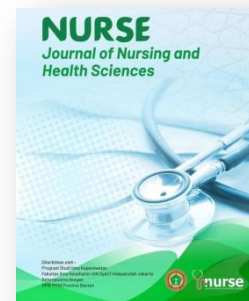


HUBUNGAN KUALITAS HIDUP DENGAN LAMA TERDIAGNOSA DIABETES MELITUS TIPE 2 DI POLIKLINIK RSUD PASAR REBO

Dwi Agustina^{1}, Dessy², and Neni Arfika³*

¹ Institut Kesehatan dan Teknologi PKP DKI Jakarta

^{2,3} RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur



*Corresponding author :
Dwi Agustina

Institut Kesehatan dan Teknologi
PKP DKI Jakarta

Email:
agustina.dwi00@gmail.com

Abstract

Diabetes mellitus (DM) is degenerative disease and unctagious. The patient who have elongate time diagnosed with DM due to more complications that affect the quality of life (QOL), such as neuropathy, nephropathy, gangrene wounds and others. The purpose of this study was to determine the relationship between being diagnosed DM and QOL. This research method is descriptive analytic quantitative with cross sectional approach. This study used QOL questionnaire issued by the World Health Organization (WHO) QOL-BREF. WHOQOL-BREF contains 26 questions with 4 domain factors and questionnaire diagnosed DM. The sampling technique was stratified random sampling with purposive sampling method. This study taken at Pasar Rebo Hospital with number of sample 42 respondents. The number of respondents diagnosed DM 1-5 years was dominated by poor QOL 15 respondents (5.7%), the range of 6-10 years had good and bad QOL with the same frequency, 2 respondents (4.8%). The number of respondents diagnosed more than 10 years is dominated by good QOL, 7 respondents (16.7%) with a p value of 0.293. Conclusion this study is no significant relationship between the duration of being diagnosed with DM and the QOL, patient who longer diagnosed of DM, the better the QOL of the patient.

Keywords

Diagnosed DM, Quality of Life

PENDAHULUAN

Diabetes mellitus (DM) merupakan satu dari beberapa penyakit kronis di tingkat negara dunia, kondisi ini terus mengalami peningkatan jumlah

yang bermakna sepanjang tahun. ADA mendeskripsikan bahwa sebanyak 366 juta penyandang DM di dunia di tahun 2011, angka ini diprediksi akan meningkat menjadi 552 juta pada

tahun 2030 (American Diabetes Association, 2019). Insiden penyakit DM di Indonesia diperingkat 7 dari 10 negara, adapun jumlah penderita terbanyak adalah 10,7 juta. Indonesia juga satu-satunya negara di Asia Tenggara yang memiliki penderita DM terbanyak (Kementrian kesehatan republik indonesia, 2020)

Insiden DM diprediksi terus naik pada tahun 2035 menjadi 592 juta (Kementrian Kesehatan RI, 2016). Hasil riset kesehatan dasar yang publikasikan oleh Kemenkes didapatkan data bahwa penyakit tidak menular ini memiliki insiden meningkat menjadi 2.1 % di tahun 2013. Prevalensi kejadian DM tertinggi di Yogyakarta (2.6%), DKI Jakarta (2.5%), Sulut (2.4 %) dan Kaltim (2.3%). DM tanpa komplikasi saja sudah dapat merubah kualitas hidup, ditambah lagi komplikasi yang muncul. Kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu dilihat dari sisi kehidupan individu dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup memiliki tujuan, harapan, standarisasi serta rasa kekhawatiran.

Kualitas hidup dipengaruhi oleh kesehatan fisik, keadaan psikologis, hubungan sosial, tingkat kepuasan dan hubungan dengan lingkungan. WHO menyatakan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap posisi mereka pada kehidupan dan konteks budaya serta sistem nilai dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan individu, harapan, standar dan perhatian (Wahyuni et al., 2014).

