

INFORMASI ARTIKEL

Received: May, 17, 2021

Revised: August, 29, 2021

Available online: September, 30, 2021

at : <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/holistik>

## Korelasi domain kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia

Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba'i<sup>2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: [Lainsamputtyferdy@gmail.com](mailto:Lainsamputtyferdy@gmail.com)

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

### Abstract

#### The correlation between fatigue domains and quality of life among patients with hypertension in Indonesia

**Background:** Hypertension is one of the main cardiovascular problems worldwide. In Indonesia, hypertension is one of the most common diseases. Fatigue is common and often occurs in hypertensive patients and may contribute to poor quality of life among this population.

**Purpose:** To identify the relationship between fatigue and quality of life among patients with hypertension.

**Method:** This study used descriptive correlational design with cross-sectional approach using 152 convenience samples in a public hospital of Central Sulawesi Province, Indonesia. The instruments used were the Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF) and the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). Descriptive statistics and bivariate analysis were utilized to test relationships between variables.

**Results:** The physical component of QOL had significant correlation with Global Fatigue Index/GFI ( $r = -0,17, p < 0.05$ ), severity ( $r = -0,17, p < 0.05$ ) and distress domain ( $r = -0,21, p < 0, 01$ ). The psychological component of QOL was associated with GFI ( $r = -0,26, p < 0.01$ ), severity domain ( $r = -0,25, p < 0.01$ ), distress ( $r = -0,28, p < 0.01$ ), and degree of interference in ADL ( $r = -0,24, p < 0.01$ ). While the environment component of QOL was correlated with degree of interference in ADL ( $r = -0,17, p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Participants with more severe fatigue had also poorer QOL in all of its components.

**Keywords:** Fatigue; Hypertension; Quality of life

**Pendahuluan:** Penyakit hipertensi merupakan salah satu masalah utama kardiovaskular di dunia. Di Indonesia, hipertensi termasuk dalam penyakit dengan jumlah kasus terbanyak. Kelelahan adalah gejala umum yang sering terjadi pada pasien hipertensi dan dapat berkontribusi pada kualitas hidup yang buruk pada populasi ini.

**Tujuan:** Untuk mengidentifikasi hubungan antara kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi.

**Metode:** Penelitian ini berjenis deskriptif korelasi dengan pendekatan potong lintang menggunakan 152 sampel menggunakan teknik *convenience sampling* di salah satu rumah sakit umum daerah di Sulawesi Tengah,

Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba'i<sup>2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: [Lainsamputtyferdy@gmail.com](mailto:Lainsamputtyferdy@gmail.com)

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

## Korelasi domain kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia

Indonesia. Kuesioner yang digunakan yaitu *Multidimensional Assessment of Fatigue* (MAF) dan *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF). Statistik deskriptif dan analisa bivariat digunakan untuk menguji hubungan antar variabel.

**Hasil:** Komponen fisik kualitas hidup berhubungan secara signifikan dengan GFI ( $r = -0,17, p < 0,05$ ), domain keparahan ( $r = -0,17, p < 0,05$ ), dan tekanan ( $r = -0,21, p < 0,01$ ). Komponen psikologis kualitas hidup berkorelasi dengan GFI ( $r = -0,26, p < 0,01$ ), domain keparahan ( $r = -0,25, p < 0,01$ ), tekanan ( $r = -0,28, p < 0,01$ ), dan derajat terganggunya aktivitas ( $r = -0,24, p < 0,001$ ). Komponen lingkungan kualitas hidup hanya berhubungan signifikan dengan domain derajat terganggunya aktivitas ( $r = -0,17, p < 0,05$ ).

**Simpulan:** Partisipan yang mengalami kelelahan yang lebih berat, juga memiliki kualitas hidup yang lebih buruk pada semua komponen.

**Kata Kunci:** Hipertensi; Kelelahan; Kualitas hidup

## PENDAHULUAN

Penyakit hipertensi merupakan masalah yang sedang dialami oleh seluruh dunia. Berdasarkan data World Health Organization (2018), sebesar 40% penduduk usia dewasa menderita hipertensi satu dekade terakhir. Di tahun 2010, secara global sekitar 1,39 miliar penduduk dunia menderita hipertensi. Angka ini didominasi oleh negara-negara berpenghasilan rendah dan sedang (Mills et al., 2016). Secara jangka panjang, diprediksikan pada tahun 2025, sekitar 1,56 miliar orang akan menderita penyakit ini (Egan, 2018).

Penduduk Amerika berusia dewasa yang mengidap hipertensi telah mencapai 77,9 juta, namun sebagian besar kasus tidak diketahui penyebabnya (American Heart Association, 2013). Di kawasan Eropa, penderita penyakit yang disebut silent killer ini sebesar 41%, sedangkan Australia sebesar 31,8%. Prevalensi hipertensi pada negara-negara kawasan Asia Tenggara yaitu Thailand sebesar 34,2%, Brunei Darussalam 34,4%, Singapura 34,6% dan Malaysia 38% (Sinubu, Rondonuwu, & Onibala, 2015).

Di Indonesia, hipertensi termasuk penyakit dengan jumlah kasus terbanyak yaitu sebesar 25,8%, ( $\pm 65$  juta kasus). Selain itu, penyakit ini juga merupakan penyakit penyebab kematian peringkat ketiga di Indonesia dengan *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 4,81%. Berdasarkan data riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan diagnosis hipertensi dari tenaga kesehatan telah mencapai 36,8%, atau artian lain mayoritas hipertensi pada masyarakat yang belum

terdiagnosis yaitu 63,2% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Kelelahan merupakan keluhan yang paling sering ditemui dalam dunia medis. Ditandai dengan berkurangnya kapasitas atau motivasi kerja dan biasanya disertai dengan perasaan mengantuk. Dalam sebuah penelitian yang menguji hubungan antara kelelahan dan fungsi jantung, setidaknya 33% kelelahan sedang hingga tinggi terjadi pada pasien hipertensi, sedangkan 15% didapati pasien dengan kelelahan rendah (Nelesen, Dar, Thomas, & Dimsdale, 2008).

Pada penderita hipertensi pulmonal, prevalensi kelelahan secara umum didapati sebanyak 60%, kelelahan fisik 55,8%, dan kelelahan mental 32,5% (Tartavouille et al., 2018). Bagi penderita penyakit jantung koroner (PJK), hipertensi merupakan salah satu faktor yang memprediksi beratnya kelelahan yang dialami. Menurunnya berbagai dimensi kualitas hidup juga ditemukan berhubungan dengan tingginya skor kelelahan pasien (Staniute, Bunevicius, Brozaitiene, & Bunevicius, 2014).

