

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD Panembahan Senopati Bantul terletak di JL. Dr. Wahidin Sudirohusodo Bantul. Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati mempunyai tugas melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah Bidang Pelayanan Kesehatan dengan visi tewujudnya rumah sakit yang unggul dan menjadi kebanggaan seluruh masyarakat. RSUD Panembahan Senopati Bantul merupakan rumah sakit rujukan bagi puskesmas, puskesmas pembantu dan sarana pelayanan kesehatan lainnya yang berada di wilayah bantul yang bertujuan menjadi rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kesehatan secara cepat dan tepat sesuai standar pelayanan rumah sakit dengan dukungan sumber daya manusia yang profesional.

Pelayanan yang diberikan di RSUD Panembahan Senopati yaitu pelayanan gawat darurat, pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap. Pelayanan rawat inap di RSUD Panembahan Senopati berupa Rawat inap penyakit dalam, rawat inap penyakit syaraf, rawat inap penyakit bedah, rawat inap penyakit anak dan rawat inap penyakit obstetri. Pelayanan rawat jalan di RSUD Panembahan Senopati Bantul berupa poliklinik penyakit dalam, poliklinik penyakit bedah, poliklinik penyakit anak, poliklinik penyakit syaraf, poliklinik penyakit obstetrik, Ginekologi dan KB, poliklinik penyakit THT, poliklinik penyakit mata, poliklinik penyakit penyakit gigi dan mulut, poliklinik penyakit kulit kelamin serta poliklinik fisioterapi.

Penelitian ini dilakukan di Poli Penyakit dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul, waktu pelayanan di poli penyakit dalam dilakukan pada pagi dan sore hari dari hari Senin sampai Sabtu. Petugas yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien yang berkunjung di poli penyakit dalam adalah dokter dan perawat. Perawat bertugas memberikan pelayanan berupa pengukuran tekanan darah, menanyakan keluhan serta memberikan pendidikan kesehatan. Pelayanan dilengkapi dengan sarana, prasarana serta fasilitas yang

lengkap. Pasien yang berkunjung di poli penyakit dalam dengan diagnosis yang berbeda-beda, salah satunya adalah DM. perawat mengkaji semua keluhan yang dirasakan pasien, namun belum mengkaji secara mendalam tentang depresi dan kualitas tidur yang dialami pasien dan lebih fokus pada keluhan utama.

2. Analisa Univariante

a. Karakteristik responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini dikelompokkan berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama menderita DM. Distribusi frekuensi karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

No.	Karakteristik Responden	Frekuensi	Presentase
1	Usia		
	- 45-59 tahun	24	42.9%
	- 60-74 tahun	27	48.2%
	- 75-90 tahun	5	8.9%
2	Jenis kelamin		
	- Laki-laki	16	28.6%
	- Perempuan	40	71.4%
3	Pendidikan		
	- SD	24	42.9%
	- SMP	12	21.4%
	- SMA	11	19.6%
	- PT	9	16.1%
4	Lama menderita		
	- 1-5 tahun	25	44.6%
	- 6-10 tahun	15	26.8%
	- >10 tahun	16	28.6%
	Jumlah	56	100,0%

Sumber: Data Primer (2017).

Berdasarkan pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa usia responden di Poli Penyakit Dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul sebagian besar berusia pada rentang 60-74 tahun (lanjut usia) yaitu sebanyak 27 responden (48.2%) dari total 56 responden. Berdasarkan jenis kelaminnya, menunjukkan bahwa lebih banyak responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 40 responden (71.4%), dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 16 responden (28.6%) Berdasarkan pendidikannya, menunjukkan hasil bahwa sebagian besar

responden berpendidikan SD sebanyak 24 responden (42.9%). Berdasarkan lama menderita DM, sebagian besar responden menderita DM pada durasi pendek yaitu (1-5 tahun) dengan jumlah 25 responden (44,6%).

b. Depresi pada penderita DM Tipe 2

Tingkat depresi pada penderita DM tipe 2 dibagi menjadi kategori depresi dan tidak depresi. Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat depresi dapat dilihat pada tabel 4.2 sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Depresi dan Tidak Depresi

Kategori	Frekuensi	Presentase (%)
Tidak Depresi	22	39.3%
Depresi	34	60.7%
Jumlah	56	100%

Sumber: Data Primer (2017).

