

SKRIPSI

**HUBUNGAN FASE BERDUKA DENGAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI RUMAH SAKIT
PENDIDIKAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

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



Oleh:

FILDA AWLIYA AL GAZALI

C121 13 302

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2019

Halaman Persetujuan

Skripsi dengan judul:

**HUBUNGAN FASE BERDUKA DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA
DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN UNIVERSITAS
HASANUDDIN**


disusun dan diajukan oleh:

**FILDA AWLIYA AL GAZALI
CI2113302**

disetujui untuk diseminarkan di dapan Tim Penguji Akhir Skripsi Program Studi Sarjana
Keperawatan Fakultas Universitas Hasanuddin

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



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

Pembimbing II



Hapsah, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui,
Dekan Fakultas Keperawatan
Program Studi Sarjana Keperawatan



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep., M.Si

NIP. 19680421 200101 2 002

Halaman Pengesahan

**HUBUNGAN FASE BERDUKA DENGAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI RUMAH SAKIT
PENDIDIKAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir
Pada**

**Hari/ Tanggal: Rabu/15 Agustus 2018
Pukul : 10.00 WITA
Tempat : Lantai 4 GA 405**

Disusun Oleh :

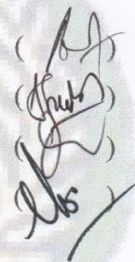
**FILDA AWLIYA AL GAZALI
C12113302**

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Pembimbing I : Andriani, S.Kep.,Ns.,M.Kes
Pembimbing II : Hapsah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Penguji I : Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si
Penguji II : Abd. Majid, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB



Mengetahui,

**Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**



Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Si
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Filda Awliya Al Gazali

Nomor Mahasiswa : C121 13 302

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis dengan judul “HUBUNGAN FASE BERDUKA DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN UNIVERSITAS HASANUDDIN” ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan yang tidak terpuji tersebut.

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

Makassar, 15 Agustus 2018

Yang membuat pernyataan

Filda Awliya Al Gazali

KATA PENGANTAR

Tiada kata yang pantas penulis lafaskan kecuali ucapan puji dan syukur kehadirat Allah *subhanah wa taala* atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “**Hubungan Fase Berduka dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin**” guna memenuhi syarat dalam penyelesaian studi mata kuliah skripsi. Shalawat serta salam senantiasa tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW yang telah mengantarkan manusia dari alam kegelapan menuju alam yang terang-benderang.

Penyusunan skripsi ini tentunya menuai banyak hambatan dan kesulitan sejak awal hingga akhir penyusunan. Namun berkat bimbingan, bantuan, dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya hambatan dan kesulitan yang dihadapi peneliti dapat diatasi. Pada kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA, selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang senantiasa selalu mengusahakan dalam membangun serta memberikan fasilitas terbaik di Universitas Hasanuddin
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Si selaku Ketua Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan.

4. Andriani, S.kep.,Ns.,M.Kes dan Hapsah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang selalu sabar dan senantiasa memberi masukan, arahan-arahan dalam penyempurnaan penulisan skripsi ini.
5. Seluruh dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Hasanuddin Makassar.
6. Kedua orangtua, saudara-saudara, serta seluruh keluarga yang selalu memberi doa dan dukungan baik berupa dukungan moril maupun dukungan materi dalam penyusunan skripsi ini.
7. Teman angkatan 2013 (FIBRINOGEN) terima kasih atas kebersamaan, dukungan, dan motivasi selama skripsi ini.
8. Sahabat saya (Zulfiani, Sahra, Rasti, Dian Sulasti, Andi Sri Ayunita, Raras, Ria, Dina, Hardi Yanta, Suryanti dan lainnya), terima kasih atas dukungan, motivasi, dan bantuannya setiap saat.
9. Nani dan Desy yang selalu menemani dan memberi dukungan.
10. Keluarga Ilmiki Bersinergi yang selalu memberikan motivasi.
11. Teman dekat saya (Eka Ismaniar, Mawar, Suly, Ayu Hartina, Suryanti, La Ode Muhammad Suyatno, Gani, Said) yang dengan kerendahan hati mengajari dan menemani selama proses penyusunan skripsi ini.
12. Seluruh pihak yang tidak disebutkan dan telah memberi bantuan dalam penyusunan proposal penelitian ini.

Dari semua bantuan dan bimbingan yang telah diberikan, penulis tentunya tidak dapat memberikan balasan yang setimpal kecuali berdoa semoga Allah

subhanah wa taala senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada Hamba-Nya yang senantiasa membantu sesamanya .

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati menyadari bahwa peneliti hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam penyusunan proposal penelitian ini. Peneliti senantiasa mengharapkan masukan yang konstruktif sehingga peneliti dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf.

Makassar, Agustus 2018

Peneliti

ABSTRAK

Filda Awliya Al Gazali. C12113302. **HUBUNGAN FASE BERDUKA DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**, Andriani dan Hapsah.

Latar Belakang: Diabetes mellitus tipe 2 merupakan salah satu masalah kesehatan terbesar di dunia. Di Indonesia jumlah penderita penyakit diabetes mellitus tipe 2 terus bertambah setiap tahunnya. Penyakit diabetes mellitus tipe 2 dapat memengaruhi aspek-aspek kehidupan personal, sosial, fisik, dan psikologi. Dampak yang ditimbulkan dapat memengaruhi kondisi mental yang tidak sehat. Hal ini dapat menimbulkan masalah emosional (psikologis) yang ditunjukkan dengan terjadinya proses atau fase berduka. Respon psikologis atau fase berduka yang dialami oleh penderita diabetes mellitus tipe 2 dapat memengaruhi kualitas hidup mereka.

Tujuan: untuk mengetahui hubungan antara fase berduka dengan kualitas hidup penderita diabetes mellitus tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Hasanuddin.

Metode: Desain Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan model pendekatan *Cross Sectional*. Pengukuran pada penelitian ini menggunakan lembar kuesioner dengan skala *likert*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive Sampling* dan diperoleh jumlah sampel pada penelitian adalah 71 orang. Uji statistik yang digunakan yaitu uji spearman dengan tingkat kemaknaan $p\text{-value} = 0.000$

Hasil: Pada penelitian ini diperoleh hasil yaitu ada hubungan antara fase berduka dengan kualitas hidup pada penderita diabetes mellitus tipe 2 dengan jumlah dari 71 responden ada 9 orang yang berada pada fase menyangkal, 2 orang berada pada fase marah, 1 orang berada pada fase tawar menawar, 1 orang berada pada fase depresi, dan mayoritas responden berada pada fase penerimaan yaitu sebanyak 58 responden. Hasil kualitas hidup responden, terdapat 68 orang (95,8%) memiliki kualitas hidup yang tinggi dan 3 orang (4,2%) memiliki kualitas hidup rendah.

Kesimpulan dan saran: Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara fase berduka dengan kualitas hidup penderita diabetes mellitus tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin. Penelitian ini diharapkan bisa dilanjutkan dengan menggunakan metode kualitatif untuk bisa memperdalam lagi pengkajian tentang fase berduka serta kualitas hidup seseorang yang menderita diabetes mellitus tipe 2.

Kata Kunci: Fase Berduka, Kualitas Hidup, Diabetes Mellitus Tipe 2

Sumber Literatur: 38 kepustakaan (1998-2017)

ABSTRACT

Filda Awliya Al Gazali. C12113302. **THE RELATIONSHIP BETWEEN THE GRIEVING PHASE AND QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH TIPE 2 DIABETES MELLITUS IN HOSPITAL OF HASANUDDIN UNIVERSITY**

Background: Type 2 diabetes mellitus is one of the biggest health problems in the world. In Indonesia, the number of patients with type 2 diabetes mellitus continues to grow every year. Type 2 diabetes mellitus can affect aspects of personal, social, physical, and psychological life. Dampak yang ditimbulkan dapat mempengaruhi kondisi mental yang tidak sehat. This can cause emotional (psychological) problems as indicated by the grieving process. Psychological responses or grieving phases experienced by patients with type 2 diabetes mellitus can affect their quality of life.

Purpose: To know the relationship between the grieving phase and quality of life patients with tipe 2 diabetes mellitus in hospital of Hasanuddin University.

Method: Research design use quantitative method with cross sectional. Measuring in this research use questionnaire with likert scale. Sampling techniques use purposive sampling and the result is 71 person. According statistic experiment that use spearman test with degree $p\text{-value} = 0.000$

Result: In this study, the results showed that there was a relationship between the grieving phase and the quality of life of type 2 diabetes mellitus with the number of 71 respondents there were 9 people who were in the phase of denying, 2 people were in the angry phase, 1 person lived in the bargaining phase, 1 person was in the depression phase, and 58 respondents in the acceptance phase. The results of the respondents' quality of life, there were 68 people (95,8%) had a high quality of life and 3 people (4,2%) had a low quality of life.

Conclusions and recommendations: Based on the results of the study it can be concluded that there is a relationship between grieving phase and the quality of life patients with tipe 2 diabetes mellitus in hospital of Hasanuddin University. This research is expected to be continued by using qualitative methods to deepen the study of the grieving phase and the quality of life patients with tipe 2 diabetes mellitus.

Keywords: Grieving Phase, Quality of Life, Tipe 2 Diabetes Mellitus

Literature resource: 38 literature (1997-2017)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Diabetes Melitus	8
B. Fase Berduka.....	13
C. Kualitas Hidup	18
BAB III KERANGKA KONSEP	22
A. Kerangka Konsep.....	22
B. Hipotesis Penelitian	23
BAB IV METODE PENELITIAN	24
A. Desain Penelitian	24
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	24
C. Populasi dan Sampel	25
D. Alur Penelitian	27
E. Variabel Penelitian.....	28
F. Instrumen Penelitian	29
G. Metode Pengambilan Data.....	31

H. Pengolahan dan Analisa Data	31
I. Etika Penelitian	33
BAB V	35
HASIL DAN PEMBAHASAN	35
A. Hasil penelitian	35
B. Pembahasan.....	41
C. Keterbatasan Penelitian.....	49
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	50
A. Kesimpulan	50
B. Saran	50
DAFTAR PUSTAKA	52
Lampiran 1	56
Lampiran 2	57
Lampiran 3	58
Lampiran 4	64
Lampiran 5	81
Lampiran 6	97
Lampiran 7	101

DAFTAR TABEL

- Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Lama Menderita, dan Komplikasi Responden di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin
- Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Agama, Suku, Pendidikan Terakhir, Status Pernikahan, Pekerjaan, Penghasilan, dan Komplikasi di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin Makassar
- Tabel 5.3 Distribusi Fase Berduka Responden di Rumah Sakit Pendidikan Universitas
- Tabel 5.4 Distribusi Kualitas Hidup Responden di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin Makassar
- Tabel 5.5 Hubungan Fase Berduka dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
Lampiran 2	LEMBAR <i>CONCENT</i>
Lampiran 3	KUESIONER
Lampiran 4	VALIDITAS DAN RELIABILITAS
Lampiran 5	MASTER TABEL
Lampiran 6	ANALISA DATA
Lampiran 7	ETIK

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seiring dengan perkembangan zaman, banyak perubahan gaya hidup yang cenderung meninggalkan pola hidup sehat. Pola hidup yang tidak sehat dapat menyebabkan gangguan metabolik dan gangguan pada kelenjar endokrin dan menimbulkan berbagai penyakit, mulai dari malnutrisi, gondok, diabetes, gangguan jantung, hipertensi, hingga tumor ganas pada sistem pencernaan. Salah satu gangguan metabolik dan endokrin yang banyak terjadi yaitu diabetes yang merupakan masalah kesehatan pada masyarakat di berbagai negara (Black & Hawks, 2014).

Hingga saat ini penyakit Diabetes Mellitus (DM) masih merupakan salah satu masalah kesehatan dunia terbesar. Setiap tahun semakin banyak orang yang menderita diabetes dan mengakibatkan komplikasi yang dapat mengubah kehidupan penderitanya. Diperkirakan sebanyak 415 juta orang dewasa menderita penyakit diabetes dan sebanyak 318 juta orang dewasa memiliki gangguan toleransi glukosa yang berisiko tinggi akan menyebabkan semakin berkembangnya penyakit di masa mendatang. Diabetes tipe 2 adalah diabetes yang paling banyak dialami oleh penduduk dunia yaitu sekitar 91% dari jumlah seluruh penderita diabetes dan semakin meningkat seiring dengan perkembangan sosial dan budaya. Di wilayah Asia Tenggara, sebanyak 8,5% (6,8-10,8%) orang dewasa

menderita penyakit diabetes atau setara dengan 78,3 (62,9-100,4) juta jiwa (International Diabetes Federation, 2015).

Di Indonesia, data Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2013) menunjukkan bahwa terjadi peningkatan prevalensi diabetes di Indonesia dari 5,7% pada tahun 2007 menjadi 6,9% pada tahun 2013 atau sekitar 9,1 juta. Sedangkan Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) menyebutkan bahwa dari hasil *Data Sample Registration Survey* tahun 2014 menunjukkan bahwa diabetes melitus tipe 2 merupakan penyebab kematian terbesar nomor 3 di Indonesia dengan persentase sebesar 6,7%, setelah Stroke (21,1%) dan penyakit Jantung Koroner (12,9%).

Penyakit diabetes mellitus di Kota Makassar menempati urutan keempat dari sepuluh penyebab utama kematian pada tahun 2013 dengan jumlah sebanyak 217 kasus (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2013). Di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin, jumlah rata-rata pasien rawat jalan penderita diabetes mellitus tipe 2 pada tahun 2016 di poliklinik interna sebanyak 182 pasien per bulan. Sedangkan pada triwulan pertama tahun 2017 jumlah pasien rawat jalan penderita diabetes tipe 2 sebanyak 724 pasien atau rata-rata perbulan sebanyak 241 pasien.

Diabetes melitus tipe 2 merupakan gangguan metabolisme yang akan dialami seumur hidup bagi penderitanya. Penyakit ini tidak dapat disembuhkan namun dapat dikontrol kadar gula darahnya agar tetap normal (<150 mg/dL) dengan upaya pengelolaan atau manajemen diabetes

(Fatimah, 2015).Manajemen diabetes tidaklah cukup, diperlukan pendekatan psikologis untuk mendampingi. Hal ini dikarenakan reaksi psikologis penderita seperti sedih, cemas, putus asa, marah, ataupun stress berpengaruh terhadap fluktuasi kadar glukosa dalam darah penderita walaupun sudah diusahakan suatu manajemen diabetes yang baik. (Rakhmawaty, Afiatin, Indahria, & Rini, 2011).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Penckofer et al., (2007) menemukan bahwa penderita DM menjalani perubahan situasi kesehatan dan mengalami masalah dalam pengendalian kadar gula darah mereka. Hal tersebut mengakibatkan penderita DM membatasi aktivitas mereka. Pembatasan diri dapat mengakibatkan penderita diabetes menghindari kehidupan sosial yang dapat memicu kecemasan, mempercepat marah, dan depresi. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Kusumadewi, 2011) bahwa munculnya gejala yang diakibatkan kadar gula darah yang tidak terkontrol dapat mengganggu aktivitas individu sehari-hari dan menurunkan fungsi individu secara keseluruhan baik fungsi fisik, psikologis dan sosial Individu dengan diabetes akan merasa energinya berkurang. Sehingga mudah lelah dalam melakukan aktivitas sehari-hari, dan menyebabkan aktivitas fisik serta peran dan tanggungjawabnya menjadi berkurang. Selain fungsi fisik yang terganggu, perasaan cemas, dan mudah tersinggung juga menimbulkan keterbatasan dalam aktivitas sosial.

