

SKRIPSI

**ANALISIS GAMBARAN KUALITAS HIDUP DAN TINGKAT
STRES PENDERITA ULKUS DIABETIK DI RUANG PERAWATAN
RUMAH SAKIT HIKMAH MAKASSAR**



OLEH:

**SARIFAH HAKIM
C12112601**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

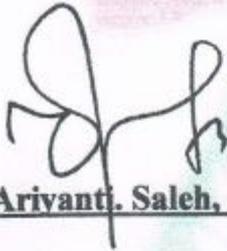
HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**“ANALISIS GAMBARAN KUALITAS HIDUP DAN TINGKAT STRES
PENDERITA ULKUS DIABETIK DI RUANG PERAWATAN
RUMAH SAKIT HIKMAH MAKASSAR”**

Skripsi ini diterima dan disetujui untuk diajukan di depan tim penguji skripsi.

Pembimbing I



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

Pembimbing II

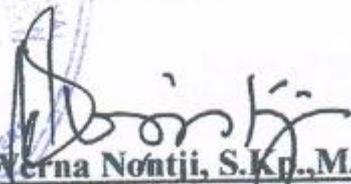


(Andriani, S.Kep., Ns., M.Kes)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin




Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep

NIP : 19500114 197207 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**“Analisis Gambaran Kualitas Hidup dan Tingkat Stres Penderita Ulkus Diabetik
di Ruang Perawatan Rumah Sakit Hikmah Makassar”**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Hari/ Tanggal : Senin, 6 Januari 2014

Pukul : 08.00 – 10.00 Wita

Oleh:

SARIFAH HAKIM

C121 12 601

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

| | | |
|--------------------|---|-------|
| Penguji I | : Dr. Ariyanti. Saleh, S.Kp., M.Kes. | |
| Penguji II | : Andriani, S.Kep., Ns., M.Kes | |
| Penguji III | : Hapsah, S.Kep., Ns., M.Kep | |
| Penguji IV | : Inchi, S.Kep., Ns. | |

Mengetahui,

A.n. Dekan
Wakil Dekan Bidang Akademik
FK- Universitas Hasanuddin



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

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Univesitas Hasanuddin



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

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sarifah Hakim

NIM : C 121 12 601

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan 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

Sarifah Hakim

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan judul “Analisis Gambaran Kualitas Hidup dan Tingkat Stres Penderita Ulkus Diabetik di Ruang Perawatan Rumah Sakit Hikmah Makassar”.

Dalam menyelesaikan penelitian ini, penulis menyadari bahwa itu tak lepas dari bantuan berbagai pihak, baik secara moril maupun secara materil. Olehnya itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph.D selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Prof. dr. Budu, Ph.D.,SpM(K),M.MedED selaku wakil dekan bidang akademik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. Ibu. Dr. Hj. Werna Nontji,S.Kp.,M.Kep. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Dr. Ariyanti. Saleh, S.Kp., M.Kes. selaku pembimbing I dan Ibu Andriani, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku pembimbing II yang telah banyak membimbing peneliti dalam menyelesaikan penelitian ini.
5. Ibu Hapsah, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku penguji I dan Ibu Inchi Kusniati Kusri, S.Kep., Ns, selaku penguji II yang telah memberikan arahan dan masukan yang bersifat membangun untuk penyempurnaan penulisan.
6. Direktur Rumah Sakit HIKMAH Makassar yang telah memberi izin untuk meneliti Rumah Sakit HIKMAH di Makassar.

7. Dosen dan Staf Program Studi Ilmu Keperawatan Unhas yang telah membantu penulis dalam penyelesaian pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
8. Rekan-rekan Ners B angkatan 2012 yang telah banyak memberi bantuan dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.
9. Seluruh keluarga yang telah memberikan dorongan baik materil maupun moril bagi penulis selama mengikuti pendidikan.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam rangka penyelesaian skripsi ini, baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penyusun menyadari bahwa penelitian ini jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat penyusun harapkan dari pembaca yang budiman untuk penyempurnaan penulisan selanjutnya. Di samping itu penyusun juga berharap semoga penelitian ini bermanfaat bagi peneliti dan bagi nusa dan bangsa. Wassalam.

Makassar, Desember 2013

Peneliti

ABSTRAK

Sarifah Hakim, “Analisis Gambaran Kualitas Hidup dan Tingkat Stres Penderita Ulkus Diabetik di Ruang Perawatan Rumah Sakit Hikmah Makassar” dibimbing oleh Ariyanti. Saleh dan Andriani (xii + 70 halaman + 7 tabel + 6 lampiran)

Latar belakang: Penyakit diabetes melitus ini akan menyertai seumur hidup penderita. Komplikasi ulkus diabetik di Indonesia 15% dimana dapat berpengaruh terhadap penurunan kualitas hidup penderita. Domain kualitas hidup terdiri dari keadaan fisik, psikologi, hubungan sosial dan lingkungan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup dan tingkat stres penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar.

Metode: Rancangan penelitian yang digunakan adalah survey deskriptif, dengan tehnik pengambilan sampel menggunakan *Exhausted sampling (total sampling)* dengan jumlah 50 responden. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap yang mengalami ulkus diabetik grade 4. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner kualitas hidup dengan skala pengukuran WHOQOL Bref sedangkan tingkat stres menggunakan skala DASS.

Hasil: Kualitas hidup secara umum lebih dari setengah kualitas hidupnya kurang baik (56,0%). Dari domain lingkungan sebagian besar kurang baik (98,0%), dari domain hubungan sosial sebagian besar kualitas hidupnya kurang baik (98,0%), dari domain kesehatan fisik lebih dari setengah kualitas hidupnya kurang baik (56,0%), sedangkan dari domain psikologi sebagian besar buruk (82,0%). Sedangkan dari tingkat stres sebagian besar mengalami stress ringan (92,0%).

Kesimpulan: Penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar lebih dari setengahnya memiliki kualitas hidup kurang baik dan sebagian besar mengalami stress ringan. Olehnya itu diharapkan pada pihak terkait dalam hal ini pihak rumah sakit, agar bisa membuat suatu program yang bisa meningkatkan kualitas hidup penderita ulkus diabetik

Kata Kunci : Kualitas hidup, tingkat stress, ulkus diabetik.

Kepustakaan : 54 (2000-2013)

ABSTRACT

Sarifah Hakim, “Descriptive Analysis of Quality Life and Stress Level of Diabetic Ulcer Sufferers in Nursing Room of Hikmah Public Hospital of Makassar” supervised by Ariyanti Saleh and Andriani (xii + 70 pages + 7 tables + 6 attachments)

Background: Diabetes Mellitus is one of degenerative diseases that haunts a whole life of its sufferers. In Indonesia, complications of DM reaches 15 %, and it gives negative impacts to Quality of life consists of 4 domains including physical, psychological, social relation, and environmental domains. This study aimed to identify the description of Qol and level of stress of patients with diabetic ulcers in Hikmah Hospital Makassar

Method: Research design used in this study was a descriptive survey. Population in this research is inpatients suffered diabetic ulcer grade 4. Samples were taken by *Exhausting sampling (total sampling) method* with total of samples were 50 respondents. Data were collected by using a *Who Quality of Life (WHOQOL Bref)* to measure the Quality of life of respondents. Meanwhile, stress levels were measured by using a *Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)*.

Result: Life quality as a whole shows that more than half has not good quality of life (56, 0%). From environment domain shows a not good result (98, 0%), from social interaction domain shows a not good result (56, 0%), while from psychological domain shows that most of samples has bad result (82, 0%). While from the stress level, more than a half is in mild stress (92, 0%)

Conclusion : More than half of Diabetic Ulcer sufferers in Hikmah Public Hospital had bad quality of life, and most of were in mild stress. Therefore, we hope for the relevant instantions for example the hospital, will provide a program that can increase the of diabetic ulcer patients.

Keywords: Quality of Life, stress level, diabetic ulcer
Sources Literature : 54 references (2000-2013)

DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| Halaman Judul..... | i |
| Halaman Persetujuan | ii |
| Lembar Pengesahan | iii |
| Pernyataan Keaslian Penelitian..... | iv |
| Kata Pengantar | v |
| Abstrak | vii |
| Abstract..... | viii |
| Daftar Isi | ix |
| Daftar Tabel | xi |
| Daftar Bagan..... | xii |
| Daftar Lampiran | xiii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang Masalah | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 4 |
| C. Tujuan Penelitian | 4 |
| D. Manfaat Penelitian | 5 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Tinjauan Tentang Ulkus Diabetik..... | 6 |
| B. Tinjauan Tentang Stres | 20 |
| C. Tinjauan Tentang Kualitas Hidup | 32 |
| BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS | |
| A. Kerangka Konsep..... | 39 |

| | |
|--|----|
| BAB IV METODE PENELITIAN | |
| A. Rancangan Penelitian | 40 |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian..... | 40 |
| C. Populasi dan Sampel..... | 40 |
| D. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasioanl..... | 41 |
| E. Alur Penelitian..... | 44 |
| F. Instrumen Penelitian | 45 |
| G. Pengolahan dan analisa data | 47 |
| G. Etika Penelitian..... | 48 |
| BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN | |
| A. Hasil..... | 51 |
| B. Pembahasan..... | 55 |
| C. Keterbatasan Penelitian | 69 |
| BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN | |
| A. Kesimpulan..... | 70 |
| B. Saran | 70 |

DAFTAR PUSTAKA

Lampiran

DAFTAR TABEL

| | | Hal. |
|---------|--|------|
| Tabel 1 | Domain dan Subdomain WHOQOL-BREF | 33 |
| Tabel 2 | <i>Psychometric Properties of The Depression AnxietyStress Scale</i> | 45 |
| Tabel 3 | Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi Penderita Ulkus Diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar Tahun 2013..... | 51 |
| Tabel 4 | Distribusi Responden Berdasarkan Domain Kualitas Hidup Penderita Ulkus Diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar Tahun 2013..... | 52 |
| Tabel 5 | Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Penderita Ulkus Diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar Tahun 2013..... | 53 |
| Tabel 6 | Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Stres Penderita Ulkus Diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar Tahun 2013..... | 53 |
| Tabel 7 | Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Penderita Ulkus Diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar Tahun 2013..... | 54 |

DAFTAR BAGAN

| | | |
|---------|------------------------|----|
| Bagan 1 | : Kerangka konsep..... | 40 |
| Bagan 2 | : Alur penelitian..... | 44 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembaran Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 2 : Lembaran Surat Keterangan Penelitian
- Lampiran 3 : Lembaran kuesioner penelitian
- Lampiran 4 : Lampiran informed consent dan persetujuan menjadi responden
- Lampiran 5 : Lembar Master Tabel Penelitian
- Lampiran 6 : Lembar Hasil Uji Statistik Dengan Program Komputer

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu penyakit metabolik multi sistem dengan ciri hiperglikemia akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya. Kelainan pada sekresi atau kerja insulin tersebut menyebabkan abnormalitas dalam metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein. Pasien dengan DM sering menderita penyakit iskemik vaskuler atau ketidaksempurnaan penyembuhan luka. Hal ini juga diketahui bahwa DM tipe 2 penyebab amplifikasi dari proses aterosklerosis, disfungsi sel endotel, dan denervasi vaskuler. Komplikasi ini akhirnya menyebabkan penurunan neovaskularisasi dan penurunan penyembuhan luka diabetes (PERKENI, 2011).

Data *International Diabetes Federation* (IDF, 2012) menemukan jumlah penduduk dunia saat ini sekitar 371 milyar dengan prevalensi DM di dunia mencapai sekitar 8,3% dan sekitar 50% penderita DM tidak terdiagnosis. Pada wilayah Asia Tenggara jumlah penduduk saat ini mencapai sekitar 70 milyar dengan prevalensi kejadian DM sekitar 8,7% dan sekitar 51,1% penderita DM tidak terdeteksi. *World Health Organization* (WHO) memprediksi kenaikan jumlah penyandang DM di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000, menjadi sekitar 21,3 juta jiwa pada tahun 2030.

Komplikasi menahun DM di Indonesia terdiri atas neuropati 60%, penyakit jantung koroner 20,5%, ulkus diabetik 15%, retinopati 10%, dan

nefropati 7,1%. Penderita DM beresiko 29 kali terjadi komplikasi ulkus diabetik. Ulkus diabetik merupakan luka terbuka pada permukaan kulit yang menyebabkan adanya makroangiopati sehingga terjadi vaskuler insufisiensi dan neuropati. Ulkus diabetik yang penanganannya kurang baik akan mengakibatkan ganggren yang akan berakhir dengan terjadinya amputasi (PERKENI, 2011).

Prevalensi amputasi pada penderita DM dengan ulkus kaki diabetik di Inggris sebesar 26% (McInnes, 2012), di Indonesia insiden amputasi sekitar 5-24%. (Alvarsson, 2012). Kondisi ini dapat menimbulkan dampak psikologis pada penderita DM. Dampak psikologis dari penyakit diabetes mulai dirasakan oleh penderita sejak ia didiagnosis dokter dan penyakit tersebut telah berlangsung selama beberapa bulan atau lebih dari satu tahun. Penderita mulai mengalami gangguan psikis diantaranya adalah stres pada dirinya sendiri yang berkaitan dengan treatment yang harus dijalani.

Amelia (2008) mengemukakan bahwa diabetes dan stres merupakan dua hal yang saling mempengaruhi baik secara langsung maupun tidak langsung. Stres sangat berpengaruh terhadap penyakit diabetes khususnya terhadap penderita yang mengalami ulkus diabetik. Bila seseorang menghadapi situasi yang menimbulkan stres maka respon stres dapat berupa peningkatan hormon adrenalin yang akhirnya dapat mengubah cadangan glikogen dalam hati menjadi glukosa, Kadar glukosa darah yang tinggi secara terus menerus dapat menyebabkan komplikasi diabetes diantaranya ulkus diabetik.

Mashun (2004) mengemukakan bahwa permasalahan stres pada penderita diabetes juga erat kaitannya dengan cara atau strategi pemecahan masalah

(*coping*) yang dilakukan oleh penderita. Menurutnya, *coping* yang dilakukan oleh penderita diabetes merupakan usaha pasif atau aktif yang dilakukannya dalam menghadapi situasi yang menyebabkan stres.

Penyakit diabetes melitus ini akan menyertai seumur hidup penderita sehingga sangat berpengaruh terhadap penurunan kualitas hidup penderita bila tidak mendapatkan perawatan yang tepat serta mempunyai pengaruh negatif terhadap kualitas hidup penderita walaupun tanpa komplikasi, adapun dampak budaya dari penyakit DM diantaranya keadaan fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

Kualitas hidup penderita diabetes penting diteliti untuk mengetahui kualitas hidup seseorang, maka dapat membantu petugas kesehatan dalam hal ini perawat yaitu untuk mengetahui keadaan kesehatan pasien sehingga dapat menjadi arah atau patokan dalam menentukan intervensi yang harus diberikan sesuai dengan keadaan klien. Untuk itu perawat harus senantiasa meningkatkan mutu, kualitas dan pengetahuannya, karena tugas pokok dari perawat adalah memberikan asuhan keperawatan demi mempercepat penyembuhan serta meningkatkan kualitas hidup pasien.

DiMakassar sendiri pasien diabetes melitus khususnya yang mempunyai ulkus diabetik yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Hikmah Makassar pada tahun 2011 sekitar 50 orang dan meningkat pada tahun 2012 sebanyak 50 orang (Rekam Medik Rs.Hikmah Makassar).

Begitu banyaknya kunjungan pasien ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar dari tahun ke tahunnya khususnya di ruang perawatan yang

mengalami kualitas hidup yang kurang sehingga menimbulkan dampak stres bagi dirinya maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisis gambaran kualitas hidup dan tingkat stres penderita ulkus diabetik di ruang perawatan Rumah Sakit Hikmah Makassar”.

B. Rumusan Masalah

Penyakit diabetes merupakan masalah global yang apabila tidak ditangani maka akan menyebabkan terjadinya komplikasi yang berat seperti kaki diabetik dan penyakit diabetes ini akan menyertai seumur hidup penderita sehingga sangat berpengaruh terhadap penurunan kualitas hidup bila tidak mendapatkan perawatan yang tepat. Adapun dampak psikologis dari penyakit diabetes mulai dirasakan oleh penderita sejak ia didiagnosis dokter diantaranya adalah stres pada dirinya sendiri yang berkaitan dengan treatment yang harus dijalannya. Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah : untuk mengetahui gambaran kualitas hidup dan tingkat stres penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya gambaran kualitas hidup dan tingkat stres penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar.

2. Tujuan Khusus

a. Diketuinya gambaran kualitas hidup penderita ulkus diabetik di ruang perawatan Rumah Sakit Hikmah Makassar Makassar.

- b. Diketuinya gambaran tingkat stres penderita ulkus diabetik di ruang perawatan Rumah Sakit Hikmah Makassar.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian yang dilakukan ini diharapkan dapat memberikan manfaat yang besar diantaranya :

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan kepada pihak terkait terhadap upaya peningkatan kualitas dan mutu pelayanan keperawatan dengan melakukan pengembangan pengetahuan dan kemampuan perawat dalam penatalaksanaan pasien diabetes melitus khususnya yang mempunyai ulkus diabetik.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai informasi tambahan bagi peserta didik dalam pembelajaran asuhan keperawatan Medikal Bedah, tentang salah satu intervensi keperawatan yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita ulkus diabetik dan dijadikan sumber informasi dan sumber penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.

