

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. HASIL PENELITIAN**

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Panembahan Senopati Bantul merupakan rumah sakit milik pemerintah kabupaten Bantul yang terletak di wilayah Bantul tepatnya di Jl. dr. Wahidin Sudirohusodo No 14. RSUD Panembahan Senopati Bantul memiliki beberapa poli klinik salah satunya poli klinik penyakit dalam yang terletak di lantai dasar rumah sakit. Terdapat 3 ruang di poli klinik untuk pemeriksaan dan ada 3 dokter spesialis penyakit dalam serta 4 perawat yang bertugas di poli klinik penyakit dalam setiap harinya. Ada layanan kesehatan di poli penyakit dalam untuk pasien DM seperti pemeriksaan kesehatan, pemberian obat, pengecekan darah, edukasi terkait dengan DM. Namun di poli klinik penyakit dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul belum ada penilaian tentang dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien DM. Rata-rata pasien DM datang ke rumah sakit biasanya diantar oleh orang terdekat pasien seperti suami, istri serta anak dan ada juga pasien yang diantar oleh tetangga.

##### **2. Karakteristik Responden**

Telah dilakukan penelitian pada 67 lansia penderita diabetes melitus tipe 2 di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lama DM dan komplikasi disajikan pada Tabel 5.

Tabel 5. Karakteristik responden diabetes melitus tipe 2 di RSUD Panembahan Senopati Bantul

| Karakteristik |             | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|---------------|-------------|------------|----------------|
| Umur          | 45-59 tahun | 24         | 35,8           |
|               | 60-74 tahun | 43         | 64,2           |
| Total         |             | 67         | 100            |
| Jenis kelamin | Laki-laki   | 41         | 61,2           |
|               | Perempuan   | 26         | 38,8           |
| Total         |             | 67         | 100            |
| Pendidikan    | SD          | 30         | 44,8           |
|               | SMP         | 21         | 31,3           |
|               | SMA         | 11         | 16,4           |
|               | PT          | 5          | 7,5            |
| Total         |             | 67         | 100            |
| Pekerjaan     | Kerja       | 25         | 37,3           |
|               | Tidak kerja | 42         | 62,7           |
| Total         |             | 67         | 100            |
| Penghasilan   | < 1.200.000 | 49         | 73,1           |
|               | ≥ 1.200.000 | 18         | 26,9           |
| Total         |             | 67         | 100            |
| Lama DM       | < 5 tahun   | 7          | 10,4           |
|               | 5-10 tahun  | 38         | 56,7           |
|               | > 10 tahun  | 22         | 32,8           |
| Total         |             | 67         | 100            |

Berdasarkan tabel 5 diketahui bahwa sebagian besar lansia adalah 60-74 tahun yaitu 43 responden (64,2%). Lansia terbanyak adalah laki-laki yaitu 41 responden (61,2%). Lansia terbanyak telah menempuh pendidikan SD 30 (44,8%). Sebagian besar lansia tidak bekerja yaitu 42 responden (62,7%). Sebagian besar penghasilan lansia kurang dari 1.200.000 UMR kabupaten Bantul yaitu 49 responden (73,1%). Sebanyak 38 responden (56,7%) telah mengalami diabetes melitus 5-10 tahun.

### 3. Analisis Deskriptif

Gambaran hasil analisis univariat diuraikan berdasarkan skor dukungan keluarga dan kualitas hidup pada pasien lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2

di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi sebagai berikut.

Tabel 6. Dukungan keluarga dan kualitas hidup pada pasien lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2 di RSUD Panembahan Senopati Bantul

| Variabel          | Mean  | Median | Std.<br>Deviation | Minimum | Maximum |
|-------------------|-------|--------|-------------------|---------|---------|
| Dukungan keluarga | 97,81 | 98     | 7,301             | 83      | 115     |
| Kualitas hidup    | 94,94 | 95     | 7,712             | 72      | 111     |

Berdasarkan tabel 6, dukungan keluarga diukur dengan menggunakan kuesioner sebanyak 29 item pernyataan dengan skala likert. Dari 67 lansia diperoleh nilai rerata (*mean*) dukungan keluarga sebesar 97,81, dengan standar deviasi sebesar 7,30 dengan rentang skor dukungan keluarga dari 83 sampai dengan 115.

