

Quality of Life (QOL) Pasien Hipertensi Usia Dewasa Muda yang Menjalani Pengobatan di Rumah Sakit Kota Makassar

Nurfaizin Yunus¹, Ida Leida Maria², Syamsiar S Russeng³

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat, Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin

²Bagian Epidemiologi, FKM Universitas Hasanuddin

³Bagian Kesehatan dan Keselamatan Kerja, FKM Universitas Hasanuddin

Email: nurfaizinyunus@gmail.com¹), idale_262@yahoo.com²), syamsiarsr@yahoo.co.id³)

Abstract – The prevalence of hypertension experienced a shifting of cases from old to young, and contributes to the increase in the age group at risk. Young adult is a population very productive so indispensable effort to continue to obtain good quality of life. The aim of the research was to find out the risks of obesity, type D personality, anger expression, family support and treatment obedience on the quality of life of young adult hypertension patients in several hospitals of Makassar City. Design of the research is analytic observational with retrospective cohort study. The samples comprised 73 patients with the consecutive sampling technique. Data were analyzed using RR test and multiple logistic regressions. The results of the research indicate that the significant risk factors affecting the quality of life of young adult hypertension patients are obesity (RR= 1.942; 95%CI: 1.222-3.055), type D personality (RR = 2.782; 95%CI: 1.647-4.699), anger in (RR= 2.464; 95%CI: 1.384-4.395), anger control (RR= 1.920; 95% CI: 1.203-3.063), family support (RR= 2.920; 95%CI: 1.773-4.809) and treatment obedience (RR = 4.047; 95%CI: 1.770-9.249), while the insignificant risk factor is anger out (RR= 1.226; 95%CI: 0.644-2.333). The conclusion obesity, type D personality, anger in, anger control, family support and treatment obedience are risk factors for quality of life. Factor most at risk is obesity.

Keywords: Hypertension, young adult, life quality

Abstrak – Prevalensi hipertensi mengalami pergeseran kasus dari tua ke muda dan berkontribusi pada bertambahnya kelompok umur berisiko. Penduduk dewasa muda merupakan penduduk yang produktif sehingga sangat diperlukan berbagai upaya agar dapat memperoleh kualitas hidup yang baik. Penelitian ini bertujuan mengetahui risiko obesitas, kepribadian tipe D, anger expression, dukungan keluarga dan kepatuhan berobat terhadap kualitas hidup pasien hipertensi usia dewasa muda. Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan rancangan retrospective cohort study. Penarikan sampel dilakukan dengan teknik consecutive sampling dengan jumlah sampel sebanyak 73 orang. Data dianalisis dengan menggunakan uji RR dan regresi logistik berganda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang secara signifikan berisiko terhadap kualitas hidup pasien hipertensi usia dewasa muda, yaitu obesitas (RR = 1,942; CI95%: 1,222-3,055), kepribadian tipe D (RR = 2,782; CI95% : 1,647-4,699), anger in (RR= 2,464; CI95%: 1,384-4,395), anger control (RR= 1,920; CI95%: 1,203-3,063), dukungan keluarga (RR = 2,920; CI95%: 1,773-4,809) dan kepatuhan berobat (RR = 4,047; CI95%: 1,770-9,249), sedangkan faktor risiko yang tidak signifikan yaitu anger out (RR= 1,226; CI95%: 0,644-2,333). Kesimpulannya bahwa obesitas, kepribadian tipe D, anger in, anger control, dukungan keluarga dan kepatuhan berobat merupakan faktor risiko terhadap kualitas hidup. Faktor yang paling berisiko adalah obesitas.

Kata Kunci: Hipertensi, dewasa muda, kualitas hidup

PENDAHULUAN

Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa hipertensi menyebabkan 7,5 juta kematian atau 12,8% dari total kematian tahunan. Pada tahun 2008 sekitar 40% orang dewasa berusia ≥ 25 tahun terdiagnosis menderita hipertensi. Prevalensi penyakit hipertensi tertinggi yaitu di negara Afrika sebesar 46% dari orang dewasa berusia ≥ 25 tahun, sedangkan prevalensi terendah di Amerika yaitu sebesar 35%. Diperkirakan pada tahun 2025 di negara berkembang terjadi

peningkatan kasus hipertensi sekitar 80% dari 639 juta kasus pada tahun 2000 menjadi 1,15 milyar. Pada tahun 2009-2010, 85,8% dari anak-anak dan 44,3% dari dewasa memenuhi kriteria hipertensi.