Berdasarkan pada tabel 4.2 diketahui bahwa lebih banyak responden yang mengalami depresi yaitu sebanyak 34 responden (60.7%) dibandingkan dengan responden yang tidak mengalami depresi yaitu sebanyak 22 responden (39.3%).

c. Kualitas Tidur pada Pasien DM Tipe 2

Kualitas tidur pada pasien DM Tipe 2 dibagi menjadi kategori baik dan buruk, dengan distribusi frekuensi responden pada tabel 4.3 sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Tidur

Kategori	Frekuensi	Presentase (%)
Baik	23	41.1%
Buruk	33	58.9%
Jumlah	14	100%

Sumber: Data Primer (2017).

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa kualitas tidur pasien DM tipe 2 di Poli penyakit dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul sebagian besar tergolong dalam kategori kualitas tidur buruk sebanyak 33 responden (58.9%) dan selebihnya mempunyai kualitas tidur baik sebanyak 23 responden (41.1%).

3. Analisa Bivariat.

a. Karakteristik Responden dengan Tingkat Depresi

Berikut tabulasi silang antara karakteristik responden dengan tingkat depresi dapat dilihat pada tabel 4.4 berikut:

Tabel 4.4 Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Tingkat Depresi

No	Karakteristik	Tingkat depresi				Jumlah	
		Tidak depresi		Depresi			
		F	%	F	%	F	%
1	Usia						
	- 45-59	11	19,6%	13	23,2%	24	42,9%
	- 60-74	9	16,1%	18	32,1%	27	48,2%
	- 75-90	2	3,6%	3	5,4%	5	8,9%
2	Jenis kelamin						
	- Laki-laki	6	10,7%	10	17,9%	16	28,6%
	- Perempuan	16	28,6%	24	42,9%	40	71,4%
3	Pendidikan						
	- SD	8	14,3%	16	28,6%	24	42,9%
	- SMP	6	10,7%	6	10,7%	12	21,4%
	- SMA	6	10,7%	5	8,9%	11	19,6%
	- PT	2	3,6%	7	12,5%	9	16,1%
4	Lama menderita						
	- 1-5	6	10,7%	9	16,1%	15	26,8%
	- 6-10	5	8,9%	11	19,6%	16	28,6%
	- >10						

Sumber : (Data Primer, 2017)

Berdasarkan pada tabel 4.4 menunjukkan hasil bahwa karakteristik responden berdasarkan usia lebih banyak responden yang mengalami depresi pada rentang usia 60-74 tahun (lanjut usia) dengan jumlah 18 responden (32,1%). Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

menunjukkan bahwa, sebagian besar responden yang mengalami depresi adalah responden berjenis kelamin perempuan yaitu 24 responden (42,9%). Berdasarkan tingkat pendidikan, mayoritas responden yang mengalami depresi adalah responden berpendidikan SD dengan jumlah 16 responden (28,6%). Berdasarkan lama menderita DM, mayoritas responden mengalami depresi dengan lama menderita DM durasi pendek (1-5 tahun) dengan jumlah 14 responden (25,0%)

b. Karakteristik Responden dengan Kualitas Tidur

Berikut tabulasi silang antara karakteristik responden dengan kualitas tidur dapat dilihat pada tabel 4.5 sebagai berikut:

Tabel 4.5 Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kualitas Tidur

No	Karakteristik	Tingkat depresi				Jumlah	
		Baik		Buruk		F	%
		F	%	F	%		
1	Usia						
	- 45-59	11	19,6%	13	23,2%	24	42,9%
	- 60-74	10	16,1%	17	32,1%	27	48,2%
	- 75-90	2	3,6%	3	5,4%	5	8,9%
2	Jenis kelamin						
	- Laki-laki	8	14,3%	8	14,3%	16	28,6%
	- Perempuan	15	26,8%	25	44,6%	40	71,4%
3	Pendidikan						
	- SD	9	16,1%	15	26,8%	24	42,9%
	- SMP	6	10,7%	6	10,7%	12	21,4%
	- SMA	6	10,7%	5	8,9%	11	19,6%
	- PT	2	3,6%	7	12,5%	9	16,1%
4	Lama menderita						
	- 1-5	13	23,2%	12	21,4%	25	44,6%
	- 6-10	6	10,7%	9	16,1%	15	26,8%
	- >10	4	7,1%	12	21,4%	16	28,6%

Sumber: (Data Primer, 2017)