Dari beberapa penelitian diatas dapat dilihat bahwa penyakit diabetes mellitus tipe 2 mempengaruhi aspek-aspek kehidupan personal, sosial, pekerjaan, fisik, psikologis, ketergantungan dengan orang lain, dan ketergantungan secara ekonomi serta gangguan afektif lainnya. Dampak yang ditimbulkan menyebabkan si penderita berada dalam kondisi mental yang tidak sehat. Kondisi tersebut dirasakan sebagai bentuk kekecewaan atau krisis yang dialami oleh penderita. Tekanan-tekanan inilah yang berpeluang menimbulkan masalah emosional (psikologis) yang ditunjukkan dengan terjadinya proses atau fase berduka.

Kubler-Ross (1969) dalam Potter & Perry (2005) menyatakan respon berduka berorientasi pada perilaku dan menyangkut kedalam 5 fase yaitu menyangkal (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bargaining*), depresi (*depression*), dan penerimaan (*acceptance*). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Tristiana (2016) bahwa sejak awal mengetahui diagnosa terkena DM tipe 2, pasien DM tipe 2 akan mengalami respons kehilangan melalui lima tahapan. Perasaan kehilangan ini kembali terjadi secara fluktuatif dan berulang meskipun pasien DM tipe 2 telah mencapai tahapan menerima yaitu pada saat pasien DM tipe 2 menemui suatu keadaan yang menyebabkan kembali perasaan kehilangan tersebut.

Menurut Kusumadewi (2011) fase berduka menyebabkan individu merasa kurang sejahtera dan mengurangi kualitas hidup, dimana kualitas hidup merupakan persepsi kesehatan fisik dan mental seseorang. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Penckofer et al.,

(2012) bahwa mood, respon psikologi, dan kehilangan karena penyakit dapat mempengaruhi kualitas hidup penderitanya.

Berangkat dari hal yang menjadi latar belakang diatas, maka penulis mengajukan penelitian yang berjudul “Hubungan Fase Berduka dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin”.

B. Rumusan Masalah

Diabetes Melitus tipe 2 adalah diabetes yang paling banyak dialami oleh penduduk dunia yaitu sekitar 91% dari jumlah seluruh penderita diabetes. Di Kota Makassar Diabetes Melitus menempati urutan keempat dari sepuluh penyebab utama kematian pada tahun 2013. Manajemen penyakit diabetes melitus tipe 2 yang dijalani dapat menimbulkan berbagai emosi negatif (marah, cemas, kecewa) bagi penderitanya. Hal ini juga dapat berpengaruh dalam kehidupan sehari-hari atau terhadap kualitas hidup penderita diabetes mellitus tipe 2. Berdasarkan pertimbangan tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “bagaimana hubungan Fase Berduka dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya Hubungan Fase Berduka dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasinya karakteristik penderita DM tipe 2 meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, sosial ekonomi, lama menderita sakit, serta komplikasi yang dialami oleh penderita DM tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.
- b. Teridentifikasinya Fase Berduka penderita DM tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.
- c. Teridentifikasinya kualitas hidup penderita DM tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.
- d. Teridentifikasinya hubungan fase berduka dengan kualitas hidup penderita diabetes mellitus tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumber referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan.

2. Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi, rujukan, dan bahan acuan tambahan dalam pemberian intervensi keperawatan khususnya pada penderita DM tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

3. Bagi Peneliti

Diharapkan dapat menjadi data dasar dan informasi bagi peneliti selanjutnya dan bisa menemukan berbagai solusi untuk mengatasi permasalahan DM tipe 2.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diabetes Melitus

1. Definisi

Diabetes Melius (DM) adalah penyakit kronis progresif yang ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein, mengarah ke hiperglikemia (gadar glukosa darah tinggi). Diabetes Melitus (DM) terkadang dirujuk sebagai “gula tinggi”, baik oleh klien maupun penyedia layanan kesehatan. Hubungan gula dengan DM adalah sesuai karena lolosnya sejumlah besar urin yang mengandung gula merupakan ciri dari DM yang tidak terkontrol (Black & Hawks, 2014).

2. Klasifikasi Diabetes Melitus

Pembagian penyakit diabetes mellitus menurut *International Diabetes Federation* (2015) yaitu diabetes mellitus tipe 1, diabetes mellitus tipe2 dan diabetes mellitus gestasional. Diabetes mellitus tipe 2 adalah jenis yang paling umum dari diabetes. Biasanya terjadi pada orang dewasa, tetapi semakin meningkat pada anak-anak dan remaja. Pada diabetes tipe 2, tubuh mampu memproduksi insulin tetapi menjadi resisten terhadap insulin sehingga insulin tidak efektif. Menurut Black & Hawks (2014), DM tipe 2 merupakan akibat dari defek sekresi insulin progresif diikuti dengan resistensi insulin, umumnya berhubungan dengan obesitas.

3. Etiologi

Diabetes mellitus memiliki berbagai penyebab, termasuk hereditas, lingkungan (infeksi, makanan, toksin, stress), perubahan gaya hidup pada orang yang secara genetik rentan, dan kehamilan (Kowalak, Welsh, & Mayer, 2013). Diabetes tipe 2 sendiri disebabkan oleh kegagalan relative sel beta dan resistensi insulin. Faktor risiko yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe 2 yaitu usia, obesitas, riwayat dan keluarga (Nurarif & Kusuma, 2015).

4. Manifestasi Klinis

Black & Hawks (2014) menyebutkan bahwa tanda dan gejala pada penderita DM yaitu *polyuria*, *polidipsi*, dan *polifagi* yang dijelaskan sebagai berikut:

- a. *Polyuria* (peningkatan frekuensi buang air kecil), diakibatkan oleh air yang tidak diserap kembali oleh tubulus ginjal sekunder untuk aktivitas osmotik glukosa, mengarah kepada kehilangan air, glukosa dan elektrolit.
- b. *Polidipsi* (peningkatan rasa haus dan minum), diakibatkan oleh dehidrasi sekunder terhadap *polyuria*.
- c. *Polifagi* (peningkatan rasa lapar), disebabkan oleh kelaparan sekunder terhadap katabolisme jaringan.

Gejala lainnya yang dapat timbul disebutkan oleh Kowalak et al (2013) yaitu:

- a. Sakit kepala, rasa cepat lelah, mengantuk, tenaga yang berkurang, dan gangguan pada kinerja sekolah serta pekerjaan; semua ini disebabkan oleh kadar glukosa intrasel yang rendah.
- b. Kram otot, iritabilitas, dan emosi yang labil akibat kekurangan elektrolit.
- c. Gangguan penglihatan seperti penglihatan kabur akibat pembengkakan yang disebabkan oleh glukosa.
- d. Patirasa (baal) dan kesemutan akibat kerusakan jaringan saraf.
- e. Gangguan rasa nyaman dan nyeri pada badomen akibat neuropati otonom yang menimbulkan gastroparesis dan konstipasi.
- f. Mual, diare atau konstipasi akibat dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit ataupun neuropati otonom.

5. Komplikasi

Menurut Black & Hawks (2014), komplikasi yang berhubungan dengan diabetes melitus diklasifikasikan sebagai komplikasi akut dan kronik yang dijelaskan sebagai berikut:

a. Komplikasi akut diabetes

1) Hiperglikemia dan kateasidosis diabetik

Hiperglikemia merupakan akibat dari glukosa yang tidak dapat diangkut ke sel karena kurangnya insulin. Tanpa tersedianya KH untuk bahan bakar sel, hati mengubah simpanan

glikogennya kembali ke glukosa (glikogenolisis) dan meningkatkan biosintesis glukosa (glukoneogenesis). Respon ini memperberat situasi dengan meningkatkan kadar glukosa darah bahkan lebih tinggi.

Asidosis metabolik berkembang dari pengaruh asam (pH rendah) akibat keton asetoasetat dan hidroksibutirat-beta. Kondisi ini disebut kateasidosis diabetik. Asidosis berat mungkin menyebabkan klien diabetes kehilangan kesadaran, disebut koma diabetik.

2) *Hiperglycemic hipersomolar nonketotic syndrom* (HHNS)

Hiperglycemic hipersomolar nonketotic syndrom (HHNS) kiadalah varian kateasidosis diabetik yang ditandai dengan hiperglikemia ekstrim (600-2000 mg/dl), dehidrasi nyata, ketonuria ringan atau tidak terdeteksi, dan tidak ada asidosis. HHNS umumnya banyak terjadi pada klien lansia dengan DM tipe 2.

3) Hipoglikemia

Hipoglikemia yang juga dikenal sebagai reaksi insulin adalah ciri umum dari DM tipe 1 dan juga dijumpai pada klien DM tipe 2 yang diobati dengan insulin atau obat oral. Kadar glukosa darah yang tepat pada klien mempunyai gejala hipoglikemia bervariasi, tapi gejala itu tidak terjadi sampai kadar glukosa darah < 50-60 mg/dl.

b. Komplikasi kronis diabetes melitus

1) Komplikasi makrovaskuler

Penyakit makrovaskuler cenderung terjadi bertahun-tahun sebelum onset klinis DM dan terjadi pada orang dengan toleransi glukosa terganggu pada laju yang sama untuk orang dengan DM tipe 2. Makrovaskuler, termasuk penyakit jantung koroner, penyakit jantung pembuluh, hipertensi, penyakit pembuluh darah perifer dan hipertensi mencerminkan aterosklerosis dengan penumpukan lemak pada lapisan dinding pembuluh darah. Secara tipikal, kadar *very-low-density* dan *low-density-lipoproteins* (LDL) meningkat dan kadar *high-density-lipoproteins* (HDL) menurun.

2) Komplikasi mikrovaskuler

Penyakit mikrovaskuler (pembuluh darah kecil) merujuk pada perubahan yang terjadi di retina, ginjal, dan kapiler perifer pada DM. Uji komplikasi dan kontrol diabetes telah membuat hal ini jelas bahwa kontrol glikemik ketat dan konsisten mencegah atau menghentikan perubahan mikrovaskular.

6. Penatalaksanaan

Menurut Smeltzer (2015), penatalaksanaan keperawatan untuk pasien penyandang diabetes dapat mencakup banyak macam gangguan fisiologis, bergantung pada kondisi kesehatan pasien atau apakah pasien baru terdiagnosis diabetes atau tengah mencari perawatan untuk

masalah kesehatan lain. Semua pasien penyandang diabetes harus menguasai konsep dan keterampilan yang diperlukan untuk penatalaksanaan jangka panjang serta untuk menghindari kemungkinan komplikasi diabetes. Secara umum ada lima komponen penatalaksanaan diabetes yaitu nutrisi, olahraga, pemantauan, terapi farmakologi, dan edukasi.

7. Psikologis pada penderita diabetes mellitus tipe 2

Hidup dengan penyakit kronis seperti diabetes mellitus tipe 2 akan membuat pasien mengalami perubahan atau ketidakseimbangan antara biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Respon psikologis pasien DM tipe 2 merupakan hal yang subyektif dan unik sesuai pengalaman individu. Gambaran kesejahteraan psikologis pasien Diabetes mellitus tipe 2 dapat digambarkan dari respons kehilangan. Tahapan pada respons kehilangan mulai terjadi saat pasien mendengar diagnosa penyakit DM tipe 2. Tahapan atau fase dari kehilangan ini teridentifikasi terdiri dari lima tahap yaitu menyangkal, marah, menawar, depresi dan menerima (Tristiana, 2016)

B. Fase Berduka

1. Definisi

Berduka adalah reaksi terhadap kehilangan yang merupakan respons emosional yang normal. Berduka merupakan suatu proses untuk memecahkan masalah dan secara normal berhubungan erat dengan kehilangan dan kematian. Hal ini sangat penting dan

menentukan kesehatan jiwa yang baik bagi individu karena memberi kesempatan bagi individu untuk melakukan koping dengan kehilangan secara bertahap sehingga dapat menerima kehilangan sebagai bagian dari kehidupan nyata. Individu yang berduka kadang-kadang tidak mampu menjalani perasaan berduka secara normal, biasanya intensitas dan lamanya berduka lebih panjang dari respon normal.

2. Karakteristik

Menurut Burger dan Lazare (1976) dalam Suliswati et al, (2005) karakteristik berduka, yaitu:

- a. Berduka yang menunjukkan reaksi syok dan ketidakyakinan.
- b. Berduka yang menunjukkan perasaan sedih dan hampa
- c. Berduka yang menunjukkan perasaan tidak nyaman dan sering disertai dengan menangis, serta keluhan-keluhan sesak dada, rasa tercekik, napas pendek
- d. Cenderung menjadi mudah tersinggung dan marah.

3. Tahap-tahap Berduka

Menurut Suliswati et al,(2005) dan Elisabeth Kubler-Ross dalam Townsend (2005) tahap-tahap berduka, yaitu:

- a. *Denial* (penyangkalan)

Reaksi pertama berupa perasaan tidak percaya, merasa terpukul dan menyangkal bahwa kehilangan itu betul terjadi. Individu biasanya mengatakan “ini tidak benar” atau “ini tidak

mungkin terjadi”. Reaksi fisik yang terjadi pada tahap penyangkalan adalah keletihan, kelemahan, pucat, mual, diare, sesak, detak jantung cepat, menangis, gelisah. Reaksi tersebut dapat terjadi selama beberapa menit sampai beberapa tahun.

b. *Anger* (marah)

Pada tahapan ini individu mulai sadar tentang kenyataan kehilangan yang terjadi. Individu biasanya menunjukkan perasaan marah yang meningkat dan sering diproyeksikan kepada orang yang ada di lingkungannya atau orang tertentu. Terkadang juga lebih menyalahkan orang lain dan rasa ansietas yang lebih meningkat. Reaksi fisik yang sering terjadi pada tahap ini antara lain wajah merah, nadi cepat, gelisah, dan susah tidur.

c. *Bargaining*(tawar-menawar)

Apabila individu telah mampu mengungkapkan rasa marahnya, maka ia akan mengalami tahap berikutnya yaitu tawar-menawar, pada tahapan ini individu cenderung menginginkan kesempatan kedua atau meminta waktu lebih. Reaksi sering dinyatakan dengan kata-kata “seandainya saya hati-hati”, “jika saja pada saat itu saya....”.

d. *Depression* (depresi)

Pada tahap ini individu sering menunjukkan sikap menarik diri, tidak mau berbicara atau putus asa. Gejala fisik yang

sering diperlihatkan adalah menolak makan, susah tidur, letih, libido menurun.

e. *Acceptance* (penerimaan)

Tahap ini berkaitan dengan reorganisasi perasaan kehilangan. Pikiran yang selalu terpusat dengan objek akan mulai berkurang atau menghilang. Individu telah menerima kenyataan kehilangan yang dialaminya. Tahap penerimaan ini biasanya diungkapkan dengan kalimat “apa yang harus saya lakukan agar cepat sembuh”, atau “yaah, akhirnya saya harus dioperasi juga”.