Makin lama pasien mengalami DM, maka kemungkinan pasien mengalami komplikasi DM akan semakin besar jika tatalaksana tidak dilakukan sesuai standar. Munculnya komplikasi DM menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien DM. Sifat penyakit kronis pada DM ini menyebabkan pasien mengalami DM bertahun-tahun, bahkan ada yang lebih dari puluhan tahun. Penelitian yang dilakukan oleh Larasati menjabarkan bahwa lama menderita DM dominan di rentang 1-10 tahun sebanyak 60,6% (Larasati, 2016). Penelitian yang dilakukan Wahyuni menjabarkan bahwa lama menderita DM didominasi 1-5 tahun yaitu sebesar 62,5% (Wahyuni et al., 2014). Tentu saja hal ini menjadi pertanyaan apakah dengan lamanya pasien menderita DM akan meningkatkan kualitas hidup atau justru sebaliknya.

Jumlah penderita DM di poliklinik RSUD Pasar Rebo dalam satu tahun di 2018 terdapat 18299 pengunjung mengalami DM dengan rata-rata perbulan sebanyak 1533.25 pasien. Angka ini menempati urutan tersebar sebagai pengunjung poliklinik penyakit dalam di RSUD Pasar Rebo tahun 2018. Pada studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Pasar Rebo pada tahun 2018, dari 5 pasien yang menunggu di ruang tunggu poliklinik penyakit dalam didapatkan hasil bahwa pasien 3 pasien (60%) merasa putus asa, pasrah, karena tidak masuk kerja selama dua minggu dirawat sebelumnya dikarenakan penyakit DM yang diderita, 5 pasien (100%) menyatakan menderita DM selama 1-5

tahun. Studi pendahuluan di hari yang berbeda didapatkan data bahwa walaupun pasien DM tidak mengalami luka gangrene sebagai komplikasi DM, namun pasien merasa ketakutan jika suatu saat dia akan mengalami luka gangrene. Semua komponen tergambar dalam bagaimana kualitas hidup seseorang.

Berdasarkan permasalahan tersebut, perlu dilakukan penelitian mengenai hubungan kualitas hidup pasien dengan lama terdiagnosa DM tipe 2 di RSUD Pasar Rebo. Sehingga hasil penelitian dapat ditindaklanjuti dengan penyuluhan kesehatan peningkatan kualitas hidup pada pasien sesuai dengan lama menderita DM.

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi kualitas hidup pasien dengan DM di poliklinik RSUD Pasar Rebo, mengidentifikasi lama terdiagnosa DM di poliklinik RSUD Pasar Rebo, mengidentifikasi menghubungkan kualitas hidup dengan lama menderita DM di poliklinik RSUD Pasar Rebo.

Manfaat penelitian ini adalah ikut berpartisipasi dalam peningkatan kualitas hidup pasien DM tipe 2 melalui penyuluhan yang dapat dilaksanakan kepada keluarga dengan DM tipe 2. Menggambarkan bahwa bagaimana tatalaksana meningkatkan kualitas hidup disesuaikan dari lama terdiagnosa DM. Hasil dari penelitian ini juga mendukung program WHO dalam upaya peningkatan kualitas hidup pasien DM. Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai dasar pembuatan modul peningkat kualitas hidup pasien DM tipe 2

dan dapat diaplikasikan pada kegiatan pengabdian masyarakat.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Penelitian menggunakan metode deskriptif analitik menggunakan pendekatan cross sectional. Metode penelitian deskriptif ialah istilah umum mencakup berbagai metode teknik deskriptif diantaranya penyelidikan yang menuturkan, menganalisa, dan mengklasifikasikan telusur dengan teknik survei, teknik wawancara atau interview, angket, atau observasi.

Penelitian ini dilaksanakan Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Pasar Rebo di tahun 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah Pasien DM tipe 2 yang berobat ke Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Pasar Rebo dengan jumlah rata-rata perbulan sebanyak 1533 pasien ditahun 2018. Pengambilan sampel penelitian menggunakan rumus *Slovin* dengan jumlah 42 pasien termasuk perhitungan *dropout* 10%. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dengan menggunakan *stratified random sampling* atau Sampel Acak Distratifikasikan.

Metode pengambilan *purposive sampling*, dimana sampel ditentukan sesuai dengan kriteria yang dipilih oleh peneliti. Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu pasien DM yang mampu membaca dan menulis dalam bahasa

Indonesia. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah pasien yang secara mendadak mengalami penurunan kesadaran. Beberapa rumus untuk menentukan jumlah sampel antara lain menggunakan rumus Slovin.