Berdasarkan pada tabel 4.5 menunjukkan hasil bahwa, mayoritas responden dengan kualitas tidur buruk yaitu pada kelompok usia 60-74 tahun dengan jumlah 17 responden (32,1%). Berdasarkan jenis kelaminnya, sebagian besar responden yang mengalami kualitas tidur buruk adalah responden perempuan yaitu sebanyak 25 responden (44,6%). Berdasarkan pendidikan, mayoritas responden berpendidikan SD memiliki kualitas tidur buruk berjumlah 15 responden (26,8%). Berdasarkan lama menderita DM, responden yang memiliki kualitas tidur buruk jumlahnya sama antara responden dengan lama menderita DM durasi pendek (1-5 tahun) dengan responden lama menderita DM durasi panjang (>10 tahun) yaitu sebanyak 12 responden (21,4%). Meskipun begitu, namun total respondennya berbeda, untuk responden dengan lama menderita DM durasi pendek (1-5 tahun) memiliki total responden 25 sedangkan untuk responden dengan lama menderita DM durasi panjang (>10 tahun) memiliki total responden 16 responden. Jadi dapat disimpulkan lebih banyak responden yang memiliki kualitas tidur buruk dengan lama menderita DM durasi panjang (>10 tahun) yaitu berjumlah 12 responden dari total 16 responden.

c. Tingkat Depresi dengan Kualitas Tidur

Hasil penelitian untuk hubungan antara tingkat depresi dan kualitas tidur pasien DM Tipe 2 disajikan dalam bentuk tabel silang sebagai berikut:

Tabel 4.6 Tabulasi Silang Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Tidur Pasien DM Tipe 2 di Poli Penyakit Dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul

			Kualitas Tidur		Total
			Baik	Buruk	
Tingkat Depresi	Tidak Depresi	F	19	3	22
		%	33.9%	5.4%	39.3%
		Total			
	Depresi	F	4	30	34
		%	7.1%	53.6%	60.7%
		Total			
Total		F	23	33	56

Sumber: Data Primer (2017)

Berdasarkan pada tabel 4.6 menunjukkan bahwa 19 responden (33,9%) memiliki kualitas tidur baik dan tidak depresi, 4 responden (7.1%) memiliki kualitas tidur baik dan depresi. Kemudian 3 responden (5.4%) mengalami kualitas tidur buruk dan tidak depresi, 30 responden (53.6%) memiliki kualitas tidur buruk dan depresi. Yang berarti semakin seseorang depresi maka semakin buruk kualitas tidurnya.

Analisa bivariabel antara tingkat depresi dengan kualitas tidur pasien DM tipe 2 dalam penelitian ini menggunakan uji koefisien kontingensi. Hasil analisa disajikan dalam tabel 4.7 sebagai berikut:

Tabel 4.7 Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Tidur Pasien DM Tipe 2 di Poli Penyakit Dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul

		<i>r</i>	<i>P-Value</i>
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.595	.000
Jumlah		56	

Hasil uji koefisien kontingensi menunjukkan nilai $p=0.000 < 0.05$ yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas tidur pasien DM tipe 2 di Poli penyakit dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul. Hasil pengolahan data juga didapatkan nilai $\tau=0,595$ yang menunjukkan keeratan hubungan masuk dalam kategori sedang (berada dalam rentang 0,40 sampai 0,599).

B. Pembahasan

1. Karakteristik Reponden

Berdasarkan pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa usia responden di poli penyakit dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul sebagian besar berusia pada rentang 60-74 tahun (lanjut usia) yaitu sebanyak 27 responden (48.2%) dari total 56 responden. Hal ini mendukung penelitian yang dilakukan Kurnia, (2017), dimana diperoleh bahwa sebagian besar usia responden yang menyandang DM tipe 2 yaitu responden yang berusia 61-70 tahun dengan

jumlah 30 responden (44,1%) dan sebagian kecil responden berada pada rentang usia 20-30 tahun dengan jumlah 1 responden (1,5 %). Sudoyo (2009) menjelaskan bahwa faktor risiko menyandang DM tipe 2 adalah usia diatas 30 tahun, hal ini karena adanya perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia. Perubahan dimulai dari tingkat sel, kemudian berlanjut pada tingkat jaringan dan akhirnya pada tingkat organ yang dapat mempengaruhi homeostasis. Soegondo (2009) juga menyebutkan bahwa DM tipe 2 biasanya ditemukan pada orang dewasa usia 40 tahun keatas.

