

## Pengukuran Kualitas Hidup Menggunakan Instrumen *Quality of Well Being Self-Administered Scale* (QWB-SA) pada Pasien Hipertensi

*Measurement of Quality of Life Assessed with Quality of Well Being Self-Administered Scale Instruments in Hypertensive Patients*

Afrizal Wahyu Darma Syahyeri<sup>1</sup>, Dwi Endarti<sup>2\*</sup>, Tri Murti Andayani<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Magister Manajemen Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada

<sup>2</sup> Departemen Farmasetika, Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada

<sup>3</sup> Departemen Farmakologi dan Farmasi Klinik, Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada

Corresponding author: Dwi Endarti: Email: endarti\_apt@ugm.ac.id

Submitted: 20-06-2022

Revised: 11-07-2022

Accepted: 18-07-2022

### ABSTRAK

Hipertensi merupakan penyakit degeneratif yang berdampak pada kualitas hidup. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui nilai utilitas masyarakat dengan penyakit hipertensi yang diukur menggunakan kuesioner *Quality of Well Being Self-Administered Scale* (QWB-SA); mengetahui sensitivitas kuesioner, dan hubungan antara karakteristik responden dengan nilai utilitas. Penelitian dilakukan dengan pendekatan observasional menggunakan rancangan *cross sectional*. Teknik *sampling* yang digunakan yaitu *convenience sampling* terhadap 120 responden pada rentang waktu Juli – September 2021 pada masyarakat dengan penyakit hipertensi yang menjadi anggota Prolanis di puskesmas yang berada di wilayah Kabupaten Gunungkidul, Kota Surakarta, Kota Surabaya, dan Kabupaten Madiun. Analisis data menggunakan uji *independent t-test* serta kajian sensitivitas menggunakan kurva ROC dan *effect size*. Nilai utilitas rata-rata QWB-SA adalah 0,664 (*SD*: 0,120; *SE*: 0,011; *Range*: 0,309-1,000; *Median*: 0,651). Kuesioner QWB-SA memiliki sensitivitas sedang – besar dilihat dari nilai kurva ROC (0,715 dan 0,73) dan nilai *effect size* (0,819 dan 0,798). Responden yang sudah menikah (0,676); pendidikan terakhir SMA–Perguruan Tinggi (0,695); bekerja/ pensiun (0,685) secara signifikan terkait dengan skor keseluruhan QWB-SA memiliki nilai utilitas yang lebih tinggi. Responden yang memiliki riwayat penyakit penyerta (0,608); kebiasaan olahraga jarang/ tidak pernah (0,637) secara signifikan terkait dengan skor keseluruhan QWB-SA memiliki nilai utilitas yang lebih rendah.

**Kata kunci:** Hipertensi; Kualitas hidup; QWB-SA

### ABSTRACT

Hypertension is a degenerative disease that impact on quality of life. This study aimed to determine health utility hypertension's patient as measured using the Quality of Well Being Self-Administered Scale (QWB-SA) questionnaire; determine sensitivity of the questionnaire and relationship between characteristics of respondents and utility . This study was an observational study using a cross sectional approach. The sampling technique used convenience sampling of 120 respondents in the July – September 2021 period for hypertension's patients who are members of Prolanis in primary healthcare located in Gunungkidul Regency, Surakarta City, Surabaya City, and Madiun Regency which represent Regional I of BPJS. Data analysis used independent t-test, ROC curve and effect size. The average utility value of QWB-SA is 0.664 (*SD*: 0.120; *SE*: 0.011; *Range*: 0.309-1,000; *Median*: 0.651). The QWB-SA questionnaire has a medium to large sensitivity seen from the ROC curve values (0.715 and 0.73) and the effect size values (0.819 and 0.798). Respondents who are married (0.676); education SHS–University (0.695); employed/retired (0.685) was significantly related to the overall QWB-SA score having higher utility scores. Respondents who have a history of comorbidities (0.608); exercise habit rarely/never (0.637) was significantly associated with overall QWB-SA scores having lower utility scores.

**Keywords:** Hypertension; Quality of Life; QWB-SA

## PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan penyakit degeneratif yang menjadi masalah serius saat ini. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 1,13 miliar orang di seluruh dunia menderita hipertensi, sebagian besar (dua pertiga) tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Pada tahun 2015, 1 dari 4 pria dan 1 dari 5 wanita menderita hipertensi. Kurang dari 1 dari 5 orang dengan hipertensi memiliki masalah terkontrol. Hipertensi adalah penyebab utama kematian dini di seluruh dunia. Salah satu target global untuk penyakit tidak menular adalah untuk mengurangi prevalensi hipertensi sebesar 25% pada tahun 2025 (World Health Organization, 2021). Penderita hipertensi tidak terkontrol perlu meningkatkan kepatuhan terhadap terapi farmakologi karena penyakit hipertensi akan terus menyertai hidup penderita sehingga penyakit ini berdampak pada kualitas hidup pasien (Sarjunani, 2009).