Penelitian ini menggunakan sumber data primer, dimana data penelitian diambil langsung dari responden dengan menggunakan instrumen penelitian. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner yang berbagi menjadi dua bagian pertanyaan yaitu bagian pertama berupa data demografi yaitu jenis kelamin, usia, lama terdiagnosa DM tipe 2. Bagian kedua yaitu kuesioner mengenai *quality of life* yang dikeluarkan oleh WHOQOL-BREF. Kuesioner baku telah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia, sehingga peneliti menggunakan kuesioner tanpa melakukan uji validitas dan realibilitas. Kuesioner WHOQOL-BREF berisikan 26 pertanyaan dengan 4 faktor *quality of life* yang dinilai yaitu fisik, psikologi, social dan lingkungan. Responden yang bersedia mengisi kuesioner diminta menandatangani lembar persetujuan.

Data diolah melalui proses *editing*, *coding*, *processing* dan *cleaning*. *Editing* merupakan tahapan kegiatan memeriksa valid data yang masuk berupa pemeriksaan kelengkapan jawaban, kejelasan jawaban, relevansi jawaban dan kesesuaian suatu pengukuran. *Coding* merupakan tahapan kegiatan mengklasifikasikan

data serta jawaban menurut masing-masing katogori sehingga dapat memudahkan dalam klasterisasi data. *Processing* merupakan tahap kegiatan memproses data agar dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan melalui entri data hasil pengisian kuesioner kedalam master tabel. *Cleaning* merupakan tahapan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan dan melakukan revisi bila terdapat kesalahan.

Data yang dikumpulkan dianalisa menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat digunakan sebagai metode untuk mendeskripsikan variabel penelitian guna memperoleh gambaran atau karakteristik sebelum dilakukan analisis bivariat. *Hasil* dalam analisis univariat ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi. Analisis bivariat dilakukan dengan tabulasi silang antara dua variabel, yaitu variabel dependen (terikat) dan independen (bebas). variabel terikat pada penelitian ini adalah kualitas hidup sedangkan variabel bebas adalah lama terdiagnosa DM.

HASIL

Analisis Univariat

Hasil penelitian univariat terdiri dari karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, usia responden dan lama terdiagnosa DM serta hasil kualitas hidup pasien DM Di poliklinik RSUD Pasar Rebo.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Jenis Kelamin dan Usia Responden

| Karakteristik | Kategori | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|---------------|---------------------|---------------|----------------|
| Jenis Kelamin | Laki-laki | 16 | 38 |
| | Perempuan | 26 | 62 |
| Total | | 42 | 100 |
| Usia | ≤ 44 tahun | 7 | 16.7 |
| | 45 tahun – 59 tahun | 16 | 38.1 |
| | 60 tahun – 75 tahun | 19 | 45.2 |
| | ≥75 tahun | 0 | 0 |
| | Total | 42 | 100 |

Berdasarkan hasil penelitian distribusi frekuensi berdasarkan data demografi pada tabel 1, jumlah responden yang menjadi sampel pada penelitian di poliklinik RSUD Pasar Rebo adalah sebanyak 42 pasien. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin yang terbesar adalah jenis kelamin perempuan dengan jumlah 26 orang (62 %), sedangkan

jumlah responden laki-laki berjumlah 16 orang (38 %). Karakteristik responden berdasarkan usia didominasi pada pasien dengan usia 60 tahun – 75 tahun sebanyak 19 orang (45.2 %), diikuti dengan usia 45 tahun – 59 tahun sebanyak 16 orang (38.1 %), dan pasien yang berusia kurang dari atau sama dengan 44 tahun sebanyak 7 orang (16.7 %).

