data yang dianalisa secara statistik kemudian diklasifikasikan ke dalam suatu tabel yang berisikan data sesuai kode yang telah ditetapkan sebelumnya.

b. Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan menggunakan fungsi pada Stata 14. Adapun dua cara analisis yang dilakukan adalah:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan untuk mengetahui frekuensi dari masing-masing variabel untuk mendapatkan gambaran umum masalah penelitian.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menguji hubungan variabel independen terhadap variabel dependen. Uji statistik yang akan digunakan adalah *Chi Square*.

Hasil interpretasi berupa:

- a) Bila nilai p value $< 0,05$ maka H_0 ditolak, artinya terdapat hubungan antara variabel independen dan dependen.
- b) Bila nilai p value $\geq 0,05$ maka H_0 diterima, artinya tidak terdapat hubungan antara variabel independen dan dependen.

2.7 Etika Penelitian

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti (subjek penelitian) dan masyarakat yang akan memperoleh dampak dari hasil penelitian tersebut. Penelitian kesehatan yang mengikutsertakan subyek manusia harus

mempertahankan aspek etik dalam kaitan menaruh hormat atas martabat manusia. Etika penelitian juga mencakup perilaku peneliti atau perlakuan peneliti terhadap subjek penelitian serta sesuatu yang dihasilkan peneliti bagi masyarakat, pada penelitian ini telah memiliki rekomendasi persetujuan etik dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dengan nomor 1391/UN4.14.1/TP.01.02/2024.

Komisi Nasional Etika Penelitian Kesehatan menyatakan bahwa:

1. *Respect for persons* (prinsip menghormati harkat martabat manusia)
Peneliti menghormati hak partisipan, apakah partisipan tersebut bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini, apabila calon responden setuju maka diberikan *informed consent* (lembar persetujuan). Selain itu, peneliti merahasiakan identitas responden dengan memberikan inisial nama pada data yang ditampilkan.
2. *Beneficence* dan *non maleficence* (Prinsip etik berbuat baik)
Penelitian ini mengupayakan manfaat maksimal dengan risiko minimal, peneliti mampu melaksanakan penelitian sekaligus mampu menjaga kesejahteraan responden, serta tidak mencelakakan atau melakukan hal-hal yang merugikan (*non maleficence, do no harm*) responden. Sebelum dilakukan penelitian, peneliti menjelaskan prosedur, tujuan dan manfaat penelitian kepada responden.
3. *Justice* (keadilan)
Responden dalam penelitian ini mendapatkan perlakuan yang sama selama proses penelitian berlangsung. Memperlakukan partisipan secara adil dan terbuka, serta mempunyai hak yang sama. Kerahasiaan data dan informasi dijaga oleh peneliti.

2.8 Penyajian Data

Data yang telah diolah dan dianalisis pada penelitian ini disajikan dalam bentuk teks, tabel, dan peta sebagai interpretasi agar mudah dipahami. Penyajian data dalam bentuk tabel akan ditampilkan dalam bentuk tabel sederhana/frekuensi (*one-way tabulation*) untuk analisis univariat dan *cross tabulation* (*two-way tabulation*) untuk analisis bivariat yang disertai narasi.