Hipertensi pada umumnya mulai pada usia muda, sekitar 5-10% terjadi pada usia 20-30 tahun. Adanya pergeseran kelompok usia kasus dari tua ke muda yang dikenal dengan era “*baby boom generation*” akan berkontribusi pada bertambahnya kelompok umur yang berisiko pada 10 atau 20 tahun ke depan. Masa

dewasa muda dimulai sekitar usia 18-22 tahun dan berakhir pada usia 35 sampai 45 tahun.

Kualitas hidup sebagai sebuah konsep multidimensional yang meliputi dimensi fisik, sosial, psikologis yang berhubungan dengan penyakit dan terapi. Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seperti faktor kesehatan, ekonomi, lingkungan, keamanan dan lainnya. Skevington menyebutkan bahwa kualitas hidup mempengaruhi kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat ketergantungan, hubungan sosial dan hubungan pasien dengan lingkungan sekitarnya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Glinianowicz *et al.* menunjukkan bahwa obesitas memberikan dampak buruk terhadap kontrol tekanan darah dan berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien hipertensi. Kualitas hidup wanita hipertensi yang obesitas lebih buruk dibandingkan dengan pria. Saat ini terdapat teori kepribadian baru, yaitu kepribadian tipe D yang berasal dari kata "*distressed*" yang merupakan kombinasi dari *Negative Affectivity* (NA) dan *Social Inhibition* (SI). Kepribadian tipe D ini berhubungan dengan kejadian berbagai penyakit kardiovaskular dan penurunan kualitas hidup. Hasil penelitian Jung *et al.* menunjukkan bahwa kepribadian tipe D mempengaruhi kualitas hidup pasien hipertensi. Individu dengan kepribadian tipe D cenderung lebih memilih untuk menarik diri daripada aktif berinteraksi dengan lingkungan sosialnya sehingga menjadikan dirinya kurang mendapat dukungan dari orang sekitarnya untuk dapat menyelesaikan berbagai masalah kesehatan yang dialami. Kemarahan memicu pelepasan hormon stres kortisol dalam tubuh. Kemarahan (*anger*) terdiri dari *anger-out*, *anger-in* dan *anger-control*. Penelitian yang dilakukan Everson, Goldberg menemukan bahwa *anger-out* positif terkait dengan hipertensi (OR = 2,00, 95% CI 1,20-3,38), sedangkan laki-laki dengan skor *anger-in* tinggi memiliki risiko hipertensi 1,66 kali (OR = 1,66, 95% CI 0,98-2,82). Penelitian Julkunen and Ahlström menyebutkan bahwa *anger-control* berkorelasi positif terhadap kualitas hidup pasien hipertensi. Dukungan keluarga berupa kehangatan, keramahan, dukungan emosional terkait dengan kontrol tekanan darah dan latihan berupa aktivitas fisik yang tinggi dapat

meningkatkan efikasi diri pasien sehingga mendukung keberhasilan dalam perawatan diri sendiri dari perawatan diri yang baik akan menciptakan kualitas hidup yang baik pula. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hu menunjukkan bahwa dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien hipertensi dengan peningkatan kualitas hidupnya. Dukungan yang diberikan orang terdekat berupa perhatian sehingga pasien dapat merasa nyaman dan meningkatkan kepatuhannya terhadap pengobatan yang dijalani. Kepatuhan (*compliance*) dalam pengobatan diartikan sebagai perilaku pasien yang mentaati semua nasihat dan petunjuk yang dianjurkan oleh tenaga medis mengenai segala sesuatu yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan pengobatan. Kepatuhan pasien dalam melakukan pengobatan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien hipertensi. Penelitian yang dilakukan oleh Khalifeh, Salameh bahwa frekuensi harian obat anti hipertensi dapat meningkatkan kualitas hidup pasien hipertensi dengan $p < 0,001$.

