

**TESIS**

**DETERMINAN PERILAKU TERHADAP KUALITAS HIDUP  
PENDERITA HIPERTENSI DI DAERAH URBAN DAN  
RURAL PROVINSI SULAWESI SELATAN**

**BEHAVIORAL DETERMINANTS OF THE QUALITY OF LIFE OF  
PATIENS WITH HYPERTENSION IN URBAN DAN RURAL AREAS  
OF THE PROVINCE OF SOUTH SULAWESI**

Disusun dan diajukan oleh:

**NORIFKA TIKUBUNGIN  
K012181041**



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

**2022**

**DETERMINAN PERILAKU TERHADAP KUALITAS HIDUP  
PENDERITA HIPERTENSI DI DAERAH URBAN DAN  
RURAL PROVINSI SULAWESI SELATAN**

**Tesis  
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister**

**Program Studi  
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh:  
NORIFKA TIKUBUNGIN**

**Kepada**

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

**2022**

LEMBAR PENGESAHAN

**DETERMINAN PERILAKU TERHADAP KUALITAS HIDUP  
PENDERITA HIPERTENSI DI DAERAH URBAN DAN  
RURAL PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Disusun dan diajukan oleh


**NORIFKA TIKUBUNGIN  
K012181041**


Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 29 Desember 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan


Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,

  
Dr. Ida Leida Maria, SKM,M.KM,M.Sc.PH  
NIP. 19680226 199303 2 003

  
Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.  
NIP. 19590605 198601 2 001

  
Dekan Fakultas  
Kesehatan Masyarakat

  
Ketua Program Studi S2  
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Prof. Sukri Palutturi, SKM.,M.Kes.,M.Sc.PH.,Ph.D  
NIP. 19720529 200112 1 001

Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.  
NIP. 19590605 198601 2 001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Norifka Tikubungin  
NIM : K012181041  
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 18 Desember 2022.

Yang menyatakan



Norifka Tikubungin

## **PRAKATA**

Puji dan syukur penulis kepada Tuhan Yang Maha Esa yang memberikan rahmat kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan hasil penelitian ini yang berjudul “Determinan Perilaku Terhadap Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Di Daerah Urban dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan”. Tahap demi tahap penulis telah lewati, telah banyak kritikan serta saran yang penulis dapatkan selama proses penyelesaian penelitian ini. Doa yang tulus juga telah penulis lakukan untuk mencapai tahap akhir hingga pencapaian gelar impian.

Keberhasilan penulis sampai ke tahap akhir ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak selama proses penelitian. Olehnya, perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih sedalam-dalamnya dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Ida Leida Maria, SKM., M.KM., MScPH selaku Ketua Komisi Penasihat dan Ibu Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH selaku Anggota Komisi Penasihat atas bimbingan, kesabaran, ilmu, nasihat, arahan, dan saran, yang telah diberikan selama ini kepada penulis. Rasa hormat dan terima kasih yang sedalam-dalamnya penulis haturkan pula kepada Prof.Dr.dr.H.M. Nadjib Bustan, MPH, Dr.Wahiduddin, SKM., M.Kes dan Dr. Suriah, SKM., M.Kes selaku penguji dan tim penguji.

Tidak lupa pula penulis mengucapkan terima kasih sedalam-dalamnya dan penghargaan atas segala bentuk pengorbanan, doa dan restu kepada kedua orang tua tercinta ayahanda saya Yohanis Mambaya dan Ibu Mariana Patiung yang telah menjadi alasan utama penulis dalam menyelesaikan penelitian ini, serta adik

tercinta Zeth terima kasih atas segala bentuk dukungan doa yang diberikan selama ini. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Rektor dan semua Civitas akademika Universitas Hasanuddin.
2. Prof. Dr. dr. Budu, SpM (K), M.Med, Ph.D selaku Direktur Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin beserta staf.
3. Bapak Prof. Sukri Palutturi, SKM.,M.Kes.,M.ScPH.,Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Wakil Dekan dan seluruh pegawai Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH. selaku ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin dan Bagian Administrasi Pascasarjana FKM Unhas.
5. Para Dosen FKM Unhas, khususnya dosen Bagian Epidemiologi, yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga selama penulis mengikuti pendidikan.
6. Pak Rahman yang tidak hentinya selalu mengingatkan saya untuk menyelesaikan studi.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar dan Kabupaten Toraja Utara.
8. Kepala Puskesmas dan staf puskesmas di Kota Makassar dan Kabupaten Toraja Utara.
9. Saudara saudari dan rekan-rekan seperjuangan di Magister Kesehatan Masyarakat angkatan 2018, khususnya kelas D, dan Pem-

inatan Epidemiologi “Epicimol” yang telah menjadi teman yang baik, sahabat yang baik, yang selalu menjadi tempat penulis mengeluarkan keluh kesah selama proses perkuliahan dan juga penyelesaian tesis ini. Semoga saling menjalin silaturahmi.

10. Seluruh informan yang telah bersedia meluangkan waktunya dalam memberikan informasi yang dibutuhkan oleh penulis untuk dapat menyelesaikan penelitian ini sesuai dengan harapan.

11. Kepada seluruh pihak yang mendukung dan tidak dapat saya uraikan satu persatu, saya ucapkan terima kasih.

Pada akhirnya, manusia tidak pernah luput dari kekhilafan, karena itu penulis sangat berterima kasih apabila terdapat kritik dan saran demi penyempurnaan penelitian ini. Semoga hasil karya ini dapat memberikan manfaat.

Makassar, 2022

Penulis

Norifka Tikubungin

## ABSTRAK

**Norifka Tikubungin.** Determinan Perilaku Terhadap Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Di Daerah Urban Dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan (Supervised by **Ida Leida Maria** dan **Masni**).

Hipertensi masih menjadi masalah kesehatan dunia termasuk di Indonesia dan menjadi salah satu penyakit tidak menular yang paling umum mengancam jiwa seseorang dan adanya perubahan pola hidup pada masyarakat baik dipertanian maupun dipedesaan sehingga berdampak pada Kualitas hidup penderita hipertensi. Pengendalian terhadap perilaku yang tidak sehat dapat meningkatkan kejadian penyakit terutama pada penyakit tidak menular seperti penyakit hipertensi, sehingga berdampak pada kualitas hidup seseorang.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan determinan perilaku terhadap kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan. Jenis penelitian ini adalah menggunakan desain studi cross-sectional. Total sampel sebanyak 424 orang. Sampel yakni 240 responden di urban (kota Makassar) dan 184 responden di rural (Kabupaten Toraja Utara). Analisis data menggunakan uji chi-square.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendapatan keluarga baik di daerah urban dan rural memiliki kualitas hidup yang baik bagi penderita hipertensi ( $p < 0.005$ ), dukungan keluarga baik di daerah urban dan rural memiliki kualitas hidup yang baik bagi penderita hipertensi ( $p < 0.005$ ), aktivitas fisik sedang-berat yang dilakukan responden di daerah urban dan rural memiliki kualitas hidup yang baik ( $p < 0.005$ ). Setelah dilakukan uji analisis regresi didapatkan hasil bahwa aktivitas fisik merupakan prediktor atau faktor utama yang mempengaruhi skor kualitas hidup.

**Kata Kunci:** *Hipertensi, Kualitas Hidup, perilaku, cross sectional, rural, urban*





## ABSTRACT

**Norifka Tikubungin.** Behavioral Determinants Of The Quality Of Life Of Patients With Hypertension In Urban And Rural Areas Of The Province Of South Sulawesi (Supervised by **Ida Leida Maria dan Masni**).

Hypertension is still a world health problem including in Indonesia and is one of the most common life-threatening non-communicable diseases and a change in lifestyle at society both in urban and rural areas so that it has an impact on the quality of life of people with hypertension. Controlling unhealthy behaviors can increase the incidence of disease, especially non-communicable diseases such as hypertension, thus affecting a person's quality of life.

This study aims to analyze the relationship of behavioral determinants to the quality of life in hypertensive patients in urban and rural areas of South Sulawesi Province. This type of research uses a cross-sectional study design. The total sample size was 424 people. The sample consisted of 240 respondents in urban Makassar and 184 respondents in rural North Toraja Regency. Data analysis used the chi-square test.

The results showed that family income in both urban and rural areas had a good quality of life for people with hypertension ( $p < 0.005$ ), family support in both urban and rural areas had a good quality of life for people with hypertension ( $p < 0.005$ ), and moderate-to-heavy physical activity carried out by respondents in both urban and rural areas had a good quality of life ( $p < 0.005$ ). After the regression analysis test was carried out, it was found that physical activity was the main predictor or factor affecting the quality of life score.

**Keywords:** Hypertension; Quality of Life, behavior, cross sectional, rural, urban



## DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN .....	iv
PRAKATA.....	v
ABSTRAK.....	viii
<i>ABSTRACT</i> .....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	13i
DAFTAR GAMBAR.....	14
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
A. Latar Belakang .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian .....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Tinjauan Umum Tentang Hipertensi.....	12
1. Definisi Hipertensi .....	12
2. Klasifikasi Hipertensi .....	12
3. Penyebab Hipertensi.....	13
4. Faktor Risiko Hipertensi.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5. Pencegahan Hipertensi.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
B. Tinjauan Umum Tentang Perilaku.....	16
C. Tinjauan Umum Tentang Daerah Urban dan Rural.....	18
D. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup.....	23

E. Tinjauan Umum Tentang Variabel yang diteliti .....	24
F. Tabel Sintesa Hasil Penelitian .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
G. Dasar Pemikiran Kerangka Teori .....	39
H. Dasar Pemikiran Kerangka Konsep Penelitian .....	39
I. Kerangka Teori .....	50
J. Kerangka Konsep .....	51
K. Definisi Operasional .....	52
L. Hipotesis Penelitian .....	57
BAB III .....	59
METODE PENELITIAN .....	59
A. Rancangan Penelitian .....	59
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
C. Populasi dan Teknik Pengambilan Sampel .....	61
D. Instrumen Penelitian .....	65
E. Teknik Pengumpulan Data .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
F. Analisis Data .....	68
G. Pengolahan Data .....	69
H. Penyajian Data .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
I. Etika Penelitian .....	70
J. Tahap Penelitian .....	70
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	71
A. Hasil Penelitian .....	71
B. Pembahasan .....	83
C. Keterbatasan Penelitian .....	103
BAB V KESIMPULAN .....	104
A. Kesimpulan .....	104
B. Saran .....	105
DAFTAR PUSTAKA .....	106

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Klasifikasi tekanan darah berusia $\geq 18$ tahun	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tabel 2. Klasifikasi tekanan darah untuk orang dewasa .....	13
Tabel 3. Pencegahan Hipertensi.....	15
Tabel 4. Nilai/Skor Kepdatan Penduduk, Presentase Rumah Tangga Pertanian dan Keberadaan/Akses pada Fasilitas Perkotaan yang dimiliki	22
Tabel 5. Sintesa Hasil Penelitian .....	36
Tabel 6. Jumlah Sampel di Puskesmas Daerah Urban.....	64
Tabel 7. Jumlah Sampel di Puskesmas Daerah Rural.....	65
Tabel 8. Distribusi Karakteristik Responden di Daerah Urban dan Rural.....	78
Tabel 9. Distribusi Determinan Perilaku Terhadap Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Di Daerah Urban.. ..	79
Tabel 10. Distribusi Determinan Perilaku Terhadap Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Di Daerah Rural.. ..	83
Tabel 11. Analisis Regresi Logistik Berganda	87

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian .....	51
Gambar 3. Alur Penelitian	67

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Lembar persetujuan menjadi responden

Lampiran 2. Kuesioner penelitian

Lampiran 3. Dokumentasi penelitian

Lampiran 4. Output SPSS

Lampiran 5. Surat Bukti Etik Penelitian dan Surat Izin Penelitian

Lampiran 6. Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

CDC	<i>Center of Disease Control</i>
DBP	<i>Diastolic Blood Pressure</i>
HRQoL	<i>health-related quality of life</i>
NHANES	Survei Pemeriksaan Kesehatan dan Gizi Nasional
PA	<i>Physical Activity</i>
PTM	Penyakit Tidak Menular
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
RS	Rumah Sakit
SBP	<i>Sistolic Blood Pressure</i>
SNS	<i>Sympathetik Nervous System</i>
SD	Sekolah Dasar
SMP	Sekolah Menengah Pertama
SMA	Sekolah Menengah Atas
UU	undang-undang
UMP	Upah Minimum Provinsi
WHO	<i>World Health Organiz</i>







# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar belakang**

Kualitas hidup adalah konsep utama dalam tercapainya pembangunan khususnya dibidang kesehatan yang menjadi indikator kesejahteraan dan terbentuknya kemampuan individu untuk memperoleh hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan yang dijalani (Nursalam, 2017).