Berdasarkan pada jenis kelaminnya, menunjukkan bahwa lebih banyak responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 40 responden (71.4%), dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 16 responden (28.6%). Hal ini sesuai dengan penelitian Kurnia, (2017) yang menunjukkan bahwa sebagian besar jenis kelamin responden yang menyandang DM tipe II yaitu responden yang berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 40 responden (58,8%) dibandingkan dengan laki-laki sejumlah 28 responden (41,2 %). Pada dasarnya, angka kejadian DM tipe 2 bervariasi antara laki-laki dan perempuan. Mereka mempunyai peluang yang sama terkena DM. Hanya saja dilihat dari faktor resiko, perempuan mempunyai peluang lebih besar diakibatkan peningkatan indeks massa tubuh (IMT) yang lebih besar. Sindroma siklus bulanan (premenstrual syndrome), pascamenopause yang membuat distribusi lemak tubuh menjadi mudah terakumulasi akibat proses hormonal tersebut sehingga wanita berisiko menderita DM (Irawan, 2010). Hal ini juga dibuktikan dengan hasil analisis gambaran prevalensi DM berdasarkan jenis kelamin di Indonesia yang menunjukkan bahwa prevalensi diabetes pada wanita lebih banyak (1,7%) dibandingkan pada laki-laki (1,4%) (Riskesdas, 2013).

Berdasarkan tingkat pendidikannya, responden berpendidikan SD paling banyak dengan jumlah 24 responden (42.9%) dan paling sedikit responden dengan pendidikan perguruan tinggi yaitu berjumlah 9 responden (16.1%). Hal ini sesuai dengan data Riskesdas tahun 2013, dimana kejadian DM tertinggi pada responden dengan tingkat pendidikan tidak tamat Sekolah Dasar (SD) dan tamat DI-DIII/PT yaitu sebesar 2.8% kemudian pada tingkat pendidikan tidak

sekolah sebesar 2.7%, tamat SD 2.3%, tamat Sekolah Menengah Atas (SMA) sebesar 1.8% dan tamat Sekolah Menengah Pertama (SMP) sebesar 1.5%. Hasil data ini didukung oleh Irawan (2010) yang menyatakan bahwa Peningkatan kejadian diabetes juga didorong oleh faktor tingkat pendidikan dan memiliki pengaruh terhadap kejadian DM. Orang dengan pendidikan tinggi biasanya akan memiliki banyak pengetahuan tentang kesehatan, mempunyai kesadaran dalam menjaga kesehatan dan mempengaruhi aktivitas fisik yang akan dilakukan.

Berdasarkan lama menderita DM, sebagian besar responden menderita DM pada durasi pendek yaitu (1-5 tahun) dengan jumlah 25 responden (44,6%). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri & Yuni (2016), diperoleh bahwa sebagian besar responden menderita DM dengan durasi lama menderita DM 1-5 tahun dengan jumlah responden 68 dari 135 total responden. Selain itu juga didukung oleh penelitian lain yang dilakukan oleh Adikusuma, dkk (2014) dengan judul “Evaluasi Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul, Yogyakarta” dengan hasil yaitu sebagian besar responden menderita DM dengan durasi 1-5 tahun dengan jumlah 34 pasien (60,71%) dari total responden 56.

2. Tingkat Depresi Pasien DM tipe 2

Berdasarkan pada tabel 4.2 diketahui bahwa lebih banyak responden yang mengalami depresi yaitu sebanyak 34 responden (60.7%) dibandingkan dengan responden yang tidak mengalami depresi yaitu sebanyak 22 responden (39.3%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Isworo (2008) diketahui bahwa lebih dari setengah pasien mengalami depresi dengan jumlah 109 responden (65,7%) dan tidak depresi sejumlah 57 (34,3%). Dijelaskan pula dalam penelitian Harista dan Lisiswanti (2015) bahwa risiko depresi pada penderita diabetes melitus disebabkan oleh stresor psikososial kronik karena mengidap penyakit kronik. Sebaliknya, depresi dapat menjadi faktor risiko diabetes melitus. Secara teori, hal ini diakibatkan dari proses peningkatan sekresi dan aksi hormon kontraregulasi, perubahan fungsi transpor glukosa dan

peningkatan aktivasi inflamasi. Tidak hanya itu, depresi juga dapat muncul karena faktor lain seperti status marital. Pada penelitian ini beberapa responden mengatakan merasa sepi dan sendiri karena ditinggal oleh orang yang disayangi dan kehilangan hubungan dengan orang yang berarti yang menyebabkan responden merasa tidak punya siapa-siapa dan hanya hidup sendiri.

