

Kebahagiaan dan Hubungannya dengan Hipertensi di Indonesia : Analisis Data Indonesian *Family Life Survey* (IFLS5) Tahun 2014

Happiness and Association with Hypertension in Indonesia : Indonesian Family Life Survey (IFLS5) Data Analysis 2014

Olwin Nainggolan,¹ *Effendy Nainggolan,² dan Urbanus Sihotang²

¹Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat, Indonesia

²Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Medan, Jln. Negara Simpang Tanjung Garbus Lubuk Pakam Kabupaten Deli Serdang, Sumatera Utara, Indonesia

*Korespondensi Penulis: olwin.n@gmail.com

Submitted: 05-11-2020, Revised: 16-08-2021, Accepted: 13-09-2021

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v3i1i3.4036>

Abstrak

Kebahagiaan pada beberapa penelitian disebutkan memiliki korelasi dengan beberapa penyakit seperti hipertensi, penyakit kardiovaskular dan kegemukan. Orang yang merasa bahagia cenderung memiliki umur yang lebih panjang dan memiliki hidup yang lebih sehat. Tujuan dari analisis adalah melihat hubungan dan besaran risiko kebahagiaan terhadap kejadian hipertensi di Indonesia. Penelitian ini menggunakan data sekunder Indonesian Family Life Survey tahun 2014 (IFLS5) dengan responden berumur ≥ 19 tahun yang memiliki berat badan normal (IMT 18,5-24,9). Kerangka konsep yang dipergunakan adalah dengan pendekatan model faktor risiko. Untuk melihat hubungan kebahagiaan dengan hipertensi digunakan analisis regresi logistik berganda dengan kemaknaan p value $< 0,05$. Prevalensi hipertensi umur ≥ 19 tahun di Indonesia berdasarkan data IFLS5 adalah sebesar 23,1%. Proporsi responden yang merasa sangat bahagia 11,6% dan merasa bahagia sebesar 78,0%. Hasil analisis multivariat memperlihatkan kebahagiaan tidak memiliki hubungan yang cukup kuat terhadap kejadian hipertensi (p value = 0,62). Variabel umur merupakan faktor yang paling kuat pengaruhnya terhadap kejadian hipertensi dengan OR 5,63 (95%CI 5,02-6,32).

Kata Kunci: kebahagiaan; hipertensi; IFLS5

Abstract

Happiness in several studies is mentioned to have a correlation with several diseases such as hypertension, cardiovascular disease and obesity. Happy people tend to live longer and live healthier lives. The purpose of the study was to look at the association and the magnitude of the risk of happiness with the incidence of hypertension in Indonesia. This study used secondary data from the 2014 Indonesian Family Life Survey (IFLS5) with respondents aged ≥ 19 years old with normal weight (BMI 18,5-24,9). Conceptual framework with a risk factor model approach. Association of happiness to hypertension using multiple logistic regression analysis with the significance of p value < 0.05 . Prevalence of hypertension aged ≥ 19 years old in Indonesia based on IFLS5 data is 23.1%. Proportion of respondents very happy was 11.6% and happy was 78.0%. The results of multivariate analysis showed that happiness did not have a strong enough relationship with the incidence of hypertension. Age variable is the factor with the strongest influence on the incidence of hypertension with OR 5.63 (95% CI 5.02-6.32).

Keywords: happiness; hypertension; IFLS5

PENDAHULUAN

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengaitkan hipertensi atau tekanan darah tinggi, sebagai penyebab utama kematian kardiovaskular.¹ Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2018, prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada usia ≥ 18 tahun di Indonesia sebesar 34,11%.² Meskipun kemajuan dalam pencegahan, pengobatan, dan kontrol tekanan darah tinggi telah dilakukan, hipertensi tetap menjadi tantangan bagi kesehatan masyarakat.³ Hipertensi adalah suatu kondisi dimana pembuluh darah terus-menerus mengalami peningkatan tekanan. Darah dibawa dari jantung ke seluruh bagian tubuh di pembuluh darah. Setiap kali jantung berdetak, ia memompa darah ke pembuluh darah. Tekanan darah diciptakan oleh kekuatan darah yang mendorong dinding pembuluh darah (arteri) karena dipompa oleh jantung. Semakin tinggi tekanan, semakin sulit jantung untuk memompa.¹

Faktor-faktor yang dapat diidentifikasi terkait dengan tekanan darah tinggi antara lain adalah usia, berat badan, kurangnya aktivitas fisik, konsumsi alkohol yang berlebihan, merokok, konsumsi diet yang buruk, diabetes dan faktor genetik.⁴ Hasil beberapa studi menyebutkan juga bahwa faktor psikologis turut memengaruhi tekanan darah. Gejala kecemasan dan depresi diduga berkontribusi terhadap perkembangan hipertensi. Sebuah hasil penelitian di Amerika Serikat dengan jumlah responden sebanyak 3310 orang, menyatakan bahwa emosi negatif merupakan variabel prediktor yang berhubungan secara signifikan terhadap kejadian hipertensi.⁵ Sebaliknya pada penelitian di populasi usia lanjut, menunjukkan bahwa emosi positif bisa mengurangi risiko insiden kecacatan mobilitas, stroke dan kardiovaskular.^{6,7}

Kebahagiaan merupakan ukuran yang menggambarkan tingkat kesejahteraan karena merupakan refleksi dari sebuah capaian dari setiap individu.⁸ Indikator kebahagiaan memberikan gambaran tingkat kesejahteraan subjektif karena terkait beberapa aspek kehidupan yang dianggap penting dan bermakna bagi sebagian besar penduduk.⁹ Dari berbagai survei juga telah

terkonfirmasi bahwa responden yang menyatakan bahwa mereka bahagia, cenderung tidur lebih nyenyak dan memiliki emosi verbal secara lebih positif.¹⁰