Kualitas hidup yang secara langsung berkaitan dengan kesehatan individu disebut dengan *Health-related Quality of Life* (HRQOL). HRQOL merupakan sebuah luaran menurut penilaian pasien atau luaran dari sudut pandang pasien yang berkaitan dengan persepsi kesehatan, perasaan nyaman, dan kemampuan fungsional (Andayani, 2013). Pengukuran HRQoL dapat dilakukan dengan dua pendekatan kuesioner, yaitu kuesioner general dan kuesioner spesifik. Beberapa instrumen generik yang baku dan sudah luas dipakai dalam berbagai penelitian kualitas hidup diantaranya adalah *Euro Quality of Life 5 Dimension* (EQ-5D), *Short Form 6 Dimension* (SF-6D) dan *Quality of Well-being Scale* (QWB). Instrumen tersebut memiliki algoritma skoring dan sistem deskriptif yang berbeda dari keadaan kesehatan (*healthstate*). Sehingga hasil skor indeks utilitas dapat bervariasi berdasarkan instrument yang digunakan. Selain itu, beberapa bukti menunjukkan terdapat perbedaan level of agreement antara ketiga instrument tersebut terhadap rentang status kesehatan dari suatu penyakit, sehingga potensial menyebabkan perbedaan estimasi dari nilai indeks utilitas (Joore dkk., 2010).

Penelitian terdahulu mempelajari terjemahan, adaptasi budaya, dan validasi kuesioner *Quality of Well-Being Self-Administered* (QWB-SA) dalam bahasa Indonesia pada populasi umum di kota Yogyakarta. Hasil dari penelitian tersebut

menunjukkan bahwa hasil terjemahan dan adaptasi budaya dimodifikasi dari aspek idiomatic, semantic dan kesetaraan konseptual dari item-item pada kuesioner QWB-SA. Validitas konstruk internal menunjukkan korelasi yang sangat kuat dan sedang antara dimensi dan indeks utilitas QWB. Validitas konvergen menunjukkan korelasi sedang ke lemah dibandingkan dengan kuesioner *Euro-quality of life-5* dimensional. Uji reliabilitas menunjukkan koefisien *cronbach alpha* sebesar 0.626, dan uji reliabilitas menunjukkan reliabilitas yang kuat dan korelasi sedang (Andayani dkk., 2019). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui nilai utilitas dari masyarakat dengan penyakit hipertensi yang diukur dengan menggunakan kuesioner QWB-SA, sehingga dapat digunakan sebagai alternatif untuk menilai kualitas hidup masyarakat dengan penyakit hipertensi serta memberikan gambaran yang sesuai mengenai utilitas dan hubungan dengan karakteristik yang terdapat pada masyarakat dengan penyakit hipertensi yang diukur menggunakan kuesioner QWB-SA.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional* menggunakan metode pengambilan sampel *convenience sampling*. Subyek penelitian adalah masyarakat dengan penyakit hipertensi yang menjadi anggota Prolanis di puskesmas yang berada di wilayah Kabupaten Gunungkidul, Kota Surakarta, Kota Surabaya, dan Kabupaten Madiun yang mewakili regional I dari BPJS. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner *Quality of Well Being Self-Administered Scale* (QWB-SA) yang sudah diterjemahkan secara baku dalam Bahasa Indonesia (Andayani dkk., 2019). Total jumlah responden sebanyak 120 orang yang terbagi ke dalam 4 lokasi penelitian. Pengambilan data dilakukan dalam kurun waktu 3 bulan, pada rentang waktu Juli – September 2021. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa hipertensi, sehat secara kejiwaan dan dapat berkomunikasi dengan baik, mengunjungi puskesmas untuk rawat jalan dan menerima pengobatan  $\geq 3$  bulan. Kriteria eksklusi adalah wanita hamil dan responden yang tidak mengisi *inform consent* atau tidak mengikuti penelitian hingga selesai. Responden mengisi *inform consent* sebagai kesediaan ikut terlibat dalam penelitian, mengisi lembar kuesioner

karakteristik sosiodemografi dan instrumen QWB-SA sesuai dengan kondisi dan persepsi responden. Analisis data dilakukan menggunakan SPSS (versi 25.0). Variabel tergantung merupakan kualitas hidup masyarakat dengan hipertensi yang dinyatakan dalam nilai utilitas, sedangkan variable bebas merupakan factor karakteristik responden yang mempengaruhi nilai kualitas hidup (usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan terakhir, status pekerjaan, pendapatan total keluarga per bulan, lama menderita, tekanan darah, riwayat penyakit penyerta, kebiasaan merokok dan kebiasaan olahraga). Analisis deskriptif digunakan untuk melihat gambaran karakteristik masyarakat dengan hipertensi yang terlibat dalam penelitian ini. Uji *independent t-test* digunakan untuk melihat perbedaan nilai kualitas hidup pada tiap kelompok karakteristik responden. Kajian sensitivitas menggunakan Kurva ROC dan *effect size* digunakan untuk mengevaluasi sensitivitas kuesioner. Penelitian ini sudah mendapatkan persetujuan etik dari Komite Etik Fakultas Kedokteran dengan nomor KE/FK/0782/EC/2021.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden dalam penelitian ini menunjukkan bahwa dari total 120 responden yang tersebar di wilayah penelitian, rata-rata usia responden adalah 63,6 tahun dengan kelompok usia terbesar adalah lebih dari 60 tahun (70,8%). Jenis kelamin perempuan mendominasi dalam penelitian ini (76,7%). Penelitian Zhang (2016) yang mengukur QoL pada pasien hipertensi di China menunjukkan mayoritas penyakit hipertensi diderita oleh wanita (57,2%) (Zhang dkk., 2016), begitupula hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Liu (2020) di China yang menunjukkan pasien dengan jenis kelamin wanita lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan pria (60,6%) (Liu dkk., 2020). Status pernikahan sudah menikah (64,2%) memiliki jumlah yang lebih besar dibandingkan responden yang belum menikah/janda/duda. Mayoritas tingkat pendidikan responden dengan hipertensi tergolong rendah yaitu tidak tamat sekolah sampai SMP (62,5%). Pendidikan sangat berperan penting dalam kemampuan seseorang mengakses informasi mengenai cara untuk mencegah terjadinya penyakit kronis. Hal ini mengakibatkan lebih tingginya pendidikan

