

SKRIPSI

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS (DM)
DI RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR TAHUN 2013**

*Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk
mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



FATIMAH ULFAH

C12110009

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2013

HALAMAN PERSETUJUAN

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELLITUS (DM) DI RSUD.
LABUANG BAJI MAKASSAR TAHUN 2013**

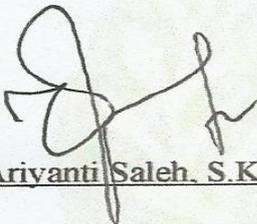
Yang disusun dan diajukan oleh:

Fatimah Ulfah
NIM. C 121 10 009

Skripsi ini diterima dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi
Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar

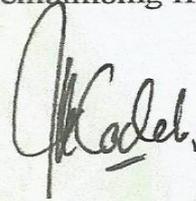
Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes

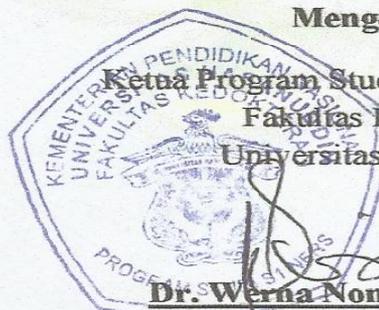
Pembimbing II

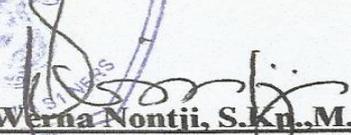


Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes

Mengetahui:

**Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin**




Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep
NIP. 19500114 197207 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELLITUS (DM)
DI RSUD. LABUANG BAJI MAKASSAR TAHUN 2013**
Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada

Hari/ Tanggal : Senin/16 Desember 2013

Pukul : 10.00-12.00 Wita

Oleh

FATIMAH ULFAH

C 121 10 009

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Penguji I : Arnis Puspitha, S.Kep., Ns., M.Kes

Penguji II : Andriani, S.Kep., Ns., M.Kes

Penguji III : Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes

Penguji IV : Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes

GR/Dr -
.....
.....
.....
.....

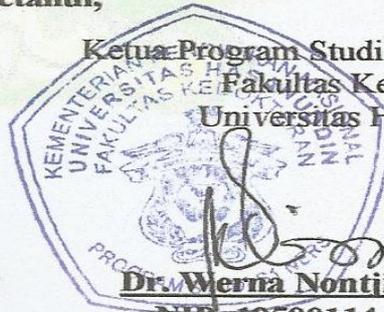
Mengetahui,

**Wakil Dekan Bidang Akademik
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin**



Prof. Dr. Budu, Ph.D., SpM(K), M.MedED
NIP. 19661231 199503 1 009

**Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin**



Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep
NIP. 19500114 197207 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Fatimah Ulfah

Nomor Mahasiswa : C 121 10 009

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila saya dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau seluruh skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, Desember 2013

Yang membuat pernyataan,

(Fatimah Ulfah)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah Subhanahu Wata'alah, karena berkah dan rahmat-Nya penulis mampu menyelesaikan peneliian ini yang berjudul “Gambaran kualitas hidup pasien Diabetes Melitus di RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013” yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan perkuliahan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi penelitian ini, masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu, penulis mengharapkan berbagai kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca sebagai bahan masukan bagi penulis.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapat masukan dan bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan penulis untuk mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Prof. dr. irawan Yusuf, Ph.D selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
2. Bapak Prof. dr. Budu, Ph.D., SpM(K),M.Med selaku wakil dekan bidang akademik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
3. Ibu Dr. Werna Nontji, S.Kep, M.Kp sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan.
4. Ibu Aryanti Saleh, S.Kp.,M.Kes Dan ibu Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes sebagai pembimbing penulis yang telah banyak meluangkan waktunya untuk

memberikan nasehat, arahan, dan petunjuk dalam penyusunan skripsi ini hingga selesai.

5. Kedua orang tua penulis yang tercinta, Bapak M. Yasin, S.Sos dan Ibu Fitrah yang tidak pernah lelah memberikan doa dan dukungan baik moril maupun materil selama kuliah hingga penulisan skripsi ini.
6. Saudara dan saudari penulis Nurfitriyani, S.Pd, Chairul Annas, dan Ummu Kaltsum yang telah banyak memberikan dukungan dan semangat bagi penulis.
7. Sahabat penulis Ayu Putri Rahayu (Ilmu Gizi 2010) dan Nurul Arafah (Farmasi 2010) yang selalu menjunjung tinggi semboyan "*maja labo dahu*"
8. Rezky Mulyana dan Wahyuni Tahir, teman seperjuangan di lokasi penelitian yang sama-sama sabar dan setia membantu pengambilan data penelitian
9. Staf/ Dosen PSIK yang telah banyak membantu dalam bidang akademik peneliti.
10. Teman-teman S1st0lik 2010 atas kebersamaan dan dukungannya dalam penyusunan skripsi ini.

Makassar, Desember 2013

Penulis

ABSTRAK

Fatimah Ulfah, C 121 10 009, **GAMBARAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELLITUS (DM) DI RSUD. LABUANG BAJI MAKASSAR TAHUN 2013** (Dibimbing oleh Ariyanti Saleh dan Kadek Ayu Erika). (xiv + 58 halaman+ 5 tabel+ 2 diagram + 7 lampiran)

Latar Belakang: Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah dalam darah. Penyakit ini membutuhkan perhatian dan perawatan medis dalam waktu lama, baik dalam mencegah komplikasi maupun dalam perawatan medis

Tujuan Penelitian: Menggambarkan kualitas hidup pasien diabetes mellitus di RSUD Labuang Baji Makassar.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Sampel penelitian berjumlah 30 responden. Instrumen penelitian yang digunakan yaitu lembar kuesioner WHOQOL-BREF digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien diabetes mellitus (DM) di RSUD Labuang Baji Makassar.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus di RSUD. Labuang Baji secara keseluruhan adalah baik dan persepsi penderita terhadap status kesehatannya adalah memuaskan. Dari dimensi kesehatan fisik, responden merasa banyak membutuhkan terapi medis ($X=4,20$). Dari dimensi kesehatan psikologis responden merasa jarang memiliki perasaan negatif ($X=2,63$). Dari dimensi hubungan social responden merasa puas terhadap dukungan sosial ($X=4,00$). Dari dimensi lingkungan responden merasa puas terhadap lingkungan fisik ($X=3,67$) dan akses pelayanan kesehatan ($X=3,67$).

Kesimpulan dan saran: Kualitas hidup penderita Diabetes Melitus di RSUD. Labuang Baji adalah baik pada dimensi lingkungan dan kurang pada dimensi lingkungan, psikologis, dan hubungan sosial. Diharapkan keluarga dan/atau petugas kesehatan lebih meningkatkan kebutuhan medis, spiritualitas, konseling seksualitas, dan rekreasi penderita.

Kata Kunci: Diabetes Mellitus, Kualitas Hidup

Sumber Literatur: 37 kepustakaan (1998-2012)

ABSTRACT

Fatimah Ulfah, C 121 10 009, **OVERVIEW QUALITY OF LIFE AMONG PATIENS OF DIABETES MELLITUS (DM) IN LABUANG BAJI HOSPITAL OF MAKASSAR 2013** (guided by Ariyanti Saleh & Kadek Ayu Erika). (xiv + 58 pages+ 5 tables + 2 diagrams +7 attachment)

Background : Diabetes mellitus (DM) is a disease characterized by high blood sugar levels in the blood. This disease requires attention and medical care in a long time, both in preventing complications and in medical care.

Objective : To determine an overview of the quality of life among patients with diabetes mellitus in Labuang Baji Hospital of Makassar.

Methods : This study used descriptive study. Sample was 30 respondents. The research instrument used was a questionnaire WHOQOL - BREEF used to measure the quality of life of among patients with diabetes mellitus (DM) in Labuang Baji Hospital Makassar.

Results : In this study demonstrate the quality of life among patients with diabetes mellitus in Labuang Baji hospital overall is a good and their perception of their health is satisfactory. From the dimensions of physical health, respondents were much in need of medical treatment ($\bar{X}=4,20$). From the dimensions of wellness psychological respondents felt seldom have negative feelings ($x=2,63$). From the dimensions of social relations respondents were satisfied with social support ($=4,00$). Environmental dimension of the respondents are satisfied with the physical environment ($X=3,67$) and access to health services ($X=3,67$).

Conclusions and suggestions : Quality of life among patients with diabetes mellitus in Labuang Baji Hospital is good on the dimensions of the environment and less on the physical dimension, psychological dimension, and social relationships dimension. It is expected that the family and/or health workers improve medical needs, spirituality, sexuality counseling, and recreation for among patients.

Keywords : Diabetes Mellitus , Quality of Life

Sources Literature : **37 bibliography** (1998-2012)

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Persetujuan.....	ii
Halaman Pengesahan	iii
Pernyataan Keaslian Penelitian	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Abstract	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Bagan	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Penelitian	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4

	D. Manfaat penelitian	4
	1. Manfaat Teoritis	4
	2. Manfaat Praktis	4
BAB II.	TINJAUAN PUSTAKA	7
	A. Diabetes Mellitus	6
	1. Pengertian Diabetes Mellitus	6
	2. Etiologi.....	6
	3. Patofisiologi.....	10
	4. Klasifikasi Diabetes Mellitus.....	12
	5. Komplikasi Diabetes Melitus.....	15
	B. Kualitas Hidup	17
	1. Komponen Kualitas Hidup	18
	2. Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus.....	28
BAB III.	KERANGKA KONSEP	30
	A. Kerangka Konsep	30
BAB IV.	METODE PENELITIAN	33
	A. Desain Penelitian	31
	B. Populasi dan Sampel	31
	C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	32
	D. Alur Penelitian	33
	E. Identifikasi dan Definisi Operasional	33

	F. Instrumen Penelitian	34
	G. Uji Coba Instrumen Peneitian.....	35
	H. Pengolahan dan Analisa Data	36
	I. Etika Penelitian.....	38
BAB V	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	A. Hasil Penelitian.....	40
	B. Pembahasan	47
	C. Keterbatasan Penelitian	57
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	
	A. Kesimpulan	54
	B. Saran	54
	DAFTAR PUSTAKA.....	56
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

		Hal
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi (usia, jenis kelamin, status pernikahan, pekerjaan, tingkat pendidikan, agama, penghasilan, tipe DM, dan lama menderita DM) Pasien Diabetes Mellitus di RSUD. Labuang Baji Makassar	41
Tabel 5.2	Distribusi Mean Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (DM) Dilihat dari Dimensi Kesehata Fisik Pasien Diabetes Mellitus di RSUD. Labuang Baji Makassar.	43
Tabel 5.3	Distribusi Mean Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (DM) Dilihat dari Dimensi Psikologis Pasien Diabetes Mellitus di RSUD. Labuang Baji Makassar.	43
Tabel 5.4	Distribusi Mean Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (DM) Dilihat dari Dimensi Hubungan Sosial Pasien Diabetes Mellitus di RSUD. Labuang Baji	44
Tabel 5.5	Distribusi Mean Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (DM) Dilihat dari Dimensi Lingkungan Pasien Diabetes Mellitus di RSUD. Labuang Baji Makassar.	45

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1	Kerangka Konsep	Hal 30
Bagan 4.1	Alur Penelitian	33

DAFTAR LAMPIRAN

- LAMPIRAN 1 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
- LAMPIRAN 2 : Kuesioner Penelitian
- LAMPIRAN 3 : Lembar Surat Izin Penelitian
- LAMPIRAN 4 : Lembar Surat Keterangan Selesai Meneliti
- LAMPIRAN 5 : Lembar Master Tabel
- LAMPIRAN 6 : Interpretasi Data Penelitian
- LAMPIRAN 7 : Output Data Dengan Program SPSS Versi 16.0

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) oleh masyarakat umum disebut kencing manis adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh ketidakmampuan tubuh memproduksi hormon insulin atau karena penggunaan yang tidak efektif dari produksi insulin. Hal ini ditandai dengan tingginya kadar gula darah dalam darah. Penyakit ini membutuhkan perhatian dan perawatan medis dalam waktu lama, baik dalam mencegah komplikasi maupun dalam perawatan medis (Susilo & Wulandari, 2011).

Studi terbaru dari International Diabetes Federation pada 2012 mengungkapkan, penderita Diabetes Melitus (DM) di seluruh dunia mencapai 371 juta orang. Adapun Indonesia masuk dalam urutan ketujuh negara dengan penderita diabetes terbanyak. Posisi pertama adalah Cina dengan 92,3 juta penderita, India sebanyak 63 juta jiwa, Amerika Serikat 24,1 juta jiwa, Brasil 13,4 juta jiwa, Rusia 12,7 juta jiwa, Meksiko 10,6 juta jiwa, dan Indonesia dengan jumlah penderita diabetes sebanyak 7,6 juta orang. Persatuan Penderita Diabetes Indonesia (Persedia) memproyeksikan jumlah penderita diabetes Indonesia akan membengkak sekitar 24 juta orang pada tahun 2025.