Kualitas hidup diukur dengan menggunakan kuesioner sebanyak 30 item pernyataan menggunakan skala likert. Dari 67 lansia diperoleh nilai rerata (*mean*) kualitas hidup sebesar 94,94 dengan standar deviasi sebesar 7,71 dengan rentang skor kualitas hidup dari 72 sampai dengan 111.

#### 4. Analisis Inferensial

Peneliti ingin mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2 di RSUD Panembahan Senopati Bantul menggunakan uji *pearson*. Syarat untuk menguji data berbentuk numerik menggunakan uji *pearson* adalah data harus terdistribusi normal. Sehingga peneliti melakukan uji sebaran data menggunakan *Kolmogorov-smirnov*, hasil uji diketahui sebagai berikut

Tabel 7. Hasil Analisis Sebaran Data

| Variabel          | Statistik | df | <i>p</i> |
|-------------------|-----------|----|----------|
| Dukungan keluarga | 0,086     | 67 | 0,200    |
| Kualitas hidup    | 0,097     | 67 | 0,198    |

Berdasarkan tabel 7, diketahui bahwa hasil uji sebaran data untuk dukungan keluarga diperoleh nilai  $p=0,200$  dan kualitas hidup  $p=0,198$ . Nilai  $p$  kedua variabel di atas lebih besar dari 0,05 yang berarti data terdistribusi normal sehingga dapat dilakukan uji parametrik yaitu uji Korelasi *Pearson*.

Hasil uji hubungan antara skor dukungan keluarga dengan skor kualitas hidup lansia dengan diabetes mellitus tipe 2 disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 8. Hubungan Antara Skor Dukungan Keluarga dengan Skor Kualitas Hidup Lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2 di RSUD Panembahan

Senopati Bantul

|                   | Kualitas Hidup |       |
|-------------------|----------------|-------|
| Dukungan Keluarga | <i>r</i>       | 0,616 |
|                   | <i>p</i>       | 0,000 |

Hasil uji Korelasi *Pearson* diperoleh nilai  $p=0,000$  artinya terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup lansia dengan diabetes mellitus tipe 2. Hasil analisis lebih lanjut diketahui nilai keeratan hubungan (*r*) sebesar 0,616 yang menunjukkan kekuatan hubungan kategori kuat dengan interval 0,600-0,799. Hubungan keeratan menunjukkan arah yang positif, hal ini berarti semakin tinggi dukungan keluarga akan meningkatkan kualitas hidup pada lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2.

## B. PEMBAHASAN

### 1. Karakteristik Responden

Berdasarkan tabel 5 diketahui bahwa sebagian besar lansia adalah 60-74 tahun yaitu 43 (64,2%). Pada hasil penelitian ini frekuensi terbanyak penderita diabetes di usia 60-74 tahun hasil penelitian diperkuat oleh teori

Mihardja (2009) mengatakan prevalensi DM akan meningkat dengan bertambahnya usia, hal ini dikarenakan semakin lanjut usia maka pengeluaran insulin oleh pankreas juga akan semakin berkurang. Prevalensi pada usia 65 tahun ke atas akan semakin menurun, kemungkinan yang dapat terjadi telah penderita DM mengalami komplikasi berat sehingga tidak sanggup datang ketempat pemeriksaan atau penderita DM tersebut sudah meninggal (*Mihardja, 2009*).