Apabila individu dapat melalui tahap-tahap tersebut dan mencapai tahap penerimaan, maka ia akan dapat mengakhiri proses kedukaan dan mengatasi perasaan kehilangan secara tuntas. Apabila individu tetap berada pada salah satu tahap lebih awal dan tidak mencapai tahap penerimaan, jika ia mengalami kehilangan lagi, akan sulit baginya untuk mencapai tahap penerimaan.

4. Faktor Predisposisi

Menurut Suliswati et al, (2005) factor predisposisi yang memengaruhi reaksi kehilangan adalah genetic, kesehatan fisik, kesehatan jiwa, dan pengalaman masa lalu.

a. Genetik

Individu yang dilahirkan dan dibesarkan di dalam keluarga yang mempunyai riwayat depresi biasanya sulit mengembangkan sikap optimistik dalam menghadapi suatu masalah, termasuk menghadapi kehilangan.

b. Kesehatan fisik

Individu dengan keadaan fisik sehat, cara hidup yang teratur, cenderung mempunyai kemampuan mengatasi stress yang lebih tinggi.

c. Kesehatan jiwa/mental

Individu yang mengalami gangguan jiwa terutama memiliki riwayat depresi, yang ditandai perasaan tidak berdaya, pesimistik, selalu dibayangi oleh masa depan yang suram, biasanya sangat peka terhadap situasi kehilangan.

5. Faktor Presipitasi

Stres yang dapat menimbulkan perasaan kehilangan dapat berupa stres nyata, atau imajinasi individu, seperti kehilangan yang bersifat bio-psiko-sosial antara lain kehilangan kesehatan (sakit), kehilangan pekerjaan, kehilangan fungsi seksualitas, kehilangan harga diri, kehilangan posisi di masyarakat.

Individu dalam status kehilangan sering menunjukkan perilaku seperti menangis atau tidak mampu menangis, marah, putus asa, kadang ada upaya bunuh diri atau ingin membunuh

orang lain. mekanisme pertahanan yang sering digunakan oleh individu sebagai respon terhadap kehilangan antara lain menyangkal, represi, intelektualisasi, regresi, supresi, dan proyeksi. Regresi yang dipakai secara berlebihan atau tidak tepat sering ditemukan pada pasien depresi.

C. Kualitas Hidup

1. Definisi

Secara umum kualitas hidup individu adalah perasaan dan pernyataan rasa puas seorang individu akan kehidupannya, kondisi yang nyaman, jauh dari ancaman, dan secara adekuat memenuhi kebutuhan dasarnya (Afiyanti, 2010). WHO (1998) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individual terhadap posisi mereka dalam kehidupan pada konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal, hubungan, tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran. Hal ini merupakan konsep luas yang berpengaruh terhadap kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi dan hubungan dalam lingkungan.

2. Kualitas hidup terkait kesehatan

Pada tingkat individu, kualitas hidup terkait kesehatan termasuk persepsi kesehatan fisik dan mental (misalnya, tingkat energi, suasana hati) dan berkorelasi-termasuk risiko kesehatan dan kondisi, status fungsional, dukungan sosial mereka, dan status sosial ekonomi. Pada tingkat masyarakat, kualitas hidup terkait kesehatan termasuk sumber

daya masyarakat, kondisi, kebijakan, dan praktik yang mempengaruhi persepsi kesehatan populasi dan status fungsional. Secara umum kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan ini didefinisikan sebagai persepsi mengenai kesehatan fisik dan mental yang dirasakan oleh individu atau kelompok dari waktu ke waktu (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

3. Kualitas hidup pada penderita DM

Kualitas hidup pada penderita DM penting karena dapat digunakan untuk memprediksi kapasitas individu untuk mengelola penyakit dan menjaga kesehatan jangka panjang serta kesejahteraan. Pengukuran kualitas hidup dapat dilakukan menggunakan instrument *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF) (WHO, 2004). Pengukuran kualitas hidup khusus bagi penderita diabetes dapat menggunakan DQOL (*Diabetes Quality of Life*).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Utami, Karim, & Agrina, 2014), didapatkan bahwa sebagian besar pasien yang menderita diabetes merasa gelisah dan kesakitan yang terkadang membuat penderita tidak dapat bekerja seperti biasanya dan menghambat rutinitas sehari-hari. Selain fungsi fisik yang terganggu, perasaan cemas, dan mudah tersinggung juga menimbulkan keterbatasan dalam aktivitas sosial. Hal-hal tersebut menyebabkan individu merasa kurang sejahtera dan mengurangi kualitas hidup (Kusumadewi, 2011). Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh (Stanetic, Savic, &

Racic, 2012), komplikasi secara signifikan memengaruhi kualitas hidup pada penderita DM tipe 2.

4. Factor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada penderita DM tipe 2

Kualitas hidup pada penderita DM tipe 2 dapat dipengaruhi oleh berbagai factor seperti usia, jenis kelamin, sosial ekonomi, lama menderita DM dan komplikasi (Retnowati & Satyabakti, 2014; Utami et al., 2014; Fatimah, 2015).

a. Usia

Berdasarkan penelitian, usia yang terbanyak terkena diabetes mellitus tipe 2 adalah > 45 tahun. Hal ini disebabkan resistensi insulin cenderung meningkat pada usia tersebut dan juga disebabkan oleh gaya hidup.

b. Jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita yang telah mengalami menopause cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah.

c. Sosial ekonomi

Sosial ekonomi berkaitan dengan pendapatan penderita DM tipe 2. Hal ini juga berhubungan dengan pengobatan dan perawatan yang dijalani selama menderita DM tipe 2

d. Lama menderita DM tipe 2

Lama menderita DM menjadi salah satu faktor yang memengaruhi kualitas hidup. Hal ini diakibatkan kecemasan yang terus dialami sehingga menurunkan kualitas hidup penderita DM tipe 2.

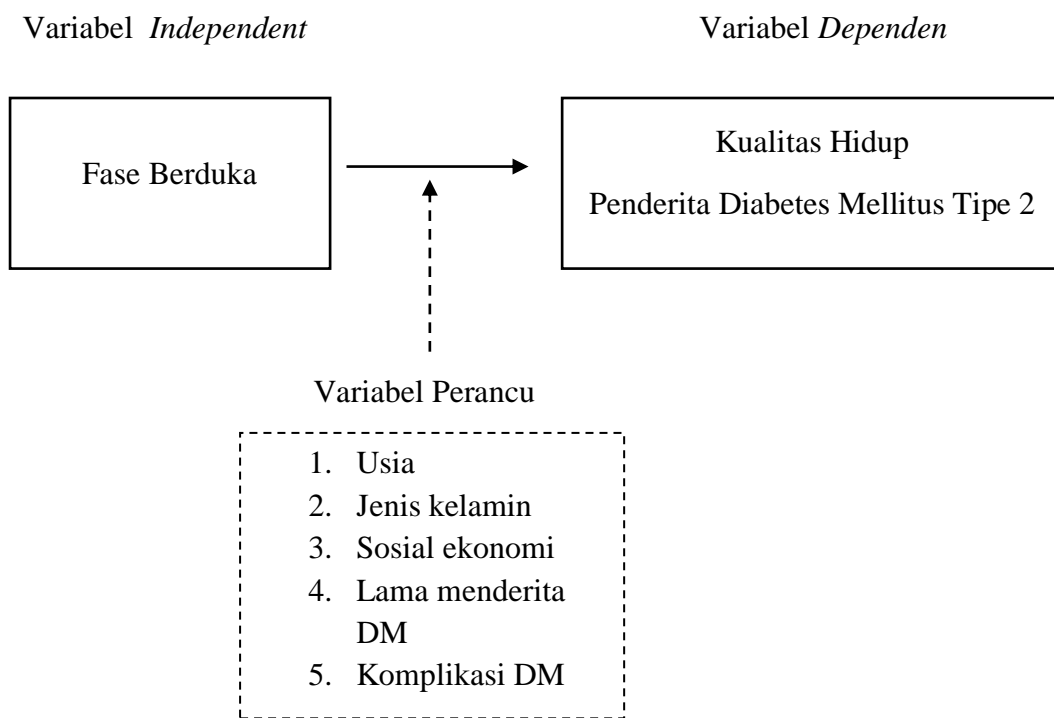
e. Komplikasi

Berbagai komplikasi yang dialami oleh penderita DM tipe 2 dapat menurunkan fungsi fisik maupun psikologis penderita. Hal ini berdampak pada aktivitas yang dilakukan sehari-hari sehingga menurunkan kualitas hidup penderita.

BAB III
KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Untuk memudahkan pemahaman maka secara sederhana kerangka konsep dari penelitian ini digambarkan sebagai berikut:



Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

———— = diteliti

----- = tidak diteliti

B. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian merupakan jawaban atau dugaan sementara penelitian atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam sebuah penelitian (Notoatmodjo, 2012). Hipotesis penelitian ini, yaitu ada hubungan antara fase berduka dengan kualitas hidup penderita diabetes mellitus tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *analytic cross sectional*. Peneliti menggunakan desain tersebut karena penelitian ini menyelidiki hubungan antara dua atau lebih variabel penelitian yang pengambilan datanya hanya dilakukan sekali. Dalam penelitian ini terdapat satu variabel independen dan satu variabel dependen. Dengan demikian, tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan antara fase berduka sebagai variabel independen dan kualitas hidup pada penderita diabetes mellitus sebagai variabel dependen.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

A. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

B. Waktu penelitian

Penelitian ini di mulai pada januari 2018

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian kuantitatif diartikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri dari obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditentukan oleh peneliti untuk kemudian dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2012). Populasi dari penelitian ini adalah pasien rawat jalan dan rawat inap yang menderita diabetes mellitus tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

2. Sampel dan Cara Pemilihan Sampel

Sampel dari penelitian ini adalah penderita diabetes mellitus tipe 2 di poliklinik interna dan ruang perawatan Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin. Untuk pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *nonprobability sampling* dengan menggunakan pendekatan *purposive sampling* yang didasarkan atas pertimbangan dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

a. Kriteria Inklusi

Kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Adapun kriteria inklusi dari penelitian ini, yaitu :

- 1) Penderita Diabetes Melitus tipe 2
- 2) Dapat berkomunikasi secara verbal dengan baik

3) Bersedia menjadi responden penelitian

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian. Adapun kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah penderita DM tipe 2 yang mengalami masalah kesehatan mendadak seperti pusing, letih, dan lemah serta masalah lain yang tidak memungkinkan untuk dijadikan responden.

c. Besar sampel

Penentuan besar sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan rumus slovin yaitu:

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan:

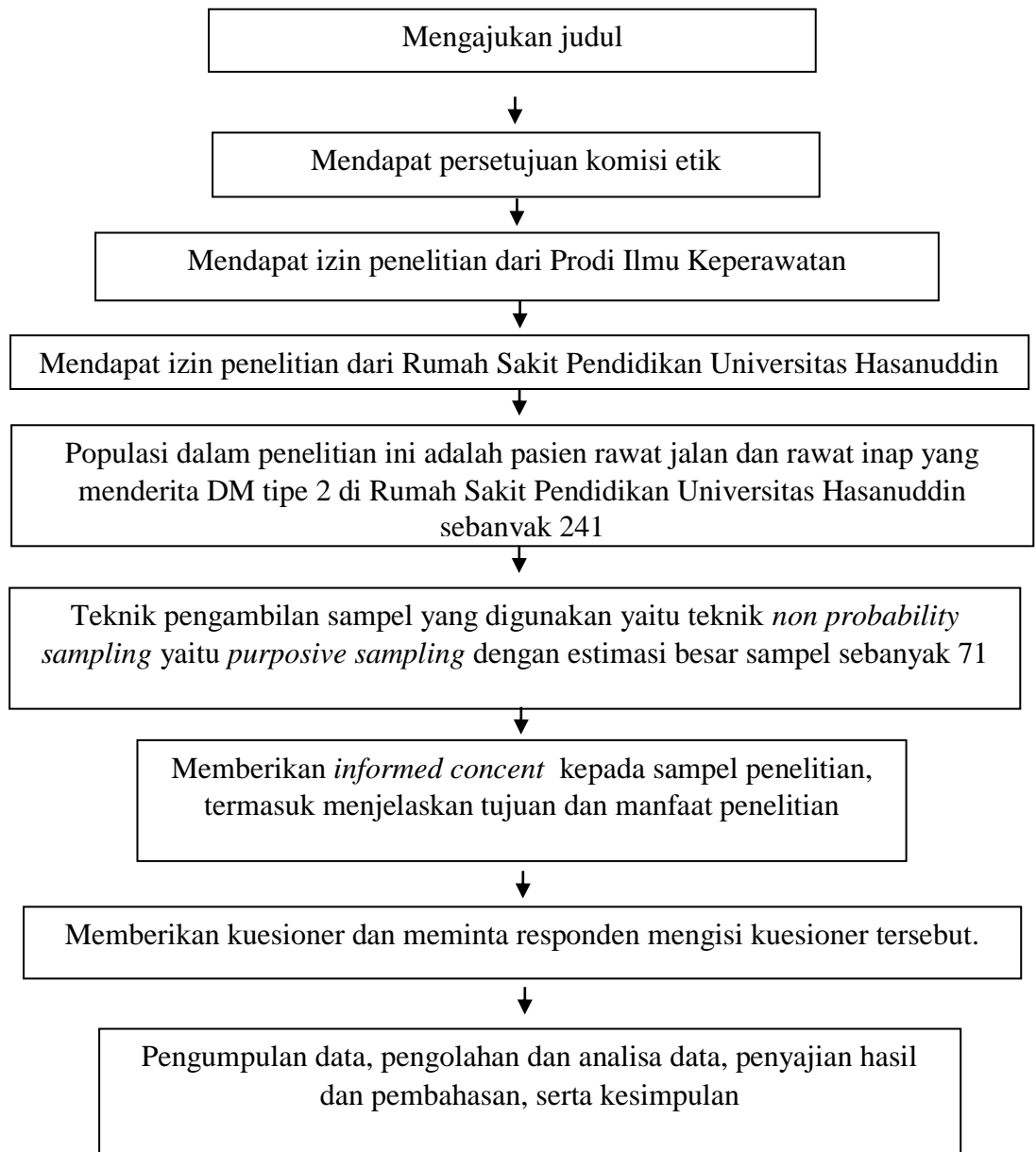
n = jumlah sampel

N= jumlah populasi

d = kemungkinan kesalahan 0,1

$$\begin{aligned} n &= \frac{241}{1+241(0,1)^2} \\ &= 70,67 = 71 \end{aligned}$$

D. Alur Penelitian



Bagan 4.1 Alur Penelitian

E. Variabel Penelitian

1. Identifikasi variabel

Variabel penelitian adalah sifat atau nilai atau atribut dari orang, kegiatan atau obyek yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk kemudian dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2012). Dalam penelitian ini terdapat dua variabel, yaitu variabel *dependent* (variabel terikat) dan variabel *independent* (variabel tidak terikat).

- a. Variabel *dependent* (variabel terikat) : Kualitas hidup
- b. Variabel *independent* (variabel tidak terikat) : Fase berduka

2. Definisi Operasional

a. Kualitas hidup

Kualitas hidup merupakan pandangan subjektif pasien diabetes mellitus tipe 2 terhadap kepuasan dan dampak yang dirasakan baik terhadap kemampuan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan diukur melalui kuesioner kualitas hidup yang diisi oleh penderita DM tipe 2 dan menggunakan skala likert dengan kriteria objektif:

Tinggi: jika persentase total jawaban responden memiliki nilai ≥ 60

Rendah : jika persentase total jawaban responden memiliki nilai < 60

b. Fase berduka

Fase berduka merupakan respon emosional normal individu dalam merespon peristiwa kehilangan yang terjadi. Fase berduka diukur melalui kuesioner fase berduka dan menggunakan skala likert dengan kriteria objektif:

Menyangkal (*denial*) : jika persentase total jawaban responden pada item pertanyaan menyangkal (*denial*) memiliki nilai ≥ 6 .

