



## AKTIVITAS FISIK DAN KORELASINYA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN HIPERTENSI

*Physical Activity and Its Correlation with Quality of Life among Patients with Hypertension*

Ferdy Lainsamputty<sup>1\*</sup>, Denny Maurits Ruku<sup>1</sup>, Ni Made Dewi Susanti<sup>2</sup>, Yuliyanti Amir<sup>2</sup>

1. Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat
2. Program Studi S1 Keperawatan, STIKES Husada Mandiri Poso

### Abstrak

**Pendahuluan:** Hipertensi merupakan penyakit yang berkontribusi terhadap mortalitas tinggi setiap tahun. Di Indonesia, hipertensi termasuk dalam penyakit yang dominan diderita. Kurangnya aktivitas fisik beresiko meningkatkan terjadinya hipertensi. Faktor ini juga sangat berpotensi mengganggu kualitas hidup penderitanya. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi korelasi antara aktivitas fisik dan kualitas hidup, serta domain keduanya pada pasien hipertensi **Metode:** Penelitian ini berjenis deskriptif korelasi dengan pendekatan potong lintang menggunakan 146 sampel yang direkrut dengan teknik *purposive sampling* dari dua rumah sakit umum di Sulawesi Tengah. Kuesioner yang digunakan yaitu *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) dan *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF). Statistik deskriptif (frekuensi, presentasi, rata-rata, standar deviasi, *range*) dan analisa bivariat (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Spearman Rank) digunakan mencari hubungan antarvariabel. Statistik deskriptif dan analisa bivariat difungsikan dalam mendeskripsikan dan mengidentifikasi hubungan antar variabel. **Hasil:** Aktivitas fisik berkorelasi signifikan dengan domain kualitas hidup fisik, psikologis, dan sosial ( $r = 0,26 - 0,34$ ;  $p < 0,01$ ). **Kesimpulan:** Pasien hipertensi yang beraktivitas fisik secara optimal, juga mempunyai persepsi yang baik terhadap status kesehatan fisik, psikologis, dan sosialnya. Strategi dalam meningkatkan aktivitas fisik pasien yang efektif perlu didesain guna menjaga potensi peningkatan kualitas hidup pasien hipertensi. Perawat perlu mengelola aktivitas fisik pasien dan menjadikan hal ini bagian perawatan rutin dengan mempertimbangkan jenis komorbiditas dan toleransi pasiennya.

### Abstract

**Introduction:** Hypertension contributes to a high mortality annually. In Indonesia, hypertension is common among the population. Lack of physical activity may increase the risk of hypertension. This factor is also very influential on patient's quality of life. This study aimed to determine the correlation between physical activity and quality of life (QoL), as well as their domains among hypertensive patients. **Methods:** This was a descriptive correlational study with cross-sectional approach using 146 samples recruited by purposive sampling technique from two general hospitals in Central Sulawesi. The questionnaires were the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) and the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). Descriptive statistics (frequency, presentation, mean, standard deviation, range) and bivariate analysis (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Spearman Rank) were used to investigate the relationships between variables. **Results:** Physical activity had a significant correlation with QoL domains of physical, psychological, and social ( $r = 0,26 - 0,34$ ;  $p < 0,01$ ). **Conclusions:** Hypertensive patients who have optimal physical activity also have a good perception of their physical, psychological, and social status.

## PENDAHULUAN

Tekanan darah tinggi yang lazim disebut hipertensi, berkontribusi menyebabkan angka mortalitas mencapai 9,4 juta akibat penyakit kardiovaskular setiap tahun. Penderita hipertensi pada tahun 2015 mengalami peningkatan hingga mencapai angka 1,13 miliar atau sekitar 22,1% dari populasi dunia (World Health Organization, 2017). Di Amerika Serikat penderitanya sekitar 35% dari populasi negara, Eropa sebesar 41%, dan Australia sejumlah 31,8%. Prevalensi penyakit yang sering disebut *silent killer* ini di kawasan Asia Tenggara berada pada rentang 34,2-38%, berdasarkan data dari negara Malaysia, Singapura, Brunei Darussalam, dan Thailand (Rusnoto & Hermawan, 2018).

Negara Qatar, Amerika, dan Swiss yang berpendapatan tinggi lebih cenderung memiliki angka morbiditas hipertensi lebih rendah dibandingkan dengan Liberia, Afrika Tengah, dan Republik demokratik Kongo dengan berpenghasilan rendah (Arifin, Suryani, & Riniasih, 2017).