Lansia terbanyak adalah laki-laki yaitu 41 (61,2%) pada hasil penelitian ini yang terbanyak menderita DM adalah laki-laki, penelitian lain menerangkan bahwa pria lebih mungkin untuk mengidap diabetes dibandingkan dengan perempuan. Meskipun para pasien di poli klinik tersebut didominasi oleh pasien laki-laki, namun jenis kelamin ini tidak mempengaruhi terhadap terjadi DM tipe 2. Hasil penelitian kejadian DM tipe 2 ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Augsburg 5,8 per 1.000/orang/tahun pada laki-laki dan 4,0 per 1.000/orang/tahun pada perempuan. Sedangkan di Amerika yaitu penderita DM pada perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa laki-laki maupun perempuan memiliki risiko yang sama untuk terkena DM. (Naskah Lengkap Diabetes Melitus, 2007: 146).

Lansia terbanyak telah menempuh pendidikan SD 30 (44,8%) pada hasil penelitian ini lansia terbanyak berpendidikan SD, Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Gautman *et al* (2009), yang mengatakan bahwa rendahnya pendidikan yang dimiliki berhubungan dengan rendahnya tingkat kualitas hidup pada pasien DM tipe 2. Menurut Irawan (2010), tingkat pendidikan memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit Diabetes Melitus Tipe 2. Orang yang tingkat pendidikannya tinggi biasanya akan memiliki banyak pengetahuan tentang kesehatan. Dengan adanya pengetahuan tersebut orang akan memiliki kesadaran dalam menjaga kesehatannya.

Sebagian besar lansia tidak bekerja yaitu 42 (62,7%). Sebagian besar penghasilan lansia < 1.200.000 yaitu 49 (73,1%) pada hasil penelitian

sebagai lansia tidak bekerja dan berpenghasilan penghasilan dibawah UMR, penghasilan yang rendah akan bisa mempengaruhi kondisi DM yang sudah ada, keterbatasan *financial* akan membatasi responden untuk mencari informasi, perawatan dan pengobatan untuk dirinya (Yusra, 2011). Sebanyak 38 (56,7%) telah mengalami diabetes melitus 5-10 tahun. Pada hasil penelitian ini lamanya lansia menderita DM tidak mempengaruhi kualitas hidup hal itu disebabkan karena lansia penderita DM telah berpengalaman dalam mengelola penyakitnya dan memiliki coping yang baik. Pada hasil penelitian ini telah mengalami diabetes melitus 5-10 tahun memiliki resiko lebih besar mengalami komplikasi. Pada pasien diabetes mellitus tipe II, risiko payah jantung kongesif meningkat 4 sampai 8 kali dibanding dengan pasien lain (Shahab & Alwi, 2007).

## 2. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga diukur dengan menggunakan kuesioner sebanyak 29 item pernyataan dengan skala likert. Dari 67 lansia diperoleh nilai rerata (mean) dukungan keluarga sebesar 97,81, nilai tengah (median) sebesar 98,00, standar deviasi sebesar 7,30 dengan range nilai dari 83 sampai dengan 115. Rerata item pertanyaan dukungan keluarga tertinggi terdapat pada nomor 13 yaitu diabetes yang dialami pasien tidak membuat keluarga merasa susah. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang baik akan membentuk perilaku pasien DM termasuk dalam hal perilaku *memanajemen diri sendiri* sehingga pasien DM dalam penelitian ini tidak membuat keluarga merasa susah. Dukungan keluarga ini merupakan salah satu komponen yang berpengaruh pada pasien DM (Mayberry, & Osborn., 2012; Chelsea, Chun, & Kwan, 2009). Selain item nomor 13 yang tertinggi ada beberapa item dukungan keluarga yang nilainya tinggi seperti keluarga membantu membayar pengobatan dan keluarga memahami jika saya sedih karena diabetes yang artinya bahwa dukungan keluarga baik berupa fisik, psikologis, emosional, dan sosial,

akan memberikan sikap lebih positif bagi pasien DM untuk mempelajari tentang DM. Sebaliknya pasien DM akan bersikap negatif apabila terjadi penolakan terhadap pasien dan tanpa adanya dukungan dari keluarga selama menjalani pengobatan (Soegondo, 2006).

Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain sehingga akan memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada orang yang dihadapkan pada situasi tertentu (Taylor, 2006). Pada penelitian ini pasien DM banyak yang datang ke rumah sakit diantar oleh keluarga seperti suami, istri serta anak dan ada juga pasien yang diantar oleh tetangga hal ini sesuai menurut Setiadi (2008), dukungan keluarga adalah dukungan yang diterima dari anggota keluarga yang mempunyai hubungan darah atau adopsi dan bertempat tinggal dalam satu rumah dan merupakan suatu proses hubungan keluarga dengan lingkungan sosial. Dukungan keluarga dapat bersifat eksternal dan internal. Dukungan keluarga eksternal antara lain sahabat, pekerjaan, tetangga, sekolah, keluarga besar, dan kelompok sosial. Sedangkan dukungan keluarga internal antara lain dukungan dari suami atau istri, dari saudara kandung atau dukungan dari anak.

Manfaat dari dukungan keluarga terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi secara bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan keluarga yang kuat terbukti dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi. Disamping itu, pengaruh positif dari dukungan keluarga adalah pada penyesuaian terhadap kejadian dalam hidup yang penuh dengan stres (Setiadi, 2008).

### **3. Kualitas hidup**

Kualitas hidup diukur dengan menggunakan kuesioner sebanyak 30 item pernyataan dengan skala likert. Dari 67 lansia diperoleh nilai rerata (mean) kualitas hidup sebesar 94,94, nilai tengah (median) sebesar 95,00, standar deviasi sebesar 7,71 dengan range nilai dari 72 sampai

dengan 111. Hasil penelitian ini rerata skor kualitas hidup tertinggi terdapat pada hasil penelitian ini item nomor 57 yaitu pasien tidak merasa takut akan meninggal dunia, penelitian ini dihubungkan dengan spiritual, agama, keyakinan personal. Kepercayaan pribadi seseorang memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup. Bagi beberapa orang yang beragama, kepercayaan personal, dan spiritual merupakan sumber kenyamanan, perlindungan, makna, rasa memiliki, tujuan dan kekuatan (WHO,2004).

Diabetes melitus (DM) adalah gangguan kesehatan yang merupakan kumpulan gejala yang disebabkan oleh peningkatan kadar gula (glukosa) darah akibat kekurangan atau resistensi insulin. Kualitas hidup penderita DM merupakan perasaan puas dan bahagia akan hidup secara umum khususnya dengan penyakit diabetes melitus (Yudianto dkk, 2008). Kualitas hidup dinyatakan sebagai ukuran konseptual atau operasional mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup serta kemampuan untuk secara mandiri melakukan aktivitas sehari-hari yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak terapi pada pasien (Brooker, 2008).

Kualitas hidup lansia merupakan suatu komponen yang kompleks, mencakup usia, harapan hidup, kepuasan dalam kehidupan, kesehatan psikis dan mental, fungsi kognitif, kesehatan dan fungsi fisik, pendapatan, kondisi tempat tinggal, dukungan sosial dan jaringan sosial. Di Indonesia para lansia biasanya tinggal bersama anaknya terutama lansia yang sudah tidak mendapatkan penghasilan sendiri (Nawi *et al*, 2010). Ada dua dimensi kualitas hidup menurut Netuveli dan Blane (2010) yaitu kualitas hidup objektif dan subjektif. Kualitas hidup objektif adalah berdasarkan pada pengamatan eksternal individu seperti standar hidup, pendapatan, pendidikan, status kesehatan, umur panjang dan yang terpenting adalah bagaimana individu dapat mengontrol dan sadar mengarahkan hidupnya. Sedangkan kualitas hidup subjektif didasarkan pada respon psikologis individu terhadap kepuasan dan kebahagiaan hidup. Jadi kualitas hidup



subjektif yaitu sebagai persepsi individu tentang bagaimana suatu hidup baik yang dirasakan masing-masing individu.