Marah (*anger*): jika persentase total jawaban responden pada item pertanyaan marah (*anger*) memiliki nilai ≥ 12 .

Tawar-menawar (*bargaining*): jika persentase total jawaban responden pada item tawar-menawar (*bargaining*) memiliki nilai ≥ 6 .

Depresi (*depression*): jika persentase total jawaban responden pada item depresi (*depression*) memiliki nilai ≥ 12 .

Penerimaan (*acceptance*): jika persentase total jawaban responden pada item depresi (*depression*) memiliki nilai ≥ 12 .

F. Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner karakteristik demografi responden, kuesioner Fase Berduka, dan kuesioner kualitas hidup penderita diabetes melitus.

a. Kuesioner karakteristik demografi responden.

Kuesioner karakteristik demografi terdiri dari usai, jenis kelamin, sosial ekonomi, lama menderita DM, serta komplikasi DM yang dialami.

b. Kuesioner Fase berduka

Kuesioner ini digunakan untuk mengkaji respon berduka yang meliputi menyangkal (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bargaining*), depresi (*depression*), dan penerimaan (*acceptance*).

Kuesioner ini diadopsi dari Wita (2015) yang terdiri dari 24 pertanyaan dengan respon berduka, yaitu: fase penyangkalan 3 pernyataan, fase marah 6 pernyataan, fase tawar-menawar 3 pernyataan, dan fase penerimaan 6 pernyataan. Kuesioner ini telah dimodifikasi oleh peneliti dan hasil nilai uji valid adalah 0.3 dan reliabilitas adalah *Alpha Cronbach* 0.753.

c. Kuesioner kualitas hidup

Pengukuran kualitas hidup menggunakan kuesioner *Diabetes Quality of Life* (DQOL) yang diadopsi dari Yusra (2011). Jumlah pertanyaan pada kuesioner ini adalah 30 pertanyaan dengan rentang jawaban menggunakan skala likert. Jawaban untuk pertanyaan kepuasan adalah 4 = sangat puas, 3 = puas, 2 = tidak puas, 1 = sangat tidak puas. Sedangkan rentang untuk dampak pada pertanyaan positif adalah 1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = sering, 4 = selalu. Serta pada pertanyaan negatif rentangnya adalah 4 = tidak pernah, 3 = jarang, 2 = sering, 1 =

setiap saat. Nilai uji validitas yang dilakukan oleh Yusra (2011) adalah 0.3 dan reabilitas adalah *Alpha Cronbach* 0.9.

G. Metode Pengambilan Data

Pengambilan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner. Peneliti memberikan penjelasan kepada calon responden mengenai prosedur yang akan dilaksanakan serta tujuan dan manfaat dari penelitian. Kemudian peneliti meminta persetujuan atau kesediaan responden dengan menandatangani *informed consent*. Setelah calon responden menyetujui untuk berpartisipasi dalam penelitian, peneliti memberikan kuesioner untuk diisi dalam waktu 15-20 menit. Selama pengisian kuesioner berlangsung, responden didampingi oleh peneliti. Setelah pengisian kuesioner selesai, peneliti kembali mengecek kelengkapan pengisian kuesioner dan jawaban yang kurang lengkap diklarifikasi kembali kepada responden untuk dilengkapi.

H. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan data

Setelah data terkumpul, maka langkah yang dilakukan berikutnya adalah pengolahan data. Proses pengolahan data menurut Notoadmodjo (2012) adalah:

- a. *Editing* merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau lembar observasi. Hasil wawancara, angket, atau pengamatan harus dilakukan penyuntingan (*editing*) terlebih dahulu.

b. *Coding*

Setelah penyuntingan dilakukan pengkodean atau *coding*, yaitu mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. Koding ini sangat berguna dalam memasukkan data.

c. Memasukkan data (*Processing*)

Data yang sudah dalam bentuk kode dimasukkan ke dalam program komputer. Salah satu paket program yang paling sering digunakan untuk memasukkan data penelitian adalah SPSS for *Windows*.

d. Pembersihan data (*Cleaning*)

Apabila semua data telah dimasukkan, maka perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode kemudian dilakukan pembetulan atau korelasi.

2. Analisis Data

a. Analisis univariat

Analisis univariat berupa data karakteristik responden penelitian meliputi usai, jenis kelamin, sosial ekonomi, lama menderita DM, serta komplikasi DM yang dialami.

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis atau untuk mengetahui dan menganalisis adanya hubungan Fase Berduka dengan kualitas hidup penderita diabetes mellitus tipe 2 di

Rumah Sakit Pensisikan Universitas Hasanuddin. Analisis bivariat ini menggunakan uji Spearman.

I. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, terdapat banyak hal yang harus diperhatikan salah satu yang terpenting adalah etika. Menurut Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan (2011), bahwa dalam melakukan penelitian, peneliti perlu memperhatikan kesehatan dan keselamatan jiwa manusia, keluarga dan masyarakat yang bersangkutan. Ketetapan mengenai prinsip dasar penerapan etik kesehatan meliputi:

1. *Respec for person* (menghormati harkat dan martabat manusia)

Peneliti harus mampu mempertimbangkan hak-hak subjek penelitian dalam memperoleh suatu informasi berdasarkan tujuan peneliti. Selain itu, peneliti juga harus memberikan kebebasan kepada subjek penelitian untuk memberikan informasi atau tidak. Peneliti dalam hal ini menghormati harkat dan martabat subjek penelitian serta peneliti harus mempersiapkan formulir persetujuan subjek (*informed consent*).

Hal ini bertujuan agar subjek penelitian mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta komponen yang akan diteliti selama penelitian atau pengumpulan data. Jika subjek bersedia di teliti maka harus menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) dan jika subjek menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan kerahasiaan informasi akan dijamin oleh peneliti

2. *Justice* (keadilan)

Responden dalam penelitian ini mendapatkan perlakuan yang sama selama proses penelitian berlangsung. Memperlakukan partisipan secara adil dan terbuka, serta mempunyai hak yang sama. Kerahasiaan data dan informasi dijaga.

3. *Beneficence* dan *non maleficence* (bermanfaat dan tidak mencelakai)

Pelaksanaan prosedur penelitian untuk mendapatkan hasil yang bermanfaat, meminimalkan dampaknya bagi partisipan penelitian dan menjelaskan keuntungan dan manfaat yang didapatkan partisipan serta meminimalkan resiko yang terjadi.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian

Bab ini menjelaskan mengenai hasil dan pembahasan penelitian tentang hubungan fase berduka dengan kepuasan kualitas hidup penderita diabetes mellitus tipe 2 di rumah sakit pendidikan universitas hasanuddin Makassar. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 16 Januari sampai 12 Februari 2018. Pelaksanaan penelitian ini bertempat di rumah sakit pendidikan unhas. Data diperoleh dengan menggunakan 2 jenis instrumen yaitu instrumen fase berduka dan instrumen kualitas hidup. Populasi sebanyak 241 pasien dengan teknik pengambilan sampel yaitu purposive sampling sehingga didapatkan sampel sebanyak 71 responden.

Peneliti mengidentifikasi data untuk menentukan responden yang terlibat kemudian memberikan penjelasan penelitian kepada responden. Peneliti meminta persetujuan untuk yang bersedia menjadi responden penelitian. Data yang terkumpul diolah dan dianalisis secara univariat dan bivariat. Hasil pengolahan dan analisa data akan disajikan dalam bentuk tabel yang meliputi distribusi frekuensi karakteristik responden dan distribusi hubungan variabel bebas dengan variabel terikat. Hasil penelitian sebagai berikut :

1. Analisis univariat

a. Karakteristik responden

Tabel 5.1

Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Lama Menderita, Responden di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin Makassar ($n=71$)

Karakteristik	Mean	Median	SD	Min-Maks	CI 95%
Usia (tahun)	58	60	9.821	34 - 77	55.77 - 65.42
Lama menderita (tahun)	6	4	5.371	0 - 20	4.74 – 7.29

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa usia rata rata untuk responden di Rumah Sakit Pendidikan Unhas adalah 58 tahun, dengan usia termuda yaitu 34 tahun dan usia tertua 77 tahun. Rata rata lama menderita responden yaitu 6 tahun dan responden yang paling lama menderita yaitu 20 tahun. Responden di rumah sakit unhas berdasarkan usia memiliki standar deviasi 9.821 yang berarti keragaman sampel cukup tinggi.

Tabel 5.2

**Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Agama, Suku,
Pendidikan Terakhir, Status Pernikahan, Pekerjaan, Penghasilan, dan
Komplikasi di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin Makassar
(n=71)**

Karakteristik	f	%
Jenis Kelamin		
Perempuan	46	64,8
Laki-laki	25	35,2
Agama		
Islam	63	88,7
Kristen	8	11,3
Suku		
Bugis	50	70,4
Makassar	3	4,2
Mandar	2	2,8
Jawa	7	9,9
Sumatera	1	1,4
Sunda	1	1,4
Toraja	7	9,9
Pendidikan Terakhir		
Dasar (SD-SMP)	11	15,5
Menengah (SMA)	45	63,4
Tinggi (D3-S1)	15	21,1
Status Pernikahan		
Menikah	66	93
Tidak menikah	1	1,4
Berceraai	4	5,6
Pekerjaan		
Pensiun	18	25,4
PNS	11	15,5
Wiraswasta	5	7,0
Tidak Bekerja	37	52,1
Penghasilan		
Tidak ada	40	56,3
Rp 3.000.000 - 4.000.000	26	36,6
Rp 5.000.000 – 6.000.000	3	4,2
>Rp 10.000.000	2	2,8
Komplikasi		
Tidak ada	29	40,8
Kolesterol	10	14,1

Jantung	12	16,9
Mata	1	1,4
Hipertensi	19	26,8

Sumber : Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa lebih banyak responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 46 orang (64,8). Sebanyak 63 (88,7%) responden beragama Islam dan sebanyak 8 (11,3%) responden beragama Kristen. Responden yang bersuku Bugis sebanyak 50 orang (70,4%), suku Makassar sebanyak 3 orang (4,2%), suku Mandar sebanyak 2 orang (2,8%), suku Jawa sebanyak 7 orang (9,9%), suku Sumatera sebanyak 1 orang (1,4%), suku Sunda sebanyak 1 orang (1,4%), dan suku Toraja sebanyak 7 orang (9,9%). Responden yang memiliki pendidikan menengah (SMA) sebanyak 45 orang (63,4%), pendidikan dasar sebanyak 11 orang (15,5%), dan pendidikan tinggi sebanyak 15 orang (21,1%)

Sebagian besar status pernikahan responden adalah menikah yaitu sebanyak 66 orang responden dengan persentase 93 %, sedangkan responden yang belum menikah hanya sebanyak 1 (1,4%) orang, dan sebanyak 5,6 % responden telah bercerai atau sebanyak 4 orang responden. Untuk jenis pekerjaan responden, sebanyak 11 orang responden bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS), wiraswasta sebanyak 5 orang (7%), responden yang telah pensiun sebanyak 18 orang (25,4%), sedangkan responden yang tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga sebanyak 37 orang dengan persentase 52,1%.

Jumlah responden yang tidak berpenghasilan sebanyak 40 orang (56,3%), responden yang berpenghasilan Rp 3.000.000 – 4.000.000 sebanyak 26 orang (36,6%), penghasilan Rp 5.000.000 – 6.000.000 sebanyak 3 orang, dan responden yang berpenghasilan lebih dari Rp 10.000.000 sebanyak 2 orang atau 2,8%. Responden yang tidak menderita komplikasi sebanyak 29 orang (40,8%), kolesteol sebanyak 10 orang (14,1%), jantung sebanyak 12 orang (16,9%), dan hipertensi sebanyak 19 orang (26,8%).

b. Fase Berduka

Tabel 5.3
Distribusi Fase Berduka Responden di Rumah Sakit Pendidikan Universitas
Hasanuddin Makassar($n=71$)

Fase Berduka	f	%
Menyangkal (<i>Denial</i>)	9	12,7
Marah (<i>Anger</i>)	2	2,8
Tawar-menawar (<i>Bergaining</i>)	1	1,4
Depresi (<i>Depression</i>)	1	1,4
Penerimaan (<i>Acceptance</i>)	58	81,7

Sumber : Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa terdapat 9 orang yang berada pada fase menyangkal, 2 orang berada pada fase marah, 1 orang berada pada fase tawar menawar, 1 orang berada pada fase depresi, dan sebagian besar berada pada fase penerimaan (*Acceptence*) yaitu sebanyak 81,7 (93%) responden.

c. Kualitas Hidup

Tabel 5.4
Distribusi Kualitas Hidup Responden di Rumah Sakit Pendidikan
Universitas Hasanuddin Makassar($n=71$)

Kualitas Hidup	F	(%)
Rendah	3	4,2
Tinggi	68	95,8

Sumber : Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebanyak 68 orang (95,8%) memiliki kualitas hidup tinggi dan sebanyak 3 (4,2%) responden memiliki kualitas hidup rendah. Hal ini bermakna bahwa mayoritas responden merasa puas dengan kualitas hidup yang dimiliki, baik dari segi psikologis, fisik, dan sosial.

2. Analisis Bivariat

Tabel 5.5
Hubungan Fase Berduka dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin($n=71$)

	Mean	Median	Min-maks	SD	95%CI	<i>R</i>	<i>P</i>
Fase Berduka	4,37	5	1-5	1,407	4,03–4,07		
						0,551**	0,000
Kualitas Hidup	89,55	100	55-106	17,547	85,4-93,7		

*correlation is significant at the 0.0

$1 \alpha (0,05)$.

Tabel 5.5 menunjukkan hasil uji statistic dengan menggunakan *uji-Spearman* di peroleh nilai *padalah* 0,000 lebih kecil dari $\alpha (0,05)$. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara fase berduka dan kualitas hidup. Koefisien korelasi atau nilai *r* fase berduka dengan kualitas hidup sebesar 0,551 yang berarti memiliki keeratan kuat.

B. Pembahasan

1. Karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, agama, suku, pendidikan terakhir, status pernikahan, pekerjaan, penghasilan, dan komplikasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata usia responden adalah 58 tahun, usia termuda 34 tahun dan tertua 77 tahun. Menurut Smeltzer & Bare (2008), 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.

Usia mempengaruhi resiko dan kejadian DM tipe 2. Umur sangat erat kaitannya dengan kenaikan kadar glukosa darah, sehingga semakin meningkat umur maka prevalensi DM tipe 2 dan gangguan toleransi glukosa semakin tinggi. Proses menua yang berlangsung setelah usia 30 tahun mengakibatkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia. Menurut WHO setelah usia 30 tahun, maka kadar glukosa darah akan naik 1-2 mg/dL/tahun pada saat puasa dan akan naik 5,6-13 mg/dL pada 2 jam setelah makan (Suyono, 2010).