Di Indonesia, berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, didapati prevalensi penyakit hipertensi yang diukur pada penduduk dewasa mencapai angka 34,1% dengan presentasi tertinggi di provinsi Kalimantan Selatan (44,1%) dan terendah di Papua (22,2%) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Tingginya kasus penyakit hipertensi, menunjukkan bahwa penyakit ini merupakan penyakit yang sangat berbahaya dan mengancam kesehatan secara global. Keadaan yang lebih parah pada penderita hipertensi dengan level yang lebih tinggi juga diduga dapat memperburuk kondisi pasien termasuk mengganggu aktivitas fisik maupun kualitas hidupnya secara umum (Fithria, 2012).

Penelitian Hardati dan Ahmad (2017) menemukan bahwa aktivitas fisik pada responden dengan *metabolic equivalent of task* (MET)/minggu kurang

dari 600 berpotensi 1,25 kali lebih besar menjadi penderita hipertensi dibandingkan dengan responden yang skor aktivitas fisiknya lebih dari atau sama dengan 600 MET/minggu. Hal ini menyiratkan bahwa aktivitas fisik <600 MET/minggu pada penderita hipertensi tergolong tidak adekuat.

Kualitas hidup pasien hipertensi dalam penelitian Dewi dan Sudhana (2013) didapatkan kualitas hidup (dimensi kesehatan fisik) penderitanya tergolong buruk dengan presentasi 66,7%, kualitas hidup (dimensi psikologis) buruk 73,3%, kualitas hidup (sosial) buruk 53,3%, kualitas hidup (lingkungan) baik 63,3%.

Hipertensi yang disertai dengan penyakit lainnya merupakan faktor penyebab kematian nomor satu di dunia. Tanda dan gejala yang ditimbulkan dari penyakit ini yang dialami pasien yaitu sakit kepala atau rasa berat jika ditekuk, mudah lelah, keringat berlebihan, rasa sakit di bagian dada, penglihatan menjadi kabur, susah tidur, mudah marah, serta mudah tersinggung bahkan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya. Tanda gejala yang ditimbulkan dapat aspek kualitas hidup dengan adanya penurunan kualitas hidup pada penderitanya, yaitu gangguan pada fungsi kesehatan fisik pasien, psikologis, sosial, serta lingkungannya. Untuk itu, dalam penanganan penderita hipertensi ini sangat penting untuk menilai dan mengukur kualitas hidupnya (Alfian, Susanto, & Khadizah, 2017).

Hipertensi merupakan penyakit yang sangat serius, bahkan tersebar di seluruh daerah Indonesia, baik di perkotaan maupun pedesaan. Penyakit ini memberikan efek negatif bagi hidup penderitanya, seperti terganggunya aktivitas fisik secara keseluruhan, termasuk saat bekerja. Pengukuran kualitas hidup juga penting dikaji dari berbagai perspektif seperti fisik, emosional, sosial, dan lingkungan pada populasi ini. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi korelasi aktivitas fisik dan

kualitas hidup serta berbagai dimensi antar kedua variabel.

## METODE

Penelitian ini berjenis deskriptif dengan menggunakan pendekatan potong lintang. Sampel diambil dari dua rumah sakit di Sulawesi Tengah dengan teknik *purposive sampling*. Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu pasien yang terdiagnosa hipertensi oleh dokter, berusia 18-69 tahun saat dilakukan penelitian, dan dapat berkomunikasi dengan baik. Kriteria eksklusinya adalah pasien hipertensi dengan gangguan psikiatrik/mental ekstrim, ibu hamil yang menderita hipertensi, pasien hipertensi dengan keterbatasan fisik seperti komplikasi stroke berat serta kelumpuhan. Perhitungan sampel menggunakan *rule of thumbs* (Green, 1991) dengan hasil target minimum mencapai 138 responden. Secara keseluruhan, jumlah subjek penelitian ini sebanyak 146 orang.

Data demografi, karakteristik kesehatan, dan karakteristik penyakit dihimpun dalam penelitian ini. Komponen yang termasuk dalam data demografi yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, dan agama. Karakteristik kesehatan terdapat IMT dan kebiasaan merokok. Karakteristik penyakit termasuk klasifikasi hipertensi, durasi, komorbiditas, dan pengobatan.