Studi-studi yang telah dilakukan menunjukkan bahwa reaksi emosi positif bisa memengaruhi peristiwa kehidupan dengan berbagai karakteristik fisiologis. Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa suasana hati yang positif pada individu merupakan prediktor yang kuat terhadap kesehatan fisik.¹¹⁻¹³ Orang yang merasa lebih bahagia memiliki umur yang lebih panjang,¹⁴ memiliki perilaku hidup sehat (kontrol berat badan dan beraktivitas fisik),¹⁵serta mengurangi perilaku berisiko lainnya.¹³

Studi yang menghubungkan antara kebahagiaan dengan berbagai morbiditas belum banyak dilakukan. Oleh sebab itu dengan keterbatasan data yang ada, penulis mencoba untuk mengaitkan kebahagiaan dengan salah satu penyakit yaitu hipertensi karena prevalensinya yang cukup tinggi di Indonesia. Dengan latar belakang di atas, peneliti ingin mengetahui apakah ada hubungan antara berbagai tingkat kebahagiaan terhadap kejadian hipertensi di Indonesia dan besaran risiko tingkat kebahagiaan tersebut terhadap kejadian hipertensi di Indonesia.

METODE

Sumber data yang digunakan pada penelitian ini adalah data Indonesian Family Life Survey gelombang lima (IFLS5) yang dilakukan pada tahun 2014. Indonesian Family Life Survey merupakan survei longitudinal yang dilakukan oleh RAND Corporation sejak tahun 1993, IFLS2 tahun 1997, IFLS3 tahun 2000, IFLS4 tahun 2007 yang bisa menggambarkan data nasional dan bersifat dinamis. Sampel ini mewakili sekitar 83% penduduk Indonesia dan berisi lebih dari 30.000 orang yang tinggal di 13 dari 34 provinsi. Pelaksanaan pengumpulan data IFLS dilakukan di 13 provinsi di Indonesia yaitu empat provinsi di Sumatra (Sumatra Utara, Sumatra Barat, Sumatra Selatan dan Lampung), lima provinsi di pulau Jawa (DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, dan Jawa Timur) dan empat provinsi lainnya (Bali, Nusa Tenggara

Barat, Kalimantan Selatan dan Sulawesi Selatan). Data IFLS merupakan penelitian kohor namun dalam analisis ini akan diperlakukan sebagai data potong lintang. Sampel penelitian adalah yang berumur ≥ 18 tahun yang memiliki berat badan normal (IMT 18,5-24,9).

Pengambilan sampel secara bertingkat pada provinsi dan dilakukan stratifikasi perkotaan/perdesaan. Provinsi dipilih untuk memaksimalkan keterwakilan penduduk, menangkap keragaman budaya dan sosial ekonomi Indonesia. Blok Sensus dipilih secara acak menggunakan kerangka sampel Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 1993 dan selanjutnya rumah tangga dipilih secara acak. Rumah tangga didefinisikan sebagai sekelompok orang yang anggotanya bertempat tinggal pada bangunan yang sama dan berbagi makanan dari dapur yang sama. Dua puluh rumah tangga dipilih dari setiap Blok Sensus perkotaan, dan 30 rumah tangga dipilih dari setiap Blok Sensus perdesaan.¹⁶

Unit analisis penelitian ini adalah penduduk dewasa yang berumur ≥ 19 tahun yang memiliki berat badan normal (IMT 18,5-24,9). Pengambilan sampel dengan berat badan normal dilakukan sebagai syarat inklusi untuk menghilangkan efek berat badan berlebih dan obesitas terhadap variabel dependen dalam hal ini adalah hipertensi. Pemeriksaan tekanan darah dilakukan sebanyak 3 (tiga kali), akan diperoleh rata-rata sistolik dan diastolik, kemudian dilakukan pengkategorian hipertensi berdasarkan kategori JNC 7.¹⁷ Jika rata-rata sistolik ≥ 140 mmHg dan atau rata-rata diastolik ≥ 90 mmHg masuk kelompok responden hipertensi. Variabel kebahagiaan didapatkan dari jawaban responden: Sangat bahagia (1); bahagia (2); tidak bahagia (3); sangat tidak bahagia (4). Variabel status perkawinan didapatkan dari responden: menikah (1); belum menikah (2); cerai (3). Kelompok umur dibuat menjadi 2 kategori yaitu < 40 tahun (1); dan ≥ 40 tahun (2). Latar belakang pendidikan meliputi Pendidikan rendah yaitu \leq SMP, Pendidikan menengah SMA, serta Pendidikan tinggi yaitu \geq D1 ke atas. Variabel pekerjaan terdiri dari dua kategori yaitu bekerja dan tidak bekerja. Status

sosial ekonomi diperoleh dari *proxy* pengeluaran perkapita (*per capita expenditure*). Pengeluaran rumah tangga responden selama seminggu meliputi pengeluaran makanan, non makanan serta pengeluaran pendidikan dalam setahun. Jumlah seluruh pengeluaran rumah tangga dibagi dengan jumlah seluruh anggota rumah tangga. Selanjutnya dilakukan *re-coding* kedalam lima kuintil, kuintil 3, 4, 5 masuk kelompok tidak miskin, dan kuintil 1, 2 masuk kelompok miskin.

Tahap awal dilakukan analisis univariat untuk melihat sebaran proporsi penderita hipertensi, kebahagiaan, jenis kelamin, status perkawinan, umur dan status sosial ekonomi. Penelitian menggunakan kerangka konsep pendekatan model faktor risiko dimana hipertensi sebagai variabel dependen, dan kebahagiaan merupakan variabel independen utama. Sedangkan jenis kelamin, status perkawinan, kelompok umur, status sosial ekonomi diperlakukan sebagai variabel perancu. Analisis regresi logistik berganda digunakan untuk menilai hubungan antara variabel independen utama, dalam hal ini kebahagiaan, dengan variabel dependen yaitu kejadian hipertensi. Analisis regresi logistik yang digunakan adalah regresi logistik mode *complex samples*, karena pengambilan sampel IFLS dilakukan secara bertahap. Dengan pendekatan ini, setiap anggota populasi diberikan peluang yang sama untuk terpilih menjadi sampel. Kompleks sampel merupakan metode paling sering digunakan pada berbagai penelitian survei terutama survei nasional dan multinasional besar.¹⁸ Jumlah N yang dihasilkan menggunakan analisis *complex samples* disebut dengan jumlah N tertimbang.

Limitasi Penelitian

Variabel kebahagiaan pada survei IFLS5 diperoleh dengan cara *direct*, dengan mengajukan satu pertanyaan: “Apakah ibu/bapak/sdr. merasa sangat bahagia, bahagia, tidak bahagia, atau sangat tidak bahagia?” Dengan model pertanyaan demikian, jawaban yang diperoleh dari responden saat dilakukan wawancara, kemungkinan tidak cukup valid untuk bisa menggambarkan tingkat kebahagiaan yang dirasakan oleh setiap

responden. Namun demikian, karena studi yang mencari hubungan antara kebahagiaan dengan kejadian hipertensi belum pernah dilakukan, peneliti berkeyakinan perlu dilakukan untuk mencari bukti-bukti baru yang lain terkait faktor risiko hipertensi.

HASIL

Hasil analisis univariat pada Tabel 1 memperlihatkan karakteristik responden pada penelitian hubungan antara kebahagiaan terhadap kejadian hipertensi menggunakan data IFLS5. Terlihat prevalensi hipertensi umur ≥ 19 tahun di 13 provinsi di Indonesia berdasarkan data IFLS5 tahun 2014 adalah sebesar 23,1%. Sebagian besar tepatnya 78,0% masyarakat Indonesia masuk

kelompok bahagia dan hanya sebagian kecil yaitu sekitar 1,3% yang merasa hidupnya sangat tidak bahagia. Jumlah responden laki-laki lebih banyak yaitu sekitar 54,1% dari keseluruhan responden perempuan yang hanya sebesar 45,9%. Sebagian besar responden yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian ini statusnya adalah menikah dengan proporsi 79,3%; diikuti belum pernah menikah 12,1% dan status bercerai 8,5%. Dari kelompok umur tidak terlihat terlalu berbeda proporsi antara kelompok umur < 40 tahun dibandingkan dengan kelompok umur ≥ 40 tahun. Lebih dari 50% responden berasal dari pendidikan rendah, dan sebagian besar responden mempunyai status pekerjaan. Responden dengan status sosial ekonomi tidak miskin memiliki

Tabel 1. Karakteristik Responden Hubungan Kebahagiaan dengan Hipertensi (Analisis Data IFLS5)

Variabel	N Terbobot	%	95%CI
Hipertensi			
- Tidak	15009	76,9	75,9-77,8
- Ya	4511	23,1	22,2-24,1
Kebahagiaan			
- Sangat Bahagia	2264	11,6	11,0-12,2
- Bahagia	15237	78,0	77,1-78,9
- Tidak bahagia	1774	9,1	8,4-9,8
- Sangat tidak bahagia	258	1,3	1,1-1,6
Jenis kelamin			
- Perempuan	8976	45,9	45,1-46,8
- Laki-Laki	10561	54,1	53,2-54,9
Status Perkawinan			
- Menikah	15495	79,3	78,4-80,2
- Belum Menikah	2373	12,1	11,4-12,9
- Bercerai	1669	8,5	8,0-9,1
Umur			
- < 40 Tahun	9500	48,6	47,4-49,9
- ≥ 40 Tahun	10037	51,4	50,1-52,6
Pendidikan			
- Tinggi	2206	12,0	11,0-13,0
- Menengah	5221	28,3	26,9-29,8
- Rendah	11013	59,7	57,6-61,9
Pekerjaan			
- Bekerja	17956	91,9	91,3-92,5
- Tidak bekerja	1578	8,1	7,5-8,7
Status Sosial Ekonomi			
- Tidak Miskin	10933	56,0	54,3-57,7
- Miskin	8581	44,0	42,3-45,7

proporsi yang lebih tinggi yaitu jika dibandingkan dari kelompok status ekonomi miskin.

Tabel 2 merupakan tabulasi silang antara variabel hipertensi sebagai variabel dependen dengan variabel kebahagiaan sebagai variabel independen utama serta variabel-variabel perancu antara lain: jenis kelamin, status perkawinan, umur dan status sosial ekonomi. Terlihat responden dengan hipertensi paling tinggi, proporsinya terdapat pada kelompok sangat tidak bahagia sebesar 33,7%, dan proporsi responden hipertensi paling rendah terdapat pada kelompok sangat bahagia dengan proporsi 18,0%. Dari sisi jenis kelamin menunjukkan tidak ada perbedaan proporsi yang mengalami hipertensi perempuan

dengan laki-laki yaitu sama-sama sebesar 23,1%. Status perkawinan sudah cerai, memiliki proporsi hipertensi paling tinggi sebesar 21,8% dibandingkan dengan status perkawinan yang lain. Responden dengan dengan umur ≥ 40 tahun memiliki proporsi hipertensi paling tinggi sebesar 48,9%. Latar belakang pendidikan rendah serta status tidak bekerja memiliki proporsi hipertensi yang lebih tinggi dibandingkan dengan responden dengan latar belakang pendidikan menengah dan tinggi serta yang memiliki status pekerjaan. Dari status sosial ekonomi kelompok tidak miskin memiliki proporsi hipertensi yang jauh lebih tinggi dibandingkan dari kelompok miskin.

Tabel 2. Tabulasi Silang antara Variabel Kebahagiaan dengan Variabel Hipertensi (Analisis Data IFLS5)

Variabel		Hipertensi			
		Tidak		Ya	
		N	%	N	%
Kebahagiaan	Sangat Bahagia	1857	82,0	407	18,0
	Bahagia	11774	77,3	3450	22,7
	Tidak bahagia	1204	68,0	566	32,0
	Sangat Tidak bahagia	171	66,3	87	33,7
Jenis Kelamin	Perempuan	6893	76,9	2072	23,1
	Laki-Laki	8116	76,9	2439	23,1
Status Perkawinan	Menikah	12045	77,8	3436	22,2
	Belum menikah	2113	89,0	260	11,0
	Cerai	851	51,1	814	48,9
Umur	<40 Tahun	8711	91,7	7919	8,3
	≥ 40 Tahun	6298	62,8	5596	19,3
Pendidikan	Tinggi	1917	86,9	289	13,1
	Menengah	4423	84,8	795	15,2
	Rendah	8068	73,3	2935	26,7
Pekerjaan	Bekerja	13906	77,5	4035	22,5
	Tidak bekerja	1101	69,8	476	30,2
Sosial Ekonomi	Tidak Miskin	8819	80,7	8008	79,7
	Miskin	6173	72,0	5453	28,0

Tabel 3 pada kolom 1 dan 2 memperlihatkan hubungan variabel independen utama yaitu kebahagiaan dengan masing-masing variabel pengganggu yaitu jenis kelamin, status perkawinan, umur, latar belakang pendidikan, pekerjaan serta status sosial ekonomi yang dianalisis secara terpisah. Terlihat variabel kebahagiaan secara keseluruhan memiliki hubungan yang bermakna terhadap kejadian hipertensi dengan $p\ value < 0,05$. Tidak terdapat perbedaan risiko diantara kedua jenis kelamin terhadap kejadian hipertensi dengan $p\ value > 0,5$.

Dengan demikian, variabel jenis kelamin tidak akan diikutsertakan dalam pemodelan multivariat. Jika dilihat dari status perkawinan, secara keseluruhan terdapat perbedaan yang signifikan diantara status responden yang menikah, belum menikah dan cerai terhadap kejadian hipertensi $p\ value < 0,05$. Umur merupakan variabel yang sangat besar pengaruhnya terhadap kejadian hipertensi dengan umur ≥ 40 tahun memiliki risiko yang paling besar, demikian juga dengan pendidikan serta pekerjaan terdapat perbedaan yang bermakna terhadap kejadian hipertensi

Tabel 3: Seleksi Variabel dan Analisis Multivariat Akhir

Variabel	OR Crude (95% CI)	P value	OR adjusted (95% CI)	P value
	1	2	3	4
Kebahagiaan				
- Sangat bahagia	Reff	0,00	Reff	0,62
- Bahagia	1,34(1,16-1,54)	0,00	1,04(0,89-1,23)	0,23
- Tidak bahagia	2,14(1,80-2,56)	0,00	1,09(0,88-1,34)	0,29
- Sangat Tidak bahagia	2,32(1,61-3,34)	0,67	1,31(0,84-2,06)	0,41
Jenis Kelamin				
- Perempuan	Reff			
- Laki-Laki	1,00(0,92-1,09)	0,99		
Status Perkawinan				
- Menikah	Reff	0,00	Reff	0,00
- Belum Menikah	0,43(0,36-0,51)	0,00	1,17(0,95-1,44)	0,00
- Cerai	3,35(2,96-3,79)	0,00	1,72(1,50-1,97)	0,00
Umur				
- <40 Tahun	Reff	0,00	Reff	0,00
- ≥ 40 Tahun	6,56(5,92-7,28)		5,63(5,02-6,32)	
Pendidikan				
- Tinggi	Reff	0,00	Reff	0,00
- Menengah	1,19(0,99-1,43)	0,00	1,19(0,97-1,44)	0,00
- Rendah	2,41(2,02-2,88)	0,00	1,53(1,26-1,86)	0,00
Pekerjaan				
- Bekerja	Reff	0,00	Reff	0,00
- Tidak Bekerja	1,49(1,29-1,72)		1,55(1,32-1,83)	
Sosial Ekonomi				
- Tidak Miskin	Reff	0,00	Reff	0,00
- Miskin	1,63(1,50-1,77)		1,23(1,12-1,36)	

p value $<0,05$. Kelompok responden dengan status sosial ekonomi miskin memiliki risiko yang lebih besar terhadap kejadian hipertensi dibandingkan dari kelompok tidak miskin.

Dalam pemodelan multivariat yang terdapat pada kolom 3 dan kolom 4, secara keseluruhan terdapat hubungan yang bermakna (p value $<0,05$) antara kebahagiaan dengan kejadian hipertensi setelah dikontrol oleh variabel perancu status perkawinan, umur, pendidikan, pekerjaan dan sosial ekonomi. Namun jika di-breakdown lebih lanjut pada masing-masing kategori kebahagiaan, nilai *Odds Ratio* (OR_{adj}) tidak cukup kuat disebabkan 95%CI melewati angka 0. Dengan demikian belum cukup bukti untuk menyatakan ada hubungan antara faktor kebahagiaan dengan kejadian hipertensi. Umur adalah variabel perancu yang paling besar pengaruhnya terhadap kejadian hipertensi.

PEMBAHASAN

Hasil analisis distribusi frekuensi memperlihatkan bahwa responden dengan berat badan normal yang menderita hipertensi usia ≥ 19 tahun pada studi Indonesian Family Life Survey 5 adalah sebesar 23,1%. Hal ini lebih rendah dibandingkan dengan prevalensi hipertensi usia ≥ 18 tahun hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 sebesar 34,5.¹⁹ Perbedaan ini mungkin disebabkan hasil Riskesdas 2018 ditujukan pada populasi umum, bukan pada responden dengan berat badan normal dan jumlah wilayah cakupan provinsi dalam studi IFLS5 hanya terdiri dari 13 provinsi. Jika dilihat dari variabel persepsi kebahagiaan, proporsi yang merasa sangat bahagia sebesar 11,6% dan merasa bahagia sebesar 78,0%. Dengan demikian dapat diartikan sebagian besar penduduk Indonesia yaitu sebesar 89,6% masuk ke dalam kelompok bahagia dan sangat bahagia. Proporsi bahagia sebesar ini mengalami penurunan sebesar 2,4%, karena menurut data yang dikeluarkan oleh *Global Happiness Study* (2019) pada bulan Desember 2011 sampai dengan Mei 2013, penduduk Indonesia yang merasa bahagia adalah sebesar 92%. Proporsi kebahagiaan ini cukup tinggi sebanding dengan kebahagiaan di

beberapa negara pada waktu yang bersamaan di negara-negara Asia Pasifik seperti Australia (86%), Jepang (70%), China (78%), Malaysia (77%), India (89%), Korea Selatan (71%), Arab Saudi (78%) serta Afrika Selatan (79%).²⁰ Namun, sayangnya data kebahagiaan Indonesia pada tahun-tahun selanjutnya tidak tersedia pada laporan yang sama.

Tidak ada penyebab tunggal terhadap hipertensi, melainkan banyak faktor yang berkontribusi. Beberapa variabel merupakan faktor yang tidak dapat dikendalikan seperti umur, ras, jenis kelamin, maupun riwayat keluarga.²¹ Oleh sebab itu dalam analisis regresi logistik multivariat, semua variabel baik independen utama serta variabel perancu dimasukkan ke dalam model. Hasil analisis menunjukkan variabel kebahagiaan tidak memiliki hubungan yang cukup kuat terhadap kejadian hipertensi setelah dikontrol variabel perancu status kawin, umur dan status sosial ekonomi. Kategori sangat tidak bahagia, tidak berbeda secara statistik bila dibandingkan dengan kategori tidak bahagia, bahkan dengan kategori bahagia terhadap kejadian penyakit hipertensi.

Hasil penelitian ini terlihat sejalan dengan pendapat Hildrun tahun 2008 yang menyatakan bahwa faktor psikologis dalam hal ini kebahagiaan tidak berhubungan dengan perubahan tekanan darah.²² Penelitian lain juga menemukan tidak ada korelasi antara hipertensi dan kebahagiaan.²³ Kondisi ini mungkin disebabkan oleh beberapa faktor antara lain desain studi berbeda, metode pengukuran kebahagiaan yang berbeda, definisi tekanan darah, karakteristik responden yang berbeda, serta kemungkinan variabel pengganggu yang berbeda pula. Hipertensi sendiri merupakan faktor pendorong untuk melakukan kebiasaan tidak sehat seperti kurangnya aktivitas fisik, pola makan yang tidak sehat, merokok, dan obesitas.^{24,25} Studi yang dilakukan di Inggris oleh Liu *et al.* (2016) dengan jumlah responden sebanyak 719.671 orang perempuan, menyimpulkan bahwa tidak terdapat bukti yang cukup kuat untuk menyatakan kebahagiaan bisa mengurangi berbagai penyakit lain misalnya penyakit jantung, kanker, atau kematian secara

keseluruhan setelah dikontrol oleh faktor sosiodemografi serta perilaku gaya hidup.²⁶

Namun hasil penelitian ini berbeda dengan beberapa penelitian lain yang pernah dipublikasi. Penelitian yang dilakukan di Teheran Iran menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kebahagiaan dengan tekanan darah sistolik dengan kemaknaan *p value* = 0,006 dimana hubungan ini sifatnya terbalik. Semakin tinggi nilai kebahagiaan maka tekanan darah sistolik semakin menurun.²⁷ *Systematic review* penelitian yang juga dilakukan di Iran menyatakan bahwa *mood* positif dan kebahagiaan memiliki korelasi dengan penurunan beberapa penyakit seperti hipertensi, penyakit kardiovaskular dan kegemukan.²⁸ Selain itu, emosi khusus seperti ketakutan, kemarahan, dan kebahagiaan, memainkan peran yang jelas dan penting dalam psikopatologi dan pengobatan penyakit kardiovaskular.²⁸

Kebahagiaan adalah penilaian yang dilakukan terhadap kualitas keseluruhan hidup individu masing-masing. Kebahagiaan mencerminkan perasaan ideal yang diinginkan oleh setiap manusia baik pria maupun wanita.²⁹ Penelitian tentang kebahagiaan di Indonesia pernah dilakukan oleh Aryogi & Wulansari (2016) dan Landiyanto *et al.* (2011), menekankan faktor material (pendapatan) dan non-material (karakteristik individu) meliputi usia, tingkat pendidikan, status kesehatan, status perkawinan, jenis kelamin, dan jam kerja per tahun.^{30,31} Menurut Frey (2008), tiga teori mempengaruhi kebahagiaan, pertama adalah bahwa kebahagiaan seorang individu dipengaruhi oleh tingkat pendapatan individu. Kedua, kebahagiaan juga dipengaruhi oleh karakteristik individu antara lain status pekerjaan, status perkawinan, dan tingkat pendidikan. Ketiga, kondisi ekonomi yang meliputi inflasi, ketimpangan dalam distribusi pendapatan, serta kebijakan pemerintah.³²

Perdebatan tentang adanya hubungan dua arah antara kebahagiaan dan kesehatan, pada tahun 2011, Profesor Vazquez dari Universitas Complutense Madrid melakukan penelitian yang melibatkan lebih dari 3.000 orang responden berusia antara 18-65 tahun. Hasil penelitian

menunjukkan bahwa orang yang lebih bahagia cenderung merasa lebih sehat dibandingkan orang yang merasa tidak bahagia. Studi tersebut menunjukkan bahwa orang yang tidak bahagia memiliki lebih banyak masalah kesehatan. Studi juga menegaskan pentingnya keluarga dan teman sebagai faktor yang meningkatkan kesejahteraan.³³ Studi lain menunjukkan bahwa faktor genetik berkontribusi pada 35-50 persen terhadap kebahagiaan.³⁴ Studi yang berfokus untuk menemukan gen terkait kebahagiaan yang diidentifikasi memiliki hubungan dengan suasana hati dan emosi dan kemudian dikaitkan dengan kebahagiaan adalah gen: 5-HTTLPR serta MAOA.³⁵⁻³⁸

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa status perkawinan merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh terhadap kejadian hipertensi dalam penelitian ini. Kelompok responden yang mengalami perceraian (baik cerai hidup maupun cerai mati) memiliki risiko yang lebih besar terhadap hipertensi dibandingkan dengan kelompok responden yang belum menikah. Pernikahan menjadi institusi sosial yang mendasar dan memainkan peran penting dalam kehidupan kebanyakan orang.³⁹ Banyak penelitian dari berbagai disiplin ilmu telah menyelidiki hubungan antara status perkawinan terhadap berbagai aspek kesehatan. Temuan bahwa pria yang menikah memiliki tidur yang lebih baik, lebih sedikit stres, suasana hati yang lebih baik dan memiliki diet yang lebih sehat jika dibandingkan dengan pria yang belum menikah.⁴⁰ Individu yang bercerai/berpisah maupun yang belum menikah memiliki prevalensi hipertensi yang lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang menikah.⁴¹

Namun sebenarnya juga ditemukan ketidakkonsistenan pada berbagai penelitian yang dilakukan misalnya pada penelitian yang dilakukan pada populasi Afro-Amerika di Amerika Serikat menyatakan tidak ada hubungan antara status perkawinan maupun perubahan status perkawinan terhadap hipertensi.⁴² Studi prospektif lain yang dilakukan di Portugal juga tidak menemukan adanya peran prediktif status perkawinan terhadap kejadian hipertensi.⁴³

Sebuah studi prospektif data *Atherosclerosis Risk in Communities* (ARIC)⁴² juga menemukan bahwa status perkawinan tidak terkait dengan hipertensi. Makna pernikahan bisa berubah, peran gender dan struktur keluarga juga bisa berubah. Rata-rata usia menikah pertama sekali telah meningkat dan orang yang tidak ingin menikah juga meningkat jumlahnya. Orang-orang bisa saja bercerai dan menikah kembali sampai beberapa kali³ dan juga semakin banyak wanita yang lebih memilih untuk fokus menjadi wanita karir. Oleh karena itu, terlepas dari banyaknya studi ilmiah yang ada, dampak status pernikahan terhadap kesehatan masih tetap menjadi topik yang menarik untuk dilakukan penelitian.⁴⁴

Variabel umur merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap kejadian hipertensi. Hipertensi adalah kondisi yang sangat umum terjadi pada orang dengan lanjut usia. Mekanisme inflamasi, stres oksidatif, dan disfungsi endotel umumnya terjadi pada saat penuaan biologis yang memiliki peran sangat penting dalam perkembangan kardiovaskular pada orang dengan usia lanjut. Umur harapan hidup terus meningkat terutama di negara-negara maju di seluruh dunia,⁴⁵ yang mengarah pada meningkatnya representasi orang yang lebih tua di populasi. Harapan hidup di seluruh dunia telah meningkat sejak 1950. Oleh sebab itu perawatan kesehatan dan kesejahteraan orang dengan usia lanjut merupakan salah satu prioritas dalam bidang kesehatan masyarakat.^{46,47}

Hasil temuan penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan serta status seseorang bekerja atau tidak bekerja menunjukkan hal adanya hubungan terhadap kejadian hipertensi di Indonesia. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan melibatkan 14.530 responden di Singapura antara tahun 2004 sampai dengan 2010 menyatakan bahwa terdapat hubungan yang konsisten faktor pendidikan terhadap hipertensi.⁴⁸ Studi lain juga menunjukkan bahwa tingkat pendidikan bisa lebih menjelaskan berbagai variasi hipertensi.⁴⁹ Tingkat pendidikan yang rendah, secara langsung maupun tidak langsung bisa memengaruhi akses terhadap pengobatan maupun pengendaliannya terkait dengan

kurangnya pemahaman bagaimana pencegahan maupun perilaku gaya hidup.⁵⁰ Pendidikan adalah komponen penting dari kesehatan dan juga sangat penting untuk memasukkan unsur pendidikan dalam promosi kesehatan masyarakat.⁵¹ Dari status pekerjaan, temuan penelitian ini agak berbeda dibandingkan dengan temuan studi kohor yang dilakukan oleh Rumbal Smith, Nandi dan Kaufman pada tahun 2014 di 13 negara Eropa, yang menyatakan belum cukup bukti adanya kausalitas antara status pengangguran terhadap kejadian hipertensi.⁵²

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa status sosial ekonomi sangat berhubungan dengan kejadian hipertensi. Responden yang masuk ke dalam kelompok ekonomi miskin berpeluang untuk menderita hipertensi sebesar 1,63 kali dibandingkan dengan responden yang berasal dari kelompok ekonomi tidak miskin. Hasil ini sesuai dengan studi metaanalisis yang dilakukan di China dengan menggunakan 2.404 referensi. Ditemukan adanya peningkatan risiko hipertensi secara keseluruhan di antara responden yang memiliki status sosial ekonomi rendah dengan menggunakan *proxy* tiga indikator sosial ekonomi meliputi: pendapatan (OR) 1,19 (95%CI 0,96-1,48), pekerjaan (OR) 1,31 (95%CI 1,04-1,64) dan pendidikan (OR) 2,02 (95%CI 1,55-2,63).

Sampai sejauh ini belum ada kesepakatan yang disepakati secara bersama untuk mengukur tingkat kebahagiaan. Pengukuran tingkat kebahagiaan yang dilakukan pada setiap studi umumnya menggunakan pendekatan yang berbeda-beda. Penggunaan definisi operasional yang berbeda-beda ini menjadi pembatas komparabilitas berbagai hasil studi jika ingin dilakukan perbandingan.²⁶ Pada dasarnya tidak ada seorangpun yang bisa menghindari perasaan negatif dalam hidup, dan juga mungkin tidak realistis semua orang bisa melakukannya. Banyak bukti telah menunjukkan bahwa bersikap positif tentang kehidupan dapat meningkatkan kesehatan dan mempercepat pemulihan dari penyakit. Sikap yang mungkin membantu adalah selalu mempunyai sikap optimis, akan selalu ada harapan yang baik kedepan, dan perasaan memiliki kualitas hidup akan bisa memberikan

dampak yang baik terhadap lingkungan sekitar.

Hipertensi merupakan penyakit tidak menular kronis yang sebenarnya relatif mudah untuk diobati karena pengukuran tekanan darah untuk diagnosis serta pemantauannya lebih sederhana, rezimen obat sekali sehari dan juga murah, dan pengobatannya umumnya tidak memerlukan pemantauan laboratorium. Meskipun demikian, hipertensi yang terkontrol secara memadai hanya mencakup 13% populasi dengan gangguan hipertensi di seluruh dunia.⁵³ Dengan >9 juta kematian akibat hipertensi di seluruh dunia setiap tahun, efek potensial dari perbaikan pengobatan hipertensi, dan jika dikombinasikan dengan pemeriksaan lebih luas lagi di populasi sangat penting.⁵⁴ Oleh sebab itu strategi untuk meningkatkan penderita hipertensi yang terkontrol di Indonesia haruslah berfokus pada kelompok-kelompok masyarakat yang rentan termasuk dalam hal ini terutama pada kelompok populasi usia lanjut serta masyarakat miskin.

KESIMPULAN

Hasil analisis memperlihatkan kebahagiaan bukan variabel yang berhubungan secara kuat terhadap kejadian hipertensi setelah dikontrol oleh variabel jenis kelamin, status perkawinan, umur, pendidikan, pekerjaan serta status sosial ekonomi. Umur merupakan variabel yang paling kuat hubungannya terhadap kejadian hipertensi.

SARAN

Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memahami bagaimana menumbuhkan perasaan bahagia dalam kehidupan seseorang dan memahami mengapa individu yang lain tidak merasa bahagia. Pencarian kebahagiaan merupakan perjalanan tanpa henti dan bersifat individual. Intervensi di bidang kesehatan masyarakat penting dilakukan untuk preventif berbagai penyakit tidak menular khususnya hipertensi yang menasar pada kelompok-kelompok rentan pada orang usia lanjut serta kelompok masyarakat dengan kategori miskin.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami ucapkan terimakasih kepada ibu Dyah Mustikawati dari Direktorat PTM Dirjen P2P Kemenkes, Survey Meter Yogyakarta yang memberikan izin penggunaan data IFLS5, serta Bapak John Prawira serta ibu Yodi Kristiani dari Credos yang menjadi narasumber pelatihan data IFLS 5 di Yogyakarta 11-13 April 2017.

Daftar Pustaka

1. WHO. Hypertension [Internet]. WHO. 2019 [cited 2020 Jul 29]. Available from: https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_1
2. Kementerian kesehatan. Riskesdas 2018. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan kesehatan. 2018.
3. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart Disease and Stroke Statistics'2017 Update: A Report from the American Heart Association. Vol. 135, *Circulation*. 2017. 146–603 p.
4. Princewel F, Cumber SN, Kimbi JA, Nkfusai CN, Keka EI, Viyoff VZ, et al. Prevalence and risk factors associated with hypertension among adults in a rural setting: The case of Ombe, Cameroon. *Pan Afr Med J*. 2019;34:1–9.
5. Jonas BS, Lando JF. Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosom Med*. 2000;62(2):188–96.
6. Ma L, Li Y, Feng M. Positive emotion and cardiovascular disease in elderly people. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(5):6682–6.
7. Ostir G V., Berges IM, Markides KS, Ottenbacher KJ. Hypertension in older adults and the role of positive emotions. *Psychosom Med*. 2006;68(5):727–33.
8. BPS. Indeks kebahagiaan 2017. BPS; 2017.
9. Ruggeri K, Garcia-Garzon E, Maguire Á, Matz S, Huppert FA. Well-being is more than happiness and life satisfaction: A multidimensional analysis of 21 countries. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):1–16.
10. Ortiz-Ospina E, Roser M. Happiness and Life Satisfaction [Internet]. Oxford Martin. 2017. Available from: <https://ourworldindata.org/happiness-and-life-satisfaction>

11. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychol Bull.* 2005;131(6):803–55.
12. Bjørnskov C. Healthy and happy in Europe? On the association between happiness and life expectancy over time. *Soc Sci Med.* 2008;66(8):1750–9.
13. Sabatini F. The relationship between happiness and health: Evidence from Italy. *Soc Sci Med.* 2014;114(May):178–87.
14. Diener E, Chan MY. Happy People Live Longer : Subjective Well-Being. *Appl Psychol Heal Well-Being.* 2011;3(1):1–43.
15. Rasciute S, Downward P. Health or happiness? what is the impact of physical activity on the individual? *Kyklos.* 2010;63(2):256–70.
16. Strauss J, Witoelar F, Sikoki B. The Fifth Wave of the Indonesia Family Life Survey: Overview and Field Report: Volume 1. *Fifth Wave Indones Fam Life Surv Overv F Rep Vol 1.* 2016;1(March).
17. National Institute of Health. Prevention , Detection , Evaluation , and Treatment of High Blood Pressure [Internet]. NIH Publication. 2004. Available from: <http://hyper.ahajournals.org/content/42/6/1206.short>
18. Littler S. Why Use a Complex Sample for Your Survey? [Internet]. Select Statistical Services. 2021 [cited 2021 Jun 14]. Available from: <https://select-statistics.co.uk/blog/why-use-a-complex-sample-for-your-survey/>
19. Kementrian Kesehatan. Riskesdas 2013. 2013.
20. Ipsos Global Advisor. Global Happiness Study: What Makes People Happy Around the World. *Ipsos Glob Advis.* 2019;(August).
21. Robinson L, Smith M. Blood Pressure and Your Brain [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 15]. Available from: <https://www.helpguide.org/articles/healthy-living/blood-pressure-and-your-brain.htm>
22. Hildrum B, Mykletun A, Holmen J, Dahl AA. Effect of anxiety and depression on blood pressure: 11-Year longitudinal population study. *Br J Psychiatry.* 2008;193(2):108–13.
23. Mena-Martin FJ, Martin-Escudero JC, Simal-Blanco F, Carretero-Ares JL, Arzua-Mouronte D, Herreros-Fernandez V. Health-related quality of life of subjects with known and unknown hypertension: results from the population-based Hortega study. *J Hypertens.* 2003 Jul;21(7):1283–9.
24. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet.* 2012;380(9838):219–29.
25. Yates T, Haffner SM, Schulte PJ, Thomas L, Huffman KM, Bales CW, et al. Association between change in daily ambulatory activity and cardiovascular events in people with impaired glucose tolerance (NAVIGATOR trial): a cohort analysis. *Lancet (London, England).* 2014 Mar;383(9922):1059–66.
26. Liu B, Floud S, Pirie K, Green J, Peto R, Beral V. Does happiness itself directly affect mortality? the prospective UK Million Women Study. *Lancet [Internet].* 2016;387(10021):874–81. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01087-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01087-9)
27. Lesani A, Sharafi S, Alimoradi F. The relationship between happiness and blood pressure and blood sugar level in adults patient with type 2 diabetes. *J Nums.* 2018 Jul 24;
28. Farhud DD, Malmir M, Khanahmadi M. Happiness & health: The biological factors-systematic review article. *Iran J Public Health.* 2014;43(11):1468–77.
29. Schimmel J. Development as Happiness: The Subjective Perception of Happiness and UNDP's Analysis of Poverty, Wealth and Development. *J Happiness Stud [Internet].* 2009;10(1):93–111. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10902-007-9063-4>
30. Aryogi I. Subjective Well-being Individu dalam Rumah Tangga Di Indonesia. *J Ilmu Ekon Terap.* 2016;1(1):1–12.
31. Landiyanto EA, Ling J, Puspitasari M, Irianti SE. Wealth and Happiness : Empirical Evidence from Indonesia. *Munich Pers RePEc Arch.* 2013;(50012).
32. Frey BS, Stutzer A, Benz M, Meier S, Leuchinger S, Benesch C. Happiness A Revolution in Economics in collaboration with Alois. *Happiness A Revolut Econ.* 2008;3–14.
33. Garaigordobil M. Predictor variables of happiness and its connection with risk and protective factors for health. *Front Psychol.* 2015;6(August):1–10.

34. Bartels M, Saviouk V, De Moor MHM, Willemsen G, Van Beijsterveldt TCEM, Hottenga JJ, et al. Heritability and genome-wide linkage scan of subjective happiness. *Twin Res Hum Genet.* 2010;13(2):135–42.
35. Blum K, Chen AL, Chen TJ, Bowirrat A, Downs BW, Waite RL, et al. Genes and Happiness: Review Article. *Gene Ther Mol Biol.* 2009;13:91.
36. De Neve JE. Functional polymorphism (5-HTTLPR) in the serotonin transporter gene is associated with subjective well-being: Evidence from a US nationally representative sample. *J Hum Genet.* 2011;56(6):456–9.
37. De Neve JE, Christakis NA, Fowler JH, Frey BS. Genes, economics, and happiness. *J Neurosci Psychol Econ.* 2012;5(4):193–211.
38. Rotenberg VS. “Genes of Happiness And Well Being in The Context of Search Activity Concept. *Act Nerv Super (Praha).* 2013;55(1–2).
39. Howe TR. *Marriages & Families in The 21ST Centuries.* 1st ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
40. Causland FRM, Sacks FM, Forman JP. Marital status, dipping and nocturnal blood pressure: results from the Dietary Approaches to Stop Hypertension trial. *J Hypertens.* 2014 Apr;32(4):756–61.
41. Tuoyire DA, Ayetey H. Gender differences in the association between marital status and hypertension in Ghana. *J Biosoc Sci.* 2019;51(3):313–34.
42. Schwandt HM, Coresh J, Hindin MJ. Marital status, hypertension, coronary heart disease, diabetes, and death among African American women and men: Incidence and prevalence in the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study participants. *J Fam Issues.* 2010;31(9):1211–29.
43. Pereira M, Lunet N, Paulo C, Severo M, Azevedo A, Barros H. Incidence of hypertension in a prospective cohort study of adults from Porto, Portugal. *BMC Cardiovasc Disord.* 2012;12.
44. Robles TF, Slatcher RB, Trombello JM, McGinn MM. Recommended for how to write a search strategy - Marital Quality and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychol Bull.* 2015;140(1):140–87.
45. Roberts L. 9 billion? Vol. 333, *Science* (New York, N.Y.). United States; 2011. p. 540–3.
46. National Institute on Aging. *Aging Well in the 21 st Century: Strategic Directions for Research on Aging.* 2016;1–34.
47. Buford TW. Hypertension and Aging. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2017;176(10):139–48. Available from: file:///C:/Users/Carla Carolina/Desktop/Artigos para acrescentar na qualificação/The impact of birth weight on cardiovascular disease risk in the.pdf
48. Liew SJ, Lee JT, Tan CS, Koh CHG, Van Dam R, Müller-Riemenschneider F. Sociodemographic factors in relation to hypertension prevalence, awareness, treatment and control in a multi-ethnic Asian population: A cross-sectional study. *BMJ Open.* 2019;9(5):1–10.
49. Non AL, Gravlee CC, Mulligan CJ. Education, genetic ancestry, and blood pressure in African Americans and whites. *Am J Public Health.* 2012;102(8):1559–65.
50. Alves RFS, Faerstein E. Educational inequalities in hypertension: Complex patterns in intersections with gender and race in Brazil. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016;15(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0441-6>
51. Zajacova A, Lawrence EM. The relationship between education and health: reducing disparities through a contextual approach. *Annu Rev Public Heal.* 2018;39:273–289.
52. Rumball-Smith J, Nandi A, Kaufman JS. Working and hypertension: Gaps in employment not associated with increased risk in 13 European countries, a retrospective cohort study. *BMC Public Health.* 2014;14(1):1–6.
53. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2013;310(9):959–68.
54. Antignac M, Diop IB, De Terline DMQ, Kramoh KE, Balde DM, Dzudie A, et al. Socioeconomic status and hypertension control in sub-saharan Africa the multinational EIGHT study (evaluation of hypertension in Sub-Saharan Africa). *Hypertension.* 2018;71(4):577–84.