Hasil penelitian ini menunjukkan responden yang menderita DM tipe 2 terlama adalah 20 tahun dan yang tersingkat kurang dari 1 tahun. Rata-rata lama menderita responden adalah 6 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian Isa & Baiyewu (2006) tentang kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Nigeria yang umumnya responden pada penelitian tersebut menderita DM antara 6 sampai 8 tahun. Begitu juga penelitian Mier, Alonzo, Zhan, & Zuniga (2008), menemukan pada umumnya responden menderita DM tipe 2 kurang dari 10 tahun.

Menurut WHO (2006), DM merupakan salah satu penyakit dengan angka kejadian tertinggi di Indonesia dan tingginya angka

tersebut menjadikan Indonesia peringkat keenam jumlah penderita DM terbanyak di dunia setelah India, Cina, Uni Soviet, Jepang dan Brazil. Berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian DM pada perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki (Stipanovic (2002)). Beberapa faktor resiko, seperti obesitas, kurang aktivitas/latihan fisik, usia dan riwayat DM saat hamil, menyebabkan tingginya kejadian DM pada perempuan (Radi, 2007). Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian bahwa jumlah responden perempuan penderita DM tipe 2 yang berkunjung ke poli interna Rumah sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin sebanyak 46 orang (64,8%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pendidikan terakhir responden adalah SMA sebanyak 45 responden, pendidikan dasar sebanyak 11 orang dan yang lulus pendidikan tinggi sebanyak 15 orang. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pola pikir dan perilaku seseorang untuk memilih perawatan atau pengobatan yang akan dijalannya.

Menurut Natoatmodjo (2003), tingkat pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal di bidang tertentu, namun bukan indikator bahwa seseorang telah menguasai beberapa bidang ilmu. Seseorang dengan pendidikan yang baik, lebih matang terhadap proses perubahan pada dirinya, sehingga lebih mudah menerima pengaruh luar yang positif, obyektif serta

terbukaterhadap berbagai informasi termasuk informasi tentang kesehatan.

Dari hasil penelitian ditemukan bahwa responden yang menikah sebanyak 66 orang atau 93%, responden yang telah bercerai sebanyak 4 orang dan 1 orang yang tidak menikah. Status pernikahan erat kaitannya dengan dukungan keluarga. Dukungan keluarga berupa kehangatan dan keramahan, dukungan emosional terkait monitoring glukosa, diet dan latihan dapat meningkatkan efikasi diri pasien sehingga mendukung keberhasilan dalam perawatan diri sendiri. Sehingga perawatan diri yang baik akan menciptakan kualitas hidup yang tinggi (Allen, 2006).

Berdasarkan hasil penelitian, pekerjaan responden terbagi menjadi PNS, wiraswasta, dan pensiunan, serta responden yang tidak bekerja sebanyak 37 orang. Dari hasil analisis penghasilan responden, sebanyak 40 orang tidak memiliki penghasilan, 26 orang responden berpenghasilan Rp 3.000.000-4.000.000, 3 orang berpenghasilan sekitar Rp 5.000.000-6.000.000, sedangkan yang berpenghasilan lebih dari Rp 10.000.000 hanya 2 orang responden. Status sosial ekonomi dan pengetahuan tentang diabetes mempengaruhi seseorang untuk melakukan manajemen perawatan diri DM. Keterbatasan finansial akan membatasi responden untuk mencari informasi, perawatan dan pengobatan untuk dirinya (Butler, 2002).

Komplikasi DM tipe 2 dapat berupa kompliasi akut atau kronis. Dari hasil penelitian jumlah responden yang memiliki komplikasi jantung 12 orang, kolesterol 10 orang, 1 orang menderita gangguan pada mata, 19 orang mengalami hipertensi dan sebanyak 29 responden tidak memiliki komplikasi.

2. Fase berduka penderita DM tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin

Respon berduka merupakan salah satu akibat dari kehilangan yang dirasakan oleh penderita DM tipe 2. Berduka merupakan respon normal pada semua kejadiankehilangan. Umumnya, respon emosi yang diekspresikan terhadap kehilangan dimanifestasikan dengan perasaan sedih, gelisah, cemas, sesak nafas, susah tidur, dan lain-lain (NANDA, 2011).

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden berada pada fase penerimaan (*acceptance*) yaitu sebanyak 58 responden (81,7%). Responden yang berada pada fase menyangkal sebanyak 9 orang, fase marah 2 orang, fase tawar menawar 1 orang dan fase depresi 1 orang responden.

Berdasarkan keseluruhan fase, fase menyangkal pada penelitian ini sebanyak 12,7 %. Fase penyangkalan (*denial*) merupakan fase awal dimana individu menunjukkan reaksi syok, tidak percaya, mengerti, atau mengingkari kenyataan bahwa kehilangan benar-benar terjadi yang ditunjukkan dengan beberapa reaksi fisik diantaranya menangis, gelisah,

letih, lemah, pucat, dan sering kali individu tidak tahu harus berbuat apa.

Berdasarkan penelitian ini, mayoritas responden tidak berada pada fase marah. Hal ini dapat dilihat dari masing-masing pernyataan responden yang menyatakan tidak pernah menyalahkan orang lain akibat penyakitnya, tidak pernah benci dengan perubahan bentuk tubuhnya, tidak pernah marah karena sulit melakukan kegiatan, tidak pernah merasa tidak bahagia seperti dulu, tidak pernah marah kepada dokter karena tidak bisa menyembuhkan penyakitnya, dan tidak pernah menyalahkan Tuhan atas apa yg terjadi kepadanya. Sedangkan pada fase tawar menawar dan depresi, hanya terdapat masing-masing 1 orang responden yang mengalaminya.

Sebanyak 81,7 % responden pada penelitian ini berada pada fase penerimaan (*acceptance*) yang berarti mayoritas responden menerima kondisi atau keadaan dirinya. Hal ini dapat dilihat dari mayoritas pernyataan responden yang mengatakan selalu menerima kedaannya seperti ini, selalu merasa hidupnya sama baiknya dengan orang lain, selalu menerima penampilan tubuhnya, selalu dapat mengatasi rasa sakit akibat kondisi sakitnya, selalu tidak malu bergaul dengan orang lain, selalu merasa dirinya berharga walaupun menderita DM tipe 2. Menurut Cronbach (1963) karakteristik individu menerima dirinya yaitu individu tidak menganggap dirinya aneh atau abnormal dan tidak ada harapan ditolak orang lain, artinya individu tersebut tidak merasa sebagai orang

yang menyimpang dan berbeda dengan orang lain sehingga mampu menyesuaikan dirinya dengan baik dan tidak merasa bahwa ia akan ditolak oleh orang lain.

3. Kualitas hidup penderita DM tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin

Berdasarkan hasil penelitian, mayoritas responden memiliki kualitas hidup yang tinggi yaitu sebanyak 68 responden (95,8%) dan hanya 3 responden yang memiliki kualitas hidup rendah. Kualitas hidup adalah kapasitas fungsional, psikologis dan kesehatan sosial serta kesejahteraan individu. Kualitas hidup mempengaruhi kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat ketergantungan, hubungan sosial dan hubungan pasien dengan lingkungan sekitarnya Skevington S.M et al dalam Isa & Baiyewu (2006). Hal ini bermakna mayoritas responden merasa puas dengan kualitas hidup yang dimiliki, baik dari segi psikologi, fisik, dan sosial.

4. Hubungan fase berduka dengan kualitas hidup penderita DM tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin

Hasil penelitian yang di lakukan oleh peneliti menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara fase berduka dengan kualitas hidup dengan nilai $p = 0,000$, nilai ini lebih kecil dari $\alpha (0.05)$. Koefisien korelasi atau nilai r fase berduka dengan kualitas hidup sebesar 0,551 yang berarti memiliki keeratan kuat. Dari hasil analisis fase berduka sebanyak 81,7 responden berada pada fase penerimaan (acceptance) dan

dari analisis kualitas hidup penderita DM tipe 2 sebanyak 95,8 responden memiliki kualitas hidup yang baik. Hal ini berarti semakin penderita DM tipe 2 menerima kondisi atau penyakit yang diderita maka semakin baik pula kualitas hidupnya.

Dapat dipahami jika pasien DM tipe 2 mengalami kondisi psikologis dan emosional yang buruk, tentunya ini akan berpengaruh kepada fungsi tubuh. Terjadinya peningkatan kortisol akibat stres akan mempengaruhi peningkatan glukosa darah melalui glukoneogenesis, katabolisme protein dan lemak. Selain itu kortisol juga dapat menghalangi pengambilan glukosa oleh sel tubuh, sehingga dapat mempengaruhi kadar glukosa darah. Selanjutnya kortisol juga akan berdampak terhadap penurunan daya tahan tubuh pasien DM tipe 2, sehingga akan mudah untuk mengalami permasalahan kesehatan. Dampak yang terjadi baik fisik maupun psikologis tentunya akan berlanjut terhadap penurunan kualitas hidup pasien DM tipe 2 (Arsunan Arsin & Abd Hakim, 2013). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Penckofer et al., (2007) menemukan bahwa penderita DM menjalani perubahan situasi kesehatan dan mengalami masalah dalam pengendalian kadar gula darah mereka. Hal tersebut mengakibatkan penderita DM membatasi aktivitas mereka. Pembatasan diri dapat mengakibatkan penderita diabetes menghindari kehidupan sosial yang dapat memicu kecemasan, mempercepat marah, dan depresi. Untuk itu dibutuhkan penerimaan terhadap penyakit yang

baik oleh penderita DM tipe 2 agar memperoleh kualitas hidup yang baik pula.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian dilaksanakan di poli interna dan penjelasan dan pemberian kuesioner disesuaikan dengan kondisi atau waktu pasien yaitu saat pasien menunggu panggilan untuk diperiksa dan sesudah diperiksa atau pada saat pasien mengantri obat di apotek. Hal ini mengakibatkan pasien kurang berkonsentrasi dalam mengisi kuesioner karena menunggu panggilan dari perawat maupun petugas apotek.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Hasil penelitian yang telah dilakukan tentang hubungan fase berduka dengan kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe 2 di rumah sakit pendidikan Universitas Hasanuddin menunjukkan bahwa dari 71 jumlah responden, mayoritas responden berada pada fase penerimaan (*acceptance*) yaitu sebanyak 58 responden dan sebanyak 68 responden memiliki kualitas hidup yang tinggi.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara fase berduka dan kualitas hidup penderita DM tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin. Hal ini berarti semakin penderita DM tipe 2 menerima kondisi atau penyakit yang diderita maka semakin baik pula kualitas hidupnya.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan keperawatan perlu memperdalam materi mengenai fase berduka dan kualitas hidup.
2. Bagi rumah sakit pendidikan universitas hasanuddin agar lebih memperdalam pengkajian tentang fase berduka dan kualitas hidup pasien.

3. Bagi peneliti lain diharapkan bisa dilanjutkan dengan menggunakan metode kualitatif untuk bisa memperdalam lagi pengkajian fase berduka serta kualitas hidup penderita DM tipe 2.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. (2010). Analisis Konsep Kualitas Hidup. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13(2).
- Allen. (2006). Support of diabetes from the family. Retrieved from [http// www.buzzel.com/editorial](http://www.buzzel.com/editorial)
- Arsunan Arsin, A., & Abd Hakim, B. H. (2013). Determinasi Kualitas Hidup Penderita DM tipe 2 DI RSUD Ajjappange Kabupaten Soppeng Tahun 2013. *Epidemiologi*.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. *Laporan Nasional 2013*, 1–384. <https://doi.org/10.24090/riskesdas2013> Desember 2013
- Black, J., & Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Singapore: Elsevier.
- Butler, H. . (2002). Motivation: The role in diabetes self-management in older adults. Retrieved from <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). Concept _ HRQOL _ CDC.
- Cronbach, L. . (1963). *Educational Psychology*. Newyork: Harcow Bruce and World.
- Dinas Kesehatan Kota Makassar. (2013). Profil Kesehatan Kota Makassar Tahun 2013. *Jurnal Manajemen*, 1–70.
- Fatimah, R. N. (2015). Diabetes Melitus Tipe 2. *Fakultas Kedokteran Universitas Lampung*, 4, 93–101.
- International Diabetes Federation. (2015). *IDF Diabetes Atlas Seventh Edition*.

International Diabetes Federation (7th ed.). International Diabetes Federation (IDF). <https://doi.org/10.1289/image.ehp.v119.i03>

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

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). MENKES: Mari Kita Cegah Diabetes dengan Cerdik. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=TugasFungsi>

Kowalak, J., Welsh, W., & Mayer, B. (2013). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.

Kusumadewi, M. D. (2011). Peran Stresor Harian, Optimisme dan Regulasi Diri terhadap Kualitas Hidup Individu dengan Diabetes Melitus Tipe 2. *Psikoislamika*, *8*(1), 43–61. Retrieved from <http://ejournal.uin-malang.ac.id/index.php/psiko/article/view/1545>

Mier, N., Alonzo, A. ., Zhan, D., & Zuniga, M. . (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.

Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nurarif, A., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC_NOC*. Yogyakarta: Mediaction.

Penckofer, S., Ferrans, C. E., Velsor-Friedrich, B., & Savoy, S. (2007). The Psychological Impact of Living With Diabetes. *Diabetes Education*, *33*(4), 680–690. <https://doi.org/10.1177/0145721707304079>

Penckofer, S., Quinn, L., Byrn, M., Ferrans, C., Miller, M., & Strange, P. (2012). Does glycemic variability impact mood and quality of life? *Diabetes Technology & Therapeutics*, *14*(4), 303–10. <https://doi.org/10.1089/dia.2011.0191>

- Radi, B. (2007). Diabetes mellitus sebagai faktor resiko penyakit jantung. Retrieved from <http://www.pjnhk.go.id>
- Potter, P., & Perry, A. (2005). *Buku Ajar Fundamental Kperawatan: Konsep, proses, dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Rakhmawaty, A., Afiatin, T., Indahria, R., & Rini, S. (2011). Peningkatan Subjective Well Being Pada Penderita Diabetes Mellitus Effect of Emotion Regulation Training on Subjective Well Being of Diabetes Mellitus Patients. *Jurnal Intervensi Psikologi*, 3(2), 187–209.
- Retnowati, N., & Satyabakti, P. (2014). Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Di Puskesmas Tanah Kalikadinding, 3, 57–68.
- Smeltzer, S. (2015). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S., & Bare. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Stanetic, K., Savic, S., & Racic, M. (2012). The Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Оригинални Радови*, 18(3–4), 70–77.
- Stipanovic. (2002). The effects of diabetes education on self-efficacy and self care. Retrieved from <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: ALFABETA.
- Suliswati, Payapo, T., Maruhawa, J., Sianturi, Y., & Sumijatun. (2005). *Konsep Dasar Perawat Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Suyono. (2010). *Kecenderungan Peningkatan Jumlah Penyandang Diabetes*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

- Townsend, M. (2005). *Psychiatric Mental Health*. Davis Company/Philadelphia.
- Tristiana, R. D. (2016). Psychological Well Being In Type 2 Diabetes Mellitus Patients In Mulyorejo Public Health Center Surabaya. *Jurnal NERS*, 11(2), 147–156. <https://doi.org/10.20473/JN.V11I22016.147-156>
- Utami, D. T., Karim, D., & Agrina. (2014). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus dengn Ulkus Diabetikum. *Jom Psik*, 1(2), 1–7.
- WHO. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.5.12>
- WHO. (2004). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. *Department of Mental Health and Substance Dependence World Health Organization*.
- Wita. (2015). *Respon Berduka Pada Pasien Stroke di RSUP Haji Adam Malik Medan*. Skripsi tidak diterbitkan. Medan: Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.
- Yusra, A. (2011). *Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta*. Tesis tidak diterbitkan. Jakarta: Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya Filda Awliya Al Gazali mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin bermaksud akan melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Fase Berduka dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan fase berduka dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin. Responden akan mengisi lembar kuesioner selama 15-20 menit.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi Anda sebagai responden maupun keluarga. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi Anda maupun keluarga. Jika Anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Filda Awliya Al Gazali
NIM. C12113302

Lampiran 2
Lembar *concent*

Kode responden :

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian dari:

Nama : Filda Awliya Al Gazali
NIM : C12113302
Program Studi : Ilmu Keperawatan FK UNHAS
Judul : Hubungan Fase Berduka dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada responden. Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui hubungan Fase Berduka dengan kualitas hidup penderita diabetes mellitus tipe 2 di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin. Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya hal yang belum dimengerti dan saya telah mendapatkan jawaban dengan jelas. Peneliti akan menjaga kerahasiaan jawaban dan pertanyaan yang telah saya berikan.