#### **4. Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2**

Hasil uji Korelasi Pearson diperoleh nilai  $p=0,000$  ( $p<0,05$ ) artinya terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan skor kualitas hidup pada lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2. Nilai koefisien korelasi ( $r$ ) sebesar 0,616 bertanda positif yang menunjukkan hubungan yang positif atau searah dengan kekuatan hubungan kategori kuat yaitu berada pada interval 0,600-0,799. Artinya semakin tinggi dukungan keluarga akan meningkatkan kualitas hidup pada lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2. Hasil penelitian ini sesuai dengan Sutikno (2011) yang menunjukkan lansia yang berasal dari keluarga dengan fungsi keluarga sehat memiliki kemungkinan untuk berkualitas hidup baik 25 kali lebih besar daripada lansia dengan fungsi keluarga tidak sehat dan terdapat hubungan yang signifikan antara fungsi keluarga dengan kualitas hidup pada lansia.

Keluarga merupakan lingkungan sosial yang paling dekat dengan pasien DM sehingga diharapkan dapat memberikan dukungan seperti membantu, mengontrol dan membentuk perilaku pasien DM termasuk dalam hal perilaku self-management. Dukungan keluarga ini merupakan salah satu komponen yang berpengaruh pada pasien DM (Mayberry, & Osborn., 2012; Chelsea, Chun, & Kwan, 2009). Dukungan keluarga baik berupa fisik, psikologis, emosional, dan social, akan memberikan sikap lebih positif bagi pasien DM untuk mempelajari tentang DM.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan bisa berasal dari orang lain (orangtua, anak, suami, istri atau saudara) yang dekat dengan subjek dimana bentuk dukungan berupa informasi, tingkah laku tertentu atau materi yang dapat menjadikan individu merasa disayangi, diperhatikan dan

dicintai (Ali, 2009). Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain sehingga akan memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada orang yang dihadapkan pada situasi stres (Taylor, 2006).

Dukungan keluarga memiliki 4 dimensi dukungan yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif (Friedman, 2010). Masing-masing ini penting dipahami bagi individu yang ingin memberikan dukungan keluarga karena menyangkut persepsi tentang keberadaan dan ketepatan dukungan bagi seseorang. Dukungan keluarga bukan sekedar memberikan bantuan, tetapi yang paling penting adalah bagaimana persepsi penerima terhadap makna bantuan tersebut. Persepsi ini erat hubungannya dengan ketepatan dukungan yang diberikan, dalam arti seseorang yang menerima sangat merasakan manfaat bantuan bagi dirinya (Koentjoro, 2002).

Kualitas hidup merupakan indikator penting untuk menilai keberhasilan intervensi pelayanan kesehatan, baik dari segi pencegahan maupun pengobatan. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada terkait dengan tujuan, harapan, standar dan perhatian. Kualitas hidup dalam hal ini merupakan suatu konsep yang sangat luas dipengaruhi oleh kondisi fisik individu, psikologis, tingkat kemandirian, serta hubungan individu dengan lingkungan (Alexandre et al, 2009). Kualitas hidup dinyatakan sebagai ukuran konseptual atau operasional mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup serta kemampuan untuk secara mandiri melakukan aktivitas sehari-hari yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak terapi pada pasien (Brooker, 2008).

### **C. KETERBATASAN PENELITIAN**

#### **1. Kesulitan Penelitian**

- a. Peneliti belum mengendalikan faktor-faktor lain seperti komplikasi DM pada lansia.
- b. Peneliti sendiri yang menyebarkan kuesioner pada responden sehingga untuk mencapai jumlah kuesioner yang ditentukan membutuhkan waktu yang lama.

#### **2. Kelemahan penelitian**

Kuesioner yang digunakan peneliti jumlah pertanyaannya terlalu banyak sehingga membuat responden merasa malas untuk mengisi kuesioner tersebut.

PERPUSTAKAAN  
JENDERAL ACHMAD YAN  
YOGYAKARTA