Hipertensi adalah salah satu masalah kesehatan masyarakat yang sangat penting, baik didaerah pedesaan maupun perkotaan di negara-negara maju dan berkembang. Hipertensi merupakan penyakit tidak menular yang paling umum mengancam jiwa seseorang dengan meningkatnya urbanisasi, ada peningkatan gaya hidup seperti : merokok, kurangnya aktivitas fisik, asupan makanan yang tidak sehat, penggunaan alkohol yang berbahaya sebagai faktor risiko hipertensi (Singh dkk, 2017).

*World Health Organization* (WHO) (2015), kasus kematian karena hipertensi di negara-negara dengan berpenghasilan tinggi cenderung menurun dibandingkan di negara dengan berpenghasilan rendah kasus hipertensi cenderung meningkat (Sudaryanto,2019). Diperkirakan pada tahun 2025 penderita hipertensi akan mengalami peningkatan setiap tahunnya, sebanyak 1,5 Miliar orang atau 60% dan diperkirakan setiap tahunnya 9,4 juta orang meninggal akibat hipertensi dengan komplikasi. Sehingga, kasus hipertensi akan menjadi masalah utama bagi negara-negara di dunia baik negara berkembang maupun negara maju (Kemenkes, 2019).

Hipertensi di Afrika subSahara (SSA) telah dilaporkan mencapai 38% kejadian hipertensi dan diperkirakan diantara 10 hingga 20 juta orang dari 650 juta orang di SSA menderita hipertensi (Guwatudde, dkk.,2015).

Adanya urbanisasi yang meningkat merupakan salah satu alasan munculnya prevalensi hipertensi. Tingkat hipertensi secara struktural lebih tinggi di perkotaan daripada di pedesaan terutama karena adanya faktor kontekstual dan perilaku yang terkait dengan lingkungan perkotaan seperti perubahan gaya hidup (Vijver, dkk., 2013).

Di India hipertensi pada daerah perkotaan mencapai 24%-30% dibandingkan daerah pedesaan mencapai 12%-14%, artinya hipertensi di India lebih tinggi pada daerah perkotaan dibandingkan daerah pedesaan (S Ingale, A. dan V Dixit, J., 2017). Di Indonesia pada daerah pedesaan prevalensi hipertensi berkisar 30,2% sedangkan di daerah perkotaan berkisar 31,7% artinya orang di perkotaan (urban) berisiko mengalami hipertensi dibandingkan dengan orang yang berada di pedesaan (rural), (Sirkesnas, 2016).

Jika ditinjau kembali pada negara berkembang seperti di Indonesia, maka penderita hipertensi yang berkunjung di posbindu (Pos Binaan Terpadu) penyakit tidak menular (PTM) dan puskesmas yang terdapat di seluruh wilayah Indonesia ada sebanyak 234.315 kasus dengan kisaran 45,8%, dibandingkan salah satu provinsi yang ada di Indonesia yakni: Provinsi Sulawesi Selatan, maka penderita hipertensi yang berkunjung di puskesmas sebanyak 2.629 dengan kisaran 51,9% (Kemenkes, 2016).

Perubahan perilaku gaya hidup dapat menyebabkan peningkatan kasus-kasus penyakit tidak menular di Indonesia, termasuk hipertensi. Saat ini terjadi suatu kecenderungan, bahwa masyarakat perkotaan lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan masyarakat pedesaan. Perubahan gaya hidup atau perilaku masyarakat kota yang berhubungan dengan risiko penyakit hipertensi seperti stres, obesitas, kurangnya olahraga (kurang aktivitas gerak), merokok dan alkohol (R. Alhuda, 2018).

Kota Makassar salah satu kota terbesar di Indonesia yang berlokasi di Sulawesi Selatan dengan jumlah penduduk yakni 1.489.011 jiwa sehingga Makassar tergolong sebagai daerah perkotaan (urban), karena memenuhi standar kepadatan penduduk  $>8500$  jiwa per  $\text{km}^2$ . (BPS, 2019). Hipertensi

yang menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia, juga dialami oleh warga yang ada di Kota Makassar dengan total 64.269 kasus hipertensi dengan menduduki posisi ke dua pada pola sepuluh penyakit terbanyak di Kota Makassar sejak tahun 2018 (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2018).

Hipertensi tidak hanya terjadi pada masyarakat daerah perkotaan tetapi bisa juga terjadi di daerah pedesaan seperti di wilayah Kabupaten Toraja Utara. Toraja Utara merupakan salah satu Kabupaten yang terdapat di Sulawesi Selatan dengan jumlah penduduk sebanyak 229.798 jiwa sehingga dapat dikategorikan sebagai daerah rural (BPS, 2018). Berdasarkan data dari dinas kesehatan Kabupaten Toraja Utara, pada kurun waktu 3 (tiga) tahun terakhir hipertensi merupakan salah satu dari 10 penyakit terbanyak di Wilayah Toraja Utara. Dengan kasus yang fluktuatif yaitu 9.539 kasus pada tahun 2016 kemudian menurun 7.824 pada tahun 2017 dan kembali meningkat menjadi 9.288 di tahun 2018.

WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang keberadaannya di kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan masalah mereka. Ini adalah konsep luas yang dipengaruhi secara kompleks oleh kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, kepercayaan pribadi dan hubungannya dengan ciri-ciri penting lingkungan mereka (Sulistyarini, 2013).

Hipertensi adalah salah satu masalah yang biasa ditemukan di negara maju maupun negara berkembang yang meningkat setiap tahun di berbagai daerah, termasuk Indonesia (Pangastuti,dkk.2018). Hipertensi apabila tidak segera diobati dan dikendalikan dapat mengakibatkan pada tingkat hipertensi yang lebih parah. Hipertensi yang berat dan tidak terdiagnosis berisiko komplikasi, seperti penyakit jantung koroner, gagal ginjal, dan stroke (Kemenkes, 2014).

Penyakit hipertensi secara menyeluruh akan mengganggu kualitas hidup pasien hipertensi, sehingga penurunan tingkat kualitas hidup pada beberapa aspek atau dimensi kualitas hidup akan terjadi pada pasien yang mengalami hipertensi bila dibandingkan dengan pasien memiliki tekanan darah yang normal dan tidak mengkonsumsi obat (Gultom dkk, 2018).

Pengendalian terhadap perilaku yang tidak sehat dapat meningkatkan kejadian penyakit terutama pada penyakit tidak menular seperti penyakit hipertensi, sehingga berdampak pada kualitas hidup seseorang. Adapun contoh perilaku yang tidak sehat yaitu: perilaku merokok, minum alkohol, dan rendahnya aktivitas fisik (Indrawati, dkk., 2009). Penyebab hipertensi sebagian besar tidak diketahui. Berberapa faktor terkait dengan genetik dan pola hidup, seperti aktivitas fisik yang kurang, serta kebiasaan merokok dan minum alkohol berperan dalam hal ini (Depkes, 2011).

Ada dua faktor yang memudahkan seseorang terkena hipertensi yaitu faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah. Faktor pertama, yang tidak dapat diubah seperti : genetik, usia, jenis kelamin, dan ras sedangkan faktor kedua, dapat diubah seperti : perilaku atau gaya hidup yakni obesitas, kurang aktivitas dan stres (A.Manawan, 2016).

Hasil Penelitian Rush, dkk (2018) yaitu : prevalensi hipertensi di daerah pedesaan Zambia yaitu dua kali lipat (46,9%) dibandingkan daerah perkotaan Zambia (22,9%). Bertambahnya usia, aktivitas fisik (berjalan / bersepeda), dan konsumsi alkohol dalam 30 hari terakhir dikaitkan dengan peningkatan hipertensi di pedesaan Zambia, penurunan hipertensi dikaitkan dengan mengonsumsi sayuran setiap dalam seminggu di daerah pedesaan Zambia.

Berdasarkan hasil penelitian dari Xiao,et all (2019), terdapat hubungan antara umur, jenis kelamin, pendapatan berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien hipertensi. Theodorou, M. et.all (2011) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup penderita hipertensi, bahwa jenis kelamin

laki-laki memiliki nilai median yang lebih tinggi dibandingkan perempuan pada tiga kali kunjungan di rumah sakit. Berdasarkan penelitian dari Wang, dkk (2013) menunjukkan terdapat hubungan antara umur dengan kualitas hidup.

Berdasarkan hasil penelitian Ritu K. Soni, M., et al (2010) menunjukkan bahwa ada hubungan antara status pekerjaan terhadap kualitas hidup penderita hipertensi.

Hasil penelitian Sudaryanto, et all (2019) bahwa terdapat hubungan stress (  $p = 0,009$ ), merokok (0,037), aktifitas fisik rendah ( 0,001), konsumsi alkohol (  $p = 0,025$ ) dengan meningkatnya risiko hipertensi pada wanita. Berdasarkan hasil penelitian Dhungana, et.all (2016) bahwa terdapat hubungan antara merokok, konsumsi alkohol dan aktivitas fisik dengan hipertensi. Dalam analisis multivariat bahwa merokok, konsumsi alkohol, aktivitas fisik diidentifikasi sebagai variabel yang berhubungan secara signifikan dengan hipertensi. Berdasarkan hasil penelitian dari Hasana dan Harfe'i (2019) bahwa terdapat hubungan antara tingkat stress dengan kualitas hidup penderita hipertensi ( $p= 0,000$ ).

Hipertensi juga dapat memengaruhi kualitas hidup pasien yang membutuhkan terapi yang lama dan komplikasi penyakit, sehingga menyebabkan penurunan kualitas hidup dalam aspek fisik, psikologis dan sosial. Salah satu upaya untuk melakukan pencegahan secara dini terhadap hipertensi adalah dengan melakukan upaya pencegahan pada perilaku penderita. Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti tertarik meneliti tentang : ***Determinan Perilaku Terhadap Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Di Daerah Urban Dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan.***

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka rumusan masalah adalah:

1. Apakah umur berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
2. Apakah jenis kelamin berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
3. Apakah pendidikan berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
4. Apakah pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
5. Apakah pendapatan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan?
6. Apakah dukungan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan?
7. Apakah merokok berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
8. Apakah minum alkohol berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
9. Apakah aktivitas fisik berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
10. Apakah stres berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan ?
11. Apakah variabel yang paling berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban rural Provinsi Sulawesi Selatan ?

## **C. Tujuan Penelitian**

## **1. Tujuan umum**

Untuk menganalisis hubungan determinan perilaku terhadap kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.