akan menunjang peningkatan status kesehatan melalui perilaku hidup yang lebih sehat (Zhang dkk., 2017). Responden yang tidak memiliki pekerjaan/ pensiun (53,3%), dengan pendapatan dibawah atau sama dengan UMR (55,8%) merupakan kelompok yang memiliki jumlah lebih besar daripada kelompok lain dalam satu karakteristik. Responden rata-rata sudah menderita hipertensi selama 8,38 tahun dengan mayoritas menderita hipertensi 0 - 5 tahun (54,2%). Mayoritas responden memiliki tekanan darah tidak terkontrol (75%) dengan rata-rata tekanan darah sebesar 145,35/83,58 mmHg. Jumlah pasien hipertensi yang tidak memiliki riwayat penyakit lain lebih banyak dibandingkan yang memiliki riwayat penyakit (63,3%). Responden yang sudah berhenti/ tidak pernah merokok (98,3%) dan jarang atau tidak pernah berolahraga (70,8%) merupakan kelompok mayoritas dibandingkan dengan kelompok lain yang terdapat pada karakteristik yang sama. Gambaran karakteristik responden dengan hipertensi (Tabel I).

Penggunaan instrumen QWB-SA telah banyak digunakan secara luas untuk mengukur HRQoL, baik pada populasi umum ataupun langsung pada pasien. Instrumen QWB-SA sendiri merupakan instrumen generik yang terdiri dari 4 domain penyusun yang tiap domainnya memiliki beberapa pertanyaan terkait domain tersebut, yaitu domain gejala atau *symptom* (CPX), mobilitas (MOB), aktivitas fisik (PAC) dan aktivitas sosial (SAC). Dalam studi ini, kami menggunakan algoritma yang telah dikembangkan oleh tim dari *University of California* karena algoritma pengukuran dengan populasi Indonesia belum tersedia. Akan tetapi kuesioner QWB-SA sudah memiliki versi Bahasa Indonesia (Andayani dkk., 2019). Hasil penelitian menunjukkan pasien dengan hipertensi, dilaporkan mayoritas responden memberikan respon tertinggi tidak adanya masalah pada domain mobilitas, aktifitas fisik, aktifitas sosial dan perawatan diri yaitu berturut-turut 76,67%; 57,49% dan 92,5%. Namun, pada domain gejala hanya 1,67% responden yang menunjukkan respon tidak ada masalah. 5 gejala atau masalah yang paling banyak dirasakan oleh responden diantaranya adalah masalah yang mengharuskan responden meminum obat apapun termasuk obat yang dijual bebas tanpa resep dokter (70,83%); gejala yang membuat responden menggunakan alat bantu kacamata (51,67%); nyeri kaku kram,

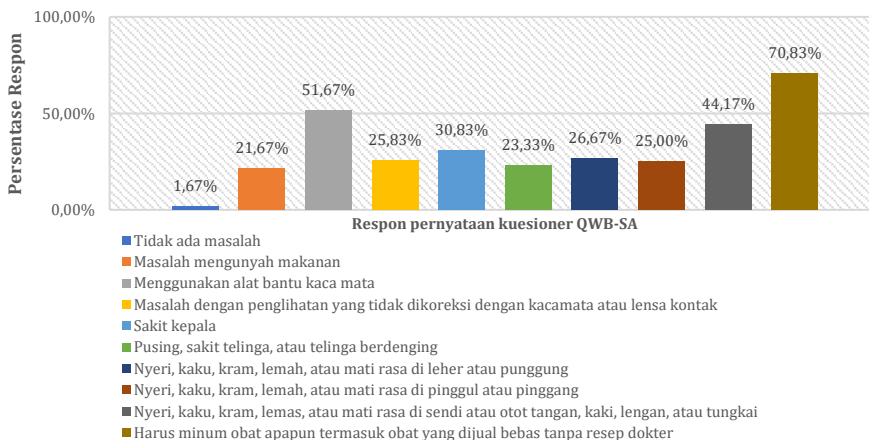
Tabel I. Karakteristik Responden dengan Hipertensi (n=120)