Tabel 2. Distribusi Lama Terdiagnosa Diabetes Melitus Pasien DM Tipe 2

| Karakteristik | Kategori | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|---------------------|----------|---------------|----------------|
| Lama Terdiagnosa DM | 1-5 th | 29 | 69 |
| | 6-10 th | 4 | 9.5 |
| | >10 th | 9 | 21.4 |
| Total | | 42 | 100 |

Tabel 2 menjabarkan karakteristik responden berdasarkan lama terdiagnosa diabetes mellitus. Secara berurutan lama terdiagnosa DM adalah pada 1-5 tahun (durasi

pendek) sebanyak 26 orang (69 %), responden yang terdiagnosa diabetes mellitus selama 6 – 10 tahun (durasi menengah) sebanyak 4 orang (9.5 %), responden yang terdiagnosa diabetes

mellitus selama > 10 tahun (durasi panjang) sebanyak 9 orang (21.4 %). Terlihat bahwa rentang durasi pendek mendominasi lama terdiagnosa DM, diikuti durasi panjang kemudian durasi menengah.

Kualitas hidup dapat diukur menggunakan alat ukur resmi yang telah dikembangkan oleh *World Health Organization* (WHO) yaitu *WHOQOL-BREF*. Alat ukur ini berbentuk sebuah kuesioner yang terdiri dari 26 pernyataan dari

masing-masing dimensi kualitas hidup. Dimensi yang ada di dalam alat ukur ini mencakup empat dimensi yaitu dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi sosial dan dimensi lingkungan hidup. Skor yang didapat dari masing-masing dimensi kemudian di transformasikan ke dalam skor 0 – 100. Berikut ini adalah tabel 3 yang memberikan gambaran statistik deskriptif dari tiap dimensi kualitas hidup.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Dimensi Fisik, Psikologi, Sosial dan Lingkungan Pasien DM Tipe 2

| Karakteristik | Kategori | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|--------------------|------------|---------------|----------------|
| Dimensi Fisik | Baik | 19 | 45.2 |
| | Tidak baik | 23 | 54.8 |
| Total | | 42 | 100 |
| Dimensi Psikologi | Baik | 24 | 57.1 |
| | Tidak baik | 18 | 42.9 |
| Total | | 42 | 100 |
| Dimensi Sosial | Baik | 28 | 66.7 |
| | Tidak baik | 14 | 33.3 |
| Total | | 42 | 100 |
| Dimensi Lingkungan | Baik | 20 | 47.6 |
| | Tidak baik | 22 | 52.4 |
| Total | | 42 | 100 |

Berdasarkan tabel diatas dari 42 responden yang diteliti, terdapat responden yang mayoritas memiliki dimensi fisik kategori baik sebanyak 19

responden (48.2 %), sedangkan responden dengan kategori buruh sebanyak 23 responden (54.8%).

Dimensi psikologis kategori baik sebanyak 24 responden (57.1%) dan kategori tidak baik sebanyak 18 responden (42.9%). Dimensi sosial kategori baik sebanyak 28 responden (57.1%) dan kategori tidak baik sebanyak 14 responden (42.9%). Terakhir dimensi lingkungan, kategori baik sebanyak 20 responden (47.6%) dan

kategori tidak baik sebanyak 22 responden (52.4%). Empat dimensi menunjukkan bahwa dua dimensi yaitu psikologi dan sosial didominasi oleh kategori baik sedangkan dua dimensi yaitu fisik dan lingkungan didominasi oleh kategori tidak baik.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2

| Karakteristik | Kategori | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|----------------|------------|---------------|----------------|
| Kualitas Hidup | Baik | 23 | 54.8 |
| | Tidak baik | 19 | 45.2 |
| Total | | 42 | 100 |

Hasil pengukuran secara komprehensif, didapatkan data bahwa responden yang memiliki kualitas hidup kategori baik sebanyak 23 responden (54.8%) dan kategori tidak baik sebanyak atau sebesar 19 responden (45.2%).

Analisis bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antar dua variabel. Berikut hasil analisa bivariat pada variabel lama terdiagnosa DM dan kualitas hidup pasien DM Tipe 2 di RSUD Pasar Rebo.