## **2. Tujuan khusus**

- a. Untuk menganalisis hubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- b. Untuk menganalisis hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- c. Untuk menganalisis hubungan pendidikan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- d. Untuk menganalisis hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- e. Untuk menganalisis hubungan pendapatan keluarga dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- f. Untuk menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- g. Untuk menganalisis hubungan merokok dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- h. Untuk menganalisis hubungan konsumsi alkohol dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.



- i. Untuk menganalisis hubungan aktivitas fisik dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- j. Untuk menganalisis hubungan stres dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- k. Untuk mengetahui variabel yang paling berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat praktis**

Hasil dari penelitian ini diharapkan menjadi informasi bagi pihak Dinas Kesehatan Kota Makassar dan Dinas Kesehatan Kabupaten Toraja Utara dan terlebih khusus pada pihak puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Makassar dan Dinas Kesehatan Kabupaten Toraja Utara.

### **2. Manfaat ilmiah**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan mengenai determinan perilaku terhadap kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural dan sebagai referensi dalam mengembangkan penelitian selanjutnya.

### **3. Manfaat bagi peneliti**

Menjadi pengalaman belajar bagi peneliti dalam melakukan penelitian di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.

### **4. Manfaat bagi masyarakat**

Diharapkan dari penelitian ini dapat memberi informasi kepada masyarakat baik di daerah urban maupun rural mengenai dampak perilaku terhadap kualitas hidup penderita hipertensi, sehingga masyarakat dapat melakukan upaya pencegahan sedini mungkin.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum Tentang Hipertensi

##### 1. Definisi hipertensi

Tekanan darah tinggi atau hipertensi adalah salah satu penyakit yang berbahaya di dalam dunia medis karena penyakit tersebut dapat menyebabkan kematian pada setiap orang, bahkan dijuluki sebagai *silent killer* (Anggriani, 2016). Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah  $> 120/80$  mmHg. Menurut WHO (*World Health Organization*), batas tekanan darah yang dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg (Tarigan,dkk., 2018).

##### 2. Klasifikasi hipertensi

- a. Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah untuk orang dewasa berusia  $\geq 18$  tahun

Tekanan darah	Sistolik (mmHg)	Dan/atau	Diastolik (mmHg)
Normal	$< 120$	And	$< 80$
Prehipertensi	120-139	Atau	80-89
Hipertensi tahap 1	140-159	Atau	90-99
Hipertensi tahap 2	$\geq 160$	Atau	$\geq 100$

s  
u

mber : *clinical guidelines for the management of hypertension* (Khatib, Oussama M.N., 2005)

b. Tabel 2.2. Klasifikasi tekanan darah untuk orang dewasa

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Tinggi Normal	130-139	85-89
Hipertensi derajat 1 (ringan)	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2 (sedang)	160-179	100-109
Hipertensi derajat 3 (berat)	≥ 180	≥ 110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥ 140	< 90

sumber : *joint national committee on prevation detection, evaluation, and treatment of hight blood pressure VII/JNC-VII. (2009).*

### 3. Penyebab hipertensi

Penyebab hipertensi dibagi menjadi dua (Lewis dkk, 2014) yaitu:

#### a. Hipertensi primer (essensial)

Hipertensi primer adalah peningkatan tekanan darah tanpa diketahui penyebabnya dan berjumlah 90%-95% dari semua kasus Hipertensi meskipun hipertensi primer tidak diketahui penyebabnya. Ada beberapa faktor yang berkontribusi dalam peningkatan aktivitas Sympathetik Nervous system (SNS), produksi *sodium-retaining hormones* berlebihan dan vasokonstriksi, peningkatan masukan natrium, berat badan berlebihan, Diabetes Mellitus dan konsumsi alkohol berlebihan.

#### b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah peningkatan tekanan darah dengan penyebab yang spesifik dan biasanya dapat diidentifikasi. Hipertensi sekunder diderita oleh 10-55% dari semua penderita hipertensi orang dewasa, *Ignativicus*.

#### 4. Faktor risiko hipertensi

Adapun faktor risiko penyebab hipertensi (Bustan, 2007), yaitu :

- a. Umur : tekanan darah meningkat sesuai umur, dimulai sejak umur 40 tahun.
- b. Ras/suku : orang kulit hitam lebih banyak kulit putih, sementara ditemukan variasi antar suku di Indonesia; terendah di Lembah Baliem Jaya, Papua (0,6%) dan tertinggi di Sukabumi (Suku Sunda), Jabar (28,6%).
- c. Urban/rural : Kota > desa
- d. Geografis : Pantai > pegunungan
- e. Seks : wanita > lelaki
- f. Obesitas : gemuk > kurus
- g. stress
- h. *personality* tipe A : tipe A > tipe B
- i. Diet : tinggi garam
- j. Diabetes melitus
- k. *water composition* :
  - Sodium (natrium) : tidak jelas (inkonsisten)
  - Cadmium : ada bukti dari beberapa studi
  - Lead (Plumbum) : kemungkinan ada hubungan
- l. Alkohol (minuman keras) :
  - Meninggi bila minum > 3x / hari
  - konsumsi alkohol sedang (*moderate*) diperkirakan punya efek protektif
- m. Rokok : hubungan tidak bermakna
- n. Kopi : belum ditemukan
- o. Pil KB : risiko meninggi dengan lamanya pakai, yakni meninggi 5 kali dibandingkan pakai 1 tahun.

## 5. Pencegahan hipertensi

Tabel 2.3.  
Pencegahan Hipertensi

Level Patogenesis	Level Pencegahan	Perjalanan Hipertensi	Intervensi Pencegahan
Prepatogenesis	Level I : a. primordial b. promotif c. proteksi spesifik	a. sehat/normal b. interaksi trias epidemiologi c. belum ada gejala tapi ada risiko	a. Meningkatkan derajat kesehatan dengan gizi dan perilaku hidup sehat b. Pertahankan keseimbangan trias epidemiologi c. Turunkan atau hindari risiko
Patogenesis	Level II : a. Diagnosa awal b. Pengobatan yang tepat	a. Hipertensi ringan b. Hipertensi sedang c. Hipertensi berat	a. pemeriksaan periodik tekanan darah b. hindari lingkungan yang stres
Post Patogenesis	Level III : Rehabilitasi	a. komplikasi b. kronis c. meninggal	Jaga kualitas hidup optimum.

sumber: Bustan (2007).

### B. Tinjauan Umum Tentang Perilaku

Perilaku adalah salah satu faktor yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat dikarenakan sehat atau tidak sehatnya lingkungan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sangat tergantung pada perilaku manusia itu sendiri. Disamping itu, terdapat kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan sosial ekonomi, dan perilaku-perilaku lain yang melekat pada diri seseorang (Nur Adliyani, 2015).

Skinner (1983) adalah ahli psikologi yang mengatakan, perilaku adalah respon atau reaksi dari seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Berdasarkan teori SOR (*stimulus – organisme – respon*) maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua (Notoatmodjo, 2010), yaitu :

a. Perilaku tertutup (*covert behaviour*)

Perilaku ini terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas.

b. Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Perilaku ini terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar (*observable behaviour*).

Menurut Becker (1979) ada beberapa klasifikasi dari perilaku kesehatan yaitu (Khold, 2014) , yaitu :

a. Perilaku hidup sehat, merupakan perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilaku tersebut meliputi :

- 1) Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*)
- 2) Olahraga teratur
- 3) Tidak merokok
- 4) Tidak minum minuman keras dan narkoba
- 5) Istirahat yang cukup
- 6) Mengendalikan stres
- 7) Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan.

b. Perilaku sakit (*illness behaviour*), merupakan perilaku sakit yang mencakup respon seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit dan pengetahuan tentang : penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit dan sebagainya.

- c. Perilaku peran sakit (*the sick role behaviour*), dari segi sosiologi, orang sakit (pasien) mempunyai peran yang mencakup hak-hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*).

Perilaku apabila dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus maka dapat dibedakan menjadi dua (Notoatmodjo, 2012) yaitu :

- a) Perilaku tertutup (*covert behaviour*) adalah cara respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.
- b) Perilaku terbuka (*overt behaviour*) adalah cara seseorang untuk merespon terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

### **C. Tinjauan Umum Tentang Daerah Urban dan Rural**

#### **1. Daerah urban (Perkotaan)**

Secara fungsional, wilayah dapat dibedakan menjadi dua yaitu kawasan perkotaan dan kawasan pedesaan. Menurut UU 26/2007 kawasan perkotaan adalah wilayah yang mempunyai kegiatan utama bukan pertanian dengan susunan fungsi kawasan sebagai tempat permukiman perkotaan, pemusatan dan distribusi pelayanan jasa pemerintahan, pelayanan sosial, dan kegiatan ekonomi (M.Kasikoen, 2011).

Menurut UU NO.22 Tahun 1999 tentang pemerintahan daerah, bahwa Kawasan Perkotaan adalah kawasan yang mempunyai kegiatan utama bukan pertanian, dengan susunan fungsi kawasan sebagai tempat permukiman perkotaan, pemusatan dan distribusi pelayanan jasa serta

perubahan nama dan pemindahan ibukota pemerintahan, pelayanan sosial, dan kegiatan ekonomi.

Menurut UU NO.23 Tahun 2014 Bab XV pasal 355 tentang Perkotaan, pasal 1 : Perkotaan merupakan wilayah dengan batas-batas tertentu yang masyarakatnya mempunyai kegiatan utama di bidang industri dan jasa.

Pasal 2 :

Perkotaan dapat berbentuk:

- a. Kota sebagai daerah; dan
- b. Kawasan perkotaan

pasal 3 :

Kawasan Perkotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b berupa:

- a. bagian Daerah kabupaten; dan
- b. bagian dari dua atau lebih Daerah yang berbatasan langsung.

pasal 4 : Penyelenggaraan pemerintahan pada kawasan perkotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) menjadi kewenangan Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya.

## **2. Daerah rural (pedesaan)**

Menurut UU 26/2007 kawasan pedesaan adalah wilayah yang mempunyai kegiatan utama pertanian, termasuk pengelolaan sumber daya alam dengan susunan fungsi kawasan sebagai tempat permukiman perdesaan, pelayanan jasa pemerintahan, pelayanan sosial, dan kegiatan ekonomi (M.Kasikoen, 2011).

Menurut UU NO.22 Tahun 1999 tentang pemerintahan daerah, bahwa Kawasan Pedesaan adalah kawasan yang mempunyai kegiatan utama pertanian, termasuk pengelolaan sumber daya alam, dengan susunan fungsi kawasan sebagai tempat permukiman pedesaan, pelayanan jasa pemerintahan, pelayanan sosial, dan (2) Pembentukan, nama, batas, dan ibukota kegiatan ekonomi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Undang.

Menurut UU NO. 32 Tahun 2004 Desa atau yang disebut dengan nama lain, selanjutnya disebut desa, adalah kesatuan masyarakat hukum yang



memiliki batas-batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat, berdasarkan asal-usul dan adat istiadat setempat yang diakui dan dihormati dalam sistem Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Masyarakat pedesaan sangat bergantung pada kota-kota besar dan pusat-pusat perkotaan untuk mendapatkan layanan kesehatan, khususnya perawatan spesialis. faktor-faktor yang diamati seperti waktu perjalanan yang lama dan jarak jauh secara signifikan menghambat aksesibilitas ke layanan, terutama untuk orang dewasa yang lebih tua. Selain itu, berbagai faktor seperti isolasi geografis, sosial ekonomi, struktur publik yang kurang tersedia, kekurangan tenaga kerja dan terbatasnya ketersediaan layanan kesehatan mulut berdampak negatif terhadap akses ke perawatan di daerah pedesaan (Emami, dkk., 2016).