Penduduk usia dewasa muda merupakan penduduk yang sangat produktif sehingga sangat diperlukan berbagai upaya untuk tetap dapat memperoleh kualitas hidup yang baik ke depannya. Hipertensi yang diderita diharapkan tidak menjadi halangan bagi penduduk usia dewasa muda untuk tetap mengerjakan berbagai aktivitas keseharian dalam kehidupannya. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk mengetahui risiko obesitas, kepribadian tipe D, *anger expression*, dukungan keluarga dan kepatuhan berobat terhadap kualitas hidup pasien hipertensi usia dewasa muda yang menjalani pengobatan di rumah sakit Kota Makassar.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan rancangan retrospective cohort study. Penelitian dilaksanakan di 4 (empat) rumah sakit di Kota Makassar, yaitu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, RS TK II Pelamonia, RSUD Labuang Baji dan RS Ibnu Sina dari tanggal 24 Februari hingga 8 Mei 2016. Populasi penelitian

adalah seluruh pasien hipertensi yang menjalani pengobatan dan terdapat di bagian rekam medis pada 4 rumah sakit periode Oktober-Desember 2015. Sampel penelitian, yaitu pasien hipertensi yang menjalani pengobatan dan terdapat di bagian rekam medis pada 4 (empat) rumah sakit periode Oktober-Desember 2015 dan memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi penelitian antara lain pasien yang terdiagnosis menderita hipertensi primer, usia responden 18-45 tahun, sedang atau telah melakukan pengobatan saat penelitian dilakukan, bersedia diwawancarai selama penelitian dan berdomisili di Kota Makassar dan memiliki alamat yang jelas. Kriteria eksklusi, yaitu pasien dengan diagnosis hipertensi sekunder, usia pasien <18 tahun dan >45 tahun, tidak bersedia diwawancarai dan tidak berdomisili di Kota Makassar atau memiliki alamat yang tidak jelas. Penarikan sampel dilakukan dengan teknik consecutive sampling dengan jumlah sampel sebanyak 73 orang. Pengumpulan data primer dilakukan dengan menggunakan kuesioner, pemeriksaan tekanan darah menggunakan sphygmomanometer, dan pengumpulan data sekunder dengan penelusuran data rekam medis pasien di rumah sakit. follow up dilakukan selama dua bulan dengan dua kali kunjungan rumah. Analisis risiko dilakukan dengan menggunakan uji risiko relative (RR) dan analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda metode backward LR. Penyajian data dalam bentuk tabel dan disertai narasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin sebagian besar responden yang memiliki kualitas hidup buruk yaitu perempuan yaitu sebesar 53,8% (22 orang). Karakteristik kelompok umur responden, sebagian besar yang memiliki kualitas hidup buruk, yaitu pada kelompok umur 36-45 tahun, yaitu sebesar 85,3% (29 orang). Berdasarkan karakteristik status pernikahan, sebagian besar responden yang berstatus menikah memiliki kualitas hidup buruk yaitu sebesar 79,4% (27 orang). Pasien hipertensi usia dewasa muda dengan tingkat pendidikan