Karakteristik Responden	N	%
<b>Usia (tahun)</b>		
Rata-rata	63,6	
< 60 tahun	35	29,2%
≥ 60 tahun	85	70,8%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Pria	28	23,3%
Wanita	92	76,7%
<b>Status Pernikahan</b>		
Belum Menikah/ Janda/ Duda	43	35,8%
Menikah	77	64,2%
<b>Tingkat Pendidikan Terakhir</b>		
Tidak Tamat Sekolah – SMP	75	62,5%
SMA – Perguruan Tinggi	45	37,5%
<b>Status Pekerjaan</b>		
Tidak Bekerja	56	46,7%
Bekerja / Pensiun	64	53,3%
<b>Pendapatan Total</b>		
≤ UMR	67	55,8%
> UMR	53	44,2%
<b>Lama Menderita (tahun)</b>		
0 - 5 tahun	65	54,2%
> 5 tahun	55	45,8%
<b>Tekanan Darah</b>		
Terkontrol	30	25%
Tidak Terkontrol	90	75%
<b>Riwayat Penyakit Penyerta</b>		
Ya	44	36,7%
Tidak	76	63,3%
<b>Kebiasaan merokok</b>		
Ya	2	1,7%
Sudah Berhenti / Tidak Pernah	118	98,3%
<b>Kebiasaan Olahraga</b>		
Teratur	35	29,2%
Jarang / Tidak Pernah	85	70,8%

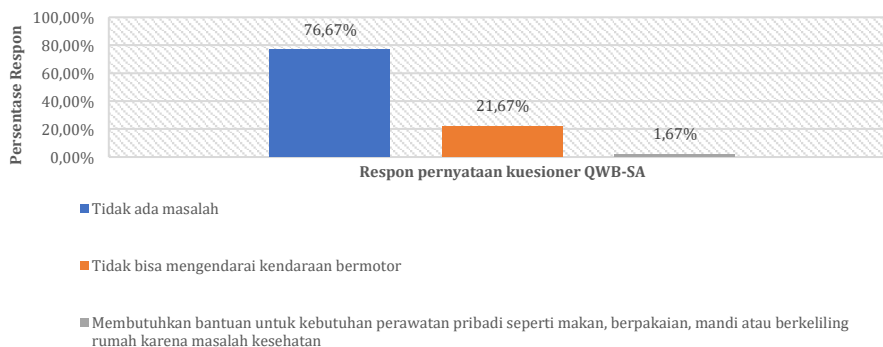
lemas, atau mati rasa di sendi atau otot tangan, kaki, lengan, atau tungkai (44,17%); sakit kepala (30,83%); nyeri, kaku, kram, lemah, atau mati rasa di leher atau punggung (26,67%). Hasil ini serupa dengan penelitian Ghimire (2020) di Nepal yang melaporkan bahwa mayoritas pasien memiliki banyak permasalahan pada domain rasa sakit/ nyeri (Ghimire dkk., 2020). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas pasien pada domain gejala merasakan gejala dan memberikan pengaruh terhadap keadaan kesehatan pasien dengan penyakit hipertensi yang diderita (Gambar 1).

Hal ini berbeda pada domain mobilitas, dimana mayoritas responden tidak ada masalah

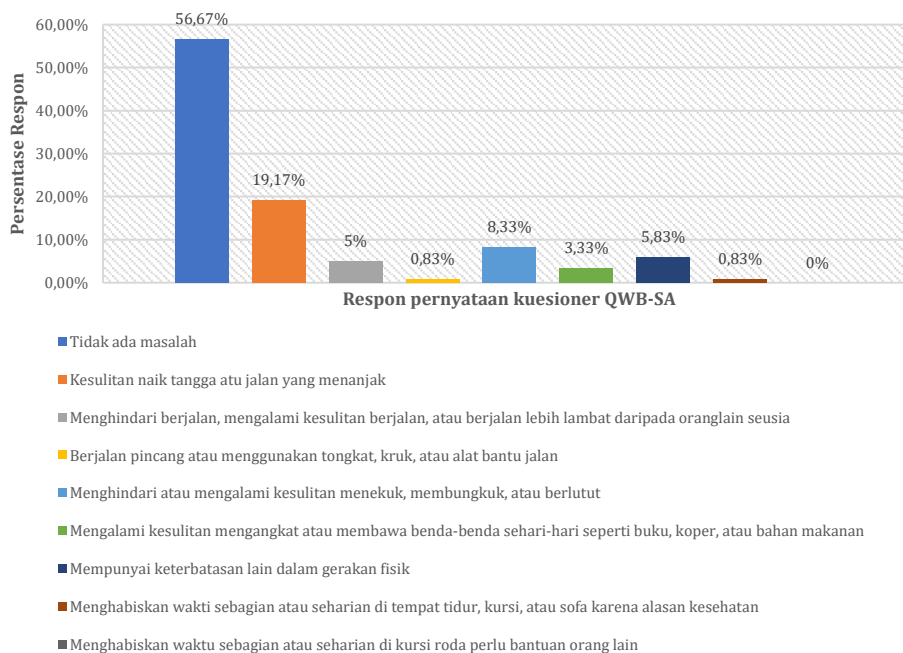
pada domain ini. Responden yang mengalami masalah pada domain ini adalah responden yang tidak bisa mengendarai motor karena masalah kesehatan (21,67%) dan membutuhkan bantuan untuk kebutuhan perawatan pribadi seperti makan, berpakaian, mandi, atau berkeliling rumah karena masalah kesehatan (1,67%) (Gambar 2). Hal serupa dirasakan responden pada domain aktifitas fisik, dimana mayoritas responden tidak ada masalah pada domain ini. Responden yang mengalami masalah pada domain ini adalah responden yang mengalami kesulitan naik tangga atau berjalan menanjak (19,17%); menghindari atau mengalami kesulitan