3. Bagi Peneliti

Peneliti ini diharapkan dapat menambah pengetahuan serta pengalaman dalam penanganan upaya memberikan asuhan keperawatan pasien ulkus diabetik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Ulkus Diabetik

1. Definisi Ulkus Diabetik

American diabetic association (ADA dalam foley, 2007) menyebutkan ulkus diabetik adalah sebagai kondisi patologis berupa luka terbuka yang menyebabkan hilangnya lapisan kulit (epidermis sampai dermis) dan cenderung sembuh dengan lambat.

Kaki diabetik adalah kelainan tungkai kaki bawah akibat diabetes mellitus yang tidak terkontrol dengan baik yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah, gangguan persyarafan dan infeksi. Kaki diabetes merupakan gambaran secara umum dari kelainan tungkai bawah secara menyeluruh pada penderita diabetes mellitus yang diawali dengan adanya lesi hingga terbentuknya ulkus yang sering disebut dengan ulkus kaki diabetika yang pada tahap selanjutnya dapat dikategorikan dalam gangrene, yang pada penderita diabetes mellitus disebut dengan gangren diabetik (Misnadiarly, 2006).

Ulkus diabetika adalah salah satu bentuk komplikasi kronik diabetes mellitus berupa luka terbuka pada permukaan kulit yang dapat disertai adanya kematian jaringan setempat. Ulkus diabetika merupakan luka terbuka pada permukaan kulit karena adanya komplikasi makroangiopati sehingga terjadi vaskuler insusufisiensi dan neuropati, yang lebih lanjut terdapat luka pada penderita yang sering tidak dirasakan, dan dapat

berkembang menjadi infeksi disebabkan oleh bakteri aerob maupun anaerob (Tambunan, 2006).

Ulkus diabetik terjadi sebagai akibat dari berbagai faktor, seperti perubahan mekanis dalam penyesuaian bentuk tulang kaki, neuropati perifer, dan penyakit arteri perifer, semua yang terjadi dengan frekuensi dan intensitas yang lebih tinggi (Rowe, 2011).

2. Etiologi

a. Kerusakan Saraf

Masalah pertama yang timbul adalah kerusakan saraf di tangan dan kaki. Saraf yang telah rusak membuat penyandang diabetes tidak dapat merasakan sensasi sakit, panas, atau dingin pada kaki dan tangan. Luka pada kaki dapat menjadi buruk karena penyandang diabetes tidak menyadari luka tersebut. Hilangnya sensasi rasa ini disebabkan kerusakan saraf yang disebut sebagai *neuropati diabetik*. Neuropati diabetik terjadi pada 50% penyandang diabetes (Saraswati, 2009).

b. Gangguan Pembuluh Darah

Aliran pembuluh darah yang buruk akan menyebabkan luka infeksi dan susah sembuh. Ini disebut penyakit pembuluh darah perifer yang umum menyerang kaki dan tangan. Penyandang diabetes yang merokok akan semakin memperburuk aliran darahnya (Saraswati, 2009).

c. Infeksi

Penurunan sirkulasi darah pada daerah kaki akan menghambat proses penyembuhan luka, akibatnya kuman masuk ke dalam luka dan terjadi infeksi. Peningkatan gula darah akan menghambat kerja leukosit dalam mengatasi infeksi, luka menjadi ulkus gangrene dan terjadi perluasan infeksi sampai ke tulang. Kaki yang mengalami ulkus gangren luas, sulit untuk diatasi dan konsekuensi yang lebih serius adalah amputasi (Tambunan & Gultom, 2009)

d. Trauma

Luka timbul spontan sering disebabkan karena trauma misalnya kemasukan pasir, tertusuk duri, lecet akibat pemakaian sepatu/sandal yang sempit dan bahan yang keras. Mulanya kecil, kemudian meluas dalam waktu yang tidak begitu lama. Luka akan menjadi borok dan menimbulkan bau yang disebut gas gangren. Ketika ujung kuku tumbuh ke dalam kulit dan menimbulkan tekanan yang dapat merobek kulit sehingga kulit bengkak kemerahan dan terinfeksi.

3. Klasifikasi

Ada berbagai macam klasifikasi kaki diabetes, mulai dari klasifikasi oleh Edmonds dari *King's College Hospital London*, klasifikasi Liverpool, klasifikasi wagner, klasifikasi texas, serta yang lebih banyak digunakan adalah yang dianjurkan oleh *International Working Group On Diabetic Foot* karena dapat menentukan kelainan apa yang lebih

dominan, vascular, infeksi, neuropatik, sehingga arah pengelolaan dalam pengobatan dapat tertuju dengan baik (Waspadji, 2006).

a. Edmonds (2005) mengklasifikasikan ulkus diabetik menjadi 6 stage yaitu

Stage 1 : *Normal foot*

Stage 2 : *High Risk Foot*

Stage 3 : *Ulcerated Foot*

Stage 4 : *Infected Foot*

Stage 5 : *Necrotic Foot*

Stage 6 : *Unsalvable Foot*

b. Wagner dikutip oleh Waspadji (2006) mengemukakan derajat keparahan ulkus kaki diabetik dibagi menjadi

Grade 1 : Ulkus superfisial tanpa terlibat jaringan dibawah kulit

Grade 2 : Ulkus dalam tanpa terlibat tulang / pembentukan abses.

Grade 3 : Ulkus dalam dengan selulitis/abses atau osteomielitis

Grade 4 : Tukak dengan Gangren lokal

Grade 5 : Tukak dengan Gangren luas / melibatkan keseluruhan kaki

c. Klasifikasi Liverpool

Klasifikasi primer : Vascular, Neuropati, Neuroiskemik

Klasifikasi sekunder : Tukak sederhana tanpa komplikasi dan tukak dengan komplikasi

Wagner dikutip oleh Waspadji S (2006) mengklasifikasikan ulkus diabetika menjadi 6 tingkatan yaitu

0 : Tidak ada luka terbuka, kulit utuh.

1: Ulkus Superfisialis, terbatas pada kulit.

2 : Ulkus lebih dalam sering dikaitkan dengan inflamasi jaringan.

3 : Ulkus dalam yang melibatkan tulang, sendi dan formasi abses.

4 : Ulkus dengan kematian jaringan tubuh terlokalisir seperti pada ibu jari kaki, bagian depan kaki atau tumit.

5 : Ulkus dengan kematian jaringan tubuh pada seluruh kaki

4. Tanda dan Gejala

Misnadiarly (2006) mengemukakan bahwa tanda dan gejala ulkus kaki diabetes yaitu

- a. Sering kesemutan
- b. Nyeri kaki saat istirahat
- c. Sensasi rasa berkurang
- d. Kerusakan jaringan (nekrosis)
- e. Penurunan denyut nadi arteri dorsalis pedis, tibialis dan poplitea,
- f. Kaki menjadi atrofi dingin dan kuku menebal
- g. Kulit kering

5. Epidemiologi

Meningkatnya prevalensi diabetes di dunia menyebabkan peningkatan kasus amputasi kaki karena komplikasi diabetes. Studi epidemiologi melaporkan lebih dari satu juta amputasi dilakukan pada penyandang diabetes setiap tahunnya. Ini berarti setiap 30 detik ada kasus amputasi karena diabetes di seluruh dunia. Dari semua amputasi tungkai bawah,

40-70% berkaitan dengan diabetes. Pada banyak studi, insiden amputasi tungkai bawah diperkirakan 5-25 : 100.000 orang per tahun. Sedangkan di antara penderita diabetes, jumlah diabetes yang diamputasi sebanyak 6-8 : 1.000 orang per tahun. Mayoritas amputasi di dahului ulkus kaki (Gitarja, 2008).

6. Diagnosis Ulkus Diabetik

Diagnosis kaki diabetes meliputi :

a. Pemeriksaan Fisik :

Inspeksi kaki untuk mengamati terdapat luka / ulkus pada kulit atau jaringan tubuh pada kaki, pemeriksaan sensasi vibrasi / rasa berkurang atau hilang, palpasi denyut nadi arteri dorsalis pedis menurun atau hilang.

b. Pemeriksaan Penunjang :

X-ray, EMG (Electromyographi) dan pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui apakah ulkus kaki diabetes menjadi infeksi dan menentukan kuman penyebabnya (Waspadji, 2006)

7. Pathogenesis Kaki Diabetik

Salah satu akibat komplikasi kronik atau jangka panjang diabetes mellitus adalah ulkus kaki diabetes. Ulkus kaki diabetes disebabkan adanya tiga faktor yang sering disebut trias yaitu : iskemik, neuropati, dan infeksi. Pada penderita diabetes mellitus apabila kadar glukosa darah tidak terkendali akan terjadi komplikasi kronik yaitu neuropati, menimbulkan perubahan jaringan syaraf karena adanya penimbunan

sorbitol dan fruktosa sehingga mengakibatkan akson menghilang, penurunan kecepatan induksi, parastesia, menurunnya reflek otot, atrofi otot, keringat berlebihan, kulit kering dan hilang rasa, apabila penderita diabetes mellitus tidak hati-hati dapat terjadi trauma yang akan menyebabkan lesi dan menjadi ulkus kaki diabetes (Waspadji, 2006).

Kelainan selanjutnya terjadi nekrosis jaringan sehingga timbul ulkus yang biasanya dimulai dari ujung kaki atau tungkai. Aterosklerosis merupakan sebuah kondisi dimana arteri menebal dan menyempit karena penumpukan lemak pada bagian dalam pembuluh darah. Menebalnya arteri di kaki dapat mempengaruhi otot-otot kaki karena berkurangnya suplai darah, sehingga mengakibatkan kesemutan, rasa tidak nyaman, dan dalam jangka waktu lama dapat mengakibatkan kematian jaringan yang akan berkembang menjadi ulkus kaki diabetes. Proses angiopati pada penderita diabetes mellitus berupa penyempitan dan penyumbatan pembuluh darah perifer, sering terjadi pada tungkai bawah terutama kaki, akibat perfusi jaringan bagian distal dari tungkai menjadi berkurang kemudian timbul ulkus kaki diabetes (Tambunan, 2006).

Pada penderita diabetes mellitus yang tidak terkontrol kadar gula darahnya akan menyebabkan penebalan tunika intima (hiperplasia membran basalis arteri) pada pembuluh darah besar dan pembuluh kapiler bahkan dapat terjadi kebocoran albumin keluar kapiler sehingga mengganggu distribusi darah ke jaringan dan timbul nekrosis jaringan

yang mengakibatkan ulkus diabetika. Eritrosit pada penderita diabetes mellitus yang tidak terkontrol akan meningkatkan HbA1C yang menyebabkan deformabilitas eritrosit dan pelepasan oksigen di jaringan oleh eritrosit terganggu, sehingga terjadi penyumbatan yang mengganggu sirkulasi jaringan dan kekurangan oksigen mengakibatkan kematian jaringan yang selanjutnya timbul ulkus kaki diabetes.

8. Faktor Resiko Terjadinya Ulkus Diabetik

Faktor risiko terjadi ulkus diabetika yang menjadi gambaran dari kaki diabetes pada penderita diabetes mellitus terdiri atas faktor-faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor-faktor risiko yang dapat diubah (Tambunan & Waspadji, 2006).

a. Faktor – faktor yang tidak dapat diubah

1) Umur

Pada usia tua fungsi tubuh secara fisiologis menurun karena proses *aging* terjadi penurunan sekresi atau resistensi insulin sehingga kemampuan fungsi tubuh terhadap pengendalian glukosa darah yang tinggi kurang optimal . proses *aging* menyebabkan penurunan sekresi atau resistensi insulin sehingga terjadi *makroangiopati*, yang akan mempengaruhi penurunan sirkulasi darah salah satunya pembuluh darah besar atau sedang di tungkai yang lebih mudah terjadi ulkus kaki diabetes (Tambunan & Waspadji, 2006).

2) Lama Menderita Diabetes Mellitus \geq 10 tahun.

Ulkus kaki diabetes terutama terjadi pada penderita diabetes mellitus yang telah menderita 10 tahun atau lebih, apabila kadar glukosa darah tidak terkendali, karena akan muncul komplikasi yang berhubungan dengan vaskuler sehingga mengalami *makroangiopati* dan *mikroangiopati* yang akan terjadi vaskulopati dan neuropati yang mengakibatkan menurunnya sirkulasi darah dan adanya robekan / luka pada kaki penderita diabetes mellitus yang sering tidak dirasakan karena terjadinya gangguan neuropati perifer (Tambunan & Waspadji, 2006).

b. Faktor – faktor resiko yang bisa diubah

1) Neuropati (sensorik, motorik, perifer).

Kadar glukosa darah yang tinggi semakin lama akan terjadi gangguan mikro sirkulasi, berkurangnya aliran darah dan hantaran oksigen pada serabut saraf yang mengakibatkan degenerasi pada serabut syaraf yang lebih lanjut akan terjadi neuropati. Syaraf yang rusak tidak dapat mengirimkan sinyal ke otak dengan baik, sehingga penderita dapat kehilangan indra perasa selain itu juga kelenjar keringat menjadi berkurang, kulit kering dan mudah robek. Neuropati perifer berupa hilangnya sensasi rasa yang berisiko tinggi menjadi penyebab terjadinya lesi yang kemudian berkembang menjadi ulkus kaki diabetes (Tambunan & Waspadji, 2006).

2) Obesitas.

Pada obesitas dengan index massa tubuh ≥ 23 kg/m² (wanita) dan IMT (index massa tubuh) ≥ 25 kg/m² (pria) atau berat badan ideal yang berlebih akan sering terjadi resistensi insulin. Apabila kadar insulin melebihi 10 μ U/ml, keadaan ini menunjukkan *hiperinsulinmia* yang dapat menyebabkan aterosklerosis yang berdampak pada vaskulopati, sehingga terjadi gangguan sirkulasi darah sedang/besar pada tungkai yang menyebabkan tungkai akan mudah terjadi ulkus/ganggren sebagai bentuk dari kaki diabetes (Tambunan & Waspadji, 2006).

3) Hipertensi.

Hipertensi (TD > 130/80 mm Hg) pada penderita diabetes mellitus karena adanya viskositas darah yang tinggi akan berakibat menurunnya aliran darah sehingga terjadi defisiensi vaskuler, selain itu hipertensi yang tekanan darah lebih dari 130/80 mmHg dapat merusak atau mengakibatkan lesi pada endotel. Kerusakan pada endotel akan berpengaruh terhadap makroangiopati melalui proses adhesi dan agregasi trombosit yang berakibat vaskuler defisiensi sehingga dapat terjadi hipoksia pada jaringan yang akan mengakibatkan terjadinya ulkus (Tambunan & Waspadji, 2006).

4) Glikolisasi Hemoglobin (HbA1C) tidak terkontrol.

Glikosilasi Hemoglobin adalah terikatnya glukosa yang masuk dalam sirkulasi sistemik dengan protein plasma termasuk hemoglobin dalam sel darah merah. Apabila Glikosilasi Hemoglobin (HbA1c) $\geq 6,5$ % akan menurunkan kemampuan pengikatan oksigen oleh sel darah merah yang mengakibatkan hipoksia jaringan yang selanjutnya terjadi proliferasi pada dinding sel otot polos sub endotel (Tambunan, 2006; Waspadji, 2006).

5) Kadar Glukosa Darah Tidak Terkontrol.

Pada penderita diabetes mellitus sering dijumpai adanya peningkatan kadar trigliserida dan kolesterol plasma, sedangkan konsentrasi HDL (*highdensity - lipoprotein*) sebagai pembersih plak biasanya rendah (≤ 45 mg/dl). Kadar trigliserida ≥ 150 mg/dl, kolesterol total ≥ 200 mg/dl dan HDL ≤ 45 mg/dl akan mengakibatkan buruknya sirkulasi ke sebagian besar jaringan dan menyebabkan hipoksia serta cedera jaringan, merangsang reaksi peradangan dan terjadinya *aterosklerosis*. Konsekuensi adanya *aterosklerosis* adalah penyempitan lumen pembuluh darah yang akan menyebabkan gangguan sirkulasi jaringan sehingga suplai darah ke pembuluh darah menurun ditandai dengan hilang atau berkurangnya denyut nadi pada arteri dorsalis pedis, tibialis dan poplitea, kaki menjadi atrofi, dingin dan kuku

menebal. Kelainan selanjutnya terjadi nekrosis jaringan sehingga timbul ulkus yang biasanya dimulai dari ujung kaki atau tungkai (Tambunan & Waspadji, 2006).

6) Kebiasaan Merokok.

Pada penderita diabetes mellitus yang merokok ≥ 12 batang per hari mempunyai risiko 3x untuk menjadi ulkus kaki diabetes dibandingkan dengan penderita diabetes mellitus yang tidak merokok. Kebiasaan merokok akibat dari nikotin yang terkandung di dalam rokok akan dapat menyebabkan kerusakan endotel kemudian terjadi penempelan dan agregasi trombosit yang selanjutnya terjadi kebocoran sehingga lipoprotein lipase akan memperlambat *clearance* lemak darah dan mempermudah timbulnya aterosklerosis. Aterosklerosis berakibat insufisiensi vaskuler sehingga aliran darah ke arteri dorsalis pedis, poplitea, dan tibialis juga akan menurun (Tambunan & Waspadji, 2006).

7) Ketidapatuhan diet diabetes mellitus.

Kepatuhan diet diabetes mellitus merupakan upaya yang sangat penting dalam pengendalian kadar glukosa darah, kolesterol, dan trigliserida mendekati normal sehingga dapat mencegah komplikasi kronik, seperti ulkus kaki diabetes. Kepatuhan diet penderita diabetes mellitus mempunyai fungsi yang sangat penting yaitu mempertahankan berat badan

normal, menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik, menurunkan kadar glukosa darah, memperbaiki profil lipid, meningkatkan sensitivitas reseptor insulin dan memperbaiki sistem koagulasi darah (Tambunan & Waspadji, 2006).

8) Kurangnya Aktivitas Fisik.