*International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) digunakan untuk mengukur aktivitas fisik dalam penelitian ini (Craig et al., 2003). Kuesioner ini memiliki 5 domain dengan 27 pertanyaan. Beberapa pengelompokan pertanyaan yaitu aktivitas fisik terkait pekerjaan (pertanyaan 1-7), transportasi (8-13), pekerjaan rumah tangga (14-19), aktivitas waktu luang (20-25), dan waktu yang dihabiskan untuk duduk (26-27). Perhitungan skoring dalam kuesioner ini dinyatakan dalam MET-menit/minggu yang didapatkan dari level MET dikalikan aktivitas dalam menit/hari dikalikan hari per minggu.

Kualitas hidup diukur menggunakan kuesioner *World Health Organization*

*Quality of Life-BREF* atau WHOQOL-BREF (World Health Organization, 1996). Instrumen ini terdiri dari 26 pertanyaan dengan beberapa domain yaitu kesehatan fisik (pertanyaan nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), psikologis (5, 6, 7, 11, 19, 26), sosial (20, 21, 22), dan lingkungan (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). Skor dalam kuesioner WHOQOL-BREF yaitu dengan menghitung nilai mentah dan nilai transformasi setiap domainnya dengan formula sesuai panduan WHO.

Izin penelitian dan pengumpulan data didapatkan dari 2 rumah sakit lokasi dilakukannya penelitian. Uji etik diperoleh dari komite etik penelitian kesehatan Universitas Advent Indonesia No. 244/KEPK-FIK/KEPKFIK.UNAI/EC/VIII. Pasien yang sesuai dengan profil yang ditetapkan diarahkan oleh perawat saat berkunjung ke poliklinik. Kemudian secara detail dijelaskan tentang tata cara dan tujuan dilakukannya penelitian. Pasien yang bersedia bergabung dalam penelitian kemudian dikontak secara langsung. Data yang terkumpul dijaga dengan penuh kerahasiaan. Responden wajib menandatangani *informed consent* sebagai bukti kesediaan bergabung dalam penelitian ini. Pengunduran diri dapat dilakukan responden saat merasakan ketidaknyamanan. Data dikumpulkan melalui metode wawancara dan pengisian kuesioner.

Analisa data menggunakan aplikasi *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 23. Metode statistik deskriptif termasuk frekuensi, persentase, rata-rata, standar deviasi, serta nilai minimal dan maksimal yang menggambarkan semua variabel dalam kisaran yang aktual. Perbandingan data numerik menggunakan Mann-Whitney dan Kruskal-Wallis. Koefisien korelasi didapatkan dengan uji korelasi Spearman. Tingkat alfa signifikansi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu 0,05.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### HASIL

Data demografi, karakteristik kesehatan serta penyakit dari 146 responden tergambar pada Tabel 1. Usia rata-rata responden adalah 54,10 tahun ( $SD = 9,05$ ), dengan rentang 32-69 tahun. Mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 98 orang (67,1%). Sekolah dasar (SD) adalah tingkat pendidikan terbanyak yang dimiliki responden sejumlah 60 orang (41,1%), sedangkan perguruan tinggi adalah yang terendah pada 17 orang (11,6%). Terdapat 133 responden (91,1%) dengan status menikah dan sisanya 13 orang (8,9%) dengan status janda/duda. Terdapat 124 responden (84,9%) beragama Islam, sedangkan 22 orang di antaranya (15,1%) beragama Kristen.

IMT responden berkisar rata-rata 25,39  $kg/m^2$  ( $SD = 3,99$ ), dengan interval 17-36  $kg/m^2$ . Responden perokok aktif berjumlah 15 orang (10,3%). Hasil penelitian menunjukkan hipertensi derajat 1 adalah yang terdominan sejumlah 79 orang (54,1%). Lamanya hipertensi diderita responden rata-rata selama 3,46 tahun ( $SD = 2,73$ ). Jumlah komorbiditas bernilai rata-rata 0,79 ( $SD = 0,57$ ). Responden yang memiliki satu komorbiditas adalah yang terdominan dengan 119 orang (65,1%), di mana Diabetes Melitus (DM) tipe 2 merupakan jenis komorbiditas terbanyak yaitu pada 58 orang (39,7%).

Jumlah rata-rata obat hipertensi yang dikonsumsi oleh responden dalam penelitian ini adalah 1,17 ( $SD = 0,39$ ). Mayoritas responden mengonsumsi 1 jenis obat sebanyak 119 orang (81,5%). Dari tiga jenis obat antihipertensi, *Calcium Channel Blocker* (CCB) merupakan obat paling dominan dikonsumsi (88,4%).

Tabel 2 menunjukkan skor dari setiap domain dan frekuensi tingkat aktivitas fisik responden berdasarkan kuesioner IPAQ. Domain aktivitas fisik terkait pekerjaan mempunyai rata-rata 92,39 MET-menit/minggu ( $SD = 319,47$ ), dengan

**Tabel 1 Data demografi dan karakteristik kesehatan/penyakit responden (n=146)**

Variabel & Kategori	Rata-rata ± SD / n (%)	Range
Umur (Tahun)	54,10 ± 9,05	32-69
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	48 (32,9)	
Perempuan	98 (67,1)	
Pendidikan		
SD	60 (41,1)	
SMP	39 (26,7)	
SMA/Sederajat	30 (20,6)	
PT	17 (11,6)	
Status Pernikahan		
Menikah	133 (91,1)	
Janda/Duda	13 (8,9)	
Agama		
Islam	124 (84,9)	
Kristen	22 (15,1)	
IMT	25,39 ± 3,99	17-36
Durasi Hipertensi	3,46 ± 2,73	1-12
Merokok		
Ya	131 (89,7)	
Tidak	15 (10,3)	
Klasifikasi Hipertensi		
Derajat 1	79 (54,1)	
Derajat 2	53 (36,3)	
Krisis	14 (9,6)	
Komorbiditas		
PJK	4 (2,7)	
DM tipe 2	58 (39,7)	
Hipertiroid	6 (4,1)	
RA	8 (5,5)	
GA	6 (4,1)	
Jmlh Komorbiditas	0,79 ± 0,57	0-3
Nol	41 (28,1)	
Satu	95 (65,1)	
Dua	9 (6,2)	
Tiga	1 (0,7)	
Jumlah Pengobatan	1,17 ± 0,39	0-2
Nol	1 (0,7)	
Satu	119 (81,5)	
Dua	26 (17,8)	
Jenis Obat		
ACEi	23 (15,8)	
ARB	19 (13,0)	
CCB	129 (88,4)	

Catatan: SD=Sekolah Dasar; SMP=Sekolah Menengah Pertama; SMA=Sekolah Menengah Atas; PT=Perguruan Tinggi, IMT=Indeks Massa Tubuh; PJK=Penyakit Jantung Koroner; DM=Diabetes Melitus; RA=Rheumatoid Arthritis; GA=Gout Arthritis; ACEi=Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor; ARB=Angiotension Receptor Blocker; CCB=Calcium Channel Blockers.

rentang dimulai dari 0-2690, transportasi dengan interval 0-9702 dan nilai rata-rata 177,28 ( $SD = 799,92$ ),

pekerjaan rumah tangga bernilai rata-rata 282,28 (SD = 397,46) dimulai dari 0-3240, dan domain rekreasi dengan rata-rata 94,00 (SD = 73,19), di mana nilai terendah dan tertinggi berkisar dari 0-594. Mayoritas responden masuk dalam kategori rendah (61,6%), kategori sedang (33,6%), serta kategori tinggi (4,8%).

Intensitas aktivitas fisik terbagi menjadi total skor berjalan (*walking*) dengan rata-rata 278,22 MET-menit/minggu (SD = 805,71), aktivitas sedang bernilai rata-rata 319,73 (SD = 418,19), dan sangat aktif bernilai rata-rata 48,33 (SD = 240,89). Aktivitas fisik secara keseluruhan berdasarkan kuesioner IPAQ bernilai rata-rata 646,27 (SD = 1065,94).

**Tabel 2 Skor setiap domain dan frekuensi tingkat aktivitas fisik responden (n=146)**

Domain	Rata-rata ± SD	Range
Pekerjaan	92,39 ± 319,47	0-2690
Transportasi	177,28 ± 799,92	0-9702
Pekerjaan RT	282,60 ± 397,46	0-3240
Rekreasi	94,00 ± 73,19	0-594
<b>Tingkat</b>	<b>n (%)</b>	
Rendah	90 (61,6)	
Sedang	49 (33,6)	
Tinggi	7 (4,8)	
<b>Intensitas</b>	<b>Rata-rata ± SD</b>	<b>Range</b>
Berjalan	278,22 ± 805,71	17-9801
Sedang	319,73 ± 418,19	0-3480
Sangat Aktif	48,33 ± 240,89	0-2400
IPAQ	646,27 ± 1065,94	50-10761

Catatan: IPAQ=International Physical Activity Questionnaire; RT=Rumah Tangga.

Tabel 3 menunjukkan deskripsi skor domain kualitas hidup responden. Domain lingkungan mencapai nilai rata-rata yang tertinggi yaitu 58,01 (SD = 8,16), dengan interval skor 25-81. Sedangkan domain fisik merupakan domain yang terendah dengan nilai rata-rata 48,10 (SD = 7,11), dengan rentang skor 38-69.

**Tabel 3 Skor domain kualitas hidup responden (n=146)**

Domain	Rata-rata ± SD	Range
Fisik	48,10 ± 7,11	38-69
Psikologis	50,85 ± 9,47	31-69
Sosial	52,17 ± 9,36	25-94
Lingkungan	58,01 ± 8,16	25-81

Tabel 4 menampilkan koefisien korelasi antara aktivitas fisik, dan kualitas hidup. Tidak terdapat korelasi yang signifikan antara domain pekerjaan (IPAQ) dengan semua domain kualitas hidup ( $r = -0,01 - 0,09$ ;  $p > 0,05$ ). Domain transportasi berkorelasi signifikan dengan domain psikologis ( $r = 0,19$ ;  $p < 0,05$ ), sosial ( $r = 0,16$ ;  $p < 0,05$ ), dan lingkungan ( $r = 0,19$ ;  $p < 0,05$ ).

Domain pekerjaan rumah tangga mempunyai korelasi dengan domain kesehatan fisik ( $r = 0,27$ ;  $p < 0,01$ ), psikologis ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,01$ ), dan sosial ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,01$ ) kualitas hidup. Domain rekreasi hanya berkorelasi dengan domain lingkungan ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,01$ ). Sedangkan total aktivitas fisik (IPAQ) berkorelasi yang sangat signifikan dengan domain fisik ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,01$ ), psikologis ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,01$ ), dan sosial ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,01$ ).

**Tabel 4 Matriks koefisien korelasi domain aktivitas fisik dan kualitas hidup (n=146)**

	Pekerjaan	Transportasi	Pekerjaan RT	Rekreasi	IPAQ
Fisik	0,03	0,13	<b>0,27**</b>	0,07	<b>0,26**</b>
Psiko.	0,06	<b>0,19*</b>	<b>0,34**</b>	0,11	<b>0,34**</b>
Sosial	0,09	<b>0,16*</b>	<b>0,22**</b>	0,16	<b>0,26**</b>
Lingk.	-0,01	<b>0,19*</b>	0,05	<b>0,26**</b>	0,13

Catatan: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; Lingk.=Lingkungan; IPAQ=International Physical Activity Questionnaire; Psiko=Psikologi; RT=Rumah Tangga.

## PEMBAHASAN

Usia termuda responden pada penelitian ini yaitu 32 tahun serta tertinggi 69 tahun. Penelitian Oza, Patel, Malhotra, dan Patel (2014) di rumah sakit pendidikan

perawatan tersier juga menemukan usia responden hipertensi rata-ratanya adalah 58,25 tahun. Jenis kelamin perempuan lebih mendominasi dalam penelitian ini dengan jumlah 98 orang (67,1%) dibandingkan dengan jenis kelamin laki-laki 48 orang (32,9%). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Lainsamputty, Debi, dan Hikmah (2021) mendapatkan lebih dari setengah responden berjenis kelamin perempuan (55,9%).

Tingkat pendidikan SD adalah yang terbanyak pada responden penelitian ini. Pada penelitian di luar area perkotaan di Iran, juga didapati mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan di bawah SMA (Shayesteh, Mirzaei, Sayehmiri, Qorbani, & Mansourian, 2016).

Dari jumlah responden 146 yang menderita hipertensi, responden yang berstatus menikah adalah yang terdominan. Sejalan dengan yang didapatkan oleh Setyanda, Sulastri, dan Lestari (2015) di mana mayoritas responden sudah menikah. Responden yang beragama Islam lebih dominan, serupa dengan hasil penelitian (Dewi, 2016), yang sesuai dengan data demografi Indonesia sebagai negara berpenduduk Muslim terbanyak di dunia.

Rata-rata IMT pada penelitian ini 25,39, dengan nilai minimum 17 kg/m<sup>2</sup> dan maksimum 36 kg/m<sup>2</sup>. Hasil ini cukup mirip dengan penelitian yang dilakukan oleh Lainsamputty et al. (2021) responden penderita hipertensi memiliki rata-rata IMT 25,06 kg/m<sup>2</sup>, dengan rentang 16-36 kg/m<sup>2</sup>. Dalam penelitian ini, mayoritas responden tidak merokok. Studi Cao, Hou, Guo, Guo, dan Zheng (2018) di China juga mendapatkan responden yang tidak merokok juga lebih banyak. Kesadaran terhadap kondisi kesehatan yang memburuk merupakan alasan utama pasien hipertensi berperilaku seperti ini.

Responden pada penelitian ini didominasi oleh kategori hipertensi derajat 1. Berbeda dengan temuan Fitrianto, Azmi, dan Kadri (2014) yang mendapati bahwa hipertensi derajat 2 adalah kelompok mayoritas dalam penelitian penggunaan

obat antihipertensi di poliklinik. Lamanya hipertensi diderita oleh responden rata-rata 3,46 tahun, dengan durasi tersingkat 1 tahun dan terlama 12 tahun. Robiyanto, Prayuda, dan Nansy (2016) juga mendapati bahwa mayoritas responden dalam penelitiannya menderita hipertensi 0-1 tahun. Penyakit DM Tipe 2 merupakan komorbiditas non kardiovaskular yang paling banyak diderita oleh responden. Jenis obat pada penelitian ini lebih berjenis obat CCB. Berbeda dengan hasil penelitian Awotidebe et al. (2017) yang mendapati bahwa responden lebih dominan mendapatkan resep obat berjenis asetilsalisilat (aspirin).

Total skor aktivitas fisik berhubungan sangat signifikan dengan domain fisik, psikologis, dan sosial. Penelitian Maruf, Akinpelu, dan Salako (2013) di Nigeria menyebutkan bahwa aktifitas fisik yang baik seperti latihan aerobik dapat meningkatkan kualitas hidup pasien hipertensi. Latihan fisik yang baik dapat mengurangi dampak psikologis dari efek samping obat antihipertensi dan efek komplikasi hipertensi pada kualitas hidup pasien hipertensi. Perbaikan ini diharapkan menghasilkan peningkatan kepatuhan terhadap konsumsi obat yang diresepkan yang nantinya diharapkan pengontrolan terhadap tekanan darah menjadi lebih baik serta meningkatkan pencegahan komplikasi. Peningkatan kesehatan fisik juga dikonfirmasi memperlambat kerusakan organ.

Dalam penelitian terdapat beberapa keterbatasan. Penelitian dan pengumpulan data dilakukan pada departemen rawat jalan di dua rumah sakit di Sulawesi Tengah dengan mayoritas responden penderita hipertensi dengan klasifikasi derajat 1 dan 2. Sehingga generalisasi data hasil penelitian untuk populasi penderita hipertensi dengan derajat yang lebih tinggi harus dilakukan dengan penuh kehati-hatian. Pengukuran aktivitas fisik dalam penelitian ini hanya bersifat secara subjektif tanpa diteliti secara langsung saat responden melakukan aktivitas fisik.

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan *cross-sectional*, di mana hasil yang didapatkan hanya menggambarkan aktivitas fisik dan kualitas hidup serta karakteristik penyakit dari responden yang berpaku atau diukur hanya pada satu waktu saja, tanpa ada pengukuran lanjutan seperti pada penelitian longitudinal, sehingga tidak dapat menghasilkan kesimpulan hubungan sebab akibat.

## KESIMPULAN

Tingkat aktivitas fisik sebagian besar responden tergolong rendah dan pekerjaan rumah tangga adalah domain dengan skor rata-rata tertinggi. Perspektif kualitas hidup terbaik responden dalam penelitian ini yaitu dari segi lingkungan. Secara keseluruhan, pasien hipertensi yang beraktivitas fisik optimal, juga mempunyai persepsi yang lebih baik terhadap status fisik, psikologis, dan sosialnya. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan intervensi terkait cara peningkatan aktifitas fisik optimal dan dapat ditoleransi pasien hipertensi guna meningkatkan kualitas hidup pada populasi ini. Eksistensi komorbiditas ataupun riwayat COVID-19 dapat dipertimbangkan sebagai variabel potensial yang terkait dengan kualitas hidup pasien hipertensi. Pengkajian dan pengelolaan terhadap aktivitas fisik pasien hipertensi sebaiknya menjadi intervensi rutin perawat dengan mempertimbangkan penyakit penyerta dan toleransi masing-masing pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alfian, R., Susanto, Y., & Khadizah, S. (2017). Kualitas hidup pasien hipertensi dengan penyakit penyerta di poli jantung RSUD Ratu Zalecha Martapura. *Jurnal Pharmascience*, 4(2), 210–217. <https://doi.org/10.20527/jps.v4i2.5774>
- Arifin, A., Suryani, & Riniasih, W. (2017). Hubungan tingkat pengetahuan dengan dukungan keluarga dalam menurunkan tekanan darah tinggi (hipertensi) pada lansia di Desa Truwolu Kecamatan Ngaringan Kabupaten Grobogan. *The Shine Cahaya Dunia S-1 Keperawatan*, 2(2), 58–63.
- 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>
- 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>
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., ... Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(8), 1381–1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Dewi, P. R., & Sudhana, I. W. (2013). Gambaran kualitas hidup pada lansia dengan normotensi dan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Gianyar I periode Bulan November tahun 2013. *E-Jurnal Medika Udayana*, 3(9), 1–14.
- Dewi, S. (2016). Spiritualitas dan persepsi kesehatan lansia dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mayang Jember. *The Indonesian Journal Of Health Science*, 6(2), 228–237. <https://doi.org/10.32528/the.v6i2.142>
- Fithria. (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>
- Fitrianto, H., Azmi, S., & Kadri, H. (2014). Penggunaan obat antihipertensi pada pasien hipertensi esensial di Poliklinik

- Ginjal Hipertensi RSUP DR. M. Djamil Tahun 2011. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(1), 45–48. <https://doi.org/10.25077/jka.v3i1.24>
- Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499–510. <https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603>
- Hardati, A. T., & Ahmad, R. A. (2017). Pengaruh aktivitas fisik terhadap kejadian hipertensi pada pekerja (Analisis data Riskesdas 2013). *Berita Kedokteran Masyarakat*, 33(10), 467. <https://doi.org/10.22146/bkm.25783>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Laporan nasional RISKESDAS 2018*. Jakarta. Diambil dari <http://labdata.litbang.kemkes.go.id/cco/unt/click.php?id=19>
- Lainsamputty, F., Debi, D., & Hikmah, N. (2021). Korelasi domain kelelahan dan kualitas hidup pada pasien hipertensi di Indonesia. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 15(3), 367–381. <https://doi.org/https://doi.org/10.33024/hjk.v15i3.4349>
- 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>
- Oza, B. B., Patel, B. M., Malhotra, S. D., & Patel, V. J. (2014). Health related quality of life in hypertensive patients in a tertiary care teaching hospital. *Journal of Association of Physicians of India*, 62(OCT 2014), 22–29.
- Robiyanto, Prayuda, A. O., & Nansy, E. (2016). Uji validitas instrumen B-IPQ versi Indonesia pada pasien hipertensi di RSUD Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Pontianak. *Social Clinical Pharmacy Indonesia Journal*, 1(1), 41–49. <https://doi.org/10.52447/scpij.v1i1.410>
- Rusnoto, R., & Hermawan, H. (2018). Hubungan Stres kerja dengan kejadian hipertensi pada pekerja pabrik di wilayah kerja Puskesmas Kaliwungu. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 9(2), 111–117. <https://doi.org/10.26751/jikk.v9i2.450>
- Setyanda, Y. O. G., Sulastri, D., & Lestari, Y. (2015). Hubungan merokok dengan kejadian hipertensi pada laki-laki usia 35–65 tahun di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(2), 434–440. <https://doi.org/10.25077/jka.v4i2.268>
- Shayesteh, H., Mirzaei, A., Sayehmiri, K., Qorbani, M., & Mansourian, M. (2016). Effect of education intervention on lifestyle of patients with hypertension among the rural population of Lorestan province. *Journal of Lifestyle Medicine*, 6(2), 58–63. <https://doi.org/10.15280/jlm.2016.6.2.58>
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version, December 1996*. Geneva: World Health Organization. Diambil dari World Health Organization website: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2017). Cardiovascular diseases (CVDs). Diambil dari [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))