Dengan ini saya menyatakan sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia di obeservasi dan menjawab pertanyaan yang diajukan oleh peneliti dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Makassar, 2018

(_____)
Nama terang dan Tanda Tangan

Lampiran 3

Lembar kuesioner

Petunjuk pengisian:

1. Bacalah dengan cermat dan teliti pada setiap item pertanyaan
2. Pilih salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling sesuai dengan kondisi yang dialami dengan memberi tanda pada pilihan yang dipilih
3. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar

Kuesioner A (Data Demografi)

1. Kode responden :
2. Umur : tahun
3. Jenis kelamin : Perempuan Laki-laki
4. Agama :
5. Suku :
6. Pendidikan terakhir:
 - a. Tidak sekolah
 - b. SD
 - c. SMP
 - d. SMA
 - e. Sarjana
7. Status pernikahan:
 - a. Menikah
 - b. Belum menikah
 - c. Bercerai

8. Jenis Pekerjaan :
9. Penghasilan (rata-rata) : Rp (perbulan)
10. Komplikasi diabetes :
11. Lama menderita diabetes: tahun bulan
12. Nilai gula darah :

Kuesioner B

No.	Pertanyaan	Pilihan			
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	saya merasa tidak percaya dengan penyakit yang saya derita				
2	Saya selalu merasa sedih melihat kondisi saya sekarang				
3	Saya tidak tau mau berbuat apa dengan kondisi ini				
4	Saya marah karena sulit melakukan kegiatan				
5	Saya tidak terima atas apa yang terjadi kepada saya				
6	Saya menyalahkan orang lain sebagai akibat penyakit saya				
7	Saya marah kepada dokter karena tidak bisa menyembuhkan penyakit saya				
8	Saya benci dengan perubahan bentuk tubuh saya				
9	Saya merasa tidak bahagia seperti dulu				
10	Kalau saja saya bisa menjaga kesehatan saya sejak dulu, tentu kondisi saya tidak akan seperti ini				
11	Kalau saya berhati-hati tentu saya tidak akan jadi begini				
12	Kalau saya rajin berdoa saya yakin penyakit saya akan disembuhkan				
13	Saya merasa putus asa dengan penyakit yang saya alami				
14	Saya merasa bahwa segala yang saya lakukan adalah sia-sia				
15	Saya berfikir bahwa saya gagal menjaga kesehatan				
16	Saya kehilangan harapan karena penyakit saya				
17	Saya merasa tertekan karena penyakit				

No.	Pertanyaan	Pilihan			
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
	saya				
18	Saya merasa tidak berguna				
19	Saya mulai menerima keadaan saya seperti ini				
20	Saya merasa hidup saya sama baiknya dengan orang lain				
21	Saya dapat menerima penampilan tubuh saya				
22	Saya dapat mengatasi rasa sakit akibat kondisi sakit saya				
23	Saya tidak malu bergaul dengan orang lain				
24	Saya tetap merasa diri saya berharga walaupun mengalami diabetes				

Kuesioner C

NO	Pertanyaan tentang kepuasan: Seberapa puas Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam satu minggu terakhir merasakan hal-hal seperti yang tercantum dalamkuesioer ini.	Sangat Puas	Puas	Tidak Puas	Sangat Tidak Puas
1.	Lamanya waktu yang digunakan untuk kontrol/berobat?				
2.	Perawatan dan pengobatan yang ada?				
3	Diet yang anda lakukan?				
4	Penerimaan keluarga terhadap diabetes anda?				
5	Pengetahuan yang anda miliki terhadap diabetes?				
6	Tidur anda?				
7	Hubungan sosial dan persahabatan anda?				
8	Kehidupan seksual?				
9	Aktivitas anda (pekerjaan dan tugas rumah tangga anda)?				

NO	Pertanyaan tentang kepuasan:	Sangat Puas	Puas	Tidak Puas	Sangat Tidak Puas
	Seberapa puas Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam satu minggu terakhir merasakan hal-hal seperti yang tercantum dalamkuesioer ini.				
10	Penampilan tubuh anda?				
11	Waktu yang anda guakan untuk berolahraga?				
12	Waktu santai/senggang anda?				
13	Hidup anda?				

NO	Pertanyaan tentang dampak yang dirasakan:	Tidak pernah	Jarang atau 1-2 kali seminggu	Sering atau 3-4 kali seminggu	Setiap saat atau 5-7 kali seminggu
	Seberapa sering Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam satu minggu terakhir mengalami hal-hal seperti yang tercantum dalamkuesioer ini.				
14	Merasa sakit (nyeri) sehubungan dengan diabetes?				
15	Dipermalukan di depan umum karena diabetes?				
16	Megalami gemetar/keringat dingin?				
17	Tidak bisa tidur di malam hari?				
18	Hubungan sosial dan persahabatan anda terganggu karena diabetes?				
19	Merasa diri dalam kondisi baik?				
20	Merasa dibatasi oleh diet anda?				
21	Merasa dicegah melakukan olahraga karena diabetes?				
22	Meninggalkan aktivitas (pekerjaan atau tugas rumah tangga) karena diabetes?				
23	Merasa terganggu aktivitas santai anda karena diabetes?				
24	Bercerita tentang diabetes anda kepada orang lain?				
25	Merasa pergi ke kamar mandi lebih sering dibandingkan orang				

	lain karena diabetes?				
26	Merasa takut apakah akan kehilangan pekerjaan?				
27	Merasa takut apakah dapat melakukan liburan/perjalanan?				
28	Merasa takut apakah akan meninggal dunia?				
29	Merasa takut terlihat berbeda karena diabetes?				
30	Merasa takut mengalami komplikasi terhadap diabetes?				

Lampiran 4

Validitas dan Reliabelitas

Fase Berduka

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
P1	Pearson Correlation	1	,475 [*]	,440	,596 ^{**}	,583 ^{**}
	Sig. (2-tailed)		,034	,052	,006	,007
	N	20	20	20	20	20
P2	Pearson Correlation	,475 [*]	1	,293	,532 [*]	,434
	Sig. (2-tailed)	,034		,209	,016	,056
	N	20	20	20	20	20
P3	Pearson Correlation	,440	,293	1	,341	,829 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,052	,209		,141	,000
	N	20	20	20	20	20
P4	Pearson Correlation	,596 ^{**}	,532 [*]	,341	1	,730 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,006	,016	,141		,000
	N	20	20	20	20	20
P5	Pearson Correlation	,596 ^{**}	,434	,829 ^{**}	,730 ^{**}	1
	Sig. (2-tailed)	,006	,056	,000	,000	
	N	20	20	20	20	20
P6	Pearson Correlation	,583 ^{**}	,172	,508 [*]	,418	,508 [*]
	Sig. (2-tailed)	,007	,468	,022	,067	,022
	N	20	20	20	20	20
P7	Pearson Correlation	,430	,360	,504 [*]	,594 ^{**}	,594 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,066	,130	,028	,007	,007
	N	19	19	19	19	19

P8	Pearson Correlation	,535 [*]	,409	,890 ^{**}	,427	,693 ^{**}	,609 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,015	,074	,000	,061	,001	,004
	N	20	20	20	20	20	20
P9	Pearson Correlation	,754 ^{**}	,731 ^{**}	,584 ^{**}	,480 [*]	,585 ^{**}	,449 [*]
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,007	,032	,007	,047
	N	20	20	20	20	20	20
P10	Pearson Correlation	,523 [*]	,437	,415	,295	,382	,268
	Sig. (2-tailed)	,018	,054	,069	,206	,096	,252
	N	20	20	20	20	20	20
P11	Pearson Correlation	,588 ^{**}	,511 [*]	,455 [*]	,130	,293	,241
	Sig. (2-tailed)	,006	,021	,044	,584	,210	,307
	N	20	20	20	20	20	20
P12	Pearson Correlation	,535 [*]	,409	,890 ^{**}	,427	,693 ^{**}	,609 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,015	,074	,000	,061	,001	,004
	N	20	20	20	20	20	20

Correlations

		P7	P8	P9	P10	P11	P12
P1	Pearson Correlation	,430	,535 [*]	,754	,523 ^{**}	,588 ^{**}	,535 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,066	,015	,000	,018	,006	,015
	N	19	20	20	20	20	20
P2	Pearson Correlation	,360 [*]	,409	,731	,437 [*]	,511	,409
	Sig. (2-tailed)	,130	,074	,000	,054	,021	,074
	N	19	20	20	20	20	20
P3	Pearson Correlation	,504	,890	,584	,415	,455 ^{**}	,890 [*]
	Sig. (2-tailed)	,028	,000	,007	,069	,044	,000
	N						

	N	19	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,594**	,427*	,480	,295	,130**	,427*
P4	Sig. (2-tailed)	,007	,061	,032	,206	,584	,061
	N	19	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,594**	,693	,585**	,382**	,293	,693*
P5	Sig. (2-tailed)	,007	,001	,007	,096	,210	,001
	N	19	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,383**	,609	,449*	,268	,241*	,609
P6	Sig. (2-tailed)	,105	,004	,047	,252	,307	,004
	N	19	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	1	,608	,441*	,256**	,233**	,608
P7	Sig. (2-tailed)		,006	,058	,289	,338	,006
	N	19	19	19	19	19	19
	Pearson Correlation	,608*	1	,700**	,532	,546**	1,000**
P8	Sig. (2-tailed)	,006		,001	,016	,013	,000
	N	19	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,441**	,700**	1**	,711*	,780**	,700*
P9	Sig. (2-tailed)	,058	,001		,000	,000	,001
	N	19	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,256*	,532	,711	1	,764	,532
P10	Sig. (2-tailed)	,289	,016	,000		,000	,016
	N	19	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,233**	,546*	,780*	,764	1	,546
P11	Sig. (2-tailed)	,338	,013	,000	,000		,013
	N	19	20	20	20	20	20
P12	Pearson Correlation	,608*	1,000	,700**	,532	,546**	1**

Sig. (2-tailed)	,006	,000	,001	,016	,013	
N	19	20	20	20	20	20

Correlations

		P13	P14	P15	P16	P17	P18
P1	Pearson Correlation	,588	,196 [*]	,225	,535 ^{**}	,457 ^{**}	,535 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,006	,408	,341	,015	,043	,015
	N	20	20	20	20	20	20
P2	Pearson Correlation	,629 [*]	,748	,099	,409 [*]	,200	,409
	Sig. (2-tailed)	,003	,000	,677	,074	,399	,074
	N	20	20	20	20	20	20
P3	Pearson Correlation	,455	,455	,426	,890	,699 ^{**}	,890 [*]
	Sig. (2-tailed)	,044	,044	,061	,000	,001	,000
	N	20	20	20	20	20	20
P4	Pearson Correlation	,619 ^{**}	,456 [*]	,096	,427	,274 ^{**}	,427
	Sig. (2-tailed)	,004	,043	,687	,061	,243	,061
	N	20	20	20	20	20	20
P5	Pearson Correlation	,619 ^{**}	,456	,256 ^{**}	,693 ^{**}	,502	,693 [*]
	Sig. (2-tailed)	,004	,043	,276	,001	,024	,001
	N	20	20	20	20	20	20
P6	Pearson Correlation	,459 ^{**}	,241	,419 [*]	,609	,735 [*]	,609
	Sig. (2-tailed)	,042	,307	,066	,004	,000	,004
	N	20	20	20	20	20	20
P7	Pearson Correlation	,454	,454	,195 [*]	,608 ^{**}	,423 ^{**}	,608
	Sig. (2-tailed)	,051	,051	,424	,006	,071	,006
	N	19	19	19	19	19	19

	Pearson Correlation	,546 [*]	,546	,521 ^{**}	1,000	,810 ^{**}	1,000 ^{**}
P8	Sig. (2-tailed)	,013	,013	,018	,000	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,780 ^{**}	,528 ^{**}	,235 ^{**}	,700 [*]	,493 ^{**}	,700 [*]
P9	Sig. (2-tailed)	,000	,017	,319	,001	,027	,001
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,345 [*]	,136	,293	,532	,322	,532
P10	Sig. (2-tailed)	,136	,567	,209	,016	,166	,016
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,216 ^{**}	,216 [*]	,183 [*]	,546	,384	,546
P11	Sig. (2-tailed)	,361	,361	,440	,013	,094	,013
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,546 [*]	,546	,521 ^{**}	1,000	,810 ^{**}	1,000 ^{**}
P12	Sig. (2-tailed)	,013	,013	,018	,000	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20

Correlations

	P19	P20	P21	P22	P23	P24	
	Pearson Correlation	,311	,326 [*]	,326	,326 ^{**}	,304 ^{**}	,583 ^{**}
P1	Sig. (2-tailed)	,182	,160	,160	,160	,192	,007
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,170 [*]	,392	,036	,036 [*]	,198	,148
P2	Sig. (2-tailed)	,475	,087	,881	,881	,403	,532
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,594	,455	,455	,455	,244 ^{**}	,367 [*]
P3	Sig. (2-tailed)	,006	,044	,044	,044	,299	,112

	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,232**	,130 [†]	,130	,130	,325**	,494 [†]
P4	Sig. (2-tailed)	,324	,584	,584	,584	,162	,027
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,426**	,293	,293**	,293**	,325	,494 [†]
P5	Sig. (2-tailed)	,061	,210	,210	,210	,162	,027
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,364**	,678	,678 [†]	,678	,218 [†]	,742
P6	Sig. (2-tailed)	,114	,001	,001	,001	,355	,000
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,359	,233	,233 [†]	,233**	,209**	,343
P7	Sig. (2-tailed)	,131	,338	,338	,338	,390	,150
	N	19	19	19	19	19	19
	Pearson Correlation	,688 [†]	,546	,546**	,546	,321**	,459**
P8	Sig. (2-tailed)	,001	,013	,013	,013	,168	,042
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,419**	,528**	,277**	,277 [†]	,251**	,404 [†]
P9	Sig. (2-tailed)	,066	,017	,238	,238	,285	,077
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,274 [†]	,136	,136	,136	,105	,224
P10	Sig. (2-tailed)	,242	,567	,567	,567	,661	,342
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,327**	,216 [†]	,216 [†]	,216	,065	,140
P11	Sig. (2-tailed)	,160	,361	,361	,361	,784	,556
	N	20	20	20	20	20	20
P12	Pearson Correlation	,688 [†]	,546	,546**	,546	,321**	,459**