Aktivitas fisik (olah raga) sangat bermanfaat untuk meningkatkan sirkulasi darah, menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas terhadap insulin, sehingga akan memperbaiki kadar glukosa darah. Dengan kadar glukosa darah terkendali maka akan mencegah komplikasi kronik diabetes mellitus. Olah raga rutin (lebih 3 kali dalam seminggu selama 30 menit) akan memperbaiki metabolisme karbohidrat, berpengaruh positif terhadap metabolisme lipid dan sumbangan terhadap penurunan berat badan. Aktivitas fisik yang dilakukan termasuk senam kaki, sendi (Tambunan & Waspadji, 2006).

9) Pengobatan Tidak Teratur.

Pengobatan rutin dan pengobatan intensif akan dapat mencegah dan menghambat timbulnya komplikasi kronik, seperti ulkus diabetika. Sampai pada saat ini belum ada obat yang dapat dianjurkan secara tepat untuk memperbaiki vaskularisasi perifer pada penderita Diabetes Mellitus, namun bila dilihat dari penelitian tentang kelainan akibat

arteriosklerosis ditempat lain seperti jantung dan otak, obat seperti aspirin dan lainnya yang sejenis dapat digunakan pada pasien Diabetes Mellitus meskipun belum ada bukti yang cukup kuat untuk menganjurkan penggunaan secara rutin (Waspadji, 2006).

10) Perawatan Kaki Tidak Teratur.

Perawatan kaki penderita diabetes mellitus yang teratur akan mencegah atau mengurangi terjadinya komplikasi kronik pada kaki.

11) Penggunaan Alas Kaki Tidak Tepat

Penderita diabetes mellitus tidak boleh berjalan tanpa alas kaki karena tanpa menggunakan alas kaki yang tepat memudahkan terjadi trauma yang mengakibatkan ulkus kaki diabetes yang diawali dari timbulnya lesi pada tungkai kaki, terutama apabila terjadi neuropati yang mengakibatkan sensasi rasa berkurang atau hilang. Pencegahan dalam faktor mekanik dengan memberikan alas kaki yang pas dan nyaman untuk penderita diabetes mellitus (Tambunan & Waspadji, 2006).

B. Stres

1. Pengertian stres

Stres adalah respon tubuh yang tidak spesifik terhadap setiap kebutuhan tubuh yang terganggu, suatu fenomena universal yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari dan tidak dapat dihindari karena setiap orang mengalaminya, stress memberi dampak secara total pada individu yaitu terhadap fisik, psikologi, intelektual, sosial dan spiritual, serta stress dapat mengancam keseimbangan fisiologis.

Stress emosi dapat menimbulkan perasaan negatif atau deskruktif terhadap diri sendiri dan orang lain. Stress intelektual akan mengganggu perspsi dan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah, stress akan mengganggu hubungan individu terhadap kehidupan (Barbara dikutip dalam Rasmun, 2004).

Stress adalah suatu kondisi yang individu rasakan ketika bereaksi terhadap tekanan, baik dari dalam individu itu sendiri atau juga pengaruh lingkungan (Mahsun, 2004).

Lazarus dikutip dalam Nasution (2007) menjelaskan bahwa stress juga dapat diartikan sebagai :

- a. Stimulus, yaitu stress merupakan suatu kondisi atau kejadian tertentu yang dapat menimbulkan stres atau disebut juga dengan stressor.
- b. Respon, yaitu stres merupakan suatu respon atau reaksi individu yang muncul karena adanya situasi tertentu yang menimbulkan stress. Respon yang muncul dapat berupa respon fisiologis seperti jantung

yang berdebar, gemetar dan pusing sedangkan respon psikologis seperti takut, cemas, sulit berkonsentrasi dan mudah tersinggung.

- c. Proses, yaitu stres digambarkan sebagai suatu proses dimana individu secara aktif dapat mempengaruhi dampak stres, melalui strategi tingkah laku, kognisi maupun afeksi.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa stres adalah segala respon individu baik respon fisiologis maupun respon psikologis terhadap stimulus internal ataupun eksternal yang akhirnya menimbulkan ketegangan/tekanan yang tidak menyenangkan.

Stressor adalah variabel yang dapat diidentifikasi sebagai penyebab timbulnya stres, datangnya stressor dapat sendiri-sendiri atau dapat pula bersamaan (Barbara dikutip dalam Rasmun, 2004).

2. Sumber Stres

Sumber stress berasal dari dalam tubuh dan dari luar tubuh, sumber stres dapat berupa biologis/fisiologis, kimia, psikologik, sosial dan spiritual. Stres terjadi karena stressor tersebut dirasakan dan dipersepsikan oleh individu sebagai suatu ancaman sehingga menimbulkan kecemasan merupakan tanda umum dan awal dari gangguan kesehatan fisik dan psikologis contohnya : (Barbara dikutip dalam Rasmun, 2004).

Stressor biologik dapat berupa mikroba, bakteri, virus, hewan, binatang, bermacam tumbuhan dan makhluk hidup lainnya yang dapat mempengaruhi kesehatan misalnya : tumbuhnya jerawat, demam, digigit binatang yang dipersepsikan dapat mengancam konsep diri individu.

a. Stressor fisik

Yaitu dapat berupa perubahan iklim, suhu, cuaca, alam, geografi yang meliputi letak tempat tinggal, domisili, demografi, berupa jumlah anggota dalam keluarga , nutrisi, radiasi, kepadatan penduduk dan kebisingan.

b. Stressor kimia :

Yaitu dari dalam tubuh dapat berupa serum darah dan glukosa sedangkan dari luar tubuh berupa obat, pengobatan, pemakaian alcohol, nikotin, kafein, gas beracun, bahan-bahan pengawet, dan lain-lain.

c. Stressor sosial psikologik

Yaitu ketidakpuasan terhadap diri sendiri, kekejaman (anianya,perkosaan) konflik peran, percaya diri yang rendah, perubahan ekonomi, emosi yang negatif.

d. Stressor spiritual

Yaitu adanya persepsi negatif terhadap nilai-nilai ke Tuhanan.

3. Sifat Stressor

a. Bagaimana individu mempersepsikan stressor

Artinya jika stressor diperepsikan akan berakibat buruk bagi dirinya maka tingkat stres yang dirasakan akan berat, namun jika sebaliknya stressor di persepsikan tidak mengancam dan individu merasa mampu mengatasinya maka tingkat stres yang dirasakan akan lebih ringan.

b. Bagaimana intensitasnya terhadap stimulus

Artinya bagaimana tingkat intensitas serangan stres terhadap individu, jika intensitas serangan stres tinggi maka kemungkinan kekuatan fisik dan mental tidak mampu mengadaptasikannya, demikian juga sebaliknya

c. Jumlah stressor yang harus dihadapi pada waktu yang sama

Artinya pada waktu yang bersamaan bertumpuk sejumlah stressor yang harus dihadapi, sehingga stressor kecil dapat menjadi pemicu yang mengakibatkan reaksi yang berlebihan. Sering ditemukan seseorang yang biasanya dapat menyelesaikan pekerjaan yang sangat sederhana dengan baik, namun tiba-tiba ia tidak dapat mengerjakannya ini disebabkan karena pada saat yang sama ia sedang menghadapi banyak stressor.

d. Lamanya pemaparan stressor

Memanjangnya stressor dapat menyebabkan menurunnya kemampuan individu mengatasi stres, karena individu telah berada dalam fase kelelahan, individu sudah kahabisan tenaga untuk menghadapi stressor tersebut.

e. Pengalaman masa lalu

Pengalaman masa lalu dapat mempengaruhi kemampuan individu dalam menghadapi stressor yang sama.

f. Tingkat perkembangan

Pada tingkat kemampuan tertentu terdapat jumlah dan intensitas stressor yang berbeda sehingga resiko terjadinya stres pada tiap tingkat perkembangan akan berbeda (Barbara dikutip dalam Rasmun,2004).

4. Gejala Dan Akibat Stres

Siswanto (2007) Mengatakan bahwa gejala atau akibat stres menjadi 5 kategori yaitu

a. Akibat Subjektif

Akibat yang dirasakan secara pribadi meliputi kegelisahan, agresi, kelesuan, kebosanan, depresi, kelelahan, kekecewaan, kehilangan kesabaran, harga diri rendah, dan perasaan terpencil.

b. Akibat perilaku

Akibat yang mudah dilihat karena terbentuk perilaku-perilaku tertentu, meliputi mudah terkena kecelakaan, penyalagunaan obat, peledakan emosi, berperilaku impulsif, tertawa, menangis, dan gelisah.

c. Akibat kognitif

Akibat yang mempengaruhi proses berfikir, meliputi tidak dapat mengambil keputusan yang sehat, kurang dapat berkonsentrasi, tidak mampu memutuskan perhatian dalam jangka waktu yang lama.

d. Akibat fisiologis

Akibat yang berhubungan dengan fungsi dan kerja alat-alat yaitu tingkat gula darah meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat,

mulut menjadi kering, berkeringat, pupil membesar dan terkadang panas dingin.

e. Akibat keorganisasian

Akibat yang tampak dalam tempat kerja meliputi absen produktifitas rendah, mengasingkan diri dari teman sekerja, ketidakpuasan kerja, dan loyalitas terhadap organisasi.

5. Tingkat Stres

Potter & Perry dikutip dalam Rasmun (2004) telah membagi hubungan tingkat stres dengan kejadian sakit diantaranya :

a. Stres ringan

Biasanya tidak merusak aspek fisiologis, sebaliknya stres sedang dan berat mempunyai resiko terjadi penyakit, stres ringan umumnya dirasakan pada setiap orang misalnya : lupa, ketiduran, dikritik. Situasi seperti ini biasanya berakhir dalam beberapa menit atau beberapa jam. Situasi seperti ini nampaknya tidak akan menimbulkan penyakit kecuali jika dihadapi terus menerus.

b. Stres sedang

Terjadi lebih lama beberapa jam sampai beberapa hari contohnya kesepakatan yang belum selesai, beban kerja berlebihan, mengharapkan pekerjaan baru, anggota keluarga pergi dalam waktu yang lama, situasi yang seperti ini dapat bermakna bagi individu yang mempunyai faktor predisposisi suatu penyakit koroner.

c. Stres berat

Stres kronis yang terjadi beberapa minggu sampai beberapa tahun, misalnya hubungan suami istri yang tidak harmonis, kesulitan financial dan penyakit fisik yang lama.

Hawai dikutip dalam Sriati (2008) membagi tahapan stres menjadi 4 yaitu

a. Stres tahap I

Tahapan ini merupakan tahapan stres yang paling ringan dan biasanya disertai dengan perasaan-perasaan sebagai berikut: 1) Semangat bekerja besar, berlebihan (over acting); 2) Penglihatan “tajam” tidak sebagaimana biasanya; 3) Merasa mampu menyelesaikan pekerjaan lebih dari biasanya, namun tanpa disadari cadangan energi semakin menipis.

b. Stres tahap II

Dalam tahapan ini dampak stres yang semula “menyenangkan” sebagaimana diuraikan pada tahap I di atas mulai menghilang, dan timbul keluhan-keluhan yang disebabkan karena cadangan energi yang tidak lagi cukup sepanjang hari, karena tidak cukup waktu untuk beristirahat. Istirahat yang dimaksud antara lain dengan tidur yang cukup, bermanfaat untuk mengisi atau memulihkan cadangan energi yang mengalami defisit. Keluhan yang sering dikemukakan oleh seseorang yang berada pada stress tahap II adalah sebagai berikut: 1) Merasa letih sewaktu bangun pagi yang seharusnya merasa segar; 2) Merasa mudah lelah sesudah makan siang; 3) Lekas merasa capai

menjelang sore hari; 4) Sering mengeluh lambung/perut tidak nyaman (*bowel discomfort*); 5) Detakan jantung lebih keras dari biasanya (berdebar-debar); 6) Otot-otot punggung dan tengkuk terasa tegang; 7) Tidak bisa santai.

c. Stres Tahap III

Apabila seseorang tetap memaksakan diri dalam pekerjaannya tanpa menghiraukan keluhan-keluhan pada stres tahap II, maka akan menunjukkan keluhan-keluhan yang semakin nyata dan mengganggu, yaitu: 1) Gangguan lambung dan usus semakin nyata; misalnya keluhan “maag”(gastritis), buangair besar tidak teratur (diare); 2) Ketegangan otot-otot semakin terasa; 3) Perasaan ketidaktenangan dan ketegangan emosional semakin meningkat; 4) Gangguan pola tidur (insomnia), misalnya sukar untuk mulai masuk tidur (*early insomnia*), atau terbangun tengah malam dan sukar kembali tidur (*middle insomnia*), atau bangun terlalu pagi atau dini hari dan tidak dapat kembali tidur (*Late insomnia*); 5) Koordinasi tubuh terganggu (pingsan). Pada tahapan ini seseorang sudah harus berkonsultasi pada dokter untuk memperoleh terapi, atau bisa juga beban stres hendaknya dikurangi dan tubuh memperoleh kesempatan untuk beristirahat guna menambah suplai energi yang mengalami defisit.

d. Stres Tahap IV

Gejala stres tahap IV, akan muncul: 1) Untuk bertahan sepanjang hari saja sudah terasa amat sulit; 2) Aktivitas pekerjaan yang semula menyenangkan dan mudah diselesaikan menjadi membosankan dan terasa lebih sulit; 3) Yang semula tanggap terhadap situasi menjadi kehilangan kemampuan untuk merespons secara memadai (*adequate*); 4) Ketidakmampuan untuk melaksanakan kegiatan rutin sehari-hari; 5) Gangguan pola tidur disertai dengan mimpi-mimpi yang menegangkan; Seringkali menolak ajakan (*negativism*) karena tiada semangat dan kegairahan; 6) Daya konsentrasi daya ingat menurun; 7) Timbul perasaan ketakutan dan kecemasan yang tidak dapat dijelaskan apa penyebabnya.

e. Stres Tahap V

Bila keadaan berlanjut, maka seseorang itu akan jatuh dalam stres tahap V, yang ditandai dengan hal-hal sebagai berikut: 1) Kelelahan fisik dan mental yang semakin mendalam (*physical dan psychological exhaustion*); 2) Ketidakmampuan untuk menyelesaikan pekerjaan sehari-hari yang ringan dan sederhana; 3) Gangguan sistem pencernaan semakin berat (*gastrointestinal disorder*); 4) Timbul perasaan ketakutan, kecemasan yang semakin meningkat, mudah bingung dan panik.

f. Stres Tahap VI

Tahapan ini merupakan tahapan klimaks, seseorang mengalami

serangan panik (*panic attack*) dan perasaan takut mati. Tidak jarang orang yang mengalami stres tahap VI ini berulang dibawa ke Unit Gawat Darurat bahkan ICCU, meskipun pada akhirnya dipulangkan karena tidak ditemukan kelainan fisik organ tubuh. Gambaran stres tahap VI ini adalah sebagai berikut: 1) Debaran jantung teramat keras; 2) Susah bernapas (sesak dan megap-megap); 3) Sekujur badan terasa gemetar, dingin dan keringat bercucuran; 4) Ketiadaan tenaga untuk hal-hal yang ringan; 5) Pingsan.

6. Tingkatan Stres

Hardjana dikutip dalam Sriati (2008) mengemukakan tingkatan stres pada instrumen ini berupa normal, ringan, sedang, berat, sangat berat. *Psychometric Properties of The Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS)* terdiri dari 42 item, yang dimodifikasi dengan penambahan item menjadi 49 item, penambahannya dari item 43-49 yang mencakup 3 subvariabel, yaitu fisik, emosi/psikologis, dan perilaku. Jumlah skor dari pernyataan item tersebut, memiliki makna 0-29 (normal); 30-59 (ringan); 60-89 (sedang); 90-119 (berat); >120 (Sangat berat).

7. Strategi Mengurangi Stres

Keadaan stres sesungguhnya tidak bias dihilangkan dari kehidupan seseorang oleh karena itu upaya yang dilakukan adalah untuk mengurangi efek dari stres (Potter, et al dikutip dalam Rasmun, 2004).

- a. Membangun kebiasaan baru
- b. Menghindari perubahan

- c. Menyediakan waktu
- d. Pengelolaan waktu
- e. Modifikasi lingkungan
- f. Katakan “ Tidak “
- g. Mengurangi respon fisiologis terhadap stres misalnya latihan teratur, nutrisi dan diet, istirahat, meningkatkan respon perilaku dan emosi terhadap stres, meningkatkan harga diri, dan sistem pendukung.

8. Gambaran Tingkat Stres Penderita Diabetik

Dampak psikologis dari penyakit diabetes mulai dirasakan oleh penderita sejak ia didiagnosis dokter dan penyakit tersebut telah berlangsung selama beberapa bulan atau lebih dari satu tahun. Penderita mulai mengalami gangguan psikis diantaranya adalah stres pada dirinya sendiri yang berkaitan dengan pengobatan yang harus dijalani.

Amelia (2008) mengemukakan bahwa diabetes dan stres merupakan dua hal yang saling mempengaruhi baik secara langsung maupun tidak langsung, bahwa stres telah lama menjadi salah satu faktor yang muncul pada penderita diabetes khususnya terhadap penderita yang mengalami kaki diabetik, Bila seseorang menghadapi situasi yang menimbulkan stres maka respon stres dapat berupa peningkatan hormon adrenalin yang akhirnya dapat mengubah cadangan glikogen dalam hati menjadi glukosa, Kadar glukosa darah yang tinggi secara terus menerus dapat menyebabkan komplikasi diabetes.

Menurut Mashun (2004) permasalahan stres pada penderita diabetes ini juga erat kaitannya dengan cara atau strategi pemecahan masalah (*coping*) yang dilakukan oleh penderita diabetes. Menurutnya, *coping* yang dilakukan oleh penderita diabetes merupakan usaha pasif atau aktif yang dilakukannya dalam menghadapi situasi yang dirasa menyebabkan stres.