Paparan data menunjukkan bahwa hipertensi merupakan masalah kesehatan yang dapat mengancam nyawa seseorang, tanpa memandang usia. Penyakit ini harus ditangani karena dapat menjadi pencetus terjadinya penyakit stroke, jantung, dan bahkan kematian. Menderita hipertensi sangat berpotensi menyebabkan terganggunya kualitas hidup serta dapat berpengaruh pada bentuk perilaku ataupun kebiasaan negatif yang dapat berdampak pada kesehatan. Hipertensi termasuk penyakit yang dapat membunuh seseorang secara diam-diam

Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba<sup>1,2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: Lainsamputtyferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

## Korelasi domain kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia

karena biasanya penderita tidak mengalami atau merasakan hal-hal yang lain dan selalu merasa sehat seperti tidak memiliki penyakit, sehingga kebanyakan penderitanya menganggap bahwa penyakit yang diderita merupakan penyakit yang ringan dan tidak memiliki dampak yang buruk. Pada saat telah diketahui adanya komplikasi penderita baru menyadari bahwa terjadi gangguan pada tubuhnya seperti gangguan fungsi ginjal, jantung, gangguan fungsi kognitif atau stroke (Fithria, 2012).

Penderita hipertensi mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, menunjukkan bahwa hipertensi merupakan penyakit yang cukup serius. Informasi terkait kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia juga masih terbatas. Oleh sebab itu, penting untuk mengetahui kelelahan dan faktor-faktor yang lainnya yang berpotensi berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien hipertensi.

## METODE

Penelitian ini berjenis deskriptif korelasi dengan pendekatan potong lintang serta menggunakan teknik *convenience sampling* dalam perekrutan partisipan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita hipertensi di salah satu rumah sakit umum daerah di Sulawesi Tengah, Indonesia. Sampel diambil dari departemen rawat jalan (Poli Interna) pada bulan Juli-Agustus 2018. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah: a) Pasien yang terdiagnosa penyakit hipertensi oleh dokter; b) Berusia  $\geq 18$  tahun saat dilakukan penelitian; c) Dapat berkomunikasi dengan baik dalam bahasa Indonesia dan d) Bersedia menjadi partisipan. Sedangkan kriteria eksklusinya yaitu pasien hipertensi dengan gangguan psikiatrik/mental berat.

Berdasarkan hasil perhitungan sampel menggunakan rumus Slovin, didapatkan minimum 124 sampel penelitian. Dengan mempertimbangkan resiko kehilangan data, maka peneliti menambah setidaknya 20% ekstra sampel (Dong & Peng, 2013). Secara keseluruhan, subjek penelitian yang terlibat sejumlah 152 orang.

Data demografi dan karakteristik penyakit dari partisipan dikumpulkan menggunakan kuesioner.

Data demografik termasuk umur, jenis kelamin, IMT, kebiasaan merokok, dan olahraga. Sedangkan karakteristik penyakit yaitu klasifikasi, durasi penyakit, komorbiditas, dan pengobatan hipertensi.

Kuesioner Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF) digunakan untuk mengukur kelelahan pada pasien hipertensi dalam penelitian ini. Tujuan awal instrumen ini adalah untuk mengevaluasi kelelahan diri pada pasien reumatik artritis (Belza, Henke, Yeun, Epstein, & Gauss, 1993). MAF sudah digunakan pada berbagai populasi seperti pasien dengan ankylosing spondylitis (Bahouq et al., 2012), fibromyalgia (Dailey et al., 2016), dan gagal jantung (Lainsamputty & Chen, 2018).

Terdapat 16 pernyataan/pertanyaan tentang skala MAF, tetapi hanya item nomor 1-15 saja yang dimasukkan untuk menghitung indeks kelelahan global (Global Fatigue Index/GFI), dengan interval skor 1 (tidak ada kelelahan) hingga 50 (kelelahan berat). Skor tinggi mengindikasikan kelelahan yang lebih parah. Keenam belas pertanyaan ini dibagi menjadi 4 domain kelelahan: Keparahan (dalam pertanyaan 1-2), penderitaan (3), waktu (15-16) dan tingkat gangguan dalam aktivitas sehari-hari (pekerjaan rumah tangga, memasak, mandi, berpakaian, bekerja, bersosialisasi, seksual kegiatan, rekreasi, belanja, berjalan, dan olahraga) (4-14). Individu diminta untuk merefleksikan pola kelelahan selama seminggu sebelumnya.

Untuk menghitung GFI, konversikan hasil jawaban pertanyaan nomor 15 ke skala 0-10 dengan mengalikan skor yang didapat dengan 2,5. Kemudian jumlahkan hasil nomor 1, 2, dan 3, rata-rata hasil nomor 4-14, dan nomor 15 tersebut. Hasil nomor 16 tidak termasuk dalam penghitungan GFI. Skor tidak akan diberikan bila partisipan mengindikasikan bahwa mereka "tidak melakukan aktivitas apa-apa untuk alasan lain selain kelelahan". Jika partisipan memilih tidak ada kelelahan pada pertanyaan nomor 11, maka diberikan nilai 0 pada item nomor 2-16. Skor rata-rata untuk keparahan, gangguan dalam aktivitas sehari-hari, dan waktu dapat dihitung. Uji validitas kuesioner MAF menggunakan Content Validity

Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba<sup>1,2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: Lainsamputtyferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

Korelasi domain kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia

Index (CVI) dengan melaporkan *item-level CVI* (I-CVI) dan *scale-level CVI* (S-CVI) berdasarkan pedoman Polit, Beck, dan Owen (2007). Nilai validitas MAF dalam penelitian ini adalah 0,98, sedangkan hasil uji reliabilitasnya (*internal consistency*) didapatkan skor Cronbach's alpha 0,75.

Alat ukur kualitas hidup pada penelitian ini yaitu WHOQOL-BREF (World Health Organization, 1996). Kuesioner ini terdiri atas 26 pertanyaan dan 4 komponen, yaitu: fisik, psikologis, lingkungan, dan sosial. WHOQOL-BREF telah melalui uji validitas dan reliabilitas sebelumnya pada pasien hipertensi dan DM Cronbach's alpha masing-masing 0.87 dan 0.85 (Guo et al., 2015). Skor WHOQOL-BREF diperoleh dengan cara menghitung setiap komponen sesuai pedoman yang ditentukan. Setiap komponen mempunyai kisaran skor 0-100, di mana semakin tinggi skor yang didapat, mengindikasikan semakin baik kualitas hidup. Nilai validitas dari WHOQOL-BREF berdasarkan CVI yaitu 1,00, sedangkan skor reliabilitas Cronbach's alphanya adalah 0,75.

Sebelum melakukan pengambilan data, penelitian ini telah mendapatkan izin dengan nomor 440/25.31/IV/Dinkes/2018 dan telah melalui uji kelaikan etik dari Komisi Etik dan Penelitian STIKES Husada Mandiri Poso nomor 329a/STIKES-HM/PS/IX/2018. Pasien yang sesuai

dengan kriteria, diarahkan oleh dokter dan perawat ruangan saat kunjungan ke Poli Interna. Kemudian tujuan dan prosedur penelitian dijelaskan secara detail. Ketika pasien menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian, pasien selanjutnya dihubungi secara langsung. Kerahasiaan data pasien benar-benar dijaga dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian. *Informed consent* harus diisi oleh pasien sebelum mengisi kuesioner. Setiap partisipan berhak untuk mengundurkan diri ketika merasakan ketidaknyamanan. Pengumpulan data dilakukan melalui proses wawancara dan kuesioner.