Berdasarkan pada tabel 4.4 menunjukkan hasil bahwa karakteristik responden berdasarkan usia lebih banyak responden yang mengalami depresi pada rentang usia 60-74 tahun (lanjut usia) dengan jumlah 18 responden (32,1%. Hal ini sesuai dengan data WHO (2010) yang menyebutkan bahwa depresi merupakan gangguan psikologis umum yang diderita oleh hampir 150 juta orang di dunia, dimana 60% diantaranya dialami oleh lansia. Faktor penyebab depresi pada lansia antara lain adalah faktor biologi, psikologi, stres kronis dan penggunaan obat. Adapun faktor biologi antara lain adalah genetika, perubahan struktural otak, risiko vaskular, dan kelemahan fisik. (Kaplan, 2010). Berdasarkan aspek biologis, lansia mengalami ketidakseimbangan zat – zat kimia di otak yang menyebabkan sel-sel di otak tidak berfungsi dengan baik. Selain itu, pada lansia yang mengalami masalah gangguan fisik menahun, salah satunya adalah DM (Santoso & Ismail, 2009). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Onya (2013) bahwa sekitar 46 % lansia yang mengalami depresi memiliki riwayat penyakit dasar tertentu. Faktor lain penyebab depresi pada lansia adalah faktor psikologi diantaranya yaitu tipe kepribadian dan dukungan sosial. Ada sejumlah faktor psikososial yang diprediksi sebagai penyebab gangguan mental pada lanjut usia yang pada umumnya berhungang dengan kehilangan. Faktor psikososial tersebut adalah hilangnya perasaan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman, atau sanak saudara, penurunan kesadaran, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial, dan penurunan fungsi kognitif (Kaplan, 2010). Hal ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan Adillah (2016) dengan hasil depresi pada diabetes mellitus ditemukan tinggi pada usia ≥ 45 tahun, dimana pada pasien depresi terjadi kehilangan minat atau kegembiraan, kadang mengatakan bahwa adanya

perasan murung, putus asa atau merasa tidak berguna. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Yulianto (2012) yang menunjukkan mayoritas responden menderita depresi pada usia pertengahan (45-59 tahun) dengan hasil terdapat 10 responden (20,4%) berusia antara 39-48 tahun dan 14 responden (28,6%) berusia 49-58 tahun dari total 49 responden. Yang dijelaskan dimana pada rentang usia tersebut, orang mulai beradaptasi terhadap perubahan fisiologis yang dapat mengakibatkan dampak konsep diri dan citra tubuhnya.

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa, sebagian besar responden yang mengalami depresi adalah responden berjenis kelamin perempuan yaitu 24 responden (42, 9%). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Harista dan Lisiswanti (2015) yang menyatakan bahwa responden perempuan yang menderita diabetes melitus memiliki tingkat kejadian depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Harista dan Lisiswanti (2015) juga menyebutkan beberapa faktor yang berkaitan dengan rentannya perempuan mengalami depresi, diantaranya adalah faktor genetik, kerentanan fluktuasi hormonal, serta sistem saraf pusat yang peka terhadap perubahan hormonal. Selain itu, faktor psikososial seperti peran perempuan dalam masyarakat, kebiasaan memendam perasaan dan status sosial yang kurang menguntungkan juga dapat berperan dalam kerentanan perempuan terhadap depresi. Perempuan juga lebih rentan daripada laki-laki untuk mengalami depresi yang dipicu oleh stres karena perempuan cenderung menggunakan perasaan atau lebih emosional, sehingga jarang menggunakan logika atau rasio yang membuat perempuan lebih sulit menghadapi stres.

Berdasarkan pada tingkat pendidikan, mayoritas responden yang mengalami depresi adalah responden berpendidikan SD dengan jumlah 16 responden (28,6%). Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan Sari (2016) dengan judul “faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi pada pasien diabetes mellitus tipe-2 di GRHA Diabetika Surakarta” dengan hasil responden yang mempunyai pengetahuan baik lebih banyak mengalami depresi daripada yang berpengetahuan kurang yakni sebanyak 73 responden (53,3%)

disertai dengan depresi ringan sebanyak 23 responden (16,8%) dan pengetahuan kurang dengan depresi sebanyak 10 responden (7,3%). Notoatmodjo (2007) juga menjelaskan bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang dimana semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang akan dapat mempengaruhi pola pikir dan sikap terhadap sesuatu hal ini akan mempengaruhi perubahan perilaku.