Kozier, et. al dikutip dalam Rasmun (2004) mengidentifikasi tindakan keperawatan pada klien yang mengalami stres karena dirawat dirumah sakit yaitu

- a. Dukungan klien dan keluarga
- b. Mengorientasikan klien tentang rumah sakit dan fasilitasnya
- c. Beri kesempatan klien untuk mempertahankan identitasnya
- d. Beri informasi yang dibutuhkan oleh klien
- e. Ulangi informasi jika klien sukar mengingat
- f. Dorong peran serta klien dalam rencana keperawatan
- g. Beri kesempatan kepada klien untuk dapat mengungkapkan perasaan dan pikirannya
- h. Cermat dalam mengidentifikasi situasi yang dapat meningkatkan stres
- i. Tetapkan harapan klien sesuai dengan kemampuannya
- j. Bantu klien dalam menilai situasi dengan benar dan realistis
- k. Ciptakan lingkungan dimana klien dapat berfungsi mandiri dalam beberapa hal

- l. Beri reinforcement tentang aspek positif yang dapat dilakukan oleh klien
- m. Rencanakan kunjungan dengan klien lain yang mempunyai masalah sama
- n. Bicarakan kemampuan, pengertian dan empaty dengan klien dan keluarga

C. Kualitas Hidup

1. Pengertian

Kualitas hidup merupakan indikator kepuasan hidup yang penting untuk diketahui karena berorientasi pada persepsi seseorang dalam melihat kemampuannya untuk dapat melakukan fungsi dan perannya dalam kehidupan sehari-hari (Leplege & Hunt dalam Wahyuningsih, 2011).

Kualitas hidup merupakan pengalaman internal yang dipengaruhi oleh apa yang terjadi diluar dirinya, tetapi hal tersebut diwarnai oleh pengalaman subjektif yang pernah dialami sebelumnya, kondisi mental kepribadian dan harapan-harapannya (Wulandari,2004).

Kualitas hidup menjadi suatu yang penting untuk diketahui karena berorientasi pada kemampuan seseorang untuk dapat melakukan aktivitas sehari-hari, melihat persepsi individu terhadap dampak penyakit yang dialaminya, dan kemampuan dalam memenuhi tuntutan pekerjaan dan peran sosial (Leplege & Hunt dikutip dalam Wahyuningsi, 2011).

Kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan pada konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal/hidup dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar dan fokus hidup mereka. Pengkajian dimensi hidup termasuk dimensi kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

Sesuai dengan komitmen WHO dalam meningkatkan upaya kesehatan, yang bukan hanya menghilangkan penyakit tetapi juga meningkatkan kesehatan fisik, mental dan kesejahteraan kesehatan tidak hanya mengubah frekuensi dan keparahan penyakit, tetapi juga meningkatkan kesejahteraan. Hal tersebut dapat nilai dengan peningkatan kualitas hidup yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan (Drewnoski & Evans dikutip dalam Wahyuningsi, 2011).

Menurut Browling dalam bukunya "*Research methods in health: inventigating health and health*" dalam Wulandari (2004) kualitas hidup berdasarkan sudut pandang kesehatan adalah kualitas hidup berdasarkan penilaian kesehatan fisik, kondisi psikologis, hubungan sosial dan kondisi lingkungan kesehatan, selain keempat domain tersebut diatas terdapat dua hal yang dinilai tersendiri yaitu kualitas hidup secara umum dan kualitas kesehatan secara umum. Instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup tersebut adalah *Healt related quality of life* (HRQOL).

WHOQOL-BREF terdiri dari 4 domain (dimensi) dan 24 facet (subdomain/kategori)

Tabel 1
Domain dan Subdomain WHOQOL-BREF

| Domain | Facet/Subdomain |
|------------------------|---|
| I. Kesehatan Fisik | <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Acitivity Daily Living</i> (ADL) 2. Ketergantungan pada obat dan alat bantu medis 3. Energi untuk kehidupan sehari-hari 4. Mobilitas 5. Nyeri dan ketidaknyamanan 6. Kelelahan, istirahat dan tidur 7. Kapasitas kerja |
| II. Psikologis | <ol style="list-style-type: none"> 1. Citra tubuh dan penampilan 2. Merasa diri berarti 3. Perasaan negatif 4. Perasaan positif 5. Kepuasan diri/Penghargaan diri 6. Spiritual/agama/keyakinan 7. Berfikir, belajar, kemampuan memori dan konsentrasi |
| III. Hubungan Sosial | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan sosial dengan orang lain 2. Dukungan sosial 3. Kehidupan sosial 4. Aktifitas sosial |
| IV. Kondisi Lingkungan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sumber daya keuangan 2. Kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan 3. Kesehatan dan pelayanan sosial: kualitas dan aksesibilitas 4. Lingkungan sekitar rumah 5. Kesempatan untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru 6. Partisipasi dan kesempatan dalam rekreasi dan aktifitas menyenangkan 7. Lingkungan fisik (polusi/suara/lalu lintas/iklim) 8. Transportasi |

Sumber: adaptasi dari WHOQOL-BREF *introduction, administration, scoring, and generic version of the assessment*. (WHO, 2004).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

a. Umur

Secara umum ada empat bidang (domains) yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup berdasarkan kuesioner yang dikembangkan oleh WHO (*World Health Organization*), bidang tersebut adalah kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan (WHO, 2004).

b. *Activity of Daily Living* (ADL)

ADL (*Activity of Daily Living*) yaitu kemampuan seseorang untuk mengurus diri dan kebutuhan sendiri secara rutin dimulai dari bangun tidur, mandi, berpakaian, dan seterusnya sampai tidur kembali. Kemampuan melakukan ADL menunjukkan tingkat kemandirian, mengembangkan keterampilan-keterampilan pokok untuk memelihara dan memenuhi kebutuhan-kebutuhan pribadi dan melengkapinya tugas-tugas pokok secara efisien dalam kontak sosial sehingga dapat diterima di lingkungan. Seseorang dengan tingkat kemampuan ADL yang rendah mengalami kesulitan dalam menjalankan fungsinya sebagai individu atau bagian dari masyarakat. Fungsi ekonomi, interaksi, sosial, mobilisasi, rekreasi pun tidak dapat terpenuhi akibat ketergantungan pada orang lain atau pada obat dan alat bantu medis.

c. Nutrisi

Nutrisi berfungsi membentuk dan memelihara jaringan tubuh, memperoleh tenaga mengatur aktifitas tubuh, dan melindungi tubuh dari serangan penyakit, asupan nutrisi sesuai dengan angka kecukupan gizi merupakan salah satu pendukung tercapainya keadaan fisik yang sehat pada seseorang (Nurachmah,2001). Kualitas hidup merupakan suatu bentuk persepsi seorang terhadap keadaan fisik, psikologi sosial, dan lingkungan yang terpenuhi oleh asupan dan keadaan nutrisi. Keadaan nutrisi yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup dengan pencapaian hidup yang sehat secara paripurna dan mencegah timbulnya penyakit yang berhubungan malnutrisi dan meminimalkandampak kekurangan nutrisi. Keadaan sebaliknya terjadi ketika pemenuhan nutrisi tidak sesuai dengan keadaan tubuh. Kekurangan nutrisi mempengaruhi aspek fisik, mental dan sosial (Drewnowski & Evans, 2001).

d. Ekonomi

Keadaan ekonomi dan pendapatan menggambarkan kemampuan finansial dalam upaya mememnuhi kebutuhan hidup. Keadaan ekonomi seseorang diantaranya dapat dilihat dari jumlah penghasilannya. Penghasilan rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Salah satu penyebab kekurangan pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah faktor ekonomi yang rendah yang menyebabkan ketidakmampuan

membayai pengobatan atau membayar transportasi (Natoadmodjo dalam Indonesia nursing, 2008).

e. Pendidikan

Masyarakat yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi yang dapat memungkinkan dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapinya, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, berpengalaman, dan mempunyai pikiran yang tepat bagaimana mengatasi kejadian serta akan dapat mengurangi kecemasan sehingga dapat membantu individu tersebut dalam membantu kebutuhan.

f. Penyakit

Berbagai penelitian yang dilakukan menunjukkan adanya hubungan antara berbagai penyakit dengan tingkat kualitas hidup yang dilakukan oleh Meyer et al (2002) dipaparkan bahwa ketidakmampuan ekonomi, kurangnya garah hidup, gangguan nutrisi, kurangnya aktifitas fisik menjadi penyebab utama penurunan kualitas hidup yang signifikan pada pasien.

3. Kualitas hidup penderita ulkus diabetik

Penyakit diabetes mellitus tidak dapat disembuhkan dengan cara mengendalikan gula darah dalam batas normal. Penyakit ini akan menyertai penderita sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita baik dari keadaan fisik, psikologi, sosial dan lingkungan.

Kualitas hidup penderita DM merupakan perasaan puas dan bahagia akan hidup secara umum khususnya hidup dengan diabetes. Kualitas hidup telah digambarkan oleh WHO (2004) sebagai sebuah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan pada konteks budaya dan system nilai dimanamereka tinggal dan hidup dalam suatu hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standard dan fokus hidup.

Penyakit diabetes mellitus akan menyertai seumur hidup penderita sehingga sangat mempengaruhi terhadap penurunan kualitas hidup penderita bila tidak mendapatkan perawatan yang tepat. Menurut Yudiarto (2008) mengemukakan aspek-aspek yang mempengaruhi kualitas hidup penderita diabetik yaitu :

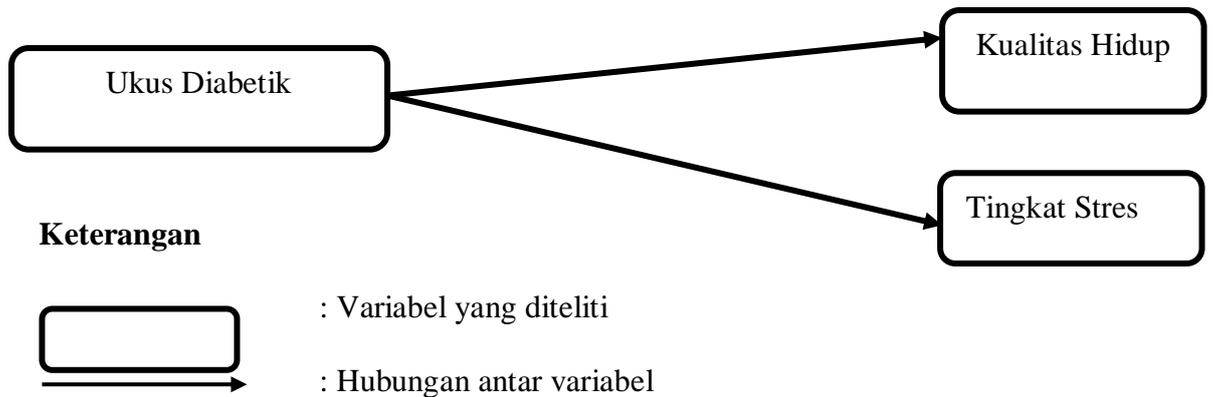
- a. Adanya tuntutan yang terus-menerus selama hidup penderita terhadap perawatan DM seperti pembatasan aktifitas
- b. Gejala yang timbul saat kadar gula turun ataupun tinggi
- c. Ketakutan adanya komplikasi yang menyertai
- d. Disfungsi seksual

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konsep

Notoatmodjo (2010) mengatakan konsep adalah suatu abstraksi yang dibentuk suatu pengertian. Oleh sebab itu, konsep tidak dapat diukur dan diamati secara langsung. Agar dapat diamati dan dapat diukur, maka konsep tersebut harus dijabarkan kedalam variabel-variabel. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran tingkat stres dengan kualitas hidup penderita ulkus diabetik, Dengan demikian kerangka konsep yang dapat dibuat adalah sebagai berikut :



Bagan 1. Kerangka Konsep

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis Penelitian ini adalah penelitian survey deskriptif untuk mengetahui gambaran kualitas hidup dan tingkat stres penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian adalah dilaksanakan di ruang perawatan satu, dua dan tiga Rumah Sakit Hikmah Makassar yang dilakukan pada bulan Agustus sampai dengan November 2013.

C. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah penderita ulkus diabetik yang menjalani pengobatan rawat inap diperawatan satu, dua, dan tiga Rumah Sakit Hikmah Makassar pada tahun 2011 sebanyak 50 orang dan pada tahun 2012 jumlah ini meningkat sebanyak 55 orang, jadi diperkirakan rata-rata populasi yang diambil sebanyak 50 orang.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian adalah bagian (subset) dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya

(Sostroasmoro, 2010). Teknik sampling yang digunakan yaitu *Exhausted sampling (total sampling)* dimana mengambil semua sampel yang ada sebanyak 50 orang.

Kriteria Inklusi dan Eksklusi

a. Kriteria Inklusi

- 1) Penderita diabetes mellitus dengan ulkus kronik yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Hikmah Makassar.
- 2) Usia > 18 tahun
- 3) Bisa membaca dan menulis.
- 4) Bersedia menjadi responden, yang dibuktikan dengan menandatangani tanda bukti yang disediakan oleh peneliti

b. Kriteria eksklusi

- 1) Penderita ulkus diabetik yang mengalami gangguan kesadaran/penurunan tingkat kesadaran
- 2) Pasien dengan ulkus yang disebabkan bukan karena penyakit DM
- 3) Pasien dengan kanker, kerusakan jaringan lunak.

D. Variabel Penelitian

1. Identifikasi variabel

a. Variabel *independent* (variabel bebas)

Variabel *independent* adalah variabel yang mempengaruhi atau dianggap menentukan variabel terikat (Notoatmodjo, 2010). Variabel *independent* dalam penelitian ini yaitu tingkat stres penderita ulkus diabetik kronik di ruang perawatan Rumah Sakit Hikmah Makassar.

b. Variabel *dependent* (variabel terikat)

Variabel *dependent* adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2010). Variabel *dependent* dalam penelitian ini yaitu kualitas hidup penderita ulkus diabetik kronik di ruang perawatan Rumah Sakit Hikmah Makassar.

2. Defenisi Operasional

a. Tingkat stres

Definisi : Segala respon individu baik respon fisiologis maupun respon psikologi terhadap stimulus eksternal yang akhirnya menimbulkan ketegangan/tekanan yang tidak menyenangkan.

Cara ukur : Diukur dengan kuesioner tingkat stress yang terdiri dari 42item pernyataan dengan menggunakan *Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)*

Hasil ukur : 0-29 (Normal)
30-59 (Stres ringan)
60-89 (Stres sedang)
90-119 (Stres berat)
>120 (Stres sangat berat)

b. Kualitas hidup

Definisi : Persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan konteks budaya dan sistem nilai dimana

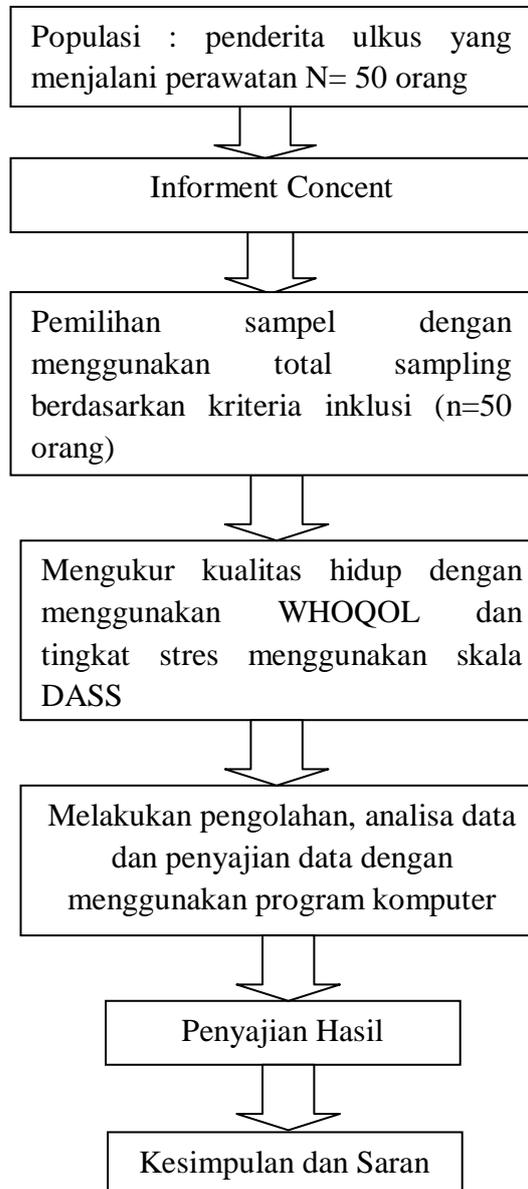
mereka tinggal/hidup yang berhubungan dengan tujuan hidup dan harapan mereka yang terdiri keadaan fisik, hubungan sosial, psikologi dan lingkungan.

Cara ukur : Diukur dengan kuesioner kualitas hidup secara umum dan menggunakan skala pengukuran WHOQOL Brief untuk mengukur kualitas hidup pada pasien diabetes dan terdiri atas 26 item pertanyaan adalah kepuasan, dampak, kekhawatiran terhadap diabetes, sosial dan pekerjaan. Instrument ini memiliki rentang jawaban dengan menggunakan skala Likert.

| | | | | |
|------------|---|--------------|---|----------------------|
| Hasil ukur | : | 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 |
| | | Sangat baik | : | nilai mean 4,6 – 5,0 |

E. Alur Penelitian

Bagan 2 Skema alur penelitian.