SMA paling banyak yang memiliki kualitas hidup buruk, yaitu 70,6% (24 orang). Berdasarkan karakteristik pekerjaan, sebagian besar responden yang memiliki kualitas hidup buruk yaitu responden dengan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (IRT) yaitu sebesar 47,1% (16 orang) (Tabel 1). Pasien hipertensi usia dewasa muda lebih banyak yang tidak memiliki riwayat obesitas, yaitu sebesar 68,5% (50 orang), begitu pula halnya dengan kepribadian tipe D, lebih banyak pasien yang tidak memiliki kepribadian tipe D, yaitu 60,3% (44 orang). Pasien hipertensi usia dewasa muda dengan anger expression kategori anger in tinggi lebih banyak yang memiliki kualitas hidup buruk yaitu sebesar 70,6% (24 orang), demikian juga kategori anger out tinggi lebih banyak yang memiliki kualitas hidup buruk, yaitu sebesar 14,7% (5 orang) dan kategori anger control yang rendah lebih banyak yang memiliki kualitas hidup buruk yaitu sebesar 50,0% (17 orang). Pasien hipertensi usia dewasa muda lebih banyak yang memperoleh dukungan keluarga yaitu 64,4% (47 orang) dan pasien yang tidak patuh berobat lebih banyak yaitu 58,9% (43 orang) (Tabel 2). Pada variabel riwayat obesitas, terdapat 69,6% (16 orang) yang memiliki riwayat obesitas sebelum menderita hipertensi dengan kualitas hidup buruk dan 36,0% (18 orang) tanpa riwayat obesitas. Hasil uji statistik $RR=1,932$ ($CI_{95\%}=1,222-3,055$) menunjukkan bahwa responden yang memiliki riwayat obesitas sebelum menderita hipertensi memiliki risiko 1,932 kali lebih besar memiliki kualitas hidup yang buruk dan berhubungan secara signifikan. Untuk kepribadian tipe D, terdapat 75,9% (22 orang) yang memiliki kepribadian tipe D dengan kualitas hidup buruk dan 27,3% (12 orang) yang bukan kepribadian tipe D. Hasil uji statistik $RR=2,782$ ($CI_{95\%}=1,647-4,699$) menunjukkan bahwa responden yang memiliki kepribadian tipe D memiliki risiko 2,782 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang buruk dan berhubungan secara signifikan (Tabel 3). Untuk anger expression kategori anger in, terdapat 66,7% (24 orang) yang memiliki anger in yang tinggi dengan kualitas hidup yang buruk dan 27,0% (10 orang) yang memiliki anger in yang

rendah. Hasil uji statistik $RR=2,464$ ($CI95\%=1,384-4,395$) menunjukkan bahwa responden yang memiliki anger expression kategori anger in tinggi memiliki risiko 2,464 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang buruk dan berhubungan secara signifikan. Untuk anger expression kategori anger out, terdapat 55,6% (5 orang) yang memiliki anger out yang tinggi dengan kualitas hidup yang buruk dan 45,3% (29 orang) yang memiliki anger out yang rendah. Hasil uji statistik $RR=1,226$ ($CI95\%=0,644-2,333$), menunjukkan bahwa responden yang memiliki anger expression kategori anger out memiliki risiko 1,226 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang buruk tetapi tidak berhubungan secara signifikan. Untuk anger expression kategori anger control, terdapat 68,0% (17 orang) yang memiliki anger control yang rendah dengan kualitas hidup yang buruk dan 35,4% (17 orang) yang memiliki anger control yang tinggi. Hasil uji statistik $RR=1,920$ ($CI95\% = 1,203-3,063$) menunjukkan bahwa responden yang memiliki anger expression kategori anger control yang rendah memiliki risiko 1,920 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang buruk dan berhubungan secara signifikan (Tabel 3). Sebagian besar responden memperoleh dukungan dari keluarga terdekat. Namun, terdapat 80,8% (21 orang) yang tidak memperoleh dukungan keluarga dengan kualitas hidup buruk dan 27,7% (13 orang) yang memperoleh dukungan keluarga. Hasil uji statistik $RR = 2,920$ ($CI95\% = 1,773-4,809$) menunjukkan bahwa responden yang tidak memperoleh dukungan keluarga memiliki risiko 2,920 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang buruk dan berhubungan secara signifikan. Untuk kepatuhan berobat, terdapat 67,4% (29 orang) yang tidak patuh berobat dengan kualitas hidup yang buruk dan 16,7% (5 orang) yang patuh berobat. Hasil uji statistik $RR=4,047$ ($CI95\%=1,770-9,249$) menunjukkan bahwa responden tidak patuh berobat memiliki risiko 4,047 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang buruk dan berhubungan secara signifikan (Tabel 3). Berdasarkan analisis multivariat, diperoleh hasil variabel yang paling

berisiko terhadap kualitas hidup pasien hipertensi usia dewasa muda adalah variabel dukungan keluarga dengan nilai $RR=4,309$ ($CI95\%=1,028-18,062$). Nilai uji statistik menunjukkan bahwa variabel dukungan keluarga secara signifikan berisiko terhadap kualitas hidup pasien hipertensi usia dewasa muda sebesar 4,309 kali (Tabel 4).