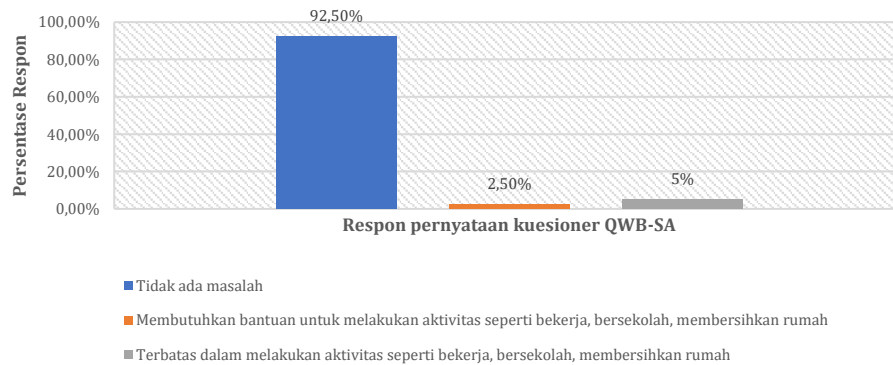
Gambar 1. Karakteristik Respon Domain Gejala



Gambar 2. Karakteristik Respon Domain Mobilitas



Gambar 3. Karakteristik Respon Domain Aktivitas Fisik



**Gambar 4. Karakteristik Respon Dominan Aktivitas Sosial dan Perawatan Diri**

menekuk, membungkuk, atau berlutut (8,33%); mempunyai keterbatasan lain dalam gerakan fisik (5,83%); menghindari berjalan, mengalami kesulitan berjalan, atau berjalan lebih lambat daripada orang lain seusia (5%); mengalami kesulitan mengangkat atau membawa benda-benda sehari-hari seperti buku, koper, atau bahan makanan (3,33%); berjalan pincang atau menggunakan tongkat, kruk, atau alat bantu jalan (0,83%) dan menghabiskan waktu sebagian atau seharian di tempat tidur, kursi, atau sofa karena alasan kesehatan (0,83%) (Gambar 3). Pada domain aktivitas sosial dan perawatan diri, mayoritas responden menunjukkan tidak ada masalah. Responden yang mengalami masalah pada domain ini adalah responden yang merasakan keterbatasan dalam melakukan aktivitas seperti bekerja, bersekolah, membersihkan rumah (5%) dan mengalami masalah kesehatan sehingga menghindari, membutuhkan bantuan, atau terbatas dalam melakukan beberapa kegiatan seperti bekerja, sekolah, atau mengurus rumah (2,5%) (Gambar 4). Hasil ini sedikit berbeda dengan penelitian Sieber (2000) yang melaporkan bahwa baik untuk aktivitas fisik maupun aktivitas sosial, responden dilaporkan mengalami disfungsi yang lebih besar dan kualitas hidup yang lebih rendah pada hari-hari migrain daripada semua kelompok lain. Namun, pada domain mobilitas tidak ada perbedaan yang ditemukan antar kelompok (Sieber dkk., 2000).

Tabel II menggambarkan nilai utilitas pasien hipertensi yang diukur menggunakan instrumen QWB-SA. Hasil penelitian ini menunjukkan rata-rata skor utilitas yang diukur menggunakan kuesioner QWB-SA adalah 0,664

( $SD = 0,12$ ). Hasil penelitian ini konsisten dengan penelitian sebelumnya pada pasien diabetes mellitus di Amerika Serikat yang menunjukkan rata-rata skor utilitas 0,67 ( $SE = 0,005$ ) (Hinyard dan Geremakis, 2016). Namun hasil penelitian diatas berbeda dengan penelitian pada populasi umum di Wisconsin, USA dengan QWB-SA utility index adalah sebesar 0,719 ( $Range = 0,710 - 0,728$ ) (Lawrence dkk., 1996). Perbedaan ini dapat disebabkan karena perbedaan karakteristik responden yang menyebabkan variasi nilai utilitas. Selain itu, pada domain gejala kuesioner QWB-SA terdapat item pertanyaan yang kurang relevan dengan penyakit hipertensi seperti kebutaan/ masalah penglihatan, masalah mengunyah makanan, nyeri/ kaku/ kram, lemah atau mati rasa pada pinggul, pinggang dan persendian. Hal ini dapat mengurangi nilai utilitas dari responden jika mereka merasakan gejala tersebut walaupun gejala tidak berkaitan langsung dengan penyakit hipertensi yang diderita oleh responden.