Data yang telah dikumpulkan dalam penelitian ini dianalisis menggunakan Statistical Package for Social Science (SPSS for windows, versi 17). Data yang dihimpun didapati tidak terdistribusi secara normal setelah dianalisa menggunakan Kurtosis, Skewness, dan Kolmogorov-Smirnov. Pendekatan analisis data dalam penelitian ini termasuk: 1) Statistik deskriptif (rata-rata, standar deviasi, frekuensi, persentase, minimal, dan maksimal) 2) Analisis bivariat (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, dan Korelasi Spearman) untuk mengidentifikasi hubungan antar variabel (data demografi, karakteristik penyakit, kelelahan, dan kualitas hidup). Level signifikansi yang digunakan yaitu 0,05.

**Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba<sup>1,2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: Lainsamputtyferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

HASIL

Tabel 1. Data Demografi dan Karakteristik Penyakit Partisipan (N=152)

Variabel	Hasil	Variabel	Hasil	Variabel	Hasil
<b>Data Demografi</b>		<b>Karakteristik Penyakit</b>		<b>Jumlah Komorbiditas (n/%)</b>	
Umur (Mean±SD) (Rentang) (Tahun)	(55.39±9.35)(30-83)	<b>Klasifikasi (n/%)</b>		Nol	58/38.2
Indeks Massa Tubuh (Mean±SD) (Rentang) (kg/m <sup>2</sup> )	(25.06±3.34)(16-36)	Derajat 1	88/57.9	Satu	73/48.0
<b>Jenis Kelamin (n/%)</b>		Derajat 2	41/27.0	Dua	19/12.5
Laki – Laki	67/44.1	Derajat Krisis	23/15.1	Tiga	2/1.3
Perempuan	85/55.9	<b>Jumlah pengobatan (n/%)</b>		<b>Jenis Komorbiditas (n/%)</b>	
<b>Merokok (n/%)</b>		Satu	103/68.0	Gagal Jantung	13/8.6
Ya	34/22.4	Dua	46/30.0	PJK	7/4.6
Tidak	118/77.6	Tiga	3/2.0	Dislipidemia	10/6.6
<b>Olah Raga (n/%)</b>		<b>Jenis Obat (n/%)</b>		DM tipe 2	31/20.4
Ya	22/14.5	ACEi	58/38.2	Rhematoid Arthritis	17/11.2
Tidak	130/85.5	ARB	38/25.0	Gout Arthritis	10/6.6
		CCB	108/71.1		

Catatan: ACEI=Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitor; ARB=Angiotensin Receptor Blocker; CCB=Calcium Channel Blocker; PJK=Penyakit Jantung Koroner; DM=Diabetes Melitus

Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tampa<sup>2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: Lainsamputtyferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

DOI: <https://doi.org/10.33024/hjk.v15i3.4349>

Korelasi domain kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia

Data demografi dari 152 partisipan tergambar pada Tabel 1. Rata-rata umur partisipan dalam penelitian ini yaitu 55,39 (SD = 9,35), dengan rentang 30-83 tahun. Para partisipan memiliki IMT rata-rata 25,06 kg/m<sup>2</sup> (SD = 3,34), dengan interval 16-36 kg/m<sup>2</sup>. Mayoritas partisipan berjenis kelamin perempuan sejumlah 85 orang (55,9%). Mayoritas partisipan tidak merokok sebanyak 118 orang (77,6%). Terdapat 130 partisipan yang tidak rutin melakukan olahraga (85,5%). Ada 88 partisipan yang termasuk dalam kelompok hipertensi derajat 1 (57,9%), 41 partisipan hipertensi derajat 2 (27%), dan 23 partisipan yang menderita hipertensi krisis (15,1%).

Hasil penelitian ini menunjukkan rata-rata jumlah obat hipertensi yang dikonsumsi adalah 1,34 (SD = 0,51), mulai dari 1 hingga 3 jenis obat. Terdapat 68,0% partisipan menggunakan satu obat, sedangkan mereka yang memakai dua obat adalah 30,0%. Terdapat 3 orang partisipan (2,0%) menggunakan tiga obat. Dari beberapa jenis obat hipertensi, CCB adalah obat yang paling rutin digunakan oleh 108 partisipan (71,1%). Terdapat

58 partisipan (38,2%) yang menggunakan obat jenis ACEI, dan 38 partisipan mengkonsumsi obat jenis ARB (25%). Rata-rata lamanya pasien menderita hipertensi adalah 6,89 tahun (SD = 7,61), mulai dari 1-36 tahun. Sedangkan angka rata-rata jumlah penyakit komorbiditas adalah 0,77 (SD = 0,71).

Jumlah komorbiditas berkisar dari nol hingga tiga penyakit dengan rata-rata 0,74 (SD = 0,74). Terdapat 71 partisipan (48,0%) yang memiliki 1 komorbid, 19 (12,5%) yang memiliki 2 komorbid, 2 yang memiliki tiga komorbid (1,3%), dan 58 partisipan yang tidak berpenyakit penyerta. Jenis komorbiditas khususnya penyakit kardiovaskuler terbagi sebagai berikut: 8,6% partisipan yang memiliki penyakit gagal jantung, 4,6% menderita PJK, 6,6% yang memiliki dislipidemia. Sedangkan penyakit non-kardiovaskuler: 20,4% partisipan yang menderita DM tipe 2, 11,2% yang mengalami rheumatoid arthritis, dan terdapat 6,6% penderita gout arthritis.

**Tabel 2. Gambaran Data Kelelahan dan Kualitas Hidup Partisipan (N=152)**

Variabel	Hasil
<b>Global Fatigue Index (GFI) (Mean±SD) (Rentang) (Skor)</b>	(30.03±4.68)(15-42)
Keparahan	(6.19±1.08)(3-9)
Tekanan	(5,92±1,29)(2-8)
Derajat terganggunya aktivitas	(5,36±1,01)(3-8)
Waktu	(2,57±0,67)(1-4)
<b>Kualitas Hidup (Mean±SD) (Rentang) (Skor)</b>	
Fisik	(53,17±10,9)(19-75)
Psikologis	(53,34±11,2)(19-81)
Lingkungan	(59,78±13,5)(25-94)
Sosial	(56,93±11,2)(19-81)

Data terkait kelelahan beserta setiap domainnya tergambar pada Tabel 2. Skor GFI berkisar antara 15-42 dengan rata-rata 30,03 (SD = 4,68). Domain keparahan memiliki nilai rata-rata 6,19 (SD = 1,08), sedangkan domain tekanan mempunyai rata-rata 5,92 (SD = 1,29). Rerata derajat terganggunya aktivitas adalah 5,36 (SD = 1,01), dan domain waktu mencapai rata-rata 2,57 (SD = 0,67). Data tentang 4 komponen kualitas hidup disajikan dalam Tabel 2. Komponen fisik memiliki rata-rata 53,17 (SD = 10,9), sedangkan pada komponen psikologis rata-ratanya 53,34 (SD=11,2). Komponen lingkungan memiliki rata-rata tertinggi yaitu 59,78 (SD = 13,5), dan komponen sosial mencapai rata-rata 56,93 (SD=11,2).

**Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba<sup>1,2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: Lainsamputtyferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

**Tabel 3. Hubungan Data Kategori dari Demografi, Karakteristik Penyakit, dan Kualitas Hidup (N=152)**

Variabel	Kategori	n	Kualitas Hidup			
			Fisik	Psikologi	Lingkungan	Sosial
			Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
Jenis kelamin	Laki – Laki	67	54,19±11,01	53,28±11,67	60,40±14,53	57,43±10,92
	Perempuan	85	52,36±10,9	53,39±11,03	59,29±12,87	54,74±11,46
	<i>p-value</i>		0,24	0,93	0,62	0,11
Merokok	Tidak	118	52,91±11,20	52,84±11,19	59,87 ±13,87	55,63±11,83
	Ya	34	54,09±101,20	55,09±11,57	60,91±12,69	56,97±9,14
	<i>p-value</i>		0,56	0,34	0,72	0,55
Olah Raga	Tidak	130	53,17±11,05	53,17±11,47	59,46±13,30	55,61±11,51
	Ya	22	52,63±10,59	53,74±9,80	61,53±15,93	58,11±9,79
	<i>p-value</i>		0,84	0,83	0,53	0,37
Klasifikasi hipertensi	Derajat 1	88	52,19±11,45	53,98±9,81	60,02±13,97	56,56±11,14
	Derajat 2	41	55,41± 9,21	51,63±12,87	59,44±13, 46	55,66±11,67
	Krisis	23	52,91±11,73	53,96±13,59	59,78±12,87	54,00±11,30
	<i>p-value</i>		0,35	0,37	0,98	0,77
Gagal jantung	Tidak	139	53,15±11,10	52,94±11,51	59,99±13,72	55,14±11,19
	Ya	13	53,38±9,63	57,69±7,43	57,62±12,35	53,62±12,33
	<i>p-value</i>		0,89	0,12	0,56	0,38
PJK	Tidak	145	53,41±10,80	53,46±11,17	59,87±13,50	55,99±10,82
	Ya	7	48,29±13,81	51,00±14,25	58,00±16,49	54,74±19,61
	<i>p-value</i>		0,29	0,73	0,99	0,67
Dislipidemia	Tidak	142	53,39±11,00	53,35±11,32	59,86±13,63	55,75±10,91
	Ya	10	50,10±10,27	53,20±11,24	58,70±13,67	58,40±16,16
	<i>p-value</i>		0,36	0,93	0,83	0,15
DM tipe 2	Tidak	121	53,64±11,19	54,06±11,80	59,92±14,08	55,98±11,56
	Ya	31	51,32±9,90	50,55±8,59	59,26±11,67	55,74±10,23
	<i>p-value</i>		0,32	0,06	0,54	0,54
RA	Tidak	135	52,76±10,82	53,47±11,17	59,76±13,11	56,33±11,60
	Ya	17	56,41±11,76	52,29±12,45	59,94±17,43	52,71±7,69
	<i>p-value</i>		0,14	0,72	0,86	0,09
Gout arthritis	Tidak	142	53,30±10,96	53,30±1,33	59,37±13,46	55,85±11,55
	Ya	10	51,30±11,30	54,00±1,07	65,60±14,87	57,00±6,37
	<i>p-value</i>		0,72	0,81	0,09	0,86
ACEI	Tidak	94	52,82±11,25	52,67±10,52	60,46±13,36	56,01±11,83
	Ya	58	53,74±10,52	54,43±12,43	58,69±14,01	55,79±10,40
	<i>p-value</i>		0,72	0,29	0,34	0,99
ARB	Tidak	114	54,63±10,24	53,81±11,93	60,32±12,91	56,70±10,77
	Ya	38	48,79±11,94	51,95±9,08	58,18±15,54	53,61±12,51
	<i>p-value</i>		<b>0,01*</b>	0,20	0,74	0,23
CCB	Tidak	44	50,86±9,81	53,89±12,01	57,75±15,33	55,57±12,17
	Ya	108	54,11±11,29	53,12±11,02	60,61±12,80	56,07±10,94
	<i>p-value</i>		0,74	0,95	0,28	0,92

Catatan: \**p* < 0,05; \*\**p* < 0,01; PJK=Penyakit Jantung Koroner; DM=Diabetes Melitus; RA=Reumathoid Arthritis; ACEI=Angiotensin Converting-Enzyme Inhibitor; ARB=Angiotensin Receptor Blocker; CCB=Calcium Channel Blocker

Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba<sup>1,2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: Lainsamputtyferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

Korelasi domain kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penggunaan obat ARB secara signifikan ditemukan berhubungan dengan komponen kualitas hidup fisik ( $p < 0,05$ ), di mana pasien yang mengonsumsi jenis obat ARB mempunyai skor yang lebih rendah, seperti yang terdapat pada Tabel 3. Data kategori lainnya dari faktor demografi dan karakteristik penyakit hipertensi tidak berhubungan secara signifikan dengan seluruh komponen kualitas hidup ( $p > 0,05$ ).

**Tabel 4. Matriks Korelasi dari Data Demografi, Karakteristik Penyakit, Kelelahan, dan Kualitas Hidup (N=152)**

Variabel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Umur	1									
2. IMT	-0,06	1								
3. Durasi	0,21**	-0,06	1							
4. Pengobatan	0,09	0,02	0,19*	1						
5. Komorbiditas	0,06	0,04	0,14	0,01	1					
6. GFI	0,15	0,02	0,12	0,01	0,00	1				
7. MAF-Keparahan	0,21**	0,02	0,15	-0,06	0,06	0,77**	1			
8. MAF-Tekanan	0,24**	-0,09	0,04	-0,05	0,08	0,72**	0,57**	1		
9. MAF-Aktivitas	-0,01	0,19*	0,01	-0,00	0,06	0,48**	0,29**	0,28**	1	
10. MAF-Waktu	-0,01	-0,00	0,12	0,06	0,00	0,65**	0,33**	0,30**	0,18*	1
11. QOL-Fisik	<b>-0,22**</b>	-0,05	-0,14	-0,01	-0,04	<b>-0,17*</b>	<b>-0,17*</b>	<b>-0,21**</b>	-0,23	-0,57
12. QOL-Psikologis	-0,15	-0,03	<b>-0,19*</b>	0,04	-0,09	<b>-0,26**</b>	<b>-0,25**</b>	<b>-0,28**</b>	<b>-0,24**</b>	-0,05
13. QOL-Lingkungan	-0,09	-0,03	-0,12	-0,02	-0,02	-0,11	-0,13	-0,07	<b>-0,17*</b>	-0,04
14. QOL-Sosial	-0,12	-0,01	-0,05	-0,10	-0,09	-0,08	-0,06	-0,11	-0,15	-0,06
Variabel	11	12	13	14						
11. QOL-Fisik	1									
12. QOL-Psikologis	0,22**	1								
13. QOL-Lingkungan	0,18*	0,33	1							
14. QOL-Sosial	0,17*	0,08	0,47**	1						

Catatan: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; GFI=Global Fatigue Index; MAF=Multidimensional Assessment of Fatigue; QOL=Quality of Life

Tabel 4 menampilkan hubungan antara data numerik dari data demografi, karakteristik penyakit, kelelahan, dan kualitas hidup. Tidak terdapat hubungan signifikan antara umur dan kualitas hidup sosial, lingkungan, dan sosial ( $p > 0,05$ ). Hanya terdapat hubungan antara umur dengan komponen fisik kualitas hidup ( $r = -0,22, p < 0,01$ ). Tidak terdapat hubungan antara IMT dengan seluruh komponen kualitas hidup ( $p > 0,05$ ). Durasi diagnosa penyakit hipertensi memiliki hubungan yang sangat signifikan dengan komponen psikologi ( $r = -0,19, p < 0,05$ ). Jumlah obat tidak memiliki hubungan ketika dikaitkan dengan semua komponen kualitas hidup. Juga tidak ada hubungan yang signifikan antara komponen fisik,

psikologis, lingkungan, dan sosial dengan jumlah komorbiditas ( $p > 0,05$ ).