PEMBAHASAN

Obesitas atau kegemukan dimana berat badan mencapai indeks massa tubuh >25 berat badan (kg) dibagi kuadrat tinggi badan (m) juga merupakan salah satu faktor risiko terhadap timbulnya hipertensi. Obesitas merupakan ciri dari populasi penderita hipertensi. Selain itu dengan kurangnya olahraga maka risiko timbulnya obesitas akan bertambah, dan apabila asupan garam bertambah maka risiko timbulnya hipertensi juga akan bertambah. Pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa pasien hipertensi usia dewasa muda dengan kualitas hidup yang buruk lebih banyak yang memiliki riwayat obesitas sebelum menderita hipertensi dibandingkan dengan tidak memiliki riwayat obesitas. Pasien hipertensi dengan riwayat obesitas berisiko 1,932 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup buruk dibandingkan dengan pasien hipertensi tanpa riwayat obesitas. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Glinianowich et al. pada 11.494 pasien hipertensi yang memperoleh hasil bahwa obesitas memberikan dampak yang buruk terhadap kontrol tekanan darah, obesitas juga berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien hipertensi dengan lebih buruk kualitas hidup wanita hipertensi yang obesitas dibandingkan dengan pria yang obesitas. Pada penelitian ini, sebagian besar responden yang memiliki riwayat obesitas sebelum menderita hipertensi, tetap memiliki $IMT \geq 25$ kg/m^2 setelah mengalami hipertensi. Sebagian dari mereka yang obesitas juga melakukan aktivitas fisik yang rendah dan sangat jarang berolahraga. Bahkan di tempat kerja mereka hanya melakukan kegiatan yang monoton saja seperti duduk dan jarang diselingi dengan berjalan sejenak di ruang kerja mereka. Hal ini membuat kualitas hidup pasien hipertensi dengan obesitas cenderung buruk dibandingkan dengan

mereka tanpa obesitas. Obesitas juga sangat erat kaitannya dengan kegemaran mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi lemak oleh seseorang. Obesitas meningkatkan risiko terjadinya hipertensi karena beberapa sebab. Mereka yang obesitas sangat sulit untuk mengontrol konsumsi makanan tinggi lemak mereka, walaupun telah mendapat informasi dari dokter yang menjadi tempat mereka berkonsultasi pada saat pengobatan maupun dari keluarga mereka seperti suami dan istri ataupun anak mereka, mereka terkadang lupa atau bahkan sangat tergiur dengan makanan yang sebenarnya harus dihindari untuk dikonsumsi bagi penderita hipertensi. Sehingga hal ini juga yang menjadikan kualitas hidup responden menjadi buruk setelah menjalani pengobatan. Individu dengan kepribadian tipe D cenderung memilih untuk menarik diri daripada aktif berinteraksi dengan lingkungan sosialnya. Kedua dimensi ini, negative affectivity dan social inhibition, dihubungkan dengan persepsi individu tersebut akan lingkungan yang tidak mendukung dirinya.¹⁹ Orang dengan kepribadian tipe D ditandai dengan kecenderungan untuk mengekspresikan emosi negatif dan sekaligus menghambat emosi tersebut dengan cara menghindari kontak sosial terhadap lingkungannya. Pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa pasien hipertensi usia dewasa muda dengan kualitas hidup yang buruk lebih banyak yang berkepribadian tipe D dibandingkan dengan yang bukan tipe D. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jung et al. di Korea Selatan yang memperoleh hasil bahwa kepribadian tipe D mempengaruhi kualitas hidup pasien hipertensi. Demikian juga halnya dengan penelitian Mols yang menyebutkan bahwa perbandingan proporsi responden dengan kepribadian tipe D dan bukan tipe D yang memiliki kualitas hidup yang buruk adalah 64% : 36%.²⁰ Jika kualitas hidup pasien hipertensi usia dewasa muda dilihat berdasarkan skala yang merupakan komponen dari kualitas hidup itu sendiri, maka responden dengan kepribadian tipe D sebagian besar mengalami kualitas hidup yang buruk dari segi fungsi fisik, nyeri tubuh yang dirasakan, kondisi kesehatan secara umum,