Karakteristik daerah pedesaan (rural) dibedakan menjadi tiga bagian, sebagai berikut (Budiharsono, 2017):

- a. Jarak dan Densitas. Seberapa jauh masyarakat pedesaan berasal dari pusat kota yang lebih besar dan berapa banyak orang per kilometer persegi berada di sana.
- b. Demografi. Bagaimana profil demografis suatu komunitas, yaitu usia rata-rata, tingkat pendapatan, tingkat pendidikan, profil bahasa, dan lain-lain, membentuk populasi dan kebutuhan mereka.
- c. Karakteristik Sosial dan Budaya. Cara organisasi sosial masyarakat, bersama dengan sistem nilai dan kepercayaan, mempengaruhi spesifikasi suatu populasi.

UU NO.6 Tahun 2014 tentang Desa, pada bagian Bab 1 (Ketentuan Umum) Pasal 1 ayat 9 membahas kawasan pedesaan, Kawasan Pedesaan adalah kawasan yang mempunyai kegiatan utama pertanian, termasuk pengelolaan sumber daya alam dengan susunan fungsi kawasan sebagai tempat permukiman pedesaan, pelayanan jasa pemerintahan, pelayanan sosial, dan kegiatan ekonomi.

### 3. Kriteria Penentuan daerah urban dan rural

Kriteria untuk menentukan wilayah perkotaan (urban) atau wilayah pedesaan (rural) berdasarkan kriteria yaitu : kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan, yang dimiliki suatu desa/kelurahan untuk menentukan status perkotaan suatu desa/kelurahan.

Fasilitas perkotaan dimaksud adalah adanya sekolah taman kanak-kanak (TK), Sekolah Menengah Pertama, Sekolah Menengah Umum, pasar, pertokoan, bioskop, rumah sakit, hotel/bilyar/diskotek/panti pijat/salon, persentase rumah tangga yang menggunakan telepon dan persentase rumah tangga yang menggunakan listrik. Penentuan nilai/skor untuk menetapkan sebagai wilayah perkotaan dan pedesaan atas, yaitu:

- a. Wilayah perkotaan, jika kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan yang dimiliki mempunyai total nilai/skor 10 atau lebih;
- b. Wilayah pedesaan, jika kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan yang dimiliki mempunyai total nilai/skor di bawah 10.

Tabel 2.4. Nilai/Skor Kepadatan Penduduk, Persentase Rumah Tangga Pertanian, Dan Keberadaan/Akses Pada Fasilitas Perkotaan Yang Dimiliki.

Kepadatan Penduduk per Km <sup>2</sup>	Skor	Persentase RT Pertanian	Fasilitas Perkotaan	Kriteria	Skor
<500	1	>70,00	TK	a) Ada atau ≤2,5 Km	1
500-1249	2	30,00-49,00	SMP	b) >2,5 Km	0
1250-2499	3	50,00-69,99	SMU	a) Ada atau ≤2,5 Km	1
2500-3999	4	20,00-29,99	Pasar	b) >2,5 Km	0
4000-5999	5	15,00-19,99	Pertokoan	a) Ada atau ≤ 5 Km	1
6000-7499	6	10,00-14,99	Bioskop	b) >5 Km	0
7500-8499	7	5,00-9,99	RS	a) Ada	1
>8500	8	<5,00	Hotel/Salon/ Panti Pijat	b) Tidak Ada	

		0
	a) $\geq 8,00$	1
RT Telepon	b) $< 8,00$	0
	a) $\geq 90,0$	1
RT Listrik	b) $< 90,0$	0

---

Sumber : Badan Pusat Statistik, 2010

#### D. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup

WHO mendefinisikan kualitas hidup “sebagai persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran mereka. Ini adalah konsep luas yang dipengaruhi secara kompleks oleh kesehatan fisik, keadaan psikologis, kepercayaan pribadi, hubungan sosial dan hubungannya dengan fitur-fitur penting dari lingkungan mereka ” (Billington dkk, 2010).

Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan sesuai dengan konteks budaya dan skor dimana mereka tinggal dalam suatu hubungan dengan tujuan hidup mereka, harapan, standar serta kekhawatiran (WHO,2004). Kualitas hidup menurut WHO, mencerminkan pandangan bahwa kualitas hidup mengacu pada evaluasi subjektif yang tertanam dalam konteks budaya, sosial dan lingkungan. Kualitas hidup tidak bisa disamakan dengan istilah “status kesehatan”, “gaya hidup”, “kepuasan hidup”, “mental” atau kesejahteraan”. pengakuan sifat multi dimensi terhadap kualitas hidup yang tercermin dalam struktur domain WHOQOL (*WHO Quality of life*).

Berdasarkan WHOQoL dibuat lagi menjadi instrumen WHOQOL-BREF dimana terdapat enam dimensi tersebut kemudian dibagi menjadi empat dimensi yang digunakan yakni (Salim, Sudharma, Kusumaratna, & Hidayat, 2016) :

1. kesehatan fisik, hal-hal yang terkait didalamnya meliputi aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada bahan-bahan medis atau pertolongan

medis, tenaga dan kelelahan, mobilitas, rasa sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas bekerja.

2. kesejahteraan psikologis, hal-hal yang terkait didalamnya seperti body image dan penampilan, perasaan-perasaan negatif dan positif, spiritualitas/kepercayaan personal, pikiran, belajar, memori dan konsentrasi.
3. hubungan sosial, hal-hal yang terkait didalamnya seperti hubungan personal, hubungan sosial, serta dukungan sosial dan aktivitas seksual.
4. hubungan dengan lingkungan, berkaitan dengan sumber-sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial (aksesibilitas dan kualitas), lingkungan rumah, kesempatan untuk memperoleh informasi dan belajar keterampilan baru, kesempatan untuk rekreasi atau memiliki waktu luang, lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim), serta transportasi.

### **E. Tinjauan Umum Tentang Variabel yang diteliti**

#### **1. Umur**

Faktor usia merupakan salah satu penyebab seseorang terkena tekanan darah tinggi. Semakin bertambah usia seseorang semakin berkurang elastisitas pembuluh darahnya sehingga tekanan darah di dalam tubuh orang yang sudah lanjut usia akan mengalami kenaikan dan dapat melebihi batas normalnya (Anies,2018). Berdasarkan hasil penelitian dari Vinandis, dkk (2014) bahwa faktor umur berhubungan erat dengan kualitas hidup pasien dengan hipertensi ( $p=0,00$ ).

Menurut Depkes (2009) kategori umur dibagi menjadi :

- 1) Masa balita = 0 - 5 tahun

- 2) Masa kanak-kanak = 5 - 11 tahun.
- 3) Masa remaja Awal = 12 - 16 tahun
- 4) Masa remaja Akhir = 17 - 25 tahun
- 5) Masa dewasa Awal = 26 - 35 tahun
- 6) Masa dewasa Akhir = 36- 45 tahun
- 7) Masa Lansia Awal = 46 - 55 tahun
- 8) Masa Lansia Akhir = 56 - 65 tahun
- 9) Masa Manula = > 65 tahun

## 2. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan suatu sifat yang melekat pada kaum laki-laki maupun perempuan yang dikonstruksikan secara sosial maupun kultural. Perubahan ciri dan sifat-sifat yang terjadi dari waktu ke waktu dan dari tempat ke tempat lainnya disebut konsep gender (Fakih , 2006).

Berdasarkan hasil penelitian dari Theodoros dkk (2011) bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup penderita hipertensi (  $p < 0,0001$ ), penelitian ini menunjukkan bahwa laki-laki postif berhubungan dengan kualitas hidup.

## 3. Pendidikan

Pendidikan merupakan kebutuhan primer setiap manusia yang tidak boleh dianggap sepele karena pendidikan akan meningkatkan harkat dan martabat manusia itu sendiri. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup (Depo, 2014). Pendidikan juga merupakan sebuah aktifitas yang memiliki maksud atau tujuan tertentu untuk mengembangkan suatu potensi yang dimiliki manusia baik sebagai manusia ataupun sebagai masyarakat dengan sepenuhnya (Nurkholis, 2013).

Klasifikasi pendidikan jenjang formal berdasarkan BPS, terbagi atas dua yaitu pendidikan dasar SD/ sederajat dan SMP/ sederajat, dan jenis pendidikan tinggi SMA/ sederajat dan perguruan tinggi. Berdasarkan hasil penelitian dari Vathesatogkit dkk (2012) bahwa terdapat hubungan pendidikan dengan kualitas hidup penderita hipertensi ( $p = 0,0001$ ).

#### 4. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan. Sifat, jenis, dan sumber dukungan berbeda-beda dalam berbagai tahap siklus kehidupan. Misalnya, jenis-jenis dan kuantitas dukungan sosial 36 dalam fase perkawinan (sebelum sebuah pasangan muda mendapat anak) sangat berbeda dengan dukungan sosial yang dibutuhkan ketika keluarga sudah berada dalam tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Ali, Z. 2006).

Keikutsertaan anggota keluarga (orang tua, suami, istri, anak, adik, kakak dan mertua) dalam memberikan dukungan (emosional, materi, informasional dan instrumental) sangat dibutuhkan penderita hipertensi. Berdasarkan hasil penelitian dari Sazlina dkk (2012) bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita hipertensi ( $p = 0,0004$ ).

#### 5. Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang dikerjakan untuk mendapatkan nafkah atau pencaharian masyarakat yang sibuk dengan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari akan memiliki waktu yang lebih untuk memperoleh informasi (Widyasih, E., dkk, 2014).

Adapun jenis-jenis pekerjaan yang ada di lingkungan masyarakat pada umumnya yaitu :

- a. PNS
- b. TNI/POLRI

- c. Pegawai Swasta
- d. Wiraswasta
- e. Petani/buruh tani
- f. Nelayan
- g. Ibu Rumah Tangga

Junaidi (2017) Ibu rumah tangga adalah seorang wanita yang banyak menghabiskan waktu dirumah dan memberikan waktunya untuk mengasuh dan mengurus anak-anaknya, serta mengurus pekerjaan dirumah.

Berdasarkan hasil penelitian dari Ritu K. Soni, M., et al. (2010) bahwa ada hubungan antara status pekerjaan terhadap kualitas hidup penderita hipertensi. Lebih lanjut dipertegas bahwa status tidak bekerja diidentifikasi sebagai determinan independen dari kualitas hidup.

#### 6. Pendapatan Keluarga

Kiwanuka (2008) pendapatan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin adalah faktor pembiayaan dan berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita hipertensi.

Dalam penelitian ini akan digunakan nilai UMP terbaru sebagai landasan dalam menilai pendapatan keluarga. Untuk UMP Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020 yaitu Rp3.103.800 menyesuaikan instruksi dari Surat Edaran Menteri Ketenagakerjaan Nomor B-m/308/HI.01.00/X/2019 tanggal 15 Oktober 2019 yang menetapkan kenaikan UMP/UKM sebesar 8,51 persen.

#### 7. Merokok

Merokok adalah salah satu faktor yang berpengaruh terhadap gaya hidup masyarakat, tidak hanya di negara berkembang seperti Indonesia tetapi juga dapat ditemui pada masyarakat di negara maju. Pada zaman modernisasi saat ini, rokok telah meluas di semua lapisan masyarakat, baik itu kaya atau miskin, tua atau muda, mulai dari orang dewasa hingga generasi muda dan pelajar. Rokok tidak

hanya digemari oleh kalangan dewasa tetapi juga oleh kalangan remaja bahkan anak-anak, dan yang paling memprihatinkan para remaja dapat secara cepat menjadi pecandu rokok.