Sig. (2-tailed)	,001	,013	,013	,013	,168	,042
N	20	20	20	20	20	20

Correlations

		Total
P1	Pearson Correlation	,757
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
P2	Pearson Correlation	,619*
	Sig. (2-tailed)	,004
	N	20
P3	Pearson Correlation	,758
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
P4	Pearson Correlation	,656**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
P5	Pearson Correlation	,782**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
P6	Pearson Correlation	,701**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	20
P7	Pearson Correlation	,633
	Sig. (2-tailed)	,004
	N	19

P8	Pearson Correlation	,868 [*]
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
P9	Pearson Correlation	,827 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
P10	Pearson Correlation	,580 [*]
	Sig. (2-tailed)	,007
	N	20
P11	Pearson Correlation	,565 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,009
	N	20
P12	Pearson Correlation	,868 [*]
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20

Correlations

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	
P13	Pearson Correlation	,588	,629 [*]	,455	,619 ^{**}	,619 ^{**}	,459 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,006	,003	,044	,004	,004	,042
	N	20	20	20	20	20	20
P14	Pearson Correlation	,196 [*]	,748	,455	,456 [*]	,456	,241
	Sig. (2-tailed)	,408	,000	,044	,043	,043	,307
	N	20	20	20	20	20	20
P15	Pearson Correlation	,225	,099	,426	,096	,256 ^{**}	,419 [*]
	Sig. (2-tailed)	,341	,677	,061	,687	,276	,066

	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,535**	,409 [†]	,890	,427	,693**	,609
P16	Sig. (2-tailed)	,015	,074	,000	,061	,001	,004
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,457**	,200	,699**	,274**	,502	,735 [†]
P17	Sig. (2-tailed)	,043	,399	,001	,243	,024	,000
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,535**	,409	,890 [†]	,427	,693 [†]	,609
P18	Sig. (2-tailed)	,015	,074	,000	,061	,001	,004
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,311	,170	,594 [†]	,232**	,426**	,364
P19	Sig. (2-tailed)	,182	,475	,006	,324	,061	,114
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,326 [†]	,392	,455**	,130	,293**	,678**
P20	Sig. (2-tailed)	,160	,087	,044	,584	,210	,001
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,326**	,036**	,455**	,130 [†]	,293**	,678 [†]
P21	Sig. (2-tailed)	,160	,881	,044	,584	,210	,001
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,326 [†]	,036	,455	,130	,293	,678
P22	Sig. (2-tailed)	,160	,881	,044	,584	,210	,001
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,304**	,198 [†]	,244 [†]	,325	,325	,218
P23	Sig. (2-tailed)	,192	,403	,299	,162	,162	,355
	N	20	20	20	20	20	20
P24	Pearson Correlation	,583 [†]	,148	,367**	,494	,494**	,742**

Sig. (2-tailed)	,007	,532	,112	,027	,027	,000
N	20	20	20	20	20	20

Correlations

		P7	P8	P9	P10	P11	P12
P13	Pearson Correlation	,454	,546 [*]	,780	,345 ^{**}	,216 ^{**}	,546 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,051	,013	,000	,136	,361	,013
	N	19	20	20	20	20	20
P14	Pearson Correlation	,454 [*]	,546	,528	,136 [*]	,216	,546
	Sig. (2-tailed)	,051	,013	,017	,567	,361	,013
	N	19	20	20	20	20	20
P15	Pearson Correlation	,195	,521	,235	,293	,183 ^{**}	,521 [*]
	Sig. (2-tailed)	,424	,018	,319	,209	,440	,018
	N	19	20	20	20	20	20
P16	Pearson Correlation	,608 ^{**}	1,000 [*]	,700	,532	,546 ^{**}	1,000
	Sig. (2-tailed)	,006	,000	,001	,016	,013	,000
	N	19	20	20	20	20	20
P17	Pearson Correlation	,423 ^{**}	,810	,493 ^{**}	,322 ^{**}	,384	,810 [*]
	Sig. (2-tailed)	,071	,000	,027	,166	,094	,000
	N	19	20	20	20	20	20
P18	Pearson Correlation	,608 ^{**}	1,000	,700 [*]	,532	,546 [*]	1,000
	Sig. (2-tailed)	,006	,000	,001	,016	,013	,000
	N	19	20	20	20	20	20
P19	Pearson Correlation	,359	,688	,419 [*]	,274 ^{**}	,327 ^{**}	,688
	Sig. (2-tailed)	,131	,001	,066	,242	,160	,001
	N	19	20	20	20	20	20

	Pearson Correlation	,233 [*]	,546	,528 ^{**}	,136	,216 ^{**}	,546 ^{**}
P20	Sig. (2-tailed)	,338	,013	,017	,567	,361	,013
	N	19	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,233 ^{**}	,546 ^{**}	,277 ^{**}	,136 [*]	,216 ^{**}	,546 [*]
P21	Sig. (2-tailed)	,338	,013	,238	,567	,361	,013
	N	19	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,233 [*]	,546	,277	,136	,216	,546
P22	Sig. (2-tailed)	,338	,013	,238	,567	,361	,013
	N	19	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,209 ^{**}	,321 [*]	,251 [*]	,105	,065	,321
P23	Sig. (2-tailed)	,390	,168	,285	,661	,784	,168
	N	19	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,343 [*]	,459	,404 ^{**}	,224	,140 ^{**}	,459 ^{**}
P24	Sig. (2-tailed)	,150	,042	,077	,342	,556	,042
	N	19	20	20	20	20	20

Correlations

		P13	P14	P15	P16	P17	P18
	Pearson Correlation	1	,608 [*]	,183	,546 ^{**}	,384 ^{**}	,546 ^{**}
P13	Sig. (2-tailed)		,004	,440	,013	,094	,013
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,608 [*]	1	,183	,546 [*]	,384	,546
P14	Sig. (2-tailed)	,004		,440	,013	,094	,013
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,183	,183	1	,521	,756 ^{**}	,521 [*]
P15	Sig. (2-tailed)	,440	,440		,018	,000	,018

	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,546**	,546*	,521	1	,810**	1,000
P16	Sig. (2-tailed)	,013	,013	,018		,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,384**	,384	,756**	,810**	1	,810*
P17	Sig. (2-tailed)	,094	,094	,000	,000		,000
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,546**	,546	,521*	1,000	,810*	1
P18	Sig. (2-tailed)	,013	,013	,018	,000	,000	
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,327	,327	,757*	,688**	,850**	,688
P19	Sig. (2-tailed)	,160	,160	,000	,001	,000	,001
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,608*	,608	,376**	,546	,659**	,546**
P20	Sig. (2-tailed)	,004	,004	,102	,013	,002	,013
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,216**	,216**	,762**	,546*	,934**	,546*
P21	Sig. (2-tailed)	,361	,361	,000	,013	,000	,013
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,216*	,216	,762	,546	,934	,546
P22	Sig. (2-tailed)	,361	,361	,000	,013	,000	,013
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,326**	,065*	,546*	,321	,549	,321
P23	Sig. (2-tailed)	,160	,784	,013	,168	,012	,168
	N	20	20	20	20	20	20
P24	Pearson Correlation	,490*	,140	,620**	,459	,784**	,459**

Sig. (2-tailed)	,028	,556	,004	,042	,000	,042
N	20	20	20	20	20	20

Correlations

		P19	P20	P21	P22	P23	P24
P13	Pearson Correlation	,327	,608 [*]	,216	,216 ^{**}	,326 ^{**}	,490 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,160	,004	,361	,361	,160	,028
	N	20	20	20	20	20	20
P14	Pearson Correlation	,327 [*]	,608	,216	,216 [*]	,065	,140
	Sig. (2-tailed)	,160	,004	,361	,361	,784	,556
	N	20	20	20	20	20	20
P15	Pearson Correlation	,757	,376	,762	,762	,546 ^{**}	,620 [*]
	Sig. (2-tailed)	,000	,102	,000	,000	,013	,004
	N	20	20	20	20	20	20
P16	Pearson Correlation	,688 ^{**}	,546 [*]	,546	,546	,321 ^{**}	,459
	Sig. (2-tailed)	,001	,013	,013	,013	,168	,042
	N	20	20	20	20	20	20
P17	Pearson Correlation	,850 ^{**}	,659	,934 ^{**}	,934 ^{**}	,549	,784 [*]
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	,000	,000	,012	,000
	N	20	20	20	20	20	20
P18	Pearson Correlation	,688 ^{**}	,546	,546 [*]	,546	,321 [*]	,459
	Sig. (2-tailed)	,001	,013	,013	,013	,168	,042
	N	20	20	20	20	20	20
P19	Pearson Correlation	1	,327	,793 [*]	,793 ^{**}	,777 ^{**}	,667
	Sig. (2-tailed)		,160	,000	,000	,000	,001
	N	20	20	20	20	20	20

	Pearson Correlation	,327 [*]	1	,608 ^{**}	,608	,065 ^{**}	,490 ^{**}
P20	Sig. (2-tailed)	,160		,004	,004	,784	,028
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,793 ^{**}	,608 ^{**}	1 ^{**}	1,000 [*]	,588 ^{**}	,840 [*]
P21	Sig. (2-tailed)	,000	,004		,000	,006	,000
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,793 [*]	,608	1,000	1	,588	,840
P22	Sig. (2-tailed)	,000	,004	,000		,006	,000
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,777 ^{**}	,065 [*]	,588 [*]	,588	1	,699
P23	Sig. (2-tailed)	,000	,784	,006	,006		,001
	N	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	,667 [*]	,490	,840 ^{**}	,840	,699 ^{**}	1 ^{**}
P24	Sig. (2-tailed)	,001	,028	,000	,000	,001	
	N	20	20	20	20	20	20

Correlations

		Total
	Pearson Correlation	,725
P13	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
	Pearson Correlation	,581 [*]
P14	Sig. (2-tailed)	,007
	N	20
	Pearson Correlation	,564
P15	Sig. (2-tailed)	,010

	N	20
	Pearson Correlation	,868**
P16	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
	Pearson Correlation	,811**
P17	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
	Pearson Correlation	,868**
P18	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
	Pearson Correlation	,689
P19	Sig. (2-tailed)	,001
	N	20
	Pearson Correlation	,597'
P20	Sig. (2-tailed)	,005
	N	20
	Pearson Correlation	,629**
P21	Sig. (2-tailed)	,003
	N	20
	Pearson Correlation	,629'
P22	Sig. (2-tailed)	,003
	N	20
	Pearson Correlation	,506**
P23	Sig. (2-tailed)	,023
	N	20
P24	Pearson Correlation	,720'

	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20

Correlations

		P1	P2	P3	P4	P5	P6
	Pearson Correlation	,757	,619 [*]	,758	,656 ^{**}	,782 ^{**}	,701 ^{**}
Total	Sig. (2-tailed)	,000	,004	,000	,002	,000	,001
	N	20	20	20	20	20	20

Correlations

		P7	P8	P9	P10	P11	P12
	Pearson Correlation	,633	,868 [*]	,827	,580 ^{**}	,565 ^{**}	,868 ^{**}
Total	Sig. (2-tailed)	,004	,000	,000	,007	,009	,000
	N	19	20	20	20	20	20

Correlations

		P13	P14	P15	P16	P17	P18
	Pearson Correlation	,725	,581 [*]	,564	,868 ^{**}	,811 ^{**}	,868 ^{**}
Total	Sig. (2-tailed)	,000	,007	,010	,000	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20

Correlations

		P19	P20	P21	P22	P23	P24
	Pearson Correlation	,689	,597 [*]	,629	,629 ^{**}	,506 ^{**}	,720 ^{**}
Total	Sig. (2-tailed)	,001	,005	,003	,003	,023	,000
	N	20	20	20	20	20	20

Correlations

		Total
Total	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability

		N	%
Cases	Valid	19	95,0
	Excluded ^a	1	5,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,753	25

Lampiran 5 Master Tabel

A. Karakteristik Responden

Kode responden	Inisial	Usia	Jenis kelamin	Agama	Suku	Pendidikan terakhir	Status pernikahan	Pekerjaan	Penghasilan	Komplikasi	Lama menderita (tahun)
1	HI	64	P	Islam	Bugis	SARJANA	Menikah	Pensiun Pns	Rp 3.500.000	TIDAK ADA	20
2	J	49	P	Islam	Bugis	SMA	Bercerai	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	<1
3	N	63	P	Islam	Mandar	SARJANA	Menikah	Dosen	Rp 5.000.000	TIDAK ADA	<1
4	N	60	P	Islam	Selayar	SMA	Bercerai	Pensiun Pns	TIDAK ADA	KOLESTEROL	2
5	TH	46	P	Protestan	Toraja	D3	Menikah	PNS	Rp 3.000.000	HIPERTENSI	16
6	S	66	L	Islam	Bugis	SARJANA	Menikah	Pensiun Pns	Rp 4.000.000	TIDAK ADA	2
7	KY	41	L	Islam	Makassar	SARJANA	Menikah	PNS	Rp 3.000.000	TIDAK ADA	2
8	S	60	P	Islam	Makassar	SD	Menikah	IRT	TIDAK ADA	JANTUNG, HIPERTENSI	<1
9	B	60	L	Islam	Bugis	SARJANA	Menikah	Pensiunan	Rp 4.000.000	TIDAK ADA	4

Kode responden	Inisial	Usia	Jenis kelamin	Agama	Suku	Pendidikan terakhir	Status pernikahan	Pekerjaan	Penghasilan	Komplikasi	Lama menderita (tahun)
10	R	61	P	Islam	Bugis	D3	Menikah	IRT	TIDAK ADA	HIPERTENSI	2
11	ES	39	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	8
12	LA	70	P	Islam	Sumatera Barat	S3	Menikah	Dosen	Rp 10.000.000	KOLESTERO, HIPERTENSI	2
13	AD	67	P	Islam	Bugis	SMP	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	<1
14	A	65	L	Islam	Bugis	SMA	Menikah	Pensiun	Rp 3.000.000	JANTUNG	15
15	N	54	L	Islam	Bugis	SMA	Menikah	Pensiun Tentara	Rp 3.000.000	JANTUNG	7
16	B	60	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	6
17	ES	55	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	HIPERTENSI	8
18	NS	48	P	Kristen	Jawa	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	MATA	6
19	S	73	L	Islam	Bugis	SMA	Menikah	Pensiunan	Rp 3.500.000	HIPERTENSI	1
20	RU	50	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	HIPERTENSI	12
21	H	60	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	HIPERTENSI	4
22	T	51	L	Islam	Bugis	S3	Menikah	Dosen	Rp 15.000.000	TIDAK ADA	3