Tabel 5. Lama Terdiagnosa DM dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2

| Lama Terdiagnosa DM | Kualitas Hidup | | Frekuensi (n) Persentase (%) |
|---------------------|----------------|-------------|---------------------------------|
| | Baik | Tidak baik | |
| 1-5 th | 14 33.3% | 15 35.7% | 29 69% |
| 6-10 th | 2 4.8% | 2 4.8% | 4 9.5% |
| >10 th | 7 16.7% | 2 4.8% | 9 21.4% |
| Total | 54.8% | 45.2% | 100% |

Tabel 5 menjelaskan hasil penelitian bahwa responden yang terdiagnosa DM

pada rentang 1-5 tahun memiliki kualitas hidup kategori baik sebanyak 14 responden dan

kategori tidak baik sebanyak 15 responden. Responden dengan lama terdiagnosa DM pada rentang 6-10 tahun memiliki kualitas hidup kategori baik sebanyak 2 responden (4.8%) dan kategori tidak baik sebanyak 2 responden (4.8%). Rentang lama terdiagnosa DM lebih dari 10 tahun memiliki kualitas hidup kategori baik sebanyak 7 responden (16.7%) dan kategori tidak baik sebanyak 2 responden (4.8%). Hasil *p* value pada tabulasi *chi square* sebesar 0.293.

PEMBAHASAN

Hasil analisa univariat variabel jenis kelamin didominasi oleh perempuan (62%). Hasil penelitian ini sejalan Agustina & Rosfiati (2018) dengan tema karakteristik profil pasien DM Di RSUD Bogor yang menyatakan bahwa pasien DM didominasi oleh perempuan sebanyak 63 responden (63.6%). Kondisi ini dikarenakan perempuan memiliki kecenderungan pada makanan yang manis, dan suka dengan segala makanan yang mengandung karbohidrat yang tinggi, makanan tersebut merupakan salah satu faktor timbulnya penyakit diabetes mellitus. Menurut American Diabetes Association, (2018) yang menyatakan bahwa faktor resiko seperti pola makan, obesitas, kurangnya aktivitas fisik, usia dan riwayat diabetes mellitus saat hamil, menjadi penyebab tingginya kejadian diabetes mellitus pada perempuan. Hasil penelitian ini didukung oleh Hutabarat dkk (2018) yang

menjabarkan bahwa responden penelitian terkait kualitas hidup didominasi oleh perempuan (59%).

Hasil analisa usia responden pada penelitian ini didominasi pada rentang usia 60-75 tahun. Terlihat bahwa makin tua usia, maka prevalensi terjadinya DM semakin banyak. PERKENI mengatakan bahwa umur seseorang merupakan salah satu penyebab dari penyakit diabetes mellitus, dimana semakin tua umur seseorang semakin beresiko mengalami diabetes mellitus (GINA, 2020).

Menurut Hutabarat dkk (2018), proses menua berlangsung diusia 30 tahun mengakibatkan perubahan anatomi, fisiologi dan biokimia, perubahan terjadi di tingkat sel, jaringan dan akhirnya pada tingkat organ. Salah satu komponen tubuh yang mengalami penurunan adalah beta pankreas, dimana sel tersebut bertanggungjawab terhadap kenormalan kadar gula dalam darah sehingga kerusakan sel beta pankreas dapat menyebabkan DM.

Penelitian ini menghasilkan data bahwa lama terdiagnosa DM didominasi pada rentang 1-5 tahun. Secara lama orang mengalami DM, maka semakin paham dengan kondisi penyakitnya, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan DM. Namun ada beberapa faktor yang mempengaruhi selain lama mengalami penyakit DM. Restada (2016)

Menyatakan bahwa lamanya durasi DM yang diderita yang diimbangi dengan pengaturan pola hidup sehat dapat meningkatkan kualitas hidup yang baik.

Kualitas hidup dimensi fisik didominasi oleh kategori tidak baik (54.8%). Rendahnya kualitas hidup dari dimensi fisik disebabkan oleh banyak responden lansia, dimana organ tubuh lansia mengalami penurunan fungsi, sehingga kepuasan akan kemampuan fisik pasien DM Tipe 2 ini menurun. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Arda dkk, bahwa penurunan kualitas hidup dipengaruhi faktor kondisi fisik yang menurun berbarengan dengan penurunan usia pasien (Arda et al., 2020).