Setiap toko pasti menjual rokok dari berbagai merek rokok dengan bermacam-macam harga, mulai dari yang paling murah sampai yang mahal. Banyak faktor yang mempengaruhi orang-orang untuk mengkonsumsi rokok yaitu karena kebutuhan, keluarga, pergaulan, lingkungan tempat tinggal, dan sebagainya (Bernadette Mandey, J. 2013).

Ketika seseorang menghisap rokok maka komposisi rokok dipecah menjadi komponen lainnya, misalnya komponen yang cepat menguap akan menjadi asap bersama-sama dengan komponen lainnya yang terkondensasi. Sehingga komponen asap rokok yang dihisap oleh perokok terdiri dari bagian gas (85%) dan bagian partikel (15%). Rokok mengandung kurang lebih 4000 elemen-elemen, setidaknya 200 diantaranya berbahaya bagi kesehatan.

Racun yang paling berbahaya pada rokok adalah tar, nikotin dan karbon monoksida (CO). Selain itu, dalam sebatang rokok mengandung bahan kimia lain yang beracun seperti : Nikotin, Karbon Monoksida (CO), Tar, Timah Hitam (Pb) , Ammonia, Hidrogen Sianida (HCN), Nitrit Oksida (Nitrous Oxide), Fenol (Rianti, 2018).

Rokok merupakan hasil olahan dari tembakau yang terbungkus seperti: cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan oleh tanaman *Nicotiana tabacum*, *Nicotiana rustica* dan spesies lainnya atau sintesisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan. Asap rokok mengandung banyak senyawa berbahaya yaitu sekitar 4000 senyawa seperti: nikotin, tar, 3,4-benzopiren, karbon monoksida, karbon dioksida, nitrogen oksida, amonia dan sulfur. Karbon monoksida adalah zat yang tidak berwarna, tidak berbau dan tidak mempunyai rasa. Zat ini memiliki afinitas yang tinggi terhadap hemoglobin, sekitar 210 – 300 kali lebih



besar dibandingkan dengan afinitas terhadap oksigen (Amelia dkk, 2016).

Merokok dapat dibagi menjadi dua yaitu perokok aktif dan pasif, berdasarkan jenis rokok yang dihisap digolongkan menjadi rokok sigaret dan Non Sigaret (rokok kretek, rokok liting, cerutu). Pemerintah sebagai pengambil kebijakan telah melakukan berbagai tindakan untuk mengurangi atau menghilangkan perilaku merokok di masyarakat diantaranya dengan anjuran memasang label-label pada bungkus rokok bahwa rokok berbahaya bagi kesehatan, namun hal itu menjadi biasa di kalangan masyarakat (Mulyani, dkk., 2014).

Wang, T.F., et all. (2013) menunjukkan bahwa merokok berpengaruh terhadap kualitas hidup. Hasil statistik menunjukkan domain vital pada penilaian kualitas hidup ( $p=0,003$ ). Berdasarkan hasil penelitian dari Sartik, dkk (2017) menunjukkan bahwa responden yang mempunyai kebiasaan merokok ( $p=0,026$ ;  $OR=1,77$  dan  $95\% CI=1,06-2,95$ ) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara kebiasaan merokok dengan kejadian hipertensi.

Berdasarkan hasil penelitian dari Alurkar dkk (2018) menunjukkan bahwa merokok menyebabkan hipertensi ( $p = 0,010$  ;  $OR = 2,28$ ). Berdasarkan hasil penelitian dari Xu dkk (2019) bahwa terdapat hubungan merokok dengan kualitas hidup penderita hipertensi di Chongqing, China ( $p=0,001$ ).

## 8. Minum alkohol

Minuman keras atau biasa disebut minuman beralkohol adalah minuman yang mengandung zat etanol. Zat etanol merupakan zat atau bahan yang jika dikonsumsi akan menurunkan tingkat kesadaran bagi konsumennya atau yang meminumnya sehingga mengakibatkan tak sadarkan diri (mabuk).

Minuman keras juga mengandung zat adiktif, yakni suatu zat yang jika dikonsumsi akan membuat orang tersebut merasa ingin terus mengkonsumsinya (kecanduan) dan akhirnya merasa kecanduan

pada minuman keras. Minuman keras juga mempengaruhi sistem kerja otak karena miras menghambat kekurangan oksigen sehingga seseorang yang mengonsumsi minuman keras akan merasakan pusing (Patria, R., 2015).

Mengonsumsi minuman keras adalah salah satu bentuk perilaku yang dianggap menyimpang bila sudah berlebihan. Perilaku menyimpang yang terjadi di kalangan masyarakat tidak akan begitu saja muncul apabila tidak ada faktor penarik atau faktor pendorong. Faktor penarik berada di luar diri seseorang, sedangkan faktor pendorong berasal dari dalam diri atau keluarga yang memungkinkan seseorang untuk melakukan penyimpangan tersebut (Sukiman dkk, 2019).

Jenis minuman alkohol tradisional banyak di jumpai di Indonesia seperti tuak, arak, sopi, badeg, dan lainnya bahkan dikonsumsi oleh masyarakat dengan alasan tradisi atau adat. Keberadaan minuman beralkohol disetiap perayaan pesta adat, hal itu disebabkan karena adanya tradisi yang lahir dari para leluhur masyarakat di suatu daerah dan sebagian masyarakat beranggapan bahwa minuman beralkohol dianggap sebagai minuman kehormatan dan salah satu daerah di Provinsi Sulawesi Selatan yang masih mempertahankan tradisi mengonsumsi minuman beralkohol, yaitu Kabupaten Toraja Utara.

Salah satu budaya masyarakat di Kabupaten Toraja Utara sejak dulu, yaitu mengonsumsi minuman beralkohol disetiap perayaan adat. Minuman alkohol dari Toraja disebut tuak yang berasal dari cairan pohon induk atau nira (*Borassus flabellifer*). Tuak ini disajikan di setiap acara adat di Toraja dan menjadi tradisi yang masih dipertahankan hingga saat ini (Rikiyani dkk, 2015).

Hubungan antara konsumsi alkohol dan kesehatan jantung pada wanita sangat kompleks, dibandingkan dengan tanpa konsumsi alkohol telah terbukti mengurangi risiko penyakit kardiovaskular, termasuk stroke dan infark miokard, hingga 30%, namun konsumsi

alkohol yang berlebihan sering disebut sebagai salah satu penyebab hipertensi.

Pedoman kesehatan masyarakat yang mengonsumsi minuman alkohol berbeda, banyak yang merekomendasikan untuk membatasi asupan alkohol menjadi  $\leq 1$  minuman/ hari untuk wanita ( $\leq 2$  minuman / hari untuk pria; satu minuman dianggap sebagai bir 12 ons, 4 ons anggur, 1,5 ons 80 - roh tahan atau 1 ons roh tahan 100). *American Heart Association dan American Diabetes Association* memperingatkan bahwa melampaui batas ini dapat meningkatkan risiko hipertensi dan diabetes. Risiko bahaya seumur hidup dari minum alkohol meningkat dengan jumlah alkohol yang dikonsumsi, namun kekurangan bukti ilmiah mendukung pembatasan satu minuman setiap hari untuk wanita (Fisher dkk, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian dari Kishore, dkk (2016) bahwa Hipertensi secara signifikan lebih tinggi pada mereka yang menggunakan alkohol ( $X^2 = 2.9$ ,  $p = 0.2$ ) dan pada subjek dengan peningkatan kadar kolesterol total tetapi dalam analisis multivariat hanya usia, pendidikan, dan kadar kolesterol yang secara independen terkait dengan hipertensi.

Berdasarkan hasil penelitian dari Sarumaha dan Diana (2018) menunjukkan bahwa Konsumsi alkohol berpengaruh terhadap kejadian hipertensi dengan nilai  $p$   $0,042 < 0,05$ . Berdasarkan hasil penelitian dari Park dkk (2018) bahwa pada wanita, hipertensi secara signifikan terkait dengan asupan alkohol ( $p = 0,011$ ). Tetapi pada pria, tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik terlihat.

Berdasarkan hasil penelitian dari Steffens dkk (2006) bahwa di antara ketergantungan alkohol terkait dengan kejadian hipertensi ( $p = 0,004$ ). Berdasarkan hasil penelitian dari Xiao dkk (2019) bahwa alkohol berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi Chongqing, China ( $p = 0,0001$ ).

## 9. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik dianggap sebagai perilaku yang dapat meningkatkan kesehatan seseorang dikaitkan dengan harapan hidup dan kualitas hidup. Aspek sosial dan lingkungan membentuk pola aktivitas fisik dan tingkat fokus terutama pada norma sosial, budaya dan tekanan teman sebaya. Sejumlah penelitian telah mengeksplorasi sumber daya pribadi dan karakteristik yang terkait dengan aktivitas fisik pada individu: literatur yang meneliti faktor pribadi dan lingkungan yang terkait dengan kepatuhan individu dan tingkat PA (*Physical Activity*) berfokus pada model motivasi dan model psikologis klasik seperti model kepercayaan kesehatan dan lain-lain (Zysberg, L., & Hemmel, R., 2018).

Perilaku aktivitas fisik merupakan upaya yang secara teratur bermanfaat dalam mengatur berat badan dan menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah, apabila kurangnya aktifitas fisik dapat mengakibatkan seseorang terkena hipertensi. Secara teoritis, aktivitas fisik sangat berpengaruh pada stabilitas tekanan darah. Seseorang yang tidak melakukan aktivitas fisik cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi. Hal tersebut mengakibatkan otot jantung bekerja lebih keras pada setiap kontraksi (Harahap dkk, 2017).

Latihan fisik telah direkomendasikan oleh beberapa komite dan organisasi profesional seperti *American College of Sports Medicine*, *American Heart Association*, Program Pendidikan Hipertensi Kanada, dan Masyarakat Hipertensi Eropa/Masyarakat Kardiologi Eropa, sebagai landasan bagi terapi farmakologis untuk hipertensi. Khususnya, efek anti hipertensi seperti berkurangnya istirahat dan rawat jalan, serta peningkatan kebugaran kardiorespirasi, telah diterima sebagai praktik yang efektif untuk kesehatan jantung (Rego dkk, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian dari Cham, dkk (2018) bahwa aktivitas fisik ( $p < 0.001$ ), Hampir sepertiga orang dewasa menderita hipertensi; proporsi yang tinggi tidak terdiagnosis, khususnya di antara pria (86% pria vs 71% wanita dengan hipertensi,  $p < 0,001$ ). Penduduk pedesaan dan semi-urban dan orang yang kelebihan berat badan/obesitas

mengalami peningkatan kemungkinan hipertensi. Dibandingkan dengan penduduk perkotaan, peserta dari salah satu daerah pedesaan memiliki peluang hipertensi yang lebih tinggi di antara kedua pria.

Faktor lain yang sangat terkait dengan hipertensi dalam analisis multivariat adalah usia, merokok, aktivitas fisik dan etnisitas. Berdasarkan hasil penelitian dari Jaya Widyartha, dkk (2016) menunjukkan bahwa aktivitas fisik ringan merupakan faktor risiko yang secara independen berpengaruh terjadinya hipertensi (AOR=3,53; 95%CI: 1,38-9,01). Berdasarkan hasil penelitian dari Anggraini, dkk (2018) terdapat hubungan antara obesitas dengan hipertensi ( $p=0,004$ ), dan terdapat hubungan antara aktivitas fisik dengan hipertensi ( $p=0,000$ ). Berdasarkan hasil penelitian dari Ha dkk (2014) bahwa aktifitas fisik ( $p=0,001$ ) berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di masyarakat pedesaan vietnam.