Pasien hipertensi, berdasarkan uji statistik dengan *independent t test* pada kategori status pernikahan ( $p=0,026$ ), tingkat pendidikan terakhir ( $p=0,012$ ), status pekerjaan ( $p=0,040$ ), riwayat penyakit penyerta ( $p=0,000$ ) dan kebiasaan olahraga ( $p=0,000$ ) menunjukkan hasil yang berbeda secara signifikan, hal ini dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup pada pasien hipertensi dengan kategori variabel tersebut. Nilai utilitas pada pasien hipertensi kelompok belum menikah/ janda/ duda (0,642) lebih rendah daripada kelompok yang sudah menikah (0,676). Hasil ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa status

Tabel II. Nilai Utilitas Berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Nilai Utilitas	<i>p-value</i>
<b>Rata-rata Total</b>	0,664 ± 0,120	
<b>Usia (tahun)</b>		0,175
< 60 tahun	0,680	
≥ 60 tahun	0,657	
<b>Jenis Kelamin</b>		0,295
Pria	0,673	
Wanita	0,661	
<b>Status Pernikahan</b>		0,026*
Belum Menikah/ Janda/ Duda	0,642	
Menikah	0,676	
<b>Tingkat Pendidikan Terakhir</b>		0,012*
Tidak Tamat Sekolah – SMP	0,645	
SMA – Perguruan Tinggi	0,695	
<b>Status Pekerjaan</b>		0,040*
Tidak Bekerja	0,640	
Bekerja / Pensiun	0,685	
<b>Pendapatan Total</b>		0,231
≤ UMR	0,654	
> UMR	0,677	
<b>Lama Menderita (tahun)</b>		0,366
0 - 5 tahun	0,673	
> 5 tahun	0,654	
<b>Tekanan Darah</b>		0,099
Terkontrol	0,693	
Tidak Terkontrol	0,654	
<b>Riwayat Penyakit Penyerta</b>		0,000*
Ya	0,608	
Tidak	0,696	
<b>Kebiasaan merokok</b>		0,555
Ya	0,682	
Sudah Berhenti / Tidak Pernah	0,664	
<b>Kebiasaan Olahraga</b>		0,000*
Teratur	0,729	
Jarang / Tidak Pernah	0,637	

pernikahan adalah salah satu faktor yang mempengaruhi HRQoL pasien hipertensi dan pasien yang menikah menunjukkan HRQoL lebih tinggi daripada pasien bercerai dan janda, menunjukkan bahwa peningkatan perceraian akan menurunkan kualitas hidup penderita hipertensi (Zhang dkk., 2016). Penelitian Ramezankhani (2019) pada orang dewasa di Iran menunjukkan bahwa status lajang (belum pernah menikah) merupakan faktor risiko penting untuk hipertensi di antara laki-laki (Ramezankhani dkk., 2019). Pasien hipertensi dengan tingkat pendidikan terakhir tidak tamat sekolah sampai SMP (0,645) memiliki nilai

utilitas lebih rendah dibandingkan kelompok SMA sampai perguruan tinggi (0,695). Hasil ini sejalan dengan penelitian Liu (2020) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi dikaitkan dengan nilai utilitas yang lebih tinggi yang dapat diartikan sebagai HRQoL yang lebih baik (Liu dkk., 2020). Pendidikan rendah mengganggu akses ke pendidikan kesehatan, sebuah strategi yang memungkinkan penerapan perilaku sehat dan mobilisasi sosial untuk perbaikan kondisi kehidupan mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan penyakit (Andrade dkk., 2014). Pasien hipertensi yang memiliki pekerjaan atau

**Tabel III. Luas Wilayah di Bawah Kurva Nilai Utilitas Terhadap Karakteristik Responden**

Karakteristik Klinik Responden	AUC ± SD	p Value	95% Confidence Interval	
			Lower bound	Upper bound
Riwayat Penyakit Penyerta	0,715 ± 0,046	0,000	0,625	0,806
Kebiasaan Olahraga	0,730 ± 0,052	0,000	0,628	0,833

**Tabel IV. Effect Size Nilai Utilitas Terhadap Karakteristik Responden**

Karakteristik Klinik Responden	Kelompok	QWB-SA		
		Mean	SD	Effect size
Riwayat penyakit penyerta	Ya	0,608	0,089	0,819
	Tidak	0,696	0,123	
Kebiasaan olahraga	Teratur	0,729	0,123	0,798
	Jarang / Tidak Pernah	0,637	0,107	

