

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANJUT USIA
DENGAN HIPERTENSI DI KLINIK AL-BASMALAH
CIKAJANG KAB.GARUT**

SKRIPSI

Diajukan Untuk mempuh Ujian Akhir Pada Program Studi S1 Keperawatan

SekolahTinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

LALAN SAHRIL SIDIK

NIM. KHG.C 22153



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA
HUSADA GARUT PROGRAM STUDI S1 KEPEWATAN
2024**

LEMBAR PEBAIKAN

**JUDUL : GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANJUT USIA
DENGAN HIPERTENSI DI KLINIK AL-BASMALAH
CIKAJANG KAB.GARUT**

NAMA : LALAN SAHRIL SIDIK

NIM : KHGC.22153

**Menyatakan bahwa mahasiswa diatas telah melaksanakan perbaikan sidang
penelitian**

Garut, November 2024

Pembimbing Utama

Devi Ratnasari, S.Kep.Ns..M.Kep

Penelaah I


(Dr. Iwan Wahyudi, M.Kep)

Mengetahui,

Pembimbing Pendamping

Dede Suharta, S.Kep..M.Pd



Penelaah II

(Sulastini, S.Kep.Ns,M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANJUT USIA
DENGAN HIPERTENSI DI KLINIK AL-BASMALAH
CIKAJANG KAB.GARUT**

**NAMA : LALAN SAHRIL SIDIK
NIM : KHGC.22153**

Skripsi ini telah disidangkan dihadapan
Tim Penguji Program S1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

Garut, November 2024

**Menyetujui,
Pembimbing Utama**

Devi Ratnasari, S.Kep.Ns.,M.Kep

Pembimbing Pendamping



Dede Suharta, S.Kep.,M.Pd

Penelaah I



(Dr. Iwan Wahyudi, M.Kep)

Penelaah II

(Sulastini, S.Kep.Ns,M.Kep)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya tulis ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik S. Kep, baik dari STIKes Karsa Husada Garut.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan , rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah diteliti atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut .

Garut, Oktober 2024

Yang membuat pernyataan

Materai Rp. 10.000

Lalan Sahril Sidik

KHGC22153

ABSTRAK

GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANJUT USIA DENGAN HIPERTENSI DI KLINIK AL-BASMALAH CIKAJANG KAB. GARUT

Lalan Sahril Sidik Program

Studi S1 Keperawatan STIKes

Karsa Husada Garut

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Penderita hipertensi harus ditanggapi dengan serius karena dapat menurunkan kualitas hidup lansia bahkan dapat menyebabkan penyakit yang lebih serius hingga kematian mendadak karena penyakit hipertensi yang tidak menimbulkan gejala yang signifikan bagi penderitanya. Klien yang menderita hipertensi terkadang merasa dirinya tidak berdaya, tidak berguna karena penyakit yang dideritanya sering kambuh sehingga menghambat pola aktifitas kehidupan sehari-harinya. Tujuan dari penelitian ini dilakukan untuk mengetahui Gambaran kualitas hidup lanjut usia pada penderita hipertensi di klinik Al-Basmalah Cikajang Kab. Garut. Metode penelitian ini adalah metode deskriptif untuk menggambarkan kualitas hidup lanjut usia di klinik AL-Basmalah Cikajang Kab. Garut. Sampel pada penelitian adalah semua lanjut usia penderita hipertensi yang terdaftar di klinik Al-Basmalah sebanyak 96 responden. Hampir seluruhnya kualitas hidup domain fisik responden baik (84.4%), hampir seluruhnya kualitas hidup domain psikologis baik (77.1%), sebagian besar kualitas hidup domain sosial baik (52.1%), hampir seluruhnya kualitas hidup domain lingkungan baik (79.2%). Secara umum hampir seluruhnya kualitas hidup responden baik (92.7%). Kesimpulan yang didapatkan kualitas hidup lansia secara umum baik, kualitas hidup lansia domain fisik baik, kualitas hidup lansia domain psikologis baik, kualitas hidup lansia domain sosial baik, dan kualitas hidup lansia domain lingkungan baik

Kata Kunci : Lansia, Hipertensi, Kualitas Hidup.

ABSTRACT

OVERVIEW OF THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY WITH HYPERTENSION AT AL-BASMALAH CLINIC CIKAJANG REGENCY

GARUT

Lalan Sahril Sidik

SI Nursing Study Program

STIKes Karsa Husada Garut

Hypertension is a condition when the pressure in the blood vessels increases chronically. This can happen because the heart works harder to pump blood to meet the body's oxygen and nutrient needs. Hypertensive patients must be taken seriously because it can reduce the quality of life of the elderly and can even cause more serious diseases to sudden death due to hypertension that does not cause significant symptoms for the sufferer. Clients who suffer from hypertension sometimes feel helpless, useless because the disease they suffer from often recurs so that it inhibits their daily life activity patterns. The purpose of this study was to find out the picture of the quality of life of the elderly in patients with hypertension at the Al-Basmalah clinic in Cikajang Regency, Garut. This research method is a descriptive method to describe the quality of life of the elderly at the AL-Basmalah clinic in Cikajang Regency. The sample in the study was all elderly hypertension patients registered at the Al-Basmalah clinic as many as 96 respondents. Almost all of the respondents' physical domain quality of life was good (84.4%), almost all of the psychological domain quality of life was good (77.1%), most of the social domain quality of life was good (52.1%), and almost all of the environmental domain quality of life was good (79.2%). In general, almost all of the respondents' quality of life was good (92.7%). The conclusions obtained were that the quality of life of the elderly is generally good, the quality of life of the elderly in the physical domain is good, the quality of life of the elderly in the psychological domain is good, the quality of life of the elderly in the social domain is good, and the quality of life of the elderly in the environmental domain is good

Keywords : *Elderly, Hypertension, Quality of Life*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan penelitian dengan Gambaran Kualitas Hidup Lanjut Usia dengan Hipertensi di Klinik Al- Basmalah Cikajang Kabupaten Garut. Dalam proses penyusunan skripsi ini tidak lepas dari pihak-pihak lain yang telah membantu baik moril maupun materil dan pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu, khususnya kepada :

1. Dr. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Drs. H. Adjidin, M.Si., selaku Ketua Pengawas Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
4. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
5. Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan.
6. Devi Ratnasari, S.Kep.,Ns., M.Kep, selaku pembimbing utama yang telah memberikan waktunya untuk membimbing dengan penuh kesabaran dan pengertian, memberikan masukan-masukan yang baik, serta motivasi dalam penyusunan skripsi penelitian ini.

7. Dede Suharta, S.Kep.,M.Pd, selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan waktu untuk membimbing, meluangkan waktunya, memberikan arahan, masukan serta motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
8. Kepada seluruh staf dosen dan karyawan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu dan bimbingannya.
9. Orang tua dan keluarga besar tercinta yang telah sabar dan penuh kasih sayang memberikan dorongan serta doa kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi penelitian ini.
10. Rekan-rekan mahasiswa kelas non reguler angkatan 2022 program studi S-1 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut atas kebersamaannya selama menempuh pendidikan dan terima kasih atas dukungan serta bantuan yang telah diberikan pada penulis selama ini.
11. Kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu yang telah memberikan motivasi kepada penulis menyelesaikan studi di STIKes Karsa Husada Garut

Semoga Allah SWT memberkahi dan membalas semua kebaikan yang telah diberikan. Dalam penulisan skripsi ini penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu ide, gagasan, kritik serta saran sangat penulis harapkan.

Garut, Oktober 2024

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERBAIKAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	v
ABTRACK	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DATA LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2.Rumusan Masalah	6
1.3.Tujuan Penelitian	7
1.3.1. Tujuan Umum	7
1.3.2. Tujuan Khusus.....	7
1.4.Kegunaan Penelitian	7
1.4.1. Manfaat Teoritis	7
1.4.2. Manfaat Praktis	7
BAB II KAJIAN PUSTAKAN DAN KERANGKA PEMIKIRAN	8
2.1. Kajian Pustaka.....	8
2.1.1. Konsep Hipertensi	8
2.1.1.1. Pengertian Hipertensi	8
2.1.1.2. Klafikasi Hipertensi	8
2.1.1.3. Manifestasi Klinik Hipertensi	11
2.1.1.4. Faktor Risiko Hipertensi	12
2.1.1.5. Patofisiologi Hipertensi	17

2.1.1.6. Penatalaksanaan Hipertensi	18
2.1.2. Konsep Lansia	19
2.1.2.1. Pengertian Lansia	19
2.1.2.2. Klasifikasi Lansia.....	20
2.1.2.3. Tipe Lansia	21
2.1.2.4. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia	22
2.1.3. Konsep Kualitas Hidup	24
2.1.3.1. Pengertian Kualitas Hidup	24
2.1.3.2. Pengukuran Kualitas Hidup Pada Pasien Hipertensi	27
2.2. Kerangka Penelitian	31
BAB II METODE PENELITIAN.....	33
3.1. Desain Penelitian	33
3.2. Variabel Penelitian	33
3.3. Definisi Operasional	33
3.4. Populasi dan Sampel	35
3.4.1. Populasi	35
3.4.2. Sampel	35
3.5. Teknik Pengumpulan Data	37
3.6. Instrumen penelitian	37
3.6.1. Data Demografi.....	38
3.6.2. Kuesioner Kualitas Hidup.....	38
3.6.3. Uji validitas.....	39
3.6.4. Uji Reliabelitas.....	40
3.7. Rancangan Analisa Data Hasil Penelitian	41
3.7.1. Analisa Univariat	41
3.8 Etik Penelitian	42
3.9. Langkah-Langkah Penelitian	43
3.10. Waktu dan Tempat penelitian	46

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	47
4.1 Hasil	47
4.1.1. Karakteristik Responden	47
4.1.2. Kualitas Hidup Lanjut Usia dengan Hipertensi	49
4.2 Pembahasan	50
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	56
5.1. Kesimpulan	56
5.2. Saran	56
DAFTAR PUSTAKA.....	58
LAMPIRAN.....	61

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Tabel Domain dan Subdomain WHOQOL-Bref	30
Tabel 3.1. Tabel Definisi Operasional	34
Tabel 4.1. Tabel Karakteristik Responden.....	48
Tabel 4.2. Kualitas Hidup Lansia dengan Hipertensi	49

DAFTAR BAGAN

Bagian 2.1. Kerangka Pemikiran Penelitian	32
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Formulir Usulan Topik Penelitian

Lampiran 2 Surat Pengantar Ijin Studi Pendahuluan dari STIKes Karsa Husada

Lampiran 3 Surat Izin Studi Pendahuluan dari Kesbangpol

Lampiran 4 Lembar Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 5 Lembar Persetujuan Responden (*informed consent*)

Lampiran 6 Lembar Kuesioner Penelitian

Lampiran 7 data demografi

Lampiran 8 data kualitas hidup

Lampiran 9 Lembar Bimbingan Skripsi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/ tenang (Kemenkes RI, 2018). Hipertensi jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ organ vital seperti jantung dan ginjal. Kriteria hipertensi yang digunakan pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis JNC VII (2003), yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolic ≥ 90 mmHg.

Di dunia, prevalensi hipertensi terus meningkat, hal ini disebabkan karena meningkatnya Usia Harapan Hidup (UHH) baik secara global maupun nasional. Prevalensi hipertensi di Amerika Serikat pada tahun 2018 sebanyak 77,9 juta, dan pada tahun 2030 diperkirakan akan meningkat sebanyak 7,2% dari estimasi tahun 2018 (WHO, 2021). Menurut hasil Rikesdas tahun 2018 angka persentase penyakit hipertensi di Indonesia sendiri masih merupakan penyakit dengan persentase tertinggi (34,1%) dibanding penyakit tidak menular lainnya dan banyak dialami oleh pasien dengan usia diatas >15 tahun. Bahkan sampai saat ini, hipertensi masih merupakan tantangan besar di Indonesia (Kemenkes RI, 2018). Prevalensi hipertensi di Jawa Barat sendiri

meningkat dari 34,5% menjadi 39,6% (Dinkes, 2020). Sedangkan Jumlah penderita hipertensi di Kabupaten Garut tahun 2022 sebanyak 159.435 penderita (Dinkes Kabupaten Garut, 2023).

Penyakit hipertensi ini menyebabkan peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama (persisten) dan dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung koroner) dan otak (menyebabkan stroke) bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai. Banyak pasien hipertensi dengan tekanan darah tidak terkontrol dan jumlahnya terus meningkat. Hipertensi merupakan *silent killer* dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan penyakit lainnya. Gejala yang muncul diantaranya sakit kepala/rasa berat di tengkuk, mومت (vertigo), jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinnitus), dan mimisan (Infodatin, 2020).

Indonesia sendiri merupakan negara yang mempunyai jumlah lansia yang cukup tinggi. Pada tahun 2016 jumlah lansia yang berusia 65 tahun ke atas adalah 11 juta jiwa, dan diproyeksikan pada tahun 2020 jumlah lansia akan meningkat 7,2% (Tamher & Noorkasiani, 2019). Bahkan Biro Sensus Amerika Serikat memperkirakan Indonesia akan mengalami penambahan warga lansia terbesar di dunia pada tahun 2025, yaitu sebesar 414% (Kustanti, 2016).