F. Instrumen penelitian

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner adalah *self report informasi form* yang disusun untuk mendapatkan informasi yang diharapkan dari responden sesuai dengan pernyataan (Nursalam & Pariani, 2006). Dalam penelitian ini terdiri dari 3 bagian yaitu kuisisioner data demografi yang berisi tentang identitas responden, kuisisioner tingkat stres dan kuisisioner kualitas hidup penderita ulkus diabetik.

1. Kuesioner Data Demografi

Kuesioner data karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, tempat tinggal, keluhan, penyakit penyertadan pembiayaan.

2. Kuesioner tingkat stres

Tingkat stres adalah hasil penilaian terhadap berat ringannya stres yang dialami seseorang dengan kualitas hidup yang baik dapat menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi pada dirinya. Alat ukur yang digunakan adalah kuisisioner Tingkatan stres ini diukur dengan menggunakan *Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)* oleh Lovibond & Lovibond (1995). *Psychometric Properties of The Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS)* terdiri dari 42 item. DASS adalah seperangkat skala subyektif yang dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stres. DASS 42 dibentuk tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai status emosional, tetapi untuk proses yang lebih lanjut untuk pemahaman,

pengertian, dan pengukuran yang berlaku di manapun dari status emosional, secara signifikan biasanya digambarkan sebagai stres. DASS dapat digunakan baik itu oleh kelompok atau individu untuk tujuan penelitian.

Tabel 2.

Psychometric Properties of The Depression AnxietyStress Scale

| Dimensi | Indikator | Item Favourable nomor : | Item Unfavourable nomor : | Total |
|---------------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------|
| Aspek Fisik | Sakit Kepala | 1, 2 | 3 | 3 |
| | Gangguan tidur | 4, 5 | 6, 7 | 4 |
| | Gangguan pencernaan | 8, 9 | 10, 11 | 4 |
| | Gangguan makan | 12, 13 | 14, 15 | 4 |
| | Gangguan kulit | 16, 17 | 18, 19 | 4 |
| | Produksi keringat yang berlebihan | 20, 21 | 22, 23 | 4 |
| Gejala kognisi | Gangguan daya ingat | 24, 25 | 26, 27, 28, 29 | 6 |
| | Gangguan perhatian dan konsentrasi | 30, 31 | 32, 33 | 4 |
| Gejala emosi | Cemas | 34, 35, 36, 37 | 38, 39 | 7 |
| | Kesedihan berlebihan | 40, 41 | 42, 43, 44 | 5 |
| | Marah | 45, 46, 47, 48 | 49, 50, 51 | 7 |
| Gejala tingkah laku | Kurang bersosialisasi | 52, 53 | 54, 55 | 4 |
| | Suka mencari kesalahan orang lain | 56, 57 | 58, 59, 60 | 5 |
| | Perilaku negatif meningkat | 61, 62 | 63, 64 | 4 |

3. Kuesioner kualitas hidup

Kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan yang berhubungan dengan tujuan hidup dan harapan mereka. Kualitas hidup ini termasuk variabel dependent yaitu pengumpulan data yang dilakukan dengan mengisi kuesioner yang dimodifikasi oleh Tyas

(2008) dari Monus dan Thiagarajan (1998). Skala pengukuran WHOQOL Bref (*WHO Quality of Life*) untuk mengukur kualitas hidup pada pasien diabetes yang di kembangkan oleh Minoz dan Thiagarajan (1998). WHOQOL Bref terdiri atas 46 item pertanyaan adalah kepuasan, dampak, kekhawatiran terhadap diabetes, sosial dan pekerjaan. Instrument ini memiliki rentang jawaban dengan menggunakan skala Likert dengan rentang pertanyaan kepuasan adalah : 5 = sangat puas, 4= puas, 3=biasa saja, 2= tidak puas, 3= sangat tidak puas. Dan menjawab pertanyaan sebanyak 26 dan dianalisa dengan cara dicari nilai rata-rata dan standar deviasi dari setiap item pertanyaan maka jawaban responden diberi skor 1-5 dengan rentang sangat tidak memuaskan sampai dengan sangat memuaskan.

G. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

a. Editing

Editing dilakukan untuk memeriksa ketepatan dan kelengkapan jawaban atas pertanyaan. Jika terdapat jawaban yang belum lengkap dan masih terdapat kesalahan maka data tersebut harus dilengkapi dengan menanyakan kembali pada responden yang bersangkutan.

b. Coding

Untuk memudahkan pengolahan data, maka jawaban-jawaban tersebut disederhanakan dengan memberikan kode tertentu, Pengkodean

ini dilakukan dengan memberi halaman daftar pertanyaan, nomor variabel dan nama variabel.

c. *Entry Data*

Entry data dilakukan dengan cara memasukkan data dari kuesioner ke program komputer sehingga dapat dianalisis.

d. *Cleaning*

Cleaning yaitu kegiatan pengecekan kembali data yang telah dimasukkan, apakah ada yang hilang, ada kesalahan atau ketidakkonsistensian data.

2. Analisa Data

Dalam penelitian ini teknik analisa data yang digunakan oleh penulis adalah :

a. *Analisis Univariat*

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Untuk data numerik digunakan nilai mean, median, dan standar deviasi. Pada umumnya, dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel dalam bentuk tabel (Notoatmodjo, 2010).

H. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti memandang perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian dalam hal ini Direktur

Rumah Sakit Hikmah Makassar. Setelah mendapat persetujuan barulah dilakukan penelitian dengan menekankan masalah etika penelitian.

Menurut Notoadmodjo (2010) ada beberapa prinsip dan kaidah yang digunakan menyangkut masalah etika pada subyek penelitian, yaitu:

1. Lembar persetujuan (*Informed Consent*)

Diberikan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta dampak yang akan mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Responden yang bersedia diteliti harus menandatangani lembar persetujuan yang sudah disediakan, jika responden tidak bersedia untuk diteliti/menolak, maka peneliti tidak akan memaksakan dan tetap akan menghormati hak-hak responden.

2. *Anonamity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, responden tidak mencantumkan nama untuk format pengumpulan data, cukup dengan memberi nomor kode pada masing-masing lembar tersebut.

3. *Respect for privacy and confidentiality*

Dengan menghargai privasi dan kerahasiaan subjek penelitian. Hendaknya peneliti tidak menampilkan identitas dan kerahasiaan subjek dengan cara menggunakan kode (*coding*) sebagai pengganti identitas responden.

4. *Respect for justice an inclusiveness*

Prinsip keadilan dan keterbukaan dalam menjelaskan prosedur penelitian, subjek penelitian hendaknya mendapatkan perlakuan yang sama, tanpa membedakan golongan, status sosial, agama, etnis dan sebagainya.

5. *Balancing harms and benefits*

Peneliti memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan. Penelitian diharapkan bisa memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi masyarakat secara umum dan meminimalkan dampak yang merugikan pada subyek.

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini berupaya mengungkapkan gambaran tentang kualitas hidup dan tingkat stres penderita ulkus diabetik. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *survey deskriptif* yaitu dengan melakukan survey dan melihat gambaran. Jumlah sampel yang akan diteliti berjumlah 50 responden yang terdiri dari 42 pasien sementara dalam perawatan dan 8 penderita berobat jalan di poli. Adapun data yang diperoleh dari responden adalah sebagai berikut:

1. Karakteristik Demografi

Tabel 3
Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi Penderita Ulkus Diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar Tahun 2013 (n=50)

| Karakteristik Demografi | f | % |
|-------------------------|----|------|
| Umur | | |
| Dewasa | 30 | 60,0 |
| Lansia | 20 | 40,0 |
| Jenis Kelamin | | |
| Laki-laki | 23 | 46,0 |
| Perempuan | 27 | 54,0 |
| Pendidikan | | |
| Tinggi | 11 | 22,0 |
| Rendah | 39 | 78,0 |
| Pekerjaan | | |
| Bekerja | 19 | 38,0 |
| Tidak Bekerja | 31 | 62,0 |
| Status Pernikahan | | |
| Tidak Menikah | 1 | 2,0 |
| Menikah | 39 | 78,0 |
| Janda/ Duda | 10 | 20,0 |
| Jaminan Kesehatan | | |
| Umum | 36 | 72,0 |
| Asuransi | 14 | 28,0 |

Data Primer: 2013

Tabel 3 tentang distribusi responden berdasarkan karakteristik demografi gambaran bahwa lebih dari setengah responden berumur dewasa sebanyak 30 (60,0%), lebih dari setengah responden perempuan sebanyak 27 (54,0%), sebagian besar responden pendidikannya rendah sebanyak 39 (78,0%), lebih dari setengah responden tidak bekerja sebanyak 31 (62,0%), sebagian besar responden menikah sebanyak 39 (78,0%), lebih dari setengah responden jaminan kesehatannya umum sebanyak 36 (72,0%).

2. Domain Kualitas Hidup

Tabel 4

Distribusi Responden Berdasarkan Domain Kualitas Hidup Penderita Ulkus Diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar Tahun 2013 (n=50)

| Domain Kualitas Hidup | f | % |
|------------------------------|----------|----------|
| Domain Psikologi | | |
| Buruk | 41 | 82,0 |
| Kurang Baik | 9 | 18,0 |
| Domain Lingkungan | | |
| Buruk | 1 | 2,0 |
| Kurang Baik | 49 | 98,0 |
| Domain Kesehatan Fisik | | |
| Buruk | 21 | 42,0 |
| Kurang Baik | 28 | 56,0 |
| Baik | 1 | 2,0 |
| Domain Hubungan Sosial | | |
| Buruk | 2 | 4,0 |
| Kurang Baik | 49 | 96,0 |
| Kualitas Hidup | | |
| Sangat Buruk | 6 | 12,0 |
| Buruk | 14 | 28,0 |
| Kurang Baik | 28 | 56,0 |
| Baik | 2 | 4,0 |

Data Primer: 2013

Tabel 4 tentang distribusi responden berdasarkan domain kualitas hidup diperoleh gambaran bahwa dari domain psikologi sebagian besar responden kualitas hidupnya buruk sebanyak 41 (82,0%), dari domain lingkungan sebagian besar responden kualitas hidupnya kurang baik sebanyak 49 (98,0%), dari domain kesehatan fisik lebih dari setengah responden kualitas hidupnya kurang baik sebanyak 28 (56,0,0%), dan dari domain hubungan sosial sebagian besar responden kualitas hidupnya kurang baik sebanyak 49 (98,0%).

3. Kualitas Hidup

Tabel 5

Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Penderita Ulkus Diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar Tahun 2013 (n=50)

| Kualitas Hidup | f | % |
|-----------------------|----------|----------|
| Sangat Buruk | 6 | 12,0 |
| Buruk | 14 | 28,0 |
| Kurang Baik | 28 | 56,0 |
| Baik | 2 | 4,0 |

Data Primer: 2013

Tabel 5 tentang distribusi responden berdasarkan kualitas hidup diperoleh gambaran bahwa kualitas hidup secara umum responden terbanyak kualitas hidupnya kurang baik sebanyak 28 (56,0%).

4. Tingkat Stres

Tabel 6

Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Stres Penderita Ulkus Diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar Tahun 2013 (n=50)

| Tingkat Stres | f | % |
|----------------------|----------|----------|
| Tidak Stres | 4 | 8,0 |
| Stres (Stres Ringan) | 46 | 92,0 |

Data Primer: 2013

Tabel 6 tentang distribusi responden berdasarkan tingkat stres diperoleh gambaran bahwa sebagian besar responden mengalami stress ringan sebanyak 46 (92,0%).

5. Kualitas Hidup berdasarkan Karakteristik

Tabel 7
Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Penderita Ulkus Diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar Tahun 2013 (n=50)

| Karakteristik | Kualitas Hidup | | | | | | | |
|---------------|----------------|------|-------|------|-------------|------|------|------|
| | Sangat Buruk | | Buruk | | Kurang Baik | | Baik | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Umur | | | | | | | | |
| Dewasa | 5 | 16,7 | 8 | 26,7 | 17 | 56,7 | 0 | 0,0 |
| Lansia | 1 | 5,0 | 6 | 30,0 | 11 | 55,0 | 2 | 10,0 |
| Jenis Kelamin | | | | | | | | |
| Laki-Laki | 2 | 8,7 | 8 | 34,8 | 12 | 52,2 | 1 | 4,3 |
| Perempuan | 4 | 14,8 | 6 | 22,2 | 16 | 59,3 | 1 | 3,7 |
| Pendidikan | | | | | | | | |
| Rendah | 4 | 10,3 | 11 | 28,2 | 23 | 59,0 | 1 | 2,6 |
| Tinggi | 2 | 18,2 | 3 | 27,3 | 5 | 45,5 | 1 | 9,1 |
| Pekerjaan | | | | | | | | |
| Tidak Bekerja | 4 | 12,9 | 11 | 35,5 | 14 | 45,2 | 2 | 6,5 |
| Bekerja | 2 | 10,5 | 3 | 15,8 | 14 | 73,7 | 0 | 0,0 |
| Jumlah | 6 | 12,0 | 14 | 28,0 | 28 | 56,0 | 2 | 4,0 |

Data Primer: 2013

Tabel 7 tentang kualitas hidup berdasarkan umur penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar didapatkan bahwa responden lansia lebih banyak kualitas hidupnya buruk (30,0%) dibanding dengan responden dewasa (26,7%).

Kualitas hidup berdasarkan jenis kelamin penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar didapatkan bahwa

responden perempuan lebih banyak kualitas hidupnya kurang baik (59,3%) dibanding dengan responden laki-laki (52,2%).

Kualitas hidup berdasarkan pendidikan penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar didapatkan bahwa responden pendidikannya rendah lebih banyak kualitas hidupnya kurang baik (59,0%) dibanding dengan responden yang pendidikannya tinggi (45,0%).

Kualitas hidup berdasarkan pekerjaan penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar didapatkan bahwa responden tidak bekerja lebih banyak kualitas hidupnya buruk (35,5%) dibanding dengan responden yang bekerja (15,8%).

B. Pembahasan

1. Kualitas Hidup Penderita Ulkus Diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar

Kualitas hidup secara umum dari penelitian ini terbanyak kualitas hidupnya kurang baik sebanyak 28 (56,0%). Penyakit diabetes melitus ini akan menyertai seumur hidup penderita sehingga sangat berpengaruh terhadap penurunan kualitas hidup penderita bila tidak mendapatkan perawatan yang tepat serta mempunyai pengaruh negatif terhadap kualitas hidup penderita walaupun tanpa komplikasi, adapun dampak budaya dari penyakit DM diantaranya keadaan fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

Kualitas hidup merupakan indikator kepuasan hidup yang penting untuk diketahui karena berorientasi pada persepsi seseorang dalam melihat kemampuannya untuk dapat melakukan fungsi dan perannya dalam kehidupan sehari-hari (Leplege & Hunt dalam Wahyuningsih, 2011).

Menurut Browling dalam bukunya “*Research methods in health: inventigating health and health*” dalam Wulandari (2004) kualitas hidup berdasarkan sudut pandang kesehatan adalah kualitas hidup berdasarkan penilaian kesehatan fisik, kondisi psikologis, hubungan sosial dan kondisi lingkungan kesehatan, selain keempat domain tersebut diatas terdapat dua hal yang dinilai tersendiri yaitu kualitas hidup secara umum dan kualitas kesehatan secara umum.

Hasil dari penelitian ini didapatkan bahwa kualitas hidup berdasarkan domain psikologi sebagian besar kualitas hidupnya buruk sebanyak 41 (82,0%). Domain ini meliputi citra tubuh dan penampilan, merasa diri berarti, perasaan negative, perasaan positif, kepuasan diri/Penghargaan diri, spiritual/agama/keyakinan, dan berfikir, belajar, kemampuan memori dan konsentrasi.

Walapun demikian, data dari penelitian ini ditemukan 12,0% yang kualitas hidupnya hanya kurang baik. Hal ini dapat terjadi karena penderita telah memasuki proses *acceptance* dalam proses berduka sehingga mereka lebih menerima kondisi yang dialaminya. Hal ini terlihat dari wawancara peneliti terhadap beberapa pasien yang memandang bahwa saat ini dirinya memiliki kualitas hidup yang baik, dimana meskipun dirinya menderita ulkus diabetik tetap dapat menjalani hidupnya dengan penuh semangat dan motivasi yang tinggi dan menilai bahwa sakit yang dialaminya sebagai bentuk pengurangan dosa-dosanya.

Data kualitas hidup berdasarkan domain lingkungan sebagian besar kualitas hidupnya kurang baik sebanyak 49 (98,0%). Domain lingkungan meliputi sumber daya keuangan, kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan, kesehatan dan pelayanan sosial: kualitas dan aksesibilitas, lingkungan sekitar rumah, kesempatan untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan dalam rekreasi dan aktifitas menyenangkan, lingkungan fisik (polusi/suara/lalu lintas/iklim), dan transportasi.

Ulkus diabetik merupakan salah satu penyakit yang membutuhkan biaya dalam jumlah banyak (mahal). Dan penyakit ini tidak satu atau dua kali kunjungan sudah bisa terobati, karena dalam proses penyembuhannya diperlukan pengobatan jangka lama yang menghabiskan tenaga, waktu dan juga biaya.

Menurut Fitriana dan Ambarini (2012) sumber daya keuangan dan juga transportasi yang berikatan erat dengan penghasilan pasien. Penghasilan merupakan domain utama yang menentukan tingkat kualitas hidup pasien. Dimana jika tidak tersedianya dana yang cukup maka dapat menghambat pasien dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dalam menangani atau mengobati penyakit pasien.