Data WHO (2007), Indonesia masuk ke dalam sepuluh negara dengan jumlah kasus diabetes mellitus terbanyak di dunia. Indonesia berada pada peringkat keempat pada tahun 2000 dengan jumlah kasus sebesar 8,4 juta orang dan diprediksi akan meningkat pada tahun 2030 menjadi 21,3 juta orang. Prevalensi penyakit DM di Indonesia sendiri berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 0,7%. Data ini menunjukkan cakupan diagnosa DM oleh tenaga kesehatan mencapai 63,3%, lebih tinggi dibandingkan cakupan penyakit asma maupun penyakit jantung. Prevalensi DM menurut provinsi, berkisar antara 0,4% di Lampung hingga 2,6% di DKI Jakarta. Sebanyak 17 provinsi mempunyai prevalensi penyakit diabetes mellitus di atas prevalensi nasional, yaitu Nanggroe Aceh Darussalam, Sumatera Barat, Riau, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi tengah, Gorontalo, dan Papua Barat. Prevalensi penyakit Diabetes mellitus di Sulawesi Selatan mencapai 4,6% (Riskesdas, 2007). Sementara itu, data terakhir yang diperoleh pada bulan April hingga Agustus 2013, jumlah pasien diabetes mellitus (DM) yang dirawat adalah 126 pasien

Andriyani (2009) mengutarakan bahwa terapi Diabetes Melitus membutuhkan waktu yang lama, bahkan harus dilakukan sepanjang hidup sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Penelitian Issa & Baiyewu (2006) didapatkan 41 (16,3%) pasien memiliki hasil

skor kualitas hidup kategori baik, 171 (68,1%) dengan kategori sedang, dan 39 (15,5%) memiliki kategori skor buruk untuk domain fisik. 44 pasien (17,5%) memiliki hasil skor kualitas hidup kategori baik, 156 (62,2%) kategori skor sedang, dan 51 (20,3%) memiliki kategori skor buruk untuk domain psikologis. 28 pasien (11,2%) memiliki kategori skor kualitas hidup yang baik, 189 pasien (75,3%) memiliki kategori skor sedang, dan 34 (13,5%) memiliki kategori skor buruk untuk hubungan sosial. 26 pasien (10,4%) memiliki kategori skor kualitas hidup baik, 153 (61,0%) kategori skor yang sedang, dan 72 (28,7%) memiliki kategori skor buruk untuk domain kepuasan kesehatan. Kualitas hidup penderita dalam penelitian ini cukup terganggu meskipun tidak secara berlebihan, namun perlu diwaspadai dapat mengalami penurunan ke kategori rendah.

Kualitas hidup pasien Diabetes Melitus (DM) yang menjalani perawatan masih merupakan masalah yang menarik perhatian para profesional kesehatan. Kualitas hidup pasien yang optimal menjadi isu penting yang harus diperhatikan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pasien bisa bertahan hidup dengan pengobatan rutin dan masih menyisakan sejumlah persoalan penting sebagai dampak dari terapi pengobatan Diabetes Melitus.

B. Rumusan masalah

Kualitas hidup penting untuk diteliti karena dengan mengetahui kualitas hidup seseorang dapat membantu petugas kesehatan yang dalam hal ini perawat untuk mengetahui keadaan kesehatan seseorang sehingga dapat menjadi arah atau patokan dalam menentukan intervensi yang harus diberikan sesuai dengan keadaan klien khususnya klien yang hidup dengan penyakit Diabetes Melitus (DM). Mengingat bahwa prevalensi Diabetes Melitus (DM) yang semakin meningkat sehingga secara langsung juga memberikan dampak kepada kualitas hidup pasien itu sendiri. Berdasarkan pemaparan di atas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu “Bagaimana gambaran kualitas hidup berdasarkan dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi hubungan sosial, dan dimensi lingkungan pasien Diabetes Melitus (DM) di RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013?”

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan kualitas hidup berdasarkan dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi hubungan sosial, dan dimensi lingkungan pasien Diabetes Melitus (DM) di RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013.s

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan para pembaca terutama mengenai gambaran kualitas

hidup penderita Diabetes Melitus (DM) di RSUD Labuang Baji
Kota Makassar.

2. Manfaat praktis

a. Bagi Peneliti

Bagi peneliti, kegiatan ini merupakan kegiatan yang dapat menambah pengetahuan dan pengalaman.

b. Bagi Bidang Akademik

Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan acuan untuk lebih meningkatkan informasi mengenai gambaran kualitas hidup pasien penderita Diabetes Melitus di RSUD. Labuang Baji Makassar.

c. Bagi rumah sakit

Memberikan informasi tentang gambaran tentang kualitas hidup pasien Diabetes Melitus (DM).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diabetes Melitus (DM)

1. Pengertian Diabetes Melitus (DM)

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan kadar glukosa darah melebihi normal. Insulin yang dihasilkan oleh kelenjar pankreas sangat penting untuk menjaga keseimbangan kadar glukosa darah yaitu untuk orang normal (non diabetes) waktu puasa 60-120 mg/dL dan dua jam sesudah makan di bawah 140 mg/dL. Bila terjadi gangguan pada insulin, keseimbangan tersebut akan terganggu sehingga kadar glukosa darah cenderung naik (Badawi, 2009).

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit kronik yang terjadi ketika pankreas tidak dapat memproduksi insulin yang cukup atau sebaliknya, ketika tubuh tidak mampu secara efektif menggunakan insulin yang telah diproduksi tersebut (WHO, 2006)

2. Etiologi

Penyakit Diabetes Melitus (DM) secara umum diakibatkan oleh konsumsi makanan yang tidak terkontrol atau sebagai efek samping dari pemakaian obat-obat tertentu. Selain itu, Diabetes Melitus (DM) disebabkan oleh tidak cukupnya hormon insulin yang dihasilkan pankreas untuk menetralkan kadar gula darah dalam tubuh (Susilo & Wulandari, 2011).

Faktor resiko yang dapat menyebabkan seseorang terkena Diabetes Mellitus (DM) antara lain sebagai berikut:

1) Genetik

Faktor genetik merupakan faktor yang penting pada Diabetes Mellitus yang dapat mempengaruhi sel beta dan mengubah kemampuannya untuk mengenali dan menyebarkan sel rangsang sekretoris insulin. Keadaan ini meningkatkan kerentanan individu tersebut terhadap faktor-faktor lingkungan yang dapat mengubah integritas dan fungsi sel beta pankreas (Price & Wilson, 2002).

2) Usia

DM tipe II biasanya terjadi setelah usia 30 tahun dan semakin sering terjadi setelah usia 40 tahun, selanjutnya terus meningkat pada usia lanjut. Usia lanjut yang mengalami gangguan toleransi glukosa mencapai 50-92% (Medicastore, 2007; Rochman dalam Sudoyo, 2006). Sekitar 6% individu berusia 45-64 tahun dan 11% individu diatas usia 65 tahun menderita DM tipe II (Ignativicius & Workman, 2006). Rochman dalam Sudoyo (2006) menyatakan bahwa umur sangat erat kaitannya dengan terjadinya kenaikan kadar glukosa darah, sehingga semakin meningkat usia maka prevalensi diabetes dan gangguan toleransi glukosa semakin tinggi. Proses menua yang berlangsung setelah usia 30 tahun mengakibatkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia. Perubahan dimulai dari tingkat sel, berlanjut pada tingkat jaringan

dan akhirnya pada tingkat organ yang dapat mempengaruhi fungsi homeostasis. Komponen tubuh yang dapat mengalami perubahan adalah sel beta pankreas yang menghasilkan hormon insulin, selsel jaringan target yang menghasilkan glukosa, sistem saraf, dan hormon lain yang mempengaruhi kadar glukosa.

3) Jenis kelamin

Jenis kelamin laki-laki memiliki risiko diabetes meningkat lebih cepat. Para ilmuwan dari University of Glasgow, Skotlandia mengungkapkan hal itu setelah mengamati 51.920 laki-laki dan 43.137 perempuan. Seluruhnya merupakan pengidap diabetes tipe II dan umumnya memiliki indeks massa tubuh (IMT) di atas batas kegemukan atau overweight. Laki-laki terkena diabetes pada IMT rata-rata 31,83 kg/m² sedangkan perempuan baru mengalaminya pada IMT 33,69 kg/m². Perbedaan risiko ini dipengaruhi oleh distribusi lemak tubuh. Pada laki-laki, penumpukan lemak terkonsentrasi di sekitar perut sehingga memicu obesitas sentral yang lebih berisiko memicu gangguan metabolisme (Pramudiarja, 2011).

4) Berat badan

Obesitas adalah berat badan yang berlebihan minimal 20% dari BB idaman atau indeks massa tubuh lebih dari 25Kg/m². Soegondo (2007) menyatakan bahwa obesitas menyebabkan respon sel beta pankreas terhadap peningkatan glukosa darah berkurang, selain itu

reseptor insulin pada sel di seluruh tubuh termasuk di otot berkurang jumlahnya dan kurang sensitif.

5) Aktivitas fisik

Kurangnya aktifitas merupakan salah satu faktor yang ikut berperan dalam menyebabkan resistensi insulin pada DM tipe II (Soegondo, 2007). Lebih lanjut Stevenson dan Lohman dalam Kriska (2007) menyatakan mekanisme aktifitas fisik dapat mencegah atau menghambat perkembangan DM tipe II yaitu : 1) Penurunan resistensi insulin; 2) peningkatan toleransi glukosa; 3) Penurunan lemak adipose; 4) Pengurangan lemak sentral; perubahan jaringan otot (Kriska, 2007). Semakin jarang kita melakukan aktivitas fisik maka gula yang dikonsumsi juga akan semakin lama terpakai, akibatnya prevalensi peningkatan kadar gula dalam darah juga akan semakin tinggi.

6) Pola makan

Penurunan kalori berupa karbohidrat dan gula yang diproses secara berlebihan, merupakan faktor eksternal yang dapat merubah integritas dan fungsi sel beta individu yang rentan (Prince & Wilson, 2006). Individu yang obesitas harus melakukan diet untuk mengurangi pemasukan kalori sampai berat badannya turun mencapai batas ideal. Penurunan kalori yang moderat (500-1000 Kkal/hari) akan menghasilkan penurunan berat badan yang perlahan tapi progresif (0,5-1 kg/minggu). Penurunan berat badan

2,5-7 kg akan memperbaiki kadar glukosa darah (American Diabetes Association; 2006; Price & Wilson, 2006; Sukarji dalam Soegondo, 2007).

7) Stress

Respon stress menyebabkan terjadinya sekresi sistem saraf simpatis yang diikuti oleh sekresi simpatis-medular, dan bila stress menetap maka sistem hipotalamus-pituitari akan diaktifkan dan akan mensekresi corticotropin releasingfactor yang menstimulasi pituitari anterior memproduksi adenocorticotropic faktor (ACTH). ACTH memstimulasi produksi kortisol, yang akan mempengaruhi peningkatan kadar glukosa darah. (Guyton & Hall, 1996; Smeltzer & Bare, 2008).

3. Patofisiologi

Gejala awalnya berhubungan dengan efek langsung dari kadar gula darah yang tinggi. Jika kadar gula darah sampai diatas 160-180 mg/dL, maka glukosa darah akan dikeluarkan melalui air kemih. Jika kadarnya lebih tinggi lagi, ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah glukosa yang hilang. Karena ginjal menghasilkan air kemih, dalam jumlah yang berlebihan, maka penderita sering berkemih dalam jumlah yang banyak (poliuri). Akibatnya, maka penderita merasa haus yang berlebihan sehingga banyak minum (polidipsi). Sejumlah besar kalori hilang ke dalam air kemih, sehingga penderita mengalami penurunan berat badan. Untuk

mengkompensasi hal ini, penderita sering merasa lapar yang luar biasa sehingga banyak makan (polifagi). Gejala lainnya adalah pandangan kabur, pusing, mual, dan berkurangnya ketahanan tubuh selama melakukan olah raga. Penderita diabetes yang gula darahnya terkontrol lebih peka terhadap infeksi.

Pada penderita diabetes tipe 1, terjadi suatu keadaan yang disebut dengan ketoasidosis diabetikum. Meskipun kadar gula darah di dalam darah tinggi tetapi sebagian besar sel tidak dapat menggunakan gula tanpa insulin, sehingga sel-sel ini mengambil energi dari sumber lain. Sumber untuk energi dapat berasal dari lemak tubuh. Sel lemak dipecah menjadi keton, yang merupakan senyawa kimia beracun yang bisa menyebabkan darah menjadi asam (ketoasidosis). Gejala awal dari ketoasidosis diabetikum adalah rasa haus dan berkemih yang berlebihan, mual, muntah, lelah, dan nyeri perut (terutama pada anak-anak). Pernafasan menjadi cepat karena tubuh berusaha untuk memperbaiki keasaman darah. Bau nafas penderita tercium seperti bau aseton. Tanpa pengobatan, ketoasidosis diabetikum bisa berkembang menjadi koma, kadang dalam waktu beberapa jam. Bahkan setelah mulai menjalani terapi insulin, penderita diabetes tipe 1, bisa mengalami ketoasidosis jika mereka melewati satu kali penyuntikan insulin atau mengalami stres akibat infeksi, kecelakaan, atau penyakit yang serius (Soegondo, 2008).

4. Klasifikasi Diabetes Melitus (DM)

1. Diabetes Melitus (DM) tipe 1

Diabetes tipe 1, diabetes anak-anak (childhood-onset diabetes, juvenil, insulin-dependent Diabetes Melitus (DM), IDDM), adalah diabetes yang terjadi karena berkurangnya rasio insulin dalam sirkulasi darah akibat hilangnya sel beta penghasil insulin pada pulau-pulau langerhans pankreas. IDDM dapat diderita oleh anak-anak maupun dewasa.

Sampai saat ini IDDM tidak dapat dicegah dan tidak dapat disembuhkan, bahkan dengan diet maupun olahraga. Kebanyakan penderita DM tipe 1 memiliki kesehatan dan berat badan yang baik saat penyakit ini mulai dideritanya. Selain itu, sensitivitas maupun respon tubuh terhadap insulin umumnya normal pada penderita DM tipe 1, terutama pada tahap awal. Penyebab terbanyak kehilangan sel beta pada DM tipe 1 adalah kesalahan reaksi autoimun (merusak bagian tubuhnya sendiri) yang menghancurkan sel beta pankreas. Reaksi autoimunitas tersebut dapat dipicu oleh adanya infeksi pada tubuh.

Saat ini, DM tipe 1 hanya diobati dengan menggunakan insulin, dengan pengawasan yang tinggi terhadap tingkat glukosa darah melalui alat monitor penguji darah. Pengobatan dasar DM tipe 1, bahkan untuk tahap awal sekalipun, adalah penggantian insulin.

Penekanan juga diberikan pada penyesuaian gaya hidup (diet dan olahraga) terlepas dari pemberian injeksi pada umumnya, juga

dimungkinkan pemberian insulin melalui pump (pompa), yang memungkinkan pemberian masukan insulin 24 jam sehari pada tingkat dosis yang telah ditentukan juga dimungkinkan pemberian dosis (bolus) dari insulin yang dibutuhkan pada saat makan. Dimungkinkan juga pemberian masukan insulin melalui inhaled powder (bubuk isap). Jadi, banyak cara dapat dilakukan untuk memberikan insulin demi pengobatan ini.

Perawatan DM tipe 1 harus terus berlanjut. Perawatan tidak akan memengaruhi aktivitas-aktivitas normal bila kesadaran yang cukup, perawatan yang tepat, dan kedisiplinan dalam pemeriksaan dan pengobatan yang dijalankan. Tingkat glukosa yang rata-rata untuk pasien untuk pasien DM tipe 1 harus sedekat mungkin ke angka normal (80-120 mg/dL, 4-6 mmol/L).

2. Diabetes Melitus (DM) tipe 2

DM tipe 2 (adults-onset diabetes, obesity-related diabetes, non-insulin-dependen Diabetes Melitus (DM), NIDDM) merupakan tipe DM yang terjadi bukan disebabkan oleh rasio insulin di dalam sirkulasi darah, merupakan kelainan metabolisme yang disebabkan oleh mutasi pada banyak gen, termasuk yang menyebabkan disfungsi sel Beta, gangguan pengeluaran hormon insulin, resistensi sel terhadap insulin yang disebabkan oleh disfungsi sel jaringan, utamanya pada hati menjadi kurang peka terhadap insulin, serta penekanan pada

penyerapan glukosa oleh otot lurik, yang meningkatkan sekresi gula darah oleh hati.

Pada tahap awal, kelainan yang muncul adalah berkurangnya sensitivitas terhadap insulin, yang ditandai dengan meningkatnya kadar insulin dalam darah. Kondisi ini dapat diatasi dengan anti diabetes yang dapat meningkatkan sensitivitas terhadap insulin untuk mengurangi produksi gula dalam hati. Tetapi semakin parah penyakit, sekresi insulin pun semakin berkurang, tetapi dengan terapi dengan insulin kadang dibutuhkan.

Ada beberapa teori yang menyebutkan penyebab pasti dan mekanisme terjadinya resistensi ini, tetapi obesitas diperkirakan sebagai penyebab utamanya. Obesitas ditemukan kira-kira 90% dari pasien di dunia dan dikembangkan diagnosa dengan DM tipe 2. Faktor lain yang meliputi sejarah DM dalam keluarga. Belakangan, DM tipe 2 ini juga sudah mulai menyerang remaja dan anak-anak.

DM tipe 2 tanpa terjadi tanpa ada gejala sebelum hasil diagnosis. DM tipe 2 biasanya diobati dengan cara perubahan aktivitas fisik (olahraga), diet (umumnya pengurangan asupan karbohidrat), dan melalui pengurangan berat badan. Ini dapat mengembalikan kepekaan hormon insulin. Penurunan berat badan yang berkisar 5-10 kg per bulan. Jika perlu, pengobatan oral dengan obat-obatan anti diabetes yang berupa pil atau tablet dapat dilakukan.

3. Diabetes Melitus (DM) tipe 3

DM tipe 3 ini disebut juga DM gestasional (gestasional diabetes, insulin-resistan type 1 diabetes, double diabetes, type 2 diabetes which has progressed to require injected insulin, latent autoimun diabetes of adults, type 1,5 diabetes, type 3 diabetes, LADA) atau DM yang terjadi pada kehamilan, melibatkan kombinasi dari kemampuan reaksi dan pengeluaran hormon insulin yang tidak cukup, mengikuti DM tipe 2 di beberapa kasus. DM tipe 3 ini terjadi selama kehamilan dan dapat sembuh setelah melahirkan. DM ini mungkin merusak kesehatan janin atau ibu, dan sekitar 20-50% dari perempuan penderita bertahan hidup.

DM pada kehamilan terjadi di sekitar 2-5% dari semua kehamilan. DM ini bersifat temporer dan secara penuh bisa disembuhkan. Namun DM tipe ini dapat menyebabkan permasalahan dengan kehamilan, termasuk janin mengalami kecacatan dan menderita penyakit jantung sejak lahir. Penderita memerlukan pengawasan secara medis sepanjang kehamilan.

5. Komplikasi Diabetes Melitus (DM)

Biasanya penderita DM rentan terkena komplikasi penyakit lain. Komplikasi muncul bila kendali gula darahnya tidak atau kurang baik. Komplikasi dapat terjadi pada jantung dan pembuluh darah.

Menurut data Indonesian Diabetic Prevalence pada 2006, jumlah penderita DM di perkotaan mencapai 8,2 juta orang, sementara di pedesaan bahkan mencapai 5,5, juta orang. Badan Kesehatan Dunia

(WHO) bahkan memperkirakan jumlah penderita DM tipe 2 di Indonesia meningkat tiga kali lipat dalam 10 tahun pada 2010 mencapai 21,3 juta orang, yang awalnya tahun 2000 jumlah penderita hanya 8,4 juta orang.

Jika tidak dikelola dengan baik, faktor kadar gula darah tinggi akan menimbulkan berbagai komplikasi jangka panjang. Selain itu, bila penyakit DM tidak segera ditangani dengan tepat bisa menyebabkan berbagai komplikasi yang fatal. DM merupakan penyakit serius yang dapat menyebabkan berbagai risiko morbiditas dan kematian yang signifikan, baik akut maupun kronis.

Komplikasi DM yang muncul secara akut dan kronik, yaitu timbul beberapa bulan atau beberapa tahun sesudah mengidap DM. Komplikasi akut DM yang paling sering adalah hipoglikemia dan koma diabetik.

Hipoglikemia adalah gejala yang timbul akibat tubuh kekurangan glukosa, dengan tanda-tanda rasa lapar, gemetar, keringat dingin, dan pusing. Dalam keadaan hipoglikemia penderita segera diberi roti atau pisang. Apabila tidak tertolong beri minum air teh bergula, satu atau dua gelas. Jika keadaan ini tidak segera diobati, penderita tidak akan sadarkan diri. Keadaan tidak sadarkan diri ini disebabkan oleh kekurangan glukosa dalam darah (koma hipoglikemia), maka penderita harus segera dibawa ke rumah sakit untuk mendapat suntikan glukosa 40% dan infus glukosa. Penderita DM yang mengalami reaksi hipoglikemik (masih sadar) biasanya disebabkan oleh obat anti diabetes dalam dosis tinggi.

Koma diabetis adalah kondisi yang berlawanan dengan hipoglikemik. Koma diabetis ini timbul karena kadar glukosa dalam darah terlalu tinggi, biasanya lebih dari 600 mg/dL. Gejala yang sering timbul adalah nafsu makan menurun, haus, minum banyak, kencing banyak, kemudian disusul rasa mual, muntah, napas penderita menjadi cepat dan dalam serta berbau aseton. Gejala ini sering biasanya disebabkan oleh infeksi.

Komplikasi akut disebabkan oleh hiperglikemia parah dan biasanya disertai dengan pencetus infeksi. Komplikasi kronis ditandai dengan kerusakan, disfungsi dan akhirnya kegagalan berbagai organ, terutama mata, ginjal, saraf, jantung, dan otak.

Pada ibu hamil, penderita DM bahkan dapat terjadi komplikasi yang beragam, yaitu (1) komplikasi maternal, meliputi infeksi saluran kemih, hipertensi kronik, hingga menyebabkan kematian ibu; (2) komplikasi fatal, meliputi keguguran mendadak, tidak berfungsinya plasenta, makrosoma (bayi raksasa), kematian dalam kandungan; (3) komplikasi neonatal yang meliputi kelahiran prematur, kematian dalam kandungan, trauma sejal lahir, dan sindrom kesulitan bernapas sejak lahir.

B. Kualitas Hidup

Menurut Unit Penelitian Kualitas Hidup Universitas Toronto, kualitas hidup adalah tingkat dimana seseorang menikmati hal-hal penting yang mungkin terjadi dalam hidupnya masing-masing orang. Memiliki kesempatan dan keterbatasan dalam hidupnya yang

merefleksikan interaksinya dengan lingkungan. Sedangkan kenikmatan itu sendiri terdiri dari dua komponen pengalaman dari kepuasan dan kepemilikan atau prestasi (Universitas Toronto, 2004).

Kualitas Hidup berarti hidup yang baik, hidup yang baik sama seperti hidup dengan kehidupan berkualitas tinggi (Ventegotd, Merriek, Andersen, 2003). Hal ini digambarkan pada kebahagiaan, pemenuhan kebutuhan, fungsi konteks sosial, dan lain-lain.

Menurut WHO (1994), kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu sebagai laki-laki atau wanita dalam hidup, ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka tinggal, dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka. Hal ini merupakan konsep tingkatan, terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka.

1. Komponen Kualitas Hidup

University of Toronto menyebutkan kualitas hidup dapat dibagi 3 bagian yaitu internal individu, kepemilikan (hubungan individu dengan lingkungan), dan harapan (prestasi dan aspirasi individu).

a. Internal individu

Internal individu dalam kualitas hidup dibagi menjadi 3 yaitu secara fisik, psikologis, dan spiritual. Secara fisik yang terdiri dari kesehatan fisik, personal hygiene, nutrisi, olahraga, pakaian, dan penampilan fisik secara umum. Secara psikologis yang terdiri dari

kesehatan dan penyesuaian psikologis, kesadaran, perasaan, harga diri, konsep diri, dan kontrol diri. Secara spiritual terdiri dari nilai-nilai pribadi dan kepercayaan spiritual.

b. Kepemilikan

Harapan (prestasi dan aspirasi individu) dalam kualitas hidup dibagi dua yaitu secara praktis dan secara pekerjaan, aktivitas sekolah atau sukarela, dan pencapaian kebutuhan atau sosial. Secara pekerjaan yaitu aktivitas peningkatan pengetahuan dan kemampuan serta adaptasi terhadap perubahan dan penggunaan waktu santai, aktivitas relaksasi dan reduksi stres.

World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) membagi kualitas hidup dalam enam dominan yaitu fisik, psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, lingkungan, spiritual, agama, atau kepercayaan seseorang (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

1. Domain fisik

WHOQOL membagi domain fisik pada tiga bagian, yaitu:

a. Nyeri dan ketidaknyamanan

Aspek ini mengeksplor sensasi fisik yang tidak menyenangkan yang dialami individu dan selanjutnya berubah menjadi sensasi yang menyedihkan dan memengaruhi hidup individu tersebut. Sensasi yang tidak menyenangkan meliputi kekakuan, sakit atau nyeri dengan durasi lama atau pendek, bahkan penyakit gatal juga termasuk. Diputuskan nyeri bila individu mengatakan nyeri

walaupun tidak ada alasan medis yang membuktikannya (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

b. Tenaga dan lelah

Aspek ini mengeksplor tenaga, antusiasme dan keinginan individu untuk selalu dapat melakukan aktivitas sehari-hari, sebaik aktivitas rekreasi. Kelelahan tidak membuat individu tidak mampu mencapai kekuatan yang cukup untuk merasakan hidup yang sebenarnya. Kelelahan merupakan akibat dari beberapa hal seperti sakit, depresi, atau pekerjaan yang terlalu berat (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

Sedangkan Unit Penelitian Kualitas Hidup Universitas Toronto mengidentifikasi Physical Being sebagai aspek dari kesehatan fisik, kebersihan diri, nutrisi, olahraga, perawatan, berpakaian dan penampilan fisik (Universitas Toronto, 2004).

2. Domain Psikologis

WHOQOL membagi domain psikologis pada lima bagian, yaitu;

a. Perasaan positif

Aspek ini menguji seberapa banyak pengalaman perasaan positif individu dari kesukaan, keseimbangan, kedamaian, kegembiraan, harapan, kesenangan, dan kenikmatan dari hal-hal baik dalam hidup. Pandangan individu, dan perasaan pada masa depan merupakan bagian penting dari segi (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

b. Berfikir, belajar, ingatan, dan konsentrasi

Aspek ini mengeksplor pandangan individu terhadap pemikiran, pembelajaran, ingatan, konsentrasi dan kemampuan dalam membuat keputusan. Hal ini juga termasuk dalam kecepatan kejelasan individu memberikan gagasan (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

c. Harga diri

Aspek ini menguji apa yang individu rasakan tentang diri mereka sendiri. Perasaan seseorang dari harga sebagai individu dieksplor. Aspek dari harga diri fokus dengan perasaan individu dari kekuatan diri kepuasan dengan diri dan kendali diri (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

d. Gambaran diri dan penampilan

Aspek ini menguji pandangan individu dengan tubuhnya. Apakah penampilan tubuh kelihatan positif atau negatif. Fokus pada kepuasan individu dengan penampilan dan akibat yang dimilikinya pada konsep diri. Hal ini termasuk perluasan di mana apabila ada bagian tubuh yang cacat aka bisa dikoreksi misalnya dengan berdandan, berpakaian, menggunakan organ buatan dan sebagainya (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

e. Perasaan negatif

Aspek ini fokus pada seberapa banyak pengalaman perasaan negatif individu, termasuk patah semangat, perasaan berdosa,

kesedihan, keputusasaan, keglisahan, kecemasan, dan kurang bahagia dalam hidup. Segi ini termasuk pertimbangan dari seberapa menyedihkan perasaan negatif dan akibatnya pada fungsi keseharian individu (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

Sedangkan Unit Penelitian Kualitas Hidup Universitas Toronto mengidentifikasi Psychological Being sebagai aspek dari kesehatan psikologis dan penyesuaian seseorang, pengertian, perasaan, dan perhatian pada evaluasi diri, dan kontrol diri (Universitas Toronto, 2004).