Berdasarkan lama menderita DM, mayoritas responden mengalami depresi dengan lama menderita DM durasi pendek (1-5 tahun) dengan jumlah 14 responden (25,0%). Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sari (2016) dengan hasil responden yang paling banyak adalah pada durasi menderita DM lebih dari 10 tahun yaitu sebanyak 101 responden (73,7%) disertai dengan depresi ringan sebanyak 25 responden (18,2%) dari total responden 137. Dapat disimpulkan bahwa depresi pada DM multifaktorial, penyebabnya bisa karena biopsikososial, status marital, kehilangan orang yang berarti, maupun karena usia.

3. Kualitas tidur pasien DM tipe 2

Berdasarkan data pada tabel 4.2 diatas diketahui bahwa dari total 56 respondenn pasien DM tipe 2, sebanyak 33 responden (58.9%) mempunyai kualitas tidur buruk dan selebihnya mempunyai kualitas tidur baik sebanyak 23 responden (41.1%). Hal ini sejalan dengan penelitian Kurnia (2017) yang diperoleh hasil 43 responden (63,2 %) yang menunjukkan kualitas tidur buruk dan 25 responden (36,8 %) yang menunjukkan kualitas tidur baik dengan total responden 68. Kualitas tidur buruk pada pasiien DM tipe 2 di Poli Penyakit Dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul ditunjukan pada semua dimensi yang menjadi alat ukur pada kuesioner kualitas tidur, yaitu dimensi kualitas tidur subyektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi kebiasaan tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur, disfungsi pada siang hari.

Pada dimensi kualitas tidur subyektif, menurut sebagian besar responden mereka menyatakan memiliki kualitas tidur buruk. Pada dimensi latensi tidur sebagian responden mengabdikan waktu ditempat tidur lebih dari 30 menit selama 3 atau lebih dalam seminggu. Pada dimensi durasi tidur, sebagian

responden tidur pulas berskisar antara 3-5 jam adapun yang lebih. Pada dimensi efisiensi kebiasaan tidur, lebih banyak responden dengan efisiensi kebiasaan tidur 64%-74% atau >65%. Pada dimensi gangguan tidur, sebagian besar responden mengalami gangguan tidur selama 2 kali dalam seminggu. Pada dimensi penggunaan obat, tidak ada responden yang menggunakan obat tidur, karena penggunaan obat tidur telah dikendalikan dalam penelitian ini. Pada dimensi disfungsi pada siang hari, sebagian besar responden mengalami disfungsi pada siang hari satu kali dalam seminggu.

Karakteristik responden berdasarkan usia jika dihubungkan dengan kualitas tidur pada tabel 4.5 diatas, menunjukkan hasil bahwa mayoritas responden dengan kualitas tidur buruk yaitu pada kelompok usia 60-74 tahun (lanjut usia) dengan jumlah 17 responden (32,1). Hasil ini sejalan dengan dengan penjelasan Asmadi (2008) yang menyatakan bahwa usia merupakan salah satu faktor penentu lama tidur yang dibutuhkan seseorang. Semakin tua usia, maka semakin sedikit pula lama tidur yang dibutuhkan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak mengalami kualitas tidur buruk yaitu 25 responden (44.6%) dibandingkan laki-laki yaitu berjumlah 8 responden (14.3%). Dari hasil tersebut bukan berarti jenis kelamin perempuan mempengaruhi kualitas tidur yang buruk pada seseorang. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fitri (2013) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas tidur dengan nilai p (0,174).

Berdasarkan pendidikan mayoritas responden berpendidikan SD memiliki kualitas tidur buruk berjumlah 15 responden (26,8%). Untuk responden berpendidikan SMP berjumlah 6 responden dengan kualitas tidur buruk, SMA berjumlah 5 responden dengan kualitas tidur buruk, dan PT berjumlah 7 responden dengan kualitas tidur buruk. Meskipun demikian, menurut penelitian yang dilakukan Ghalichi *et al* tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas tidur.