Terkait hubungan antara kelelahan dan kualitas hidup, ditemukan hubungan antara GFI dan komponen fisik ( $r = 0,17, p < 0,05$ ), domain keparahan dan komponen fisik ( $r = -0,17, p < 0,01$ ), serta domain derajat terganggunya aktivitas dan komponen lingkungan ( $r = -0,17, p < 0,05$ ). GFI juga memiliki korelasi dengan komponen psikologis ( $r = -0,26, p < 0,01$ ). Domain keparahan kelelahan memiliki korelasi dengan 2 komponen kualitas hidup: Fisik ( $r = -0,17, p < 0,05$ ) dan psikologis ( $r = -0,25, p < 0,01$ ). Sama seperti GFI, hanya komponen lingkungan ( $r = -0,13, p > 0,05$ ) dan sosial ( $r = -0,06, p > 0,05$ ) yang tidak memiliki

Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba<sup>1,2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: Lainsamputtyferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.



## Korelasi domain kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia

hubungan signifikan dengan domain keparahan kelelahan.

Domain tekanan kelelahan memiliki hubungan dengan kualitas hidup fisik ( $r = -0,21, p < 0,01$ ) dan psikologis ( $r = -0,28, p < 0,01$ ). Domain 3 kelelahan (derajat terganggunya aktivitas) memiliki hubungan signifikan dengan komponen psikologis ( $r = -0,24, p < 0,01$ ) dan lingkungan ( $r = -0,17, p < 0,01$ ). Domain waktu kelelahan tidak berkorelasi signifikan dengan semua komponen kualitas hidup ( $p > 0,05$ ).

## PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata umur pasien hipertensi 55,39 tahun. Hasil pada penelitian ini sedikit lebih tinggi dibandingkan penelitian yang dilakukan oleh Trevisol, Moreira, Kerkhoff, Fuchs, dan Fuchs (2011) dengan rata-rata 49,85 tahun. Umur amat berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan penambahan umur, menjadi lebih tinggi pula risiko hipertensi. Peningkatan angka hipertensi karena bertambahnya umur, diakibatkan perubahan alamiah tubuh yang berdampak pada jantung, pembuluh darah dan hormon. Prevalensi hipertensi pada populasi usia lanjut sekitar 40% dengan angka mortalitas sekitar 50% pada penderita lansia. Arteri mulai berkurang elastisitas atau kelenturannya diikuti peningkatan tekanan darah seiring dengan penambahan umur. Peningkatan tekanan darah karena alasan umur merupakan keadaan biasa, namun bila perubahan ini terlalu mencolok dan disertai faktor-faktor lain maka memicu terjadinya hipertensi dan komplikasinya (Arif, Rusnoto, & Hartinah, 2013).

Terdapat 57,9% partisipan yang masuk dalam kategori hipertensi derajat 1. Berbeda dengan temuan Tyashapsari dan Zulkarnain (2012) yang menyebutkan bahwa mayoritas partisipannya masuk ke hipertensi derajat 2 sebanyak 79%. Rata-rata IMT pada penelitian ini yaitu 25,06 kg/m<sup>2</sup>. Hasil ini cukup identik dengan temuan Awotidebe et al. (2017). Obesitas adalah karakteristik dari populasi hipertensi. Pada penderita hipertensi yang juga mengidap obesitas, curah jantung dan sirkulasi volume darahnya lebih tinggi. Kebiasaan mengkonsumsi makanan tinggi lemak dan obesitas

cukup berhubungan erat. Terdapat beberapa alasan terjadinya hipertensi karena obesitas. Semakin berat massa tubuh, makin pasokan darah yang dibutuhkan untuk menyuplai oksigen dan nutrisi ke jaringan tubuh lebih berat (Sheps, 2005).

Penderita hipertensi berjenis kelamin perempuan lebih dominan dibandingkan laki-laki pada penelitian ini. Sejalan dengan temuan Zhang et al. (2016) di China yang mendapati lebih dari setengah partisipan penelitiannya perempuan. Keberadaan beberapa hormon pada wanita khususnya estrogen, memproteksi dari ancaman tekanan darah tinggi dan penebalan dinding pembuluh darah. Jenis kelamin cukup berpengaruh pada kejadian beberapa penyakit tertentu, khususnya yang tidak menular seperti hipertensi, yang mana lebih banyak diderita oleh pria. Survei dari pada satu juta penduduk Amerika sekitar tahun 1973-1975 didapati angka rata-rata diastolik lebih tinggi pada pria dibanding wanita pada semua kelompok umur. Namun survei lain melaporkan bahwa hipertensi lebih berdampak pada wanita dibanding pria (Arif et al., 2013).

Pada wanita dengan rentang umur 30-40 tahun, kejadian serangan jantung cukup jarang terjadi. Wanita menopause dan pria sama-sama berpengaruh pada kejadian hipertensi. Pendapat lain mengatakan wanita yang sudah menopause mengalami perubahan secara hormonal yang berefek pada kenaikan berat badan dan tekanan darah menjadi lebih reaktif dalam mengonsumsi garam, sehingga berisiko meningkatnya tekanan darah (Sheps, 2019).

Penelitian ini mendapati mayoritas partisipan tidak merokok sesuai dengan temuan Cao, Hou, Guo, Guo, dan Zheng (2018). Merokok adalah salah satu faktor yang berelasi erat dengan hipertensi, karena kandungan nikotinnya yang terserap pembuluh darah halus di paru-paru dan selanjutnya dialirkan hingga ke otak. Di otak, nikotin akan mengirimkan sinyal pada kelenjar adrenal agar melepas epinefrin yang akan menyebabkan vasokonstriksi dan menuntut jantung untuk bekerja ekstra karena tekanan darah yang lebih tinggi (Li et al., 2015).

Partisipan dalam penelitian ini yang melakukan olahraga secara rutin hanya sebanyak 12,5%. Hal

Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba<sup>1,2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: Lainsamputtyferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

## Korelasi domain kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia

ini cukup mirip dengan hasil riset Putriastuti (2016) yang juga mendapati lebih banyak partisipan penderita hipertensi yang tidak rutin berolahraga. Aktivitas fisik yang kurang meningkatkan risiko hipertensi karena bertambah besar peluang menjadi obesitas. Pada orang yang tidak aktif berolahraga, cenderung memiliki detak jantung lebih cepat dan otot jantung bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Semakin kuat dan cepat jantung memompa darah, semakin besar juga kekuatan yang mendorong pembuluh darah arteri.