Menurut Tamher (2019), Hipertensi dapat mempengaruhi hubungan sosial lansia. peningkatan tekanan darah ke otak akan menyebabkan penurunan vaskularisasi di area otak lansia dengan hipertensi yang mengakibatkan lansia sulit untuk berkonsentrasi, mudah marah, merasa tidak nyaman, dan berdampak pula pada aspek sosial dimana lansia tidak mau bersosialisasi karena merasakan kondisinya yang tidak nyaman.

Lansia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas. Pada lansia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi. Oleh karena itu, dalam tubuh akan menumpuk makin banyak distorsi metabolik dan struktural yang disebut penyakit degeneratif yang akan menyebabkan lansia akan mengakhiri hidup dengan episode terminal (Sunaryo, 2016).

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia dalam Sunaryo (2016), lansia digolongkan menjadi empat kriteria yaitu virilitas (prasenium) yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan kematangan jiwa (usia 55-59 tahun), usia lanjut dini (senescen) yaitu kelompok yang mulai memasuki masa usia lanjut dini (usia 60-64 tahun) dan lansia berisiko tinggi untuk menderita berbagai penyakit degeneratif (usia >65 tahun).

Adanya perubahan fisik yang menimbulkan berbagai kelainan hingga penyakit seperti di atas harus diantisipasi sebelum terjadi, karena bisa membuat lansia mengalami masalah psikis seperti lansia lesu, tidak bergairah, merasa

tidak dihargai serta merasa tidak bermakna sehingga cepat merasa tua (Bandiyah, 2019).

Perubahan fisik, psikologis dan sosial yang dialami lansia dengan hipertensi dapat menyebabkan masalah atau penurunan pada kualitas hidup lansia itu sendiri dan angka harapan hidup lansia juga akan menurun. Lansia dapat dinyatakan memiliki tingkat kualitas hidup yang baik, bila suatu kondisi yang menyatakan tingkat kepuasan secara batin, fisik, sosial, serta kenyamanan dan kebahagiaan hidupnya (Maryam., 2018).

Kualitas hidup lansia yang optimal bisa diartikan sebagai kondisi fungsional lansia berada pada kondisi maksimum sehingga memungkinkan mereka bisa menikmati masa tuanya dengan penuh makna, membahagiakan, berguna, dan berkualitas (Huda, 2019). Kualitas hidup adalah sebuah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan system nilai dimana mereka tinggal dan hidup dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar dan fokus hidup mereka. Jika kualitas hidup tinggi, maka kehidupan individu tersebut mengarah pada keadaan sejahtera (*wellbeing*), jika seseorang mencapai kualitas hidup yang rendah, maka kehidupan individu tersebut mengarah pada keadaan tidak sejahtera (*ill-being*) (Sunaryo, 2016).

Penderita hipertensi harus ditanggapi dengan serius karena dapat menurunkan kualitas hidup lansia bahkan dapat menyebabkan kematian mendadak karena penyakit hipertensi tidak menimbulkan gejala yang

signifikan bagi penderitanya. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Pangestuti et al (2022) meneliti gambaran kualitas hidup pasien hipertensi dipuskesmas Dukuhseti pati menyatakan bahwa lebih dari 48,5% responden memiliki kualitas hidup yang buruk. Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan chendra et al (2020) meneliti lama menderita hipertensi berhubungan dengan kualitas hidup lansia.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Klinik Al-basmalah yang merupakan salah satu klinik yang berada di Kecamatan Cikajang Kabupaten Garut, ditemukan kasus hipertensi sepanjang tahun 2023 sebanyak 120 kasus. Kasus hipertensi tersebut terjadi peningkatan dari tahun 2022 yang hanya berjumlah 80 kasus dan kasus hipertensi ini banyak dialami oleh lansia. Kasus hipertensi di tahun 2024 sampai bulan Februari 2024 sebanyak 35 kasus. Dari hasil wawancara 6 dari 10 lansia yang berobat ke klinik Al-basmalah menyatakan merasa dirinya tidak berdaya, tidak berguna karena penyakit yang dideritanya sering kambuh sehingga menghambat pola aktifitas kehidupan sehari-harinya seperti munculnya gejala hipertensi pusing, sakit kepala yang terkadang disertai mual membuat lansia harus mengkonsumsi obat secara rutin dan karena selain faktor usia hal tersebut membuat lansia merasa mempunyai beban pikiran karena mengalami penyakit yang cenderung menetap dan lama sehingga mempengaruhi kualitas hidupnya.

Meskipun sudah lansia, tetapi kebanyakan masyarakat disana tetap aktif bekerja ke kebun untuk bertani maupun berternak karena mayoritas penduduknya bermata pencaharian sebagai petani. Selain itu juga rata-rata

penderita mengalami hipertensi lebih dari satu tahun. Penderita harus minum obat antihipertensi yang kadang mereka lupa untuk meminumnya sehingga hipertensi kambuh kembali.

Dari Hasil studi pendahuluan pasien yang telah lama mengalami hipertensi rata-rata mengeluh mengalami penurunan kualitas hidupnya sesuai dengan penelitian Chendra dkk (2020) yang menyatakan bahwa hasil uji bivariat antara lama menderita hipertensi dengan kualitas hidup responden prolans yang menderita hipertensi menunjukkan bahwa lama hipertensi mempunyai hubungan dengan kualitas hidup prolans dengan hipertensi. proporsi lama hipertensi ≥ 1 tahun pada responden prolans dengan dengan kualitas hidup buruk sebesar 56,6%, sedangkan proporsi lama hipertensi < 1 tahun pada responden prolans dengan kualitas hidup buruk sebesar 26,6%.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk meneliti “Gambaran Kualitas Hidup Lanjut Usia dengan Hipertensi di Klinik Al-Basmalah Cikajang Kabupaten Garut”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah " Bagaimana Gambaran Kualitas Hidup Lanjut usia dengan Hipertensi di Klinik Al-Basmalah Cikajang?"

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran kualitas hidup lanjut usia dengan hipertensi di Klinik Basmalah Cikajang

1.3.2. Tujuan Khusus

Untuk mengetahui Gambaran aspek-aspek kualitas dalam kualitas hidup lansia yang mengalami hipertensi

1.4. Kegunaan Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan materi dalam pembelajaran keperawatan, khususnya dalam materi asuhan keperawatan pada klien lansia yang mengalami hipertensi.

1.4.2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi Klinik Basmalah Cikajang dalam menentukan strategi pelaksanaan program penanganan penyakit degenerative khususnya hipertensi pada lansia di wilayah kerja tersebut. Selain itu, hasil penelitian ini juga dapat menjadi masukan bagi petugas kesehatan khususnya perawat untuk meningkatkan kegiatan Pendidikan kesehatan dalam meningkatkan kualitas hidup lansia yang menderita hipertensi di wilayah kerja Klinik Basmalah Cikajang. Hasil penelitian ini juga dapat meningkatkan pemahaman Masyarakat sehingga mempengaruhi kualitas hidup pada lansia.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN

2.1. Kajian Pustaka

2.1.1. Konsep Hipertensi

2.1.1.1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ-organ vital seperti jantung dan ginjal (Potter&Perry, 2015).

Menurut Kementrian Kesehatan RI 2022, Hipertensi, atau tekanan darah tinggi, terjadi ketika tekanan darah pada arteri meningkat secara persisten, melebihi nilai normal. Tekanan darah terdiri dari dua pengukuran: sistolik (angka atas) dan diastolik (angka bawah). Hipertensi didefinisikan jika tekanan darah sistolik ≥ 140 mm Hg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 m Hg.

2.1.1.2. Klasifikasi Hipertensi

Ada pun klasifikasi hipertensi menurut Infodatin (2020) terbagi sebagai berikut :

a. Berdasarkan Penyebab

1) Hipertensi Primer/Hipertensi Esensial

Hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak (inaktivitas) dan pola makan. Terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi.

2) Hipertensi Sekunder/Hipertensi Non Esensial

Hipertensi yang diketahui penyebabnya. Pada sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit ginjal. Pada sekitar 1-2%, penyebabnya adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu (misalnya pil KB).

b. Berdasarkan Bentuk Hipertensi

1) Hipertensi diastolik (diastolic hypertension)

2) Hipertensi campuran (sistol dan diastol yang meninggi)

3) Hipertensi sistolik (isolated systolic hypertension)

c. Jenis Hipertensi yang Lain

1) Hipertensi Pulmonal

Suatu penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah pada pembuluh darah arteri paru-paru yang menyebabkan sesak nafas, pusing dan pingsan pada saat melakukan aktivitas. Berdasar penyebabnya hipertensi pulmonal dapat menjadi penyakit berat yang ditandai dengan penurunan toleransi dalam melakukan aktivitas dan

gagal jantung kanan.

Hipertensi pulmonal primer sering didapatkan pada usia muda dan usia pertengahan, lebih sering didapatkan pada perempuan dengan perbandingan 2:1, angka kejadian pertahun sekitar 2-3 kasus per 1 juta penduduk, dengan mean survival/sampai timbulnya gejala penyakit sekitar 2-3 tahun.

Kriteria diagnosis untuk hipertensi pulmonal yaitu bila tekanan sistolik arteri pulmonalis lebih dari 35 mmHg atau "mean" tekanan arteri pulmonalis lebih dari 25 mmHg pada saat istirahat atau lebih 30 mmHg pada aktifitas dan tidak didapatkan adanya kelainan katup pada jantung kiri, penyakit miokardium, penyakit jantung kongenital dan tidak adanya kelainan paru.

2) Hipertensi Pada Kehamilan

Pada dasarnya terdapat 4 jenis hipertensi yang umumnya terdapat pada saat kehamilan, yaitu:

- a) Preeklampsia-eklampsia atau disebut juga sebagai hipertensi yang diakibatkan kehamilan/keracunan kehamilan (selain tekanan darah yang meninggi, juga didapatkan kelainan pada air kencingnya). Preeklamsi adalah penyakit yang timbul dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan.
- b) Hipertensi kronik yaitu hipertensi yang sudah ada sejak sebelum ibu mengandung janin.

- c) Preeklampsia pada hipertensi kronik, yang merupakan gabungan preeklampsia dengan hipertensi kronik.
- d) Hipertensi gestasional atau hipertensi yang sesaat. Penyebab hipertensi dalam kehamilan sebenarnya belum jelas. Ada yang mengatakan bahwa hal tersebut diakibatkan oleh kelainan pembuluh darah, ada yang mengatakan karena faktor diet, tetapi ada juga yang mengatakan disebabkan faktor keturunan, dan lain sebagainya.

Klasifikasi hipertensi pada lansia menurut Azizah (2015) dibedakan atas :

- 1) Hipertensi pada tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan/atau tekanan diastolic sama atau lebih besar dari 90 mmHg
- 2) Hipertensi sistolik terisolasi: tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolic lebih rendah dari 90 mmHg.
- 3) Pada Hipertensi sistolik hal ini masih kontroversial. Mengenai target tekanan darah dianjurkan penurunan yang bertahap sampai sekitar 140-160 mmHg

2.1.1.3. Manifestasi Klinik Hipertensi

Menurut Infodatin (2020) gejala hipertensi adalah sakit kepala/rasa berat di tengkuk, mumet (vertigo), jantung berdebar-debar, mudah Ielah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinnitus), dan mimisan. Adapun menurut Sustrani,et al (2014), bahwa tanda dan gejala hipertensi antara lain:

- a. Sakit kepala
- b. Jantung berdebar-debar
- c. Sulit bernafas setelah bekerja keras
- d. Mudah lelah
- e. Penglihatan kabur
- f. Dunia terasa berputar (vertigo)
- g. Hidung berdarah
- h. Wajah memerah

2.1.1.4. Faktor Resiko Hipertensi

Hipertensi biasanya berkembang dalam waktu yang lama. Hipertensi dapat terjadi karena pilihan gaya hidup yang tidak sehat (CDC, 2020). Faktor risiko hipertensi terdiri dari faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor yang dapat dimodifikasi yakni konsumsi pangan yang tidak sehat seperti konsumsi garam berlebihan, konsumsi lemak jenuh dan lemak trans, serta kurang konsumsi buah dan sayur. Faktor lain yang dapat dimodifikasi adalah kurangnya aktivitas fisik, konsumsi produk tembakau dan alkohol, serta kelebihan berat badan atau obesitas. Selain itu, faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu riwayat keluarga dengan hipertensi, usia, serta mengalami beberapa penyakit tertentu (WHO, 2019).

