

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN KEBUTUHAN SPIRITUAL
TERHADAP KUALITAS HIDUP PENDERITA HIPERTENSI DI
PUSKESMAS BANDONGAN**

SKRIPSI



WIDYASTUTI

17.0603.0001

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2021**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Hipertensi merupakan penyakit tidak menular yang menjadi salah satu penyebab utama kematian atau sering disebut *silent killer*. Pada sebagian kasusnya tidak diketahui penyebabnya, bahkan pada sebagian besar kasus tidak memberikan gejala (Asistomatis). Berdasarkan dari hasil Riskesdas (2018) menjelaskan angka kematian di Indonesia cukup besar dan prevelensi setiap tahunnya meningkat, mencapai angka 427.218 kematian. Prevelensi pada tahun 2018 yaitu 34,1 %, Angka tersebut lebih tinggi dibandingkan tahun 2013 dengan angka prevalensi 25%. Jumlah Prevelensi di provinsi Jawa Tengah menempati urutan ke empat yaitu dengan presentase 37,57% (Kemenkes, 2019).

Jumlah kasus hipertensi yang cukup tinggi akan menyebabkan komplikasi seperti stroke, penyakit jantung koroner, diabetes, gagal ginjal, dan kebutaan apabila tidak mendapatkan penanganan yang baik (Kemenkes, 2013). Merupakan penyakit kronis yang lazim dan dapat berpengaruh pada kualitas hidup seseorang (Jufar et al, 2017).

Penyakit hipertensi telah menimbulkan dampak terhadap kualitas hidup. Terdapat beberapa penelitian yang dilakukan untuk mengetahui bagaimana kualitas hidup pada penderita hipertensi, dan mayoritas hasilnya menemukan bahwa penderita yang mengalami hipertensi mempunyai kualitas hidup yang buruk (Indahria, 2020). Penelitian yang dilakukan (Bhandari et al, 2016) mendapatkan hasil bahwa pada penderita hipertensi akan berdampak buruk terhadap kualitas hidupnya terutama dalam domain fisik dan psikologis.

Kualitas hidup merupakan salah satu alat ukur yang dapat membantu tenaga kesehatan untuk mengetahui kondisi penderita penyakit kronis (Hamida et al, 2019). Kualitas hidup yang baik ditandai dengan bebas dari keluhan, memiliki fungsi dan perasaan tubuh normal, mempunyai perasaan sehat dan bahagia, karir dan pekerjaan yang memuaskan, hubungan interpersonal yang baik, dapat bekerja

dengan baik, serta dapat mengatasi stress dalam kehidupannya (Wiyanty, 2012). Masalah kualitas hidup pada penderita hipertensi harus mendapatkan perhatian yang maksimal diharapkan untuk penatalaksanaan penyakit tidak hanya menghilangkan gejala tetapi juga bisa meningkatkan kualitas hidup (Sakamekya et al, 2020).

Kualitas hidup penyakit kronis cenderung rendah atau menurun. Biasanya berpengaruh pada kualitas hidup dimensi fisik karena dapat menurunkan aktivitas sehari-hari. Menurunnya kualitas hidup dikarenakan terganggunya aspek psikologis seperti memiliki sifat negatif, mudah emosi, sulit untuk konsentrasi, aspek sosial seperti aktivitas sehari-hari terganggu, kurangnya dukungan sosial (Yuniandita, 2019). Kualitas hidup penderita hipertensi di pengaruhi oleh faktor internal (fungsi fisik dan psikologis) dan kualitas hidup juga dipengaruhi oleh faktor pendukung (dukungan sosial, dukungan spiritual, dukungan keluarga). Pada umumnya penderita tinggal bersama keluarga, sehingga keluarga menjadi salah satu sumber dukungan yang memberikan arti penting bagi kehidupannya, dukungan keluarga dapat diberikan dalam empat bentuk yaitu dukungan emosional, instrumental, informasional, dan penghargaan (Johnston, 2010).

Keluarga merupakan sistem pendukung yang utama bagi individu dalam mempertahankan kesehatannya. Dukungan yang diberikan oleh keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah. Dukungan keluarga juga akan menambah rasa percaya diri dan motivasi untuk menghadapi masalah dan meningkatkan kualitas hidup (Ningrum, 2017). Dukungan yang dilakukan oleh keluarga sangat diperlukan dalam penatalaksanaan spiritual pada penderita hipertensi. Adanya dukungan keluarga yang baik diharapkan individu dapat membentuk spiritual yang baik pada penderita hipertensi (Febriana et al, 2019).

Sistem pendukung berfungsi sebagai hubungan manusia yang menghubungkan penderita, perawat dan gaya hidup sebelum terjadi penyakit. Bagian dari lingkungan pemberi perawatan penderita adalah kehadiran dari keluarga, sistem pendukung dipercaya sering memberi sumber kepercayaan yang mempengaruhi

jati diri spiritual penderita, keluarga menjadi sumber penting dalam melakukan kebiasaan ritual keagamaan yang dianut oleh penderita (Amal, 2012).

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan untuk mencari tujuan hidup kebutuhan untuk dicintai dan mencintai, kebutuhan untuk memberikan dan mendapatkan maaf dan kebutuhan untuk beribadah kepada Tuhan Yang Maha Esa. Kebutuhan spiritual tidak hanya dilakukan oleh perawat saja namun keluarga juga dapat memberikan dukungan spiritual (Balboni, 2013). Keluarga mempunyai peran penting dalam pemenuhan kebutuhan spiritual karena keluarga mempunyai suatu ikatan emosional dan berinteraksi dalam kehidupan sehari-hari (Hidayat, 2008). Dukungan keluarga sangat diperlukan untuk membantu aktivitasnya dan dapat membantu permasalahan yang sedang terjadi pada dirinya pemenuhan spiritual akan berdampak positif bagi pasien selama menghadapi proses sakit (Misgiyanto, 2014). Menurut Hidayat (2012) mengatakan faktor yang mempengaruhi kebutuhan spiritual antara lain keluarga, latar belakang etnik dan budaya, pengalaman hidup sebelumnya, krisis dan perubahan, terpisah dari ikatan spiritual, isu moral terkait dengan terapi.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Puskesmas Bandongan di dapatkan populasi 7.425 penderita hipertensi pada tahun 2020. Saat dilakukan studi pendahuluan dengan menggunakan kuesioner kualitas hidup dan wawancara. Didapatkan dari 10 penderita hipertensi sebanyak 6 penderita hipertensi memiliki kualitas hidup dalam kategori rendah dan 4 orang dalam kategori baik. Sebagian besar penderita tidak diperhatikan saat sakit keluarga tidak ada waktu untuk mengantar berobat. Berdasarkan hasil wawancara terhadap 10 orang penderita hipertensi di dapatkan 7 orang mengatakan bahwa keluarga mendukung dalam kegiatan spiritual dan 3 orang mengatakan bahwa keluarganya tidak terlalu memperhatikan dalam kebutuhan spiritual. Maka peneliti tertarik untuk mengidentifikasi apakah ada hubungan dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual terhadap kualitas hidup pasien hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Bandongan.

1.2 Rumusan Masalah

Dari uraian diatas yang menjadi rumusan masalah penelitian adalah apakah ada hubungan dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual terhadap kualitas hidup penderita hipertensi ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual terhadap kualitas hidup penderita hipertensi

1.3.2 Tujuan khusus

1.3.2.1 Untuk mengidentifikasi kualitas hidup penderita hipertensi

1.3.2.2 Untuk mengidentifikasi dukungan keluarga penderita hipertensi di wilayah Kerja Puskesmas Bandongan

1.3.2.3 Untuk mengidentifikasi kebutuhan spiritual penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bandongan

1.3.2.4 Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual terhadap kualitas hidup penderita hipertensi

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Penderita hipertensi

Dengan adanya penelitian ini diharapkan penderita hipertensi mendapatkan dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual sehingga klien termotivasi untuk merubah perilaku untuk menjalani hidup sehat sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

1.4.2 Bagi Tenaga Kesehatan

Penelitian ini dapat memberikan informasi tentang hubungan dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual terhadap kualitas hidup penderita hipertensi

1.4.3 Bagi Keluarga

Dengan adanya penelitian ini diharapkan keluarga dapat mengetahui peranannya sebagai dukungan keluarga dan spiritual untuk meningkatkan kualitas hidup.

1.4.4 Bagi mahasiswa keperawatan

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi salah satu sumber acuan dan bacaan pada pembelajaran keperawatan keperawatan medikal bedah komunitas tentang hubungan dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual terhadap kualitas hidup penderita hipertensi.

1.4.5 Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk melaksanakan penelitian selanjutnya dalam memberikan pelayanan nyata tentang dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual terhadap kualitas hidup penderita hipertensi

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

1.5.1 Lingkup Masalah

Permasalahan pada penelitian ini adalah hubungan dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual terhadap kualitas hidup penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bandongan

1.5.2 Lingkup Subyek

Subyek penelitian ini adalah penderita Hipertensi di Wilayah kerja Puskesmas Bandongan

1.5.3 Lingkup Tempat Dan Waktu

Penelitian ini dilaksanakan mulai bulan Juli – Agustus 2021. Tempat penelitian di wilayah kerja Puskesmas Bandongan

1.6 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Pengarang	Judul jurnal	Metode	Hasil	Perbedaan
1	Ummah, 2016	Hubungan Kebutuhan Spiritual dengan Kualitas Hidup pada Lansia di Panti Wredha Kota Semarang	Metode cross sectional	Hasil uji statistika dengan uji chi square menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kebutuhan	Di penelitian (Ummah 2016) hanya menggunakan variabel kebutuhan spiritual saja Sedangkan di penelitian ini menggunakan

No	Pengarang	Judul jurnal	Metode	Hasil	Perbedaan
				spiritual dengan kualitas hidup pada lansia di panti wredha kota Semarang	variabel dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual
2	Radiani et al, 2018	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia yang Mengalami Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Mandalle Kabupaten Pangkep	Metode cross sectional	terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup lansia.	Di penelitian (Radiani et al. 2018) hanya menghubungkan dukungan keluarga dengan kualitas hidup Di penelitian yang akan dilakukan menambahkan variabel kebutuhan spiritual

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kualitas Hidup

2.1.1 Definisi Kualitas Hidup

WHO mendefinisikan kualitas hidup merupakan konsep yang subjektif dan menekankan persepsi individu mengenai kehidupannya saat ini, persepsi individu tersebut dapat dipengaruhi oleh budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal, dan berhubungan dengan tujuan, harapan, standar serta kepentingan mereka (WHO QOL, 1998).

Kualitas hidup merupakan suatu persepsi seseorang terhadap kesehatan fisik, sosial dan emosional dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang ditunjang dengan terpenuhinya kebutuhan sehari-hari (Ekasari, 2018).

Kualitas hidup baik yaitu ditandai dengan bebas dari keluhan, mempunyai fungsi dan perasaan tubuh normal, perasaan sehat dan bahagia, karir pekerjaan yang memuaskan, hubungan interpersonal baik, bekerja dengan baik, dapat menghadapi stress dalam kehidupannya (Wiyanty, 2012). Berbanding terbalik dengan orang yang mempunyai penyakit kronis penderita dengan penyakit kronis (DM dan hipertensi) apabila penyakit kronis tidak ditangani secara baik maka akan mengakibatkan beberapa komplikasi dan berakibat akan menurunkan kualitas hidup (Hamida et al, 2019).

Dalam studi yang dilakukan oleh Poljićanin et al (2010) menyebutkan bahwa individu dengan penyakit hipertensi bisa memberikan dampak yang buruk terhadap kualitas hidup individu. Pada individu dengan penyakit hipertensi, terjadi penurunan kualitas hidup hampir seluruh dimensi yang diukur berdasarkan kuesioner WHO dan yang paling berpengaruh yaitu dimensi kesehatan fisik dan hubungan sosial (Anbarasan, 2015). Dalam penelitian Xu et al (2016) mengatakan bahwa orang dengan penderita hipertensi mempunyai kualitas hidup yang buruk dari pada orang yang tidak mengalami hipertensi.

Dari beberapa penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup merupakan konsep subjektif dan menekankan persepsi individu mengenai kehidupannya saat ini di pengaruhi oleh budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal, kualitas hidup yang baik yaitu ditandai dengan bebas dari keluhan, mempunyai fungsi dan perasaan sehat dan bahagia, karir pekerjaan yang memuaskan, hubunga interpersonal yang baik, dan dapat menghadapi stress berbanding terbalik dengan pasien yang menderita penyakit kronis apabila tidak ditangani secara baik maka akan menimbulkan masalah yang serius dan mengakibatkan penurunan kualitas hidup. Terutama pada penderita hipertensi yang dapat memberikan dampak buruk terhadap kualitas hidup.

2.1.2 Dimensi Kualitas Hidup

Menurut WHO QOL (1998) terdapat 4 dimensi yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup. Menurut Suwardana (2010) penyakit hipertensi mempunyai dampak terhadap dimensi kualitas hidup, yaitu dimensi fisik, dimensi psikologi dan sosial.

1. Dimensi fisik

Kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang dipengaruhi oleh adekuatnya sistem persyarafan, otot, dan tulang atau sendi domain fisik dibagi menjadi 3 bagian yaitu.

- a. Nyeri dan ketidaknyamanan, aspek ini membahas sensai fisik yang tidak menyenangkan yang dialami individu dan selanjutnya berubah menjadi sensasi yang menyedihkan dan mempengaruhi kualitas hidup individu. Sensasi yang tidak menyenangkan meliputi kekauan, sakit, nyeri dengan durasi lama atau pendek,
- b. Penyakit kronis seperti DM dan Hipertensi sebenarnya tidak memberikan pengaruh besar terhadap mobilitas dan kegiatan sehari-hari hanya saja terdapat penderita yang mengeluhkan rasa nyeri dan cemas.
- c. Tenaga dan lelah. Aspek ini membahas tenaga, antusiasme, dan keinginan individu untuk selalu dapat melakukan aktivitas sehari-hari. Kelelahan membuat individu tidak mampu mencapai kekuatan yang cukup untuk

merasakan hidup yang sebenarnya. Kelelahan yaitu akibat dari beberapa hal seperti sakit, depresi atau pekerjaan yang berat. Pada penderita hipertensi beberapa gejala dari hipertensi yaitu mudah lelah, cemas yang akan mempengaruhi kualitas hidup seseorang pada berbagai dimensi terutama dimensi fisik

- d. Tidur dan istirahat. Aspek ini berfokus pada seberapa lama tidur dan istirahat. Masalah tidur termasuk kesulitan tidur, bangun tengah malam, dan tidak dapat kembali tidur sehingga mengakibatkan ketika bangun merasa kurang segar.

2. Dimensi psikologis

Dimensi psikologis yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu bisa melakukan aktivitas dengan baik jika individu tersebut sehat secara mental. Dampak secara psikologis penderita hipertensi yaitu penderita merasa hidupnya tidak berarti akibat dari kelemahan dan proses penyakitnya yang merupakan *long life disease*. Psikologis juga berpengaruh pada kualitas hidup seperti adanya perubahan penampilan tubuh dari dirinya, tidak mampu mengingat dengan jelas, takut kehilangan orang yang dicintai, takut kehilangan, takut menghadapi kematian, dan depresi yang akan berpengaruh pada kualitas hidup (Susanti, 2017). Domain psikologis dibagi menjadi 5 bagian yaitu:

- a. Perasaan positif, aspek ini menguji seberapa banyak pengalaman perasaan positif individu dari kesukaan, keseimbangan, kedamaian, kegembiraan, harapan, kesenangan, dan kenikmatan dari hal-hal yang baik dari hidup.
- b. Berfikir, belajar, ingatan dan konsentrasi, aspek ini membahas pandangan individu terhadap pemikiran, pembelajaran, berkonsentrasi dan kemampuannya dalam membuat keputusan.
- c. Harga diri, aspek ini menguji apa yang individu rasakan tentang diri mereka sendiri. Aspek dari harga diri fokus dengan perasaan individu dari kekuatan diri, kepuasan dengan diri dan kendali diri.

- d. Gambaran dan penampilan. Aspek ini menguji pandangan individu dengan tubuhnya. Apakah penampilan tubuh terlihat positif atau negative. Hal ini termasuk perluasan apabila terdapat bagian tubuh yang cacat akan bisa dikoreksi misal dengan berdandan, berpakaian, menggunakan alat bantu atau organ buatan.
- e. Perasaan negative. Aspek ini berfokus pada seberapa banyak pengalaman perasaan buruk individu, termasuk patah semangat, keputusan, kecemasan, kurang bahagia dalam hidup, perasaan negative akan berdampak pada fungsi keseharian individu

Menurut penelitian Peltzer (2013) Pada penderita hipertensi kualitas psikologisnya buruk dengan presentase 67,8%. Adanya proses patologis akan dapat mengakibatkan penurunan kemampuan fisik pada penderita hipertensi, yang dimanifestasikan dengan kelemahan, rasa tidak berenergi, pusing sehingga berdampak ke aspek psikologis. Pasien hipertensi juga diharuskan untuk mengkonsumsi obat seumur hidup untuk mencegah berbagai komplikasi yang dapat timbul sehingga berdampak psikologis yang kurang baik bagi penderita hipertensi (Fitria, 2015).

3. Dimensi hubungan sosial

Hubungan sosial yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Dampak hubungan sosial penderita hipertensi dapat mempengaruhi adanya peningkatan tekanan darah ke otak dan menyebabkan penurunan vaskularisasi di area otak penderita dengan hipertensi yang menyebabkan penderita sulit berkonsentrasi, mudah marah, merasa tidak nyaman, dan berdampak pada aspek sosial dimana penderita tidak mau bersosialisasi karena merasakan kondisinya yang tidak nyaman (Wulandhani, 2014).

Aspek dalam domain sosial dibagi menjadi 3 yaitu:

- a. Hubungan perorangan, aspek ini menguji tingkatan perasaan individu dalam persahabatan, cinta, dan dukungan dari hubungan yang dekat dalam kehidupannya.
- b. Dukungan sosial, menggambarkan adanya bantuan yang di dapatkan oleh individu yang berasal dari orang lain yang ada disekitarnya. Aspek ini focus pada seberapa banyak yang individu rasakan pada dukungan keluarga dan teman
- c. Aktivitas seksual, merupakan gambaran kegiatan seksual yang dilakukan individu. Aspek ini focus pada dorongan dan hasrat pada seks, dan tingkatan dimana individu dapat mengekspresikan dan senang.

Hubungan sosial pada penderita hipertensi sangat penting karena hubungan sosial yang diberikan dari orang lain akan berdampak positif bagi penderita hipertensi untuk meningkatkan kesehatannya. Hubungan sosial penderita hipertensi dapat berupa emosional seperti mengingatkan penderita untuk selalu meminum obat, mendapatkan kasih sayang serta kepedulian dari orang-orang sekitar maka akan dapat menstabilkan tekanan darah sehingga akan berpengaruh pada kualitas hidup yang baik (Utami, 2016).

4. Dimensi lingkungan

Dimensi domain lingkungan meliputi sumber pendapatan, kebebasan, keamanan fisik, kebaikan lingkungan rumah, perawatan kesehatan bisa mempengaruhi kualitas hidup (Jacob, 2018).

Penyakit yang diderita dapat menyebabkan beban finansial apalagi jika tidak mempunyai jaminan kesehatan, hal ini akan menyebabkan beban dan secara tidak langsung mempengaruhi kemampuan penderita hipertensi dalam pemenuhan kebutuhan yang lain. Kualitas lingkungan juga dipengaruhi oleh ketersediaan informasi, sarana kesehatan dan lingkungan rumah yang bersih dan memadai, ketersediaan informasi dapat diperoleh dari penyuluhan. Sarana kesehatan dan akses yang mudah untuk dijangkau akan membuat penderita dengan mudah untuk mengontrol penyakitnya sehingga dapat mempengaruhi kualitas fisik dan psikologis.

2.1.3 Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Penderita hipertensi dalam masalah kualitas hidup mendapat perhatian yang khusus karena dalam penatalaksanaan penyakit diharapkan tidak hanya menghilangkan gejala tetapi juga meningkatkan kualitas hidupnya (Sari, 2017). Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu aktivitas fisik dimana seseorang yang mengalami hipertensi dapat melakukan aktivitas fisik dengan rutin sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup secara fisik dan mental. Selain aktivitas fisik peningkatan kualitas hidup dapat diperoleh secara mental dengan mengurangi stress, meningkatkan rasa antusias, percaya diri, mengurangi kecemasan dan depresi yang dialami terkait dengan penyakit yang dideritanya. Untuk faktor sosial yang juga mempengaruhi kualitas hidup yaitu dukungan sosial dan juga kontak sosial dengan lingkungan (Alfian et al, 2018).

Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup hipertensi dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, lama menderita penyakit kronis, serta keteraturan berobat dan dukungan keluarga (Rudianto, 2015).

Beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien hipertensi sebagai berikut:

a. Jenis kelamin

Gender merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup (Moons et al, 2004). Berdasarkan penelitian Rudy (2020) mengatakan bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup responden yang menderita hipertensi. Selain itu Bain et al (2003) berdasarkan penelitiannya menemukan bahwa adanya perbedaan antara kualitas hidup laki-laki dan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan. Selain itu antara perempuan dan laki-laki memiliki respon yang berbeda dalam menghadapi masalah, laki-laki cenderung tidak peduli dengan kesehatan sedangkan perempuan lebih peduli dengan kesehatannya dan perempuan lebih sering melakukan pemeriksaan kesehatan (Herlinah, 2013).

b. Usia

Umur sangat penting dan mempengaruhi tingkat kualitas hidup seseorang kelompok usia yang lebih tua mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah.

Usia yang berisiko menderita penyakit hipertensi adalah usia diatas 40 tahun. Faktor usia mempunyai hubungan dengan kualitas hidup yang signifikan seseorang dengan umur 60-70 tahun kemungkinan memiliki kualitas hidup yang baik dari pada dengan seseorang dengan usia 70 tahun lebih (Nugroho, 2012) .

Hal ini sejalan dengan penelitian Anand (2017) menunjukkan bahwa hipertensi banyak terjadi pada usia lanjut. Hal ini dikarenakan semakin bertambahnya usia elastisitas pembuluh darah akan mengecil dan akan menyebabkan aliran darah ke tubuh semakin sedikit sehingga jantung harus bekerja keras untuk memenuhi aliran darah sehingga menyebabkan hipertensi.

c. Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin banyak pengalaman hidup yang dilalui, sehingga akan lebih siap dalam menghadapi masalah yang terjadi. Sedangkan yang memiliki pendidikan rendah memiliki kejadian kualitas hidup yang kurang atau buruk (Wikananda, 2017).

Pendidikan sangat berpengaruh besar pada kesehatan, jika pendidikan seseorang semakin tinggi maka seseorang tersebut akan memikirkan tentang bagaimana pentingnya menjaga kesehatan, dan semakin rendah pendidikan maka seseorang itu akan semakin acuh tentang kesehatan tubuhnya (Rahmawati, 2017).

d. Status pernikahan

Status pernikahan dapat membedakan kualitas hidup individu yang tidak menikah, individu bercerai maupun janda, dan individu yang menikah. Dalam penelitian Empiris di Amerika mengatakan bahwa individu yang menikah mempunyai kualitas hidup yang lebih tinggi dari pada individu yang tidak menikah, bercerai ataupun janda/duda yang ditinggal pasangannya meninggal.

e. Pekerjaan

Pekerjaan juga dapat menjadi faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Seseorang baik laki-laki maupun perempuan yang memiliki pekerjaan dan sejahtera maka akan mempunyai kualitas hidup yang baik. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Anbarasan (2015) menyebutkan bahwa salah satu penyebab hipertensi adalah pekerjaan, beban kerja menimbulkan risiko terjadinya hipertensi 7 kali lipat dari normalnya. Pekerjaan yang meningkat akan membuat otot skeletal dan memerlukan banyak energy. Dan tingginya pekerjaan akan membuat pasien mengalami stress yang akan mengakibatkan terjadinya tekanan darah tinggi dan dapat menurunkan kualitas hidup.

f. Lama menderita penyakit kronis

Lamanya menderita penyakit akan berdampak dan membuat aktivitas terganggu sehingga dapat menurunkan kualitas hidup.

Diabetes dan hipertensi adalah penyakit kronis yang sering menurunkan kualitas hidup pasien, apabila tidak ditangani dengan baik maka kelompok penyakit ini bisa mengakibatkan komplikasi lain. Dm dan hipertensi tidak memberikan pengaruh/dampak yang besar terhadap mobilitas dan kegiatan sehari-hari, tetapi hanya beberapa penderita merasa sakit dan cemas terhadap penyakit yang dideritanya. Dapat dikatakan bahwa kualitas hidup pada penderita DM lebih baik daripada penderita hipertensi. Penyakit kronis dapat memberikan dampak buruk untuk kesejahteraan penderita dan peran diri dalam kehidupannya.

g. Keteraturan berobat

Tujuan pengobatan pada pasien hipertensi yaitu untuk meningkatkan kualitas hidup pada penderita hipertensi.

Menurut penelitian yang dilakukan Sari (2017), yakni terdapat hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan penyakit hipertensi jika pada penderita hipertensi tidak minum obat atau melakukan pengontrolan tekanan darah secara rutin maka akan menyebabkan komplikasi, dengan begitu mereka harus mau mengontrolkan tekanan darah dengan kontrol rutin (1 kali/bulan).

2.1.4 Pengukuran kualitas hidup

Pada tahun 1991 bagian kesehatan WHO memulai proyek organisasi kualitas kehidupan dunia (WHO QOL). Tujuannya adalah untuk mengembangkan suatu instrument penelitian kualitas hidup (QoL) yang dapat dipakai secara nasional dan secara antar budaya. Instrument WHOQOL telah dikembangkan secara kolaborasi dalam sejumlah pusat dunia. Instrument WHOQOL-BREF terdiri dari 26 item, merupakan instrument kualitas kehidupan paling pendek, namun instrument ini bisa mengakomodasi ukuran dan kualitas kehidupan seperti yang ditunjukkan dalam sifat psikometrik dan hasil pemeriksaan internasional versi pendek ini lebih sesuai. Praktis dan sedikit memakan waktu dibandingkan WHOQoL-100 atau instrument yang lainnya.

WHOQol-BREF mencakup 4 domain yaitu dari keempat domain menunjukkan sebuah persepsi individu tentang kualitas kehidupan di domain tertentu. Domain skor berskala kearah positif (yaitu skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup lebih tinggi). Cakupan indeks antara 0 (mati) dan 1 (kesehatan yang sempurna). Semua skala dan faktor diukur dengan rentang skor 0-100. Nilai skala yang tinggi mewakili tingkat respon yang lebih tinggi. Jadi nilai tinggi untuk mewakili skala fungsional tinggi atau tingkat kesehatan yang lebih baik, nilai yang tinggi untuk status kesehatan umum atau QoL yang tinggi, tetapi untuk nilai tinggi untuk skala gejala menunjukkan tingginya simtomatologi atau masalah. Dengan menggunakan teknik Tem Trade Off dimana 0 menunjukkan kematian dan 100 menunjukkan lebih buruk dari mati. Rating scale (RS) mengukur QoL dengan cara yang sangat mudah, RS menanyakan QoL secara langsung sebagai sebuah titik dari 0 yang berhubungan dengan kematian dan kurang dari 100, yang berhubungan dengan kesehatan yang sempurna (Nursalam, 2017).

2.1.5 Manfaat kualitas hidup

Taylor (1995) menyebutkan beberapa manfaat tentang kualitas hidup. Kualitas hidup disini yang dimaksud adalah kualitas hidup pada penderita penyakit kronis yaitu :

1. Mengetahui sejauh mana penyakit dapat mempengaruhi kualitas hidup.
2. Membuktikan bagaimana penyakit mempengaruhi kegiatan sosial, pribadi, serta kegiatan umum sehari-hari, menyediakan dasar bukti penting bagi intervensi yang dirancang untuk meningkatkan kualitas hidup.
3. Membantu menemukan suatu masalah yang mungkin muncul untuk pasien dengan penyakit tertentu. Informasi tersebut akan membantu dalam menentukan jenis intervensi yang mungkin diperlukan.
4. Untuk menilai dampak dari perlakuan terhadap kualitas hidup.
5. Pengambilan keputusan.
Kualitas hidup berguna untuk pengambilan keputusan dan menentukan kebijakan pengobatan untuk memaksimalkan kelangsungan hidup jangka panjang dengan kualitas hidup sebaik mungkin.

2.2 Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi merupakan penyakit tidak menular yang menjadi salah satu penyebab utama kematian premature di dunia (Kemenkes, 2019). Hipertensi merupakan suatu penyakit kronis yang sering tidak memunculkan gejala yang khas. Kesehatan yang berkaitan dengan gaya hidup sering menjadi faktor bagi seseorang pengidap penyakit hipertensi (Jufar, 2017).

Hipertensi merupakan kondisi tekanan darah yang melebihi normal dan jika tidak di tangani akan menimbulkan risiko penyakit kardiovaskuler. Tekanan darah yang tergolong dalam hipertensi ketika sistolik lebih dari sama dengan 140 mmHg (≥ 140 mmHg) dan tekanan darah diastolic lebih dari sama dengan 90 mmHg (≥ 90 mmHg) (Perhimpunan Dokter, 2019).

Hipertensi adalah salah satu penyakit kronis yang dapat mengakibatkan penurunan kualitas hidup apabila tidak ditatalaksana dengan baik. Menurut Suwardana (2010) penyakit hipertensi memiliki dampak terhadap dimensi kualitas hidup, dalam dimensi fisik, dimensi psikologis dan dimensi sosial. Dampak hipertensi secara fisik yaitu penyumbatan arteri koroner dan infark, hipertrofi ventrikel kiri,

gagal jantung, memicu gangguan serebrovaskuler dan arteriosclerosis koroner, dan dapat mengakibatkan kematian. Pada gangguan serebrovaskuler seperti stroke, terjadi perubahan penglihatan, kemampuan bicara, pening, kelemahan, jatuh mendadak atau himiplegi (Brunner, 2013).

2.2.2 Klasifikasi Hipertensi

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan Nilai Tekanan Darah

KATEGORI	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)		Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	Dan	< 80
Normal	120-129	dan/atau	80-84
Normal-tinggi	130-139	dan/atau	85-89
Hipertensi derajat 1	140-159	dan/atau	90-99
Hipertensi derajat 2	160-179	dan/atau	100-109
Hipertensi derajat 3	≥ 180	dan/atau	≥ 110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥ 140	Dan	< 90

Sumber: 2018 ESC/ESH Guidelines for The Management of Arterial Hypertension (2018)

2.2.3 Tanda dan Gejala Hipertensi

Hipertensi merupakan *silent killer*, dimana gejala dapat bervariasi dan hampir sama dengan penyakit lain. Gejala yaitu sakit kepala/rasa berat di tengkuk, pusing(*vertigo*), jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging (*tinnitus*) dan mimisan (Kemenkes, 2013).

Sering dikatakan bahwa gejala hipertensi yaitu meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam penelitian Sakamekya et al (2020) penderita hipertensi mengalami kualitas hidup buruk pada domain nyeri hal tersebut bisa disebabkan karena gejala hipertensi yang memberikan nyeri pada penderitanya khususnya nyeri pada kepala dan mata dan komplikasi pada penderita hipertensi seperti stroke, gagal ginjal dan penyakit jantung juga dapat mengakibatkan nyeri yang dialami oleh penderita hipertensi.

2.2.4 Tatalaksana Hipertensi

Hipertensi merupakan penyakit kronis yang pengobatannya membutuhkan jangka panjang. Pengobatan harus tetap diberikan dengan tujuan agar penderita bisa mengontrol tekanan darah dalam batas normal. Jika tekanan darah tidak terkontrol

maka akan memperparah terjadinya hipertensi dan dapat mengakibatkan penyakit yang lebih berbahaya, sehingga akan mempengaruhi kualitas hidup penderita. Pengobatan antihipertensi dalam jangka waktu yang panjang yang dijalani oleh penderita juga akan memiliki kemungkinan akan timbulnya efek samping yang dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita hipertensi (Alfian et al, 2018). Berikut adalah penatalaksanaan hipertensi

1. Terapi farmakologi

Terapi farmakologis pada penderita hipertensi biasanya dimulai pada hipertensi derajat 1 yang tidak terjadi penurunan tekanan darah setelah > 6 bulan menjalani pola hidup sehat dan pada penderita dengan hipertensi derajat ≥ 2 (Soenarta et al, 2015). Berdasarkan teori dari Nafrialdi (2008) menyebutkan bahwa amlodipin golongan CCB telah terbukti efektif menurunkan tekanan darah dan aman serta dapat mengatasi hipertensi darurat karena dosis awal yaitu 10 mg yang terbukti dapat menurunkan tekanan darah dalam waktu yang singkat. Apabila tidak patuh terhadap program pengobatan, maka kualitas hidup penderita semakin buruk, penelitian yang dilakukan oleh Bailey et al (2010) membuktikan bahwa kepatuhan penderita hipertensi dalam program terapi mampu meningkatkan kualitas hidup dengan mengurangi resiko terjadinya stroke sebesar 8-9% serta dapat mengurangi risiko terjadinya kematian sebesar 7% .

2. Terapi non farmakologis

Terapi non farmakologis untuk menurunkan tekanan darah yaitu dengan pola hidup sehat, pola hidup yang sehat akan berpengaruh pada peningkatan mutu gizi perseorangan dalam masyarakat dan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kualitas hidup seseorang yaitu dengan cara melalui perbaikan konsumsi pola makan, perbaikan dan perilaku sadar gizi (Kemenkes, 2013). menurut hasil penelitian Sari (2017) ada tiga landasan dalam mengontrol hipertensi yaitu dengan cara pola diet yang sehat, mengurangi asupan sodium dan lemak pada tubuh. Sedangkan menurut hasil penelitian Anisah (2008) menjelaskan bahwa pola makan yang sehat untuk penderita hipertensi yaitu tidak

mengonsumsi makanan berlemak, banyak mengandung garam, dan makanan cepat saji, serta memperbanyak makan buah dan sayur.

Orang yang mempunyai gaya hidup yang sehat yaitu orang yang rajin melakukan olahraga seperti bersepeda, jogging, dan aerobik secara teratur dapat memperlancar peredaran darah sehingga dapat menurunkan tekanan darah (Dalimartha, 2008). Selaras dengan penelitian Haskell et al (2007) yang menyatakan bahwa Aktivitas fisik yang dilakukan secara teratur terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup secara fisik dan mental pada penderita hipertensi.

2.3 Dukungan Keluarga

2.3.1 Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah proses yang terjadi terus menerus disepanjang kehidupan manusia. Dukungan keluarga berfokus pada interaksi yang berlangsung dalam berbagai hubungan sosial sebagaimana yang dievaluasi oleh individu. Dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu ada untuk memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2013).

2.3.2 Bentuk Dukungan Keluarga

Bentuk dukungan keluarga untuk pasien hipertensi (Perdana, 2017) :

1. Dukungan emosional

Dukungan emosional yaitu keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan juga dapat membantu penguasaan terhadap emosi. Dukungan emosional yang diberikan keluarga meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk kasih sayang dan perhatian seperti merawat penderita hipertensi dengan penuh kasih sayang, mendampingi dan menemani saat menjalani perawatan, dan mendengarkan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh pasien hipertensi. Dukungan emosional yang kuat dari keluarga secara langsung memberikan efek bagi peningkatan kualitas hidup penderita hipertensi. Jika masalah psikologis (emosional) penderita hipertensi tertangani dengan baik maka kualitas hidupnya akan baik pula.

2. Dukungan informasional

Dukungan informasional yaitu keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, dimana keluarga menjelaskan tentang pemberian saran dan informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Dukungan informasional yang diberikan diwujudkan dalam bentuk memberikan informasi tentang hasil pemeriksaan pada penderita hipertensi, menjelaskan hal-hal yang harus dihindari penderita selama masih menderita hipertensi, mengingatkan untuk meminum obat, olahraga ringan, istirahat, dan makan-makanan yang perlu dikonsumsi saat mengalami hipertensi. Menurut penelitian Astuti (2017) keluarga yang memberikan dukungan informasional dengan kualitas hidup penderita hipertensi memberikan peluang 7.424 kali meningkatkan kualitas hidup penderita hipertensi dibandingkan dengan yang kurang dalam memberikan dukungan informasi. Sejalan dengan peneitian yang dilakukan oleh Rahman (2017) menemukan bahwa terdapat hubungan dukungan informasi dari keluarga dengan kualitas hidup. Nilai hubungan dukungan informasi keluarga adalah positif, yang berarti semakin meningkat nilai dukungan informasi dari keluarga sebanyak 1 kali maka akan meningkatkan kualitas hidup.

3. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya yaitu dalam hal kebutuhan keuangan, makan, minum dan istirahat. Dukungan instrumental yang diberikan keluarga kepada penderita hipertensi seperti menyediakan waktu dan fasilitas bagi penderita untuk keperluan pengobatan, menyediakan makanan yang khusus bagi penderita hipertensi, membayar biaya perawatan, serta membantu aktivitas sehari-hari. Sebagai bentuk kecil yang dapat dilakukan oleh keluarga dengan mengantarkan penderita hipertensi berobat ataupun memeriksakan kesehatannya secara berkala. Segala bentuk perhatian kecil yang diberikan keluarga diharapkan dapat membantu memotivasi untuk terus meningkatkan kualitas hidupnya.

4. Dukungan penghargaan

Dukungan penghargaan yaitu keluarga yang bertindak membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan dukungan dan penghargaan. Bentuk dukungan yang dapat diberikan seperti memberikan dukungan dan semangat terhadap penderita hipertensi, memberikan pujian terhadap penderita hipertensi, melibatkan dalam pengambilan keputusan dan memberikan respon positif terhadap pendapat atau perasaan penderita hipertensi. Menurut teori Friedman (2013) mengatakan bahwa dukungan penilaian/penghargaan juga merupakan fungsi efektif keluarga yang dapat meningkatkan status psikososial pada keluarga yang sakit. Melalui dukungan ini penderita akan mendapat pengakuan atas kemampuan dan keahlian yang dimilikinya.

2.4 Kebutuhan Spiritual

2.4.1 Definisi Kebutuhan Spiritual

Kebutuhan spiritual merupakan suatu kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, serta menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan tuhan. Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan untuk mencari arti tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai serta untuk memberikan maaf (Ummah, 2016).

2.4.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi spiritual

- a. Keluarga, peran keluarga sangat penting dalam perkembangan spiritual penderita, pemberian dukungan spiritual adalah salah satu peran keluarga untuk memberikan pelayanan pada penderita hipertensi, keluarga harus membantu untuk memenuhi kebutuhan spiritual penderita sebagai bagian dari kebutuhan menyeluruh penderita. Dukungan yang diberikan dari keluarga dalam pemenuhan kebutuhan spiritual akan meningkatkan spiritual penderita dan kualitas hidup penderita hipertensi (Utama et al, 2017).

- b. Latar belakang etnik dan budaya. Sikap, keyakinan dan nilai dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Dan pada umumnya seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga. Dukungan spiritual dan dukungan sosial sangat di butuhkan untuk meningkatkan kesehatan mental, semangat hidup dan kualitas hidup penderita hipertensi, spiritual juga penting di kembangkan untuk menjadi dasar tindakan dalam pelayanan kesehatan (Utama et al, 2017).
- c. Pengalaman hidup sebelumnya, pengalaman hidup yang positif ataupun negative dapat mempengaruhi spiritual pasien hipertensi dan dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Peristiwa dalam kehidupan seseorang dianggap sebagai salah satu cobaan yang diberikan kepada manusia untuk menguji keimanannya.
- d. Krisis dan perubahan, krisis dan perubahan bisa mengutakan spiritual seseorang krisis sering dialami seseorang ketika menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan dan bahkan kematian. Perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual yang bersifat fisik dan emosional, ketika menderita penyakit hipertensi maka penderita akan merasakan nyeri dan seiring berjalannya waktu nyeri yang dirasakan akan berakibat menurunkan kualitas hidupnya, semakin menua seseorang maka akan berpengaruh pada fisik dan akan menurunkan kualitas hidup, kehilangan akan mempengaruhi mental dan akan berakibat penurunan pada kualitas hidup.
- e. Terpisah dari ikatan spiritual, menderita penyakit terutama penyakit kronis sering kali membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dari sistem dukungan sosial. Penelitian yang dilakukan Coyle (2014) mengindikasikan bahwa seseorang yang merasa dirinya sendiri, kesepian juga bisa disebut dengan isolasi sosial akan berdampak pada penyakit hipertensi. Seseorang yang tidak mampu berinteraksi baik kepada keluarga, anak, pasangan, bahkan masyarakat sekitar akan meningkatkan resiko terjadinya hipertensi dan pada umumnya akan berpengaruh pada penurunan kualitas hidup (Riyadina et al, 2019)

- f. Isu moral terkait dengan terapi, pada sebagian agama proses penyembuhan merupakan sebagai cara tuhan untuk menunjukkan kebesarannya. Walaupun terdapat beberapa agama yang menolak intervensi pengobatan (Ummah, 2016)

2.4.3 Karakteristik Spiritual

Menurut Young (2007) karakteristik spiritualitas yaitu:

1. Hubungan dengan diri sendiri

Yaitu kekuatan dari dalam diri sendiri, yang meliputi pengetahuan dan sikap tentang diri. Pengetahuan diri merupakan jawaban dari pertanyaan tentang apa dan siapa dirinya. Sikap terkait dengan kepercayaan pada diri sendiri, percaya pada kehidupan atau masa depan, ketenangan pikiran serta keselarasan dengan diri sendiri kekuatan yang timbul dari diri seseorang membantunya menyadari makna dan tujuan hidupnya

a. Kepercayaan (*Faith*)

Kepercayaan bersifat universal, yaitu merupakan penerimaan individu untuk kebenaran yang tidak dapat dibuktikan oleh pikiran yang logis. Kepercayaan dapat memberikan arti dalam hidup dan kekuatan bagi individu ketika mengalami komitmen terhadap sesuatu atau seseorang sehingga dapat memahami kehidupan manusia dengan wawasan yang lebih luas.

b. Harapan (*Hope*)

Harapan yaitu berhubungan dengan ketidakpastian dalam hidup dan merupakan suatu proses interpersonal yang terbina melalui hubungan saling percaya dengan orang lain, termasuk dengan Tuhan, harapan akan sangat penting bagi individu yang menderita penyakit kronis seperti hipertensi tanpa harapan banyak orang mengalami depresi dan cenderung akan menurunkan kualitas hidupnya

c. Makna atau arti dalam hidup (*meaning of live*)

Perasaan untuk mengetahui makna hidup yaitu diidentikkan dengan perasaan dekat dengan Tuhan, merasakan hidup suatu pengalaman yang positif seperti halnya membicarakan tentang situasi yang nyata, membuat

hidup lebih terarah, penuh harapan tentang masa depan, mencintai dan dicintai oleh orang lain

2. Hubungan dengan orang lain

Karakteristik spiritual berhubungan dengan orang lain di dasari oleh kepercayaan, harapan dan makna hidup yang terbangun dalam spiritualitas pribadi. Hubungan ini dibedakan atas harmonis dan tidak harmonisnya hubungan dengan orang lain. Harmonis yaitu meliputi pembagian waktu, pengetahuan dan sumber secara timbal balik, mengasuh anak, mengasuh orang tua yang sakit, serta meyakini kehidupan dan kematian, kondisi yang tidak harmonis mencakup konflik dengan orang lain.

Hubungan dengan orang lain lahir dari kebutuhan, keadilan dan kebaikan, menghargai kelemahan dan kepekaan orang lain, rasa takut akan kesepian, keinginan dihargai dan diperhatikan. Sifat yang berhubungan dengan orang lain yang dapat dikembangkan antara lain yaitu memaafkan, mengembangkan kasih sayang dan dukungan sosial. Dengan demikian jika seseorang mengalami kekurangan atau kelemahan maka orang dapat memberi dukungan psikologis dan sosial. Dimana penderita hipertensi mempunyai kualitas hidup yang cenderung buruk maka penderita membutuhkan dukungan sosial maupun psikologi dari keluarga, teman, untuk meningkatkan kualitas hidup, penderita juga harus mengkonsumsi obat-obatan dalam jangka panjang hal tersebut akan berdampak pada psikologis penderita hipertensi. Maka dari itu penderita hipertensi membutuhkan dukungan sosial dan psikologi dari orang terdekat untuk meningkatkan kualitas hidupnya

3. Hubungan dengan alam/lingkungan

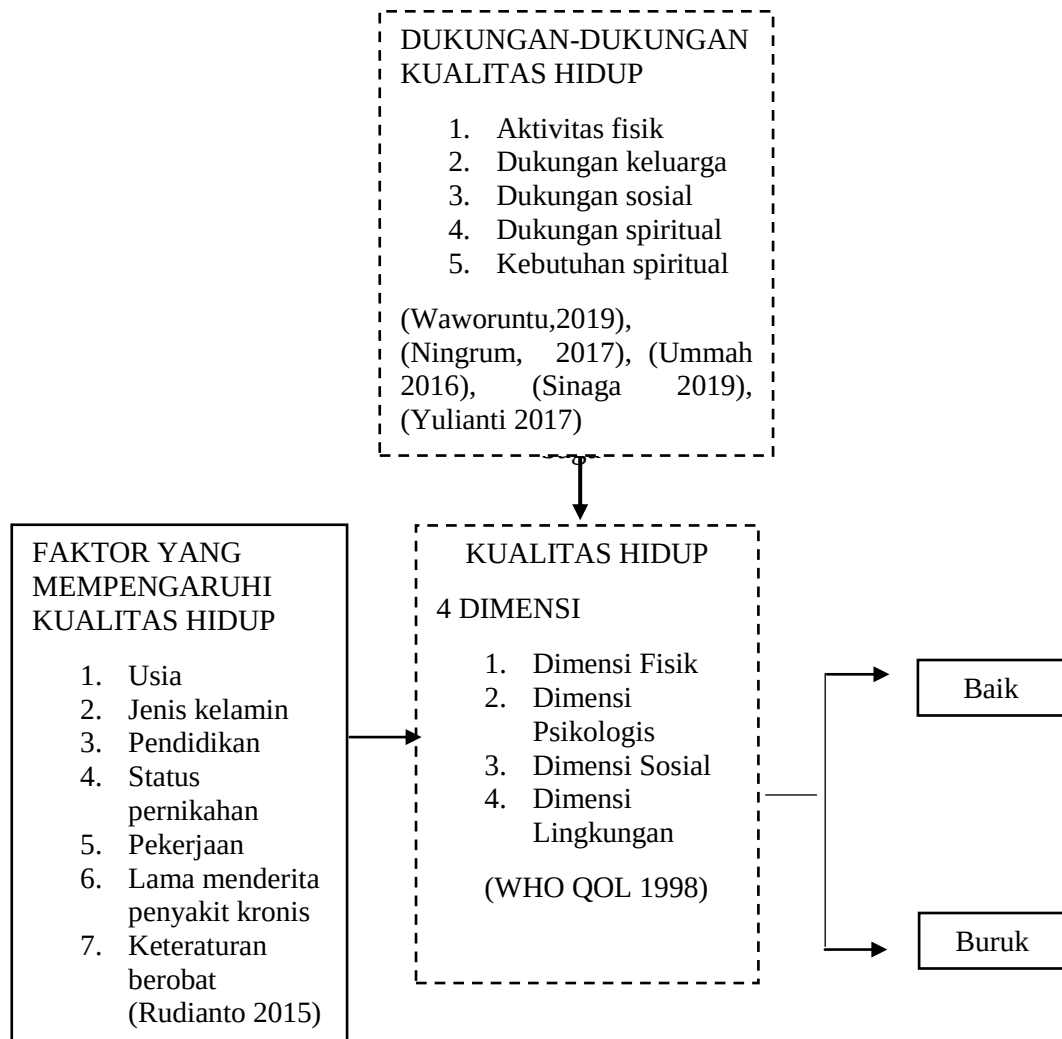
Karakteristik hubungan dengan alam lebih menekankan pada keselarasan dalam mengetahui dengan pengetahuan alam, kepercayaan tentang alam tanah, air, udara, aroma, tanaman, satwa, akan menciptakan pola perilaku manusia terhadap alam. Keadaan ini menimbulkan keselarasan dan rekreasi untuk individu.

Rekreasi merupakan kebutuhan spiritual seseorang dalam menumbuhkan keyakinan, rahmat, rasa terima kasih, harapan dan cinta kasih dengan alam yang telah dianugerahkan oleh Tuhan. Maka akan tercapailah kedamaian kehidupan dan merasa lebih tenang.

4. Hubungan dengan tuhan

Hubungan dengan tuhan tampak dari sikap dan perilaku agamis dan tidak agamis. Keadaan ini membangun berbagai upaya ritual keagamaan seperti bersyukur, sembahyang, puas atau berdoa, pada penderita hipertensi melakukan tindakan solat mempeunyai efektivitas untuk menurunkan tekanan darah, apabila tekanan darah menurun dan spiritual berjalan dengan baik maka penderita hipertensi akan cenderung mempunyai kualitas hidup yang baik.

2.5 Kerangka Teori



Bagan 1. Kerangka teori

Sumber : (Waworuntu,2019), (Ningrum, 2017), (Ummah 2016), (Sinaga 2019),
(Yulianti 2017), (Rudianto 2015) ,(WHO QOL 1998)

Keterangan :

----- : Diteliti
 _____ : Tidak diteliti

2.6 Hipotesis penelitian

Hipotesis penelitian adalah prediksi tentang hubungan antara dua variabel atau lebih variabel. Sebuah hipotesis sehingga menerjemahkan sebuah pertanyaan penelitian kuantitatif ke dalam prediksi yang tepat hasil yang diharapkan. Sebuah hipotesis, sebagian biasanya terlalu sedikit yang diketahui tentang topic tersebut untuk membenarkan sebuah hipotesa dan sebagian karena peneliti kualitatif ingin penyelidikan dipandu oleh sudut pandang dan bukan oleh mereka sendiri. (Polit, 2012)

Hipotesis dari penelitian ini adalah :

Ha : Ada hubungan Dukungan keluarga dan Kebutuhan spiritual terhadap kualitas hidup penderita hipertensi di Puskesmas Bandongan

Ho : tidak ada hubungan antara Dukungan Keluarga dan Kebutuhan Spiritual terhadap kualitas hidup penderita hipertensi di Puskesmas Bandongan

BAB 3

METODE PENELITIAN

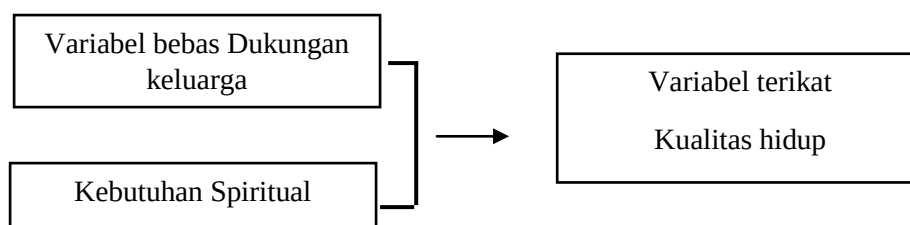
3.1 Rancangan penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian survey analitik, yaitu penelitian yang mencoba menggali mengapa dan bagaimana fenomena itu terjadi, kemudian dilakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena/faktor resiko dengan faktor efek. Faktor efek yaitu semua akibat dari adanya faktor resiko, sedangkan faktor resiko yaitu suatu fenomena yang dapat mengakibatkan terjadinya efek atau pengaruh (Notoatmodjo, 2010). Di dalam penelitian ini yang menjadi faktor risiko yaitu hipertensi dan faktor efek yang diakibatkan dari faktor resiko yaitu kualitas hidup.

Rancangan pada penelitian ini menggunakan desain *non experimental* dengan metode *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu waktu (Nursalam, 2014).

3.2 Kerangka konsep penelitian

Kerangka konsep penelitian merupakan suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep atau terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan yang lain dari masalah yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep penelitian yang dikembangkan di dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel independent (bebas) dan variabel dependent (terikat)



Bagan 2. Kerangka konsep

3.1.1 Variabel independent (variabel bebas/intervensi)

Variabel bebas yaitu variabel yang dapat mempengaruhi atau menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependent (terikat). Variabel independent dalam penelitian ini adalah hubungan dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual (Sugiyono, 2011).

3.1.2 Variabel dependent (variabel terikat)

Variabel dependent (terikat) yaitu variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variabel independent (bebas). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup (Sugiyono, 2011).

3.3 Definisi operasional

Definisi operasional merupakan suatu proses atau pemberian arti pada masing-masing variabel yang terlibat dalam penelitian, definisi operasional bermanfaat untuk kepentingan akurasi komunikasi dan replikasi agar memberikan gambaran dan pemahaman yang sama kepada setiap orang tentang variabel-variabel yang digunakan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011). Definisi operasional yang digunakan sebagai parameter/ukuran dalam penelitian ini yaitu:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Cara pengukuran	Hasil ukur	Skala ukur
Variabel independen					
Dukungan keluarga	Dukungan yang diberikan keluarga merupakan dukungan yang diberikan oleh keluarga terhadap penderita hipertensi yang meliputi dukungan instrumental, emosional,	Kuesioner yang berisi 19 item pertanyaan dan terbagi dalam 4 domain yaitu : Dukungan emosional Dukungan informasi al Dukungan instrumental Dukungan	Kuesioner dengan 19 item pertanyaan dengan 2 pilihan jawaban : Ya dan tidak	Pengukuran hasil penelitian secara umum dikategorikan sebagai berikut : Baik (29-38) Buruk (19-28)	Skala ordinal

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Cara pengukuran	Hasil ukur	Skala ukur
	informasional, dan penghargaan.	penghargaan			
Kebutuhan spiritual	Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan kewajiban beragama bagi penderita penyakit kronis yang meliputi hubungan dengan diri sendiri, sesama, lingkungan, dan Tuhan.	Kuesioner spiritual Needs Quesionaire (SpNQ) yang berisi 29 item pertanyaan. Pertanyaan dalam 4 domain: Religiousity : (nomor 3,17,18,19,20,21,22) Inner peace : (nomor 1,2,6,7,8,12,23) Existential : (nomor 4,5,9,10,11,15,16) Actively giving : (nomor 13,14,24,25,26,27,28,29)	Kuesioner dengan 29 pertanyaan, dengan 4 pilihan jawaban: 0 : tidak penting 1 : cukup penting 2 : sangat penting 3 : amat sangat penting	Pengukuran hasil penelitian secara umum dikategorikan sebagai berikut : Sangat penting dengan skor (59-87) Cukup penting (30-58) Tidak penting (0-29)	Skala ordinal

Variabel dependent					
Variabel	Persepsi	Kuesioner	Kuesioner	Pengukuran	Skala
Dependen : kualitas hidup	individu yang ditinjau dari konteks budaya, sistem nilai tempat mereka tinggal, hubungan kesenangan dan perhatian mereka yang mencakup kesehatan	WHOQOL-BREF yang berjumlah 26 pertanyaan dan terbagi dalam 4 indikator : Dimensi fisik (3,4,10,15,16,17,18) Dimensi	yang berjumlah 26 pertanyaan dengan 5 pilihan jawaban: SB : Sangat buruk B : Buruk BBS : Biasa-biasa saja BK : Baik SB : Sangat baik	hasil penelitian secara umum dikategorikan sebagai berikut: Baik = 96-130 Sedang = 61-95 Buruk = 26-60	Ordinal

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Cara pengukuran	Hasil ukur	Skala ukur
	fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.	psikologis (5,6,7,11,19,26) Dimensi sosial (20,21,22) Dimensi lingkungan (8,9,12,13,14,23,24,25)			

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri dari obyek/subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2011). Populasi dalam penelitian ini yaitu penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bandongan dengan jumlah populasi 7.425 penderita.

3.4.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2011). Sampel digunakan untuk mereduksi objek penelitian yang didalamnya dilakukan generalisasi hasil penelitian, sehingga bisa ditarik kesimpulan umum, pengambilan sampel dapat dilakukan dengan teknik sampling dan penentuan teknik ini sangat penting peranannya dalam suatu penelitian. Teknik sampling merupakan teknik pengambilan sampel (Sugiyono, 2011). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini diambil dengan teknik *proportional random sampling*. Proportional random sampling dipilih peneliti karena peneliti akan melakukan pengambilan anggota sampel dengan cara menghitung sesuai populasi pada tiap tingkat.

Penentuan kriteria sampel sangat membantu peneliti dalam mengurangi bias atau hasil penelitian, khususnya jika terdapat variabel-variabel (kontrol atau perancu) yang ternyata dapat berpengaruh terhadap variabel yang diteliti. Maka dari itu

kriteria sampel yang diharapkan adalah sampel yang memenuhi syarat inklusi maupun eksklusi (Nursalam, 2011).

1) Kriteria sampel

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik dari subjek penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel yang diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Penderita hipertensi
- 2) Tinggal di kecamatan bandongan
- 3) Bersedia mengikuti prosedur penelitian

b. Kriteria eksklusi

Kriteria adalah menghilangkan aspek penelitian karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Mengalami gangguan komunikasi
- 2) Mengalami gangguan kognitif

3.4.3 Besar sampel penelitian

Rumus perhitungan besar sampel yang digunakan oleh peneliti yaitu dengan menggunakan rumus Slovin:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{N7425}{1 + 7425(0,1)^2}$$

$$n = \frac{7425}{74,26}$$

$$= 99,9 \text{ atau } 100$$

Jadi sampel yang diteliti yaitu 100 responden

Keterangan :

n : jumlah sampel

N : jumlah populasi

e : batas toleransi kesalahan (*error tolerance*) 10%

Berdasarkan perhitungan rumus diatas dikoreksi besar sampel untuk antisipasi *drop out* dengan perhitungan sebagai berikut:

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

$$n' = \frac{100}{1 - 0,1}$$

$$n' = 111$$

Keterangan

n' : jumlah sampel koreksi

n : besar sampel yang dihitung sebelumnya

f : perkiraan posi *drop out* (0,1)

Besar sampel yang diperlukan dalam penelitian ini berjumlah 111 responden, pengambilan sampel menggunakan teknik *proportional random sampling* dan telah dikoreksi besar sampel untuk antisipasi *drop out*.

Menurut Machfoedz (2008) cara menentukan besar sampel proporsional dalam penelitian ini menggunakan rumus :

$$n = \frac{\text{Jumlah populasi per kelompok (Nx)}}{\text{Jumlah populasi Total (N)}} \times \text{Subjek sampel (S)}$$

Tabel 3.2 Perhitungan Sampel Proporsional

No.	Desa	Perhitungan Sampel	Jumlah
1.	Sukodadi	$n = \frac{753 \times 111}{7425}$ = 11,25	11
2.	Tonoboyo	$n = \frac{973 \times 111}{7425}$ = 14,54	15
3.	Gandusari	$n = \frac{1385 \times 111}{7425}$ = 20,70	21
4.	Rejosari	$n = \frac{2229 \times 111}{7425}$ = 33,32	33
5.	Bandongan	$n = \frac{2085 \times 111}{7425}$ = 31,16	31
Jumlah			111

3.5 Waktu dan tempat penelitian

3.5.1 Waktu penelitian

Waktu penelitian dilakukan sejak bulan Juli sampai bulan Agustus 2021. Dimulai dari penyusunan proposal sampai pengolahan data dan pelaporan hasil penelitian. Untuk penyusunan proposal bulan Oktober 2020- Juli 2021 untuk penyebaran kuesioner Juli 2021 dan penyusunan hasil akhir dilaksanakan bulan Agustus 2021

3.5.2 Tempat penelitian

Tempat penelitian dilakukan di Puskesmas Bandongan karena di Bandongan kasus hipertensi mencapai angka 7425 penderita

3.6 Alat ukur dan metode pengumpulan data

3.6.1 Alat pengumpulan data

Alat yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan kuesioner. Kuesioner merupakan suatu penelitian pengumpul data dengan formal untuk menjawab pertanyaan yang diberikan oleh peneliti secara tertulis

Penelitian ini menggunakan 4 macam kuesioner yaitu :

1. Kuesioner 1 (kuesioner karakteristik responden)

Kuesioner ini terdiri atas hal-hal yang berkaitan dengan identitas responden berupa data demografi. Data tersebut meliputi nama, umur responden, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, lama menderita penyakit kronis, keteraturan berobat.

2. Kuesioner 2 (kuesioner dukungan keluarga)

Alat ukur yang digunakan dalam dukungan keluarga adalah kuesioner berisi 19 item pertanyaan tentang dukungan keluarga yang meliputi dukungan emosional, informasional, instrumental, dan dukungan penghargaan. Kuesioner ini diadopsi dari skripsi (Radiani et al, 2018). dan telah di modifikasi dan diuji validitas rebilitas oleh (Utari, 2017) diuji validitas dan reabilitas pada 19 responden di wilayah kerja Puskesmas Mandalle.

Kuesioner ini mempunyai 4 domain yaitu emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan dengan menggunakan skala Guttman yaitu Ya diberi skor 2 dan Tidak diberi skor 1 sehingga didapatkan skor terendah adalah 19 dan skor tertinggi yaitu 38

3. Kuesioner 3 (kuesioner kebutuhan spiritual)

Kuesioner kebutuhan spiritual yaitu *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ) yang disusun oleh Prof Dr. med Arndt Bussing, University Witten/Herdecke, Germany. Kuesioner ini terdiri dari 4 domain, yaitu *Religiosity*, *inner peace*, *existential needs* dan *actively giving*. Terdapat 29 pertanyaan kategori *religiosity* terdapat pada soal nomor 3,17,18,19,20,21,22 *inner peace* pada nomor 1,2,6,7,8,12,23, *existential needs* nomor 4,5,9,10,11,15,16, *actively giving* terdapat pada soal nomor 13,14,24,25,26,27,28,29.

Jawaban dari pertanyaan kuesioner kebutuhan spiritual adalah tidak penting (skor 0), cukup penting (skor 1), sangat penting (skor 2), dan amat sangat penting (skor 3). Tingkat kebutuhan spiritual dapat diketahui dengan menjumlahkan dari setiap item pertanyaan dengan peringkat nilai 0-29 dikatakan tidak penting, 30-58 dikatakan cukup penting dan 59-87 dikatakan sangat penting

4. Kuesioner 4 (kuesioner kualitas hidup WHOQOL-BREF)

Alat ukur variabel kualitas hidup berupa kuesioner yang dibuat oleh WHO yaitu *World Health Organization Quality Of Life-Bref* (WHOQOL-BREF) merupakan rangkuman dari *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL)-100 dan terdiri dari 26 item pertanyaan, berisi tentang aspek-aspek kualitas hidup, yang meliputi dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi hubungan sosial, dan dimensi lingkungan, alat ukur ini telah diadaptasi ke berbagai bahasa, termasuk kedalam bahasa Indonesia, WHOQOL-BREF adalah alat ukur yang hasilnya *valid* dan *reliable* dalam mengukur kualitas hidup.

Kuesioner ini terdiri dari dua bagian yang berasal dari kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum. Semua pertanyaan berdasarkan pada *skala likert* lima poin (1-5) dan terdapat empat macam pilihan jawaban yang focus kedalam intensitas, kapasitas, frekuensi, dan evaluasi. Instrumen ini terdiri dari

pertanyaan yang positif kecuali pada tiga pertanyaan yaitu nomor (3,4 dan 26) yang bernilai negative. Skor pada tiap domain (*raw score*) ditransformasikan dalam skala 0-100.

Terdiri dari 26 pertanyaan dan 5 jawaban yaitu Sangat Buruk, Buruk, Biasa-biasa Saja, Baik, Sangat Baik. Pada pertanyaan positif, Pilihan jawaban Sangat Buruk diberi skor 1, Buruk diberi skor 2, Biasa-biasa Saja diberi skor 3, Baik diberi skor 4, Sangat baik diberi skor 5. Sedangkan pada pertanyaan yang negative Sangat Buruk diberi skor 5, Buruk diberi skor 4, Biasa-biasa Saja diberi skor 3, Baik diberi skor 2, Sangat baik diberi skor 1. Total skor diklasifikasikan menjadi 3 kategori yaitu 1 Rendah = 25-60,2, Sedang = 61-95,3, Tinggi = 96-130.

Tabel 3.3 kisi-kisi kuesioner kualitas hidup

No.	Indikator	Item pertanyaan	Jumlah item pertanyaan
1	Dimensi fisik	1,2,3,4,10,15,16,17,18	9
2	Dimensi psikologis	5,6,7,11,19,26	6
3	Dimensi sosial	20,21,22	3
4	Dimensi lingkungan	8,9,12,13,14,23,24,25	8

3.6.2 Metode pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan cara menyebar kuesioner pada responden yang telah dipilih yaitu penderita hipertensi di Wilayah Kecamatan Bandongan prosedur pengumpulan data yang dilakukan peneliti yaitu :

- Tahap persiapan konsultasi pembimbing, studi pustaka, menyusun proposal penelitian, dan melaksanakan seminar proposal.
- Peneliti menyerahkan surat izin ke Dinas kesehatan Kab.Magelang untuk mendapatkan surat izin untuk penelitian
- Surat izin diserahkan ke Puskesmas Bandongan
- Peneliti melakukan koordinasi dengan pihak Puskesmas
- Peneliti melakukan koordinasi dengan asisten penelitian yang akan membantu dalam pengambilan data
- Peneliti menjelaskan secara langsung kepada asisten penelitian untuk cara pengisian kuesioner dan penjelasan skor dalam pengambilan data.

- g. Kuesioner dibagikan oleh asisten penelitian di wilayah kerja Puskesmas Bandongan
- h. Setelah kuesioner diisi oleh responden maka peneliti meneliti kembali apakah kuesioner sudah diisi semua atau masih ada yang belum terisi
- i. Setelah kuesioner sudah lengkap dan tidak ada yang kosong peneliti mengolah data yang sudah didapat dengan menggunakan aplikasi spss.

3.6.3 Uji Validitas dan Reliabilitas

3.6.3.1 Uji validitas

Validitas merupakan suatu ukuran yang menunjukkan kavalidan atau kesahihan suatu instrument. Pengujian validitas yaitu mengacu pada sejauh mana suatu instrument dalam menjalankan fungsi. Instrument dikatakan valid jika instrument tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang hendak diukur (Sugiyono, 2011).

Uji validitas kuesioner dukungan keluarga telah dilakukan oleh peneliti yang sebelumnya (Radiani et al, 2018) yang hasilnya valid dengan nilai *content validity ratio* (CVR) 1.00. uji validitas pada kuesioner WHOQOL yang dilakukan oleh Sekarwiri (2008) menunjukkan bahwa semua pertanyaan valid ($r=0,445-0,889$). Instrument dukungan keluarga menggunakan kuesioner SpNQ oleh Dr. Arndt Buessing Bussing, University Witten/Herdecke, Germany. peneliti sudah mengajukan ijin dan telah beliau sudah memeberi ijin dan peneliti mendapatkan versi asli dengan 9 bahasa termasuk bahasa Indonesia. yang diterjemahkan oleh Nur Laili Fithrianan dengan hasil uji validitas instrument 0,339-0,665

3.6.3.2 Uji Reabilitas

Reabilitas merupakan sebuah indeks alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator variabel atau konstruk. Suatu alat ukur dikatakan reliable jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten dan stabil dari waktu ke waktu. Sedangkan uji reabilitas adalah proses pengukuran terhadap ketepatan (konsisten) dan suatu instrument (Ghozali, 2009).

Uji reabilitas instrument dukungan keluarga tidak dilakukan uji reabilitas karena dalam penelitian ini menggunakan kuesioner dari hasil penelitian (Radiani et al, 2018) yang menggunakan metode alpha cronbach's dengan nilai $0,8 > 0,6$ yang berarti kuesioner ini reliabel untuk digunakan. Uji reabilitas pada instrument WHOQOL dilakukan oleh Sekarwiri (2008) menunjukkan *cronbach alpha* sebesar 0,902 ($>0,6$) sehingga dapat disimpulkan bahwa WHOQOL merupakan alat ukur yang reliable.

Uji reabilitas tidak dilakukan dalam penelitian ini karena kuesioner WHOQOL dan SpNQ sudah baku, instrument SpNQ yang dikembangkan oleh Prof Dr. med Arndt Bussing, University Witten/Herdecke, Germany. peneliti sudah mengajukan ijin dan telah beliau sudah memberi ijin dan peneliti mendapatkan versi asli dengan 9 bahasa termasuk bahasa Indonesia.

3.7 Metode Pengolahan dan Analisa Data

3.7.1 Metode Pengolahan

Metode pengolahan data dibagi menjadi 4 yaitu :

a. Editing

Peneliti melakukan pengecekan kelengkapan isi kuesioner, kejelasan pengisian jawaban dalam kuesioner. Setelah melakukan pengecekan pengisian kuesioner dan apabila jawaban ada yang tidak lengkap atau kurang jelas akan diklarifikasi kepada responden.

b. Coding

Pengkodean (coding) merupakan suatu kegiatan penyederhanaan dengan menggunakan simbo-simbol tertentu untuk masing-masing data untuk memudahkan pengolahan data. Pemberian kode ini sangat penting jika pengolahan dan analisis data menggunakan aplikasi computer. Coding dalam penelitian ini yaitu :

Tabel 3.4 coding

Variabel	Hasil penelitian	Coding
Umur	Usia pertengahan (45-59 tahun)	1

Variabel	Hasil penelitian	Coding
	Lanjut usia (60-74 tahun)	2
	Lanjut usia tua (75-90 tahun)	3
	Usia sangat tua (>90 tahun)	4
Jenis kelamin	Laki-laki	1
	Perempuan	2
Pendidikan	SD	1
	SMP	2
	SMA	3
	Perguruan tinggi	4
	Tidak sekolah	5
Status pernikahan	Menikah	1
	Tidak menikah	2
	Janda	3
	Duda	4
Pekerjaan	PNS	1
	Swasta	2
	Petani	3
	Buruh/karyawan	4
	Tidak bekerja	5
	Lainnya	6
Lama menderita penyakit kronis	≥ 1 tahun	1
	< 1 tahun	2
Keteraturan berobat	Teratur	1
	Tidak teratur	2
Dukungan keluarga	Baik	2
	Buruk	1
Kebutuhan spiritual	Sangat penting	3
	Cukup penting	2
	Tidak penting	1
Kualitas hidup	Buruk	1
	Sedang	2
	Baik	3

c. Tabulasi data

Tujuan dilakukan tabulasi data untuk menghitung data tertentu secara statistic. Data-data penelitian yng didapatkan dimasukkan kedalam table sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan.

d. Entry data

Setelah data dikelompokkan pada kriteria, selanjutnya yaitu dilakukan pemasukan data secara manual atau melalui pengolah data di computer

e. Cleaning

Langkah ini peneliti lakukan pengecekan untuk mengetahui adanya kesalahan atau kekurangan selama proses pengolahan data.

3.7.2 Analisa data

3.7.2.1 Analisa data Univariat

Analisa data univariat adalah analisis yang digunakan terhadap variabel dari penelitian untuk melihat distribusi dengan melihat prosentase masing-masing (Hastono, 2011). Analisis univariat berfungsi untuk meringkas data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Data dalam penelitian ini berupa dalam table berdasarkan kategori dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual terhadap kualitas hidup hipertensi di Puskesmas Bandongan

3.7.2.2 Analisa data Bivariat

Analisis ini digunakan dengan tujuan untuk menguji variabel-variabel penelitian yaitu variabel independent dengan dependent. Hal ini berguna untuk membuktikan atau menguji hipotesis yang telah dibuat (Sugiyono, 2007). Uji yang digunakan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual terhadap kualitas hidup penderita hipertensi menggunakan uji statistic korelasi spearman karena skala ukur pada penelitian ini yaitu dengan menggunakan skala ordinal dan ordinal.

Tabel 3.5 metode analisa data

Variabel	Skala ukur	Cara uji
Variabel independent (dukungan keluarga & kebutuhan spiritual)	Ordinal	Korelasi spearman
Variabel dependent (kualitas hidup)		

3.8 Etika Penelitian

Penelitian yaitu upaya mencari kebenaran terhadap semua fenomena kehidupan manusia, baik yang menyagkut feomena alam maupun sosial, budaya, pendidikan, kesehatan, ekonomi, politik, peneliti dalam menjalankan tugas penelitiannya hendaknya memegang teguh sikap ilmiah (*secientific attitude*) serta berpegang

teguh pada etika penelitian, meskipun mungkin penelitian yang dilakukan tidak merugikan atau membahayakan orang lain (Notoatmodjo, 2010). Penelitian juga melindungi responden dengan memperhatikan aspek-aspek etik yaitu : (Nursalam, 2014)

3.8.1 *Self determination*

responden mempunyai hak memutuskan apakah bersedia menjadi responden atau tidak tanpa dikenakan sanksi apapun.

3.8.2 *Privacy*

responden mempunyai hak bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu tidak perlu adanya nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*)

3.8.3 *Informed consent*

merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian.

3.8.4 *Beneficence* (manfaat)

prinsip etika penelitian adalah memberikan manfaat semaksimal mungkin dengan resiko seminimal mungkin. Prinsip ini juga mencakup tidak melakukan hal-hal yang berbahaya bagi responden penelitian.

3.8.5 *Nonmaleficence* (keamanan)

Peneliti memperhatikan segala unsur yang dapat membahayakan dan hal-hal yang dapat merugikan responden mulai dari awal penelitian.

3.8.6 *Justice* (keadilan)

Peneliti memberikan perlakuan yang sama pada setiap responden tanpa membedakan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini berisi tentang kesimpulan dan saran yang berdasarkan dari hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilaksanakan dan merupakan jawaban dari tujuan penelitian.

5.1 Kesimpulan

Adapun simpulan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Gambaran kualitas hidup responden paling banyak berkualitas hidup yang baik, yaitu 67 responden (60,4%).
2. Gambaran dukungan keluarga responden paling banyak memiliki dukungan yang baik dari keluarganya 105 responden (94,6%).
3. Gambaran kebutuhan spiritual responden paling banyak responden membutuhkan spiritual yaitu cukup penting 55 responden (46,8%).
4. Dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual berpengaruh secara signifikan terhadap kualitas hidup penderita hipertensi dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif, dilihat dari nilai $r\ 0,499 > 0,195$. Semakin baik dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual maka semakin baik kualitas hidupnya.

5.2 Saran

Adapun saran adalah sebagai berikut :

1. Bagi responden
Bagi responden disarankan lebih rileks dan mencari solusi untuk mengatasi hipertensi.
2. Bagi Tenaga Kesehatan
Penelitian ini dapat memberikan edukasi tentang pentingnya peran dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual terhadap kualitas hidup penderita hipertensi
3. Bagi Profesi Perawat

Bagi profesi perawat dapat menerapkan strategi untuk mengatasi kasus seperti hipertensi pada responden / masyarakat di wilayah tugas Puskesmas masing-masing.

4. Bagi Keluarga

Bagi keluarga hasil penelitian ini diharapkan keluarga dapat mengetahui peranannya sebagai dukungan keluarga dan spiritual untuk meningkatkan kualitas hidup.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Bagi penelitian selanjutnya, dapat dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penderita hipertensi.
- b. Bagi penelitian selanjutnya, dapat dilakukan pada usia muda tentang pengertian hipertensi.
- c. Bagi penelitian selanjutnya, dapat mencakup semua keyakinan responden sehingga lebih bervariasi status agamanya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfian, Riza et al. 2018. "Profil Kualitas Hidup Dan Tekanan Darah Pasien Hipertensi Rawat Jalan Di RSUD Ulin Banjarmasin." *Jurnal Ilmiah Manuntung* 4(2): 106–13.
- Amal, Ahmad Ikhlasul, and Elvi Khofsoh. 2012. "Potret Kebutuhan Spiritual Pasien HIV / AIDS Description Of Spiritual Need Among Hiv Aids Patient." : 70–74.
- Anand, Enu, and Jayakant Singh. 2017. "Hypertension Stages and Their Associated Risk Factors among Adult Women in India." *Journal of Population and Social Studies* 25(1): 43–54.
- Anbarasan, Sri. 2015. "Gambaran Kualitas Hidup Lansia Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Rendang Pada Periode 27 Februari Sampai 14 Maret 2015." *Intisari Sains Medis* 4(1): 113.
- Anggraini, Ida, Reni Zulfitri, and Riri Novayelinda. 2011. "Hubungan Antara Status Spiritual Lansia Dengan Gaya Hidup Lansia."
- Anisah C, dan Umdatus Soleha U. 2008. "Gambaran Pola Makan Pada Penderita Hipertensi Yang Menjalani Rawat Inap Di Irna F Rsud Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan."
- Astuti. 2017. "Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa." 1(2): 89–99.
- Bailey JE, Wan JY, Tang J, Ghani MA, Cushman WC. 2010. "Antihypertensive Medication Adherence, Ambulatory Visit, and Risk of Stroke and Death." *journal of General Interna Medicine*.
- Bain, G., H., Lemmon, H., Teunisse, S., Starr, John M., Fox, H., C., Whalley, L., J. 2003. "Quality of Life Healthy Old Age: Relationship with Childhood IQ, Minor Psychological Symptoms and Optimism. Social Psychiatric Epidemiology." (August).
- Balboni, T., Balboni, M., Enzinger, A.Gallivan, k., eLIZABETH, P., & Wright, A. 2013. "Provision of Spiritual Support to Patient with Advanced Cancer by Religious Communities and Associations With Medical Care at the End of Life." *Indonesian Journal of Pharmacy* 30(4): 309–15.
- Bhandari, Nisha, Babu Ram, K C Takma, and Isabel Lawot. 2016. "International Journal of Nursing Sciences Quality of Life of Patient with Hypertension in Kathmandu." *International Journal of Nursing Sciences* 3(4): 379–84.
- Brunner, Suddarth &. 2013. 2 *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*.
- Coyle, C. 2014. "The Effects Of Loneliness and Social Isolation on Hypertension in Later Life: Including Risk, Diagnosis and Management of the Chronic Condition." *university of Massachusetts Boston*.
- Dalimartha, S.Purnama, B.T Sutarina, N.Mahendra, B.& darmawan, R. 2008. "Care Your Self Hipertensi."
- Destarina, Vera. 2015. "Gambaran Spiritualitas Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Khusnul Khotimah Pekanbaru." *Ramanujan Journal*: 1–8.
- Dokter, Perhimpunan. 2019. *Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi*.
- Dokter, Perhimpunan, Spesialis Kardiovaskular, and Edisi Pertama. 2015. "Pedoman Tatalaksana Hipertensi Pada Penyakit Kardiovaskular."

- Ekasari M.F., N.I.Riasmini, T.Hartini. 2018. "Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia Konsep Dan Berbagai Intervensi. Malang: Wineka Media."
- Febriana, Yesi, Sulisty Andarmoyo, Sri Susanti, and Universitas Muhammadiyah Ponorogo. 2019. "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Lansia." *Jurnal Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo*: 156–61.
- Fitria, A. 2015. "Interaksi Sosial Dan Kualitas Hidup Lansia Di Panti Werdha."
- Friedman. 2013. *Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Ghozali, Imam. 2009. *Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program SPSS*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Hamida, Nur et al. 2019. "Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Di Puskesmas Menggunakan Instrumen EQ-5D-5L." *Majalah Farmaseutik* 15(2): 67.
- Haskell, William L. et al. 2007. "Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association." *Circulation* 116(9): 1081–93.
- Hastono, S.P. 2011. *Analisa Data Kesehatan: Basic Data Analysis for Health Research Training*. Depok: University of Indonesia.
- Herlinah, L., W. Wiarsih, and E. Rekawati. 2013. "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perilaku Lansia Dalam Pengendalian Hipertensi." *Jurnal Keperawatan Komunitas* 1(2): 104172.
- Hidayat, A. 2012. "Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep Dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika." *Tarumanagara Medical Journal* 1(2): 395–402.
- Hidayat, A.A. 2008. "Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Salemba." *Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*: 1–13.
- Indahria, Sulistyarini. 2020. "Efektifitas Pelatihan Kebersyukuran Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pada Pasien Hipertensi." *Jurnal Intervensi Psikologi* 12(1): 1–12.
- Jacob, Delwien Esther, and Sandjaya. 2018. "Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Masyarakat Karubaga District Sub District Tolikara Propinsi Papua." *Jurnal Nasional Ilmu Kesehatan (JNIK)* 1(69): 1–16.
- Jafar, Tazeen H. et al. 2017. "Multicomponent Intervention versus Usual Care for Management of Hypertension in Rural Bangladesh, Pakistan and Sri Lanka: Study Protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial." *Trials* 18(1): 1–12.
- Johnston, S., dkk. 2010. "Chronic Disease Self-Management. The Champlain Local Health Integration Network. A Literature Review." *Journal of Islamic Nursing* 3(2): 36.
- jufar, A. H., Nuguse, F. G., & Misgna, H. G. 2017. "Assessment of Health Related Quality of Life and Associated Factors among Hypertensive Patients on Treatment at Public Hospitals in Mekelle, North Ethiopia." *Journal of Hypertension: Open Access* 06(01): 1–7.
- Kemenkes. 2013. "Pedoman Teknis Penemuan Dan Tatalaksana Hipertensi."
- . 2019. "Hipertensi Si Pembunuh Senyap." *P2PTM Kementerian Kesehatan RI*: 1–5.

- Konopack, James F., and Edward McAuley. 2012. "Efficacy-Mediated Effects of Spirituality and Physical Activity on Quality of Life: A Path Analysis." *Health and Quality of Life Outcomes* 10: 1–6.
- Lestari, W, Sri, A.W, Sofiana, N. 2014. "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Lansia Hipertensi Dalam Memeriksa Tekanan Darahnya. JOM PSIK VOL 1 NO. 2." (2006): 1–10.
- Machfoedz. 2008. *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan, Kebidanan, Kedokteran*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Misgiyanto, Susilawati. 2014. "Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Penderita Kanker Serviks Paliatif." 5(Anggrek I): 1–15.
- Moons, Philip, Kristel Marquet, Werner Budts, and Sabina De Geest. 2004. "Validity, Reliability and Responsiveness of the 'Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Direct Weighting' (SEIQoL-DW) in Congenital Heart Disease." *Health and Quality of Life Outcomes* 2: 1–8.
- Nafrialdi. 2008. "Antihipertensi. Farmakologi Dan Terapi Edisi 5."
- Ningrum, T.P., Okatiranti, & Wati, D.K. 2017. "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lansia (Studi Kasus : Kelurahan Sukamiskin Bandung)." *Jurnal Keperawatan BSI* V(2): 6.
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan Jakarta : PT.Rineka Cipta*.
- Nugroho. 2012. *Keperawatan Gerontik & Geriatri*. 3rd ed. Jakarta: Salemba Humanika.
- Nursalam. 2011. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- . 2014. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. 4th ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Peltzer, Karl, and Nancy Phaswana-Mafuya. 2013. "Depression and Associated Factors in Older Adults in South Africa." *Global Health Action* 6(1).
- Perdana, M.A. 2017. "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Diit Hipertensi Pada Lansia Di Dusun Depok Ambarketawang Gamping Sleman Yogyakarta."
- Polit, Denise F. 2012. *Nursing Research*. China: The Point.
- Poljićanin, Tamara et al. 2010. "Diabetes Mellitus and Hypertension Have Comparable Adverse Effects on Health-Related Quality of Life." *BMC Public Health* 10.
- Radiani, Zakia Fitri et al. 2018. "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lansia Yang Mengalami Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Mandalle KabuRadiani, Zakia Fitri et Al. 2018. "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lansia Yang Mengalami Hipertensi Di Wilayah Kerja." *Isbn* 4(1): 121–38.
- Rahman, Fatwa Sari T.D, Ismail, S. 2017. "Dukungan Keluarga Dan Kualitas Hidup Penderita Stroke Pada Fase Pasca Akut Di Wonogiri." : 383–90.
- Rahmawati, Budi Novi. 2017. "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Manajemen Stres Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi." 1(1): 31–39.
- Rati, Nari, Lia Endriyani, and Brune Indah Yulitasari. 2016. "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Lansia Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Sedayu 2." *Naskah Publikasi*. <http://elibrary.almaata.ac.id>.

- Riskesdas, Kemenkes. 2018. "Hasil Utama Riset Kesehata Dasar (Riskesdas)." *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical* 44(8): 1–200.
- Riyadina, Woro, Evi Martha, and Athena Anwar. 2019. "Perilaku Pencegahan Dan Pengendalian Hipertensi : Studi Pengetahuan, Sikap, Perilaku (Psp) Dan Kesehatan Lingkungan Pada Wanita Pasca Menopause Di Kota Bogor." *Jurnal Ekologi Kesehatan* 17(3): 182–96.
- Rudianto, N.D. 2015. "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Di Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang Universitas Muhammadiyah Semarang." *Jurnal Ilmiah Pendidikan Lingkungan dan Pembangunan* 17(01): 34–41.
- Rudy Chendra, Misnaniarti, Mohammad Zulkarnain. 2020. "Kualitas Hidup Lansia Prolanis Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kenten Laut." 5(2).
- Sakamekya, I Putu et al. 2020. "Gambaran Kualitas Hidup Peserta Pos Binaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (POSBINDU PTM) Dengan Kejadian Hipertensi Di Wilayah Kerja Unit Pelaksana Teknis (UPT) Puskesmas Abang I , Karangasem , Bali , Indonesia." 11(1): 198–204.
- Sari, Andriana, Lolita, and Fauzia. 2017. "Puskesmas Mergangsan Yogyakarta Menggunakan European Quality of Life 5 Dimensions (EQ5D) Questionnaire Dan Visual Analog Scale (VAS)." *Jurnal Ilmiah Ibnu Sina* 2(1): 1–12.
- Sari, Devi Triana. 2017. "Hubungan Indeks Makanan Sehat Dengan Kualitas Hidup Lansia Penderita Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Dadapayam Kecamatan Suruh Kabupaten Semarang."
- Sekarwiri. 2008. "Hubungan Antara Kualitas Hidup Dengan Sense of Community Pada Warga Dki Jakarta Yang Tinggal Di Daerah Rawan Banjir."
- Sinaga, Endang Jois Quartin. 2019. "Hubungan Dukungan Spiritual Dengan Simarmata Kabupaten Samosir Tahun 2019 Simarmata Kabupaten Samosir." *STIKes Santa Elisabeth Medan*.
- Sugiyono. 2007. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- . 2011. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Suryani, and Rahmawati. 2018. "Efektivitas Konseling Keluarga Terhadap Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Hipertensi." *Jurnal STIKES An Nur Purwodadi* 3(1): 1–10.
<http://ejournal.annurpurwodadi.ac.id/index.php/TSCD3Kep/article/view/80/88>
- Susanti, Mila, T. 2017. "Gambaran Kualitas Hidup Lansia Di Panti Sosial Tresna Werda Budi Lukur Dan Lansia Di Kelurahan Paal V Kota Jambi." *Iniversitas Batanghari Jambi* 17(2): 178–83.
- Suwardana, I. W, Saraswati, N.L. G. I, Wiratni, M. 2010. "Dukungan Keluarga Dan Kualitas Hidup Lansia Hipertensi." *Health Quality V(Hipertensi)*: 1–9.
- Taylor, Bryne R. 1995. "Quality Of Life, Nutritional Status, and Gastrointestinal Homone Profile Folloeing the Whipple Procedure." 169(1).
- Ummah, Athurrita Choirru. 2016. *X Hubungan Kebutuhan Spiritual Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Di Panti Wredha Kota Semarang*.
- Utama, Tuti Anggriani, Livi Rahma, and Dana Yanti. 2017. "Dukungan Keluarga

- Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Di Ruang ICU RSUD Dr. M.YUNUS Bengkulu.”
- Utami, Rahayu Sri, and Raudatussalamah. 2016. “Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi Di Puskesmas Tualang Relationship Between Family Social Support With Medical Treatment Adherence Of Hypertension Sufferers In Puskesmas Tualang.” *Jurnal Psikologi* 12(1): 91–98.
- Utari. 2017. “Dukungan Keluarga Tentang Kepatuhan Diet Hipertensi Pada Lansia Di Puskesmas Pembantu Kelurahan Persiakan Tebing Tinggi.”
- Waworuntu, Pramatia, Afnal Asrifuddin, and Angela Kalesaran. 2019. “Hubungan Aktivitas Fisik Dan Penyakit Hipertensi Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Desa Tondegesean Kecamatan Kawangkoan Kabupaten Minahasa.” *Jurnal KESMAS* 8(7): 242–50.
- WHO QOL. 1998. “WHO Quality of Life Scale (WHOQOL).” *Psuchological Medicine* 28(3): 551–58.
- Wikananda, Gede. 2017. “Hubungan Kualitas Hidup Dan Faktor Resiko Pada Usia Lanjut Di Wilayah Kerja Puskesmas Tampaksiring 1 Kabupaten Gianyar Bali 2015.” *Intisari Sains Medis* 8(1): 1–12.
- Wiyanty. 2012. “Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Rawat Jalan Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun Skripsi.”
- Wulandhani, Sri Ayu, Sofiana Nurchayati, and Widia Lestari. 2014. “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Lansia Hipertensi Dalam Memeriksa Tekanan Darahnya.” : 1–10.
- Xu, Xianglong et al. 2016. “Hypertension Impact on Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Survey among Middle-Aged Adults in Chongqing, China.” *International Journal of Hypertension* 2016.
- Young, Koopen &. 2007. *Spiritualitas, Kesehatan Dan Penyembuhan*. Medan: Bina Medika Perintis.
- Yulianti, Ika septia. 2017. “Gambaran Dukungan Sosial Keluarga Dan Kualitas Hidup Lansia Dengan Hipertensi Di Puskesmas Citangkil Kota Cilegon.” *Skripsi*.
- Yuniandita. 2019. “Gambaran Kualitas Hidup Pada Aspek Fisik Penderita Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Pajang Surakarta.”
- Yuzefo, M.a. 2016. “HUBUNGAN STATUS SPIRITUAL DENGAN KUALITAS HIDUP PADA LANSIA Mira.” 2(2): Jakarta: Rineka Cipta.