vitalitas, fungsi sosial dan peranan emosi. Seseorang dengan kepribadian tipe D memanglah cenderung merasa was-was dan cenderung untuk menarik diri daripada aktif berinteraksi dengan lingkungan sosialnya sehingga terkadang menghindari kontak sosial akibat emosi negatif dialaminya. Sebagian dari responden pada penelitian ini memang cenderung untuk menutup diri dari temannya atau bahkan dari keluarganya sendiri. Jika mereka memiliki masalah, mereka cenderung untuk menyelesaikannya sendiri dibandingkan dengan menceritakan kepada orang lain walaupun untuk sekedar meminta pendapat orang lain. Konsep kemarahan biasanya mengacu pada keadaan emosional yang terdiri dari perasaan-perasaan dengan intensitas yang bervariasi, mulai dari kejengkelan, kemarahan ringan sampai dengan gangguan terhadap kemarahan yang intens. Pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa pasien hipertensi usia dewasa muda dengan kualitas hidup yang buruk lebih banyak dengan anger in yang tinggi dibandingkan dengan anger in yang rendah. Untuk anger out, kualitas hidup yang buruk lebih banyak dengan anger out yang rendah dibandingkan dengan anger out yang tinggi dan untuk anger control, kualitas hidup yang buruk dan dengan anger control yang rendah sama banyaknya dengan pasien hipertensi dengan anger control yang tinggi. Pada variabel anger out dan anger control, hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Julkunen et al. yang merupakan cohort study yang menyatakan bahwa anger control berkorelasi positif terhadap kualitas hidup pasien hipertensi sedangkan anger in dan anger out berkorelasi negatif. Demikian halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Maryam dan Reza yang menemukan bahwa kemarahan secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup pasien dengan penyakit kardiovaskuler dengan nilai $p < 0,001$. Jika dilihat berdasarkan skala dalam komponen kualitas hidup SF-36, sebagian besar responden dengan anger in yang tinggi mengalami kualitas hidup yang buruk dari skala fungsi fisik, nyeri tubuh yang dirasakan, kesehatan secara umum, kesehatan mental, vitalitas, fungsi sosial dalam hal ini interaksi dengan keluarga dan tetangga serta mengalami

keterbatasan pekerjaan akibat dari peranan emosi yang dialami. Tidak demikian halnya dengan anger out, responden dengan anger out yang tinggi atau cenderung mengungkapkan rasa marahnya atau mengekspresikannya secara verbal maupun tindakan fisik memiliki kualitas hidup yang baik dari semua komponen kualitas hidup yang ada. Hal ini disebabkan sebagian responden sangat jarang bahkan tidak pernah melakukan hal-hal seperti memukul meja atau membanting pintu untuk mengekspresikan kemarahan, sebagian dari mereka hanya memendam amarahnya saja secara berusaha untuk tidak memberitahukannya kepada orang lain. Untuk anger control, sebagian besar responden dengan anger control yang rendah memiliki kualitas hidup yang buruk dari segi fungsi fisik mereka seperti cenderung terbatas untuk melakukan beberapa hal yang sebelumnya telah menjadi rutinitas mereka. Namun, mereka dengan anger control yang tinggi atau dapat mengontrol rasa marahnya memiliki kualitas hidup yang baik dari semua skala dalam komponen kualitas hidup. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa pasien hipertensi usia dewasa muda dengan kualitas hidup yang buruk lebih banyak yang tidak memperoleh dukungan dari keluarga dibandingkan dengan yang memperoleh dukungan keluarga. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hu yang menyatakan bahwa dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien hipertensi dengan peningkatan kualitas hidupnya. Dukungan kepada pasien hipertensi pada penelitian ini sebagian besar berasal dari istri atau suami responden dikarenakan sebagian besar responden berstatus menikah sehingga keluarga yang terdekat dan paling memperhatikan kondisi kesehatan pasien adalah suami atau istri. Adapun bagi responden yang memberikan dukungan adalah anaknya merupakan responden dengan status janda sehingga anaknya yang merupakan keluarga terdekat yang berada serumah dan