Sehubungan dengan penggunaan obat pada penelitian ini terdapat lebih banyak partisipan yang menggunakan obat jenis CCB yaitu sebanyak 71,1% dan paling sedikit menggunakan obat jenis ARB (25,0%). Berbeda dengan hasil penelitian Awotidebe et al. (2017) di mana mayoritas partisipannya mengonsumsi obat jenis ACE-I sebanyak 36,8%. Sedangkan jenis obat yang paling sedikit digunakan yaitu ARB 64 (25,6%). Durasi penyakit didapati rata-rata 6,89 tahun, sedikit lebih tinggi dibanding penelitian Ha, Duy, Le, Khanal, dan Moorin (2014) di Vietnam yang menemukan mayoritas partisipannya menderita hipertensi di bawah 5 tahun. Komorbiditas kardiovaskuler terbanyak pada penelitian ini yaitu gagal jantung, sedangkan komorbiditas non kardiovaskuler terbanyak yaitu DM tipe 2. Berbeda dengan 2 hasil penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa penyakit penyerta utama pada pasien hipertensi adalah hiperkolesterolemia (Bruno et al., 2013; Uchmanowicz, Markiewicz, Uchmanowicz, Kołtuniuk, & Rosińczuk, 2019).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dan semua komponen kualitas hidup. Bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Ha et al. (2014) bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan komponen psikologis dan lingkungan. Perbedaan antar gender cukup sulit diidentifikasi karena mayoritas partisipan didominasi yang berjenis kelamin perempuan. Penelitian ini juga mengungkapkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara merokok dan semua komponen kualitas hidup, ini identik dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Cao et al., 2018; Qin et al., 2019).

Tidak terdapat hubungan yang sangat signifikan antara olahraga dan semua komponen kualitas hidup. Hasil ini berbeda dengan penelitian Maruf, Akinpelu, dan Salako (2013) yang menemukan hubungan yang signifikan antara olahraga dan semua komponen kualitas hidup yang terdapat dalam kuesioner WHOQOL-BREF. Berolahraga secara reguler dapat menurunkan tahanan perifer sehingga akan menurunkan tekanan darah dan melatih otot jantung, bila harus melakukan pekerjaan yang lebih berat karena adanya keadaan tertentu. Olahraga bermanfaat dalam meningkatkan kesehatan fisik, kesehatan psikologis, dan kapasitas latihan individu dengan hipertensi yang tidak terkontrol setelah meminum dua obat antihipertensi selama beberapa minggu, juga untuk meningkatkan jejaring sosial.

Klasifikasi hipertensi tidak berasosiasi signifikan dengan semua komponen kualitas hidup. Hal ini sejalan dengan penelitian Katsi et al. (2017) yang menyatakan bahwa tingkatan hipertensi bukan merupakan prediktor kualitas hidup pasien. Terdapat hubungan yang signifikan antara penggunaan obat ARB dan komponen fisik, tetapi hasil sebaliknya dengan komponen kualitas hidup lainnya. Penggunaan ARB disarankan pada pasien hipertensi lanjut usia yang dominan menghabiskan waktunya di tempat tidur karena berpotensi memberikan kontribusi dalam kesehatan tulang, selain fungsinya dalam menurunkan tekanan darah (Aoki et al., 2015). Jenis obat antihipertensi ini juga diperkirakan bermanfaat dalam domain kesehatan dari perspektif psikiatri, walaupun masih harus melalui serangkaian uji klinis terlebih dahulu (Brownstein et al., 2018).

Penelitian ini menemukan bahwa umur partisipan hanya berhubungan secara signifikan dengan komponen fisik dari kualitas hidup. Penelitian ini sejalan dengan temuan Ghimire, Pradhananga, Baral, dan Shrestha (2017) yang menyebutkan umur sebagai salah satu faktor yang memprediksi kualitas hidup, bersama dengan faktor lain seperti status pernikahan, pendidikan, penghasil keluarga, dan sebagainya. Tidak terdapat hubungan antara IMT dengan semua komponen kualitas hidup. Hasil ini sejalan dengan

**Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba<sup>1,2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: Lainsamputtyferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

DOI: <https://doi.org/10.33024/hjk.v15i3.4349>

## Korelasi domain kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia

penelitian yang dilakukan oleh Awotidebe et al. (2017).

Durasi menderita hipertensi ditemukan berhubungan signifikan dengan komponen psikologis. Penelitian Saleem, Hassali, dan Shafie (2014) menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap kualitas hidup berdasarkan durasi penyakit pada populasi hipertensi di Pakistan. Sedangkan penelitian Al-Jabi et al. (2014) menemukan bahwa kualitas hidup pasien hipertensi di Palestina semakin menurun seiring dengan semakin lamanya menderita penyakit. Hasil identik juga didapatkan oleh Ha et al. (2014) yang menemukan seluruh komponen kualitas hidup paling buruk pada penderita hipertensi yang lama, terlebih bila lebih dari 10 tahun.

Jumlah obat yang dikonsumsi pasien hipertensi tidak berhubungan yang signifikan dengan kualitas hidup pada semua komponen. Sejalan dengan hasil penelitian Ha et al. (2014). Namun, beberapa riset lain melaporkan hasil yang berbeda. Penelitian Ghimire et al. (2017) menyebutkan bahwa terdapat asosiasi antara penggunaan obat hipertensi dan kualitas hidup pasien hipertensi, di mana partisipan yang mengonsumsi jumlah obat lebih banyak, mempunyai skor kualitas hidup yang lebih baik. Temuan Al-Jabi et al. (2014) menemukan bahwa penderita yang menggunakan terapi kombinasi hipertensi dan jumlah obat yang lebih banyak mempunyai skor kualitas hidup yang relatif lebih rendah.

Dalam penelitian ini tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jumlah komorbiditas dan semua komponen kualitas hidup. Pada penelitian Ha et al. (2014) ditemukan bahwa ada hubungan negatif antara jumlah komorbiditas dan kualitas hidup dalam domain kesehatan fisik. Semakin sedikit jumlah komorbiditas, semakin baik kualitas hidup yang dimiliki pasien hipertensi.

Beberapa domain kelelahan memiliki hubungan yang signifikan dengan keseluruhan komponen kualitas hidup. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Georgios, Victoria, Evangelos, Savvas, dan Sofia (2015) menyebutkan bahwa pasien yang mempunyai tingkat kelelahan lebih tinggi cenderung memiliki kualitas hidup yang

lebih buruk. Beberapa eksperimen ditemukan efektif dalam menurunkan gejala kelelahan dan meningkatkan tingkat kemampuan fisik seperti latihan aerobik (Weinstein et al., 2013) dan relaksasi otot progresif (Hasanpour-Dehkordi & Jalali, 2016).