Faktor risiko kejadian hipertensi dapat dibedakan sebagai berikut (AHA, 2014) :

1. Faktor Risiko yang Tidak Dapat Dimodifikasi (Unmodifiable Risk Factors) :

a. Usia

Semakin tua usia, semakin besar kemungkinan untuk menderita hipertensi. Seiring bertambahnya usia, pembuluh darah secara bertahap kehilangan elastisitasnya sehingga dapat berkontribusi pada peningkatan tekanan darah (AHA, 2014). Terdapat perubahan khas pada tekanan darah seiring bertambahnya usia, di mana risiko hipertensi menjadi lebih besar. Oleh karena itu, kebutuhan perawatan hipertensi pada orang yang lebih tua juga berbeda (Weber, 2019). Sebuah penelitian menunjukkan prevalensi hipertensi pada orang dewasa di Afrika sekitar 2 hingga 4 kali lebih banyak dibandingkan pada remaja (Bosu et al., 2019). Struktur dan fungsi jantung manusia serta perubahan pembuluh darah terjadi seiring bertambahnya usia.

b. Jenis Kelamin

Secara umum pria lebih berisiko mengalami penyakit kardiovaskular dibandingkan wanita. Insiden hipertensi tidak terkontrol juga lebih tinggi pada kelompok pria dibandingkan wanita. Namun setelah menopause, tekanan darah meningkat pada wanita. Meskipun mekanisme peningkatan tekanan darah berdasarkan jenis kelamin masih belum terbukti secara pasti, namun terdapat bukti yang signifikan bahwa hormon androgen seperti

testosteron memegang peranan penting dalam mekanisme peningkatan tekanan darah yang dikaitkan dengan jenis kelamin (Reckelhoff, 2014).

c. Riwayat Keluarga

Jika orang tua atau kerabat dekat memiliki tekanan darah tinggi, risiko menderita hipertensi semakin meningkat (AHA, 2014). Sebuah penelitian di wilayah Miyun, China menunjukkan bahwa seseorang dengan riwayat keluarga hipertensi 4 kali lebih berisiko mengalami hipertensi (Liu et al., 2015). Riwayat kesehatan keluarga merupakan catatan penyakit dan kondisi kesehatan keluarga. Riwayat kesehatan keluarga juga menyediakan informasi mengenai risiko kondisi langka yang disebabkan adanya mutasi gen (NIH, 2020). Setiap anggota dalam keluarga akan memiliki kesamaan gen, lingkungan, dan gaya hidup (CDC, 2019).

Faktor-faktor tersebut secara bersama-sama memberikan petunjuk terhadap permasalahan kesehatan yang mungkin terjadi di dalam sebuah keluarga. Dengan melihat pola penyakit di antara keluarga, pihak medis profesional dapat memperkirakan apakah individu, anggota keluarga lain atau generasi selanjutnya kemungkinan memiliki faktor risiko lebih tinggi terhadap penyakit tersebut. Penyakit yang dimaksud salah satunya adalah tekanan darah tinggi (hipertensi). Penyakit tersebut dapat dipengaruhi oleh

kombinasi dari beberapa faktor seperti genetik, kondisi lingkungan dan gaya hidup (NIH, 2020).

2. Faktor Risiko Yang Dapat Dimodifikasi (Modifiable Risk Factors)

Faktor risiko yang dimodifikasi adalah faktor yang dapat diubah untuk mencegah dan mengelola tekanan darah tinggi, yakni :

a. Obesitas

Industrialisasi dan urbanisasi menyebabkan standar kehidupan semakin meningkat di negara-negara berkembang. Hal ini berkaitan dengan penambahan berat badan dan obesitas yang menjadi ancaman bagi kesehatan masyarakat. Obesitas merupakan masalah malnutrisi yang paling sering ditemui di negara berkembang. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa obesitas berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (Dua et al., 2014). Obesitas menyebabkan beberapa mekanisme dalam tubuh yang berkontribusi dalam peningkatan tekanan darah. Mekanisme tersebut adalah dislipidemia dan aterosklerosis (Jiang et al., 2016).

b. Status Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi. Merokok dan menggunakan tembakau dapat menyebabkan tekanan darah meningkat untuk sementara dan dapat berkontribusi pada arteri yang rusak (AHA, 2014). Sebuah studi

epidemiologi melaporkan bahwa lebih dari >1 dari 10 kematian akibat penyakit kardiovaskular yang menyumbang 54% kematian dunia berhubungan dengan merokok (Talukder et al., 2011).

c. Konsumsi Natrium (Sodium)

Salah satu mineral penting yang diperlukan tubuh adalah natrium (sodium) (Prihatini, Permaesih, & Julianti, 2016). Sodium adalah nutrisi esensial yang diperlukan untuk memelihara plasma darah, keseimbangan asam basa, transmisi saraf impuls dan normalisasi fungsi sel (WHO, 2016). Namun diperlukan kadar yang tepat untuk konsumsi mineral ini. Apabila dikonsumsi secara berlebihan, maka akan berdampak negatif pada tubuh (Prihatini et al., 2016). Kelebihan sodium berhubungan dengan peningkatan tekanan darah. Kontributor utama konsumsi sodium sangat bergantung pada konteks budaya dan kebiasaan konsumsi pangan di masyarakat (WHO, 2016).

Konsumsi sodium yang tinggi dan peningkatan tekanan darah berkaitan dengan retensi air dalam tubuh, resistensi sistem perifer, modifikasi aktivitas simpatetik serta modulasi saraf autonom pada sistem peredaran darah (Grillo et al., 2019).

d. Konsumsi Alkohol Berlebih

Konsumsi alkohol secara berlebih dapat meningkatkan tekanan darah secara drastis (AHA, 2014). Alkohol menyebabkan efek yang sama dengan karbondioksida dimana keduanya dapat

meningkatkan keasaman darah menjadi kental dan jantung dipaksa untuk memompa. Selain itu, konsumsi alkohol akan berpengaruh pada peningkatan produksi hormon kortisol dalam darah sehingga aktivitas rennin-angiotensin aldosteron system (RAAS) meningkat dan menyebabkan tekanan darah meningkat (Jayanti, Wiradnyani, & Ariyasa, 2017).

e. Kurangnya aktivitas fisik

Tidak melakukan aktivitas fisik yang cukup sebagai bagian dari gaya hidup akan meningkatkan risiko tekanan darah tinggi. Aktivitas fisik yang tepat sangat baik untuk kesehatan jantung dan sistem peredaran darah (AHA, 2014). Rendahnya tingkat aktivitas fisik berhubungan langsung dengan peningkatan berat badan.

f. Stress

Stres merupakan hal yang umum dialami oleh setiap orang. Tetapi terlalu banyak stres juga dapat berkontribusi pada peningkatan tekanan darah (AHA, 2014).

2.1.1.5. Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme pasti hipertensi pada lansia belum sepenuhnya jelas. Efek utama dari ketuaan normal terhadap sistem kardiovaskuler meliputi perubahan aorta dan pembuluh darah sistemik. Penebalan dinding aorta dan pembuluh darah besar meningkat dan elastisitas pembuluh darah menurun sesuai umur. Perubahan ini menyebabkan penurunan *compliance* aorta dan pembuluh darah besar dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah sistol.

Penurunan elastisitas pembuluh darah menyebabkan peningkatan resistensi vaskuler perifer. Sensitivitas baroreseptor juga berubah dengan umur. Perubahan mekanisme refleksi baroreseptor mungkin dapat menerangkan adanya variabilitas tekanan darah yang terlihat pada pemantauan terus menerus.

Penurunan sensitivitas baroreseptor juga menyebabkan kegagalan refleks postural, yang mengakibatkan hipertensi pada lansia sering terjadi hipotensi ortostatik. Perubahan keseimbangan antara vasodilatasi adrenergik- α dan vasokonstriksi adrenergik- α akan menyebabkan kecenderungan vasokonstriksi dan selanjutnya mengakibatkan peningkatan resistensi pembuluh darah perifer dan tekanan darah. Resistensi natrium akibat peningkatan asupan dan penurunan sekresi juga berperan dalam terjadinya hipertensi. Kekakuan dan kelambanan aliran darah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang pada akhirnya mengakibatkan peningkatan kerja pompa jantung. Hal tersebut menjadi alasan mengapa peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi terjadi (Bustan, 2015).

2.1.1.6. Penatalaksanaan Hipertensi

Menurut Sunaryo (2016) penatalaksanaan hipertensi terbagi sebagai berikut:

a. Non Farmakologi

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan mengatur pola hidup seperti olahraga teratur, menurunkan berat badan untuk penderita dengan berat badan berlebih, mengurangi asupan garam dll.

b. Farmakologi

Setelah penggunaan terapi non farmakologi biasanya akan dilakukan dengan atau tanpa terapi farmakologi, hal ini tergantung tingkat keparahan hipertensi dan kondisi pasien.

Obat anti hipertensi perlu dimulai berdasarkan dua kriteria yaitu tekanan darah sistolik dan diastolic, serta tingkatan risiko kardiovaskuler. Tujuan penggunaan obat hipertensi adalah menurunkan dan mencegah kejadian kardioserebrovaskular dan renal, melalui tekanan darah dan juga pengendalian dan pengobatan factor-faktor resiko yang reversible.

Jenis-jenis obat antihipertensi untuk terapi farmakologis hipertensi yang dianjurkan adalah: diuretika, terutama jenis thiazide atau agonis aldosteron, beta blocker (BB), calcium antagonis, angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI), angiotensin II receptor blocker (ARB), vasodilator, alfa beta bloker, dan alfa bloker.

2.1.2. Konsep Lansia

2.1.2.1. Pengertian Lansia

Menurut Infodatin (2020), lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas, berdasarkan Undang Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia. Hal ini seiring dengan pendapat Sunaryo dkk (2016), lansia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas.

Pada seseorang yang sudah lanjut usia banyak yang terjadi penurunan salah satunya kondisi fisik maupun biologis, dimana kondisi psikologisnya serta perubahan kondisi sosial dimana dalam proses menua ini memiliki arti yang 11 Artinya proses menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap lesion atau luka (infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Hal ini dikarenakan fisik lansia dapat menghambat atau memperlambat kemunduran fungsi alat tubuh yang disebabkan bertambahnya umur.(Friska et al., 2020).

2.1.2.2. Klasifikasi Lansia

Menurut pendapat berbagai ahli dalam Sunaryo (2016), klasifikasi lansia dibedakan menurut batasan-batasan umur, yang mencakup batasan umur lansia sebagai berikut :

- a. Menurut Jos Masdani terdapat empat fase Batasan umur lansia yaitu :
 - 1) Fase interventus usia 25 sampai 40 tahun
 - 2) Fase virilities usia 40 sampai 55 tahun
 - 3) Fase prsenium usia 55 sampai 65 tahun
 - 4) Fase senium usia 65 tahun sampai tutup usia
- b. Menurut World Health Organization (WHO) Batasan umur lansia meliputi
 - 1) Usia pertengahan (middle age) antara usia 45 sampai 59 tahun
 - 2) Lansia (elderly) antara usia 60 sampai 74 tahun

- 3) Lansia tua (old) antara usia 75 sampai 90 tahun
 - 4) Usia sangat tua (very old) di atas usia 90 tahun
- c. Menurut Departemen Kesehatan RI pengelompokan lansia adalah sebagai berikut :
- 1) Virilitas (prasegium) yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan kematangan jiwa (usia 55-59 tahun).
 - 2) Usia lanjut dini (senescen) yaitu kelompok yang mulai memasuki masa usia lanjut dini (usia 60-64 tahun).
 - 3) Lansia berisiko tinggi untuk menderita penyakit degeneratif (usia >65 tahun)

2.1.2.3. Tipe Lansia

Beberapa tipe lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, social, dan ekonominya (Maryam 2018). tipe tersebut dijabarkan sebagai berikut:

a. Tipe arif bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

b. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman dan memenuhi undangan.

c. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, dan banyak menuntut.

d. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja.

e. Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif dan acuh tak acuh.

2.1.2.4. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

Menurut Sunaryo (2016), beberapa perubahan yang akan terjadi pada lansia diantaranya adalah :

a. Perubahan fisik

- 1) Sel, saat seseorang memasuki lansia keadaan sel dalam tubuh akan berubah, seperti jumlahnya yang menurun, ukuran lebih besar sehingga mekanisme perbaikan sel akan terganggu dan proposi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati berkurang.
- 2) Sistem persyarafan dan sensoris, keadaan system persyarafan pada lansia akan mengalami perubahan, seperti menyusutnya berat dan volume otak, dan pada sensoris mengecilnya syaraf panca indra.

Pada indra pendengaran akan terjadi gangguan pendengaran seperti hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga. Pada indra penglihatan akan terjadi seperti kekeruhan pada kornea, hilangnya daya akomodasi dan menurunnya lapang pandang. Pada indra peraba akan terjadi seperti respon terhadap nyeri menurun dan kelenjar keringat berkurang. Pada indra pembau akan terjadinya seperti menurunnya kekuatan otot pernafasan, sehingga kemampuan membau juga berkurang

- 3) Sistem gastrointestinal, pada lansia akan terjadi menurunnya selera makan, seringnya terjadi konstipasi, menurunnya produksi air liur (saliva) dan gerak peristaltic usus juga menurun
- 4) Sistem genitourinaria, pada lansia ginjal akan mengalami pengecilan sehingga aliran darah ke ginjal menurun
- 5) Sistem Kardiovaskuler, pada lansia jantung akan mengalami pompa darah yang menurun, ukuran jantung secara keseluruhan menurun dengan tidaknya penyakit klinis, denyut jantung menurun, katup jantung pada lansia akan lebih tebal dan kaku akibat dari akumulasi lipid. Tekanan darah sistolik meningkat pada lansia kerana hilangnya distensibility arteri. Tekanan darah diastolic tetap sama atau meningkat

b. Perubahan mental

Pada umumnya lansia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Dari segi mental sering terjadi muncul perasaan pesimis, timbulnya perasaan tidak aman dan cemas, ada kekacauan mental akut, merasa terancam akan timbulnya suatu penyakit, takut ditelantarkan karena merasa tidak berguna lagi, serta munculnya perasaan kurang mampu untuk mandiri, serta cenderung introver.

c. Perubahan spiritual

Agama dan kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya., kehidupan keagamaan lansia makin matang. Hal ini terlihat dalam cara berpikir dan bertindak sehari-hari.

d. Perubahan psikologis

Perubahan yang dialami misalnya kehilangan finansial, status, teman/kenalan/relasi dan pekerjaan akibat pensiun, merasa sadar akan kematian, perubahan dalam cara hidup, bertambahnya biaya pengobatan, penyakit kronis dan ketidakmampuan, serta perubahan gambaran dan konsep diri.