memperhatikan kondisi kesehatan responden. Sebagian dari responden dengan kualitas hidup baik dan memperoleh dukungan dari anaknya dikarenakan anaknya berprofesi sebagai petugas kesehatan di rumah sakit sehingga sangat mengetahui hal-hal yang harus dilakukan terkait dukungan kepada orang tua mereka yang sakit. Selain itu, responden yang diberikan dukungan oleh temannya yaitu mereka dengan profesi sebagai TNI yang bertempat tinggal di asrama TNI sehingga jauh dari orang tua dan hanya teman yang selalu memberikan mereka dukungan terkait kesehatannya. Terkait dengan skala pada komponen kualitas hidup pasien, pasien yang tidak memperoleh dukungan keluarga terkait pengobatannya sebagian besar memiliki kualitas hidup yang buruk terkait skala pada fungsi fisik, nyeri di bagian tubuh, kesehatan secara umum, dan fungsi sosial. Mereka yang tidak memperoleh dukungan keluarga cenderung memiliki keterbatasan untuk melakukan berbagai aktivitas seperti berolahraga atau sekedar berjalan santai sebab tidak ada yang memberikan mereka motivasi untuk melakukan hal tersebut demi peningkatan kualitas hidupnya, selain itu fungsi sosial seperti berinteraksi dengan anggota keluarga dan masyarakat di sekitarnya menjadi kurang akibat penyakit yang dideritanya. Dukungan yang diberikan oleh orang terdekat pasien sangat penting demi memperoleh kualitas hidup yang lebih baik. Dukungan ini dapat berupa perhatian terhadap setiap jenis makanan yang dikonsumsi oleh pasien sehingga pasien dapat menghindarkan diri dari berbagai makanan yang dapat memperparah penyakitnya, selain itu mengingatkan pasien untuk senantiasa meminum obat setiap hari yang diberikan oleh dokter, mengusahan biaya untuk pengobatan, menemani pasien untuk selalu kontrol ke pelayanan kesehatan dan masih banyak lagi. Meningkatnya dukungan keluarga dan terhindar dari berbagai komplikasi tentunya akan lebih meningkatkan status kesehatan pasien hipertensi sehingga komponen kualitas hidup tentunya juga akan terpelihara dengan baik. Penelitian ini diperoleh hasil bahwa pasien hipertensi yang tidak patuh berobat berisiko 4,047 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup buruk dibandingkan

dengan pasien hipertensi yang patuh berobat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ha et al. yang menyatakan bahwa kepatuhan berobat pasien hipertensi berhubungan dengan kualitas hidup pasien. Kepatuhan berobat pasien hipertensi sangat berkaitan dengan ada tidaknya dukungan yang diperoleh dari anggota keluarga terdekat. Sebagian besar pasien hipertensi yang patuh terhadap pengobatannya memperoleh dukungan yang sangat tinggi dari anggota keluarganya seperti istri atau suami dan anak pasien. Anggota keluarga senantiasa mengingatkan pasien untuk mengkonsumsi obat yang diberikan dari petugas kesehatan secara tepat waktu dan teratur bahkan ketika pasien sedang bepergian, maka anggota keluarga yang mengingatkan pasien untuk membawa obat dan harus mengkonsumsinya pada waktu yang telah ditetapkan. Pada penelitian ini sebagian besar pasien tidak patuh berobat, dan bagi mereka yang patuh terkadang lupa meminum lupa pada waktu yang telah ditentukan, namun di sinilah peran anggota keluarga pasien untuk senantiasa mengingatkan. Adapula pasien yang jika merasa kesehatannya sudah membaik, maka akan langsung berhenti mengkonsumsi obat walaupun obat yang diberikan belum habis dan tanpa kontrol lagi ke rumah sakit tempat mereka memperoleh pengobatan. Oleh karena itu, keluarga sebagai sumber pendukung bagi anggota keluarga perlu berperan aktif menjalankan fungsi perawatan kesehatannya sehingga pasien hipertensi dapat meningkatkan kepatuhannya dalam menjalankan pengobatan. Semakin baik dukungan keluarga yang diberikan maka semakin meningkatkan kepatuhan pasien hipertensi dalam menjalankan pengobatan.