Dimensi psikologi dan sosial penilaian kualitas hidup pada penelitian ini didominasi dengan kategori baik (57.1%). Hal ini disebabkan mayoritas responden berusia lansia, dengan demikian memiliki psikososial yang lebih stabil dan menerima kondisinya. Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Farmasi & Maharaswati (2018) dimana menjabarkan bahwa dominasi kualitas hidup dimensi psikologis dan sosial adalah kategori sedang. Dimensi psikologis terdiri dari bodily, appearance, perasaan negatif, perasaan positif, self-esteem, berfikir, belajar, memori dan konsentrasi. Sedangkan dimensi sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial dan aktivitas sosial.

Dimensi lingkungan kualitas hidup pada penelitian didominasi kategori tidak baik (52.4%). Hal yang dapat berpengaruh pada dimensi lingkungan ini diantaranya yaitu: sumber keuangan, tingkat keamanan individu, ketersediaan layanan kesehatan, kesempatan untuk mendapatkan informasi baru yang berguna bagi individu, kesempatan untuk berekreasi, kondisi lingkungan fisik (air, udara, iklim, polusi), dan transportasi. Tidak baiknya dimensi lingkungan pada penelitian ini dikarenakan akses transportasi Jakarta wilayah domisili lokasi penelitian, yang memiliki tingkat kemacetan yang tinggi, sehingga pasien membutuhkan waktu lama dalam menggapai layanan kesehatan untuk kontrol DM.

Secara umum kualitas hidup di seluruh dimensi memiliki kategori baik (54.8%). Dominasi kualitas hidup baik dikarenakan mayoritas pada responden penelitian ini adalah berusia 60-75 tahun, sehingga penerimaan diri akan DM sudah baik. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Laoh & Tampongangoy, (2015) dengan subjek kualitas hidup pasien DM di poliklinik endokrin, hasilnya adalah pasien dengan kualitas hidup baik sebanyak 19 responden (63.3%). Loah menyatakan bahwa kualitas hidup yang baik dapat mempermudah proses penyembuhan DM. Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Hutabarat dkk (2018) yang

menyatakan bahwa kualitas hidup pasien DM didominasi dengan kualitas hidup yang baik yaitu sebesar 54.2%. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Sekardiani (2019) menyatakan bahwa mayoritas kualitas hidup berada pada karakteristik sedang. Kondisi ini disebabkan karena responden peranggapan bahwa penyakit DM tidak dapat disembuhkan, sehingga harapan untuk sembuh kecil. Secara teori DM merupakan penyakit kronis, dimana tidak dapat disembuhkan namun bisa dikontrol sehingga komplikasi tidak terjadi sebagai tujuan dari penatalaksanaan DM Tipe 2.

Hasil analisis bivariat tabulasi silang didapatkan data bahwa lama terdiagnosa DM 1-5 tahun didominasi oleh kualitas hidup kategori tidak baik dan responden dengan lama terdiagnosaa DM lebih dari 10 tahun didominasi dengan kualitas hidup baik. Menurut Wahyuni dkk (2014), kualitas hidup dengan kategori baik pada pasien terdiagnosa DM dipengaruhi oleh budaya spiritual di Indonesia yang baik.

Makin bertambahnya usia, makin baik penerimaan spiritual, sehingga meningkatkan kualitas hidup pasien DM, sebaliknya makin muda usia pasien, makin kurang baik penerimaan spiritual pasien menyebabkan kualitas hidup pasien kurang baik. Berbeda dengan hasil peneltian yang dilakukan oleh Ningtyas dkk, (2013) menyatakan bahwa variabel lama menderita DM dengan kualitas

hidup pasien DM memiliki hubungan yang bermakna.