2.1.3. Konsep Kualitas Hidup

2.1.3.1. Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi kesejahteraan individu yang berasal dari kepuasan atau ketidakpuasan terkait dimensi kehidupan

yang penting bagi individu (Ferrans & Powers, 2015). Berbeda dengan Chung, Killingsworth, dan Nolan (2016), yang menyebutkan kualitas hidup adalah keadaan bagaimana individu merespon secara fisik dan emosional serta seberapa baik individu memfungsikan secara psikologis, sosial, pekerjaan dan fisik. Menerapkan self-care secara fisik salah satunya yaitu dengan merawat tubuh dan menjaga kesehatan, supaya setiap organ di dalamnya bisa bekerja efisien.

Kualitas hidup mendeskripsikan istilah yang merujuk pada emosional, sosial dan kesejahteraan fisik seseorang, juga kemampuan mereka untuk berfungsi dalam kehidupan sehari-hari (Donald, 2016).

Menurut World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) (2016) kualitas hidup di definisikan sebagai persepsi individu terhadap posisinya, dan berhubungan dengan tujuan, harapan, standar dan minat. Definisi ini merupakan konsep yang sangat luas, menggabungkan kesehatan fisik seseorang, status psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, kepercayaan personal dan hubungannya dengan lingkungan (WHO, 2016).

Selain beberapa faktor di atas, menurut Yuliaw (2019) kualitas hidup juga di pengaruhi oleh beberapa faktor lain, diantaranya:

a. Pekerjaan

Berbagai jenis pekerjaan akan berpengaruh pada frekuensi dan distribusi penyakit. Hal ini disebabkan sebagian hidup digunakan untuk bekerja dengan berbagai urusan lingkungan yang berbeda

b. Ekonomi

Sekarang yang mempunyai status sosial yang berkecukupan akan mampu menyediakan fasilitas yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Sebaliknya, individu yang status sosial ekonominya rendah akan mengalami kesulitan didalam memenuhi kebutuhan hidupnya .

c. Lamanya menjalani terapi

Pasien yang telah lama menjalani terapi akan semakin patuh dalam menjalani terapi karena pasien telah sampai pada tahap menerima keadaanya. Selain itu mereka telah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang penyakit dan pentingnya menjalani terapi.

d. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis contohnya pada pasien hemodialisis meliputi terapi diet baik makanan maupun cairan serta medikasi. Diet merupakan faktor penting bagi pasien yang menjalani terapi hemodialisis terkait efek uremia. Pembatasan asupan makanan dapat berupa pembatasan asupan natrium, protein, kalium dan karbohidrat.

e. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat mempengaruhi kepuasan seseorang dalam menjalani kehidupan sehari-hari termasuk kepuasan terhadap status kesehatannya. Memberikan perawatan kesehatan kepada keluarga merupakan hal yang paling dalam membantu mencapai suatu keadaan sehat hingga tingkat yang optimum

Nurchayati, Sofia (2014) menyatakan dukungan keluarga berpengaruh penting dalam pelaksanaan pengobatan berbagai penyakit kronis. Contohnya pada pasien penyakit gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis, dukungan keluarga sangat berperan dalam meningkatkan kesehatan yang akan mempengaruhi kualitas hidup pasien.

f. Kesehatan psikologis

Depresi dan kecemasan merupakan gangguan psikologis yang paling sering dialami yang seseorang dengan penyakit kronis, seperti kelelahan, gangguan tidur, menurunnya nafsu makan dan gangguan kognitif.

2.1.3.2. Pengukuran Kualitas Hidup pada Pasien Hipertensi

Kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Dalam mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan semua domain akan

diukur dalam dua dimensi yaitu penilaian obyektif dari fungsional atau status kesehatan dan persepsi sehat yang lebih subyektif .

Suatu instrumen pengukuran kualitas hidup yang baik perlu memiliki konsep, cakupan, reliabilitas, validitas dan sensitivitas yang baik pula.

Secara garis besar instrumen untuk mengukur kualitas hidup dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu instrumen umum (*generic scale*) dan instrumen khusus (*specific scale*). Instrumen umum ialah kuesioner yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronik. Instrumen ini digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekuatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita. Contoh instrumen umum adalah seperti *Sickness Impact Profile (SIP)*, *36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*, *12-item Short-Form Health Survey (SF-12)*, *Nottingham Health Profile (NHP)*, *World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL-BREF)* dan lain-lain. Sedangkan instrument khusus adalah instrumen yang dipakai untuk mengukur sesuatu yang khusus dari penyakit, populasi tertentu atau fungsi yang khusus, contohnya adalah *The Washington Psychosocial Seizure Inventory (WPSI)* dan *The Epilepsy Surgery Inventory (ESI-55)*.

World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL-BREF) merupakan kuesioner yang diringkaskan berdasarkan 6 domain yang diusulkan oleh World Health Organization (WHO). Dalam

kuesioner ini, domain 1 dan 3 serta 2 dan 6 digabungkan menjadi satu menjadi hanya 4 domain yang dinilai yaitu :

a. Kesehatan fisik (*physical health*)

Pengkajian fungsi fisik berhubungan dengan kualitas hidup dikaji kemampuan pasien untuk bekerja, menyelesaikan tugas rumah tangga melakukan kegiatan di waktu senggang.

b. Kesehatan psiskologis (*psychological health*)

Kebutuhan perawatan hipertensi baik jangka pendek maupun jangka panjang berpotensi memberikan dampak pada perasaan pasien hipertensi. Pengkajian aspek psikologis akan didapatkan data frustrasi kronis, tidak ada harapan, marah, depresi, merasa takut dengan komplikasi yang akan dialami.

c. Hubungan social (*Social Relationships*)

Hipertensi akan berpengaruh pada kualitas dan kuantitas hubungan sosial pasien hipertensi. Perubahan kebiasaan sehari-hari pasien hipertensi dan perubahan dukungan dari lingkungan bisa mengakibatkan perasaan sendiri, merasa berbeda dan tidak didukung.

d. Lingkungan (*Environmental*)

Kualitas hidup penderita diabetes melitus menggunakan skala pengukuran DQOL (*Diabetes Quality Of Life*) yang dikembangkan oleh Munoz & Tiagarajan (2016). DQOL terdiri dari 46 item pertanyaan dengan sub item kepuasan, dampak, keawatiran terhadap Hipertensi keawatiran terhadap sosial pekerjaan

Kualitas hidup merupakan persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup orang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya (Salim et al., 2007).

Tabel 2.1. domain dan subdomain WHOQOL-Bref

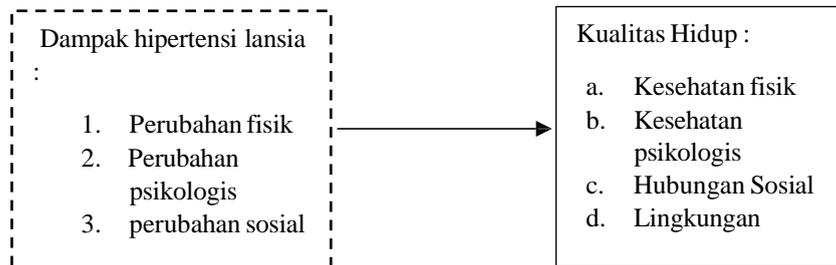
No	Domain	Facet/Subdomain
1	Kesehatan fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Activity Daily Living (ADL) 2. Ketergantungan pada obat dan alat bantu medis 3. Energi dan fatigue 4. Mobilitas 5. Nyeri dan ketidaknyamanan 6. Istirahat dan tidur 7. Kapasitas kerja
2	Psikologis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spiritual/agama/keyakinan 2. Berpikir, belajar, kemampuan memori dan konsentrasi 3. Citra tubuh dan penampilan 4. Perasaan negatif 5. Perasaan positif 6. Penghargaan diri
3	Relasi Sosial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan pribadi 2. Dukungan sosial 3. Aktifitas seksual
4	Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sumber daya keuangan 2. Kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan 3. Kesehatan dan pelayanan: kualitas dan aksesibilitas 4. Lingkungan 5. Kesempatan untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru 6. Partisipasi dan kesempatan dalam rekreasi dan berbagai kegiatan

2.2. Kerangka Penelitian

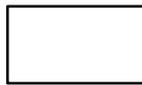
Peningkatan tekanan darah ke otak akan menyebabkan penurunan vaskularisasi di area otak lansia dengan hipertensi yang mengakibatkan lansia sulit untuk berkonsentrasi, mudah marah, merasa tidak nyaman, dan berdampak pula pada aspek sosial dimana lansia tidak mau bersosialisasi karena merasakan kondisinya yang tidak nyaman. Perubahan fisik, psikologis dan sosial yang dialami lansia dengan hipertensi dapat menyebabkan masalah atau penurunan pada kualitas hidup lansia itu sendiri

Berdasarkan landasan teori yang telah diuraikan pada dan masalah penelitian maka disusun kerangka pemikiran penelitian dengan menggunakan variabel yang digambarkan dalam skema berikut

Bagan 2.1. Kerangka Pemikiran
Gambaran Kualitas Hidup Lanjut Usia dengan Hipertensi
di Klinik Al-Basmalah Cikajang Kab, Garut



Keterangan :



: variabel yang diteliti



: variabel yang tidak diteliti

Sumber: Smeltzer & Bare
(2016)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Rancangan penelitian menurut Nursalam (2020), merupakan suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kuantitatif yaitu penelitian yang variabelnya diidentifikasi dan juga diukur reliabilitas dan validitasnya (Swajarna, 2016). Metode penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah metode deskriptif, yaitu untuk melihat Gambaran Kualitas Hidup Lanjut Usia Dengan Hipertensi Di Klinik Al- Basmalah Cikajang Kab.Garut.

3.2. Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki dan didapatkan oleh satuan penelitian tentang suatu konsep pengertian tertentu (Notoatmodjo, 2018). Variabel dalam penelitian ini menggunakan variabel Tunggal yaitu kualitas hidup lanjut usia dengan hipertensi.

3.3. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, melakukan penelitian

untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau suatu fenomena (Notoatmodjo, 2015).

Tabel 3.1 Defenisi Operasional
Gambaran Kualitas Hidup Lanjut Usia Dengan
Hipertensi Di Klinik Al-Basmalah Cikajang
Kab.Garut

Variabel	Sub Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Kualitas Hidup Lansia dengan Hipertensi	Kualitas hidup lansia dengan hipertensi meliputi : Kesehatan fisik, psikologis, hubungan social, dan lingkungan	Persepsi lansia dengan hipertensi pada kehidupannya dalam konteks budaya dan nilai sistem dimana individu hidup berkaitan dengan kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan	Kuesioner WHOQOL BREF berupa pertanyaan tentang pertanyaan kualitas hidup secara umum yang mencakup kesehatan fisik, psikologis, hubungan social dan lingkungan dan dihitung menggunakan skala likert.	1. Skala $\geq 50 =$ Baik 2. Skala $< 50 =$ kurang	Ordinal

3.4. Populasi dan Sampel

3.4.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoadmodjo, 2017). Populasi penelitian ini adalah seluruh lansia dengan hipertensi yang menjalani rawat jalan di Klinik Al-basmalah Cikajang Kab.Garut sehingga jumlah populasinya tidak diketahui secara pasti

3.4.2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiono, 2013). Menurut Setiadi (2013) sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *accidental sampling* adalah metode pengambilan sampel berdasarkan salah satu yang cocok, yang artinya sampel yang diperoleh oleh seorang peneliti secara kebetulan tanpa ada perencanaan terlebih dahulu dan peneliti meyakini bahwa orang tersebut layak dijadikan sumber informasi untuk penelitiannya (Sugiyono, 2017).

Menurut Riyanto dan Hermawan (2020) perhitungan sampel dengan pendekatan rumus Lemeshow dapat digunakan untuk menghitung jumlah sampel dengan total populasi yang tidak dapat diketahui secara pasti. Dalam menghitung jumlah populasi yang

menggunakan rumus Lemeshow sebagai berikut :

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2}$$

Ket:

n = jumlah sampel

Z = Skor Z pada kepercayaan 96% = 1,96

P = Maksimal estimasi

d² = Tingkat kesalahan

Berdasarkan rumus tersebut didapatkan jumlah sampel sebagai berikut:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot (1 - 0.5)}{0.1^2}$$

$$n = \frac{3,8416 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0.1^2}$$

$$n = \frac{0,9604}{0.1^2}$$

$$n = 96,04$$

Berdasarkan hasil perhitungan diatas, maka jumlah sampel yang didapatkan, untuk memudahkan penelitian digenapkan menjadi 96 responden. Didalam penelitian sampel adapun kriteria yang digunakan adalah:

1. Kriteria inklusi :

- a. Lansia dengan hipertensi
- b. Lansia yang bersedia dijadikan responden
- c. Lansia yang dapat berkomunikasi dengan baik
- d. Lansia yang terdaftar di Klinik Al-basmalah Cikajang Kab.Garut

2. Kriteria eksklusi

- a. Lansia yang mengundurkan diri saat pengambilan data
- b. Lansia yang meninggal saat pengambilan data
- c. Lansia yang tidak mengalami hipertensi

3.5. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan data primer yaitu teknik pengumpulan jawaban dari lembar kuesioner. Peneliti sebelumnya memberikan *informed consent* kepada responden sebagai tanda persetujuan bahwa responden bersedia menjadi responden penelitian. Penelitian dilakukan dengan membagikan kuesioner. Data primer diperoleh dengan wawancara untuk mengisi kuesioner berupa ceklis yang telah valid dan dapat digunakan secara bebas kepada responden (lansia).