Kode responden	Inisial	Usia	Jenis kelamin	Agama	Suku	Pendidikan terakhir	Status pernikahan	Pekerjaan	Penghasilan	Komplikasi	Lama menderita (tahun)
23	Y	59	P	Islam	Jawa	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	5
24	R	42	P	Islam	Bugis	SMA	Bercerai	IRT	TIDAK ADA	HIPERTENSI	6
25	S	60	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	HIPERTENSI	10
26	N	50	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	2
27	R	57	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	3
28	AB	62	L	Islam	Bugis	SMA	Menikah	Pensiun	Rp 3.000.000	HIPERTENSI	8
29	IM	43	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	2
30	M	60	P	Islam	Jawa	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	HIPERTENSI	4
31	AM	58	L	Islam	Bugis	SMA	Menikah	Wiraswasta	Rp 5.000.000	JANTUNG, KOLESTEROL	5
32	KY	38	L	Islam	Bugis	SMA	Menikah	PNS	Rp 3.000.000	TIDAK ADA	<1
33	SS	69	P	Islam	Bugis	SMP	Menikah	IRT	TIDAK ADA	KOLESTEROL	10
34	EA	34	P	Islam	Jawa	SD	Bercerai	IRT	TIDAK ADA	HIPERTENSI	2
35	KS	47	L	Islam	Jawa	SARJANA	Menikah	PNS	Rp 4.000.000	KOLESTEROL	5
36	S	36	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	7

Kode responden	Inisial	Usia	Jenis kelamin	Agama	Suku	Pendidikan terakhir	Status pernikahan	Pekerjaan	Penghasilan	Komplikasi	Lama menderita (tahun)
37	SH	48	L	Islam	Jawa	SMA	Menikah	PNS	Rp 3.500.000	HIPERTENSI	2
38	YT	69	L	Kristen	Toraja	SMA	Menikah	Pensiun	TIDAK ADA	JANTUNG	15
39	HB	71	L	Islam	Bugis	SMA	Menikah	Pensiun	3.000.000	JANTUNG	8
40	B	77	P	Islam	Bugis	SD	Menikah	IRT	TIDAK ADA	KOLESTEROL	20
41	ST	53	P	Islam	Bugis	SARJANA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	KOLESTEROL	16
42	NA	70	P	Islam	Bugis	SMP	Menikah	IRT	TIDAK ADA	JANTUNG	15
43	JP	62	L	Kristen	Toraja	SMA	Menikah	Pensiun	3.500.000	KOLESTEROL	6
44	MG	54	L	Islam	Bugis	SMA	Menikah	Wirausaha	4.000.000	TIDAK ADA	7
45	D	49	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	HIPERTENSI	2
46	HM	60	L	Islam	Bugis	SMA	Menikah	Wirausaha	4.500.000	KOLESTEROL	2
47	H	59	P	Islam	Bugis	SD	Menikah	IRT	TIDAK ADA	JANTUNG	6
48	R	54	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	2
49	SP	52	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	HIPERTENSI	4

Kode responden	Inisial	Usia	Jenis kelamin	Agama	Suku	Pendidikan terakhir	Status pernikahan	Pekerjaan	Penghasilan	Komplikasi	Lama menderita (tahun)
50	LY	62	L	Kristen	Toraja	SMA	Menikah	Pensiun	Rp 3.000.000	TIDAK ADA	5
51	N	68	P	Islam	Mandar	D3	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	<1
52	YL	63	P	Islam	Sunda	SARJANA	Menikah	Pensiun	Rp 4.000.000	HIPERTENSI	20
53	H	62	P	Islam	Bugis	SMP	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	10
54	RS	55	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	PNS	Rp 4.000.000	TIDAK ADA	4
55	E	67	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	7
56	H	58	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	HIPERTENSI	3
57	MD	76	L	Islam	Bugis	SMA	Menikah	Pensiun	Rp 3.500.000	TIDAK ADA	4
58	N	70	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	KOLESTEROL	10
59	NK	46	P	Islam	Bugis	SARJANA	Menikah	PNS	Rp 3.000.000	TIDAK ADA	3
60	CR	70	P	Kristen	Toraja	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	JANTUNG	6
61	MI	60	L	Islam	Bugis	SMA	Menikah	Pensiun	Rp 3.000.000	TIDAK ADA	1
62	B	61	P	Islam	Bugis	SARJANA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	HIPERTENSI	10
63	TS	60	L	Islam	Bugis	SMA	Menikah	Wirausaha	Rp 3.000.000	JANTUNG	12

Kode responden	Inisial	Usia	Jenis kelamin	Agama	Suku	Pendidikan terakhir	Status pernikahan	Pekerjaan	Penghasilan	Komplikasi	Lama menderita (tahun)
64	K	45	L	Islam	Jawa	SMA	Menikah	PNS	Rp 3.500.000	TIDAK ADA	2
65	JM	65	L	Islam	Bugis	SMA	Menikah	Pensiun	Rp 3.500.000	HIPERTENSI	3
66	AF	68	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	4
67	MP	57	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	TIDAK ADA	4
68	FH	56	P	Islam	Bugis	SMA	Menikah	IRT	TIDAK ADA	HIPERTENSI	1
69	PP	64	L	Kristen	Toraja	SMA	Menikah	Pensiunan	Rp 3.000.000	JANTUNG	4
70	PA	72	P	Kristen	Toraja	SMA	Menikah	Pensiunan	Rp 3.000.000	KOLESTEROL	<1
71	KP	65	L	Islam	Bugis	SD	Menikah	Wiraswasta	Rp 3.500.000	CAD	20

B. Fase Berduka

Kode respon den	<i>Denial</i>			<i>Anger</i>					<i>Bergaining</i>			<i>Depression</i>						<i>Acceptance</i>						
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24
1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	1	4
2	4	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	1
4	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	4	4
5	1	1	4	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	2	2	2	3	4	4	4	4
6	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
7	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	4	2	4	2	1	4
8	4	4	3	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	3	1	2	2	2	1	2	2
9	3	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2
10	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
11	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	3	2	4	4	4	2	1	4
12	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	4	4

Kode respon den	<i>Denial</i>			<i>Anger</i>					<i>Bergaining</i>			<i>Depression</i>						<i>Acceptance</i>						
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24
13	1	4	2	1	3	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1	2
14	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	3	4	4
15	1	3	2	1	3	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3
16	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	3	4
17	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
18	3	3	3	1	3	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	1
19	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
20	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
21	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4
22	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	3	4	4	3	1	4
23	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3
24	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4
25	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	4	4
26	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
27	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	3	4

Kode respon den	<i>Denial</i>			<i>Anger</i>					<i>Bergaining</i>			<i>Depression</i>						<i>Acceptance</i>						
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24
28	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	2	4	4
29	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	4	3	2	4	4
30	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
31	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3
32	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4
33	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	2	4	4
34	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	3	3	3	3	4
35	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4
36	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	4	4	3	4	4
37	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4
38	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	3	2	4	4
39	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	4	4
40	2	1	1	2	2	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	4	4	4	3	3	4
41	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	4	4	4	3	3	4
42	1	1	1	2	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	3	4	4

Kode respon den	<i>Denial</i>			<i>Anger</i>					<i>Bergaining</i>			<i>Depression</i>						<i>Acceptance</i>						
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24
43	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	4	3	4	4	4
44	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4
45	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	4	4	4
46	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4
47	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4
48	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4
49	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	4	3	4	4
50	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4
51	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
52	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
53	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	3	3
54	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4
55	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	3	4	4	4
56	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	4	4
57	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	4	3	4	3	3

Kode respon den	<i>Denial</i>			<i>Anger</i>					<i>Bergaining</i>			<i>Depression</i>						<i>Acceptance</i>						
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24
58	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	4	3	2	3	3
59	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	4	3	3	4	4
60	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	4	4	4	4
61	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4
62	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	4	4
63	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
64	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	4	3	4	4	4
65	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	4	3	3	4	4
66	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	3	4
67	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
68	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	4	4
69	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4
70	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3
71	1	2	1	2	2	2	3	2	3	2	2	1	1	1	2	1	1	1	4	3	3	3	3	4

C. Kualitas Hidup

Kode respon den	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24	P 25	P 26	P 27	P 28	P 29	P 30
1	2	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	2	2	1	4
2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	4	4	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	4	4	4	3	4	3	3	1	3	3	2	3	4	1	1	1	1	1	2	3	4	4	4	2	4	1	1	1	1	4
4	4	4	3	4	3	4	4	1	4	4	3	3	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1	1
5	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	1	2	3	1	3	3	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2
6	3	3	3	4	4	2	4	2	3	3	2	4	4	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	4	2	1	1	1	1
7	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	2	2	3	2	1	3	3	1	2	4	1	2	1	3	2	1	2	1	1	3
8	2	2	2	3	2	2	2	1	1	2	2	3	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
9	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2
10	2	4	2	3	4	4	4	4	3	3	2	4	4	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
11	3	3	2	4	4	2	4	4	2	3	2	4	3	3	1	2	3	1	2	2	1	1	1	1	4	1	1	2	1	4
12	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	3	1	2	1	1	3
13	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	1	3	3	1	1	3	2	1	2	2	3	2	2	1	1	1	2	2	2	3

Kode respon den	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24	P 25	P 26	P 27	P 28	P 29	P 30	
14	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	1	3	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
15	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	1	3	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
18	2	2	1	3	2	1	3	3	3	2	1	3	3	1	1	3	3	1	2	1	1	1	1	2	3	1	3	1	1	3	
19	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	
20	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
21	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	1	3	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	
22	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2	4	1	4	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	3
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	
24	3	4	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	2	3	4	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	
25	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	4	2	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	

Kode respon den	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24	P 25	P 26	P 27	P 28	P 29	P 30
29	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3
31	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3
32	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4
33	3	4	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	2	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3
34	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4
35	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3
36	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	4	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
37	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3
38	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3
39	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	2	4	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
40	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	4	3	2	4	2	4	4	3	4	4	3	4	3	2	4	4	3	4	2
41	3	3	2	4	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	2
42	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
43	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3

Kode respon den	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24	P 25	P 26	P 27	P 28	P 29	P 30
44	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4
45	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3
46	4	4	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4
47	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3
48	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	1
49	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	2	4	1	1	1	2
50	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3
51	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4
52	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
53	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	4	3	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	3
54	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
55	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4
56	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4
57	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	2	3	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3
58	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	2	3	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4

Kode respon den	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24	P 25	P 26	P 27	P 28	P 29	P 30
59	3	3	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	2	4	4	4	4	3
60	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3
61	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2
62	3	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	4	3	2	4	2	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3
63	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
64	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
65	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4
66	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
67	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3
68	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3
69	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
70	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3
71	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	4	3	3	4	3	1	3	3	2	2	2	4	3	3	3	3

Lampiran 6

Analisis Data

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Usia	Mean	58,10	1,166	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	55,77	
		Upper Bound	60,42	
	5% Trimmed Mean	58,37		
	Median	60,00		
	Variance	96,462		
	Std. Deviation	9,821		
	Minimum	34		
	Maximum	77		
	Range	43		
	Interquartile Range	14		
	Skewness	-,457	,285	
	Kurtosis	-,267	,563	
	Lama Menderita	Mean	6,01	,637
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	4,74	
		Upper Bound	7,29	
5% Trimmed Mean		5,57		
Median		4,00		
Variance		28,843		
Std. Deviation		5,371		
Minimum		0		
Maximum		20		
Range		20		
Interquartile Range		6		
Skewness		1,228	,285	
Kurtosis		,822	,563	

Statistics

Pendidikan Terakhir

N	Valid	71
	Missing	0

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dasar (SD-SMP)	11	15,5	15,5	15,5
	Menengah (SMA)	45	63,4	63,4	78,9
	Tinggi (D3-S1)	15	21,1	21,1	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	1	1.4	1.4	1.4
Valid Perempuan	45	63.4	63.4	64.8
Laki-laki	25	35.2	35.2	100.0
Total	71	100.0	100.0	

Agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	63	88.7	88.7	88.7
Kristen	8	11.3	11.3	100.0
Total	71	100.0	100.0	

Suku

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bugis	50	70.4	70.4	70.4
Makassar	3	4.2	4.2	74.6
Mandar	2	2.8	2.8	77.5
Jawa	7	9.9	9.9	87.3
Sumatera	1	1.4	1.4	88.7
Sunda	1	1.4	1.4	90.1
Toraja	7	9.9	9.9	100.0
Total	71	100.0	100.0	

Status Pernikahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menikah	66	93.0	93.0	93.0
Belum Menikah	1	1.4	1.4	94.4
Bercerai	4	5.6	5.6	100.0
Total	71	100.0	100.0	

Komplikasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada	29	40.8	40.8	40.8
	Kolesterol	7	9.9	9.9	50.7
	Jantung	3	4.2	4.2	54.9
	Mata	11	15.5	15.5	70.4
	Hipertensi	21	29.6	29.6	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Penghasilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada	40	56.3	56.3	56.3
	Rp 3,000,000 - 4,000,000	26	36.6	36.6	93.0
	Rp 5,000,000 - 6,000 000	3	4.2	4.2	97.2
	? Rp 10,000,000	2	2.8	2.8	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
FASEBERDUKA	71	100,0%	0	0,0%	71	100,0%
KUALITASHIDUP	71	100,0%	0	0,0%	71	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
FASEBERDUKA	Mean	4,37	,167	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,03	
		Upper Bound	4,70	
	5% Trimmed Mean	4,52		
	Median	5,00		
	Variance	1,978		
	Std. Deviation	1,407		
	Minimum	1		
	Maximum	5		
	Range	4		
	Interquartile Range	0		
	Skewness	-1,889	,285	
	Kurtosis	1,763	,563	
	KUALITASHIDUP	Mean	89,55	2,082
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	85,40	
		Upper Bound	93,70	
5% Trimmed Mean		90,46		
Median		100,00		
Variance		307,908		
Std. Deviation		17,547		
Minimum		55		
Maximum		106		
Range		51		
Interquartile Range		33		
Skewness		-,776	,285	
Kurtosis		-1,206	,563	

Lampiran 7 Etik Penelitian



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
RSPTN UNIVERSITAS HASANUDDIN
RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**



Sekretariat : Lantai 3 Gedung Laboratorium Terpadu
JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10 MAKASSAR 90245.
Contact Person: dr. Agussalim Bukhari, MMed, PhD, SpGK TELP. 081241850858, 0411 5780103, Fax : 0411-581431

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK

Nomor : 1009 / H4.8.4.5.31 / PP36-KOMETIK / 2017

Tanggal: 27 November 2017

Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan Dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :

No Protokol	UH17010893	No Sponsor	
Peneliti Utama	Filda Awliya Al Gazali	Protokol	Pribadi
Judul Peneliti	Hubungan Fase Berduka dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin		
No Versi Protokol	1	Tanggal Versi	31 Oktober 2017
No Versi PSP	1	Tanggal Versi	31 Oktober 2017
Tempat Penelitian	RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar		
Dokumen Lain			
Jenis Review	<input type="checkbox"/> Exempted <input checked="" type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard Tanggal	Masa Berlaku 27 November 2017 sampai 27 November 2018	Frekuensi review lanjutan
Ketua Komisi Etik Penelitian	Nama Prof.Dr.dr. Suryani M.Sc.,Sp.GK (K)	Tanda tangan 	Tanggal
Sekretaris Komisi Etik Penelitian	Nama dr. Agussalim Bukhari, M.Med.,Ph.D.,Sp.GK (K)	Tanda tangan 	Tanggal

Kewajiban Peneliti Utama:

- Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
- Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 Jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 Jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
- Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
- Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
- Melaporkan penyimpangan dari prokol yang disetujui (protocol deviation / violation)
- Mematuhi semua peraturan yang ditentukan