Ningtyas dkk menyatakan bahwa pasien dengan lama terdiagnosa DM lebih dari 10 tahun memiliki resiko 4 kali lebih besar memiliki kualitas hidup yang lebih rendah (tidak puas) dari pada pasien yang terdiagnosa kurang dari 10 tahun.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kualitas hidup pasien didominasi pada kategori baik (54.8%). Lama terdiagnosa DM pada responden didominasi pada rentang 1-5 tahun. Responden dengan rentang lama terdiagnosa DM 1-5 tahun didominasi kualitas hidup kurang baik, sedangkan rentang lama terdiagnosaa lebih dari 10 tahun didominasi responden dengan kualitas hidup baik. Dengan demikian makin lama pasien menjalani hidup bersama DM, maka makin baik kualitas hidupnya. Nilai p value sebesar 0.293 artinya tidak ada hubungan bermakna antara kualitas hidup dengan lama terdiagnosa DM. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat mendukung program WHO dalam upaya peningkatan kualitas hidup pasien DM. Hasil penelitian juga dapat dijadikan sebagai dasar pembuatan modul peningkatan kualitas hidup pasien DM tipe 2 dan dapat diaplikasikan pada kegiatan pengabdian kepada masyarakat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih diberikan kepada pihak-pihak yang terlibat dalam penelitian: Rektor Institut Kesehatan dan Teknologi PKP DKI Jakarta beserta seluruh civitas akademika dalam memberikan kesempatan dalam melakukan penelitian serta Jajaran Direksi RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur yang telah bersedia menjadi lahan kerjasama tridarma perguruan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, D., & Rosfiati, E. (2018). Profil Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD X Bogor , Jawa Barat Profile Of Patients With Type 2 Diabetes Mellitus In Rsud X Bogor , West Java Abstrak Jurnal Persada Husada Indonesia Pendahuluan. *Jurnal Persada Husada Indonesia*, 5(16), 45–52.
- American Diabetes Association. (2018). Standard medical care in diabetes 2018. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, 41(January). <https://doi.org/10.2337/dc18-Sint01>
- American Diabetes Association. (2019). *Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care.*
- Arda, Z. A., Hanapi, S., Paramata, Y., & Ngobuto, A. R. (2020). Quality of life of diabetes mellitus and determinants in Gorontalo district. *Jurnal Promotif Preventif*, 3(1), 14–21. <http://journal.unpacti.ac.id/index.php/JP>
- Farmasi, F., & Mahasaraswati, U. (2018). *Abstrak: Diabetes Melitus merupakan kondisi yang ditandai oleh hiperglikemia akibat ketidakmampuan tubuh untuk menggunakan glukosa darah untuk energi.* 5(2), 88–96.
- GINA. (2020). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia 2015. (2015). PB PERKENI. *Global Initiative for Asthma*, 46. www.ginasthma.org.
- Hutabarat, U. M., Hasneli, Y., & Erwin. (2018). Hubungan Komplikasi Diabetes Mellitus Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus. *Jurnal Keperawatan*, 5(2), 459.
- Kementrian kesehatan republik indonesia. (2020). Tetap Produktif, Cegah Dan Atasi Diabetes Mellitus. In *pusat data dan informasi kementrian kesehatan RI*.
- Kementrian Kesehatan RI. (2016). Data II. In *Applied Statistical Considerations for Clinical Researchers*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-87410-0_6
- Laoh, J. M., & Tampongangoy, D. (2015). Mellitus Di *Poliklinik Endokrin. Juiperdo*, 4(1), 32–37. <https://media.neliti.com/media/publications/92587-ID-gambaran-kualitas-hidup-pasien-diabetes.pdf>
- Larasati. (2016). Kualitas Hidup Pasien *Diabetes Mellitus Tipe II* di RS Abdul Moeloek Provinsi Lampung. In *Kedokteran Universitas Lampung* (pp. 17–20).
- Ningtyas, D. W., Wahyudi, dr. P., & Prasetyowati, I. (2013). Analisis Kualitas *Hidup* Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan. *Artikel Ilmiah Hasil Penelitian Mahasiswa*. <http://www.mendeley.com/research/analisis-kualitas-hidup-pasien-diabetes-melitus-tipe-2-di-rsud-bangil-kabupaten-pasuruan>
- Restada, E. J. (2016). Hubungan Lama Menderita Dan Komplikasi Diabetes Melitus Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Diabetes Melitus Di Wilayah Puskesmas. *Jurnal Keperawatan*, 3(1), 5–20.
- Sekardiani, N. L. P. (2019). Gambaran kualitas hidup peserta prolanis di puskesmas petang 1 kabupaten Badung Bali. *Medisains*, 16(3), 132.

<https://doi.org/10.30595/medisains.v16i3.3791>
Wahyuni, Y., N, N., & Anna, A. (2014). Kualitas Hidup berdasarkan Karakteristik Pasien

Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, v2(n1), 25–34.
<https://doi.org/10.24198/jkp.v2n1.4>