3.6. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan adalah lembar (kuesioner) dengan cara pengisian menggunakan checklist yang terdiri dari beberapa

pertanyaan dan pernyataan sesuai dengan variable yang diteliti. Kuesioner yaitu sejumlah pertanyaan-pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya, atau hal-hal yang diketahui (Notoatmodjo, 2015). Instrumen pengumpulan data terdiri dari 2 bagian, yaitu:

3.6.1. Data Demografi

Data demografi/karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan pekerjaan.

3.6.2. Kuesioner Kualitas Hidup

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup dalam penelitian ini adalah WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life-BREF*) berisi 26 item pertanyaan yang dikembangkan oleh *World Health Organization* dan telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia. Kuesioner ini diisi oleh lansia yang tinggal dengan keluarga dengan karakteristik lansia yang bisa membaca.

WHOQOL-BREF ini terdiri dari 2 jenis pertanyaan yang terdiri dari pertanyaan kualitas hidup secara umum berupa pertanyaan positif (skor 1-5) dan pertanyaan persepsi lansia terhadap kesehatannya berupa pertanyaan positif (skor 1-5) serta terdiri dari 4 domain, yaitu domain kesehatan fisik yang terdiri dari 7 pertanyaan berupa dua pertanyaan negatif dan lima pertanyaan positif. Domain kedua adalah psikologis yang terdiri dari 6 pertanyaan dengan lima pertanyaan positif dan satu pertanyaan negatif. Domain ketiga adalah hubungan sosial yang terdiri

dari tiga pertanyaan positif dan domain keenpat adalah lingkungan terdiri dari delapan pertanyaan positif.

Alat ukur ini mempunyai empat skala respon yang berbeda, yaitu 1) skala evaluasi dengan respon “sangat buruk- sangat baik” dan “sangat tidak memuaskan-sangat memuaskan”, 2) skala intensitas dengan respon “tidak sama sekali-dalam jumlah yang berlebihan”, 3) skala kapasitas dengan respon “tidak sama sekali –sepenuhnya dialami”, 4) skala frekuensi dengan respon “tidak pernah-selalu”.

Penilaian WHOQOL-BREF yaitu dengan memberikan skor 1-5 pada pertanyaan positif dan skor 5-1 pada pertanyaan negatif. Nilai yang dihasilkan menunjukkan kualitas hidup individu tersebut. Skoring disetiap domain dihitung dengan mengalikan rata-rata item dengan 4 (Salim, 2017). Lalu skor tersebut dijumlahkan, setelah itu ditransformasikan ke tabel menjadi skala 0-100. Skala 0-50 untuk kualitas hidup kurang dan 51-100.

3.6.3. Uji Validitas

Validitas berasal dari kata *validity* yang berarti sejauh manah ketepatan suatu alat ukur dalam mengatur semua data (Sutanto,2016). Untuk mengukur validitas suatu kuesioner atau instrument harus dilakukan korelasi antar skor dari masing-masing variabel dengan skor total. Suatu table atau pertanyaan dinyatakan valid apabila skor dari variabel tersebut memiliki korelasi secara signifikan dengan skor total.Perhitungan dapat dikatakan valid apabila $r_{hitung} > r_{table}$ dimana

taraf signifikan yang digunakan 5% atau = 0,05 ($r=0,444$).

Alat ukur variable kualitas hidup menggunakan alat ukur WHOQoL-BREF yang merupakan pengembangan alat ukur WHOQoL-100. Kedua alat ukur tersebut dibuat oleh tim WHO. Untuk perhitungan validitas dan reabilitas WHOQoL-BREF ini, skor yang digunakan adalah skor tiap dimensi. Salim,dkk (2007) telah melakukan uji instrument WHOQoL-BREF versi Bahasa Indonesia di kecamatan Mampang, Jakarta Selatan dengan sample sebanyak 306 orang yang memiliki karakteristik mendekati dari sample penelitian. Hasil yang didapati yaitu ada hubungan signifikan antara skor item dengan skor dimensi ($r = 0,409-0,850$) sehingga dapat dinyatakan bahwa alat ukur WHOQoL-BREF valid dalam mengukur kualitas hidup.

3.6.4. Uji Reabilitas

Reabilitas merupakan suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten apabila dilakukan pengukuran ulang ataupun 46 pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala dan dan alat ukur yang sama (Sutanto, 2016).

Suatu pertanyaan dapat dikatakan reliable apabila jawaban responden terhadap pertanyaan adalah konsisten atau tetap dari waktu ke waktu. Pengukuran dari reabilitas dasar nya dapat dilakukan dengan dua cara yaitu :

a. *Repeated Measure* (ukur ulang)

Pertanyaan yang ditanyakan kepada responden berulang, hanya saja

waktunya berbeda dan kemudian dilihat atau diteliti apakah tetap konsisten dengan jawaban yang diberikan.

b. *One Shot* (sekali ukur)

Untuk cara ini pengukuran hanya dilakukan satu kali dan kemudian hasil dibandingkan dengan pertanyaan lainnya. Untuk pengujian reabilitas dinilai dengan melakukan pengujian validitas terlebih dahulu. Jika pertanyaan tidak valid, maka pertanyaan tersebut dibuang atau bisa digunakan. Namun, pertanyaan yang sudah teruji valid kemudian bersama-sama diukur uji reabilitasnya. Uji reabilitas yang digunakan yaitu *Cronbach Alpha*. Apabila hasil dari *Cronbach Alpha* 0,06 atau nilai semakin mendekati angka 1 maka semakin baik juga instrumen pengukuran tersebut

3.7. Rancangan Analisa Data Hasil Penelitian

3.7.1. Analisa Univariat

Jenis analisis pada penelitian ini hanya menggunakan analisis univariat. Analisa univariat memiliki tujuan untuk mengetahui bagaimana gambaran kualitas hidup lanjut usia dengan hipertensi di Klinik Al-basmalah Cikajang Kab.Garut. Adapun statistik deskriptif dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dengan menggunakan rumus analisis univariat sebagai berikut (Arikunto, 2016):

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Presentase kategori

F = Frekuensi kategori

N = Jumlah responden

Hasil ukur dari variabel Kualitas Hidup Lansia dengan Hipertensi adalah:

- a. Baik jika skor jawaban responden ≥ 50 .
- b. Kurang baik jika skor jawaban responden < 50 .

Pada tahap ini peneliti menginterpretasikan hasil pengolahan data sehingga membentuk penemuan ilmiah dan selanjutnya menarik kesimpulan dari pemikiran sendiri berlandaskan *conceptual framework based on Roy's theory* yang telah dibuat sebagai landasan didalam penelitian ini. Data yang digunakan pada tahap ini adalah data ordinal karena data terakhir merupakan data berjenjang yang memiliki arti kualitas hidup digambarkan pada tingkatannya sesuai dengan jawaban tiap responden.

3.8. Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti perlu mendapat rekomendasi dari institusi terkait dengan mengajukan permohonan izin kepada institusi, setelah institusi memberi persetujuan maka peneliti melakukan pendekatan dan etika yang dianut kepada calon responden adalah sebagai berikut:

1) *Informed consent*

Memberikan penjelasan kepada calon responden tentang tujuan penelitian serta manfaat penelitian. Bila calon responden bersedia menjadi responden calon responden diminta mengisi lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*).

2) *Anonymity*.

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden, tapi hanya inisialnya saja.

3) *Confidentiality*.

Kerahasiaan informasi dijamin peneliti, hanya bagian tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4) *Privacy*

Identitas orang yang menjadi responden tidak akan diketahui oleh orang lain, hasil penelitian hanya untuk peneliti dan bersifat pribadi.

3.9. Langkah- Langkah Penelitian

Pengumpulan data merupakan tahap proses pendekatan pada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang dibutuhkan dalam penelitian. Tahapan penelitian data tergantung dari teknik yang digunakan dan desain penelitiannya (Nursalam, 2020). Tahapan yang dilakukan dalam pengumpulan data sebagai berikut:

3.9.1. Tahap Persiapan

- a. Memilih tempat penelitian, dalam hal ini peneliti memilih tempat penelitian di Klinik Al-Basmalah Cikajang Kab.Garut
- b. Melakukan pendekatan ke ruangan lansia di Klinik Al-Basmalah Cikajang Kab.Garut
- c. Melakukan studi pendahuluan untuk menentukan masalah penelitian dan diperoleh tema penelitian yaitu Gambaran Kualitas Hidup Lansia dengan Hipertensi di Klinik Al-Basmalah Cikajang Kab.Garut
- d. Studi kepustakaan melalui buku literature dan jurnal.
- e. Menyusun proposal penelitian.
- f. Menyiapkan instrument
- g. Seminar proposal penelitian mengenai Gambaran Kualitas Hidup Lansia dengan Hipertensi di Klinik Al-Basmalah Cikajang Kab.Garut

3.9.2. Tahap Pelaksanaan

- a. Mempersiapkan instrument penelitian
- b. Melakukan observasi menggunakan lembar kuesioner
- c. Pengecekan hasil penelitian
- d. Pengolahan data menggunakan SPSS
- e. Pembahasan hasil penelitian

3.9.3. Tahap Pengolahan Data

Setelah mendapatkan data yang diperlukan selanjutnya masuk ke proses pengolahan data. Langkah-langkah pengolahan data dari lembar observasi dapat dilakukan secara manual, maupun menggunakan bantuan komputer (komputerisasi). Tahap-tahap pengolahan data dengan komputer adalah sebagai berikut:

a. *Editing*

Hasil observasi yang diperoleh atau di kumpulkan melalui lembar observasi perlu di sunting (edit) terlebih dahulu. Secara umum editing adalah merupakan kegiatan mengecek dan perbaikan isian formulir atau lembar observasi tersebut: apakah lengkap, dalam arti semua langkah- langkah sudah diisi (Notoatmodjo,2018).

b. *Coding*

Setelah semua lembar observasi diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan peng”kodean” atau “coding”, yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan (Notoatmodjo, 2018). *Coding* atau pemberian kode ini sangat berguna dalam memasukkan data (*data entry*). Pengelompokan data serta pemberian kode atau nilai pada langkah-langkah yang dilakukan untuk mempermudah dalam memasukkan data dan analisis data.

c. Processing

Yakni langkah-langkah dari masing-masing responden yang dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan kedalam program atau “*software*” komputer. Software komputer ini bermacam-macam, masing- masing mempunyai kelebihan dan kekurangannya. Dalam penelitian ini peneliti melakukan entry data dengan menggunakan program komputer IBM SPSS Statistics 20 (Notoatmodjo, 2018).

d. Cleaning

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan, dilakukan apabila terdapat kesalahan dalam melakukan pemasukan data yaitu dengan melihat distribusi frekuensi dari variabel-variabel yang diteliti (Notoatmodjo, 2018).

3.9.4. Tahap Akhir

- a. Penyusunan laporan penelitian.
- b. Penyajian hasil penelitian.

3.10. Waktu dan Tempat Penelitian

3.10.1. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan dengan memulai penelitian pada bulan Oktober 2024.

3.10.2. Tempat Penelitian

Lokasi yang menjadi tempat penelitian ini adalah di Klinik Al- Basmalah Cikajang Kab.Garut.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Hasil penelitian tentang Gambaran Kualitas Hidup Lanjut Usia dengan Hipertensi di Klinik Al-Basmalah Cikajang Kabupaten Garut dengan 96 responden lanjut usia yang terdaftar di klinik Al-Basmalah Cikajang Kabupaten Garut.

4.1.1. Karakteristik Responden

Sampel dalam penelitian ini sebanyak 96 orang lanjut usia yang terdaftar di klinik Al-Basmalah Cikajang Kabupaten Garut. Gambaran Karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, klasifikasi hipertensi dan lamanya mengidap hipertensi.

Tabel 4.1. Karakteristik Responden

No	Karakteristik Pasien	F	%
	Jenis Kelamin		
	- Laki-Laki	26	27.1%
	- Perempuan	70	72.9%
	Usia		
	- Lansia Pertengahan (45-59 tahun)	54	56.3%
	- Lanjut Usia (60-74 tahun)	42	43.8%
	- Lansia Tua (diatas 75 tahun	0	0%
	Pekerjaan		
	- Bekerja	70	72.9%
	- Tidak bekerja	26	27.1%
	Status Perkawinan		
	- Menikah	72	75%
	- Cerai mati/hidup	24	25%
	Klasifikasi Hipertensi		
	- Hipertensi Campuran	27	28.1%
	- Hipertensi sistolik	69	71.9%
	- Hipertensi diastolic	0	0%

Berdasarkan tabel 4.1. diketahui bahwa jenis kelamin responden sebagian besar berjenis kelamin perempuan (72.9%). Sedangkan untuk usia responden sebagian besar berada pada usia pertengahan lanjut usia yaitu diantara usia 45-59 tahun (56.3%). Status pekerjaan sebagian besar responden bekerja (72.9). Status perkawinan sebagian besar responden berstatus menikah (75%). Klasifikasi hipertensi responden sebagian besar mengidap hipertensi sistolik (71.9%).