Kualitas hidup yang buruk satu orang berdasarkan domain lingkungan dalam penelitian ini didapatkan pada pasien dewasa, laki-laki, pendidikan rendah, tidak bekerja dengan penghasilan kurang dari satu juta, cara pembayaran umum, serta pada pasien yang telah menikah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Rasjidi (2007) yang mengemukakan bahwa penghasilan rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan penyakit. Kekurangan pemanfaatan pelayanan kesehatan menyebabkan ketidakmampuan membiayai pengobatan atau membayar transportasi.

Kualitas hidup pada penelitian ini berdasarkan domain kesehatan fisik lebih dari setengah responden kualitas hidupnya kurang baik sebanyak 28 (56,0,0%). Domain ini meliputi *Acitivity Daily Living* (ADL), ketergantungan pada obat dan alat bantu medis, energi untuk kehidupan sehari-hari, mobilitas, nyeri dan ketidaknyamanan, kelelahan, istirahat dan tidur, serta kapasitas kerja. Penyakit diabetes mellitus akan menyertai seumur hidup penderita sehingga sangat mempengaruhi terhadap penurunan kualitas hidup penderita bila tidak mendapatkan perawatan yang tepat.

Penderita diabetes mellitus terjadi gangguan berupa kerusakan system saraf, kerusakan sistem saraf (neurophati) dapat dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu kerusakan sistem saraf perifer, kerusakan sistem saraf otonom dan kerusakan sistem saraf motorik. Kerusakan sistem saraf perifer pada umumnya dapat menyebabkan kesemutan, nyeri pada tangan dan kaki, serta berkurangnya sensitivitas atau mati rasa. Kaki yang mati rasa (*insensitivity*) akan berbahaya karena penderita tidak dapat merasakan apa-apa sekalipun kakinya terluka, sehingga pada umumnya penderita diabetes mellitus terlambat untuk menyadari bahwa telah terjadi luka pada

kakinya, hal ini semakin diperparah karena kaki yang terluka tersebut tidak dirawat dan mendapat perhatian serius, serta ditambah dengan adanya gangguan aliran darah ke perifer kaki yang disebabkan karena komplikasi makrovaskular, mengakibatkan luka tersebut sukar untuk sembuh dan akan menjadi borok / ulkus (Soebardi, 2006).

Kualitas hidup berdasarkan domain hubungan sosial dalam penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar responden kualitas hidupnya kurang baik sebanyak 49 (98,0%). Domain hubungan social meliputi hubungan sosial dengan orang lain, dukungan sosial , kehidupan sosial, dan aktifitas sosial.

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Perwitasari (2009) bahwa pendidikan dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Pendidikan yang baik maka pasien akan lebih cepat menangani masalah yang dihadapinya sehingga beberapa perubahan fungsi dari segi fisik, psikologis, dan hubungan sosial bisa teratasi dengan baik.

Kualitas hidup penderita diabetes penting diteliti untuk mengetahui kualitas hidup seseorang, maka dapat membantu petugas kesehatan dalam hal ini perawat yaitu untuk mengetahui keadaan kesehatan pasien sehingga dapat menjadi arah atau patokan dalam menentukan intervensi yang harus diberikan sesuai dengan keadaan klien. Untuk itu perawat harus senantiasa meningkatkan mutu, kualitas dan pengetahuannya, karena tugas pokok dari perawat adalah memberikan asuhan keperawatan demi mempercepat penyembuhan serta meningkatkan kualitas hidup pasien.

a. Kualitas hidup berdasarkan umur

Kualitas hidup berdasarkan umur penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar didapatkan bahwa responden lansia lebih banyak kualitas hidupnya buruk (30,0%) dibanding dengan responden dewasa (26,7%).

Hal ini sejalan dengan penelitian Wexler et al (2006) bahwa peningkatan umur berhubungan dengan penurunan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Begitu juga dengan penelitian Funnel (2008) menyatakan bahwa proses penambahan umur berefek negatif terhadap kualitas hidup pasien DM tipe 2. Senada dengan studi yang dilakukan Boye et al (2007) tentang HRQOL, diyakini bahwa penambahan umur merupakan salah satu prediktor yang signifikan terhadap rendahnya kualitas hidup pasien DM tipe 2.

Disampaikan lagi oleh Sustrani, Alam & Hadibroto (2010) salah satu faktor resiko DM adalah faktor usia. Umumnya manusia mengalami perubahan fisiologis yang menurun dengan cepat setelah usia 40 tahun. DM tipe 2 sering muncul setelah usia lanjut terutama setelah berusia 45 tahun pada mereka yang berat badannya berlebih, sehingga tubuh tidak peka terhadap insulin. Dengan demikian tentunya hal ini akan berkaitan dengan penurunan kualitas hidup.

Menurut Brunner & Suddarth (2002), DM tipe 2 merupakan jenis DM yang paling banyak jumlahnya yaitu sekitar 90-95% dari seluruh penyandang DM dan banyak dialami oleh dewasa diatas 40 tahun. Hal ini disebabkan resistensi insulin pada DM tipe 2 cenderung

meningkat pada lansia (40-65 tahun), disamping adanya riwayat obesitas dan adanya faktor keturunan.

Menurut peneliti, secara normal seiring bertambah usia seseorang terjadi perubahan baik fisik, psikologis bahkan intelektual. Penambahan usia terutama pada usia lanjut akan mengakibatkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimiawi. Hal ini akan menyebabkan kerentanan terhadap suatu penyakit serta bisa menimbulkan kegagalan dalam mempertahankan homeostasis terhadap suatu stress. Kegagalan mempertahankan homeostasis ini, akan menurunkan ketahanan tubuh untuk hidup dan meningkatkan kemudahan munculnya gangguan pada diri individu tersebut.

Terkait dengan pasien DM tipe 2, perubahan fisiologis, anatomis serta biokimiawi yang muncul seiring dengan penambahan usia, akan meningkatkan gangguan toleransi glukosa dan resistensi insulin. Dapat juga dikatakan bahwa gangguan toleransi glukosa meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Hal ini tentunya akan menimbulkan berbagai permasalahan baik fisik, psikologis serta sosial, sehingga akan menimbulkan berbagai keterbatasan yang akan bermuara kepada penurunan kualitas hidup. Selain itu dengan pertambahan usia, berkemungkinan akan berpengaruh terhadap penurunan kemampuan perawatan diri. Penurunan fungsi tubuh yang terjadi, akan berdampak terhadap keterlaksanaan manajemen DM tipe 2, sehingga gangguan kesehatan akan mudah muncul. Hal ini tentunya akan berpengaruh terhadap kondisi kualitas hidup.

b. Kualitas hidup berdasarkan jenis kelamin

Kualitas hidup berdasarkan jenis kelamin penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar didapatkan bahwa responden perempuan lebih banyak kualitas hidupnya kurang baik (59,3%) dibanding dengan responden laki-laki (52,2%). Namun demikian, penelitian ini menunjukkan bahwa perbedaan kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan tidak terlalu signifikan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Chaveponjorn et al (2008) mengenai kualitas hidup dan kepatuhan pasien DM Tipe 2, sebagian mayoritas (78.7 %) adalah perempuan. Demikian pula pada penelitian Gautam et al (2009) tentang *cross sectional study* kualitas hidup pasien DM tipe 2 di India, sebagian besar kurang (65 %) berjenis kelamin perempuan.

Berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian DM pada perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Beberapa faktor resiko, seperti obesitas, kurang aktivitas/latihan fisik, usia dan riwayat DM saat hamil, menyebabkan tingginya kejadian DM pada perempuan (Wu, 2007).

Penelitian Chaveponjorn et al (2008), bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin, umur, sosial ekonomi serta lama diabetes dengan kualitas hidup pasien DM. Begitu juga penelitian yang dilakukan oleh Mandagi (2010) yang menyatakan bahwa jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Selanjutnya Issa & Baiyewu (2006)

dalam penelitiannya tentang kualitas hidup pasien DM tipe 2, bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan rendahnya kualitas hidup pasien. Ditambahkan lagi oleh Reid & Walker (2009) pada penelitiannya membuktikan bahwa salah satu faktor demografi yang tidak berkontribusi terhadap kualitas hidup yang rendah adalah jenis kelamin.

Berbeda dengan penelitian Gautam et al (2009), menyampaikan bahwa jenis kelamin berhubungan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Mayoritas kualitas hidup yang rendah terdapat pada jenis kelamin perempuan. Demikian juga penelitian Wexler et al (2006), didapatkan hasil ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 (p value < 0.0001). Senada dengan penelitian Chyun et al (2006) tentang kualitas hidup pasien DM tipe 2, membuktikan bahwa jenis kelamin berhubungan dengan kualitas hidup, dimana perempuan memiliki kualitas hidup yang rendah dibanding laki-laki. Selanjutnya Rubin (2000), pada penelitiannya tentang kualitas hidup pada pasien DM, bahwa laki-laki pada umumnya memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibanding perempuan.

Asumsi peneliti bahwa laki-laki dan perempuan memiliki kemampuan yang sama dalam menyelesaikan berbagai masalah atau menggunakan coping. Responden laki-laki dan perempuan menyikapi dan berperilaku sesuai dengan yang diharapkan untuk mengelola penyakitnya. Sehingga meskipun jenis kelamin berbeda tetapi tindakan

yang dilakukan dalam mengatasi masalah DM tipe 2 tepat, tentunya kualitas hidup tetap terpelihara dengan baik.

Kemungkinan lain adalah faktor kepatuhan merupakan salah satu hal yang bisa berkontribusi terhadap kualitas hidup. Kepatuhan biasanya cenderung dimiliki oleh perempuan, sehingga pelaksanaan pengobatan dan perawatan berjalan lebih baik. Sementara disatu sisi laki-laki cenderung memiliki kepercayaan diri lebih tinggi dan lebih mampu mengatasi berbagai masalah secara lebih mandiri dengan menggunakan kemampuan yang mereka miliki, termasuk saat mengalami penyakit DM. Berdasarkan hal tersebut perbedaan jenis kelamin tidak menimbulkan perbedaan kualitas hidup.

c. Kualitas hidup berdasarkan pendidikan

Kualitas hidup berdasarkan pendidikan penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar didapatkan bahwa responden pendidikannya rendah lebih banyak kualitas hidupnya kurang baik (59,0%) dibanding dengan responden yang pendidikannya tinggi (45,0%).

Hasil ini sesuai dengan penelitian Wexler et al (2006), menyatakan bahwa pendidikan berhubungan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 (p value < 0.0001). Sejalan dengan penelitian Gautam et al (2009), yang menyampaikan bahwa kualitas hidup yang rendah berhubungan dengan rendahnya pendidikan yang dimiliki pasien DM tipe 2. Begitu juga studi yang dilakukan oleh Issa & Baiyewu (2006), menyimpulkan bahwa pendidikan yang rendah akan

mengakibatkan rendahnya kualitas hidup pasien DM tipe 2. Disampaikan pula oleh Mier et al (2008) bahwa pendidikan berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 (p value = 0.000 α = 0.05). Ditambahkan lagi dengan penelitian Chyun (2006), membuktikan bahwa beberapa faktor demografi berhubungan dengan rendahnya kualitas hidup pasien DM tipe 2, salah satunya adalah faktor pendidikan.

Tingkat pendidikan setiap orang berbeda-beda, sehingga dalam menanggapi suatu hal atau masalah juga akan berbeda. Pendidikan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang. Masyarakat yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi, yang dapat memungkinkan dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapinya, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, berpengalaman, dan mempunyai pikiran yang tepat bagaimana mengatasi kejadian serta akan dapat mengurangi kecemasan (Sapri, 2008 dikutip dalam Siburian, 2012).

Menurut peneliti, pendidikan merupakan faktor penting dalam memahami penyakit, perawatan diri, pengelolaan DM tipe 2 serta pengontrolan gula darah. Pendidikan dalam hal ini terkait dengan pengetahuan. Menurut Souse (2006) pada penelitiannya menemukan adanya perbedaan yang signifikan nilai pengetahuan tentang DM pada pasien yang berpendidikan tinggi dengan rendah. Sehingga dapat dianalisa dengan pendidikan dan pengetahuan yang dimiliki akan memberikan kecenderungan terhadap pengontrolan gula darah, mengatasi gejala yang muncul dengan DM secara tepat serta mencegah

terjadinya komplikasi. Dengan demikian, komplikasi baik mikrovaskuler maupun makrovaskuler yang dapat mengakibatkan terganggunya fungsi fisik, psikologis bahkan sosial, dapat dihindari, sehingga kualitas hidup pasien DM tipe 2 tetap terjaga dengan optimal.

Selain itu pasien dengan pendidikan tinggi akan dapat mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam menghadapi stresor. Hal ini disebabkan karena pemahaman yang baik terhadap suatu informasi, sehingga individu tersebut akan menyikapi dengan positif serta akan mengambil tindakan yang tepat dan bermanfaat untuk dirinya.

d. Kualitas hidup berdasarkan pekerjaan

Kualitas hidup berdasarkan pekerjaan penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar didapatkan bahwa responden tidak bekerja lebih banyak kualitas hidupnya buruk (35,5%) dibanding dengan responden yang bekerja (15,8%).

Penelitian Chaveeponjkamjorn et al (2008), menemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kualitas hidup pasien DM. Begitu juga penelitian Mier et al (2008), menyatakan bahwa pekerjaan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 (p value = 0.220).

Berbeda dengan penelitian Gautam et al (2009), yang menyampaikan bahwa kualitas hidup yang rendah berhubungan dengan rendahnya sosial ekonomi yang banyak ditemukan pada pasien yang tidak bekerja yang dimiliki pasien DM tipe 2. Begitu juga Issa &

Baiyewu (2006), menyatakan bahwa pekerjaan berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Selanjutnya Rubin (2000), membuktikan tidak adanya pekerjaan merupakan prediktor untuk terjadinya kualitas hidup yang rendah pada pasien DM tipe 2.

2. Tingkat Stres Penderita Ulkus Diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar

Hasil dari penelitian ini didapatkan bahwa tingkat stress penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar sebagian besar stress ringan (92,0%). Dampak psikologis dari penyakit diabetes mulai dirasakan oleh penderita sejak ia didiagnosis dokter dan penyakit tersebut telah berlangsung selama beberapa bulan atau lebih dari satu tahun. Penderita mulai mengalami gangguan psikis diantaranya adalah stres pada dirinya sendiri yang berkaitan dengan treatment yang harus dijalani.

Hasil penelitian ini didukung oleh Amelia (2008) yang mengemukakan bahwa diabetes dan stres merupakan dua hal yang saling mempengaruhi baik secara langsung maupun tidak langsung. Stres sangat berpengaruh terhadap penyakit diabetes khususnya terhadap penderita yang mengalami ulkus diabetik. Bila seseorang menghadapi situasi yang menimbulkan stres maka respon stres dapat berupa peningkatan hormon adrenalin yang akhirnya dapat mengubah cadangan glikogen dalam hati menjadi glukosa, Kadar glukosa darah yang tinggi secara terus menerus dapat menyebabkan komplikasi diabetes diantaranya ulkus diabetik.

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Mashun (2004) yang mengemukakan bahwa permasalahan stres pada penderita diabetes juga erat kaitannya dengan cara atau strategi pemecahan masalah (*coping*) yang dilakukan oleh penderita. Menurutnya, *coping* yang dilakukan oleh penderita

diabetes merupakan usaha pasif atau aktif yang dilakukannya dalam menghadapi situasi yang menyebabkan stres.

Menurut Maramis (2004) daya tahan atau penyesuaian individu terhadap stres akan berbeda satu sama lain karena masih akan tergantung pada umur, jenis kelamin, tipe kepribadian, tingkat inteligensi, emosi, status sosial atau pekerjaannya.

Penelitian Vitaliano et al. (2006) menunjukkan bahwa subjek dengan tingkat stresor harian yang tinggi ternyata memiliki kadar gula darah yang lebih tinggi secara signifikan daripada subjek dengan tingkat stresor harian yang lebih rendah. Lebih lanjut Vitaliano mengatakan bahwa tekanan kehidupan dan stresor harian secara positif berhubungan dengan kadar gula darah dan rendahnya kontrol metabolisme. Stresor harian dapat mengurangi kesejahteraan psikologis dalam jangka pendek dan menghasilkan simptom fisik, sehingga stresor harian dapat menghasilkan stres dan memperburuk kesehatan fisik dan psikologis (Serido, Almeida & Wethington, 2004).

Dalam penelitian ini ditemukan 8,0% penderita yang tidak mengalami stress. Hal ini kemungkinan disebabkan karena penderita ulkus diabetik menyadari bahwa sakit yang dideritanya merupakan ujian dari Tuhan yang harus diterima dan dijalani. Penderita tidak lagi stress dan lebih menunjukkan perasaan positifnya dengan lebih banyak bersyukur dan mendekatkan diri pada Tuhan serta mengubah pola pikirnya untuk selalu berpikir positif terhadap kondisi yang dialaminya. Semangat hidup yang tinggi pada kedua subjek akan memberikan efek positif dalam dirinya, bahwa dengan melakukan pengobatan secara teratur mereka dapat sembuh dari sakitnya.

C. Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini, didapatkan keterbatasan dimana penelitian ini bersifat deskriptif sehingga tidak bisa dilakukan eksplorasi lebih lanjut tentang faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien ulkus diabetik. Penelitian ini cakupan wilayah penelitiannya juga kecil. Selain itu, penilaian kualitas hidup dalam penelitian ini hanya dilakukan satu kali, atau frekuensi bertemu dengan pasien tidak secara periodik sehingga perubahan kualitas hidup pasien tidak dapat dimonitor dan dieksplorasi lebih lanjut.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil pengolahan data penelitian yang telah dilakukan diperoleh kesimpulan bahwa :

1. Kualitas hidup penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar lebih dari setengahnya kurang baik (56,0%).
2. Tingkat stress penderita ulkus diabetik di Rumah Sakit Hikmah Makassar sebagian besar stress ringan (92,0%).

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dapat diberikan beberapa saran kepada pihak yang terkait:

1. Bagi pihak terkait dalam hal ini pihak rumah sakit, agar bisa membuat suatu program yang bisa meningkatkan kualitas hidup penderita ulkus diabetik.
2. Bagi tenaga keperawatan diharapkan dapat melakukan pengkajian tentang derajat kualitas hidup penderita ulkus diabetik agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kualitas hidup pasien.
3. Bagi peneliti selanjutnya, agar melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penderita ulkus diabetik.
4. Bagi peneliti agar dapat mengaplikasikan pengetahuannya pada lingkungan pekerjaan kelak sehingga kualitas hidup pasien tetap optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Alvarsson A et all (2012) A retrospective analysis of amputation rates in diabetic patients: can lower extremity amputations be further prevented?, *Cardiovascular Diabetology*, 11:18
- American Diabetes Association. (2007). *Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. Jurnal Ilmiah Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya*, vol 3, diakses pada tanggal 25 Mei 2013.
- Amelia, T (2008). *Strategi coping pengidap diabetes melitus*. Tidak di Publikasikan. Semarang: Universitas Katolik Soegijapranata.
- Boye, K.S., Yurgin, N., Dilla, T., Cordero, L.A., Badia, X., Surinach, N.L., & Perez, P. (2007). Health-related quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus in primary care in Spain: self-reported and proxy assessment using the EQ-5D. *Journal of Medical Economics*, 10 (1), 41-58
- Brunnert & Suddart. (2002). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*, volume 2. EGC: Jakarta.
- Chaveepojnkamjorn ,W., Pichainarong, N., Schelp, F.P., & Mahaweerawat, M.U. (2008). Quality of life and compliance among type 2 diabetic patient. *Southeast Asian Journal Trop Med, Public health*, 39 (2), 328-334
- Clayton, W. (2009). *A Review of The Pathophysiology, Classification, and Treatment of Foot Ulcers in Diabetic Patients*. Januari, 27 2010 melalui ProQuest Health and Medical Complete.
- Drewnowski, A & Evans,WJ. (2001). ‘Nutrition, Physical Activity, and Quality of Life in Older Adults: Summary’, *The Journal of Gerontology*, vol.56A,p.89-94, diakses tanggal 25 Mei 2013, <http://proquest.umi.com.ezproxy.lib.uts.edu/pqdlink?indeks=20928>
- Fitriana N.A. & Ambarini T. K. (2012). *Kualitas hidup pada penderita kanker serviks yang menjalani pengobatan radioterapi. Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*. Vol. 1(2). Surabaya: Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
- Funnel, M.M. (2008) Quality of life and insulin therapy in type 2 diabetes mellitus. *Excerpta Medica Inc*,3 (1), 31-36
- Gautam, Y., Sharma, A.K., Agarwal, A.K., Bhatnagar, M.K., & Trehan, R.R. (2009). A cross sectional study of QOL of diabetic patient at tertiary

care hospital in Delhi. *Indian Journal of Community Medicine*, 34 (4), 346– 350.

Gitarja, W. S. (2008). *Perawatan luka diabetes*. Bogor: Wocare Publishing.

Gultom, Y. T. (2006). *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu*. Jakarta: Fakultas Kedokteran UI.

International Diabetes Federation. (2012). *IDF Diabetes Atlas 5th edition*. 2012update.

Isa B.A., & Baiyewu, O. (2006). Quality of life patient with diabetes mellitus in a Nigerian Teaching Hospital. *Hongkong Journal Psychiatry*, 16, 27 – 33.

Mahsun. (2004). *Bersahabat dengan stres*. Yogyakarta: Prisma Media.

Mandagi, A.M. (2010). Tesis: *Faktor yang Berhubungan dengan Status Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus (Studi di Puskesmas Pakis Kecamatan Sawahan Kota Surabaya*. Tidak dipublikasikan

Mayer, KB. Kurtin,RS., Deoreo,PB, et al. (1992). ‘Health-related quality of life and clinical variables in hemodialysis patient. *The Journal of the American medical Association*, vol 3, p.379-386,.

McInnes, A.D (2012) Diabetic foot disease in the United Kingdom: about time to put feet first, *Journal of Foot and Ankle Research*, 5:26

Mier,N., Alonso, A.B., Zhan, D., Zuniga, M.A., & Acosta, R.I. (2008). Health-related quality of life in a binational population with diabetes at the Texas-Mexico border. *Rev Panam Salud Publica*, 23 (3), 154-163

Misnadiarly. (2006). *Diabetes melitus, ganggren ulcer, infeksi, mengenal segala menanggulangi dan mencegah komplikasi*. Edisi 1. Pustaka Populer: Jakarta.

Nursalam. (2011). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan pedoman skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan*. Edisi 2. Salemba Medika: Jakarta.

Nurachamah, E. (2001). *Nutrisi dalam keperawatan*. Sagung Seto: Jakarta.

Notoatmodjo, S. (2010). *Pengantar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka.

- Nabil, RA. (2009). *Cara mudah mencegah dan mengatasi diabetes melitus*. Yogyakarta: Aulia Publishing.
- PERKENI (2011) *Konsensus Pengendalian dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe2 di Indonesia*, Jakarta
- Potter & Perry.(2005). *Fundamental keperawatan konsep, proses, dan praktek*, Edisi 4. EGC: Jakarta.
- Rasmun. (2004). *Stres, coping dan adaptasi*. Jakarta: Edisi Pertama Sagung Seto.
- Riyanto, B. (2007). *Diabetes melitus ditinjau dari berbagai aspek penyakit dalam*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Reid, M.K.T., & Walker, S.P. (2009). Quality of life in Caribbean youth with diabetes. *West Indian Med Journal*, 58 (3) 1-8
- Rubin, R.R. (2000). Research to Practice Diabetes and quality of life. *Diabetes Spectrum*, 13, 1-21
- Sastroasmoro, (2008). *Dasar-Dasar metodologi penelitian klinis*. Sagung Seto: Jakarta.
- Sriati, A. (2008). *Tinjauan tentang stres*. Tidak di Publikasikan. Jatinagor: Universitas Padjadjaran Jatinagor.
- Souse. (2006). Demographic differences of adult with diabetes mellitus cross-sectional study. *Brazilian Journal of Nursing*, 5 (2)
- Sustrani, L., Alam, S., & Hadibroto, I. (2010). *Diabetes: Informasi lengkap untuk penderita dan keluarganya*. Jakarta: Gramedia Pustaka
- Saraswati, S. (2009). *Diet sehat untuk penyakit asam urat, diabetes, hipertensi dan stroke*. Yogyakarta: A plus Book.
- Serido, J., Almeida, D.M., Wethington, E. (2004). Chronic stressor and daily hassles: Unique and interactive relationship with psychological distress. *Journal of Health & Social Behavior*, 45 (1).
- Thajadi, V. (2002). *Mengenal, mencegah, mengatasi silent killer : Diabetes*. Semarang: Pustaka Widyamara.
- Tambunan. (2006). *Penatalaksanaan diabetes mellitus terpadu*. Jakarta: Fakultas Kedokteran UI.

- Vitaliano, P. P., Scanlan, J. M., Krenz, C., & Fujimoto, W. (1996). Insulin and glucose: Relationship with hassless, anger and hostility in nondiabetic older adults. *Psychosomatic Medicine*, 58, 489-499
- Wahyuningsih, I. (2011). *Hubungan Status Gizi Berdasarkan Pengukuran Antropometri Dengan Kualitas Hidup di Wilaya Kerja Puskesmas Batua Makassar*. Tidak di publikasikan. Makassar: UNHAS
- Wexler, D.J., Grant, R.W., Wittenberg, E., Bosch, J.L., Cagliero, E., Delahanty, L., Blais, M.A., & Meigs, J.B. (2006) *Quality of life person with type 2 diabetes*, *Diabetologia*, 49, 1489-1497
- WHO, Programe on mental Health. (WHOQOL-BREF *Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assesment*. WHO : Geneva, diakses tanggal 25 Mei 2013, http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/.
- WHO. (2004). Quality of Life-Bref (WHO Qol-Bref). Available online. http://www.who.int/sustance_abuse/researc'tools/whoqolbref/en/index.html. diakses tanggal 25 Mei 2013.
- Waspadji, S. (2006). *Telaah mengenai faktor metabolik dan respon imun pada pasien DM tipe 2*. Jakarta: Program Pasca Sarjana UI.
- Wu, S.F.V (2007). *Effectiveness of self management for person with type 2 diabetes following the implementation of a self-efficacy enhancing intervention program in taiwan*. Queensland: Queensland University of Technology
- Yudiarto, K. (2008). Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di Rumah Sakit Umum Daerah Cianjur, *Jurnal Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus*, vol.10(15), p.76-87.
- Yusra, A. (2011). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Pasien Diabetik Tipe II di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta*. Tidak di publikasikan. Jakarta: UI.

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:

Calon Responden

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar:

N a m a : Sarifah. Hakim

N I M : C12112601

Akan mengadakan penelitian dengan judul : “ **Hubungan Tingkat Stres Dengan Kualitas Hidup Penderita Ulkus Diabetik di Ruang Perawatan Rumah Sakit Hikmah Makassar** “.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi Bapak/Ibu sebagai responden. Kerahasiaan Informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Bapak/Ibu tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman/sanksi bagi Bapak/Ibu. Jika Bapak/Ibu telah menjadi responden dan terjadi yang hal-hal yang merugikan, maka Bapak/Ibu diperbolehkan mengundurkan diri untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Apabila Bapak/Ibu menyetujui, maka saya mohon kesediannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang telah saya sediakan.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu sebagai responden, saya ucapkan banyak terima kasih.

Peneliti

Sarifah. Hakim

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilaksanakan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar yang bernama:

Sarifah. Hakim/C12112601

Dengan judul: **“Hubungan Tingkat Stres Dengan Kualitas Hidup Penderita Ulkus Diabetik di Ruang Perawatan Rumah Sakit Hikmah Makassar”**.

Saya memahami penelitian ini dimaksudkan untuk kepentingan ilmiah dalam rangka penyusunan skripsi bagi peneliti dan tidak merugikan saya serta jawaban yang saya berikan akan dijaga kerahasiaannya.

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

Makassar, 2013

Responden

(.....)

Lampiran 1

Nama Responden :

Kode Responden :

Hari/ Tanggal :

**ANALISIS GAMBARAN TINGKAT STRES DAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA ULKUS DIABETIK DI RUANG PERAWATAN
RUMAH SAKIT HIKMAH MAKASSAR**

Pertanyaan Persetujuan Menjadi Responden

Yang bertandatangan di bawah ini saya :

Nama :

Tempat, tanggal lahir :

Umur :

Alamat :

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “ Hubungan Tingkat Stres Dengan Kualitas Hidup Penderita Ulkus Diabetik di Perawatan Rumah Sakit Hikmah Makassar”.

Saya telah memahami bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi saya. Dengan ini saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini . Persetujuan ini saya tanda tangani tanpa ada paksaan dari siapapun dan saya menyatakan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 2013

Nama & Tanda tangan

KUESIONER DATA KARAKTERISTIK

Identitas Responden

A. Umur :

B. Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan

C. Pendidikan : Tidak Tamat SD SMA/Sederajat
 SD/Sederajat Diploma
 SMP/Sederajat Sarjana

D. Status : tidak Menikah menikah Janda/Duda

E. Pekerjaan : Bekerja
 Tidak bekerja

F. Jaminan Kesehatan : Umum Asuransi

KUESIONER WHOQOL-BREF

ANALISIS GAMBARAN TINGKAT STRES DAN KUALITAS HIDUP PENDERITA ULKUS DIABETIK DI RUANG PERAWATAN RUMAH SAKIT HIKMAH MAKASSAR

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 anda menurut anda yang paling sesuai.** Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan, pikiran 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? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Seberapa banyak anda memerlukan pelayanan medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari ? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Seberapa banyak anda menikmati hidup ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Sejauh manakah anda merasa bahwa anda berarti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Seberapa baikkah anda dapat berkonsentrasi ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Seberapa amankah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| | kehidupan sehari-hari anda ? | | | | | |
| 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 tersebut 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 sehari-hari ? | 1 | 2 | 4 | 4 | 5 |
| 14. | Sejauh manakah anda mempunyai kesempatan untuk bertamasya ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| No. | Pertanyaan | Sangat Tidak Baik | Tidak baik | 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| | dengan kemampuan anda untuk melakukan aktivitas kehidupan anda sehari-hari ? | | | | | |
| 18. | Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda bekerja ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Seberapa puaskah anda dengan diri anda ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal/social 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 tempat anda tinggal saat ini ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | Seberapa puaskah anda dengan pelayanan kesehatan ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang anda dapatkan ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Pertanyaan berikut 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 negatif seperti : sedih kecewa , cemas,stres, depresi ? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

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

Sumber : WHO (1996) dikutip dalam yuniarti (2011)

KUESIONER TINGKAT STRES

SKALA DASS 42

ANALISIS GAMBARAN TINGKAT STRES DAN KUALITAS HIDUP PENDERITA ULKUS DIABETIK DI RUANG PERAWATAN RUMAH SAKIT HIKMAH MAKASSAR

Bacalah setiap pernyataan dan tuliskan tanda check list (\checkmark) pada kolom yang tersedia untuk keadaan yang Saudara rasakan dalam 1 minggu terakhir ini.

Keterangan : TP = Tidak pernah saya alami / saya lakukan

KK = Kadang-kadang saya alami / saya lakukan

SR = Sering saya alami / saya lakukan

SL = Selalu saya alami / saya lakukan

| NO | Pertanyaan | TP | KK | SR | SL |
|----|---|----|----|----|----|
| 1. | Saya merasa mudah kecewa | | | | |
| 2. | Saya tidak dapat berfikir positif terhadap segala hal | | | | |
| 3. | Saya kesulitan untuk bersantai | | | | |
| 4. | Saya cenderung bereaksi berlebihan terhadap situasi | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|
| 5. | Saya merasa tidak diharapkan | | | | |
| 6. | Saya merasa sedih dan tertekan | | | | |
| 7. | Saya merasa rendah diri | | | | |
| 8. | Saya merasa mudah tersinggung (sensitif) | | | | |
| 9. | Saya merasa berkeringat (misalnya telapak tangan) tanpa melakukan aktivitas fisik | | | | |
| 10. | Saya merasa takut tanpa alasan yang berarti | | | | |
| 11. | Saya mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas | | | | |
| 12. | Saya tidak bisa menikmati hal-hal yang saya lakukan | | | | |
| 13. | Saya merasa mudah panik | | | | |
| 14. | Saya tidak antusias terhadap apapun | | | | |
| 15. | Saya merasa tidak berharga | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|
| 16. | Saya tidak memiliki harapan di masa depan | | | | |
| 17. | Saya merasa hidup tak berarti | | | | |
| 18. | Saya merasa gelisah | | | | |
| 19. | Saya merasa mudah putus asa | | | | |
| 20. | Saya sering mengalami gemetar | | | | |
| 21. | Saya merasa sulit untuk memulai pekerjaan | | | | |

| No | JK | umur | Pdd | pekerjaan | penghasilan | Status | Biaya | Tingkat stres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | skor | Keterangan |
|----|----|------|-----|-----------|-------------|--------|-------|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|--------------|
| | | | | | | | | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 | P14 | P15 | P16 | P17 | P18 | P19 | P20 | | |
| 1 | P | 36 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 31 | stres ringan |
| 2 | P | 37 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 31 | stres ringan |
| 3 | P | 48 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 30 | stres ringan |
| 4 | L | 48 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 32 | stres ringan |
| 5 | L | 49 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 41 | stres ringan |
| 6 | P | 50 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 38 | stres ringan |
| 7 | L | 37 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 36 | stres ringan |
| 8 | P | 43 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 36 | stres ringan |
| 9 | L | 42 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 36 | stres ringan |
| 10 | L | 50 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 34 | stres ringan |
| 11 | L | 53 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 31 | stres ringan |
| 12 | L | 51 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 36 | stres ringan |
| 13 | L | 51 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 39 | stres ringan |
| 14 | L | 67 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 37 | stres ringan |
| 15 | L | 44 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 33 | stres ringan |
| 16 | P | 52 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 38 | stres ringan |
| 17 | P | 72 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 4 | 42 | stres ringan |
| 18 | P | 40 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 4 | 42 | stres ringan |
| 19 | L | 41 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 33 | stres ringan |
| 20 | L | 65 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 30 | stres ringan |
| 21 | P | 65 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 32 | stres ringan |
| 22 | P | 64 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 36 | stres ringan |
| 23 | L | 73 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 35 | stres ringan |
| 24 | L | 64 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 42 | stres ringan |
| 25 | L | 64 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 36 | stres ringan | |
| 26 | P | 63 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 32 | stres ringan |
| 27 | P | 70 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 28 | Normal |
| 28 | L | 70 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 35 | stres ringan |
| 29 | L | 72 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 32 | stres ringan |
| 30 | L | 49 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 35 | stres ringan |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|
| 31 | L | 47 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 33 | stres ringan |
| 32 | P | 37 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 28 | Normal |
| 33 | P | 36 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 35 | stres ringan |
| 34 | P | 63 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 31 | stres ringan |
| 35 | P | 59 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 32 | stres ringan |
| 36 | P | 57 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 35 | stres ringan |
| 37 | P | 57 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 36 | stres ringan |
| 38 | P | 49 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 34 | stres ringan |
| 39 | L | 72 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 38 | stres ringan |
| 40 | P | 63 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 32 | stres ringan |
| 41 | L | 63 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 40 | stres ringan |
| 42 | P | 61 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 32 | stres ringan |
| 43 | P | 52 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 32 | stres ringan |
| 44 | P | 53 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 30 | stres ringan |
| 45 | P | 55 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 36 | stres ringan |
| 46 | P | 60 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 27 | Normal |
| 47 | L | 63 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 28 | Normal |
| 48 | P | 80 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 41 | stres ringan |
| 49 | L | 49 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 34 | stres ringan |
| 50 | L | 52 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 4 | 42 | stres ringan |