3. Domain tingkat kebebasan

WHOQOL membagi dominan tingkat kebebasan pada empat bagian, yaitu:

a. Pergerakan

Aspek ini menguji pandangan individu terhadap kemampuannya untuk berpindah dari satu tempat ke tempat lain, bergerak di sekitar rumah, bergerak di sekitar tempat kerja, atau dari dan ke pelayanan transportasi (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

b. Aktivitas hidup sehari-hari

Aspek ini mengeksplor kemampuan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini termasuk perawatan diri dan perhatian yang tepat pada kepemilikan. Tingkatan dimana individu tergantung pada yang lain untuk membantunya dalam aktivitas

kesehariannya juga berakibat pada kualitas hidupnya (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

c. Ketergantungan pada pengobatan

Aspek ini menguji ketegantungan individu pada medis atau pengobatan alternatif (seperti akupuntur atau obat herbal) untuk mendukung fisik dan kesejahteraan psikologisnya. Pengobatan pada beberapa kasus dapat berakibat negatif pada kualitas hidup individu (seperti efek samping kemoterapi) di saat yang sama pada kasus menambah kualitas hidup ndividu (seperti pasien kanker yang menggunakan pembunuh nyeri) (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

d. Kapasitas pekerjaan

Aspek ini menguji menggunakan energi individu untuk bekerja. Bekerja didefinisikan sebagai aktivitas besar di mana individu disibukkan. Aktivitas besar termasuk pekerjaan dengan upah, pekerjaan tanpa upah, pekerjaan sukarela untuk masyarakat, belajar dengan waktu penuh, merawat anak dengan tugas rumah tangga (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

4. Dominan hubungan sosial

WHOQOL membagi dominan hubungan sosial pada tiga bagian, yaitu:

a. Hubungan perorangan

Aspek ini menguji tingkatan perasaan individu pada persahabatan, cinta, dan dukungan dari hubungan yang dekat dalam kehidupannya. Aspek ini termasuk pada kemampuan dan kesempatan untuk mencintai, dicintai dan lebih dekat dengan orang lain secara emosi dan fisik. Tingkatan dimana individu merasa mereka bisa berbagi pengalaman baik suka maupun sedih dengan orang yang dicintai (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

b. Dukungan sosial

Aspek ini menguji apa yang individu rasakan pada tanggung jawab, dukungan, dan tersedianya bantuan dari keluarga dan teman. Aspek ini fokus pada seberapa banyak individu rasakan pada dukungan keluarga dan teman, faktanya pada tingkatan mana individu tergantung pada dukungan disaat sulit (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

Sedangkan Unit Penelitian Kualitas Hidup Universitas Toronto mengidentifikasi Social Belonging sebagai hubungan dengan lingkungan sosial dan termasuk perasaan dari penerimaan yang dekat, keluarga, teman, rekan kerja, dan tetangga serta masyarakat (Universitas Toronto, 2004).

5. Domain lingkungan

WHOQOL membagi domain lingkungan pada delapan bagian, yaitu:

a. Keamanan fisik dan keamanan

Aspek ini menguji perasaan individu pada keamanan dari kejahatan fisik. Ancaman pada keamanan bisa timbul dari berbagai sumber seperti tekanan orang lain atau politik. Aspek ini berhubungan langsung dengan perasaan kebiasaan individu (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

b. Lingkungan rumah

Aspek ini menguji tempat yang terpenting dimana individu tinggal (tempat berlindung dan menjaga barang-barang). Kualitas sebuah rumah dapat dinilai pada kenyamanan, tempat teraman individu untuk tinggal (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

c. Sumber penghasilan

Aspek ini mengeksplor pandangan individu pada sumber penghasilan (dan sumber penghasilan dari tempat lain). Fokusnya pada apakah individu dapat menghasilkan atau tidak dimana berakibat pada kualitas hidup (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

d. Kesehatan dan perjatian sosial: ketersediaan dan kualitas

Aspek ini menguji pandangan individu pada kesehatan dan perhatian sosial di kedekatan sekitar. Dekat berarti berapa lama waktu yang diperlukan untuk mendapatkan bantuan (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

e. Kesempatan untuk memperoleh informasi baru dan keterampilan.

Aspek ini menguji kesempatan individu dan keinginan untuk mempelajari keterampilan baru, mendapatkan pengetahuan baru, dan peka terhadap apa yang terjadi. Termasuk program pendidikan formal, atau pembelajaran orang dewasa atau aktivitas di waktu luang, baik dalam kelompok atau sendiri (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

Unit Penelitian Kualitas Hidup Universitas Toronto mengidentifikasi Growth Becoming sebagai kegiatan perbaikan atau pemeliharaan pengetahuan dan keterampilan (Universitas Toronto, 2004).

f. Partisipasi dalam kesempatan berekreasi dan waktu luang

Aspek ini mengeksplor kemampuan individu, kesempatan dan keinginan untuk berpartisipasi dalam waktu luang, hiburan dan relaksasi (WHO, 1998).

Unit Penelitian Kualitas Hidup Universitas Toronto mengidentifikasi Leisure Becoming sebagai aktivitas yang menimbulkan penurunan stres. Termasuk permainan kartu,

pembicaraan dengan tetangga, dan kunjungan keluarga, atau aktivitas dengan durasi yang lama seperti liburan (Universitas Toronto, 2004).

g. Lingkungan fisik (polusi/keributan./kemacetan/iklim)

Aspek ini menguji pandangan individu pada lingkungannya. Hal ini mencakup kebisingan, polusi, iklim, dan estetika lingkungan dimana pelayanan ini dapat meningkatkan atau memperburuk kualitas hidup (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

h. Transportasi

Aspek ini menguji pandangan individu pada seberapa mudah untuk menemukan dan menggunakan pelayanan transportasi (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

6. Domain spiritual/agama/kepercayaan seseorang

Aspek ini menguji kepercayaan individu dan bagaimana dampaknya pada kualitas hidup. Hal ini bisa membantu individu untuk mengkopling kesulitan hidupnya, memberi kekuatan pada pengalaman, aspek ini ditujukan pada individu dengan perbedaan agama (Buddha, Kristen, Hindu, dan Islam), sebaik individu dengan kepercayaan individu dan kepercayaan spiritual yang tidak sesuai dengan kepercayaan individu dan kepercayaan yang tidak sesuai dengan orientasi agama (WHO, 1998).

Sedangkan Unit Penelitian Kualitas Hidup Universitas Toronto mengidentifikasi Spiritual Being sebagai refleksi nilai diri, standar diri, standar diri dari tingkah laku dan kepercayaan spiritual dimana terhubung atau tidak dengan kepercayaan (Universitas Toronto, 2004).

Sementara itu, World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL)-BREEF membagi kualitas hidup dalam empat domain yaitu fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

2. Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (DM)

Penyakit diabetes mellitus ini akan menyertai seumur hidup penderita sehingga sangat mempengaruhi terhadap penurunan kualitas hidup penderita bila tidak mendapatkan perawatan yang tepat. Beberapa aspek dari penyakit ini yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu : (1) Adanya tuntutan yang terus – menerus selama hidup penderita terhadap perawatan DM, seperti pembatasan atau pengaturan diet, pembatasan aktifitas, monitoring gula darah; (2) Gejala yang timbul saat kadar gula darah turun ataupun tinggi (3) Ketakutan akibat adanya komplikasi yang menyertai, (4) disfungsi seksual (Yudianto, 2008).

Kualitas hidup penderita DM merupakan perasaan puas dan bahagia akan hidup secara umum khususnya hidup dengan diabetes. Kualitas hidup telah digambarkan oleh WHO (1994) sebagai sebuah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan pada konteks budaya dan system nilai dimana mereka tinggal dan hidup dan dalam

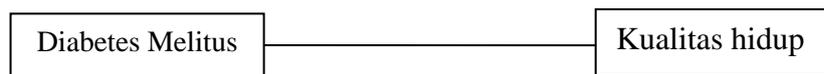
hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standard dan fokus hidup mereka. Konsep ini meliputi beberapa dimensi yang luas yaitu: kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan (Yudianto, 2008).

Bedasarkan dampak dari penyakit DM pada keadaan fisik, psikologis, social dan lingkungan Caldwell et al dalam penelitiannya melaporkan bahwa hidup dengan diabetes mempunyai pengaruh negative terhadap kualitas hidup penderita walaupun dengan tanpa komplikasi. Sebuah studi atau populasi melaporkan bahwa depresi umum terjadi pada seseorang dengan diabetes serta membutuhkan penanganan yang tepat karena menimbulkan kerusakan yang berat terhadap kualitas hidup. Penelitian lain (Anas, 2007) membuktikan bahwa pasien yang menderita Diabetes Melitus khususnya tipe 2 juga memberikan dampak negatif terhadap kualitas hidupnya. hal ini juga didukung oleh adanya berbagai komplikasi dan karakteristik dari penderita itu sendiri.

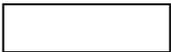
BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep



Keterangan:

 : variabel yang diteliti

Bagan 3.1 Kerangka Konsep

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau mendeskripsikan tentang suatu keadaan secara objektif (Notoatmodjo, 2005). Pada penelitian ini, peneliti akan membuat gambaran atau mendeskripsikan tentang kualitas hidup pasien Diabetes Mellitus (DM).

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien Diabetes Mellitus (DM) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar berjumlah 126 pasien.

2. Sampel

Metode pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode *non probability sampling*, dengan teknik sampling dilakukan secara *accidental sampling (Convenience sampling)* yaitu menjadikan pasien Diabetes Mellitus (DM) sebagai responden yang kebetulan ada atau tersedia pada saat dilakukan penelitian di RSUD Labuang Baji Makassar dengan batasan waktu selama empat minggu dan di ambil dengan sesuai kriteria inklusi

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

1. Bersedia menjadi responden
2. Semua pasien Diabetes Melitus (DM)
3. Pasien sadar dan dapat berkomunikasi dengan baik

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi pada penelitian adalah:

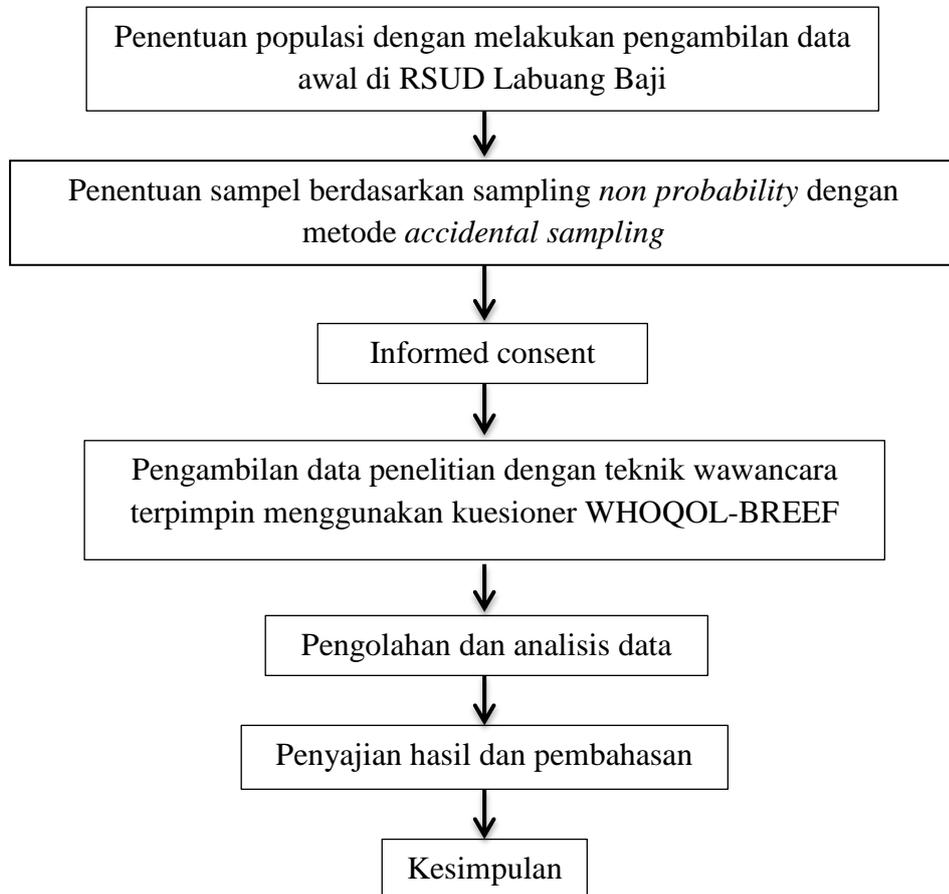
1. Tidak berada di tempat pada saat dilakukan penelitian

2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini direncanakan di RSUD Labuang Baji Makassar.

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Oktober-November 2013.

C. Alur Penelitian



Bagan 4.1 Alur Penelitian

D. Identifikasi dan Defenisi Operasional

1. Identifikasi Variabel

Variable yang diteliti dalam penelitian ini adalah Diabetes Melitus (DM) dan kualitas hidup

2. Defenisi Operasional

Kualitas hidup yang dimaksudkan dalam penelitian ini yaitu perasaan nyaman dan bahagia individu penderita Diabetes Melitus (DM) dalam menikmati aktifitas dalam kehidupannya yang terdiri dari, pertama aspek kesehatan secara fisik berupa rasa sakit fisik, terapi medis, energy yang cukup, kepuasan bergaul, istirahat, kemampuan beraktifitas, dan kemampuan bekerja; kedua, aspek psikologis yang berupa perasaan positif, spiritualitas, kemampuan berpikir, gambaran diri, harga diri, dan perasaan negative; ketiga, aspek dalam berhubungan sosial berupa hubungan pribadi, hubungan seksual, dan dukungan sosial; dan terakhir, aspek lingkungan berupa keamanan fisik, lingkungan fisik, penghasilan, informasi baru, rekreasi, lingkungan tempat tinggal, akses pelayanan kesehatan, dan sarana transportasi.

Kriteria objektif

- 1) Sangat buruk: nilai mean 1 – 1,5
- 2) Buruk : nilai mean 1,6 – 2,5
- 3) Kurang: niali mean 2,6 – 3,5
- 4) Baik : nilai mean 3,6 – 4,5
- 5) Sangat baik: nilai mean 4,6 –5,0

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner kualitas hidup *WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life)* yang sudah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia. Instrumen kualitas hidup

(WHOQOL-BREEF) merupakan pengembangan dari instrumen WHOQOL-100. Kedua instrumen ini dibuat oleh tim dari World Health Organization (WHO). Menurut Sakarwiri (2008) instrumen WHOQOL-BREEF adalah alat ukur yang *valid* ($r=0.89-0.95$) dan *reliable* ($R=0.66-0.87$).

Instrumen *WHOQOL-BREF* ini merupakan rangkuman dari *World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) –100* yang terdiri dari 26 pertanyaan. *WHOQOL– BREF* terdiri dari dua bagian yang berasal dari kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum, dan satu bagian yang terdiri dari 24 pertanyaan yang berasal dari *WHOQOL – 100*. Menurut Raudhah (2012) untuk menilai (WHOQOL) – BREF, maka ada empat domain yang digabungkan yaitu domain fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Semua pertanyaan berdasarkan pada skala Likert lima poin (1-5) yang fokus pada intensitas, kapasitas, frekuensi dan evaluasi. Skala respon intensitas mengacu kepada tingkatan dimana status atau situasi yang dialami individu. Skala respon kapasitas mengacu pada kapasitas perasaan, situasi atau tingkah laku. Skala respon frekuensi mengacu pada angka, frekuensi, atau kecepatan dari situasi atau tingkah laku. Skala respon evaluasi mengacu pada taksiran situasi dari situasi, kapasitas atau tingkah laku.

Pertanyaan nomor 1 dan 2 pada kuesioner mengkaji tentang kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum. Domain 1 – Fisik terdapat pada pertanyaan nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18. Domain 2 - Psikologis ada pada pertanyaan nomor 5, 6, 7, 11, 19, dan 26. Domain 3 - Hubungan sosial ada pada pertanyaan nomor 20, 21, dan 22. Domain 4 -

Lingkungan ada pada pertanyaan nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25. Instrumen ini juga terdiri atas pertanyaan positif, kecuali pada tiga pertanyaan yaitu nomor 3,4, dan 26 yang bernilai negatif.

F. Uji Coba Instrumen Penelitian

a. Uji validitas

Uji validitas pada kuesioner WHOQOL yang akan digunakan pada penelitian ini, telah dilakukan pada peneliti sebelumnya yaitu oleh Kusman Ibrahim dilakukan di tiga rumah sakit di Jawa Barat dengan jenis pengujian *C-Square test*. Penguji berasal dari anggota Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia, anggota Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran, di Bandung dan perawat senior neprolog dari Rumah Sakit Ibu Habibi, dengan perhitungan akhir 93% instrumen WHOQOL mempunyai validitas yang baik dengan nilai $p = 0.018$ ($p < 0.05$).

b. Uji reliabilitas

Uji reliabilitas juga telah dilakukan oleh kusman ibrahim, MNS di tiga rumah sakit di bandung, yang ada hakekatnya mempunya etnik dn budaya yang sama di negara Indonesia.

Hasil uji reliabilitas suatu koefisien alpha dari 0.90 didapatkan dari jumlah skala instrumen WHOQOL, dengan koefisien alpha 0.76 untuk dimensi fisik. Koefisien alpha yang diperoleh WHOQOL BREF di atas koefisien alpha yang ditentukan yaitu 0.6 dan hasil yang diperoleh

menunjukkan bahwa instrumen menunjukkan konsisten internal yang baik.

G. Pengolahan dan Analisa Data

a. Teknik Pengolahan Data

Dalam melakukan analisis data terlebih dahulu data harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam statistik, informasi yang diperoleh dipergunakan untuk proses pengambilan keputusan, terutama dalam pengujian hipotesis (Aziz, 2007).

1. Editing

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul (Aziz, 2007).

2. Coding

Klarifikasi aktifitas-aktifitas yang ada menurut jenisnya dengan memberi tanda pada masing-masing aktifitas berupa angka untuk selanjutnya dimasukkan dalam lembaran tabel kerja agar mempermudah pembacaan (Aziz, 2007). Pada penelitian ini, kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF.

3. Data Entry

Data entry adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau dengan membuat tabel kontigensi

(Aziz, 2007). Pada penelitian ini data diolah menggunakan program Excel dan SPSS.

4. *Tabulating/ Processing*

Proses perhitungan yang telah ditempatkan ke dalam masing-masing kategori dan disusun dalam tabel yang mudah dimengerti (Sugiyono, 2010).

b. Analisa Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat yang dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari setiap variable yang bertujuan untuk mengetahui gambaran masing-masing variabel yang dipaparkan dalam tabel distribusi frekuensi (Notoatmodjo, 2010).

H. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika harus diperhatikan. Berdasarkan Komisi Nasional Etika Penelitian Kesehatan, ada tiga prinsip etika yang harus diperhatikan dalam melakukan penelitian kesehatan yang mengikutsertakan subyek manusia yaitu:

1. *Respect for person*

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subjek penelitian untuk mendapatkan informasi tentang tujuan peneliti melakukan penelitian

tersebut. Disamping itu, peneliti juga memberikan kebebasan kepada subjek untuk memberikan informasi atau tidak memberikan informasi (berpartisipasi). Dalam penelitian ini, peneliti memberikan *informed consent* dan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian ini. Setelah subjek bersedia menjadi responden, maka subjek menandatangani lembar persetujuan.

2. *Beneficence and maleficence*

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya, dan subjek penelitian pada khususnya. Peneliti hendaknya berusaha meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subjek. Oleh sebab itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, stress, maupun kematian subjek penelitian.

3. *Justice*

Peneliti memperlakukan subjek secara adil, baik sebelum, selama maupun sesudah keikutsertaan dalam penelitian ini tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau *dropped out* sebagai responden. Peneliti merahasiakan informasi (*confidentially*) yang diberikan oleh subjek dan menjaga kerahasiaan identitas subjek, penelitian.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan kualitas hidup baik dari dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi hubungan sosial, dan dimensi lingkungan pasien Diabetes Melitus (DM) di RSUD. Labuang Baji Makassar. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif*. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 2 - 24 November 2013. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah metode *non probability sampling*, dengan teknik sampling dilakukan secara *accidental sampling (Convenience sampling)*. Sampel dalam penelitian ini merupakan pasien DM yang menjalani rawat inap di RSUD. Labuang Baji Makassar dengan jumlah 30 orang yang memenuhi kriteria inklusi untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Data yang terkumpul kemudian dilakukan pemeriksaan kelengkapan dan kemudian data diolah.

1. Karakteristik Umum Responden

Tabel 5.1

Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi (usia, jenis kelamin, status pernikahan, pekerjaan, tingkat pendidikan, agama, penghasilan, tipe DM, dan lama menderita DM) Pasien Diabetes Mellitus di RSUD. Labuang Baji Makassar (n=30)

Karakteristik	Jumlah (n=30)	Presentase (%)
Usia		
< 40 tahun	1	3,3
40-60 tahun	17	56,7
>60 tahun	12	40
Jenis Kelamin		
Laki-laki	11	36,7
Perempuan	19	63,3
Status pernikahan		
Menikah	18	60
Tidak menikah	1	3,3
Janda/duda	11	36,7
Pekerjaan		
Bekerja	9	30
Tidak bekerja	21	70
Tingkat Pendidikan		
SD	19	63,3
SMP	2	6,7
SMA	5	16,7
Perguruan Tinggi	2	6,7
Tidak Sekolah	2	6,7
Agama		
Islam	28	93,3
Protestan	2	6,7
Penghasilan tiap bulan		
<1 juta	24	80
1-2,5 juta	2	6,7

>2,5 juta	4	13,3
Tipe DM		
Tipe I	3	10,0
Tipe II	27	90,0
Lama menderita DM		
< 1 tahun	6	20
1-5 tahun	20	66,7
6-10 tahun	3	10
> 10 tahun	1	3,3

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 30 responden yang diteliti, usia responden yang paling banyak adalah responden yang berusia di antara 40-60 tahun berjumlah 17 orang (56,7%), dan responden yang berusia di atas di bawah 40 tahun berjumlah 1 orang (3,3%), dengan frekuensi responden laki-laki berjumlah 11 orang (36,7%) dan responden perempuan berjumlah 19 orang (63,3%). Adapun status pernikahan responden yang menikah dan masih memiliki pasangan adalah berjumlah 18 orang (60%) dan 1 orang responden (3,3%) yang tidak menikah atau belum memiliki pasangan. Berdasarkan pekerjaannya, 21 responden (70%) tidak memiliki pekerjaan. Sementara itu. Tingkat pendidikan, paling banyak responden berada tingkat pendidikan terakhir SD sebanyak 19 orang (63,3%). Agama yang mendominasi pada penelitian ini islam yaitu 28 responden (93,3%). Berdasarkan penghasilan responden, 24 orang (80%) berpenghasilan < 1 juta tiap bulannya dan 4 orang (13,3%) berpenghasilan di atas 2,5 juta tiap bulannya. Pengklasifikasian responden berdasarkan tipe DM, 27 responden (90%) mengalami DM tipe 2 dan 3 responden (10%) mengalami DM tipe 1. Responden yang paling

mendominasi adalah responden yang telah menderita DM 1-5 tahun yaitu sebanyak 20 orang (66,7%).

2. Mean Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (DM) Dilihat dari Dimensi Kesehatan Fisik

Tabel 5.2
Distribusi Mean Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (DM) Dilihat dari Dimensi Kesehatan Fisik Pasien Diabetes Mellitus di RSUD. Labuang Baji Makassar.
(n=30)

No	Item Qol	Mean (X)
1	Rasa sakit fisik	2.87
2	Terapi medis	4.20
3	Energi yang cukup	2.63
4	Bergaul	3.87
5	Istirahat	3.13
6	Aktifitas	2.80
7	Kemampuan bekerja	2.53

Sumber: Data Primer, 2013

Keterangan: Skor Indikator Penilaian. Sangat buruk : nilai mean 1 – 1,5;

Buruk : nilai mean 1,6 – 2,5; Kurang : nilai mean 2,6 – 3,5; Baik : nilai mean 3,6 – 4,5; dan Sangat baik : nilai mean 4,6 – 5,0

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa kualitas hidup penderita Diabetes Melitus (DM) ditinjau dari dimensi fisik , responden merasa puas dalam bergaul (X=3.87) dan merasa kurang puas terhadap kemampuannya dalam bekerja (X=2.53).

3. Mean Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (DM) Dilihat dari

Dimensi Psikologis

Tabel 5.3
Distribusi Mean Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (DM) Dilihat dari
Dimensi Psikologis Pasien Diabetes Mellitus di RSUD. Labuang Baji
Makassar.
(n=30)

No	Item Qol	Mean (X)
1	Perasaan positif	3.20
2	Spiritualitas	3.17
3	Berpikir	3.10
4	Gambaran diri	3.43
5	Harga diri	3.20
6	Perasaan negative	2.63

Sumber: Data Primer, 2013

Keterangan: Skor Indikator Penilaian. Sangat buruk : nilai mean 1 – 1,5; Buruk : nilai mean 1,6 – 2,5; Kurang : nilai mean 2,6 – 3,5; Baik : nilai mean 3,6 – 4,5; dan Sangat baik : nilai mean 4,6 – 5,0

Tabel 1.3 menunjukkan bahwa kualitas hidup penderita Diabetes Melitus (DM) di RSUD. Labuang Baji Makassar dari dimensi psikologis yaitu sebagian besar responden bisa menerima penampilan mereka (X=3.43) dan responden jarang mengalami perasaan negatif.

4. Mean Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (DM) Dilihat dari

Dimensi Hubungan Sosial

Tabel 5.4
Distribusi Mean Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (DM) Dilihat dari
Dimensi Hubungan Sosial Pasien Diabetes Mellitus di RSUD. Labuang Baji
Makassar.
(n=30)

No	Item Qol	Mean (X)
1	Hubungan pribadi	3.50
2	Seksual	1.83
3	Dukungan sosial	4.00

Sumber: Data Primer, 2013

Keterangan: Skor Indikator Penilaian. Sangat buruk : nilai mean 1 – 1,5; Buruk : nilai mean 1,6 – 2,5; Kurang : nilai mean 2,6 – 3,5; Baik : nilai mean 3,6 – 4,5; dan Sangat baik : nilai mean 4,6 – 5,0

Berdasarkan tabel 5.4 dilihat dari dimensi hubungan sosial paenderita Diabetes Melitus (DM) di RSUD. Labuang Baji Makassar menunjukkan bahwa responden lebih merasa puas terhadap dukungan sosial (X=4.00) sementara itu responden merasa kurang puas terhadap aktifitas seksual (X=1.83)

5. Mean Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (DM) Dilihat dari Dimensi Lingkungan

Tabel 5.5
Distribusi Mean Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (DM) Dilihat dari Dimensi Lingkungan Pasien Diabetes Mellitus di RSUD. Labuang Baji Makassar.
(n=30)

No	Item Qol	Mean (X)
1	Keamanan fisik	3.67
2	Lingkungan fisik	4.00
3	Penghasilan	3.93
4	Informasi baru	3.67
5	Rekreasi	2.03
6	Lingkungan tempat tinggal	3.83
7	Akses pelayanan kesehatan	4.00
8	Sarana transportasi	3.67

Sumber: Data Primer, 2013

Keterangan: Skor Indikator Penilaian. Sangat buruk : nilai mean 1 – 1,5; Buruk : nilai mean 1,6 – 2,5; Kurang : nilai mean 2,6 – 3,5; Baik : nilai mean 3,6 – 4,5; dan Sangat baik : nilai mean 4,6 – 5,0

Berdasarkan tabel 5.5 dilihat dari dimensi hubungan sosial penderita Diabetes Melitus (DM) di RSUD. Labuang Baji Makassar menunjukkan bahwa responden merasa puas terhadap lingkungan fisik ($X=4.00$) dan akses pelayanan kesehatan ($X=4.00$). Sedangkan untuk rekreasi, responden merasa tidak puas ($X=2.03$).

B. Pembahasan

Hasil penelitian dan pembahasan tentang gambaran kualitas hidup pasien Diabetes Melitus (DM) di RSUD. Labuang Baji Makassar, sebagai berikut:

1. Kualitas hidup penderita Diabetes Melitus (DM) dilihat dari dimensi kesehatan fisik

Berdasarkan hasil penelitian kualitas hidup dilihat dari dimensi kesehatan fisik responden menjawab banyak membutuhkan terapi medis ($X=4.20$), responden juga merasa puas dalam bergaul ($X=3.87$), sedangkan untuk istirahat ($X=3.13$), energi yang cukup ($X=2.63$), dan melakukan aktifitas ($X=2.80$) responden merasa kurang puas. Rasa sakit fisik ($X=2.87$) yang dialami responden tidak begitu menghalangi responden untuk melakukan hal-hal yang mereka inginkan. Sementara itu. Kemampuan responden bekerja ($X=2.53$) cukup buruk dirasakan oleh responden akibat penyakit yang dialami.

Secara umum, hasil penelitian tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan,dkk (2008). Hanya saja pada penelitian Kurniawan,dkk (2008), responden merasa tidak terlalu banyak membutuhkan terapi medis untuk kondisi yang mereka rasakan.

Penyakit Diabetes Melitus secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi kesehatan fisik penderita. Hal-hal tersebut akan mempengaruhi kualitas hidup penderita, bersosialisasi serta adanya dukungan dari keluarga atau pun teman (Kurniawan, 2008).

2. Kualitas hidup penderita Diabetes Melitus (DM) dilihat dari dimensi psikologis

Data yang diperoleh dari dimensi psikologis kualitas hidup penderita Diabetes Melitus di RSUD. Labuang Baji Makassar adalah baik pada perasaan positif ($X=3.20$), spiritualitas ($X=3.17$), berpikir dan kemampuan konsentrasi

($X=3.10$), gambaran diri ($X=3.43$), dan harga diri ($X=3.20$) responden merasa masih kurang puas. Sementara itu perasaan negatif seperti sedih, kecewa, cemas, dan depresi juga jarang dirasakan oleh sebagian besar responden.

Hasil ini tidak jauh berbeda dengan penelitian Kurniawan,dkk (2008). Akan tetapi, pada item perasaan negatif, Kurniawan menggambarkan penderita Diabetes Melitus merasa sering mengalami perasaan sedih, kecewa, cemas dan depresi. Hasil penelitian ini juga kurang sesuai dengan teori (King & Hinds, 2007) yang menyatakan bahwa penurunan fungsi fisik pada penderita Diabetes Melitus secara tidak langsung akan berpengaruh pada keadaan psikologisnya seperti timbulnya perasaan sedih, kecewa, cemas, dan depresi.

Umumnya responden dalam penelitian ini adalah responden yang telah cukup menerima perawatan dan hampir pulih. Dan di sisi lain, sebagian besar responden tidak memiliki komplikasi sehingga penyakit yang dialami dianggap sebagai penyakit biasa dan tidak memberikan dampak psikologis yang berarti kepada perasaan negatif seperti sedih, kecewa, cemas, dan deperesi.

3. Kualitas hidup penderita Diabetes Melitus (DM) dilihat dari dimensi hubungan sosial

Berdasarkan data penelitian kualitas hidup penderita Diabetes Melitus dilihat dari dimensi hubungan sosial didapatkan hasil sebgian besar responden merasa puas terhadap dukungan sosial yang merka dapatkan ($X=4.00$), untuk hubungan pribadi, responden merasa kurang puas ($X=3.50$) dan responden merasa sangat tidak puas terhadap seksual. Hal ini dikarenakan sebagian besar

responden dalam penelitian ini adalah lansia dan telah ditinggal oleh pasangan baik meninggal maupun bercerai.

Item dukungan sosial dan item seksual pada penelitian ini tidak mendukung penelitian Kurniawan,dkk (2008) yang menyatakan bahwa dukungan sosial yang diperoleh penderita Diabetes Melitus dirasakan kurang puas oleh penderita ($X=3.14$). begitu pula dengan item seksual, penderita Diabetes Melitus merasa kurang puas ($X=3.00$). sementara itu, hubungan pribadi pada penelitian Kurniawan,dkk (2008) mendukung hasil penelitian ini dengan memperoleh hasil bahwa penderita Diabetes Melitus merasa kurang puas ($X=3.10$) terhadap hubungan pribadi.

Tingkat dukungan sosial yang cukup sangat berkaitan dengan keberhasilan peningkatan perilaku kesehatan. Seberapa besar dukungan sosial bagi penderita Diabetes Melitus dapat dilihat dengan menggunakan persepsi penderita terhadap dukungan sosial dari keluarga mereka atau kolega. Keluarga menjadi dukungan sosial yang penting. Dukungan sosial melihat apa yang individu rasakan pada tanggung jawab, dukungan, dan tersedianya bantuan dari keluarga dan teman. Aspek ini fokus pada seberapa banyak individu rasakan pada dukungan keluarga dan teman (WHO, 1998, dikutip dalam Raudhah, 2012).

4. Kualitas hidup penderita Diabetes Melitus (DM) dilihat dari dimensi lingkungan

Hasil penelitian Kualitas hidup penderita Diabetes Melitus (DM) dilihat dari dimensi lingkungan adalah sebagian besar responden merasa cukup puas terhadap keamanan fisik ($X=3.67$), lingkungan fisik ($X=4.00$), penghasilan

($X=3.93$), informasi baru ($X=3.67$), lingkungan tempat tinggal ($X=3.83$), akses pelayanan kesehatan ($X=4.00$), dan sarana transportasi ($X=3.67$). sementara itu responden merasa sangat jarang bahkan tidak pernah sama sekali melakukan rekreasi ($X=2.03$) sehingga mereka merasa tidak puas.

Perasaan responden cenderung merasa aman dari kejahatan fisik selama dirawat di rumah sakit. Kenyamanan lingkungan pun dirasa cukup oleh responden meski ruang perawatan responden beragam. Begitu pula dengan kondisi ekonomi responden, mereka merasa cukup karena sebagian besar responden membayar rumah sakit dengan asuransi. Kesempatan untuk mendapatkan informasi baru juga sangat besar untuk responden baik itu dari keluarga maupun petugas kesehatan. Responden juga merasa puas terhadap pelayanan kesehatan yang di rumah sakit, sarana transportasi yang ada maupun lingkungan rumah sakit itu sendiri. Dengan adanya hal ini memungkinkan kualitas hidup penderita lebih membaik. Akan tetapi, responden merasa kurang puas mendapatkan kesempatan berekreasi dan waktu luang mereka. Hal ini dapat disebabkan karena responden menjalani rawat inap dan kondisi fisik responden yang tidak memungkinkan untuk melakukan rekreasi.

Beberapa item dimensi lingkungan pada penelitian ini sesuai dengan penelitian Kurniawan,dkk (2008) yaitu informasi baru ($X=4.04$), rekreasi ($X=2.44$), akses pelayanan kesehatan ($X=3.94$), dan sarana transportasi ($X=3.80$). sementara itu responden merasa kurang puas terhadap keamanan

fisik ($X=3.24$), lingkungan fisik ($X=2.90$), penghasilan ($X=2.48$), dan lingkungan tempat tinggal ($X=3.10$).

Hasil penelitian yang bervariasi yang diperoleh karena latar belakang kepribadian seseorang, budaya, dan lingkungan mempengaruhi persepsi kognitif seseorang dalam memaknai kualitas hidupnya (Zhan, 1992 dalam Kurniawan, 2008).

5. Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Responden

Keseluruhan responden pada penelitian ini adalah pasien yang didiagnosa menderita Diabetes Mellitus (DM). Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 responden, responden paling banyak adalah yang berusia antara 40-60 tahun yaitu sebanyak 17 orang (56,7%). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Soegondo (2005 dalam Maliya & Wibawati, 2011) yang menyatakan bahwa kadar gula darah normal cenderung meningkat secara ringan tetapi progresif setelah usia 50 tahun, terutama pada orang-orang yang kurang aktivitas. Usia lebih 45 tahun merupakan kelompok resiko tinggi terserang DM, Perkeni (2011). Kualitas hidup penderita Diabetes Melitus (DM) terhadap responden dengan usia 40-60 tahun pada penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian (Anas, 2007) yaitu kualitas hidup penderita Diabetes Melitus (DM) rentang usia responden paling banyak yaitu 50-69 tahun adalah baik.

Jenis kelamin terbanyak dari reponden penelitian ini adalah perempuan yaitu 19 orang (63.3%). Kualitas hidup secara umum adalah baik yang ditunjukkan dalam penelitian ini berdasarkan jenis kelamin yang mendominasi

yaitu perempuan sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Issa, 2006) yang mendapatkan hasil yaitu jumlah responden perempuan 28 orang (53.8%) memiliki kualitas hidup baik secara umum. Fadda dan Jiron (1992, dalam Nofitri, 2009) mengatakan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan/hal-hal yang penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan. Papalia, Sterns, Feldman, & Camp (dalam Nofitri, 2009) mengatakan bahwa secara umum, kesejahteraan laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda, namun perempuan lebih banyak terkait dengan aspek hubungan yang bersifat positif sedangkan kesejahteraan tinggi pada pria lebih terkait dengan aspek pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik.

Responden dengan status pernikahan yang menikah atau masih memiliki pasangan adalah responden terbanyak pada penelitian ini dengan jumlah 10 orang (60%). Sesuai dengan data penelitian (Issa, 2006) juga mendapatkan responden yang mendominasi adalah yang bestatus masih memiliki pasangan (76,9%). Kejadian ini dikaitkan dengan usia responden yang rata-rata berada pada rentang 40-60 tahun yang memungkinkan responden masih memiliki pasangan seperti orang-orang sehat pada umumnya. Moons, Marquest, dan de Geest (dalam Nofitri, 2009) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai atau pun janda, dan individu yang menikah atau kohabitasi.

Pekerjaan, pendidikan, dan penghasilan erat kaitannya dalam mempengaruhi kualitas hidup. Tidak selamanya pekerjaan, pendidikan, dan penghasilan yang rendah memberikan dampak negatif pada kualitas hidup seseorang seperti yang dipaparkan pada beberapa penelitian. Pada penelitian ini responden terbanyak adalah yang tidak memiliki pekerjaan yaitu 21 orang (70%), tingkat pendidikan SD sebanyak 19 orang (63,3%), dan penghasilan di bawah 1 juta sebanyak 24 orang (80%) tetapi memiliki kualitas hidup secara umum baik. Seperti penelitian yang dilakukan oleh (Ayu dkk, 2007) yang memperoleh hasil yaitu jumlah responden yang tidak bekerja adalah paling banyak yaitu 15 orang (21,12%) dan secara umum kualitas hidup pasien adalah baik. Sementara itu, pada sisi pendidikan, penelitian yang dilakukan oleh Noghani, Asgharpous, Safa, dan Kermani (dalam Nofitri, 2009) menemukan adanya pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak. Hasil yang tidak jauh berbeda pula dari peneliti yang sama, menemukan bahwa kontribusi yang lumayan dari faktor penghasilan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.

Pada penelitian ini, responden terbanyak adalah responden yang didiagnosa menderita diabetes mellitus (DM) tipe II sebanyak 27 orang (90%). Hal ini terjadi karena DM tipe II merupakan tipe diabetes yang lebih umum. Penderita DM tipe II mencapai 90-95% dari keseluruhan populasi penderita diabetes (Soegondo, 2007). Sejalan dengan penelitian tentang kualitas hidup pasien Diabetes Melitus di Rumah Sakit Pendidikan Nigeria oleh Issa (2006) yang memperoleh hasil sebanyak 43 responden (82,7%) adalah penderita

Diabetes Melitus (DM) tipe 2 dan kualitas hidup secara umum yang diperoleh adalah baik.

Berdasarkan data karakteristik responden, 20 penderitanya (66,7%) telah mengetahui penyakitnya sekitar 1-5 tahun. Data ini sesuai dengan data penelitian Anas (2007) yang juga memperoleh data responden dengan penyakit Diabetes Melitus (DM) adalah sebanyak 40 orang (80%). Seseorang yang mengalami penyakit kronis seperti diabetes mellitus dalam waktu yang lama akan mempengaruhi pengalaman dan pengetahuan individu tersebut dalam pengobatan penyakit diabetes melitus. Notoatmodjo (1985, dalam Dewi, 2013) dalam teorinya menyebutkan bahwa suatu penyakit dapat dicegah dengan perilaku kesehatan yang didukung dengan pengetahuan dan sikap yang baik terhadap penyakit tersebut. Pengetahuan dan sikap ini dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian yang dilakukan di RSUD. Labuang Baji Makassar ini tidak terlepas dari keterbatasan-keterbatasan yang menjadi kelemahan dan hambatan dalam melakukan penelitian.

Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain:

1. Kurangnya penguasaan bahasa daerah oleh peneliti, sehingga kurang dapat menggali informasi tentang variabel-variabel yang diteliti.
2. Masih kurangnya penelitian yang berkaitan dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus (DM).

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Penelitian ini dilakukan terhadap 4 dimensi yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus di RSUD. Labuang Baji dengan jumlah responden 30 orang. Kuesioner kualitas hidup menggunakan instrument dari WHOQOL-BREEF.

Kualitas hidup penderita Diabetes Melitus di RSUD. Labuang Baji berdasarkan:

1. Dimensi kesehatan fisik, sebagian besar responden merasa banyak membutuhkan terapi medis untuk kondisi mereka ($X=4.20$).
2. Dimensi kesehatan psikologis sebagian besar responden merasa jarang memiliki perasaan negatif seperti sedih, kecewa, cemas, dan depresi ($X=2.63$).
3. Dimensi hubungan sosial sebagian besar responden merasa puas terhadap dukungan sosial yang berupa dukungan moril dari tetangga maupun kerabat yang mereka dapatkan ($X=4.00$).
4. Dimensi lingkungan sebagian besar responden merasa puas atau nyaman terhadap kesehatan lingkungan fisik ($X=3.67$) dan akses pelayanan kesehatan di rumah sakit ($X=3.67$).

B. Saran

1. Ditemukannya aspek terapi medis yang sangat berpengaruh dan dibutuhkan oleh penderita Diabetes Melitus (DM) dalam penelitian ini

dijadikan masukan bagi keluarga, petugas kesehatan maupun instansi kesehatan untuk lebih mengetahui dan mempersiapkan terapi medis yang dibutuhkan oleh penderita.

2. Ditemukannya aspek spiritualitas yang sangat signifikan dalam mempengaruhi kualitas hidup penderita Diabetes Melitus (DM) dalam penelitian ini menjadi masukan bagi keluarga maupun petugas kesehatan untuk lebih memperhatikan dan meningkatkan perasaan positif penderita, misalnya dengan menghadirkan tokoh agama untuk mengurangi perasaan negatif penderita.
3. Ditemukannya aspek seksualitas yang sangat kurang dan memberikan dampak negatif bagi kualitas hidup penderita Diabetes Melitus (DM) dalam penelitian ini menjadi masukan bagi petugas kesehatan untuk bisa memberikan konseling seksualitas bagi responden dan/atau pasangan.
4. Ditemukannya aspek rekreasi yang sangat kurang dinikmati oleh responden sehingga memberikan dampak negatif terhadap kualitas hidupnya dalam penelitian ini menjadi masukan bagi keluarga untuk bisa lebih memperhatikan rekreasi responden minimal satu kali dalam dua minggu.
5. Perlu melakukan penelitian dengan menggunakan sampel yang lebih banyak, lokasi yang bervariasi, dan diharapkan mengembangkan penelitian ini seperti meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien diabetes mellitus.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriyani, L. (2009). *Kualitas hidup pasien diabetes melitus dengan terapi insulin dan hipoglikemik oral di RSUD Sleman Yogyakarta periode Maret-April 2009* (skripsi). Diakses pada tanggal 30 Mei 2013 <<http://www.uii.ac.id>>
- Anas, Y. (2007). *Kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe 2 rawat jalan di rumah sakit umum tidar Magelang* (skripsi). Diakses pada tanggal 27 September 2013 <<http://www.unwahas.ac.id/publikasiilmiah/index.php/ilmuFarmasidanklinik/article/view/825>>
- Badawi, H. (2009). *Melawan dan mencegah diabetes*. Araska: Yogyakarta
- Dewi, R.P. (2013). Faktor resiko perilaku yang berhubungan dengan kadar gula darah pada penderita diabetes mellitus tipe 2 di RSUD Kabupaten Karanganyar?. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, vol.2(1).
- Hidayat, A. A. (2007). *Metode penelitian kebidanan dan teknik analisa data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ignatavicius & Workman. (2006). *Medical surgical nursing critical thinking for collaborative care*. Vol. 2. Ohia: Elsevier saunders
- Issa, B.A, & Baiyewu, O. (2006). Quality of life of patient with diabetes melitus in a Nigerian teaching hoispital. *Hong Kong J Psychiatry* 2006,16:27-33.
- King, Cynthia R & Hinds, Pamela S. (2005). *Quality Of Life : From Nursing and Patient Perspectives*. Canada:Jones & Barlett Publisherss
- Kriska, A. (2007). *Physical activity and the prevention of type ii (non-insulin-dependent) diabetes* . Series 2, Number 10. University of Pittsburgh: PCPFS Research DIGEST.
- Maliya, A. & Wibawati, R. (2011). Hubungan tingkat kemampuan *activity of daily living (ADL)* dengan perubahan kadar gula darah pasien diabetes mellitus tipe II di Wilayah Puskesmas Masaran. *Jurnal Kesehatan*, vol.4(1).
- Nofitri, NFM. (2009). *Gambaran kualitas hidup penduduk dewasa pada lima wilayah di Jakarta*. (Skripsi). diakses pada tanggal 2 desember 2013 <<http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/125595-155.9%20NOF%20g%20-%20Gambaran%20kualitas%20-%20.pdf>>

- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Raudhah, I. (2012). *Kualitas hidup lansia di graha residen senior karya kasih* (skripsi). Diakses pada tanggal 25 Mei 2013 < <http://repository.usu.ac.id>>
- Riskesdas. (2007). Riset kesehatan Dasar (Riskesdas) Laporan Provinsi Sulawesi Selatan. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Diakses pada tanggal 27 Mei 2013 <<http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id/2010/>>
- Perkeni. (2011). *Konsensus Pengendalian dan pencegahan diabetes mellitus tipe 2 di Indonesia*, diakses tanggal 16 November 2013, <<http://perkeni.net/old/pengelolaan-diabetes.html>>.
- Pramudiarja, U. (2011). *Ukuran tubuh manusia 100 tahun mendatang bakal menyusut*. Diakses pada tanggal 30 September 2013 <<http://www.detikhealth.com/read/2011/06/16/092859/1661459/763/ukuran-tubuh-manusia-100-tahun-mendatang-bakalmenyusut?Id991103763>>
- Priambodo, AP, Ibrahim, K, & Nuraeni, A. (2007). *Kualitas hidup pasien yang menjalani pemasangan stoma usus di wilayah Kota Bandung*. (Skripsi). Diakses pada tanggal 2 Desember 2013 < <http://kuliahfery.files.wordpress.com/2010/06/kolostomi.pdf>>
- Price, S & Wilson, L, (2006). *Patofisiologi: konsep klinis proses-proses penyakit*. Jakarta:EGC
- Smeltzer & Bare. (2008). *Keperawatan medical bedah; Brunner & Suddarth*. Jakarta:EGC
- Soegondo S. (2005) *Diagnosis dan kalsifikasi diabetes mellitus terkini. penatalaksanaan diabetes mellitus terpadu*. Jakarta:Penerbit FKUI
- Soegondo, S. (2007). *Penatalaksanaan diabetes mellitus terpadu*. Balai Penerbit FK UI: Jakarta.
- Soegondo, S. (2008). *Diabetes, the silent killer*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Sudoyo, A.W. (2006) *Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid III, edisi IV*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI
- Sugiyono. (2007). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta

- The World Health Organization Quality Of Life WHOQOL-BREF. Diakses pada tanggal 10 Mei 2013 <http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/indonesian_whoqol.pdf>
- Universitas Toronto. (2004). *QOL Concept*. Diakses pada tanggal 21 Mei 2013 <<http://www.utoronto.ca/qolconcepts>>
- World Health Organization WHO. (1994). *Departement of psychiatry centre for participant report outcomes*. Diakses pada tanggal 20 Agustus 2013 <<http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/qol>>
- World Health Organization. (1998). *Division of mental health and prevention of substance abuse*. Diakses pada tanggal 23 Agustus 2013 <http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_manual_98.pdf>
- World Health Organization. (2006). *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia*. Diakses pada tanggal 27 Mei 2013 <http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf>
- World Health Organization References. (2007). Diakses pada tanggal 22 September 2013 <www.who.int>
- Yekti, Susilo & Wulandari, A. (2011). *Cara jitu mengatasi kencing manis*. Yogyakarta: Andi
- Yudianto, K., Rizmadewi, H., Maryati, I. (2008). *Kualitas hidup penderita diabetes mellitus di rumah sakit umum daerah Cianjur* (skripsi). Diakses pada tanggal 20 September 2013 <<http://jurnal.unpad.ac.id/mku/article/view/73>>

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : (L/P)

Umur :

bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar yang bernama Fatimah Ulfah (C 121 10 009) dengan judul “*Gambaran Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus (DM) di di RSUD. Labuang Baji Makassar Tahun 2013*”.

Saya memahami penelitian ini dimaksudkan untuk kepentingan ilmiah dalam rangka penyusunan proposal bagi peneliti dan tidak merugikan saya serta hal-hal yang sifatnya rahasia akan dijaga kerahasiaannya.

Dengan demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya siap berpartisipasi dalam penelitian ini.

Makassar,...../...../20.....

Peneliti,

Responden,

Fatimah Ulfah

(.....)

Saksi,

(.....)

INSTRUMEN PENELITIAN

“GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS (DM) DI RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR TAHUN 2013”

1. Kuesioner Data Demografi

Petunjuk Pengisian:

Dengarkan dengan seksama dan jawablah pertanyaan dibawah ini dengan tepat dan benar sesuai dengan situasi dan kondisi anda saat ini!

No responden ()

1. Nama :
2. Usia anda saat ini:
 <40 tahun 40-60 tahun >60 tahun ke atas
3. Jenis kelamin
 laki – laki perempuan
4. Status perkawinan:
 Menikah Tidak menikah Janda/Duda
5. Pekerjaan:
 Bekerja Tidak bekerja
6. Pendidikan terakhir:
 SD SMP SMA PT tidak sekolah
7. Agama:
 Islam Katolik Protestan Hindu Budha
8. Penghasilan tiap bulan:
 <1 juta 1-2.5 juta > 2.5 juta
9. Diagnose DM
 1 2
10. Lama menderita DM:
 < 1 tahun 1-5 tahun 6-10 tahun >10 tahun

KUESIONER

Nama Responden : Kode Responden
:
Hari/Tanggal : Nama Pewawancara
:

KUESIONER WHOQOL-BREF

GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS (DM) DI RSUD. LABUANG BAJI MAKASSAR TAHUN 2013

Petunjuk

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan, dan hal-hal lain dalam hidup anda. Saya akan membacakan setiap pertanyaan kepada anda. Bersamaan dengan pilihan jawaban. **Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai.** Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikirkan pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik.

No.	Pertanyaan	Sangat buruk	Buruk	Biasa saja	Baik	Sangat baik
1.	Bagaimanakah anda menilai kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5

No.	Pertanyaan	Sangat tidak puas	Tidak puas	Biasa saja	Puas	Sangat puas
2.	Seberapa puaskah anda dengan kesehatan anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini menanyakan tentang seberapa banyak anda mengalami hal tertentu di bawah ini selama dua minggu terakhir

No.	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Biasa saja	Banyak	Sangat banyak
3.	Sejauh manakah anda merasakan bahwa penyakit fisik menghalangi anda untuk melakukan hal yang perlu anda lakukan?	1	2	3	4	5
4.	Seberapa banyak anda memerlukan pelayanan medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari?	1	2	3	4	5
5.	Seberapa banyakkah anda menikmati hidup?	1	2	3	4	5
6.	Sejauh manakah anda merasa bahwa kehidupan anda berarti?	1	2	3	4	5
No.	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Biasa saja	Banyak	Sangat banyak
7.	Seberapa baikkah anda dapat berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8.	Seberapa amankah kehidupan sehari-hari yang anda rasakan?	1	2	3	4	5
9.	Seberapa sehatkah secara fisik lingkungan anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut menanyakan tentang bagaimana secara keseluruhan pengalaman atau kemampuan anda untuk melakukan hal tertentu selama dua minggu terakhir

No.	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Seringkali	Sepenuhnya dialami
10.	Apakah anda memiliki cukup energi untuk kehidupan sehari-hari?	1	2	3	4	5
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12.	Apakah anda mempunyai cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13.	Apakah tersedia informasi yang anda butuhkan dalam kehidupan anda hari demi hari?	1	2	3	4	5
14.	Sejauh manakah anda mempunyai kesempatan untuk bertamasya?	1	2	3	4	5
No.	Pertanyaan	Sangat buruk	Buruk	Biasa saja	Baik	Sangat baik

15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

Pertanyaan berikut ini menanyakan seberapa baik atau puaskah anda merasakan berbagai aspek kehidupan anda selama dua minggu terakhir

No.	Pertanyaan	Sangat tidak puas	Tidak puas	Biasa saja	Puas	Sangat puas
16.	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?	1	2	3	4	5
17	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari?	1	2	3	4	5
18.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19.	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal / sosial anda?	1	2	3	4	5
21.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22.	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5
23.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat	1	2	3	4	5

	tinggal anda saat ini?					
24.	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada pelayanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25.	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang anda dapatkan?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam dua minggu terakhir

No.	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sering	Selalu
26.	Seberapa sering anda mengalami perasaan negative seperti perasaan sedih, kecewa, cemas, depresi	1	2	3	4	5

Skor Indikator Penilaian Kualitas Hidup

- 1. Sangat buruk : nilai mean 1 – 1,5**
- 2. Buruk : nilai mean 1,6 – 2,5**
- 3. Kurang : nilai mean 2,6 – 3,5**
- 4. Baik : nilai mean 3,6 – 4,5**
- 5. Sangat baik : nilai mean 4,6 – 5,0**



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN

RUMAH SAKIT UMUM LABUANG BAJI

JL. Dr. RATULANGI NO. 81 Telp. 873482 - 872120 - 872836 – 874684 Fax : 0411-830454
E-mail: rumahsakittabuangbaji@yahoo.co.id
MAKASSAR

REKOMENDASI

Nomor : 30/RSUDLB/DIKLAT/XI/2013

Berdasarkan Surat dari Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Makassar Nomo : 5398/P2T-BKPM/19.36 P/XI/2013 dari tanggal 13 November 2013 Perihal : Permohonan Pengambilan Data Awal /Penelitian, dengan ini disampaikan bahwa yang tersebut namanya di bawah ini :

Nama : **Fatimah Ulfah**
Nomor Pokok : **C 1211009**
Program Studi : **Ilmu Keperawatan**
Pekerjaan : **Mahasiswa**
Alamat : **Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar**

Diberikan Rekomendasi untuk :

Melakukan Pengambilan Data Awal / Peneliti dalam rangka penyusunan Skripsi/Karya dari tanggal 14 November s/d 14 Desember 2013 dengan Judul” **GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELLITUS (DM) DI RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR TAHUN 2013** “ di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana seperlunya.

Makassar, 18 November 2013

an. Wakil Umum, SDM Dan Diklat RSUD Labuang Baji
Kabag. Diklat

Magdalena Rieuwasca, SKM, S.Kep.Ns.M.Kes
NIP.19620925-198302-2-003



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LABUANG BAJI
Jl. Dr. RATULANGI NO. 81 Telp. 873482 - 872120 - 872836 - 874684 Fax : 0411-830454
E-mail: rumahsakitalabuangbaji@yahoo.co.id
MAKASSAR

SURAT KETERANGAN

Nomor : 301 /RSUDLB/DIKLAT/XII/2013

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Magdalena Rieuwpassa, SKM,S.Kep,Ns.M.Kes

Jabatan : Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Fatimah Ulfah

Nomor Pokok : C 1211009

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan KM.10 Makassar

Bahwa yang tersebut namanya diatas telah melakukan penelitian dari tanggal 14 November s/d 14 Desember 2013 dengan judul " **GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELLITUS (DM) DI RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR TAHUN 2013** " di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Makassar, Desember 2013

an, Wedir Umum SDM Dan Diklat RSUD Labuang Baji
Kabag Diklat



Magdalena Rieuwpassa, SKM,S.Kep, Ns.M.Kes

NIP. 19620925 198302 2 003

DATA PENELITIAN

No	Umur	JK	Status pernikahan	Pekerjaan	Pendidikan terakhir	Agama	Penghasilan tiap bulan	Diagnose DM	Lama menderita DM	Mean dimensi fisik	Mean dimensi psikologis	Mean dimensi hubungan sosial	Mean dimensi lingkungan
1	53	L	Menikah	Bekerja	SMA	Islam	>2.5 juta	2	< 1 tahun	2.57	2.67	3.33	3.5
2	35	L	Menikah	Bekerja	PT	Islam	>2.5 juta	1	1-5 tahun	3.86	4.33	4.67	4.5
3	57	P	Menikah	Tdk bekerja	SD	Islam	<1 juta	1	1-5 tahun	2.86	2.67	3.33	4
4	51	P	Menikah	Tdk bekerja	SD	Islam	<1 juta	2	1-5 tahun	3	2.5	3	4
5	47	P	Menikah	Tdk bekerja	SD	Islam	<1 juta	2	1-5 tahun	3.43	2.83	3	3.75
6	43	P	Menikah	Bekerja	SMP	Islam	<1 juta	2	1-5 tahun	2.57	2.83	3.33	4
7	62	P	Menikah	Tdk bekerja	Tdk sekolah	Islam	<1 juta	2	<1 tahun	3.3	2.83	3.67	3.12
8	50	P	Menikah	Tdk bekerja	SD	Islam	<1 juta	2	1-5 tahun	3.6	3.33	3.67	3.87
9	6	L	Menikah	Bekerja	SD	Islam	< 1 juta	2	6-10 tahun	3s	3.17	3.33	3.12
10	71	P	Janda	Tdk bekerja	SMA	Islam	< 1 juta	2	< 1 tahun	2.6	2.67	2.67	3.5
11	61	P	Menikah	Tdk bekerja	SMA	Islam	<1 juta	2	1-5 tahun	3.6	3	3.67	3.25
12	69	P	Janda	Tdk bekerja	SD	Islam	< 1 juta	2	1-5 tahun	2.9	2.83	3.33	3.6
13	68	P	Janda	Tdk bekerja	Tdk sekolah	Islam	< 1 juta	2	1-5 tahun	3.3	3.83	2.67	4
14	53	P	Janda	Tdk bekerja	SD	Islam	<1 juta	2	6-10 tahun	3.3	2.5	2.67	3.12
15	78	L	Duda	Tdk bekerja	SD	islam	< 1 juta	2	6-10 tahun	3.14	2.17	2.67	3.6
16	65	L	Menikah	Bekerja	SMA	Protestan	> 2,5 juta	2	1-5 tahun	2.43	3.5	3	3.37
17	59	L	Menikah	Tdk bekerja	PT	Islam	>2,5 juta	2	>10 tahun	3.4	3.5	3.33	4.25
18	57	P	Menikah	Tdk bekerja	SD	Islam	< 1 juta	2	1-5 tahun	2.9	4	3.33	4
19	50	L	Menikah	Bekerja	SD	Islam	1-2,5 juta	2	1-5 tahun	2.9	3	2.33	2.87
20	47	L	Menikah	Bekerja	SMA	Protestan	< 1 juta	2	6-10 tahun	3.14	3.33	3.67	3.5
21	45	P	Janda	Tdk bekerja	SMP	Islam	< 1 juta	2	1-5 tahun	3.3	3.17	3.33	3.5
22	53	P	Menikah	Tdk bekerja	SMP	Islam	<1 juta	2	1-5 tahun	3.6	4	3.33	3.37
23	50	L	Duda	Bekerja	SD	Islam	1-2,5 juta	2	1-5 tahun	3.7	4	2	3.87
24	80	L	Duda	Tdk bekerja	Tdk sekolah	Islam	< 1 juta	2	1-5 tahun	3.14	2.67	2.33	3.12
25	59	L	Menikah	Tdk bekerja	SMA	Islam	< 1 juta	2	>10 tahun	3.3	3.17	3.33	3.6
26	67	P	Janda	Tdk bekerja	Tdk sekolah	Islam	< 1 juta	2	1-5 tahun	2.6	1.67	2.33	3
27	67	P	Janda	Tdk bekerja	SD	Islam	< 1 juta	2	1-5 tahun	3	3.5	3	3.75
28	56	P	Janda	Tdk bekerja	SD	Islam	< 1 juta	2	< 1 tahun	2.7	2.67	3	3
29	69	P	Menikah	Tdk bekerja	SD	Islam	<1 juta	2	< 1 tahun	3.14	3.33	3	3.75
30	45	P	Menikah	Tdk bekerja	SD	Islam	< 1 juta	2	<1 tahun	3.7	4.33	3	4

INTERPRETASI DATA PENELITIAN

No	Umur	JK	Status pernikahan	pekerjaan	Pendidikan terakhir	Agama	Penghsilan tiap bulan	Diagnose DM	Lama menderita DM	Mean dimensi fisik	Mean dimensi psikologis	Mean dimensi hubungan sosial	Mean dimensi lingkungan
1	2	1	1	1	3	1	3	2	2	2	3	3	3
2	1	1	1	1	4	1	3	1	1	4	5	5	4
3	2	2	1	2	1	1	1	1	2	3	3	4	4
4	2	2	1	2	1	1	1	2	2	3	3	3	4
5	2	2	3	2	1	1	1	2	2	3	3	3	4
6	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	3	4	4
7	3	2	1	2	1	1	1	2	1	4	3	4	4
8	2	2	1	2	1	1	1	2	2	4	3	4	4
9	2	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3
10	3	2	3	2	3	1	1	2	2	3	3	3	3
11	2	2	1	1	1	1	1	2	1	4	4	4	3
12	3	2	3	2	1	1	1	2	1	3	3	4	4
13	3	2	3	2	5	1	1	2	1	3	4	3	4
14	2	2	3	2	1	1	1	2	3	3	3	3	3
15	3	1	3	2	1	1	1	2	3	3	2	4	4
16	3	1	1	1	3	3	3	3	2	2	3	3	4
17	2	1	1	2	4	1	3	2	2	3	3	3	4
18	2	2	1	2	1	1	1	2	2	3	4	3	4
19	2	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	2	3
20	2	1	1	1	3	3	1	2	2	3	3	4	3
21	2	2	3	2	2	1	1	2	2	3	3	3	3
22	2	2	1	2	1	1	1	2	2	4	4	3	3
23	3	1	3	1	1	1	2	2	2	4	4	2	4
24	3	1	3	2	5	1	1	2	2	3	3	3	3
25	2	1	1	2	3	1	1	2	4	3	3	3	4
26	3	1	3	2	3	1	1	2	2	3	3	3	4
27	2	2	3	2	1	1	1	1	1	3	3	3	4
28	2	2	3	2	1	1	1	2	1	3	3	3	3
29	3	2	1	2	1	1	1	2	1	3	3	3	4
30	2	2	1	2	1	1	1	2	1	4	4	3	4

Keterangan:

Umur:	Jenis kelamin:	Status pernikahan:	Pekerjaan:	Diagnose DM:
1 = < 40 tahun	1= laki-laki	1= menikah	1= bekerja	1= tipe 1
2 = 40-60 tahun	2= perempuan	2= tidak menikah	2=tidak bekerja	2= tipe 2
3 = > 60 tahun		3= janda/duda		

Pendidikan:	Agama:	Penghasilan tiap bulan:	Lama menderita :
1= SD 4= PT	1= islam	1= <1 juta	1= < 1 tahun 3= 6-10 tahun
2= SMP 5= Tidak sekolah	2= katolik	2= 1-2.5 juta	2= 1-5 tahun 4= > 10 tahun
3= SMA	3= protestan	3= >2.5 juta	

**Mean dimensi fisik, psikologis,
hubungan social, dan lingkungan:**

- 1= sangat buruk 4= baik
2= buruk 5= sangat baik
3= kurang

TABEL DSITRIBUSI FREKUENSI

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Usia	30	1	3	2.37	.556
JenisKelamin	30	1	2	1.63	.490
StatusPernikahan	30	1	3	1.77	.971
Pekerjaan	30	1	2	1.70	.466
Pendidikan	30	1	5	1.87	1.306
Agama	30	1	3	1.10	.403
Penghasilan	30	1	3	1.33	.711
Diagnosa	30	1	2	1.93	.254
LamaMenderita	30	1	4	1.97	.669
KualitasHidup	30	1	5	3.07	1.048
StatusKesehatan	30	1	4	2.97	.964
Valid N (listwise)	30				

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid usia dibawah 40 tahun	1	3.3	3.3	3.3
usia 40-60 tahun	17	56.7	56.7	60.0
usia diatas 60 tahun	12	40.0	40.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

JenisKelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	11	36.7	36.7	36.7
perempuan	19	63.3	63.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

StatusPernikahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid menikah	18	60.0	60.0	60.0
tidak menikah	1	3.3	3.3	63.3
janda/duda	11	36.7	36.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid bekerja	9	30.0	30.0	30.0
tidak bekerja	21	70.0	70.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	19	63.3	63.3	63.3
SMP	2	6.7	6.7	70.0
SMA	5	16.7	16.7	86.7
PT	2	6.7	6.7	93.3
Tidak sekolah	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid islam	28	93.3	93.3	93.3
protestan	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Penghasilan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <i juta	24	80.0	80.0	80.0
1-2,5 juta	2	6.7	6.7	86.7
>2,5 juta	4	13.3	13.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Diagnosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DM tipe 1	2	6.7	6.7	6.7
	DM tipe 2	28	93.3	93.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

LamaMenderita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 tahun	6	20.0	20.0	20.0
	1-5 tahun	20	66.7	66.7	86.7
	6-10 tahun	3	10.0	10.0	96.7
	> 10 tahun	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

KualitasHidup

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat buruk	1	3.3	3.3	3.3
	buruk	10	33.3	33.3	36.7
	biasa saja	7	23.3	23.3	60.0
	baik	10	33.3	33.3	93.3
	sangat baik	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

StatusKesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sangat tidak puas	1	3.3	3.3	3.3
tidak puas	11	36.7	36.7	40.0
biasa saja	6	20.0	20.0	60.0
puas	12	40.0	40.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

HASIL CROSSTABS

a. Distribusi kualitas hidup berdasarkan karakteristik demografi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KualitasHidup * Usia	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
KualitasHidup * JenisKelamin	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
KualitasHidup * StatusPernikahan	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
KualitasHidup * Pekerjaan	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
KualitasHidup * Pendidikan	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
KualitasHidup * Agama	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
KualitasHidup * Penghasilan	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
KualitasHidup * Diagnosa	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
KualitasHidup * LamaMenderita	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

KualitasHidup * Usia Crosstabulation

Count					
		Usia			
		usia dibawah 40 tahun	usia 40-60 tahun	usia diatas 60 tahun	Total
KualitasHidup	sangat buruk	0	0	1	1
	buruk	1	5	4	10
	biasa saja	0	5	2	7
	baik	0	5	5	10
	sangat baik	0	2	0	2
Total		1	17	12	30

KualitasHidup * JenisKelamin Crosstabulation

Count				
		JenisKelamin		
		laki-laki	perempuan	Total
KualitasHidup	sangat buruk	0	1	1
	buruk	5	5	10
	biasa saja	2	5	7
	baik	4	6	10
	sangat baik	0	2	2
Total		11	19	30

KualitasHidup * StatusPernikahan Crosstabulation

Count					
		StatusPernikahan			
		menikah	tidak menikah	janda/duda	Total
KualitasHidup	sangat buruk	0	1	0	1
	buruk	6	0	4	10
	biasa saja	5	0	2	7
	baik	5	0	5	10
	sangat baik	2	0	0	2
Total		18	1	11	30

KualitasHidup * Pekerjaan Crosstabulation

Count				
		Pekerjaan		
		bekerja	tidak bekerja	Total
KualitasHidup	sangat buruk	0	1	1
	buruk	3	7	10
	biasa saja	3	4	7
	baik	3	7	10
	sangat baik	0	2	2
Total		9	21	30

KualitasHidup * Pendidikan Crosstabulation

Count							
		Pendidikan					
		SD	SMP	SMA	PT	Tidak sekolah	Total
KualitasHidup	sangat buruk	1	0	0	0	0	1
	buruk	6	0	2	2	0	10
	biasa saja	4	1	0	0	2	7
	baik	6	1	3	0	0	10
	sangat baik	2	0	0	0	0	2
Total		19	2	5	2	2	30

KualitasHidup * Agama Crosstabulation

Count				
		Agama		
		islam	protestan	Total
KualitasHidup	sangat buruk	1	0	1
	buruk	9	1	10
	biasa saja	7	0	7
	baik	9	1	10
	sangat baik	2	0	2
Total		28	2	30

KualitasHidup * Penghasilan Crosstabulation

Count					
		Penghasilan			
		<i juta	1-2,5 juta	>2,5 juta	Total
KualitasHidup	sangat buruk	1	0	0	1
	buruk	6	1	3	10
	biasa saja	7	0	0	7
	baik	8	1	1	10
	sangat baik	2	0	0	2
Total		24	2	4	30

KualitasHidup * Diagnosa Crosstabulation

Count				
		Diagnosa		
		DM tipe 1	DM tipe 2	Total
KualitasHidup	sangat buruk	0	1	1
	buruk	1	9	10
	biasa saja	1	6	7
	baik	0	10	10
	sangat baik	0	2	2
Total		2	28	30

KualitasHidup * LamaMenderita Crosstabulation

Count						
		LamaMenderita				
		< 1 tahun	1-5 tahun	6-10 tahun	> 10 tahun	Total
KualitasHidup	sangat buruk	0	1	0	0	1
	buruk	3	5	2	0	10
	biasa saja	0	7	0	0	7
	baik	2	6	1	1	10
	sangat baik	1	1	0	0	2
Total		6	20	3	1	30