4.1.2. Kualitas Hidup Lanjut Usia dengan Penderita Hipertensi

Sampel dalam penelitian ini sebanyak 96 orang lanjut usia yang terdaftar di klinik Al-Basmalah Cikajang Kabupaten Garut. Gambaran kualitas hidup lanjut usia dengan hipertensi yang meliputi 4 domain yaitu domain fisik, domain psikologis, domain sosial dan domain lingkungan

Tabel 4.1.2. Kualitas Hidup

No	Kualitas Hidup	F	%
1	Domain Fisik		
	Baik	81	84.4%
	Buruk	15	15.6%
2	Domain Psikologis		
	Baik	74	77.1%
	Buruk	22	22.%
3	Domain Sosial		
	Baik	50	52.1%
	Buruk	46	%
4	Domain Lingkungan		
	Baik	76	79.2%
	Buruk	20	20.8%
5	Secara Umum		
	Baik	89	92.7%
	Buruk	7	7.3%

Berdasarkan Tabel 4.1.2 didapatkan bahwa hampir seluruhnya kualitas hidup domain fisik responden baik (84.4%), hampir seluruhnya

kualitas hidup domain psikologis baik (77.1%), sebagian besar kualitas hidup domain sosial baik (52.1%), hampir seluruhnya kualitas hidup domain lingkungan baik (79.2%). Secara umum hampir seluruhnya kualitas hidup responden baik (92.7%).

4.2 Pembahasan

Kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai kehidupannya yang berhubungan dengan standar hidup, kebahagiaan, kesenangan, harapan, tujuan hidup yang didasarkan pada konteks budaya dan lingkungan dimana individu berada. Kualitas hidup terdiri dari empat domain yaitu domain kualitas hidup fisik, kualitas hidup psikologis, kualitas hidup sosial dan kualitas hidup lingkungan. Kualitas hidup yang tinggi menandakan bahwa seseorang dapat merasakan dan menikmati peristiwa penting dalam hidupnya, sehingga kehidupannya sejahtera. Sebaliknya, kualitas hidup yang rendah menandakan bahwa seseorang tidak sejahtera (Viona, 2022).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada kualitas hidup secara umum lansia dengan hipertensi dari 96 responden hampir seluruhnya berada pada kualitas hidup yang baik (92.7%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Azizah (2018) yang menyebutkan bahwa kualitas hidup pasien hipertensi baik dengan presentasi 56,6%. Hal ini karena sebagian besar lansia berada pada usia pertengahan lanjut usia (45-59 tahun) sehingga tingkat kemandirian dan ketergantungan masih baik serta tidak berdampak buruk pada kualitas hidup lansia. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wijaya (2020) yang menyebutkan bahwa usia dibawah 60 tahun memiliki

tingkat ketergantungan yang masih baik. Tingkat ketergantungan diri seperti mandi, berpakaian, makan, dan termasuk aktivitas yang lebih kompleks seperti berpergian keluar rumah. Usia pertengahan lanjut usia ini dapat menyebabkan penurunan ketergantungan pada orang lain dalam melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup dan mengganggu kesehatan (Motamed-Jahromi and Hossein, 2020).

Domain kesehatan fisik, terdiri dari aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan dan bantuan medis, energi dan kelelahan, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, dan kapasitas kerja. Kesehatan fisik berpengaruh terhadap kualitas hidup individu. Kesehatan fisik akan mempengaruhi aktivitas individu sehari-hari. Pada masa lanjut usia, seseorang akan mengalami perubahan dalam segi fisik, kognitif, maupun dalam kehidupan psikososialnya. Namun Usia tua dialami dengan cara yang berbeda-beda. Ada orang berusia lanjut yang mampu melihat arti penting usia tua dalam konteks eksistensi manusia, yaitu sebagai masa hidup yang memberi mereka kesempatan-kesempatan untuk tumbuh berkembang. Ada juga lanjut usia yang memandang usia tua dengan sikap-sikap yang berkisar antara kepasrahan yang pasif dan pemberontakan, penolakan, dan keputusasaan. Selain itu juga pada bagian tubuh yang berbeda pada individu yang sama terjadi proses dan kecepatan penurunan yang bervariasi (Anis, 2021)

Pada kualitas hidup domain fisik ditemukan sebagian besar lansia memiliki hasil baik yaitu 81 responden (84.4%). Hal ini sejalan dengan penelitian Munawaroh (2021) menyebutkan bahwa kualitas hidup domain fisik

pada lansia baik yaitu 75.4%. Hal ini karena mayoritas lansia berjenis kelamin perempuan yang masih aktif mengurus rumah tangga sehingga memberikan kebugaran pada lansia. Selain itu, kebugaran lansia juga didapatkan karena sebagian besar lansia masih bekerja. Sejalan dengan peneliatian Anoyke,dkk (2022) tentang hubungan kualitas hidup dengan aktivitas fisik yang menunjukkan bahwa lansia yang masih melakukan aktivitas fisik secara rutin meiliki tingkat kualitas hidup yang tinggi. Hal ini disebabkan karena lansia yang bekerja masih melalukan aktivitas mandiri dalam berjalan dan melakukan aktivitas sehari-hari sehingga dapat meningkatkan kesehatan dan kebugaran lansia. Kebugaran tersebut akan meningkatkan kualitas hidup lansia. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakuka oleh Khazae-Pool (2019) yang menyebutkan bahwa lansia yang masih aktif melakukan aktivitas fisik dapat meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit karena antibodi dalam tubuh dapat terbentuk selama proses aktivitas fisik tersebut (Purwanto, 2021). Aktivitas fisik dapat membuat seseorang menjadi lebih bahagia, memiliki respon positif, kesehatan mental yang terjaga, kepuasan hidup dan efikasi diri yang baik (Khazae-Pool, Sadeghi, & Foroushani, 2014)

Domain psikologis adalah domain yang terkait dengan mampu atau tidaknya individu dalam menyesuaikan diri terhadap tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya. Domain kesejahteraan psikologis terdiri dari citra tubuh dan penampilan, emosi positif, emosi negatif, harga diri, spritualitas, agama, dan keyakinan pribadi, serta berpikir, belajar, ingatan, dan

konsentrasi. Pada teori Felce dan Perry (1996) disebutkan bahwa kesejahteraan psikologis meliputi pengaruh, pemenuhan, stres dan keadaan mental, harga diri, status dan rasa hormat, keyakinan agama, dan seksualitas. Pada masa lanjut usia, seseorang akan mengalami perubahan dalam segi fisik, kognitif, maupun dalam kehidupan psikososialnya (Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Ariyanti, 2009).

Pada kualitas hidup domain psikologis ditemukan hampir seluruhnya lansia memiliki kualitas hidup psikologis yang baik yaitu sebanyak 74 orang dengan persentase 77.1%. Sejalan dengan penelitian Azmi (2021) yang menyebutkan bahwa kualitas hidup lansia pada domain psikologis baik yaitu 68.9%. Hal ini karena mayoritas lansia berstatus menikah sehingga lansia tidak merasa kesepian, cemas ataupun putus asa karena ada dukungan yang baik dari anak maupun pasangan sehingga menjadikan salah satu kekuatan mental untuk meningkatkan kualitas hidup psikologis lansia. Dukungan keluarga juga mampu meningkatkan kesadaran akan diri sendiri untuk menurunkan stress dan meningkatkan kesejahteraan psikologis. Hal ini sesuai dengan penelitian Sari dan Yulianti (2022) yang menunjukkan adanya hubungan positif mindfulness dengan kualitas hidup, semakin tinggi mindfulness maka semakin tinggi pula kualitas hidup lansia. Sebaliknya, semakin rendah mindfulness maka semakin rendah pula kualitas hidup lansia. Mindfulness disini merupakan kesadaran akan keadaan diri sendiri.

Domain hubungan sosial, terkait dengan bagaimana individu berinteraksi dengan individu lainnya dimana dari interaksi tersebut akan mempengaruhi atau mengubah perilaku individu. Hubungan sosial terdiri dari relasi personal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual. Pada domain ini menunjukkan bahwa lansia dengan domain sosial yang baik adalah lansia yang masih saling bertemu dan menyapa, saling berkunjung dan tidak terdapat perselisihan antar orang-orang di sekitarnya.

Pada kualitas hidup domain sosial didapatkan hampir seluruh lansia memiliki kualitas hidup sosial yang baik yaitu 50 orang dengan presentase 50.2%. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maryadi (2021) bahwa 81.7% lansia berada dalam kualitas hidup sosial yang baik. Hal ini dikarenakan sebagian besar lansia masih bekerja sehingga masih berinteraksi dengan rekan kerjanya yang mengakibatkan terjadinya dukungan sosial antar teman dan motivasi dalam melakukan hidup sehari-hari. Penelitian Yurikasari (2022) juga menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup. Dukungan sosial pada lansia dapat berupa informasi atau nasehat, mendapatkan bantuan secara nyata atau tindakan yang dapat merekatkan keakraban dengan rekan kerjanya. Dukungan sosial juga membuat lansia merasa hidup bermakna dan dihargai sehingga mempengaruhi pada kualitas hidupnya

Domain lingkungan mencakup sumber keuangan, informasi dan keterampilan, rekreasi, bersantai, lingkungan rumah, akses perawatan kesehatan dan sosial, keamanan, lingkungan, dan transportasi. Lansia memiliki

domain lingkungan yang baik bila lingkungan yang ditinggalinya terasa tenang dan damai. Hal tersebut akan berpengaruh pada aktivitas sosial seperti kegiatan rohani, kegiatan sosial, senam bersama, dan bimbingan keterampilan.

Kualitas hidup domain lingkungan didapatkan hasil hampir seluruhnya lansia memiliki kualitas hidup lingkungan yang baik yaitu 89 responden (92.7%). Hal ini sejalan dengan penelitian Maryadi (2021) bahwa 91.% kualitas hidup lingkungan lansia baik. Hal ini dikarenakan sebagian besar lansia berstatus menikah. Lansia yang berstatus menikah mendapatkan dukungan dari keluarga baik pasangan maupun anaknya. Dukungan keluarga tersebut dapat meningkatkan penerimaan kondisi tempat tinggal pada lansia. Penerimaan tersebut dapat menciptakan kesejahteraan tempat tinggal atau lingkungan yang mendorong lansia memperoleh kualitas hidup yang baik hal ini juga sejalan dengan penelitian La Ode (2020) yang menyebutkan kualitas lingkungan yang baik didapatkan dari keadaan lingkungan lansia yang tergolong baik seperti lansia yang masih tinggal dengan anak atau keluarganya yang memungkinkan lansia dapat tinggal di lingkungan yang terpelihara dengan bantuan dari kerabatnya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, analisis dan pembahasan maka dapat disimpulkan bahwa secara umum kualitas hidup lansia dengan hipertensi di klinik Al-Basmalah Cikajang hampir seluruhnya berada pada kualitas hidup yang baik. Dalam domain fisik dan domain psikologis sebagian besar kualitas hidup lansia baik. Dalam domain sosial dan domain lingkungan hampir seluruhnya kualitas hidup lansia baik.

5.2. Saran

Dari hasil penelitian yang telah didapatkan, maka terdapat saran :

1) Bagi Akademik

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi materi tambahan dalam bidang ilmu Keperawatan Medikal Bedah (KMB) dan Keperawatan Gerontik terkait gambaran kualitas hidup lansia dengan hipertensi.

2) Bagi Klinik

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan data untuk memberikan informasi terhadap klinik terkait kualitas hidup pasien lansia dengan hipertensi.

3) Bagi Peneliti Selanjutnya

Kepada peneliti selanjutnya diharapkan untuk bisa lebih luas lagi dalam melakukan penelitian, baik dari sampel, desain penelitian, maupun pengolahan data agar didapatkan data terbaru yang tetap baik kualitas datanya.

DAFTAR PUSTAKA

- A Potter, & Perry, A. G. 2015. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC
- American Heart Association, 2014. Heart Disease and Stroke Statistics. AHA Statistical Update, p. 205.
- Asuhan Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika Tamher, S dan Noorkasiani. (2019). Kesehatan Usia Lanjut Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Azizah S. Gambaran Motivasi Pasien Hipertensi Dalam Pengendalian Penyakit Hipertensi
- Azizah, Lilik Ma'rifatul. (2015). Keperawatan Lanjut Usia. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Bandiyah, Siti. (2019). Lanjut Usia dan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Nuha Medika
- Dinkes provinsi jambi, (2022). https://dinkes.jambiprov.go.id/all_profil_kesehatan .
- (2019). Pekerjaan Sosial dan Kesejahteraan Sosial: Sebuah Pengantar. Pustaka Pelajar: Yogyakarta
- Bustan, Nadjib. 2015. Manajemen Pengendalian Penyakit Tidak Menular. Jakarta: pt rineka cipta.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). Adults Need for Physical Activity 2019
- Chendra, R., Misnaniarti, & Zulkarnain, M. (2020). Kualitas Hidup Lansia Peserta Prolanis Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kenten Laut. Jurnal JUMANTIK, 5(2).
- Darmawati I, Kurniawan Fa. Hubungan Antara Grade Hipertensi Dengan Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Activities Of Daily Living (Adls). 2021;8(1):31–5
- Dinkes Kabupaten Garut, (2023).
- Ferrans and Powers (2015). Global Journal <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p121> of Health Science.
- Infodatin. (2020). Hipertensi. Jakarta: Kemenkes RI
- Jayanti, I Gusti Putri. (2018). Prevalensi Lansia di Dunia dan Indonesia.

- <https://www.Slideshare.net/mobile/Gustiputrijayanti/Prevalensi-Lansia-di-dunia-dan-indonesia>
- Kemendes RI. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan
- Komalasari, W., & Yulia, A. (2020). Hubungan Faktor Fisik, Psikologis Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Air Camar Puskesmas Andalas Padang Tahun 2019. *Journal of Social and Economics Research*, 2(1), 023-030.
- Kustanti, Norma . (2016). Kualitas Hidup Lansia pada Hipertensi. Salemba Medika Lumbantobing, Alexander. (2016). Liputan6
- Maryam. (2018) Mengenal usia lanjut dan perawatannya. Jakarta: salemba medika Potter & Perry. (2015). Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik. Jakarta: EGC
- Muhammad Yunus, I Wayan Chandra Aditya Dre. Hubungan Usia Dan Jenis Kelamin Dengan Kejadian Hipertensi Di Puskesmas Haji Pemanggilan Kecamatan Anak Tuha Kab. Lampung Tengah. 2021;8(September):229–39.
- Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta:2012.
- Notoatmodjo, S. 2018, Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta:2014.
- Nur Azmi, Darwin Karim Fan. Gambaran Kualitas Hidup Lansia Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Kecamatan Tampan Pekanbaru. 2018;11(44):129–41
- Pujianti N, Fadillah Na, Hildawati N. Gula Terhadap Kejadian Hipertensi (Studi Cross Sectional Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Alu-Aluh Kabupaten Banjar). 2022;7(April):2021–3.
- Puteh. (2015). pengetahuan keluarga tentang diet hipertensi dengan kekambuhan hipertensi pada lansia di posyandu setya budi desa reksosari kec. suruh kab.semarang. Surakarta: <https://eprints.ums.ac.id>
- Riyanto, S., & Hermawan, A. A. (2020). Metode Riset Penelitian Kuantitatif. Yogyakarta: Deepublish.
- Smeltzer & Bare. (2016). Keperawatan medical-bedah Brunner & Suddarth edisi 12. Jakarta: EGC
- Sudarmin H, Fauziah C, Hadiwardjo Yh. Gambaran Faktor Resiko Pada Penderita Hipertensi Di Poli Umum Puskesmas Limo Tahun 2020 | Sudarmin | Seminar N

- Sugiyono. (2013). Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D). Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2018. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D, penerbit Alfabeta, Bandung
- Sunaryo (2016). Asuhan keperawatan Gerontik Edisi 1. Yogyakarta: ANDI. Tamher, S dan Noorkasiani. (2019). Kesehatan Usia Lanjut Dengan Pendekatan
- Swajarna, IK 2016, Statistik Kesehatan, Diedit oleh A. Ari, Yogyakarta, Penerbit ANDI.
- World Health Organization (WHO). Geneva: World Health Organization; 2021.
- World Health Organization (WHO). Geneva: World Health Organization; 2016.
- Yulitasari Bi, Maryadi M, Anggraini An. Kualitas Hidup Penderita Hipertensi Di Puskesmas Sedayu Ii Bantul, Yogyakarta. Faletchan Heal

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :
Yth. Bapak/Ibu/Saudara/i
di
Tempat

Assalamualaikum, wr,wb. Dengan hormat,

Sehubungan dengan tugas akhir saya di Program Studi S-1 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut saat ini saya sedang menyusun proposal penelitian dengan judul: “Gambaran Kualitas Hidup Lanjut Usia Dengan Hipertensi Di Klinik Al-Basmalah Cikajang Kab.Garut”. Untuk kelancaran penelitian ini, saya sangat memerlukan beberapa data. Oleh karena itu, ditengah kesibukan Bapak/Ibu/Saudara/i, perkenankanlah saya memohon pengorbanan waktu dan partisipasinya untuk mengisi daftar pernyataan yang ada dalam kuesioner ini.

Saya mohon kuesioner ini diisi dengan sungguh - sungguh dan sejujurnya sesuai apa adanya tanpa dipengaruhi oleh pihak manapun. Untuk itu saya menjamin kerahasiaan dari jawabannya serta tidak akan menimbulkan kerugian apapun bagi Bapak/Ibu/Saudara/i.

Atas bantuan dan kesediaannya dalam pengisian kuesioner ini, saya mengucapkan banyak terima kasih semoga amal baik Bapak/Ibu/Saudara/I mendapat pahala yang berlipatganda dari Alloh SWT (Tuhan Yang Maha Esa).

Garut, Juli 2024

Lalan Sahril Sidik

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa atas nama **Lalan Sahril Sidik NIM KHGC. 22153** mahasiswa semester akhir Program Studi S-1 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut dengan judul penelitian: ” Gambaran Kualitas Hidup Lanjut Usia Dengan Hipertensi Di Klinik Al-Basmalah Cikajang Kab.Garut”.

Demikian persetujuan ini saya buat setelah mendapatkan penjelasan yang sejelas-jelasnya dan tidak ada paksaan dari pihak manapun.

Garut, Juli 2024

Lalan Sahril Sidik

KUISIONER PENELITIAN

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA PENDERITA
HIPERTENSI DI KLINIK AL-BASMALAH
CIKAJANG KAB.GARUT**

Identitas Responden

No Responden :
Umur Responden :
Jenis Kelamin :
Pendidikan terakhir :
Pekerjaan :
Tekanan Darah :

Kuisisioner Kualitas Hidup Lanjut Usia WHOQOL-BREF

Petunjuk Pengisian

Bapak / Ibu diharapkan :

1. Menjawab setiap pertanyaan yang tersedia dibawah ini dengan memberikan tanda checklist (√) atau mengisi jawaban pada tempat yang telah disediakan.

Semua pertanyaan harus dijawab.

2. Bila ada pertanyaan yang tidak jelas atau kurang dimengerti, dapat ditanyakan kepada peneliti.

		Sangat buruk	Buruk	Biasa saja	Baik	Sangat baik
1.	Bagaimana menurut Bapak/Ibu kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5

		Sangat tidak puas	Tidak puas	Biasa saja	Puas	Sangat puas
2.	Seberapa puas Bapak/Ibu terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang **seberapa sering** Bapak/Ibu mengalami hal-hal berikut ini dalam 4 minggu terakhir.

		Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah banyak
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik Bapak/Ibu sehingga mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?	5	4	3	2	1
4.	Seberapa sering Bapak/Ibu membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari?	5	4	3	2	1
5.	Seberapa jauh Bapak/Ibu menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
6.	Seberapa jauh Bapak/Ibu merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7.	Seberapa jauh Bapak/Ibu mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8.	Secara umum, seberapa aman Bapak/Ibu rasakan dalam kehidupan sehari-hari?	1	2	3	4	5
9.	Seberapa sehat lingkungan tempat tinggal Bapak/Ibu? (berkaitan dengan sarana dan prasarana)	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang seberapa penuh Bapak/Ibu alami hal-hal berikut ini dalam 4 minggu terakhir ?

		Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah banyak
10.	Apakah Bapak/Ibu memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
11.	Apakah Bapak/Ibu dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12.	Apakah Bapak/Ibu memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi Bapak/Ibu dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14.	Seberapa sering Bapak/Ibu memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/ rekreasi?	1	2	3	4	5

		Sangat buruk	Buruk	Biasa saja	Baik	Sangat baik
15.	Seberapa baik kemampuan Bapak/Ibu dalam bergaul?	1	2	3	4	5

		Sangat tidak puas	Tidak puas	Biasa saja	Puas	Sangat puas
16.	Seberapa puas Bapak/Ibu terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5
17.	Seberapa puas Bapak/Ibu dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan sehari-hari anda ?	1	2	3	4	5
18.	Seberapa puaskah Bapak/Ibu dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19.	Seberapa puaskah Bapak/Ibu terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20.	Seberapa puaskan Bapak/Ibu dengan hubungan personal/ sosial anda?	1	2	3	4	5
21.	Seberapa puaskah Bapak/Ibu dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22.	Seberapa puaskah Bapak/Ibu dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5
23.	Seberapa puaskah Bapak/Ibu dengan kondisi tempat tinggal anda saat ini?	1	2	3	4	5

24.	Seberapa puaskah Bapak/Ibu dengan akses pada layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25.	Seberapa puaskah Bapak/Ibu dengan transportasi yang harus anda jalani?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering Bapak/Ibu merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam 4 minggu terakhir.

		Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26.	Seberapa sering Bapak/Ibu memiliki perasaan negatif seperti “feeling blue” (kesepian), putus asa, cemas, dan depresi?	5	4	3	2	1

Komentar pewawancara tentang penilaian ini?

.....

.....

(Tabel berikut ini harus dilengkapi setelah wawancara selesai)

		Persamaan untuk menghitung nilai domain	Nilai mentah	Transformed scoes*	
				4 - 20	0 - 100
27.	Domain 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10+Q15+Q16+Q17+Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square +$	a =	b :	c :
28.	Domain 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26)$ $+ + + + +$	a =	b :	c :
29.	Domain 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $+ +$	a =	b :	c :
30.	Domain 4	$Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25$ $+ + + + + + +$	a =	b :	c :

Tabel Kisi-Kisi Kuesioner WHOQoL -BREF

Dimensi	Sebaran item	Total item
Kesehatan fisik	1,2,3,4,10,15,16,17, dan 18	9
Psikologis	5,6,7,11,19, dan 26	6
Sosial	20,21,22	3
Lingkungan	8,9,12,13,14,23,24, dan 25	8
Total		26

Table 4 - Method for converting raw scores to transformed scores

DOMAIN 1		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

DOMAIN 2		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	15	69
23	15	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100

DOMAIN 3		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

DOMAIN 4		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

DATA DEMOGRAFI

No	Jenis Kelamin	Status	Lama HT	Tekanan Darah	Usia	Bekerja
R1	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	156/87	47	Bekerja
R2	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	162/88	51	Bekerja
R3	Perempuan	Janda	Kurang dari satu	165/102	54	Bekerja
R4	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	171/110	55	Bekerja
R5	Perempuan	Janda	Lebih dari satu	165/105	47	Tidak
R6	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	166/118	57	Tidak
R7	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	154/102	61	Tidak
R8	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	148/81	48	Tidak
R9	Perempuan	Duda	Lebih dari satu	144/89	63	Bekerja
R10	Perempuan	Menikah	Kurang dari satu	156/94	55	Bekerja
R11	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	171/125	60	Bekerja
R12	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	169/61	56	Bekerja
R13	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	147/88	64	Bekerja
R14	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	159/95	53	Bekerja
R15	Perempuan	Janda	Lebih dari satu	164/103	65	Bekerja
R16	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	156/97	47	Bekerja
R17	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	155/89	65	Bekerja
R18	Perempuan	Janda	Lebih dari satu	167/95	57	Tidak
R19	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	149/87	64	Tidak
R20	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	171/98	48	Bekerja
R21	Perempuan	Janda	Kurang dari satu	169/105	60	Bekerja
R22	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	166/109	65	Bekerja
R23	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	157/101	63	Bekerja
R24	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	165/92	64	Bekerja
R25	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	163/82	61	Bekerja
R26	Perempuan	Janda	Lebih dari satu	159/85	66	Bekerja
R27	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	166/94	56	Bekerja
R28	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	157/87	52	Bekerja
R29	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	165/94	53	Tidak
R30	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	155/86	48	Tidak
R31	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	171/122	48	Tidak
R32	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	148/86	47	Bekerja
R33	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	165/96	49	Bekerja
R34	Perempuan	Janda	Lebih dari satu	165/94	59	Bekerja
R35	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	165/91	65	Bekerja
R36	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	167/103	63	Bekerja
R37	Perempuan	Janda	Lebih dari satu	156/85	61	Bekerja
R38	Perempuan	Menikah	Kurang dari satu	155/94	60	Bekerja
R39	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	164/109	51	Tidak

R40	Perempuan	Janda	Lebih dari satu	157/88	56	Tidak
R41	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	158/94	52	Tidak
R42	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	168/93	53	Bekerja
R43	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	167/95	48	Tidak
R44	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	149/87	48	Tidak
R45	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	171/98	47	Tidak
R46	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	151/82	55	Bekerja
R47	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	164/97	62	Bekerja
R48	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	174/121	63	Bekerja
R49	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	169/118	65	Bekerja
R50	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	156/97	64	Tidak
R51	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	155/89	61	Bekerja
R52	Perempuan	Janda	Lebih dari satu	167/95	61	Bekerja
R53	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	149/87	60	Bekerja
R54	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	171/112	49	Bekerja
R55	Perempuan	Janda	Lebih dari satu	163/82	63	Bekerja
R56	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	159/85	62	Bekerja
R57	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	168/100	55	Bekerja
R58	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	168/93	60	Bekerja
R59	Perempuan	Menikah	Kurang dari satu	167/95	60	Bekerja
R60	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	149/87	65	Bekerja
R61	Perempuan	Janda	Lebih dari satu	169/120	62	Tidak
R62	Perempuan	Janda	Lebih dari satu	164/93	55	Tidak
R63	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	174/119	63	Tidak
R64	Perempuan	Janda	Lebih dari satu	164/104	62	Bekerja
R65	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	162/99	50	Bekerja
R66	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	159/86	63	Bekerja
R67	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	167/95	65	Bekerja
R68	Perempuan	Menikah	Kurang dari satu	178/99	61	Tidak
R69	Perempuan	Janda	Lebih dari satu	175/117	61	Tidak
R70	Perempuan	Menikah	Lebih dari satu	148/86	60	Tidak
R71	Laki Laki	Menikah	Kurang dari satu	165/96	56	Tidak
R72	Laki Laki	Duda	Lebih dari satu	165/94	62	Tidak
R73	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	165/91	66	Tidak
R74	Laki Laki	Dua	Lebih dari satu	168/110	64	Tidak
R75	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	147/98	49	Tidak
R76	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	165/109	64	Bekerja
R77	Laki Laki	Duda	Lebih dari satu	159/101	62	Bekerja
R78	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	154/76	56	Bekerja
R79	Laki Laki	Menikah	Kurang dari satu	165/88	66	Bekerja
R80	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	166/103	61	Bekerja
R81	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	164/87	61	Bekerja
R82	Laki Laki	Janda	Lebih dari satu	167/98	48	Bekerja
R83	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	169/105	62	Bekerja

R84	Laki Laki	Duda	Lebih dari satu	166/109	63	Bekerja
R85	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	157/101	63	Bekerja
R86	Laki Laki	Menikah	Kurang dari satu	149/87	46	Bekerja
R87	Laki Laki	Duda	Lebih dari satu	169/106	55	Bekerja
R88	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	165/92	57	Bekerja
R89	Laki Laki	Menikah	Kurang dari satu	163/82	48	Bekerja
R90	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	159/85	51	Bekerja
R91	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	166/94	56	Bekerja
R92	Laki Laki	Duda	Lebih dari satu	157/87	52	Bekerja
R93	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	169/105	53	Bekerja
R94	Laki Laki	Duda	Lebih dari satu	155/86	48	Bekerja
R95	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	164/89	48	Bekerja
R96	Laki Laki	Menikah	Lebih dari satu	154/81	47	Bekerja

DATA KUALITAS HIDUP

No.	DOM1	DOM2	DOM3	DOM4	SCORE1	SCORE2	SCORE3	SCORE4	UMUM
Resp									
R1	26	24	9	30	69	75	50	69	65.75
R2	24	26	11	29	63	81	69	69	70.5
R3	26	21	12	31	69	63	75	75	70.5
R4	25	22	9	33	63	69	50	81	65.75
R5	26	21	12	29	69	63	75	69	69
R6	23	18	8	29	56	50	44	69	54.75
R7	23	23	13	20	56	69	81	38	61
R8	23	19	12	29	56	56	75	69	64
R9	18	20	9	29	38	56	50	69	53.25
R10	24	18	9	23	63	50	50	50	53.25
R11	25	21	9	32	63	63	50	75	62.75
R12	26	23	12	35	69	69	75	88	75.25
R13	26	18	9	23	69	50	50	50	54.75
R14	22	21	9	31	56	63	50	75	61
R15	24	23	9	31	63	69	50	75	64.25
R16	24	26	11	30	63	81	69	69	70.5
R17	24	20	11	29	63	56	69	69	64.25
R18	24	25	9	29	63	81	50	69	65.75
R19	24	24	10	35	63	75	56	88	70.5
R20	22	18	9	24	56	50	50	50	51.5
R21	18	19	10	28	38	56	56	63	53.25
R22	24	23	11	30	63	69	69	69	67.5
R23	27	23	9	29	69	69	50	69	64.25
R24	19	21	8	19	44	63	44	38	47.25
R25	21	21	9	30	50	63	50	69	58
R26	26	21	9	26	69	63	50	56	59.5
R27	23	20	13	28	56	56	81	63	64
R28	21	17	7	23	50	44	31	50	43.75
R29	25	19	8	29	63	56	44	69	58
R30	24	21	9	24	63	63	50	50	56.5
R31	25	21	11	23	63	63	69	50	61.25
R32	25	22	10	30	63	69	56	69	64.25
R33	25	15	11	21	63	38	69	44	53.5
R34	24	18	9	24	63	50	50	50	53.25
R35	24	20	12	30	63	56	75	69	65.75
R36	23	17	8	25	56	44	44	56	50
R37	20	19	9	26	44	56	50	56	51.5
R38	26	20	8	26	69	56	44	56	56.25
R39	25	18	11	24	63	50	69	50	58

R40	23	21	13	32	56	63	81	75	68.75
R41	27	21	12	31	69	63	75	75	70.5
R42	24	19	8	26	63	56	44	56	54.75
R43	26	22	9	29	69	69	50	69	64.25
R44	25	23	11	28	63	69	69	63	66
R45	24	19	8	26	63	56	44	56	54.75
R46	29	18	11	30	81	50	69	69	67.25
R47	24	21	11	26	63	63	69	56	62.75
R48	21	19	10	28	50	56	56	63	56.25
R49	25	25	9	29	63	81	50	69	65.75
R50	18	23	9	30	38	69	50	69	56.5
R51	23	21	9	23	56	63	50	50	54.75
R52	28	25	13	32	75	81	81	75	78
R53	21	18	9	27	50	50	50	63	53.25
R54	23	19	10	26	56	56	56	56	56
R55	28	21	9	27	75	63	50	63	62.75
R56	23	21	9	26	56	63	50	56	56.25
R57	19	16	7	23	44	44	31	50	42.25
R58	25	23	11	29	63	69	69	69	67.5
R59	20	15	9	29	44	38	50	69	50.25
R60	22	24	12	28	56	75	75	63	67.25
R61	17	13	7	17	38	31	31	31	32.75
R62	19	19	9	18	44	56	50	31	45.25
R63	25	20	12	29	63	56	75	69	65.75
R64	22	17	8	31	56	44	44	75	54.75
R65	28	18	12	25	75	50	75	56	64
R66	19	20	7	23	44	56	31	50	45.25
R67	25	22	15	29	63	69	100	69	75.25
R68	22	21	9	25	56	63	50	56	56.25
R69	24	19	9	29	63	56	50	69	59.5
R70	23	21	13	31	56	63	81	75	68.75
R71	29	22	12	25	81	69	75	56	70.25
R72	24	19	10	29	63	56	56	69	61
R73	26	25	12	31	69	81	75	75	75
R74	27	26	13	35	69	81	81	88	79.75
R75	24	21	11	29	63	63	69	69	66
R76	24	22	10	29	63	69	56	69	64.25
R77	29	22	12	27	81	69	75	63	72
R78	27	19	12	30	69	56	75	69	67.25
R79	28	21	12	29	75	63	75	69	70.5
R80	24	17	7	21	63	44	31	44	45.5
R81	25	22	10	26	63	69	56	56	61
R82	26	22	9	28	69	69	50	63	62.75
R83	29	21	12	30	81	63	75	69	72
R84	29	21	9	31	81	63	50	75	67.25
R85	27	24	12	33	69	75	75	81	75

R86	20	17	7	24	44	44	31	50	42.25
R87	24	19	13	29	63	56	81	69	67.25
R88	23	22	8	30	56	69	44	69	59.5
R89	22	18	10	23	56	50	56	50	53
R90	23	21	10	27	56	63	56	63	59.5
R91	27	18	9	27	69	50	50	63	58
R92	25	19	10	29	63	56	56	69	61
R93	22	18	10	22	56	50	56	44	51.5
R94	23	18	10	28	56	50	56	63	56.25
R95	24	23	12	32	63	69	75	75	70.5
R96	23	20	9	29	56	56	50	69	57.75

Frequencies

Notes

Output Created		09-OCT-2024 22:09:36
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	96
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=jeniskelamin usia bekerja status hipertensi /ORDER=ANALYSIS.	
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.01

Statistics

		Jenis Kelamin	Usia	Bekerja	Status Perkawinan	Klasifikasi Hipertensi
N	Valid	96	96	96	96	96
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	26	27.1	27.1	27.1

perempuan	70	72.9	72.9	100.0
Total	96	100.0	100.0	

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid usia pertengahan lansia	54	56.3	56.3	56.3
Lanjut usia	42	43.8	43.8	100.0
Total	96	100.0	100.0	

Bekerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid bekerja	70	72.9	72.9	72.9
tidak bekerja	26	27.1	27.1	100.0
Total	96	100.0	100.0	

Status Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid menika	72	75.0	75.0	75.0
ceraimatihadup	24	25.0	25.0	100.0
Total	96	100.0	100.0	

Klasifikasi Hipertensi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid hipertensi sistolik	69	71.9	71.9	71.9
hipertensi campuran	27	28.1	28.1	100.0
Total	96	100.0	100.0	

FREQUENCIES VARIABLES=fisik psikologis sosial lingkungan umum
 /ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Notes

Output Created		15-OCT-2024 12:13:11
Comments		
Input	Data	D:\A ALAN\data kualitas hidup.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	96
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=fisik psikologis sosial lingkungan umum /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.01

Statistics

N		Kualitas Hidup Domain Fisik	Kualitas Hidup Domain Psikologis	Kualitas Hidup Domain Sosial	Kualitas Hidup Domain Lingkungan	Kualitas Hidup Seacara Umum
		Valid	96	96	96	96
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

Kualitas Hidup Domain Fisik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	15	15.6	15.6	15.6
	baik	81	84.4	84.4	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Kualitas Hidup Domain Psikologis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	22	22.9	22.9	22.9
	baik	74	77.1	77.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Kualitas Hidup Domain Sosial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	46	47.9	47.9	47.9
	baik	50	52.1	52.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Kualitas Hidup Domain Lingkungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	20	20.8	20.8	20.8
	baik	76	79.2	79.2	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Kualitas Hidup Seacara Umum

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	7	7.3	7.3	7.3

baik	89	92.7	92.7	100.0
Total	96	100.0	100.0	

LEMBAR BIMBINGAN

NAMA : Lalan Sahril Sidik

NIM : KHGC22153

PEMBIMBING 1 : Devi Ratnasari, S.Kep.Ns.,M.Kep

JUDUL : Gambaran Kualitas Hidup Lanjut Usia Dengan Hipertensi Di Klinik Al- Basmalah Cikajang Kab.Garut

No	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
1			Konsultasi Judul Penelitian		
2			Konsultasi Judul Penelitian	ACC judul penelitian “Gambaran Kualitas Hidup Lanjut Usia Dengan Hipertensi Di Klinik Al- Basmalah Cikajang Kab.Garut “	
3			BAB I	Kerangka isi latar belakang mengerucut seperti segitiga terbalik : <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensi - Lansia - Dampak hipertensi pada lansia - Kualitas hidup - Data hasil penelitian Studi pendahuluan 	
4			BAB I	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki narasi kalimat - Saling kaitkan hubungan antar paragraph latar belakang - Tulisan Bahasa asing miringkan Perbaiki tulisan 	

5		BAB II	Urutan isi teori Bab II : <ul style="list-style-type: none">- Hipertensi- Lansia- Kualitas hidup	
---	--	--------	--	--

6		BAB I & BAB II	<p>BAB I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan awal kalimat - Tambahkan teori penelitian terdahulu - Kata Bahasa asing miringkan <p>BAB II :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan - Bahasa asing miringkan - Bagan kerangka pemikiran kotaknya terbalik Tambahkan keterangan kotak bagan 	
7		BAB I & BAB II	<p>BAB I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki huruf besar sesudah titik - Rubah tujuan khusus <p>BAB II :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sebelum bagan tambahkan kerangka pemikiran secara narasi 	
8		BABI, BAB II, & BAB III	<p>BAB I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hapus kata penyambung awal kalimat yang tidak perlu - Miringkan Bahasa asing <p>BAB II :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki peletakan keterangan bagan dan sumber <p>BAB III : Mulai mengerjakan Bab III</p>	
9		BABI, BAB II, & BAB III	<p>BAB I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miringkan Bahasa asing <p>BAB II :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isi bagan pertama dengan dampak dari hipertensi yang 	

			<p>mempengaruhi kualitas hidup lansia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rubah garis bagan yang diteliti dan tidak - 2Tambahkan narasi kerangka pemikiran sebelum bagan <p>BAB III :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki populasi penelitian - Perbaiki rumus sampel penelitian dengan populasi yang tidak diketahui <p>Tambahkan teori interpretasi hasil</p>	
10		BAB I, BAB II, BAB III	ACC	
11		BAB I, II, III	<p>Revisi Proposal</p> <p>BAB III :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan rumus sampel - Tabel kisi kisi quisioner disimpan di lampiran 	
12		BAB I, II, III	ACC revisi proposal	
14		BAB IV, V	<p>BAB IV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pembahasan karena yg jadi variabel penelitiannya adalah gambaran kualitas hidup maka karakteristik tidak dibahas secara terpisah-pisah - karakteristik dijadikan data pendukung pada saat membahas kualitas hidup <p>BAB V :</p> <ul style="list-style-type: none"> - di kesimpulan tidak mencantumkan angka - untuk saran akademik 	

			:KMB dan kep. Gerontic - tambahkan saran untuk penelitian selanjutnya	
		BAB IV, V	ACC, lengkapi draft	