| No | JK | umur | Pdd | pekerjaan | penghasilan | Status | Biaya | Tingkat stres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | skor | Keterangan |
|----|----|------|-----|-----------|-------------|--------|-------|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|--------------|
| | | | | | | | | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 | P14 | P15 | P16 | P17 | P18 | P19 | P20 | | |
| 1 | P | 36 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 31 | stres ringan |
| 2 | P | 37 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 31 | stres ringan |
| 3 | P | 48 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 30 | stres ringan |
| 4 | L | 48 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 32 | stres ringan |
| 5 | L | 49 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 41 | stres ringan |
| 6 | P | 50 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 38 | stres ringan |
| 7 | L | 37 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 36 | stres ringan |
| 8 | P | 43 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 36 | stres ringan |
| 9 | L | 42 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 36 | stres ringan |
| 10 | L | 50 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 34 | stres ringan |
| 11 | L | 53 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 31 | stres ringan |
| 12 | L | 51 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 36 | stres ringan |
| 13 | L | 51 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 39 | stres ringan |
| 14 | L | 67 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 37 | stres ringan |
| 15 | L | 44 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 33 | stres ringan |
| 16 | P | 52 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 38 | stres ringan |
| 17 | P | 72 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 4 | 42 | stres ringan |
| 18 | P | 40 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 4 | 42 | stres ringan |
| 19 | L | 41 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 33 | stres ringan |
| 20 | L | 65 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 30 | stres ringan |
| 21 | P | 65 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 32 | stres ringan |
| 22 | P | 64 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 36 | stres ringan |
| 23 | L | 73 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 35 | stres ringan |
| 24 | L | 64 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 42 | stres ringan |
| 25 | L | 64 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 36 | stres ringan | |
| 26 | P | 63 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 32 | stres ringan |
| 27 | P | 70 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 28 | Normal |
| 28 | L | 70 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 35 | stres ringan |
| 29 | L | 72 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 32 | stres ringan |
| 30 | L | 49 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 35 | stres ringan |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|
| 31 | L | 47 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 33 | stres ringan |
| 32 | P | 37 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 28 | Normal |
| 33 | P | 36 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 35 | stres ringan |
| 34 | P | 63 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 31 | stres ringan |
| 35 | P | 59 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 32 | stres ringan |
| 36 | P | 57 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 35 | stres ringan |
| 37 | P | 57 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 36 | stres ringan |
| 38 | P | 49 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 34 | stres ringan |
| 39 | L | 72 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 38 | stres ringan |
| 40 | P | 63 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 32 | stres ringan |
| 41 | L | 63 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 40 | stres ringan |
| 42 | P | 61 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 32 | stres ringan |
| 43 | P | 52 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 32 | stres ringan |
| 44 | P | 53 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 30 | stres ringan |
| 45 | P | 55 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 36 | stres ringan |
| 46 | P | 60 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 27 | Normal |
| 47 | L | 63 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 28 | Normal |
| 48 | P | 80 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 41 | stres ringan |
| 49 | L | 49 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 34 | stres ringan |
| 50 | L | 52 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 4 | 42 | stres ringan |

Warning # 849 in column 23. Text: in_ID

Frequencies

| | | Notes | |
|------------------------|--------------------------------|---|----------------------|
| Output Created | | | 05-FEB-2014 09:23:54 |
| Comments | | | |
| Input | Data | D:\Skripsi & Proposal ku\13 Ipa Kualitas Hidup\Data Ipa.sav | |
| | Active Dataset | DataSet1 | |
| | Filter | <none> | |
| | Weight | <none> | |
| | Split File | <none> | |
| | N of Rows in Working Data File | | 50 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. | |
| | Cases Used | Statistics are based on all cases with valid data. | |
| Syntax | | FREQUENCIES VARIABLES=umurkatg Jeniskelamin pendidikan pekerjaan status biaya tingkatstres1 psikologi1 lngkungan1 kesehatanFisk1 hubunganSosial1 kualitasUmum1 /ORDER=ANALYSIS. | |
| | | | |
| Resources | Processor Time | | 00:00:00,05 |
| | Elapsed Time | | 00:00:00,05 |

Statistics

| | | Umur | Jenis Kelamin | Pendidikan | Pekerjaan | Status Pernikahan | Jaminan Kesehatan | Tingkat Stre |
|---|---------|------|---------------|------------|-----------|-------------------|-------------------|--------------|
| N | Valid | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Frequency Table

Umur

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Dewasa | 30 | 60.0 | 60.0 | 60.0 |
| | Lansia | 20 | 40.0 | 40.0 | 100.0 |
| | Total | 50 | 100.0 | 100.0 | |

Jenis Kelamin

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Laki-laki | 23 | 46.0 | 46.0 | 46.0 |
| | Perempuan | 27 | 54.0 | 54.0 | 100.0 |
| | Total | 50 | 100.0 | 100.0 | |

Pendidikan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Rendah | 39 | 78.0 | 78.0 | 78.0 |
| | Tinggi | 11 | 22.0 | 22.0 | 100.0 |
| | Total | 50 | 100.0 | 100.0 | |

Pekerjaan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Tidak Bekerja | 31 | 62.0 | 62.0 | 62.0 |
| | Bekerja | 19 | 38.0 | 38.0 | 100.0 |
| | Total | 50 | 100.0 | 100.0 | |

Status Pernikahan

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Tidak menikah | 1 | 2.0 | 2.0 |
| | Menikah | 39 | 78.0 | 80.0 |
| | Janda/ Duda | 10 | 20.0 | 100.0 |
| | Total | 50 | 100.0 | 100.0 |

Jaminan Kesehatan

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Umum | 36 | 72.0 | 72.0 |
| | Asuransi | 14 | 28.0 | 100.0 |
| | Total | 50 | 100.0 | 100.0 |

Tingkat Stress

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Tidak Stres | 4 | 8.0 | 8.0 |
| | Stres Ringan | 46 | 92.0 | 100.0 |
| | Total | 50 | 100.0 | 100.0 |

Domain Psikologi

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Buruk | 41 | 82.0 | 82.0 |
| | Kurang Baik | 9 | 18.0 | 100.0 |
| | Total | 50 | 100.0 | 100.0 |

Domain Lingkungan

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Buruk | 1 | 2.0 | 2.0 |
| | Kurang Baik | 49 | 98.0 | 100.0 |
| | Total | 50 | 100.0 | 100.0 |

Domain Kesehatan Fisik

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Buruk | 21 | 42.0 | 42.0 |
| | Kurang Baik | 28 | 56.0 | 98.0 |
| | Baik | 1 | 2.0 | 100.0 |
| | Total | 50 | 100.0 | 100.0 |

Domain Hubungan Sosial

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Buruk | 2 | 4.0 | 4.0 |
| | Kurang Baik | 48 | 96.0 | 100.0 |
| | Total | 50 | 100.0 | 100.0 |

Kualitas Hidup

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sangat Buruk | 6 | 12.0 | 12.0 |
| | Buruk | 14 | 28.0 | 40.0 |
| | Kurang Baik | 28 | 56.0 | 96.0 |
| | Baik | 2 | 4.0 | 100.0 |
| | Total | 50 | 100.0 | 100.0 |

Crosstabs

Notes

| | | |
|------------------------|--------------------------------|--|
| Output Created | 05-FEB-2014 09:24:32 | |
| Comments | | |
| Input | Data | D:\Skripsi & Proposal ku\13 Ipa Kualitas Hidup\Data Ipa.sav |
| | Active Dataset | DataSet1 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| Missing Value Handling | N of Rows in Working Data File | 50 |
| | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| Syntax | Cases Used | Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table. CROSSTABS /TABLES=umurkatg Jeniskelamin pendidikan pekerjaan status tingkatstres1 BY kualitasUmum1 /FORMAT=AVALUE TABLES /CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL /COUNT ROUND CELL. |
| | Processor Time | 00:00:00,19 |
| Resources | Elapsed Time | 00:00:00,20 |
| | Dimensions Requested | 2 |
| | Cells Available | 174762 |

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|------------------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Umur * Kualitas Hidup | 50 | 100.0% | 0 | 0.0% | 50 | 100.0% |
| Jenis Kelamin * Kualitas Hidup | 50 | 100.0% | 0 | 0.0% | 50 | 100.0% |
| Pendidikan * Kualitas Hidup | 50 | 100.0% | 0 | 0.0% | 50 | 100.0% |
| Pekerjaan * Kualitas Hidup | 50 | 100.0% | 0 | 0.0% | 50 | 100.0% |
| Status Pernikahan * Kualitas Hidup | 50 | 100.0% | 0 | 0.0% | 50 | 100.0% |
| Tingkat Stress * Kualitas Hidup | 50 | 100.0% | 0 | 0.0% | 50 | 100.0% |

Umur * Kualitas Hidup Crosstabulation

| | | Kualitas Hidup | | | | Total |
|--------|-------------------------|----------------|--------|-------------|--------|--------|
| | | Sangat Buruk | Buruk | Kurang Baik | Baik | |
| Umur | Count | 5 | 8 | 17 | 0 | 30 |
| | % within Umur | 16.7% | 26.7% | 56.7% | 0.0% | 100.0% |
| | % within Kualitas Hidup | 83.3% | 57.1% | 60.7% | 0.0% | 60.0% |
| | % of Total | 10.0% | 16.0% | 34.0% | 0.0% | 60.0% |
| | Count | 1 | 6 | 11 | 2 | 20 |
| | % within Umur | 5.0% | 30.0% | 55.0% | 10.0% | 100.0% |
| Lansia | % within Kualitas Hidup | 16.7% | 42.9% | 39.3% | 100.0% | 40.0% |
| | % of Total | 2.0% | 12.0% | 22.0% | 4.0% | 40.0% |
| | Count | 6 | 14 | 28 | 2 | 50 |
| Total | % within Umur | 12.0% | 28.0% | 56.0% | 4.0% | 100.0% |
| | % within Kualitas Hidup | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| | % of Total | 12.0% | 28.0% | 56.0% | 4.0% | 100.0% |

Jenis Kelamin * Kualitas Hidup Crosstabulation

| | | Kualitas Hidup | | | | Total |
|---------------|-------------------------|----------------|-------|-------------|-------|--------|
| | | Sangat Buruk | Buruk | Kurang Baik | Baik | |
| Jenis Kelamin | Count | 2 | 8 | 12 | 1 | 23 |
| | % within Jenis Kelamin | 8.7% | 34.8% | 52.2% | 4.3% | 100.0% |
| | % within Kualitas Hidup | 33.3% | 57.1% | 42.9% | 50.0% | 46.0% |
| | % of Total | 4.0% | 16.0% | 24.0% | 2.0% | 46.0% |
| Perempuan | Count | 4 | 6 | 16 | 1 | 27 |
| | % within Jenis Kelamin | 14.8% | 22.2% | 59.3% | 3.7% | 100.0% |

| | | | | | | |
|-------|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Total | % within Kualitas Hidup | 66.7% | 42.9% | 57.1% | 50.0% | 54.0% |
| | % of Total | 8.0% | 12.0% | 32.0% | 2.0% | 54.0% |
| | Count | 6 | 14 | 28 | 2 | 50 |
| | % within Jenis Kelamin | 12.0% | 28.0% | 56.0% | 4.0% | 100.0% |
| | % within Kualitas Hidup | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| | % of Total | 12.0% | 28.0% | 56.0% | 4.0% | 100.0% |

Pendidikan * Kualitas Hidup Crosstabulation

| | | Kualitas Hidup | | | | Total | | |
|------------|--------|-------------------------|--------|-------------|--------|--------|--------|----|
| | | Sangat Buruk | Buruk | Kurang Baik | Baik | | | |
| Pendidikan | Rendah | Count | 4 | 11 | 23 | 1 | 39 | |
| | | % within Pendidikan | 10.3% | 28.2% | 59.0% | 2.6% | 100.0% | |
| | | % within Kualitas Hidup | 66.7% | 78.6% | 82.1% | 50.0% | 78.0% | |
| | | % of Total | 8.0% | 22.0% | 46.0% | 2.0% | 78.0% | |
| | | Tinggi | Count | 2 | 3 | 5 | 1 | 11 |
| | | % within Pendidikan | 18.2% | 27.3% | 45.5% | 9.1% | 100.0% | |
| Total | | % within Kualitas Hidup | 33.3% | 21.4% | 17.9% | 50.0% | 22.0% | |
| | | % of Total | 4.0% | 6.0% | 10.0% | 2.0% | 22.0% | |
| | | Count | 6 | 14 | 28 | 2 | 50 | |
| | | % within Pendidikan | 12.0% | 28.0% | 56.0% | 4.0% | 100.0% | |
| | | % within Kualitas Hidup | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |
| | | % of Total | 12.0% | 28.0% | 56.0% | 4.0% | 100.0% | |

Pekerjaan * Kualitas Hidup Crosstabulation

| | | Kualitas Hidup | | | | Total | | |
|-----------|---------------|-------------------------|--------|-------------|--------|--------|--------|----|
| | | Sangat Buruk | Buruk | Kurang Baik | Baik | | | |
| Pekerjaan | Tidak Bekerja | Count | 4 | 11 | 14 | 2 | 31 | |
| | | % within Pekerjaan | 12.9% | 35.5% | 45.2% | 6.5% | 100.0% | |
| | | % within Kualitas Hidup | 66.7% | 78.6% | 50.0% | 100.0% | 62.0% | |
| | | % of Total | 8.0% | 22.0% | 28.0% | 4.0% | 62.0% | |
| | | Bekerja | Count | 2 | 3 | 14 | 0 | 19 |
| | | % within Pekerjaan | 10.5% | 15.8% | 73.7% | 0.0% | 100.0% | |
| Total | | % within Kualitas Hidup | 33.3% | 21.4% | 50.0% | 0.0% | 38.0% | |
| | | % of Total | 4.0% | 6.0% | 28.0% | 0.0% | 38.0% | |
| | | Count | 6 | 14 | 28 | 2 | 50 | |
| | | % within Pekerjaan | 12.0% | 28.0% | 56.0% | 4.0% | 100.0% | |
| | | % within Kualitas Hidup | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |
| | | % of Total | 12.0% | 28.0% | 56.0% | 4.0% | 100.0% | |

Status Pernikahan * Kualitas Hidup Crosstabulation

| | | Kualitas Hidup | | | | Total | |
|-------------------------|---------------|----------------------------|--------|-------------|--------|--------|--------|
| | | Sangat Buruk | Buruk | Kurang Baik | Baik | | |
| Status Pernikahan | Tidak menikah | Count | 0 | 0 | 1 | 0 | 100.0% |
| | | % within Status Pernikahan | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 2.0% |
| | | % within Kualitas Hidup | 0.0% | 0.0% | 3.6% | 0.0% | 2.0% |
| | Menikah | Count | 6 | 10 | 22 | 1 | 100.0% |
| | | % within Status Pernikahan | 15.4% | 25.6% | 56.4% | 2.6% | 78.0% |
| | | % within Kualitas Hidup | 100.0% | 71.4% | 78.6% | 50.0% | 78.0% |
| | Janda/ Duda | Count | 0 | 4 | 5 | 1 | 100.0% |
| | | % within Status Pernikahan | 0.0% | 40.0% | 50.0% | 10.0% | 20.0% |
| | | % within Kualitas Hidup | 0.0% | 28.6% | 17.9% | 50.0% | 20.0% |
| | Total | % of Total | 0.0% | 8.0% | 10.0% | 2.0% | 100.0% |
| | | Count | 6 | 14 | 28 | 2 | 100.0% |
| | | % within Status Pernikahan | 12.0% | 28.0% | 56.0% | 4.0% | 100.0% |
| % within Kualitas Hidup | | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |
| | % of Total | 12.0% | 28.0% | 56.0% | 4.0% | 100.0% | |

Tingkat Stress * Kualitas Hidup Crosstabulation

| | | Kualitas Hidup | | | | Total | |
|----------------|-------------|-------------------------|-------|-------------|-------|-------|--------|
| | | Sangat Buruk | Buruk | Kurang Baik | Baik | | |
| Tingkat Stress | Tidak Stres | Count | 0 | 2 | 2 | 0 | 4 |
| | | % within Tingkat Stress | 0.0% | 50.0% | 50.0% | 0.0% | 100.0% |

| | | | | | | |
|--------------|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | % within Kualitas Hidup | 0.0% | 14.3% | 7.1% | 0.0% | 8.0% |
| | % of Total | 0.0% | 4.0% | 4.0% | 0.0% | 8.0% |
| | Count | 6 | 12 | 26 | 2 | 46 |
| Stres Ringan | % within Tingkat Stress | 13.0% | 26.1% | 56.5% | 4.3% | 100.0% |
| | % within Kualitas Hidup | 100.0% | 85.7% | 92.9% | 100.0% | 92.0% |
| | % of Total | 12.0% | 24.0% | 52.0% | 4.0% | 92.0% |
| | Count | 6 | 14 | 28 | 2 | 50 |
| Total | % within Tingkat Stress | 12.0% | 28.0% | 56.0% | 4.0% | 100.0% |
| | % within Kualitas Hidup | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| | % of Total | 12.0% | 28.0% | 56.0% | 4.0% | 100.0% |

The LOCALE subcommand of the SET command has an invalid parameter. It could not be mapped to a valid backend locale.

The LOCALE subcommand of the SET command has an invalid parameter. It could not be mapped to a valid backend locale.