#### 10. Stres

Tekanan darah tidak hanya dipengaruhi oleh faktor fisik saja melainkan dapat dipengaruhi oleh emosi, sehingga seseorang dianggap menderita hipertensi saat diperiksa dikarenakan faktor emosi. Pada umumnya, penderita hipertensi mempunyai kecenderungan beban emosi (stres). Hubungan stres dengan hipertensi diduga melalui aktivitas syaraf simpatik, dalam kondisi stres hormon adrenalin dan kortisol dikeluarkan ke dalam aliran darah menyebabkan kenaikan tekanan darah (Fitriani, 2012).

Data hasil penelitian Liu dkk (2017) bahwa Data menunjukkan bahwa stres psikososial dikaitkan dengan peningkatan risiko hipertensi (OR = 2,40, 95% CI = 1,65-3,49), dan pasien hipertensi memiliki insiden stres psikososial yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien normotensi (OR = 2,69, 95% CI = 2.32-3.11). Berdasarkan meta-analisis, stres psikososial kronis dapat menjadi faktor risiko hipertensi. Berdasarkan hasil penelitian dari Hasana dan Harfe'i (2019) bahwa stress berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi ( $p=0,001$ ).

## F. Tabel Hasil Sintesa Penelitian

**Tabel 2.5.**  
**Sintesa Penelitian**

No:	Peneliti (Tahun) dan sumber Jurnal	Desain penelitian	Variabel		Temuan
			INDEPENDEN	DEPENDEN	
1.	Xiao, M. dkk (2019) <i>International journal of enviromental research and public health</i> , 2019	<i>Cross sectional</i>	Umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status menikah, aktivitas fisik, merokok dan alkohol	Kualitas hidup penderita hipertensi	Ada hubungan merokok dengan kualitas hidup penderita hipertensi (p =0,0001).
2.	Xu, dkk (2016) Hindawi Publish- ing Corporation <i>International Jour- nal of Hyperten- sion</i> Volume 2016	<i>Cross sectional</i>	Umur, jenis kelamn, pendidikan, pekerjaan, status menikah, aktivitas fisik, merokok dan alkohol	Kualitas hidup penderita hipertensi	Ada hubungan alkohol dengan kualitas hidup penderita hipertensi (p =0,0001).
3.	Cham, B. dkk (2018), <i>International Jour- nal of Epidemiolo- gy</i> , 2018, 860–87	<i>cross sectional</i>	Umur, merokok, aktivitas fisik, etnis	Kualitas hidup Penderita Hipertensi	aktivitas fisik (P<0.001) berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi

	(Vol. 47, No. 3)				
No:	Jurnal	Metodeologi Penelitian	Variabel Independen	Variabel Dependen	Hasil
4.	Ha, N.T., dkk (2014) Journal BMC Public Health 14:833	<i>Cross sectional</i>	Umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status menikah, agama, aktivitas fisik	Kualitas hidup penderita hipertensi	Aktifitas fisik berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi ( $p = 0,001$ ).
5.	South, M., dkk (2014), e-journal keperawatan (e-Kp) Vol.2 No.1	<i>Cross sectional</i>	stress, aktivitas fisik dan merokok	Kualitas hidup penderita Hipertensi	Aktifitas fisik didapat nilai signifikan ( $p = 0,000$ ) dengan demikian H1 diterima H0 ditolak. Stres didapat nilai signifikan ( $p = 0,002$ ) dengan demikian H1 diterima dan H0 ditolak. Merokok didapatkan nilai signifikan ( $p = 0,447$ ).
6.	Sazlina dkk (2012), <i>The Journal of Nutrition, Health &amp; Aging</i> , 16(5), 498–502.	<i>Cross sectional study</i>	Umur, jenis kelamin, dukungan keluarga	Kualitas hidup penderita hipertensi	Ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita hipertensi ( $p = 0,0004$ ).

Perbedaan antara hasil tabel sintesa diatas dengan hasil penelitian yang dilakukan yakni :

Penelitian ini dilakukan untuk membandingkan 2 wilayah atau daerah yang berbeda yaitu : Kota Makassar dan Kabupaten Toraja Utara, kedua wilayah tersebut memiliki latar belakang yang berbeda baik dari segi budaya maupun dalam aktifitas kehidupan sehari-hari yang dilakukan oleh masyarakat setempat, contohnya : perilaku minum alkohol, di Kabupaten Toraja Utara, kita bisa temukan diacara adat istiadat masyarakat setempat yang sering mengonsumsi alkohol (Tuak) dan hal tersebut sudah menjadi hal biasa bagi mereka. Tidak menutup kemungkinan ada beberapa pasien hipertensi di beberapa puskesmas di Toraja Utara maupun di Makassar yang masih mengonsumsi tuak, walaupun mereka tahu efek samping daripada mengonsumsi tuak. Sehingga pada variabel penelitian mengenai minum alkohol pada penelitian ini, tidak berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi.



### **G. Dasar Pemikiran Kerangka Teori**

Penderita hipertensi dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup yang disebabkan karena berbagai faktor seperti :

Menurut Hughes, B (1990), terdapat 6 faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, yaitu:

- a. Karakteristik pribadi individu (Demografi, kesehatan, ketergantungan, kegiatan fungsional dan lain-lain).
- b. Faktor lingkungan fisik (Sarana dan fasilitas, kenyamanan, keamanan dan lain-lain).
- c. Faktor sosial lingkungan (Tingkat aktivitas sosial dan rekreasi, jaringan sosial dan keluarga dan lain-lain).
- d. Faktor sosial ekonomi (Pendapatan, status sosil ekonomi dan lain-lain).
- e. Faktor otonomi pribadi (Kemampuan untuk membuat pilihan, gaya hidup dan lain-lain).
- f. Kepuasan subjektif.

### **H. Dasar Pemikiran Kerangka Konsep Penelitian**

Hughes, Beverley (1990) terdapat banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang seperti faktor demografi, sosial ekonomi, jaringan sosial dan keluarga, gaya hidup dan lainnya. Berdasarkan pemikiran diatas maka perlu diteliti yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi. Penjelasan singkat variabel-variabel yang akan diteliti adalah sebagai berikut:

#### **1. Umur**

Prevalensi hipertensi meningkat sesuai dengan usia, dari 7,3% di antara orang dewasa berusia 18-39 menjadi 32,2% di antara mereka yang berusia 40-59, dan 64,9% di antara mereka yang berusia 60 dan lebih. Pola yang sama ditemukan di antara kedua pria (8,4% untuk mereka yang berusia 18-39, 34,6% untuk 40-59, dan 63,1% untuk usia 60 tahun ke atas) dan wanita (6,1% untuk mereka yang berusia 18-39, 29,9% untuk 40- 59, dan 66,5% untuk 60 tahun ke atas). Pria memiliki prevalensi hipertensi yang lebih tinggi daripada wanita di antara orang dewasa

berusia 18-39 (8,4% dibandingkan dengan 6,1%, masing-masing) dan berusia 40-59 (masing-masing 34,6% dibandingkan dengan 29,9%), tetapi tidak di antara orang dewasa berusia 60 dan lebih (Yoon dkk, 2015).

Pada orang dewasa berusia >18 tahun, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik (SBP) yang sama atau lebih dari 140 mmHg dan / atau tekanan darah diastolik (DBP) sama atau lebih dari 90 mmHg, oleh laporan ketujuh Komite Nasional Bersama tentang pencegahan, deteksi, evaluasi, dan perawatan tekanan darah tinggi (JNC) (Nguyen dkk, 2013).

Dalam beberapa tahun terakhir, sindrom metabolik dan hipertensi semakin terlihat pada populasi paruh baya dan muda. Dalam subpopulasi ini, resistensi insulin dan kelebihan produksi adipokin merusak fungsi endotel dan jantung yang menyebabkan penuaan kardiovaskular dini dan dipercepat. Dilaporkan bahwa penuaan dini (progeria) dikaitkan dengan percepatan pengerasan pembuluh darah atau penuaan pembuluh darah. Penuaan didefinisikan sebagai penurunan terkait usia dalam fungsi fisiologis penting untuk kelangsungan hidup dan kesuburan. Penuaan kardiovaskular merupakan faktor penting yang menentukan rentang hidup. Dinding arteri saluran besar, terutama aorta, menebal dan kehilangan elastisitas dari waktu ke waktu, dan proses ini menghasilkan peningkatan kecepatan gelombang denyut jantung, ukuran penting dan dapat diandalkan dari kekakuan arteri. Meningkatnya kekakuan arteri, akan mengurangi fungsi reservoir / penyangga arteri saluran dekat jantung dan meningkatkan kecepatan denyut jantung, yang keduanya meningkatkan tekanan sistolik dan nadi.

Hipertensi yang berkaitan dengan penuaan ditandai dengan peningkatan signifikan dalam tekanan darah sistolik tanpa perubahan atau bahkan penurunan tekanan darah diastolik, yaitu hipertensi sistolik terisolasi. Usia adalah penentu penting kecepatan denyut jantung. Pengerasan arteri adalah prediktor independen terhadap hasil

kardiovaskular, seperti infark miokard, penurunan kognitif pada penuaan, stroke, dan penyakit ginjal (Sun, Z. 2015).

Kriteria Joint National Committee (JNC VII ) responden berusia 18 tahun ke atas yang berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah ditemukan mempunyai tekanan darah sistolik >140 mmHg atau diastolik >90 mmHg sesuai ( Rahajeng dan Tuminah, 2009).

## 2. Jenis kelamin

Banyak data tekanan darah pada pria dan wanita telah dikumpulkan selama bertahun-tahun. Pada tahun 1947, Boynton dan Todd mengukur tekanan darah pada 75.258 mahasiswa, yang mengungkapkan bahwa SBP (*sistolik blood pressure*) dan DBP (*diastolic blood pressure*) secara signifikan lebih tinggi pada pria muda daripada pada wanita muda [SBP / DBP (mm Hg): pria, 122 / 74,5 vs wanita, 111 / 69.7].

Survei Pemeriksaan Kesehatan dan Gizi Nasional (NHANES), yang didirikan pada awal 1960-an oleh Pusat Statistik Kesehatan Nasional, bagian dari Pusat Pengendalian Penyakit (CDC), melakukan survei yang representatif secara nasional melalui wawancara dan pemeriksaan fisik Amerika. Populasi negara.

Data yang dikumpulkan dari April 1971 hingga Juni 1974 melalui studi NHANES I terhadap 28.043 orang berusia 1-74 tahun mengungkapkan bahwa perbedaan jenis kelamin dalam tekanan darah berasal dari masa remaja yang dimulai antara usia 12-17, pada saat itu, rata-rata SBP(*sistolik blood pressure*) dan DBP (*diastolic blood pressure*) untuk anak laki-laki secara konsisten melebihi batas normal dibandingkan dengan anak perempuan. Pada anak yang lebih muda (6-11 tahun), tidak ada perbedaan jenis kelamin dalam SBP (*sistolik blood pressure*) atau DBP (*diastolic blood pressure*) yang terdeteksi (Sandberg dan Ji, 2012).

## 3. Pendidikan

Pendidikan juga dapat mempengaruhi kesehatan seseorang. Semakin tinggi jenjang pendidikan maka akan semakin banyak informasi

yang didapatkan termasuk informasi mengenai kesehatan. Namun, tidak dipungkiri bahwa meskipun semakin tinggi jenjang pendidikan seseorang, tetapi usia yang bertambah juga berpengaruh dalam meningkatnya tekanan darah.

Bertambahnya usia seseorang akan meningkatkan risiko untuk mengalami hipertensi atau peningkatan tekanan darah dalam tubuh. Pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa yang berpendidikan sarjana lebih banyak menderita hipertensi juga dipengaruhi salah satunya faktor usia (Oktavia dan Martini, 2016).

#### 4. Pekerjaan

Pekerjaan berkaitan dengan aktivitas fisik dimana orang yang tidak bekerja aktifitasnya tidak banyak sehingga dapat meningkatkan hipertensi. Kurangnya aktivitas fisik berisiko menderita hipertensi, orang yang tidak aktif cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga mengakibatkan otot jantungnya harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi, makin besar dan sering otot jantung memompa mengakibatkan makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri sehingga tekanan darah akan meningkat. Makin keras dan sering otot jantung harus memompa, makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri (Anggara dan Prayitno, 2013). Ha, N. T., et al. (2014) menunjukkan bahwa kualitas hidup penderita hipertensi dipengaruhi oleh status pekerjaan.

#### 5. Pendapatan keluarga

Penelitian Kiwanuka, 2008 menjelaskan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh terhadap akses layanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin adalah faktor pembiayaan. Dalam penelitian ini akan digunakan nilai UMP terbaru sebagai landasan dalam menilai pendapatan keluarga. Penetapan kenaikan UMP tersebut mengacu pada PP Nomor 78/2015 Tentang Pengupahan.

Berdasarkan Surat Edaran Menteri Ketenagakerjaan Nomor : B-M/308/HI.01.00/X/2019, tanggal 15 Oktober 2019 yang menetapkan

kenaikan UMP sebesar 8,51 persen. Maka Upah minimum Provinsi (UMP) Sulawesi Selatan sebesar Rp.3.103.800 dan berlaku efektif 1 Januari 2020.

#### 6. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga dapat membantu dalam melakukan perawatan terhadap kualitas hidup penderita hipertensi yaitu dalam meningkatkan kesadaran pasien agar selalu rutin dalam memeriksa tekanan darah. Keluarga harus lebih memperhatikan pemberian dukungan informasional terhadap pasien hipertensi (Yeni, Husna, & Dachriyanus, 2016).

Pasien dengan tingkat dukungan keluarga yang lebih tinggi akan lebih cenderung menunjukkan perilaku perawatan diri. dukungan keluarga terhadap pasien hipertensi menunjukkan bahwa dapat meningkatkan kepatuhan terapi dan kebiasaan diet kesehatan (Li dkk ,2013).

#### 7. Merokok

Merokok dapat menyebabkan hipertensi akibat zat-zat kimia yang terkandung di dalam tembakau yang dapat merusak lapisan dalam dinding arteri, sehingga arteri lebih rentan terjadi penumpukan plak (arterosklerosis). Hal ini terutama disebabkan oleh nikotin yang dapat merangsang saraf simpatis sehingga memacu kerja jantung lebih keras dan menyebabkan penyempitan pembuluh darah, serta peran karbon monoksida yang dapat menggantikan oksigen dalam darah dan memaksa jantung memenuhi kebutuhan oksigen tubuh (Setyanda dkk, 2015).

Merokok dapat meningkatkan tekanan darah melalui mekanisme pelepasan norepinefrin dari ujung-ujung saraf adrenergik yang dipacu oleh nikotin. Seseorang dengan perilaku merokok pada frekuensi lebih dari satu pak per hari memiliki kerentanan dua kali lebih besar menderita hipertensi jika dibandingkan dengan yang tidak merokok (Runturambi dkk, 2019).

Merokok tembakau merupakan faktor risiko utama untuk penyakit kardiovaskular dan hipertensi. Hal ini terkait dengan stres oksidatif dan menginduksi pemrograman ulang yang mengubah fungsi mitokondria.

Kami berhipotesis bahwa asap rokok menginduksi stres oksidatif mitokondria kardiovaskular yang berkontribusi terhadap disfungsi endotel dan hipertensi. (Dikalov dkk, 2019).

#### 8. Minum alkohol

Mengonsumsi minuman alkohol secara berlebihan akan berdampak buruk bagi kesehatan. Alkohol merupakan salah satu penyebab hipertensi karena alkohol memiliki efek yang sama dengan karbondioksida yang dapat meningkatkan keasaman darah, sehingga darah menjadi kental dan jantung dipaksa untuk memompa selain itu konsumsi alkohol yang berlebihan dalam jangka panjang akan berpengaruh pada peningkatan kadar kortisol dalam darah sehingga aktifitas *rennin-angiotensin aldosteron system (RAAS)* meningkat dan mengakibatkan tekanan darah meningkat (A.N.Jayanti dkk, 2017).

Mengonsumsi minuman alkohol secara berlebihan akan berdampak buruk bagi kesehatan. Alkohol merupakan salah satu penyebab hipertensi karena alkohol memiliki efek yang sama dengan karbon dioksida yang dapat meningkatkan keasaman darah, sehingga darah menjadi kental dan jantung dipaksa untuk memompa selain itu konsumsi alkohol yang berlebihan dalam jangka panjang akan berpengaruh pada peningkatan kadar kortisol dalam darah sehingga aktifitas *rennin-angiotensin aldosteron system (RAAS)* meningkat dan mengakibatkan tekanan darah meningkat (A.N.Jayanti dkk, 2017).

#### 9. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik adalah gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Kurangnya aktivitas fisik dapat beresiko menderita hipertensi, seseorang yang tidak aktif cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantungnya harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi, makin besar dan sering otot jantung memompa, maka makin besar

tekanan yang dibebankan pada arteri sehingga tekanan darah akan meningkat (Karim dkk, 2018).

Aktivitas fisik telah digambarkan sebagai faktor gaya hidup yang bermanfaat untuk kontrol tekanan darah (BP/*blood pressure*). Olahraga dapat meningkatkan sekresi zat vasodilator, seperti *nitric oxide*, yang menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan, akibatnya, mengurangi resistensi pembuluh darah perifer dan dapat mengurangi kadar katekolamin dan meningkatkan sensitivitas insulin, yang keduanya telah dikaitkan dengan pengurangan natrium dan retensi air yang mengarah ke tekanan darah rendah (Karatzis dkk, 2018).

#### 10. Stres

Stres adalah suatu pengaruh kekuatan yang cukup besar terhadap suatu objek atau sistem, baik untuk merusak atau merubah bentuk dapat memicu terjadinya hipertensi yang diduga hubungannya melalui aktivitas saraf simpatis yang meningkat sehingga dapat menaikkan tekanan darah secara *intermittent* atau tidak menentu. Stres yang berlangsung dengan waktu lama dapat memicu tubuh untuk menyesuaikan dan mengakibatkan kelainan organ atau perubahan patologis yaitu meningkatnya tekanan darah. Stres juga berkaitan dengan adanya perubahan yang meliputi perubahan fisiologik, kondisi psikologik maupun tekanan lingkungan (Sukma dkk, 2019).

Stres seperti : rasa tertekan, murung, marah, dendam, rasa takut, rasa bersalah, berakibat merangsang kelenjar anak ginjal untuk melepaskan hormon adrenalin dan jantung berdenyut lebih cepat dan lebih kuat, sehingga meningkatkan tekanan darah. Jika stress berlangsung dalam waktu yang cukup lama, tubuh akan melakukan penyesuaian sehingga muncul kelainan organ atau perubahan patologis, gejala yang muncul dapat berupa hipertensi ataupun penyakit maag (Gunawan, 2007).

Stres seperti : rasa tertekan, murung, marah, dendam, rasa takut, rasa bersalah, berakibat merangsang kelenjar anak ginjal untuk

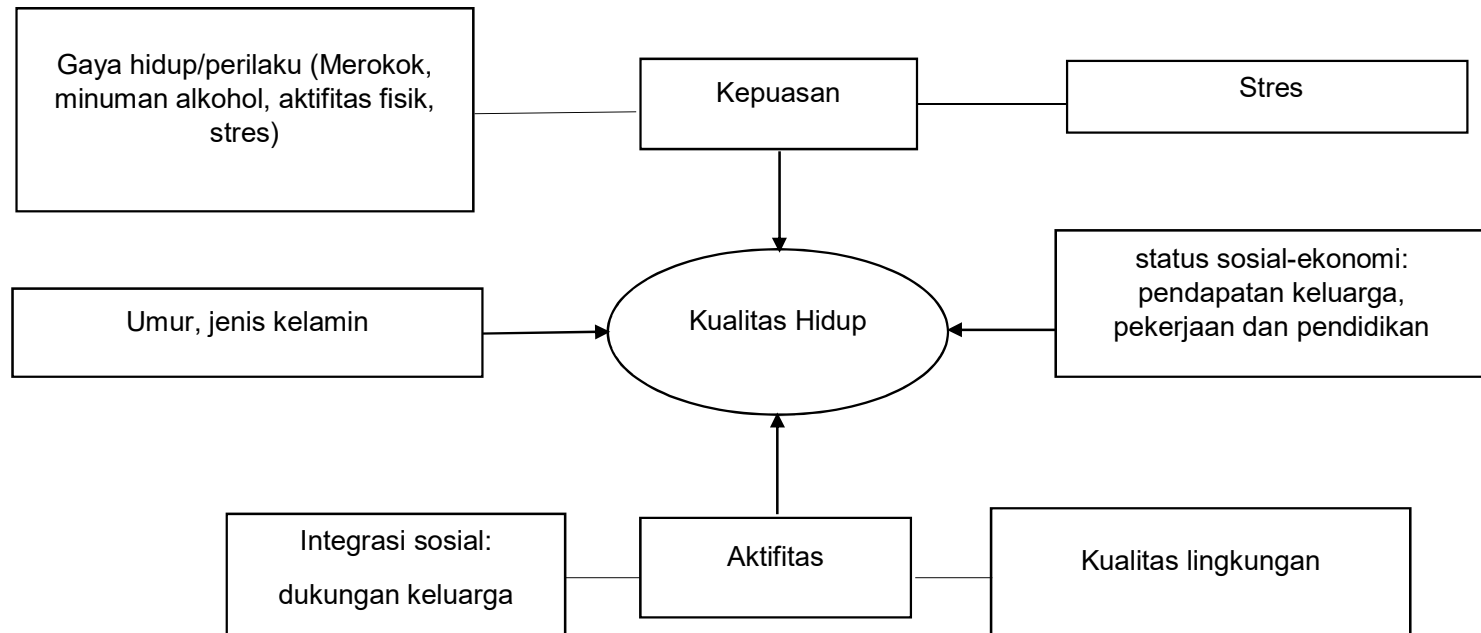
melepaskan hormon adrenalin dan jantung berdenyut lebih cepat dan lebih kuat, sehingga meningkatkan tekanan darah. Jika stress berlangsung dalam waktu yang cukup lama, tubuh akan melakukan penyesuaian sehingga muncul kelainan organ atau perubahan patologis, gejala yang muncul dapat berupa hipertensi ataupun penyakit maag (Gunawan, 2007).

Stres didefinisikan sebagai suatu proses di mana tuntutan lingkungan melebihi kapasitas adaptif suatu organisme, menghasilkan perubahan psikologis dan biologis yang dapat menempatkan orang pada risiko penyakit salah satunya hipertensi (Sparrenberger dkk, 2009).

Tekanan darah tidak hanya dipengaruhi oleh faktor fisik saja melainkan dapat dipengaruhi oleh emosi, sehingga seseorang dianggap menderita hipertensi saat diperiksa dikarenakan faktor emosi. Pada umumnya, penderita hipertensi mempunyai kecenderungan beban emosi (stres). Hubungan stres dengan hipertensi diduga melalui aktivitas syaraf simpatik, dalam kondisi stres hormon adrenalin dan kortisol dikeluarkan ke dalam aliran darah menyebabkan kenaikan tekanan darah (Fitriani, 2012).

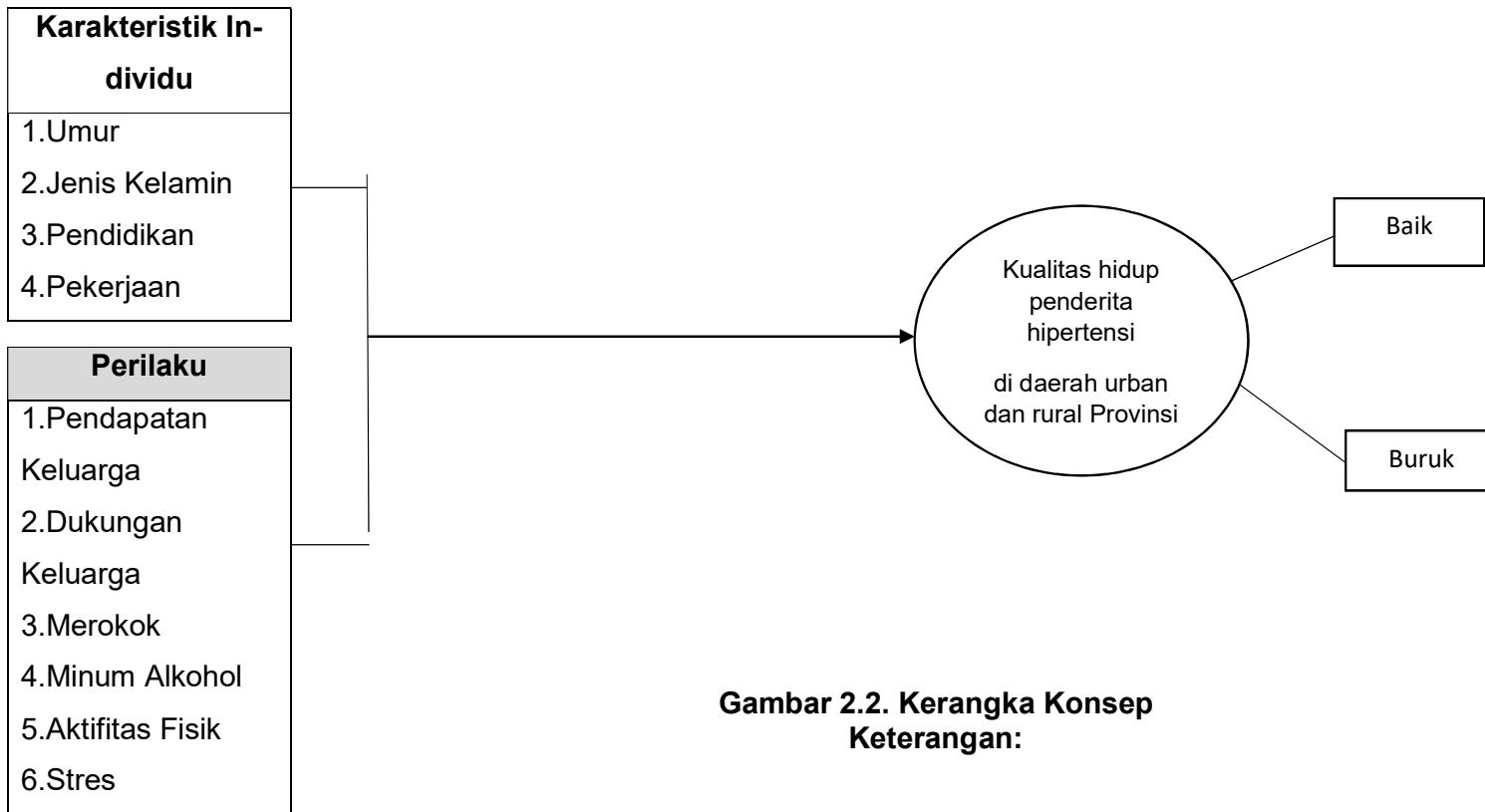


## I. Kerangka Teori



**Gambar 2.1.**  
**Kerangka Teori *Quality Of Life***  
**Sumber :**  
Modifikasi Hughes, B (1990)

**J. Kerangka Konsep Penelitian**



**Gambar 2.2. Kerangka Konsep**  
**Keterangan:**

= Variabel  en

= Variabel Dependen

## K. Definisi Operasionalss dan Kriteria Objektif

### 1. Umur

pengakuan responden saat melakukan wawancara dengan bukti KTP (kartu tanda penduduk) atau kartu keluarga.

Kriteria objektif (Kategori BKKBN, 2013) :

Umur produktif : Jika umur responden berumur  $\leq 64$  tahun

Umur non produktif : jika responden berumur  $\geq 64$  tahun

### 2. Jenis kelamin

Identitas biologis responden dilihat dari penampilan fisik dan disesuaikan dengan kartu identitas pengenal atau KTP.

Laki-laki : Jika responden berjenis kelamin laki-laki sesuai dengan kartu identitas pengenal atau KTP (kartu tanda penduduk).

Perempuan: Jika responden berjenis kelamin perempuan sesuai dengan kartu identitas pengenal atau KTP (kartu tanda penduduk).

### 3. Pendidikan

Pendidikan terakhir yang pernah ditempuh responden secara formal sesuai dengan pengakuan saat diwawancara.

Kriteria Objektif :

Rendah : Jika pendidikan terakhir responden adalah tingkat Sekolah Menengah Pertama (SMP) kebawah.

Tinggi : Jika pendidikan terakhir responden adalah tingkat SMA/ sederajat dan perguruan tinggi.

### 4. Pekerjaan

Kegiatan yang dilakukan responden untuk memperoleh penghasilan atau kegiatan yang digeluti responden.

Kriteria objektif :

1 = Pensiunan

- 2 = PNS/TNI/POLRI
- 3 = Pegawai Swasta
- 4 = Wiraswasta
- 5 = Petani/buruh tani
- 6 = Nelayan
- 7 = Ibu Rumah Tangga
- 8 = Lainnya

#### 5. Pendapatan keluarga

Pendapatan keluarga adalah Pendapatan keluarga yaitu karakteristik material responden untuk memenuhi kebutuhannya dengan menggunakan UMP Sulawesi Selatan, total penghasilan keluarga dalam 1 bulan yang diukur berdasarkan nilai UMP (upah minimum provinsi) Sulawesi Selatan tahun 2020 yaitu Rp3.103.800.

#### Kriteria Objektif :

- Redah : Pendapatan keluarga dikatakan rendah, jika total pendapatan keluarga kurang dari Rp3.103.800.
- Tinggi : Pendapatan keluarga dikatakan tinggi, jika total pendapatan keluarga lebih dari Rp3.103.800.

#### 6. Dukungan keluarga

Keikutsertaan anggota keluarga (orang tua, suami, istri, anak, adik, kakak dan mertua) dalam memberikan dukungan (emosional, materi, informasional dan instrumental) kepada penderita hipertensi yang diukur dengan kuesioner.

#### Kriteria Objektif :

- Cukup : jika hasil skor jawaban responden memperoleh nilai lebih dari atau sama dengan 14
- Kurang : jika hasil skor jawaban responden memperoleh nilai kurang dari 14.

## 7. Merokok

Perilaku merokok dalam penelitian ini adalah suatu kebiasaan merokok dari responden

Kriteria objektif :

Ya : jika responden merokok lebih atau sama dengan satu tahun dengan hasil skor dari jawaban responden atas pertanyaan memperoleh nilai median lebih dari atau sama dengan 10.

Tidak : jika responden pernah merokok kurang dari satu tahun dengan hasil skor dari jawaban atas pertanyaan memperoleh nilai median kurang dari 10.

## 8. Minuman alkohol

Perilaku atau kebiasaan responden dalam mengkonsumsi minuman beralkohol

Kriteria objektif :

Ya : Jika responden mengkonsumsi minuman alkohol dalam jangka waktu tertentu dengan hasil skor dari jawaban atas pertanyaan memperoleh nilai median lebih dari atau sama dengan 6.

Tidak : Jika responden pernah mengkonsumsi minuman alkohol dalam jangka waktu tertentu dengan hasil skor dari jawaban atas pertanyaan memperoleh nilai median kurang dari 6.

## 9. Aktifitas fisik

Aktifitas fisik responden yang diukur melalui banyaknya frekuensi dan lamanya (durasi) aktifitas yang dilakukan responden yang diukur dengan berpedoman pada kuesioner *International Physical Activity Questionnaire* (Oktober 2002).

Kriteria objektif :

Ringan : jika jumlah aktifitas fisik yang dilakukan lebih kecil 600 Mets-min/minggu

Sedang : jika jumlah aktifitas fisik yang dilakukan 600-1500 Mets-min/minggu

Berat : jika jumlah aktifitas fisik yang dilakukan lebih besar 1500 Mets-min/minggu

#### 10. Stres

Gangguan atau kekacauan mental dan emosional yang disebabkan faktor dari luar dan masalah itu menyebabkan perasaan tertekan, murung, bingung, cemas, berdebar-debar, rasa marah, dendam, rasa takut, rasa bersalah sehingga responden mengalami keadaan stres yang diukur dengan berpedoman pada kuesioner WHO (*division of mental health*).

Kriteria objektif :

Tidak : jika hasil jawaban responden terhadap pertanyaan memperoleh skor nilai median lebih dari atau sama dengan 20.

Ya : jika hasil jawaban responden terhadap pertanyaan memperoleh skor nilai median kurang dari atau sama dengan 20.

#### 11. Kualitas hidup penderita hipertensi

Kondisi pasien hipertensi dapat melakukan aktivitas keseharian dengan baik terhadap kehidupannya di masyarakat. Pengukuran dilakukan berdasarkan empat domain (fisik, psikologi, sosial, lingkungan) yang diukur dengan berpedoman pada *Quality of life* (WHO).

Setiap pertanyaan memiliki pilihan skala 1-5, dengan nilai skala yang dipilih akan dijumlah menjadi skor yakni :

1. Dimensi kesehatan fisik : skor 7-35
2. Dimensi psikologi : skor 6-30
3. Dimensi sosial : skor 3-15
4. Dimensi lingkungan : skor 8-40

Demikian seluruh hasil perhitungan akan ditransformasi menjadi 0-100 dengan ketentuan hasil :

≤ 50 merupakan kualitas hidup buruk

≥ 50 merupakan kualitas hidup baik

Kriteria Objektif :

Baik : jika hasil *scoring* dari empat domain memperoleh nilai median lebih dari atau sama dengan 263 terhadap pertanyaan tentang kualitas hidup.

Buruk : jika hasil *scoring* dari empat domain memperoleh nilai median kurang dari 263 terhadap pertanyaan tentang kualitas hidup.

#### **L. Hipotesis Penelitian**

- a. Ada hubungan umur dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- b. Ada hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- c. Ada hubungan pendidikan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- d. Ada hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- e. Ada hubungan pendapatan keluarga dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- f. Ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita hipertensi antara daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- g. Ada hubungan merokok dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- h. Ada hubungan minum alkohol dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- i. Ada hubungan aktivitas fisik dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- j. Ada hubungan stres dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.
- k. Ada variabel yang paling berhubungan dengan kualitas hidup penderita hipertensi di daerah urban dan rural Provinsi Sulawesi Selatan.