Hipertensi membuat kerja jantung menjadi lebih berat sehingga jantung membesar. Pada saat jantung tidak kuat lagi mendorong darah ke pelosok tubuh, sebagian darah akan tertumpuk pada jaringan seperti paru-paru dan juga tungkai, dan kemudian akan terjadi sesak nafas jika kebutuhan oksigennya tidak tercukupi sehingga menyebabkan hambatan pertukaran darah. Penumpukan sisa metabolisme pada tungkai inilah yang menyebabkan terjadinya kelelahan. Hipertensi menyebabkan terjadi komplikasi yang dapat berujung pada peningkatan morbiditas dan mortalitas. Ditinjau dari dimensi kesehatan fisik, hal ini menjadi salah satu mekanisme dari buruknya dimensi kesehatan fisik pada individu dengan hipertensi. Individu dengan hipertensi dilaporkan mengalami gejala-gejala seperti sakit kepala, depresi, cemas, dan mudah lelah. Gejala-gejala ini dilaporkan dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang pada berbagai dimensi terutama dimensi fisik. Oleh karena itu, dalam menangani individu dengan hipertensi sangat penting untuk mengevaluasi kualitas hidup pada berbagai aspek agar dapat dilakukan manajemen yang optimal dan terarah (Theodorou et al., 2011).

Terdapat beberapa keterbatasan dalam penelitian ini. Pengumpulan data dilakukan berfokus pada departemen rawat jalan dan mayoritas partisipan yang direkrut tergolong dalam hipertensi derajat 1, oleh karena itu aplikasi hasil penelitian bagi pasien yang masuk ke kelompok hipertensi dengan derajat yang lebih tinggi harus dilakukan dengan hati-hati. Kelelahan pada penelitian ini adalah hanya bersifat secara subyektif tanpa adanya penggunaan instrumen obyektif guna menambah keakuratan data hasil penelitian. Hal yang sama juga terjadi dalam pengukuran kualitas hidup. Desain penelitian ini hanya menggunakan pendekatan potong lintang, yang hasilnya hanya memberikan gambaran kelelahan dan kualitas hidup serta karakteristik

**Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba<sup>1,2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: Lainsamputtyferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

penyakit partisipan terpaku pada satu titik waktu tertentu dan tidak dapat digunakan untuk menetapkan hubungan sebab akibat antar variabel seperti pada penelitian longitudinal.

## SIMPULAN

Seluruh partisipan dalam penelitian ini mengalami kelelahan dengan level skor sedang. Sebagian besar partisipan memiliki kualitas hidup pada tingkatan moderat pada setiap komponennya. Lingkungan merupakan komponen kualitas hidup terbaik dalam penelitian ini. Partisipan yang mengalami kelelahan yang lebih berat, juga memiliki kualitas hidup yang lebih buruk. Sebagai tambahan informasi, beberapa variabel lain yang berasosiasi dengan komponen kualitas hidup yaitu umur, olahraga, PJK, penggunaan obat ARB, durasi hipertensi, dan jumlah komorbiditas.

## SARAN

Penelitian ini menyarankan intervensi ke depan harus diarahkan untuk meningkatkan olahraga yang teratur, kepatuhan mengonsumsi obat antihipertensi, pencegahan terhadap munculnya berbagai penyakit penyerta, dan pengontrolan berbagai domain kelelahan guna peningkatan kualitas hidup pasien hipertensi. Penelitian selanjutnya dapat mengembangkan intervensi terhadap kelelahan pasien dan mempertimbangkan eksistensi komorbiditas sebagai salah satu variabel yang berpotensi mempengaruhi kualitas hidup pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

Al-Jabi, S. W., Zyoud, S. H., Sweileh, W. M., Wildali, A. H., Saleem, H. M., Aysa, H. A., & Awang, R. (2014). Assessment of health-related quality of life among hypertensive patients: A cross-sectional study from Palestine. *Journal of Public Health (Germany)*, 22(3), 277–286. <https://doi.org/10.1007/s10389-014-0613-z>

American Heart Association. (2013). Statistical fact sheet 2013 update: High blood pressure. Retrieved May 21, 2020, from [https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm\\_319587.pdf](https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_319587.pdf)

Aoki, M., Kawahata, H., Sotobayashi, D., Yu, H., Moriguchi, A., Nakagami, H., & Morishita, R. (2015). Effect of angiotensin II receptor blocker, olmesartan, on turnover of bone metabolism in bedridden elderly hypertensive women with disuse syndrome. *Geriatrics and Gerontology International*, 15(8), 1064–1072. <https://doi.org/10.1111/ggi.12406>

Arif, D., Rusnoto, R., & Hartinah, D. (2013). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di Pusling Desa Klumpit Upt Puskesmas Gribig Kabupaten Kudus. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 4(2).

Awotidebe, T. O., Adeyeye, V. O., Ogunyemi, S. A., Bisiriyu, L. A., Adedoyin, R. A., Balogun, M. O., & Amosun, O. D. (2017). Joint predictability of physical activity and body weight status on health-related quality of life of patients with hypertension. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 13(5), 588–598. <https://doi.org/10.12965/jer.1735088.544>

Bahouq, H., Rostom, S., Bahiri, R., Hakkou, J., Aissaoui, N., & Hajjaj-Hassouni, N. (2012). Psychometric evaluation of the Arabic version of the multidimensional assessment of fatigue scale (MAF) for use in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatology International*, 32(12), 3969–3976. <https://doi.org/10.1007/s00296-011-2306-z>

Belza, B. L., Henke, C. J., Yeun, E., Epstein, W. V., & Gauss, C. I. (1993). Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Nursing Research*, 42(2), 93–99. <https://doi.org/10.1097/00006199-199303000-00006>

Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba<sup>1,2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: Lainsamputtyferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

DOI: <https://doi.org/10.33024/hjk.v15i3.4349>

Korelasi domain kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia

- Brownstein, D. J., Salagre, E., Köhler, C., Stubbs, B., Vian, J., Pereira, C., & Fernandes, B. S. (2018). Blockade of the angiotensin system improves mental health domain of quality of life: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(1), 24–38. <https://doi.org/10.1177/0004867417721654>
- Bruno, R. M., Palagini, L., Gemignani, A., Virdis, A., Di Giulio, A., Ghiadoni, L., & Taddei, S. (2013). Poor sleep quality and resistant hypertension. *Sleep Medicine*, 14(11), 1157–1163. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.04.020>
- Cao, W., Hou, G., Guo, C., Guo, Y., & Zheng, J. (2018). Health-promoting behaviors and quality of life in older adults with hypertension as compared to a community control group. *Journal of Human Hypertension*, 32(8), 540–547. <https://doi.org/10.1038/s41371-018-0073-y>
- Dailey, D. L., Frey Law, L. A., Vance, C. G. T., Rakel, B. A., Merriwether, E. N., Darghosian, L., & Sluka, K. A. (2016). Perceived function and physical performance are associated with pain and fatigue in women with fibromyalgia. *Arthritis Research & Therapy*, 18(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13075-016-0954-9>
- Dong, Y., & Peng, C. Y. J. (2013). Principled missing data methods for researchers. *SpringerPlus*, 2(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-222>
- Egan, B. M. (2018). The prevalence and control of hypertension in adults. Retrieved May 18, 2020, from <https://www.uptodate.com/contents/the-prevalence-and-control-of-hypertension-in-adults>
- Fithria, F. (2012). Kualitas hidup penderita hipertensi di desa Lamceu kecamatan Kuta Baro kabupaten Aceh Besar. *Idea Nursing Journal*, 3(1), 62–69. <https://doi.org/10.52199/inj.v3i1.6417>
- Georgios, T., Victoria, A., Evangelos, F., Savvas, P., & Sofia, Z. (2015). Assessment of quality of life and fatigue among haemodialysis patients. *American Journal of Nursing Science*, 4(2), 66–72. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.s.2015040201.2>
- Ghimire, S., Pradhananga, P., Baral, B. K., & Shrestha, N. (2017). Factors associated with health-related quality of life among hypertensive patients in Kathmandu, Nepal. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 4(November), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2017.00069>
- Guo, X., Li, Z., Yu, S., Yang, H., Guo, L., Zheng, L., & Sun, Y. (2015). Depression and quality of life in relation to decreased glomerular filtration rate among adults with hypertension in rural northeast China. *Kidney and Blood Pressure Research*, 40(1), 31–40. <https://doi.org/10.1159/000368480>
- Ha, N. T., Duy, H. T., Le, N. H., Khanal, V., & Moorin, R. (2014). Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Public Health*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-833>
- Hasanpour-Dehkordi, A., & Jalali, A. (2016). Effect of progressive muscle relaxation on the fatigue and quality of life among Iranian aging persons. *Acta Medica Iranica*, 54(7), 430–436.
- Katsi, V., Kallistratos, M. S., Koutoangelos, K., Sakkas, P., Souliotis, K., Tsioufis, C., & Tousoulis, D. (2017). Arterial hypertension and health-related quality of life. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00270>

Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba<sup>1,2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: Lainsamputtyferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

DOI: <https://doi.org/10.33024/hjk.v15i3.4349>

Korelasi domain kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013*. Jakarta. Retrieved from [http://www.pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/general/Hasil\\_Riskesdas\\_2013.pdf](http://www.pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/general/Hasil_Riskesdas_2013.pdf)
- Lainsamputti, F., & Chen, H.-M. (2018). The correlation between fatigue and sleep quality among patients with heart failure. *NurseLine Journal*, 3(2), 100–114. <https://doi.org/10.19184/nlj.v3i2.8580>
- Li, N., Li, Z., Chen, S., Yang, N., Ren, A., & Ye, R. (2015). Effects of passive smoking on hypertension in rural Chinese nonsmoking women. *Journal of Hypertension*, 33(11), 2210–2214. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000694>
- Maruf, F. A., Akinpelu, A. O., & Salako, B. L. (2013). Self-Reported quality of life before and after aerobic exercise training in individuals with hypertension: A randomised-controlled trial. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5(2), 209–224. <https://doi.org/10.1111/aphw.12005>
- Mills, K. T., Bundy, J. D., Kelly, T. N., Reed, J. E., Kearney, P. M., Reynolds, K., & He, J. (2016). Global disparities of hypertension prevalence and control. *Circulation*, 134(6), 441–450. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912>
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459–467. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
- Putriastuti, L. (2016). The association between exercise habit and incidence of hypertension among patients over 45 years old. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 4(2), 225–236. <https://doi.org/10.20473/jbe.v4i2.2016.225>
- Qin, Y., Guo, Y., Tang, Y., Wu, C., Zhang, X., He, Q., & He, J. (2019). Impact of hypertension on health-related quality of life among different age subgroups in Shanghai: The subpopulation treatment effect pattern plot analysis. *Journal of Human Hypertension*, 33(1), 78–86.
- Saleem, F., Hassali, M. A., & Shafie, A. A. (2014). A cross-sectional assessment of health-related quality of life (HRQoL) among hypertensive patients in Pakistan. *Health Expectations*, 17(3), 388–395. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00765.x>
- Sheps, S. G. (2005). *Mayo clinic hipertensi: Mengatasi tekanan darah tinggi*. Intisari Mediatama. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=HSEIOAAACAAJ>
- Sheps, S. G. (2019). Menopause and high blood pressure: What's the connection. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-pressure/expert-answers/menopause-and-high-blood-pressure/faq-20058406>
- Sinubu, R. B., Rondonuwu, R., & Onibala, F. (2015). Hubungan beban kerja dengan kejadian hipertensi pada tenaga pengajar di SMA N 1 Amurang Kabupaten Minahasa Selatan. *Jurnal Keperawatan*, 3(2), 1–8.
- Staniute, M., Bunevicius, A., Brozaitiene, J., & Bunevicius, R. (2014). Relationship of health-related quality of life with fatigue and exercise capacity in patients with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(4), 338–344. <https://doi.org/10.1177/1474515113496942>

Ferdy Lainsamputti<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba<sup>1,2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputti. \*Email: Lainsamputtiferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

DOI: <https://doi.org/10.33024/hjk.v15i3.4349>

Korelasi domain kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia

- Tartavouille, T. M., Karpinski, A. C., Aubin, A., Kluger, B. M., Distler, O., & Saketkoo, L. A. (2018). Multidimensional fatigue in pulmonary hypertension: Prevalence, severity and predictors. *ERJ Open Research*, 4(1), 00079–02017.  
<https://doi.org/10.1183/23120541.00079-2017>
- Theodorou, M., Kaitelidou, D., Galanis, P., Middleton, N., Theodorou, P., Stafylas, P., & Maniadakis, N. (2011). Quality of life measurement in patients with hypertension in Cyprus. *The Hellenic Journal of Cardiology*, 52(5), 407–415.
- Trevisol, D. J., Moreira, L. B., Kerkhoff, A., Fuchs, S. C., & Fuchs, F. D. (2011). Health-related quality of life and hypertension: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Hypertension*, 29(2), 179–188.  
<https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e328340d76f>
- Tyashapsari, M. M. W. E., & Zulkarnain, A. K. (2012). Penggunaan obat pada pasien hipertensi di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang. *Majalah Farmaseutik*, 8(2), 145–151.  
<https://doi.org/10.22146/farmaseutik.v8i2.24068>
- Uchmanowicz, I., Markiewicz, K., Uchmanowicz, B., Koftuniuk, A., & Rosińczuk, J. (2019). The relationship between sleep disturbances and quality of life in elderly patients with hypertension. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 155–165.  
<https://doi.org/10.2147/CIA.S188499>
- Weinstein, A. A., Chin, L. M. K., Keyser, R. E., Kennedy, M., Nathan, S. D., Woolstenhulme, J. G., & Chan, L. (2013). Effect of aerobic exercise training on fatigue and physical activity in patients with pulmonary arterial hypertension. *Respiratory Medicine*, 107(5), 778–784.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmed.2013.02.006>
- World Health Organization, (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from World Health Organization website:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2018). Raised blood pressure. Retrieved January 20, 2021, from [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/blood\\_pressure\\_prevalence\\_text/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/)
- Zhang, Y., Zhou, Z., Gao, J., Wang, D., Zhang, Q., Zhou, Z., & Li, D. (2016). Health-related quality of life and its influencing factors for patients with hypertension: Evidence from the urban and rural areas of Shaanxi Province

Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Dwi Debi Tamba<sup>1,2</sup>, Nur Hikmah<sup>2</sup>, Tasnim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Airmadidi, Sulawesi Utara.

Korespondensi Penulis: Ferdy Lainsamputty. \*Email: Lainsamputtyferdy@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso, Sulawesi Tengah.

<sup>3</sup>Program Studi DIII Keperawatan Poso, Politeknik Kementerian Kesehatan Palu, Sulawesi Tengah.

DOI: <https://doi.org/10.33024/hjk.v15i3.4349>