KESIMPULAN

Faktor yang secara signifikan berisiko terhadap kualitas hidup pasien hipertensi usia dewasa muda, yaitu obesitas, kepribadian tipe D, anger in, anger control, dukungan keluarga dan kepatuhan berobat. Berdasarkan analisis multivariat, faktor yang paling berisiko terhadap kualitas hidup pasien hipertensi usia dewasa muda yaitu obesitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Centre of Wellbeing. Anger Surrey: University of Surrey; 2013 [cited 2015 5 Desember].
- Depkes. Riset Kesehatan Dasar 2007. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2008.
- Denollet. Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine*. 2005;67:89-97.
- Everson, Goldberg, Kaplan, Julkunen, Salonen. Anger Expression and Incident Hypertension. *Psychosomatic Medicine*. 1998;60(6):730-5.
- Friedman. Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Jakarta: EGC; 1998.
- Glinianowicz, Zygmuntowicz, Owczarek, Elibol, Chudek. The Impact of Overweight and Obesity on Health-Related Quality of Life and Blood Pressure Control in Hypertensive Patients. *J Hypertens* 2014 Feb. 2014;32(2):397-407.
- Ha, Duy HT. Quality of Life among People Living with Hypertension in a Rural Vietnam Community. *BMC Public Health*. 2014;14(833).
- Hu L, Arao. The Association of Family Social Support, Depression, Anxiety and SelfEfficacy with Specific Hypertension Self-Care Behaviours in Chinese Local Community. *Journal of Human Hypertension* 2015;29:198-203.
- Julkunen, Ahlström. Hostility, Anger, and Sense of Coherence as Predictors of HealthRelated Quality of Life. Results of an ASCOT substudy. *J Psychosom Res* 2006 Jul. 2006;61(1):9-33.
- Jung, Song, Kyeung. The Life Style and Quality of Life According to the Pattern of Type D Personality in Patients with Hypertension. *J Korean Acad Adult Nurs* 2007 Sep. 2007;19(4):644-55.
- Kusmana D. Hipertensi : Definisi, Prevalensi, Farmakoterapi dan Latihan Fisik. *Jurnal Cermin Dunia* 2009;39(169).
- Lemme. *Development in Adulthood*. United States of America: A simon and Schuster Company; 1995.

- Maryam S, Reza AA. The Investigation of Anger and Quality of Life Within Coronary Heart Disease Patients. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2013;12:345-54.
- Mols F, Thong, M.S.Y., van de Poll-Franse, L.V., Roukema, J.A., & Denollet, J. Type D (Distressed) Personality is Associated with Poor Quality of Life and Mental Health Among 3080 Cancer Survivors. *Journal of Affective Disorders*. 2012;136:26–34.
- Saragi. *Panduan Penggunaan Obat*. Jakarta: Rosemata Publisher; 2011. 16.
- Khalifeh M, Salameh P, Hajje AA, Awada S, Rachidi S, Bawab W. Hypertension in the Lebanese Adults: Impact on Health Related Quality of Life. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2015;5:327-36.
- Sher. Type D Personality: The Heart, Stress, and Cortisol. *Q J Med*. 2005;98:323–9.
- Skevington L, O’Connell. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial A Report from the WHOQOL Group. Geneva: World Health Organization, 2004.
- Spielberger, Sydeman. State-Trait Anxiety Inventory and State Trait Anger Expression Inventory. 1994. In: *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment [Internet]*. [292-321].
- Steigelman K, Dunbar, Sowell, Bairan. Religion, Relationships and Mental Health in Midlifewomen Following Acute Myocardial Infarction. *Issues in Mental Health Nursing*. 2006;27:141-59.
- Sutanto. *Cekal (Cegah dan Tangkal) Penyakit Modern : Hipertensi, Stroke, Jantung, Kolesterol, dan Diabetes (Gejala-Gejala, Pencegahan dan Pengendalian)*. Yogyakarta: Andi Yogyakarta; 2010.
- Suyono. *Buku Ajar Penyakit Dalam Jilid II FKUI*. Jakarta: Balai Pustaka; 2001.
- WHO. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases*. Geneva: WHO, 2014.