penyerta (0,685) memiliki nilai utilitas yang lebih tinggi dibandingkan kelompok yang tidak memiliki pekerjaan (0,640). Hasil ini sejalan dengan penelitian Zhang (2016) di Provinsi Shaanxi, China yang menunjukkan bahwa status pekerjaan juga mempengaruhi HRQoL. Pasien hipertensi yang bekerja memiliki HRQoL yang secara signifikan lebih baik daripada pasien yang tidak bekerja. Meningkatkan tingkat pekerjaan akan berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup pasien hipertensi (Zhang dkk., 2016). Namun, hasil ini berbeda dengan penelitian sebelumnya pada populasi di Eropa yang melaporkan bahwa secara keseluruhan, tidak ditemukan bukti dampak dari tidak bekerja pada diagnosis hipertensi. Namun, mengingat bukti yang relatif konsisten untuk hubungan antara pengangguran dan penyakit kardiovaskular dalam literatur, mungkin terdapat mekanisme di luar hipertensi yang memiliki kontribusi yang relatif lebih besar (Rumball-Smith dkk., 2014). Pada responden dengan penyakit penyerta (0,608) memiliki nilai utilitas yang lebih rendah daripada kelompok yang tidak memiliki penyakit penyerta (0,696). Hasil ini sejalan dengan penelitian Mannan (2022) yang menyatakan bahwa HRQoL ditemukan berbanding terbalik dengan peningkatan jumlah komorbiditas yang disebabkan oleh penurunan HRQoL pasien hipertensi (Mannan dkk., 2022). Komorbid pada hipertensi dapat menyebabkan komplikasi yang buruk seperti stroke dan nyeri tubuh (*angina pectoris*) yang menyebabkan HRQoL menjadi lebih rendah bukan karena hipertensi itu sendiri. Komorbid dapat mempengaruhi

persepsi pasien hipertensi tentang kesehatan umum mereka yang mempengaruhi bagaimana pasien menilai HRQoL mereka (Zhang dkk., 2017). Sementara itu, pada kelompok responden dengan kebiasaan olahraga teratur (0,729) menunjukkan nilai utilitas yang lebih tinggi daripada kelompok kebiasaan olahraga jarang/ tidak teratur (0,637). Hal ini sejalan dengan penelitian Zhu (2021) yang menyatakan bahwa manajemen diri pada pasien hipertensi berkaitan erat dengan HRQoL dan individu yang secara teratur melakukan latihan fisik, aktivitas dan mempertahankan tekanan darah normal memiliki HRQoL yang lebih tinggi (Zhu dkk., 2021). Biddle (2016) memaparkan bahwa individu yang lebih sedikit memiliki pengalaman aktif secara fisik lebih banyak stres dalam hidup mereka, yang juga merupakan penginduksi penting hipertensi (Biddle, 2016).

Kurva ROC digunakan untuk mengevaluasi kinerja kuesioner terhadap indikator eksternal dari status kesehatan. Nilai AUC dihasilkan dari kurva ROC sebagai ukuran yang paling sensitif untuk mendeteksi perbedaan. Tabel III menunjukkan hasil kajian luas wilayah di bawah kurva (AUC) nilai utilitas terhadap karakteristik klinik responden. Nilai AUC pasien hipertensi dengan karakteristik riwayat penyakit penyerta didapatkan nilai sebesar 0,715 ± 0,046. Sedangkan, pada karakteristik kebiasaan olahraga didapatkan nilai sebesar 0,730 ± 0,052. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai yang dihasilkan tersebut termasuk ke dalam kriteria *fair classification* (>70%-80%) sehingga kuesioner QWB-SA memiliki kemampuan sedang dalam



mendeteksi perubahan nilai yang terjadi pada perubahan status kesehatan antar kelompok karakteristik responden (Gorunescu, 2011).

Selanjutnya dilakukan analisis *effect size* untuk menilai arti dan besar perbedaan status kesehatan. Tabel IV menunjukkan nilai *effect size* yang didapatkan terhadap karakteristik klinik responden. Nilai *effect size* terhadap karakteristik riwayat penyakit penyerta dan kebiasaan olahraga didapatkan nilai berturut-turut sebesar 0,819 dan 0,798. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai *effect size* yang dihasilkan tersebut termasuk dalam kriteria besar ( $\geq 0,8$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner QWB-SA sensitif dalam mengukur besarnya perbedaan perubahan antar kelompok karakteristik (Kazis dkk., 1989).

Keterbatasan dalam penelitian ini diantaranya adalah responden penelitian merupakan pasien dari puskesmas di lokasi penelitian yang memiliki tingkat keparahan penyakit relatif rendah, variabel yang digunakan belum secara keseluruhan menggambarkan karakteristik klinik responden. Penelitian selanjutnya sebaiknya dilanjutkan secara longitudinal dalam jangka waktu tertentu untuk mengamati perkembangan nilai utilitas seiring waktu serta lokasi penelitian dikembangkan pada fasilitas kesehatan lanjutan agar mendapatkan responden dengan karakteristik klinik yang lebih variatif.

## KESIMPULAN

Nilai kualitas hidup pasien hipertensi yang diukur dengan menggunakan kuesioner QWB-SA sebesar  $0,664 \pm 0,120$ . Kuesioner QWB-SA mempunyai tingkat sensitivitas sedang - besar untuk membedakan nilai perubahan status kesehatan pada kelompok karakteristik responden dengan hipertensi dilihat dari nilai AUC (0,715 dan 0,73) dan nilai *effect size* (0,819 dan 0,798). Karakteristik status pernikahan ( $p=0,026$ ), tingkat pendidikan terakhir ( $p=0,012$ ), status pekerjaan ( $p=0,040$ ), riwayat penyakit penyerta ( $p=0,000$ ) dan kebiasaan olahraga ( $p=0,000$ ) menunjukkan hasil yang berbeda secara signifikan.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menghaturkan terimakasih kepada para responden yang telah berkenan untuk ikut terlibat dalam penelitian ini. Studi ini

merupakan bagian dari penelitian tesis Afrizal Wahyu Darma Syahyeri pada Magister Manajemen Farmasi Fakultas Farmasi UGM.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andayani, T.M., 2013. *Farmakoekonomi Prinsip Dan Metodologi*. Bursa Ilmu, Yogyakarta.
- Andayani, T.M., Kristina, S.A., dan Endarti, D., 2019. Translation, cultural adaptation, and validation of the quality of well being self-administered questionnaire in general population in Indonesia. *Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology*, **30**: .
- Andrade, J.M.O., Rios, L.R., Teixeira, L.S., Vieira, F.S., Mendes, D.C., Vieira, M.A., dkk., 2014. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*, **19**: 3497–3504.
- Biddle, S., 2016. Physical activity and mental health: evidence is growing. *World Psychiatry*, **15**: 176–177.
- Ghimire, P., Khadka, A., Anuwatnonthakate, A., dan Trongsakul, S., 2020. Prevalence and Factors Associated with Hypertension Among Health Workers of Central Hospitals in Nepal. *The Indonesian Journal of Public Health*, **15**: 325.
- Gorunescu, F., 2011. *Data Mining, Intelligent Systems Reference Library*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Hinyard, L.J. dan Geremakis, C.M., 2016. Assessing Health Related Quality of Life in Persons with Diabetes: A Comparison of Generic Measures. *The Open Public Health Journal*, **9**: 65–74.
- Joore, M., Brunenberg, D., Nelemans, P., Wouters, E., Kuijpers, P., Honig, A., dkk., 2010. The Impact of Differences in EQ-5D and SF-6D Utility Scores on the Acceptability of Cost-Utility Ratios: Results across Five Trial-Based Cost-Utility Studies. *Value in Health*, **13**: 222–229.
- Kazis, L., Anderson, J., dan Meenan, R., 1989. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care*, **27**: .
- Lawrence, W.F., Fryback, D.G., Martin, P.A., Klein, R., dan Klein, B.E.K., 1996. Health status and hypertension: A population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, **49**: 1239–1245.
- Liu, X., Bai, G., Li, H., dan Li, S., 2020. Applying SF-6D to measure health state utilities among the middle and old aged patients

- with hypertension in China. *Health and Quality of Life Outcomes*, **18**: 385.
- Mannan, A., Akter, K.M., Akter, F., Chy, N.U.H.A., Alam, N., Pinky, S.D., dkk., 2022. Association between comorbidity and health-related quality of life in a hypertensive population: a hospital-based study in Bangladesh. *BMC Public Health*, **22**: 181.
- Ramezankhani, A., Azizi, F., dan Hadaegh, F., 2019. Associations of marital status with diabetes, hypertension, cardiovascular disease and all-cause mortality: A long term follow-up study. *PLOS ONE*, **14**: e0215593.
- Rumball-Smith, J., Nandi, A., dan Kaufman, J.S., 2014. Working and hypertension: gaps in employment not associated with increased risk in 13 European countries, a retrospective cohort study. *BMC Public Health*, **14**: 536.
- Sarjunani, N., 2009. Rancangan RPJMN 2010-2014 Kesehatan, Proses Penyusunan & Materi Kebijakan, Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan.
- Sieber, W.J., David, K.M., Adams, J.E., Kaplan, R.M., dan Ganiats, T.G., 2000. Assessing the Impact of Migraine on Health-Related Quality of Life: An Additional Use of the Quality of Well-being Scale-Self-administered. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, **40**: 662-671.
- World Health Organization, 2021. 'Hypertension'. URL: <https://www.who.int/health-topics/hypertension> (diakses tanggal 31/8/2021).
- Zhang, L., Guo, X., Zhang, J., Chen, X., Zhou, C., Ge, D., dkk., 2017. Health-related quality of life among adults with and without hypertension: A population-based survey using EQ-5D in Shandong, China. *Scientific Reports*, **7**: 14960.
- Zhang, Y., Zhou, Zhongliang, Gao, J., Wang, D., Zhang, Q., Zhou, Zhiying, dkk., 2016. Health-related quality of life and its influencing factors for patients with hypertension: evidence from the urban and rural areas of Shaanxi Province, China. *BMC Health Services Research*, **16**: 277.
- Zhu, Z., Yan, W., Wang, X., Hu, D., Zhu, Y., dan Chen, J., 2021. Physical Activity, Blood Pressure Control, and Health-Related Quality of Life Among Hypertensive Individuals: A Cross-Sectional Study in Jiangsu Province, China. *Asia Pacific Journal of Public Health*, **33**: 539-546.