Berdasarkan lama menderita DM, responden yang memiliki kualitas tidur buruk jumlahnya sama antara responden dengan lama menderita DM durasi

pendek (1-5 tahun) dengan responden lama menderita DM durasi (>10 tahun) yaitu sebanyak 12 responden (21,4 %). Meskipun begitu, namun total repondennya berbeda, untuk responden dengan lama menderita DM durasi pendek (1-5) memiliki total responden 25 sedangkan untuk responden dengan lama menderita DM durai panjang (>10 tahun) memiliki total responden 16 responden. Jadi dapat disimpulkan lebih banyak responden yang memiliki kualitas tidur buruk dengan lama menderita DM durasi panjang (>10 tahun) yaitu berjumlah 12 responden dari total 16 responden. Tetapi dari hasil tersebut belum ada penelitian yang menunjukkan tentang hubungan antara lama menderita DM dengan kualitas tidur seseorang.

4. Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Tidur Pasien DM Tipe 2 di Poli Penyakit Dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul

Hasil uji koefisien kontingensi menunjukkan adanya hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas tidur pasien DM tipe 2. Hasil penelitian ini sesuai dengan hipotesis penelitian “Ada hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas tidur pasien DM tipe 2 di poli penyakit dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul”. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Asmadi (2008) bahwa Cemas dan depresi akan menyebabkan gangguan pada frekuensi tidur. Hal ini disebabkan karena kondisi cemas dan depresi akan meningkatkan norepineprin darah melalui sistem saraf simpatis yang menyebabkan seseorang merasa waspada dan tidak bisa tidur karena terlalu fokus pada masalah sehingga stress meningkat. Zat ini akan mengurangi tahap IV NREM dan REM pada tidur.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sathyanaranan, *et al* (2015) dengan judul “Factor associated With Poor Sleep Quality Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients On Insulin Therapy” menemukan bahwa dari beberapa faktor yang mempengaruhi rendahnya kualitas tidur pasien DM tipe 2 yang menjalani terapi insulin salah satunya adalah depresi. Dengan hasil analisis data mereka yang memiliki kualitas tidur yang buruk lebih tinggi dibanding dengan yang memiliki kualitas tidur baik dengan nilai ($P < 0,001$). Jenita (2014) menyebutkan berbagai faktor psikologis

baik secara langsung maupun tidak langsung berpengaruh terhadap muncul tidaknya depresi pada diri penderita diabetes mellitus. Misalnya saja, persepsi dukungan sosial, optimisme, resiliensi, dan harga diri. Beberapa responden merasa orang-orang tidak bersahabat, merasa sendiri, dan merasa orang lain tidak menyukainya, sehingga mereka tidak berminat untuk melakukan kegiatan dan selalu memikirkan hal negatif yang menyebabkan gelisah saat tidur (Kualitas tidur buruk).

Penelitian yang dilakukan oleh labetubun (2014) menunjukkan bahwa kualitas tidur yang buruk akan berpengaruh pada kadar glukosa yang buruk pula pada penderita DM tipe 2. Penelitian lain yang dilakukan oleh Arieselia dkk (2014) juga menyebutkan kurangnya jam tidur selama 2 malam dapat menyebabkan meningkatnya kadar gula darah. Beberapa responden mengatakan kadar gula darah meningkat ketika responden kurang tidur. Selain kualitas tidur, depresi juga memiliki dampak berkaitan dengan ketidakpatuhan pengobatan dan pola diet, aktivitas fisik yang berkurang, rendahnya kualitas hidup, dan meningkatnya pengeluaran untuk perawatan kesehatan pada pasien DM. Beberapa responden menyatakan aktivitas berkurang karena merasa lesu dan tidak bertenaga, adapun yang menyatakan lebih sering sendiri karena merasa orang lain tidak menyukainya, sehingga jarang berinteraksi dengan orang lain. Hal tersebut menunjukkan kualitas hidup yang rendah.

C. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan Penelitian ini adalah:

1. Beberapa variabel perancu tidak dikendalikan yaitu lingkungan, diet, gaya hidup, lelah.
2. Pada kriteria inklusi, penggunaan obat antidepresan dan obat tidur hanya ditanyakan langsung kepada responden, tidak dilihat pada data rekam medis sehingga memungkinkan adanya responden yang tidak paham tentang obat yang dikonsumsi.
3. Tempat penelitian yaitu poli klinik penyakit dalam yang tidak kondusif karena banyak pasien yang datang dan pengambilan data yang dilakukan pada saat

pasien sedang menunggu antrian pemeriksaan membuat konsentrasi terganggu saat pengisian kuesioner.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA