

**KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 YANG
MENDAPAT ANTIDIABETIKA ORAL DI PUSKESMAS KALIWUNGU
KABUPATEN KUDUS DENGAN MENGGUNAKAN KUESIONER
DQLCTQ**

Skripsi

Untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai gelar sarjana Farmasi



Diajukan Oleh:

Rizqia Pramudita Nugraha

33101700053

**PROGRAM STUDI FARMASI FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2021

SKRIPSI
KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 YANG
MENDAPAT ANTIDIABETIKA ORAL DI PUSKESMAS KALIWUNGU
KABUPATEN KUDUS DENGAN MENGGUNAKAN KUESIONER
DQLCTQ

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

Rizqia Pramudita Nugraha

33101700053

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji


Pada tanggal 16 Desember 2021


dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Tim Penguji

Pembimbing I

Anggota Tim Penguji



Apt. Meki Pranata, M.Farm


Apt. Nisa Febrinasari, M.Sc

Pembimbing II

Anggota Tim Penguji


Apt. Abdur Rosyid, M.Sc


Apt. Willi Wahyu Timur, M.Sc

Semarang, 16 Desember 2021

Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran

Universitas Islam Sultan Agung

Dekan,



Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, Sp.KF., S.H.

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rizqia Pramudita Nugraha

NIM : 33101700053

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang berjudul:

**“KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 YANG
MENDAPAT ANTIDIABETIKA ORAL DI PUSKESMAS KALIWUNGU
KABUPATEN KUDUS DENGAN MENGGUNAKAN KUESIONER
DQLCTQ”**

Adalah benar hasil karya saya dan penuh kesadaran bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiasi atau mengambil alih seluruh atau sebagian besar karya tulis orang lain tanpa menyebutkan sumbernya. Jika saya terbukti melakukan tindakan plagiasi, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan aturan yang berlaku.

Semarang, 16 Desember 2021



Rizqia Pramudita Nugraha

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Rizqia Pramudita Nugraha

NIM : 33101700053

Program studi : Farmasi

Fakultas : Kedokteran

Alamat Asal : Bakalan Krpyak rt 01 / rw 01, Kecamatan Kaliwungu,
Kabupaten Kudus

No HP/ Email : 085640713991/Hellorizqia@gmail.com

Dengan ini menyerahkan karya tulis ilmiah berupa skripsi dengan judul:

**“KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 YANG
MENDAPAT ANTIDIABETIKA ORAL DI PUSKESMAS KALIWUNGU
KABUPATEN KUDUS DENGAN MENGGUNAKAN KUESIONER
DQLCTQ”**

Dan menyetujui menjadi hak milik Universitas Islam Sultan Agung serta memberikan Hak Bebas Royalti Non Eklusif untuk disimpan, dialih mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan dipublikasikan di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.

Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian terbukti ada pelanggaran Hak Cipta Plagiarisme dalam karya tulis ini, maka segala bentuk tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang, 16 Desember 2021

Yang Menyatakan,



Rizqia Pramudita Nugraha

PRAKATA



Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Syukur dipanjatkan kepada Allah SWT atas segala limpahan karunia-Nya sehingga tugas akhir skripsi dengan judul **“KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 YANG MENDAPAT ANTIDIABETIKA ORAL DI PUSKESMAS KALIWUNGU KABUPATEN KUDUS DENGAN MENGGUNAKAN KUESIONER DQLCTQ”** dapat diselesaikan dengan baik sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Sarjana Farmasi di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Sholawat dan salam semoga selalu tercurah kepada Nabi Besar Muhammad SAW beserta keluarga, sahabat, dan para pengikutnya.

Sehubung terselesaikannya tugas akhir skripsi ini, maka tercurah kesempatan bagi penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada mereka yang telah membantu tersusunnya skripsi ini. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang tulus kepada :

1. Allah Swt atas kuasa dan kebaikanNya yang selalu terlimpah.
2. Bapak Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, Sp.KF., S.H. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Apt. Rina Wijayanti, M.Sc selaku Ketua Prodi Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Apt. Meki Pranata, M.Farm selaku dosen pembimbing I serta Bapak Apt. Abdur Rosyid, M.Sc sebagai dosen pembimbing II yang telah memberikan

bimbingan dan arahan dengan sabar dan pengertian pada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan tugas akhir skripsi ini dengan baik.

5. Ibu Apt. Nisa Febrinasari, M.Sc selaku dosen penguji I dan bapak Apt. Willi Wahyu Timur, M.Sc selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan saran pada peneliti sehingga peneliti dapat memperbaiki skripsi ini.
6. UPTD Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kudus yang telah mengizinkan sebagai tempat penelitian.
7. Kepada kedua orang tua saya Bapak Budi Nugroho, Ibu Ngusmini, adek tersayang Fahreza Nova Adhi Nugraha dan keluarga besar, terima kasih atas doa yang tak pernah putus, semangat, dan kasih sayang yang selalu diberikan agar dapat menyelesaikan tugas akhir skripsi sesuai dengan harapan.
8. Kepada diri saya sendiri, terimakasih karena telah mau dan mampu berjuang menyelesaikan pendidikan dengan baik.
9. Teman sepeerskripsian saya, Fadya Rahma Putri dan Ilya Syafa'atun Nikmah, dan Inneke Candra teman berkeluh kesah dalam menyusun skripsi dan yang telah mau untuk berjuang bersama menyelesaikan skripsi ini.
10. Teman – teman dekat Vin Malinda, Farah Rizky, Annisa Thoati, Ula Qotrunnada, yang sedang berjuang bersama.
11. Teman-teman Sedativa 2017 yang telah kompak Bersama – sama memberikan dukungan dalam menyelesaikan tugas akhir skripsi ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu penulis secara materil maupun spiritual dalam penulisan tugas akhir skripsi ini.

Penulis sangat menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna. Maka dari itu sangat dibutuhkan kritik dan saran dari pembaca untuk kemajuan penelitian dimasa mendatang. Semoga tugas akhir skripsi ini dapat menjadi manfaat bagi semua pihak serta pada perkembangan dalam ilmu pengetahuan bidang farmasi. Aamiin.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Semarang, 16 Desember 2021



Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
SURAT PERNYATAAN.....	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	iii
PRAKATA.....	v
DAFTAR SINGKATAN	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
INTISARI.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Kajian Teori.....	7
2.1.1 Definisi Kualitas Hidup.....	7
2.1.2 Fungsi Kualitas Hidup.....	8
2.1.3 Pengukuran Kualitas Hidup.....	9

2.1.4	Definisi Diabetes melitus	11
2.1.5	Klasifikasi Diabetes melitus	13
2.1.6	Patofisiologi Diabetes melitus	14
2.1.7	Gejala Diabetes melitus	16
2.1.8	Hubungan antar Variabel	18
2.1.9	Kerangka Teori	18
2.1.10	Kerangka Konsep	19
2.2	Hipotesis	19
BAB III METODE PENELITIAN		20
3.1	Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian	20
3.2	Variabel dan Definisi Operasional	20
3.2.1	Variabel	20
3.2.2	Definisi Operasional	20
3.3	Populasi dan Sampel	23
3.3.1	Populasi	23
3.3.2	Sampel	23
3.4	Instrumen dan Bahan Penelitian	24
3.4.1	Instrumen	24
3.4.2	Bahan Penelitian	27
3.5	Cara Penelitian	28
3.6	Tempat dan Waktu	28
3.6.1	Tempat	28
3.6.2	Waktu	29
3.7	Analisis Hasil	29

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	31
4.1.1 Hasil penelitian.....	31
4.1.1 Karakteristik Responden	31
4.1.2 Uji Normalitas dan Homogenitas.....	38
4.1.2 Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik.....	39
4.1.3 Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Domain.....	40
4.1.4 Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Jenis Pengobatan.....	41
4.1.5 Uji Jenis Pengobatan Berdasarkan Karakteristik Pasien.....	42
4.2 Pembahasan	42
4.2.1 Karakteristik Responden	42
4.2.2 Respon Domain Kuesioner	53
4.2.3 Jenis Pengobatan Berdasarkan Domain dan Karakteristik.....	57
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	60
5.1 Kesimpulan.....	60
5.2 Saran	61
DAFTAR PUSTAKA	62



DAFTAR SINGKATAN

ADA	= <i>American Diabetes Association</i>
ATP	= <i>Adenosine Triphosphate</i>
BMI	= <i>Body Mass Index</i>
DM	= <i>Diabetes melitus</i>
DQLCTQ	= <i>Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questioner</i>
ER	= <i>Estrogen Reseptor</i>
GDM	= <i>Gestasional Diabetes melitus</i>
HbA1c	= <i>Hemoglobin A1c</i>
IDAI	= <i>Ikatan Dokter Anak Indonesia</i>
IDDM	= <i>Insulin Dependent Diabetes mellitus</i>
IDF	= <i>International Diabetes Federation</i>
NIDDM	= <i>Non Insulin Dependent Diabetes mellitus</i>
SPSS	= <i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TGT	= <i>Toleransi Glukosa Terganggu</i>
TTGO	= <i>Tes Toleransi Glukosa Oral</i>



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	20
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	21

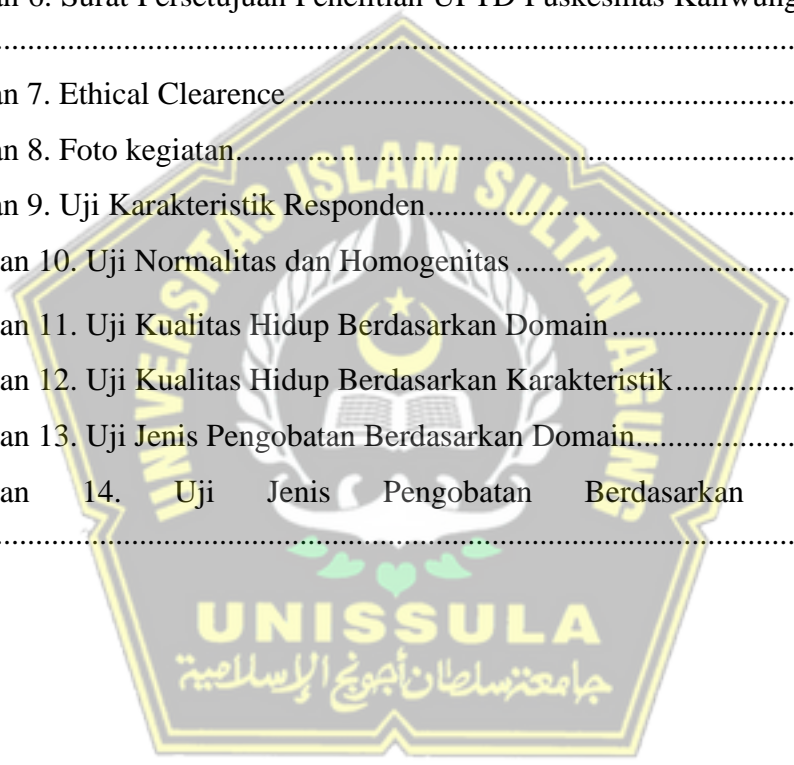


DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Penilaian Domain Fungsi Fisik.	24
Tabel 3.2	Penilaian Domain Energi.	24
Tabel 3.3	Waktu Penelitian.	29
Tabel 4.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	32
Tabel 4.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	33
Tabel 4.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pekerjaan.....	34
Tabel 4.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Asuransi	34
Tabel 4.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan	35
Tabel 4.6	Karakteristik Responden Berdasarkan Kadar Gula Darah.....	36
Tabel 4.7	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pengobatan.....	36
Tabel 4.8	Karakteristik Responden Berdasarkan Obat Yang Dikonsumsi	37
Tabel 4.9	Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Komplikasi.....	38
Tabel 4.10	Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Menderita.....	39
Tabel 4.11	Uji Homogenitas dan Normalitas	39
Tabel 4.12	Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik.....	40
Tabel 4.12	Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Domain.....	41
Tabel 4.12	Uji Jenis Pengobatan Berdasarkan Domain	42
Tabel 4.12	Uji Jenis Pengobatan Berdasarkan Karakteristik	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar <i>Informed Consent</i>	74
Lampiran 2. Lembar Kuesioner Demografi	75
Lampiran 3. Kuesioner DQLCTQ.....	76
Lampiran 4. Surat Rekomendasi Penelitian Kesbangpol Kabupaten Kudus	84
lampiran 5. Surat Permohonan Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus ...	85
lampiran 6. Surat Persetujuan Penelitian UPTD Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kudus	86
lampiran 7. Ethical Clearence	87
lampiran 8. Foto kegiatan.....	88
lampiran 9. Uji Karakteristik Responden.....	89
Lampiran 10. Uji Normalitas dan Homogenitas	91
Lampiran 11. Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Domain.....	92
Lampiran 12. Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik.....	95
Lampiran 13. Uji Jenis Pengobatan Berdasarkan Domain.....	98
Lampiran 14. Uji Jenis Pengobatan Berdasarkan Karakteristik	10



INTISARI

Diabetes melitus adalah penyakit gangguan metabolik yang menyebabkan insulin relatif dan absolut meningkat. Klasifikasi diabetes melitus berdasarkan faktor pencetus, yaitu DM tipe 1, DM tipe 2, DM gestasional dan diabetes jenis tertentu karena penyebab lain. Penelitian mengenai kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe 2 yang mendapat antidiabetika oral ditujukan untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup berdasarkan karakteristik pasien.

Jenis penelitian ini termasuk *observational analytic* dengan design penelitian *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* yang melibatkan responden sebanyak 97 pasien. Penelitian ini menggunakan kuesioner DQLCTQ dengan metode analisis *mann whitney* untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup pasien diabetes melitus.

Responden dengan kualitas hidup baik sebanyak 57,7% dan responden dengan kualitas hidup buruk sebanyak 42,3%. Hasil uji kualitas hidup berdasarkan domain menunjukkan nilai *p-value* rata-rata 0,000. Hasil uji kualitas hidup berdasarkan karakteristik menunjukkan nilai *p-value* rata-rata 0,000. Hasil uji jenis pengobatan berdasarkan domain menunjukkan perbedaan kualitas hidup dengan nilai *p-value* rata-rata 0,010. Hasil uji jenis pengobatan berdasarkan karakteristik menunjukkan nilai *p-value* 0,008.

Responden dengan kualitas hidup baik mempunyai jumlah lebih banyak pada penelitian ini. Uji kualitas hidup berdasarkan domain menunjukkan perbedaan hasil pada domain energi, kepuasan pengobatan dan efek pengobatan. Uji kualitas hidup berdasarkan karakteristik menunjukkan perbedaan kualitas hidup pada jenis kelamin, kadar gula darah, jenis pengobatan dan obat yang dikonsumsi. Uji jenis pengobatan berdasarkan domain tidak menunjukkan perbedaan signifikan, dan uji jenis pengobatan berdasarkan karakteristik menunjukkan perbedaan pada status pernikahan, kadar gula darah dan obat dikonsumsi.

Kata kunci : Diabetes melitus tipe 2, antidiabetika oral, monoterapi, kombinasi terapi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit diabetes melitus atau yang dikenal dengan penyakit kencing manis adalah penyakit dengan gangguan metabolik yang ditandai kekurangan insulin baik secara absolut maupun relatif (Müller-Wieland *et al.*, 2019). Gangguan metabolit tersebut berhubungan dengan metabolisme lemak, protein serta karbohidrat sehingga menyebabkan penyakit mikrovaskuler, makrovaskuler dan neuropatik (DiPiro, 2017).

Kriteria diagnosis diabetes melitus yaitu menggunakan pemeriksaan A1C dan glukosa plasma (Genuth *et al.*, 2015). Pada pemeriksaan A1C diperoleh kadar $\geq 6.5\%$ (48 mmol/L), kadar gula darah puasa yaitu ≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L), pemeriksaan gula darah sewaktu dan kadar TTGO atau “tes toleransi glukosa oral” yaitu ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) (ADA, 2020).

Klasifikasi diabetes melitus berdasarkan faktor pencetus terbagi menjadi 4 (ADA, 2019), diantaranya diabetes melitus tipe 1 (terjadi kerusakan pada sel autoimun sehingga terjadi defisiensi pada insulin absolut), diabetes melitus tipe 2 (terjadi karena hilangnya sekresi insulin sel β secara bertahap yang disebabkan oleh resistensi insulin), diabetes melitus gestasional (jenis diabetes yang terjadi pada masa kehamilan trimester ketiga atau kedua), dan jenis diabetes berdasarkan penyebab lain seperti sindrom diabetes monogenik dan diabetes yang di induksi bahan kimia (Widiastuti, L. 2020).

International Diabetes Federation tahun 2019 memprediksi bahwa akan terjadi kenaikan prevalensi DM di dunia. Prevalensi DM di dunia tahun 2017 terdapat 425 juta jiwa kemudian prediksi di tahun 2045 akan terjadi kenaikan penderita diabetes melitus menjadi 629 juta jiwa. Penderita DM di Asia Tenggara pada tahun 2017 terdapat 82 juta jiwa dan di prediksi akan terjadi peningkatan pada tahun 2045 dengan jumlah sebesar 151 juta jiwa (IDF, 2019).

Penderita DM di Indonesia semakin meningkat dan Indonesia berada peringkat ke – 7 sebagai salah satu negara yang memiliki pasien DM terbanyak di dunia dari 10 negara (Artha *et al.*, 2019). Data jumlah penderita DM pada tahun 2019 di Indonesia tercatat sejumlah 3.941.698 jiwa, dan jumlah pasien yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar tercatat sebanyak 68,19% atau sebesar 2.687.994 jiwa (Kemenkes RI, 2019).

Data proporsi jenis pengobatan yang dilakukan penggunaan antidiabetika oral sebanyak 75,9%, pemberian kombinasi terapi antidiabetika oral dengan insulin sebanyak 11,0% (Kemenkes RI, 2018). Jumlah penderita DM di Jawa Tengah pada tahun 2019 sebanyak 652.822 jiwa. Prevalensi DM di Kabupaten Kudus pada tahun 2019 tercatat sebanyak 17.869 jiwa. Jumlah penderita DM di Kecamatan Kaliwungu Kudus pada tahun 2020 tercatat sebanyak 3.479 jiwa (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2019).

DM tipe 2 dapat dikatakan penyakit tidak menular menahun dengan kondisi kronis yang jumlahnya sangat mendominasi (Septyarini, 2015)

dengan persentase sebanyak 90% kasus didunia (Sugiarta dan Darmita, 2020). DM tipe 2 sering disebut dengan DM *lifestyle*, karena faktor pencetus utamanya adalah obesitas, kurangnya aktivitas fisik dan pola makan (Mirza *et al.*, 2020). Penyakit DM tipe 2 ini harus melalui penanganan terapi farmakologi dan non farmakologi yang tepat agar didapatkan manfaat klinis optimal (Tampa'i *et al.*, 2016).

DM dapat dikatakan sebagai penyebab dari penyakit lain seperti penyakit jantung, hipertensi, gagal ginjal, stroke hingga kebutaan sehingga biasa disebut sebagai “*Mother of Disease*” (Toharin,S *et al.*, 2015) yang akhirnya berpengaruh terhadap kualitas hidup dari penderita DM. Definisi kualitas hidup yaitu persepsi individu mengenai harapan, tujuan dan perhatian dalam kehidupan berbudaya dimasyarakat dengan norma yang ada (Ningsih dan Setyowati, 2020).

Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dari penderita DM yaitu diantaranya lama menderita DM dan penyakit komplikasi DM yang diderita (Putri dan Sulistyawati, 2021). Kualitas hidup digunakan pada proses pengobatan agar penderita DM dapat meningkatkan kualitas hidupnya dan menurunkan tingkat keparahan penyakitnya (Siwiutami, 2017). Kualitas hidup dapat diukur menggunakan kuesioner DQLCTQ yang menggunakan 8 domain aspek Kesehatan (Ratnasari *et al.*, 2019).

Diabetes melitus merupakan penyakit dengan jumlah proporsi terbanyak kedua setelah hipertensi di Puskesmas Kaliwungu Kudus, pengendalian penyakit ini telah menjadi prioritas agar kedepannya tidak

menimbulkan penyakit tidak menular lainnya seperti jantung, stroke, gagal ginjal dan lain sebagainya (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2017). Penelitian kualitas hidup pada penyakit diabetes melitus di tingkat primer atau tepatnya di Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kudus belum pernah dilakukan sebelumnya, sehingga hal tersebut yang mendasari penelitian ini dilakukan.

Pengukuran kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 dilakukan menggunakan kuesioner DQLCTQ yang memiliki 8 domain pertanyaan. Jumlah pertanyaan pada kuesioner ini sebanyak 57 pertanyaan mengenai Kesehatan pasien. Kuesioner ini meneliti kualitas hidup pasien secara rinci mulai dari kesehatan fisik, kesehatan mental dan efek pengobatan pasien. Kuesioner ini menghasilkan gambaran kualitas hidup pasien DM berdasarkan skor yang didapat secara keseluruhan dan dari domain pertanyaan (Adikusuma dan Al., 2016).

Dalam upaya penurunan prevalensi DM tipe 2, salah satunya dilakukan evaluasi terhadap pemberian terapi pengobatan kepada pasien, agar diharapkan diabetes melitus tersebut dapat dikendalikan meskipun nyatanya tidak dapat disembuhkan, serta dapat memperbaiki kualitas hidup pasien. Maka dari itu pentingnya penelitian tentang kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 yang mendapatkan antidiabetika oral dilakukan.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana perbedaan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 yang mendapat antidiabetika oral di Puskesmas Kaliwungu Kudus?.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 yang mendapat terapi antidiabetika oral di puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kudus yang diteliti menggunakan kuesioner DQLCTQ.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kudus berdasarkan karakteristik demografi (usia, jenis kelamin, status pekerjaan, asuransi, status pernikahan) dan karakteristik klinis (kadar gula darah sewaktu, jenis pengobatan, obat yang dikonsumsi, penyakit komplikasi dan lama menderita) yang diteliti menggunakan kuesioner DQLCTQ.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi ilmiah terkait penyakit diabetes melitus tipe 2, gejala, dan terapi pada diabetes melitus tipe 2.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan penelitian terkait kualitas hidup pada penderita diabetes melitus tipe 2 berdasarkan karakteristik

demografi dan karakteristik klinis yang diteliti menggunakan kuesioner DQLCTQ.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Teori

2.1.1 Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan penilaian pada individu mengenai kesejahteraan hidupnya terkait dengan masalah Kesehatan (Agborsangaya *et al.*, 2013). Persepsi kualitas hidup mencakup berbagai aspek seperti keadaan psikologi, Kesehatan fisik, keadaan lingkungan, hubungan dengan masyarakat sosial, serta tingkat kebebasan (Jacob dan Sandjaya, 2018).

Penilaian serta persepsi kesehatan fisik maupun kesehatan mental yang dilakukan secara subjektif dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti budaya, lingkungan, kebiasaan sehari – hari serta kehidupan sosial tiap individu tersebut (Endarti, 2015). Makna luas kualitas hidup mencakup mengenai pribadi yang menilai kebaikan berdasarkan aspek kehidupan seperti reaksi emosional individu dalam menjalani kehidupan, rasa kepuasan hidup dan kepuasan dalam berhubungan (Theofilou, 2013).

Pendekatan untuk pengaplikasian konsep kualitas hidup, yaitu diantaranya menyamakan makna kualitas hidup dengan kesehatan, kesejahteraan, dan menganggap makna kualitas hidup sebagai konstruk global (Resmiya, 2019). Pendekatan kualitas hidup disamakan dengan kesehatan dapat dipahami seperti respon emosional pasien pada setiap kegiatan yang dilakukan, hubungan spiritual, kesesuaian antara harapan dan

kenyataan serta kemampuan individu untuk bersosialisasi dengan sekitar (Arso, 2017).

Konsep kualitas hidup menyamakan dengan kesehatan, pendekatan dengan cara lain yaitu menyamakan dengan kesejahteraan. Pada pendekatan ini memfokuskan kesejahteraan sebagai aspek penilaian keseluruhan dalam kehidupan individu, dan melihat kesejahteraan sebagai fungsi evaluasi subjektif pada individu yang bermasyarakat (Kamalie, 2016).

Pendekatan selanjutnya yaitu menyamakan kualitas hidup dengan konstruk global. Pendekatan ini mencakup makna menyamakan kualitas hidup dengan kesehatan dan kesejahteraan secara luas, dimana makna kualitas hidup secara luas diartikan sebagai konsep fungsi subjektif dan persepsi tiap individu (Appulembang dan Dewi, 2017).

2.1.2 Fungsi Kualitas Hidup

Informasi mengenai kualitas hidup dapat memberikan penjelasan tentang dampak penyakit pada kehidupan sehari – hari (Izzuddin *et al.*, 2020). Informasi kualitas hidup berfungsi besar terhadap proses pengobatan penderita penyakit kronis dengan merumuskan langkah intervensi atau perlakuan yang tepat bagi pasien (Rohmah *et al.*, 2012).

Fungsi kualitas hidup tidak hanya digunakan sebagai alat ukur kesehatan individu saja. Kualitas hidup sekarang dapat digunakan untuk mengukur kualitas kesehatan masyarakat pada tingkat populasi dengan menggunakan survei pertanyaan pada populasi dan kualitas hidup menjadi hal yang diukur atau sebagai variabel (Kemenkes RI, 2013) .

Pengukuran kualitas hidup mempunyai beberapa manfaat yaitu *discrimination* digunakan untuk mengidentifikasi tingkat kesehatan pada masyarakat dengan mengukur keadaan gizi, kondisi sosial ekonomi dan lingkungan sosial. *Evaluation* digunakan sebagai indikator kualitas hidup dalam masyarakat dengan melihat kembali sistem kesehatan pada wilayah tersebut berhasil atau tidak dan manfaat sebagai *prediction* digunakan untuk memprediksi sistem pengobatan, pelayanan dan kebutuhan dalam proses pelayanan kesehatan pada suatu wilayah (Hong dan Ahn, 2011).

2.1.3 Pengukuran Kualitas Hidup

Instrumen untuk mengukur kualitas hidup terbagi menjadi 2 yaitu instrumen generik dan instrumen spesifik. Instrumen generik digunakan untuk mengukur kualitas hidup secara umum dalam komunitas, dan instrumen spesifik berfungsi mengukur kualitas hidup pada penyakit tertentu (Haris *et al.*, 2019).

Instrumen spesifik untuk menilai kualitas hidup pada pasien DM seperti pada Kuesioner DQLCTQ (*Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questioner*). Kuesioner tersebut memiliki jumlah pertanyaan sebanyak 57 disertai domain yang berjumlah 8 diantaranya fungsi fisik, frekuensi gejala, energi, tekanan kesehatan, kepuasan pribadi, kesehatan mental, kepuasan pengobatan, efek pengobatan (Faridah dan Dewintasari, 2017).

Pengukuran domain fungsi fisik dilakukan karena terdapat risiko klinis pada penderita DM yaitu terjadi penurunan fungsi fisik. Penelitian yang dilakukan (Kuziemska *et al.*, 2019) menyatakan bahwa “penderita diabetes

melitus memiliki kemampuan fisik yang rendah”. Maka dari itu dilakukan pengukuran fungsi fisik penderita diabetes melitus dengan kuesioner yang menanyakan terkait kondisi fisik yang dirasakan (Widhowati *et al.*, 2020).

Pengukuran domain energi menghasilkan *outcome* klinis pada penderita diabetes melitus seperti merasa lelah, kurang bersemangat dan tidak bertenaga saat melakukan aktivitas (Ratnasari *et al.*, 2020). Gula darah tinggi atau pada kondisi diabetes melitus menyebabkan ketidaknyamanan pasien dalam melakukan aktivitas dikarenakan merasa lelah dan mudah capek (Bene *et al.*, 2019).

Pengukuran domain tekanan kesehatan menganalisis mengenai kondisi pasien dalam menerima keadaan penyakitnya, rasa takut dan putus asa karena penyakit diabetes melitus yang diderita. Pengukuran kondisi tersebut dianalisis berdasarkan waktu terjadinya, seperti setiap waktu, sangat sering, sering, kadang – kadang, jarang, dan tidak pernah (Briganti *et al.*, 2019).

Penyakit kronis seperti diabetes melitus akan berpengaruh terhadap kondisi mental pasien terkait beban emosi, tekanan dalam menjaga kesehatan, hubungan sosial dan stress dalam menghadapi penyakit yang diderita. Pengukuran domain kesehatan mental menganalisis mengenai perasaan cemas, sedih, takut, bahagia dan tenang dalam menghadapi penyakit diabetes melitus. Keadaan kadar gula darah tinggi akan memperparah kondisi Kesehatan mental pasien (Feng dan Astell-Burt, 2017).

Pengukuran domain kepuasan pribadi menganalisis mengenai kondisi kepuasan pasien dalam mengontrol kadar gula darahnya, merasa bahwa

penyakit diabetes melitus yang diderita tidak membahayakan dirinya dan pasien dapat mengendalikan kadar gula darah dengan menggunakan obat – obatan yang dikonsumsi. Domain kepuasan pengobatan menganalisis terkait kepuasan pasien terkait hasil terapi yang telah dilakukan dan pasien lebih merasa mempunyai harapan terkait penyakitnya (Imran *et al.*, 2018).

Domain efek pengobatan menganalisis mengenai kondisi pasien setelah mengonsumsi obat – obatan yang dikonsumsi, seperti perubahan pada aktivitas fisik, makan dan kehidupan bersosial (ADA, 2017). Domain frekuensi gejala menganalisis mengenai keluhan yang dirasakan pada 4 minggu terakhir seperti lemah, letih, mulut terasa kering, frekuensi berkemih meningkat, mudah lapar dan merasakan kesemutan. Kondisi hiperglikemia pasien cenderung merasakan polyuria, polydipsia dan polifagia (Wu *et al.*, 2014).

Interpretasi nilai pada kuesioner DQLCTQ (*Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questioner*) untuk melihat kualitas hidup pasien dilakukan melalui skor yang didapatkan, jika skor yang didapatkan < 80 maka dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup pada daerah tertentu dikatakan buruk, namun jika skor yang didapatkan > 80 dapat dikatakan bahwa kualitas hidup pada daerah tersebut baik (Adikusuma dan Al., 2016).

2.1.4 Definisi Diabetes melitus

Diabetes melitus termasuk dalam gangguan metabolik yang ditandai meningkatnya glukosa darah di atas normal (Piero, 2015). DM terjadi karena

kurang atau tidak adanya insulin didalam sel mengakibatkan kontrol gula darah tidak baik dan peningkatan glukosa dalam darah (Lathifah, 2017).

Penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa mayoritas penderita diabetes melitus berjenis kelamin perempuan (Widiyoga *et al.*, 2020). Pernyataan tersebut sejalan dengan kromosom yang dimiliki wanita dalam hal kromosom seks, hormon seks, dan ekspresi gen spesifik autosom yang berbeda dengan laki – laki sehingga wanita lebih rentan terkena DM (Kautzky *et al.*, 2016).

Perempuan lebih rentan terkena DM, karena hormon estrogen yang dimiliki perempuan akan menurun pada saat menopause (Rahma *et al.*, 2019). Pada saat sebelum menopause hormon estrogen dan progesteron akan cenderung merespon insulin darah sedangkan saat menopause, terjadi penurunan respon insulin sehingga mayoritas penderita DM adalah perempuan (Lubis *et al.*, 2018).

DM merupakan penyakit kronis penyebab terjadinya berbagai penyakit pada tubuh dan menimbulkan bermacam keluhan (Fatimah, 2016). Komplikasi pada penyakit DM terbagi atas komplikasi akut yang terjadi perubahan kadar gula darah relatif dan diabetes ketoasidosis dan komplikasi kronis yang terjadi karena kondisi DM yang sangat lama sehingga mempengaruhi beberapa bagian tubuh yang berhubungan dengan pembuluh darah (Isnaini dan Ratnasari, 2018).

2.1.5 Klasifikasi Diabetes melitus

Penggolongan Diabetes melitus digunakan untuk menentukan jenis DM sesuai dengan etiologi, mekanisme penyakit ataupun jenis pengobatan. Klasifikasi diabetes melitus secara luas dapat digunakan untuk beberapa tujuan seperti panduan penentuan perawatan klinis, memberikan dasar studi epidemiologi dan mendorong dalam melakukan penelitian aetio-patologi (WHO, 2019).

Klasifikasi diabetes melitus berdasarkan etiologi atau faktor pencetusnya terbagi menjadi, DM tipe 1 atau IDDM (*“insulin dependent diabetes melitus”*), DM tipe 2 atau NIDDM (*“non insulin dependent diabetes melitus”*), DM gestasional dan tipe spesifik diabetes berdasarkan penyebab lainnya (ADA, 2018).

Diabetes melitus tipe 2 (DM tipe 2) atau dikenal dengan *“non insulin dependent diabetes melitus”* (NIDDM), kondisi jenis ini dikarenakan resistensi insulin dan defisiensi insulin relatif (kompensasi sekresi insulin yang tidak adekuat) (Kuldeep Tiwari, 2018). Pada kondisi DM tipe 2 ini biasa terjadi pada pasien yang obesitas ataupun memiliki kriteria BMI yang tinggi serta terjadi pada usia > 40 tahun (Hardianto, 2021).

Kondisi DM tipe 2 ini disebabkan karena penurunan kerja insulin di jaringan perifer dan terjadi disfungsi pada sel β pankreas dan mengakibatkan produksi insulin oleh pankreas terjadi penurunan dan tidak dapat mengkompensasi keadaan resistensi insulin. Keadaan tersebut menyebabkan terjadinya defisiensi insulin relatif (Febriyan, 2020).

Pada penderita DM tipe 2 cenderung tidak ketergantungan pada pemberian insulin dikarenakan produksi insulin oleh sel pankreas masih dalam batas normal dan hanya terjadi gangguan pengikatan glukosa oleh reseptor (Soelistijo *et al.*, 2015). Faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya DM tipe 2 yaitu obesitas, usia, genetika, dan gaya hidup (Fanani, 2020).

2.1.6 Patofisiologi Diabetes melitus

Proses sintesis dan sekresi insulin pada sel β yang berada di pankreas, bertugas melepaskan insulin untuk mengontrol kadar gula dalam darah (Muhammad, 2018). Kedua proses tersebut membutuhkan berbagai komponen yang akhirnya menghasilkan insulin. Pada kondisi tertentu komponen dalam sel akan mengalami disfungsi sekresi dan sintesis insulin sehingga dapat menyebabkan penyakit (Banjarnahor dan Wangko, 2013).

Kadar insulin berkurang atau tidak mencukupi disertai dengan respon sel terhadap insulin yang buruk maka akan berpengaruh terhadap penyerapan glukosa yang kurang maksimal oleh tubuh (Lisiswanti dan Cordita, 2016). Jika penyerapan dan pengaturan glukosa oleh sel tidak berjalan normal maka akan menimbulkan intensitas glukosa yang meningkat dalam darah, sintesis protein yang berkurang, serta terjadi gangguan metabolisme seperti asidosis (Parveen *et al.*, 2017).

Mekanisme terjadinya DM tipe 2 memang belum sepenuhnya diketahui secara pasti, namun peralihan toleransi dari glukosa normal hingga menjadi DM tipe 2 dilihat dari beberapa aspek, yaitu resistensi insulin, gangguan

sekresi pada insulin dan ominous octet (Prasetyo, 2019). Gangguan khas pada DM tipe 2 terjadi bila sel β tidak lagi menghasilkan insulin untuk mengontrol glukosa darah, sehingga kadar gula dalam darah akan berlebih dan terjadi kondisi hiperglikemia (Tjandrawinata, 2016).

Resistensi insulin merupakan gangguan penyerapan glukosa pada otot dan meningkatnya kadar glukosa pada hati (Paleva, 2019). Kondisi tersebut terjadi karena “peningkatan asam lemak dan sitokin pro-inflamasi dalam plasma sehingga terjadi penurunan kadar glukosa hepatic dan peningkatan pemecahan lemak” (Gamas *et al.*, 2015). Resistensi insulin disebabkan dari kelelahan sel β pankreas yang memproduksi insulin yang terus menerus akibat kompensasi peningkatan kadar gula darah (Galiccia *et al.*, 2020).

Kelelahan sel β pankreas menyebabkan gangguan sekresi insulin yang memicu timbulnya gangguan toleransi glukosa (Kelana *et al.*, 2016). Gangguan tersebut semakin lama akan menyebabkan hiperglikemia postprandial, penyebab terjadinya penyakit kardiovaskuler, kanker pancreas, retinopati hingga perubahan fungsi kognitif pada lansia penderita DM tipe 2 (IDF, 2014).

Disfungsi sel β menghasilkan manifestasi klinis gangguan sekresi insulin yang bersifat kualitatif, keadaan ini dipicu oleh peningkatan kadar glukosa plasma progresif (Wisudanti, 2016). Gangguan sekresi disebabkan oleh sel β pankreas tidak dapat mensekresi insulin berdasarkan kebutuhan penderita sehingga insulin tidak dapat bekerja secara efektif untuk merangsang ambilan glukosa oleh jaringan (Hardika, 2018).

Ominous octet merupakan kondisi gabungan dari resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin akibat kegagalan 8 organ yang menyebabkan terjadinya gangguan pada sel β , penurunan serapan glukosa pada jaringan otot, peningkatan glikogen hati, gangguan metabolisme pada lipid, disregulasi glukosa pada ginjal, disfungsi neurotransmitter pada otak, peningkatan kadar glucagon basal di sel α pankreas, dan gangguan efek inkretin di usus (He *et al.*, 2021).

2.1.7 Gejala Diabetes melitus

Penyakit DM memiliki beberapa gejala untuk mendeteksi penderita mengalami DM tipe 2. Gejala yang paling sering ditimbulkan yaitu meningkatnya rasa haus, frekuensi urin yang meningkat, mudah lapar, berat badan menurun, dan terdapat infeksi pada bagian tubuh hingga luka infeksi yang lambat sembuh (IDF, 2017).

Pada penderita DM tipe 2 biasanya timbul gejala poliuria atau meningkatnya frekuensi urin pada malam hari atau saat kondisi gula darah relatif tinggi, hal ini dikarenakan darah bersifat hiperosmotik terhadap cairan intrasel yang merangsang tubuh untuk mengeluarkan cairan melalui ginjal bersamaan dengan air dan dikeluarkan saat kencing (Lithgow dan Corenblum, 2017). Pada kondisi poliuria glukosa dalam darah bersifat diuretika osmotik sehingga tubuh akan kehilangan cairan beserta elektrolit (Kurniawaty, 2015).

Pada gejala polidipsia atau banyak minum, penderita DM akan merasa sering haus dikarenakan ginjal kehilangan kemampuan untuk reuptake glukosa dari air (Behrend, 2016). Pada keadaan normal, glukosa dapat diserap

oleh tubuh dan tidak dialirkan bersama dengan urin. Namun pada keadaan hiperglikemia, glukosa darah yang tidak dapat terkontrol menyebabkan adanya tekanan osmotik. Sehingga banyak urin yang dikeluarkan mengandung glukosa dan tubuh akan cepat merasa haus dalam waktu yang cepat (Baynest, 2015).

Gejala polifagia atau banyak makan sering dirasakan oleh penderita DM dikarenakan glukosa tidak dapat diserap dan disalurkan dengan baik sebagai cadangan energi (Sinaga, 2016). Pada kondisi polifagia hipotalamus akan melakukan rangsangan pada pusat nafsu makan akibat glukosa tidak disalurkan baik di sel, hati dan jaringan (Ozougwu, 2013).

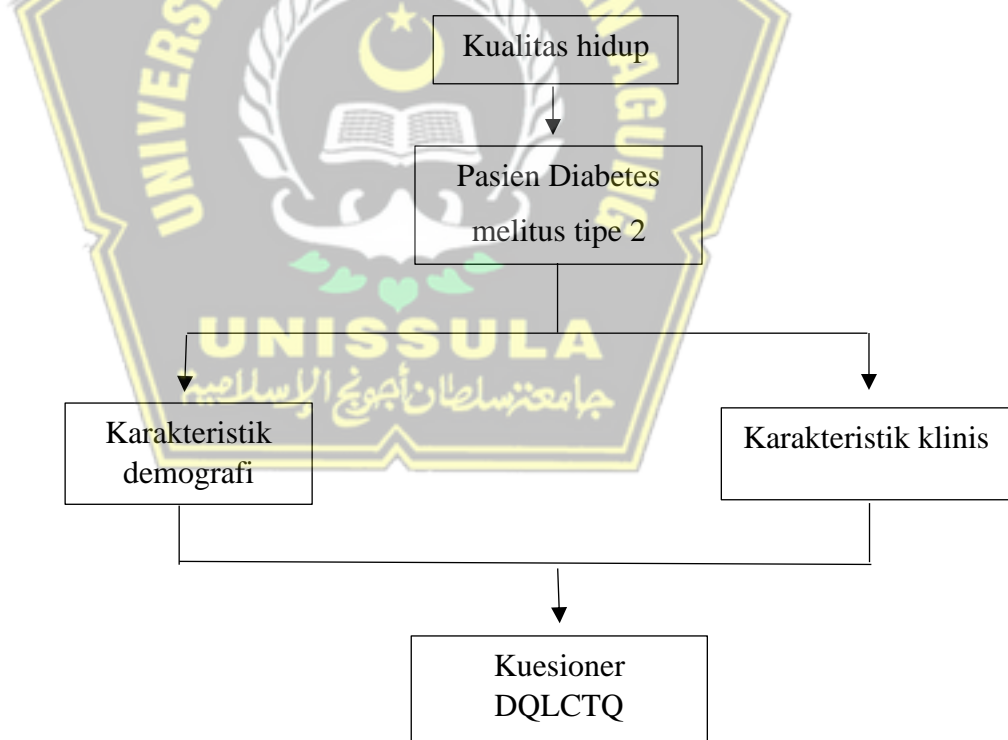
Gangguan pada mata, contohnya seperti retinopati (kerusakan pembuluh darah retina), katarak (kerusakan lensa mata), dan glaucoma (tekanan bola mata meningkat). Gangguan pada mata berawal dari meningkatnya glukosa darah dalam kurun waktu panjang sehingga menyebabkan rusaknya sel saraf, dan struktur internal pembuluh darah (Rahmawati dan Ammirudin, 2017).

Infeksi pada penderita DM sering terjadi karena rendahnya protein sebagai bahan pembentuk antibodi, adanya gangguan fungsi kekebalan tubuh, penurunan aliran darah pada penderita DM dengan kondisi kronik, dan peningkatan kadar glukosa yang disekresi mukus (Hutagalung *et al.*, 2019). Gejala berat badan menurun terjadi karena glukosa pada darah tidak dapat dioksidasi, sehingga tubuh terpaksa menghasilkan tenaga yang mengakibatkan kehilangan lemak, dan pasien cenderung mengalami penurunan berat badan (Nugroho, 2015).

2.1.8 Hubungan antar Variabel

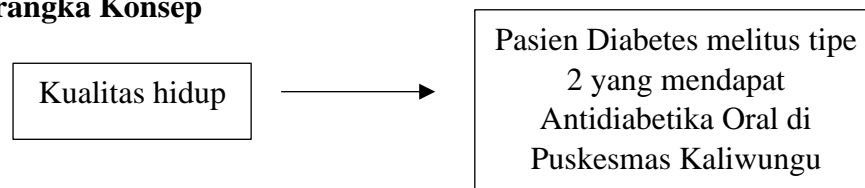
Diabetes melitus merupakan suatu penyakit menahun tidak menular kronis (Septyarini, 2015) dengan presentase kasus sebanyak 90% didunia (Sugiarta dan Darmita, 2020). Upaya penurunan kasus diabetes melitus dilakukan dengan melihat dan mengevaluasi terkait pengobatan yang dilakukan selama ini. Pengukuran kualitas hidup berfungsi memberikan informasi terkait dampak dari penyakit yang diderita (Izzuddin *et al.*, 2020), serta memberikan evaluasi atau solusi terkait langkah intervensi pada proses pengobatan pasien (Rohmah *et al.*, 2012).

2.1.9 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.1.10 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.2 Hipotesis

Terdapat perbedaan kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 yang mendapatkan antidiabetika oral di Puskesmas Kaliwungu Kudus berdasarkan karakteristik demografi dan karakteristik klinis.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini termasuk penelitian *observational analytic* dan design penelitian yang digunakan secara *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan pada satu waktu dan dimaksudkan untuk menganalisis suatu kasus menggunakan instrumen pengukuran.

3.2 Variabel dan Definisi Operasional

3.2.1 Variabel

3.2.1.1 Variabel Bebas

Kualitas hidup.

3.2.1.2 Variabel Tergantung

Pasien diabetes melitus tipe 2.

3.2.2 Definisi Operasional

3.2.2.1 Kualitas hidup

Kualitas hidup diukur menggunakan kuesioner DQLCTQ

(Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnari)

yang memiliki 57 pertanyaan dengan 8 domain mengenai

Kesehatan diantaranya fungsi fisik, energi, tekanan

Kesehatan, Kesehatan mental, kepuasan pribadi, kepuasan

pengobatan, efek pengobatan dan frekuensi gejala.

Kuesioner ini memiliki kategori jawaban diantaranya

“sangat terbatas”, “agak terbatas” dan “tidak terbatas sama

sekali”. Kategori jawaban untuk pertanyaan selanjutnya yaitu “Setiap waktu”, “Sangat sering”, “Sering”, “Kadang – kadang”, “Jarang”, “Tidak pernah”. Jawaban untuk pertanyaan selanjutnya yaitu “Sangat terkontrol” dan “Tidak terkontrol sama sekali”. Interpretasi hasil dikategorikan menjadi memiliki kualitas hidup buruk jika skornya <85 dan memiliki kualitas hidup baik jika skornya >85.

Skala = Interval

3.2.2.2 Karakteristik Responden

a. Jenis kelamin merupakan identitas seksual pasien, yang memiliki kategori laki – laki dan perempuan.

Skala = Nominal.

b. Usia merupakan lama hidup pasien yang diukur dari awal lahir hingga pada saat penelitian berlangsung, memiliki kategori rentang usia 20 – 40 tahun, 41 – 60 tahun dan 61 – 80 tahun. Skala = Interval.

c. Status pekerjaan merupakan sesuatu yang dikerjakan dan dijadikan sebagai pencaharian pokok, memiliki kategori PNS, Karyawan swasta, Wiraswasta, Pensiunan PNS/Swasta, Tidak bekerja. Skala = Ordinal.

- d. Asuransi, merupakan keikutsertaan pasien dalam instansi pelindung Kesehatan, memiliki kategori BPJS dan Mandiri. Skala = Ordinal.
- e. Status Pernikahan, merupakan hubungan ikatan pernikahan pada pasien, memiliki kategori menikah, tidak menikah dan janda/duda. Skala = Nominal.
- f. Kadar gula darah, merupakan Kadar GDS pasien yang telah diukur, memiliki kategori $<200\text{mg/dL}$ dan $>200\text{mg/dL}$. Skala = Ordinal.
- g. Jenis pengobatan, merupakan jenis pengobatan yang digunakan pasien dalam kurun waktu 4 minggu terakhir, memiliki kategori monoterapi dan kombinasi terapi. Skala = Nominal.
- h. Obat dikonsumsi, merupakan obat yang diresepkan dokter dan telah dikonsumsi oleh pasien, memiliki kategori Metformin, Glimepiride, Glibenklamide, Metformin + Glimepiride, Metformin + Glibenklamide. Skala = Nominal.
- i. Penyakit Komplikasi, merupakan penyakit selain diabetes melitus yang diderita pasien, memiliki kategori Hipertensi, Asam urat, Kolesterol, Pjk, Vertigo, Tidak ada. Skala = Nominal.

- j. Lama Menderita, merupakan rentang waktu pasien menderita penyakit DM, memiliki kategori <5tahun dan >5tahun. Skala = Interval.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah seluruh subyek yang digunakan pada penelitian, dan populasi yang digunakan pada penelitian ini yaitu seluruh pasien DM tipe 2 di Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kudus. Jumlah pasien DM tipe 2 yang berada di Puskesmas Kaliwungu pada tahun 2020 sejumlah 3.479 jiwa.

3.3.2 Sampel

Sampel merupakan Sebagian subyek dari populasi yang diteliti. Sampel pada penelitian ini yaitu pasien DM tipe 2 yang mendapat antidiabetika oral minimal 3 bulan di Puskesmas Kaliwungu Kudus. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *Purposive sampling* menggunakan pertimbangan kriteria inklusi dan eksklusi. Perhitungan jumlah sampel yang akan digunakan dapat dihitung berdasarkan nilai populasi kecil < 10.000 dengan menggunakan rumus slovin berikut :

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

N = besar populasi

n = besar sampel

d = tingkat kepercayaan / ketepatan yang di inginkan

$$n = \frac{3479}{1 + 3479 (0,10)^2}$$

$$n = \frac{3479}{1 + 3479 (0,01)}$$

$$n = \frac{3479}{1+34,79}$$

$$n = \frac{3479}{35,79}$$

$$n = 97 \text{ orang}$$

Berdasarkan perhitungan besar sampel dari rumus tersebut, jumlah sampel yang terlibat dalam penelitian ini yaitu sebesar 97 orang.

Kriteria inklusi yang digunakan pada penelitian ini yaitu :

- a. Penderita Diabetes melitus tipe 2 yang mendapatkan terapi Antidiabetika oral
- b. Penderita telah mendapatkan pengobatan minimal 3 bulan
- c. Penderita yang mendapatkan monoterapi ataupun kombinasi terapi
- d. Pasien rawat jalan Puskesmas Kaliwungu Kudus
- e. Pasien berusia 18 – 80 tahun
- f. Pasien tidak menerima terapi Kortikosteroid
- g. Pasien yang memiliki masalah Kesehatan selain penyakit DM tipe 2 , seperti penyakit darah tinggi, stroke, gagal ginjal

Kriteria eksklusi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu :

- a. Penderita DM tipe 2 yang mendapat terapi non Antidiabetika oral
- b. Pasien rawat inap Puskesmas Kaliwungu Kudus
- c. Pasien hamil.

3.4 Instrumen dan Bahan Penelitian

3.4.1 Instrumen

Instrumen pada penelitian ini yaitu Kuesioner DQLCTQ (*Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnari*) untuk menilai Kualitas Hidup pasien DM tipe 2 yang menanyakan terkait 8 domain pertanyaan, diantaranya tekanan kesehatan, fungsi fisik, energi, tekanan mental,

kepuasan pribadi, kepuasan pengobatan, efek pengobatan, dan frekuensi gejala-gejala penyakit.

Kuesioner DQLCTQ (*Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnari*) ini hasil adaptasi dan telah divalidasi oleh Tuti Hartati (2003) di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta terkait isi dan Bahasa yang digunakan, serta didapatkan nilai Validitasnya ($p > 0,05$) dan hasil Uji Reliabilitasnya 0,82.

Penilaian Kuesioner DQLCTQ berdasarkan domain pertanyaan terbagi atas :

a. Fungsi Fisik

Tabel 3.1 Penilaian Domain Fungsi Fisik

Item	Skor
Q3 (3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f)	- Ya sangat terbatas = 1 - Ya agak terbatas = 2 - Tidak terbatas sama sekali = 3

b. Energi

Tabel 3.2 Penilaian Domain Energi

Item	Skor
Q4 (4a dan 4i)	- Setiap waktu = 1 - Sangat sering = 2 - Sering = 3 - Kadang – kadang = 4 - Jarang = 5 - Tidak pernah = 6
Q4 (4c, 4e, 4g)	- Setiap waktu = 6 - Sangat sering = 5 - Sering = 4 - Kadang – kadang = 3 - Jarang = 2 - Tidak pernah = 1

c. Tekanan Kesehatan

Tabel 3.3 Penilaian Domain Tekanan Kesehatan

Item	Skor
Q4 (4b, 4d, 4f, 4h, 4j, 4k)	- Setiap waktu = 1 - Sangat sering = 2 - Sering = 3 - Kadang – kadang = 4 - Jarang = 5 - Tidak pernah = 6

d. Kesehatan Mental

Tabel 3.4 Penilaian Domain Kesehatan Mental

Item	Skor
Q5 (5b dan 5d)	- Setiap waktu = 6 - Sangat sering = 5 - Sering = 4 - Kadang – kadang = 3 - Jarang = 2 - Tidak pernah = 1
Q5 (5a, 5c, 5e)	- Setiap waktu = 1 - Sangat sering = 2 - Sering = 3 - Kadang – kadang = 4 - Jarang = 5 - Tidak pernah = 6

e. Kepuasan Pribadi

Tabel 3.5 Penilaian Domain Kepuasan Pribadi

Item	Skor
Q6 (6a, 6b, 6c, 6d, 6e, 6f, 6g, 6h, 6i, 6j, 6k, 6l, 6m, 6n, 6o)	- Sangat mengecewakan = 1 - Mengecewakan = 2 - Tidak memuaskan = 3 - Memuaskan = 4 - Sangat memuaskan = 5

f. Kepuasan Pengobatan

Tabel 3.6 Penilaian Domain Kepuasan Pengobatan

Item	Skor
Q7 (7a, 7b, 7c)	- Sangat terkontrol = 7 - Tidak terkontrol sama sekali = 1

g. Efek Pengobatan

Tabel 3.7 Penilaian Domain Efek Pengobatan

Item	Skor
Q8 (8a, 8c, 8d, 8e, 8f, 8g, 8h, 8i, 8j)	- Setiap waktu = 5 - Sangat sering = 4 - Sering = 3 - Kadang – kadang = 2 - Tidak pernah = 1
Q8 (8b)	- Setiap waktu = 1 - Sangat sering = 2 - Sering = 3 - Kadang – kadang = 4 - Tidak pernah = 5

h. Frekuensi Gejala

Tabel 3.8 Penilaian Domain Frekuensi Gejala

Item	Skor
Q9 (9a, 9b, 9c, 9d, 9e, 9f, 9g)	- Setiap waktu = 1 - Sangat sering = 2 - Sering = 3 - Kadang – kadang = 4 - Tidak pernah = 5

Perhitungan digunakan setiap domain menggunakan rumus berikut :

$$\text{Rerata} = \frac{\text{jumlah skor}}{\text{jumlah item}}$$

$$\text{Nilai domain} = \frac{100 \times (\text{rerata} - 1)}{(\text{skor tertinggi} - 1)}$$

3.4.2 Bahan Penelitian

Bahan penelitian yang digunakan yaitu penderita DM tipe 2 yang mendapat antidiabetika oral di Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kudus yang mengisi dan di wawancarai terkait kuesioner DQLCTQ.

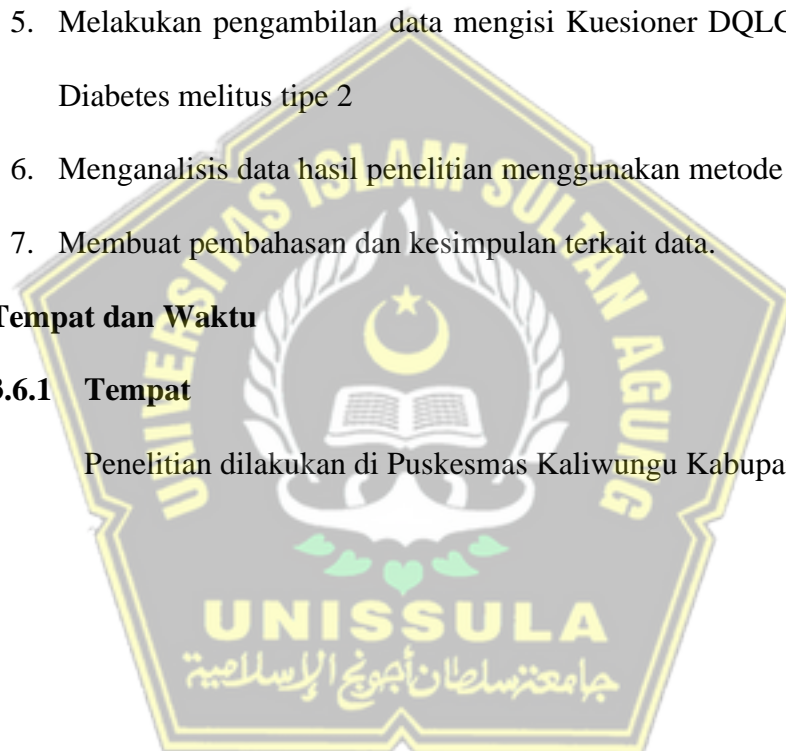
3.5 Cara Penelitian

1. Menentukan sampel data yang akan digunakan
2. Mengurus surat perijinan penelitian
3. Melakukan perijinan ke Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kudus
4. Mengelompokan pasien berdasarkan kriteria responden
5. Melakukan pengambilan data mengisi Kuesioner DQLCTQ ke pasien Diabetes melitus tipe 2
6. Menganalisis data hasil penelitian menggunakan metode SPSS
7. Membuat pembahasan dan kesimpulan terkait data.

3.6 Tempat dan Waktu

3.6.1 Tempat

Penelitian dilakukan di Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kudus.



3.6.2 Waktu

Tabel 3.9 Waktu Penelitian

Aktivitas	Bulan											
	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember
Pembuatan Judul	✓											
Pengumpulan Pustaka	✓	✓	✓									
Penyusunan Proposal Skripsi	✓	✓	✓	✓								
Ujian Proposal Skripsi						✓						
Proses Penelitian						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pengolahan Data												
Pembuatan Pembahasan Ujian Hasil Skripsi										✓		✓

3.7 Analisis Hasil

Pengolahan data akan dilakukan dengan aplikasi *SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versi 26* pada Windows. Selanjutnya proses analisis data akan dilakukan pada 2 tahap yaitu diantaranya :

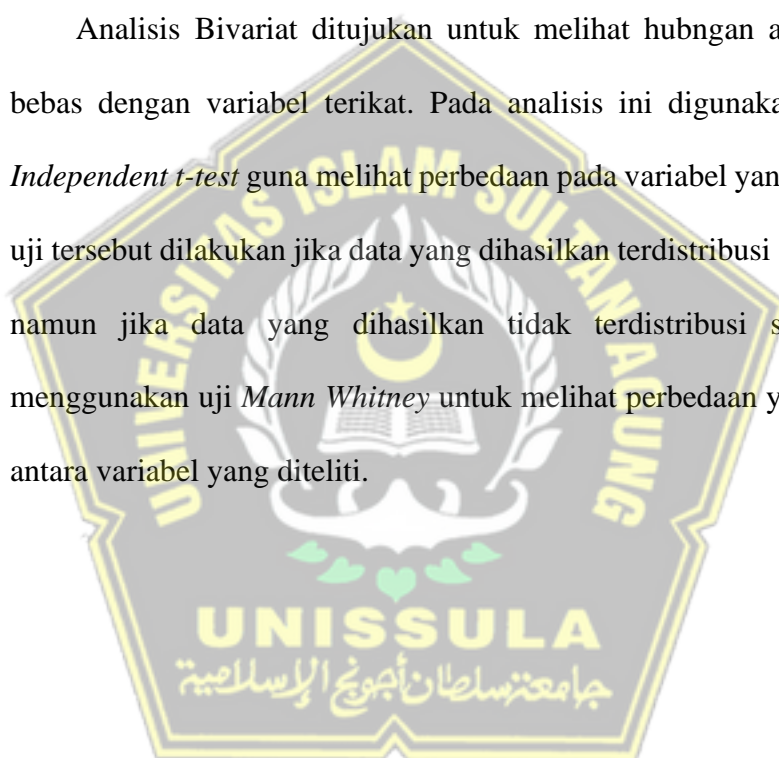
1. Analisis Univariat

Analisis ini ditujukan menjelaskan karakteristik pada variable yang diteliti. Data univariat dari variable bebas (kualitas hidup) yang digunakan yaitu domain kuesioner DQLCTQ (tekanan Kesehatan, fungsi fisik, energi, kesehatan mental, kepuasan pribadi, efek pengobatan dan frekuensi gejala. Data Univariat dari variable terikat (pasien DM tipe 2) yang digunakan

yaitu karakteristik demografi (jenis kelamin, usia, status pekerjaan, asuransi, status pernikahan) dan karakteristik klinis (kadar gula darah, jenis pengobatan, obat yang dikonsumsi, penyakit komplikasi dan lama menderita) dari pasien. Pada analisis ini data disajikan secara deskriptif dengan tabel distribusi frekuensi pada karakteristik variabel.

2. Analisis Bivariat

Analisis Bivariat ditujukan untuk melihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Pada analisis ini digunakan uji statistik *Independent t-test* guna melihat perbedaan pada variabel yang diteliti. Pada uji tersebut dilakukan jika data yang dihasilkan terdistribusi secara normal, namun jika data yang dihasilkan tidak terdistribusi secara normal menggunakan uji *Mann Whitney* untuk melihat perbedaan yang bermakna antara variabel yang diteliti.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1.1 Hasil penelitian

Penelitian ini termasuk jenis penelitian *Observational Analytic* dengan design penelitian *Cross Sectional*, proses pengambilan data secara prospektif dan dilakukan pada bulan Mei 2021 – Juli 2021 menggunakan sampel responden pasien DM tipe 2 yang berada di Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kudus. Penelitian ini melibatkan responden sebanyak 97 pasien DM tipe 2 yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi, responden tersebut diteliti kualitas hidupnya menggunakan kuesioner DQLCTQ dengan cara mengisi data diri pada kuesioner karakteristik pasien dan mengisi kondisi tubuh yang dirasakan selama 4 minggu terakhir. Penelitian ini dikuatkan oleh Komisi Bioetik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang dengan nomor 221/VII/2021/Komisi Bioetik

4.1.1 Karakteristik Responden

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Kualitas Hidup		Total
	Baik	Buruk	
Laki – laki	27 (27,8%)	10 (10,3%)	37 (38,1%)
Perempuan	29 (29,9%)	31 (32%)	60 (61,9%)
Total	56 (57,7%)	41 (42,3%)	97 (100%)

Berdasarkan table 4.1, jenis kelamin perempuan memiliki jumlah yang lebih banyak yaitu 60 pasien (61,9%) dibanding dengan responden laki – laki yaitu 37 pasien (38,1%). Jumlah responden perempuan dengan kualitas hidup baik yaitu sebanyak 29 pasien (29,9%) dan responden dengan kualitas hidup buruk sebanyak 31 pasien (32%). Responden laki – laki dengan kualitas hidup buruk berjumlah 27 pasien (27,8%) sedangkan responden dengan kualitas hidup buruk sebanyak 31 pasien (10,3%).

Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Usia	Kualitas Hidup		Total
	Baik	Buruk	
20 – 40 tahun	1 (1,0%)	2 (2,1%)	3 (3,1%)
41 – 60 tahun	39 (40,2%)	26 (26,8%)	65 (67%)
61 – 80 tahun	16 (16,5%)	13 (13,4%)	29 (29,9%)
Total	56 (57,7%)	41 (42,3%)	97 (100%)

Berdasarkan tabel 4.2, usia responden penelitian didapatkan hasil pada rentang umur 20 – 40 tahun memiliki kualitas hidup baik sejumlah 1 pasien (1,0%), penderita dengan kualitas hidup buruk sejumlah 2 pasien (2,1%). Responden rentang usia 41 – 60 tahun yang memiliki kualitas hidup baik berjumlah 39 pasien (40,2%) dan kualitas hidup buruk berjumlah 26 pasien (26,8%). Responden rentang usia 61 – 80 tahun dengan kualitas hidup baik berjumlah 16 pasien (16,5%) dan kualitas hidup buruk berjumlah 13 pasien (13,4%).

Tabel 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pekerjaan

Status Pekerjaan	Kualitas Hidup		Total
	Baik	Buruk	
PNS	6 (6,2%)	2 (2,1%)	8 (8,2%)
Karyawan Swasta	16 (16,5%)	18 (18,6%)	34 (35,1%)
Wiraswasta	19 (19,6%)	7 (7,2%)	26 (26,8%)
Pensiunan PNS / Swasta	2 (2,1%)	0 (0,0%)	2 (2,1%)
Tidak Bekerja	13 (13,4%)	14 (14,4%)	27 (27,8%)
Total	56 (57,7%)	41 (42,3%)	97 (100%)

Berdasarkan tabel 4.3 responden penelitian berdasarkan status pekerjaan terbagi menjadi PNS dengan jumlah 8 pasien (8,2%), karyawan swasta 34 pasien (35,1%), wiraswasta sebanyak 26 pasien (26,8%), pensiunan PNS/Swasta sebanyak 2 pasien (2,1%) dan responden yang tidak bekerja sebanyak 27 pasien (27,8%). Pada hasil tersebut terbagi atas 56 pasien (57,7%) yang memiliki kualitas hidup baik, 41 pasien (42,3%) dengan kualitas hidup buruk.

Tabel 4.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Asuransi

Asurai	Kualitas Hidup		Total
	Baik	Buruk	
BPJS	51 (52,6%)	40 (41,2%)	91 (93,8%)
Mandiri	5 (5,2%)	1 (1,0%)	6 (6,2%)
Total	56 (57,7%)	41 (42,3%)	97 (100%)

Berdasarkan tabel 4.4 responden penelitian menggunakan asuransi BPJS sebanyak 91 pasien (93,8%) dengan penderita yang memiliki kualitas hidup baik sebanyak 51 pasien (52,6%) sedangkan responden dengan kualitas hidup buruk sebanyak 40 pasien (41,2%), sedangkan dengan pembayaran mandiri sebanyak 6 pasien (6,2%), diantaranya responden dengan kualitas hidup baik berjumlah 5 pasien (5,2%) dan dengan kualitas hidup buruk berjumlah 1 pasien (1,0%).

Tabel 4.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan

Status Pernikahan	Kualitas Hidup		Total
	Baik	Buruk	
Menikah	49 (50,5%)	32 (33,0%)	81 (83,5%)
Tidak menikah	1 (1,0%)	1 (1,0%)	2 (2,1%)
Janda / Duda	6 (6,2%)	8 (8,2%)	14 (14,4%)
Total	56 (57,7%)	41 (42,3%)	97 (100%)

Pada tabel 4.5 responden dengan status pernikahan menikah berjumlah 81 pasien (83,5%) yang terbagi oleh responden dengan kualitas hidup baik berjumlah 49 pasien (50,5%) kemudian penderita dengan kualitas hidup buruk sebanyak 32 pasien (33,0%), status pernikahan tidak menikah sebanyak 2 pasien (2,1%) terbagi atas responden dengan kualitas hidup baik sebanyak 1 pasien (1,0%) dan responden dengan kualitas hidup buruk sebanyak 1 pasien (1,0%). Responden yang berstatus janda / duda sebanyak 14 pasien (14,4%) terbagi atas responden yang memiliki kualitas hidup baik berjumlah 6 pasien (6,2%) dan kualitas hidup buruk berjumlah 8 pasien (8,2%).

Tabel 4.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Kadar Gula Darah

Kadar Gula Darah	Kualitas Hidup		Total
	Baik	Buruk	
< 200mg/dL	37 (38,1%)	7 (7,2%)	44 (45,4%)
>200mg/dL	19 (19,6%)	34 (35,1%)	53 (54,6%)
Total	56 (57,7%)	41 (42,3%)	97 (100%)

Berdasarkan tabel 4.6 responden penelitian dengan GDS <200mg/dL sebanyak 44 pasien (45,4%) yang terbagi atas responden yang memiliki kualitas hidup baik sebanyak 37 pasien (38,1%) sedangkan penderita dengan kualitas hidup buruk sejumlah 7 pasien (7,2%) dan responden dengan kadar gula darah >200mg/dL sebanyak 53 pasien (54,6%) terbagi atas responden dengan kualitas hidup baik sejumlah 19 pasien (19,6%) sedangkan responden dengan kualitas hidup buruk berjumlah 34 pasien (35,1%).

Tabel 4.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pengobatan

Jenis Pengobatan	Kualitas Hidup		Total
	Baik	Buruk	
Monoterapi	25 (25,8%)	8 (8,2%)	33 (34,0%)
Kombinasi	31 (32,0%)	33 (34,0%)	64 (66,0%)
Total	56 (57,7%)	41 (42,3%)	97 (100%)

Berdasarkan table 4.7, responden yang menggunakan pengobatan monoterapi sebanyak 33 pasien (34,0%) terbagi atas responden yang memiliki

kualitas hidup baik sejumlah 25 pasien (25,8%) sedangkan responden dengan kualitas hidup buruk berjumlah 8 pasien (8,2%) dan responden yang menggunakan kombinasi terapi sebanyak 64 pasien (66,0%) terbagi atas responden dengan kualitas hidup baik tercatat sejumlah 31 pasien (32,0%) sedangkan responden dengan kualitas hidup buruk tercatat sejumlah 33 pasien (34,0%).

Tabel 4.8 Karakteristik Responden Berdasarkan Obat Dikonsumsi

Obat Dikonsumsi	Kualitas Hidup		Total
	Baik	Buruk	
Metformin	21 (21,6%)	6 (6,2%)	27 (27,8%)
Glimepiride	2 (2,1%)	0 (0,0%)	2 (2,1%)
Glibenklamide	2 (2,1%)	2 (2,1%)	4 (4,1%)
Metformin + Glimepiride	28 (28,9%)	29 (29,9%)	57 (58,8%)
Metformin + Glibenklamide	3 (3,1%)	4 (4,1%)	7 (7,2%)
Total	56 (57,7%)	41 (42,3%)	97 (100%)

Berdasarkan tabel 4.8 karakteristik pasien berdasarkan obat yang dikonsumsi, responden yang mengonsumsi metformin sebanyak 27 pasien (27,8%), responden yang mengonsumsi glimepiride sebanyak 2 pasien (2,1%) kemudian yang mengonsumsi glibenklamide berjumlah 4 pasien (4,1%). Responden yang mengonsumsi metformin + glimepiride sebanyak 57 pasien (58,8%) dan responden yang mengonsumsi metformin + glibenklamide sebanyak 7 pasien (7,2%). Penderita dengan kualitas hidup baik berjumlah 56 pasien (57,7%) dan penderita yang memiliki kualitas hidup buruk berjumlah 41 pasien (42,3%).

Tabel 4.9 Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Komplikasi

Penyakit Komplikasi	Kualitas Hidup		Total
	Baik	Buruk	
Hipertensi	6 (6,2%)	6 (6,2%)	12 (12,4%)
Asam Urat	0 (0,0%)	2 (2,1%)	2 (2,1%)
Kolesterol	1 (1,0%)	2 (2,1%)	3 (3,1%)
PJK	1 (1,0%)	1 (1,0%)	2 (2,1%)
Vertigo	1 (1,0%)	0 (0,0%)	1 (1,0%)
Tidak ada	47 (48,5%)	30 (30,9%)	77 (79,4%)
Total	56 (57,7%)	41 (42,3%)	97 (100%)

Berdasarkan tabel 4.9 karakteristik responden berdasarkan penyakit komplikasi, terdapat 12 pasien (12,4%) menderita hipertensi, 2 pasien (2,1%) menderita asam urat, 3 pasien (3,1%) menderita kolesterol, 2 pasien (2,1%) menderita PJK, 1 pasien (1,0%) menderita vertigo dan 77 pasien (79,4%) tidak mempunyai penyakit komplikasi.

Tabel 4.10 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Menderita

Lama Menderita	Kualitas Hidup		Total
	Baik	Buruk	
< 5 tahun	18 (18,6%)	17 (17,5%)	35 (36,1%)
>5 tahun	38 (39,2%)	24 (24,7%)	62 (63,9%)
Total	56 (57,7%)	41 (42,3%)	97 (100%)

Berdasarkan tabel 4.10, responden dengan lama menderita < 5 tahun sebanyak 35 pasien (36,1%) terbagi atas responden dengan kualitas hidup baik berjumlah 18 pasien (18,6%) kemudian responden dengan kualitas hidup buruk berjumlah 17 pasien (17,5%). Responden dengan lama menderita > 5 tahun berjumlah 62 pasien (63,9%) terbagi atas responden yang memiliki kualitas hidup baik sejumlah 38 pasien (39,2%) sedangkan dengan kualitas hidup buruk berjumlah 24 pasien (24,7%).

4.1.2 Uji Normalitas dan Homogenitas

Tabel 4.11 Uji Normalitas dan Homogenitas

Uji Kolmogorov-Smirnov	Sig	Keterangan
Kualitas Hidup	0,043	Tidak normal
Uji Levene	Sig	Keterangan
Kualitas Hidup	0,035	Tidak homogen

Berdasarkan tabel 4.11, telah dilakukan uji normalitas dengan uji Kolmogorov-Smirnov dengan hasil tidak homogen sedangkan uji homogenitas menggunakan uji

levene didapatkan hasil tidak normal , selanjutnya dilakukan uji beda non parametrik menggunakan metode *mann whitney*.

4.1.2 Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik

Table 4.12 Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik

Karakteristik	Kualitas hidup ($\bar{x} \pm SD$)		<i>p</i> -value
	Baik	Buruk	
Jenis Kelamin	1,52 ± 0,504	1,76 ± 0,435	0,018*
Usia	2,27 ± 0,486	2,27 ± 0,549	0,942
Status Pekerjaan	3,00 ± 1,307	3,15 ± 1,424	0,858
Asuransi	1,09 ± 0,288	1,02 ± 0,156	0,192
Status Pernikahan	1,23 ± 0,632	1,41 ± 0,805	0,214
Kadar Gula Darah	1,34 ± 0,478	1,83 ± 0,381	0,000*
Jenis Pengobatan	1,55 ± 0,502	1,80 ± 0,401	0,010*
Obat yang dikonsumsi	2,82 ± 1,503	3,61 ± 1,159	0,010*
Penyakit Komplikasi	5,36 ± 1,600	4,88 ± 1,952	0,205
Lama Menderita	1,68 ± 0,471	1,59 ± 0,499	0,348
Nilai Kualitas Hidup	95,65 ± 6,439	74,68 ± 9,182	0,000*

Keterangan : *Signifikan ($P < 0,05$), SD : Standar Deviasi, *p*-value diuji menggunakan *Mann Whitney*

4.1.3 Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Domain

Table 4.13 Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Domain

Domain Kuesioner	Kualitas hidup ($\bar{x} \pm SD$)		p-value
	Baik	Buruk	
Fungsi fisik	17,11 \pm 2,060	17,83 \pm 2,682	0,081
Energi	21,80 \pm 3,239	13,76 \pm 3,105	0,041*
Tekanan kesehatan	34,29 \pm 3,571	32,27 \pm 4,722	0,243
Kesehatan mental	27,55 \pm 1,778	24,02 \pm 3,567	1,000
Kepuasan pribadi	66,02 \pm 7,717	53,98 \pm 5,067	1,000
Kepuasan pengobatan	18,91 \pm 2,126	14,59 \pm 3,775	0,001*
Efek pengobatan	31,43 \pm 6,063	26,93 \pm 4,251	0,000*
Frekuensi gejala	33,96 \pm 6,975	26,85 \pm 5,590	0,081
Nilai Kualitas Hidup	95,65 \pm 6,43	26,27 \pm 4,084	0,000*

Keterangan : *Signifikan ($P < 0,05$), SD : Standar Deviasi, p-value diuji menggunakan *Mann Whitney*

4.1.4 Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Jenis Pengobatan

Tabel 4.14 Uji Jenis Pengobatan Berdasarkan Domain

Domain	Jenis Pengobatan ($\bar{x} \pm SD$)		<i>p</i> -value
	Monoterapi	Kombinasi	
Fungsi fisik	16,03 ± 3,486	15,52 ± 2,789	0,210
Energi	20,67 ± 3,805	19,84 ± 3,474	0,288
Tekanan kesehatan	33,73 ± 3,564	33,28 ± 4,506	0,473
Kesehatan mental	26,48 ± 2,682	25,84 ± 3,424	1,000
Kepuasan pribadi	64,33 ± 8,377	59,17 ± 8,827	1,000
Kepuasan pengobatan	19,12 ± 1,980	16,03 ± 3,838	0,050
Efek pengobatan	30,18 ± 6,849	29,19 ± 5,197	0,486
Frekuensi gejala	31,24 ± 6,849	30,33 ± 5,979	0,499
Nilai Kualitas Hidup	91,86 ± 9,088	84,17 ± 13,878	0,010*

Keterangan : *Signifikan ($P < 0,05$), SD : Standar Deviasi, *p*-value diuji menggunakan *Mann Whitney*

4.1.5 Uji Jenis Pengobatan Berdasarkan Karakteristik Pasien

Table 4.15 Uji Jenis Pengobatan Berdasarkan Karakteristik Pasien

Karakteristik	Jenis Pengobatan ($\bar{x} \pm SD$)		<i>p</i> -value
	Monoterapi	Kombinasi	
Jenis Kelamin	1,61 \pm 0,496	1,63 \pm 0,488	0,856
Usia	2,39 \pm 0,556	2,19 \pm 0,467	0,070
Status Pekerjaan	3,33 \pm 1,384	2,91 \pm 1,330	0,204
Asuransi	1,09 \pm 0,292	1,05 \pm 0,231	0,396
Status Pernikahan	1,55 \pm 0,905	1,19 \pm 0,560	0,032*
Kadar Gula Darah	1,30 \pm 0,467	1,69 \pm 0,467	0,001*
Obat yang dikonsumsi	1,30 \pm 0,684	1,13 \pm 0,333	0,000*
Penyakit Komplikasi	5,15 \pm 1,856	5,16 \pm 1,729	0,791
Lama Menderita	1,70 \pm 0,467	1,63 \pm 0,488	0,397
Nilai Kualitas Hidup	91,86 \pm 9,088	84,17 \pm 13,878	0,008*

Keterangan : *Signifikan ($P < 0,05$), SD : Standar Deviasi, *p*-value diuji menggunakan *Mann Whitney*

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Responden

Table 4.12 karakteristik responden memiliki hasil perbedaan kualitas hidup signifikan dengan nilai *p*-value 0,000 , *mean* kualitas hidup baik ($95,65 \pm$

6,439) dan *mean* kualitas hidup buruk ($74,68 \pm 9,182$). Karakteristik jenis kelamin perempuan berjumlah 60 pasien (61,9%) yang terbagi atas responden kualitas hidup baik sebanyak 29 pasien (29,9%) dan responden kualitas hidup buruk sebanyak 31 pasien (32,0%) .

Responden laki – laki pada penelitian ini sebanyak 37 pasien (38,1%) yang terbagi atas responden mempunyai kualitas hidup baik berjumlah 27 pasien (27,0%) dan responden yang memiliki kualitas hidup buruk sebanyak 10 pasien (10,3%). Karakteristik jenis kelamin memiliki perbedaan kualitas hidup signifikan yang dibuktikan dengan nilai *p-value* 0,018, *mean* kualitas hidup baik ($1,52 \pm 0,504$) lebih rendah dari pada *mean* kualitas hidup buruk ($1,76 \pm 0,435$). Perempuan cenderung mengalami diabetes melitus dan mempunyai kualitas hidup yang buruk dikarenakan mempunyai tanggung jawab atas keluarga sehingga mereka mempunyai waktu yang minim untuk menjalani pengobatan (Siddiqui *et al.*, 2013).

Penelitian lain menyebutkan bahwa wanita memiliki risiko lebih tinggi menderita diabetes melitus tipe 2 dikarenakan faktor hormonal dan metabolisme (Chiu dan Wray, 2011). Faktor hormonal disebabkan karena wanita mengalami proses menstruasi yang meliputi siklus menstruasi bulanan hingga menopause yang menyebabkan lemak pada tubuh lebih mudah terkumpul sehingga wanita lebih rentan terkena diabetes melitus tipe 2 (Harista dan Lisiswanti, 2015).

Faktor metabolisme disebabkan karena jumlah perbandingan hormon estradiol , hal tersebut dapat mengaktifkan gen *Estradiol Reseptor* (ER) dan *Estrogen Reseptor*. Proses metabolisme tersebut menghubungkan kedua gen untuk

bekerja sama dalam hal sensitivitas insulin dan ambilan glukosa. Berjalannya waktu dan menuanya umur seseorang, hormon estrogen dalam tubuh akan menurun disertai dengan menurunnya sensitivitas insulin dan ambilan glukosa darah hingga menyebabkan penumpukan gula dalam darah (Isnaini dan Ratnasari, 2018).

Usia responden penelitian didominasi oleh rentang usia 41 – 60 tahun dengan jumlah 65 pasien (67%), terbagi atas responden dengan kualitas hidup baik sebanyak 39 pasien (40,2%) dan responden dengan kualitas hidup buruk sebanyak 26 pasien (26,8%). Jumlah responden rentang usia 20 – 40 tahun sebanyak 3 pasien (3,1%) yang terbagi atas 1 pasien dengan kualitas hidup baik dan 1 pasien dengan kualitas hidup buruk. Responden dengan rentang usia 61 – 80 tahun berjumlah 29 pasien (29,9%) yang terbagi atas 16 pasien dengan kualitas hidup baik dan 13 pasien diantaranya mempunyai kualitas hidup buruk.

Kualitas hidup penderita diabetes melitus berdasarkan karakteristik usia terdapat perbedaan antara responden dengan kualitas hidup baik ($2,27 \pm 0,486$) dan responden yang memiliki kualitas hidup buruk ($2,27 \pm 0,549$). Perbedaan tersebut terletak nilai ($\bar{x} \pm SD$) dimana pada hasil tersebut pasien dengan kualitas hidup buruk yang memiliki nilai lebih tinggi. Hasil *p-value* 0,942 ($p > 0,05$) tidak menunjukkan adanya hasil yang berbeda pada kualitas hidup berdasarkan karakteristik usia.

Salah satu faktor risiko terjadinya diabetes melitus yaitu usia (Utomo *et al.*, 2020). Pada usia >45 tahun terjadi perubahan fisiologis pada seseorang sehingga menyebabkan penurunan fungsi tubuh (Betteng *et al.*, 2014). Penurunan

fungsi tubuh dapat berakibat terjadinya penyusutan sel β secara progresif dan terjadi peningkatan intoleransi gula dalam darah, sehingga dengan bertambahnya usia terjadi penurunan kualitas hidup yang salah satunya disebabkan oleh penyakit diabetes melitus (Komariah dan Rahayu, 2020).

Pada karakteristik status pekerjaan responden yang bekerja sebagai PNS sebanyak 8 pasien (8,2%) terbagi atas 6 pasien (6,2%) dengan kualitas hidup baik dan 2 pasien (2,1%) dengan kualitas hidup buruk, kemudian karyawan swasta berjumlah 34 pasien (35,1%) terbagi atas 16 pasien (16,5%) dengan kualitas hidup baik dan 18 pasien (18,6%) dengan kualitas hidup buruk. Jumlah responden wiraswasta berjumlah 26 pasien (26,8%) dimana 19 pasien (19,6%) mempunyai kualitas hidup baik dan 7 pasien diantaranya memiliki kualitas hidup buruk. Responden pensiunan PNS/Swasta sebanyak 2 pasien (2,1%) dan tercatat mempunyai kualitas hidup yang baik, kemudian responden tidak bekerja sebanyak 27 pasien (27,8%), tercatat 13 (13,4%) pasien diantaranya mempunyai kualitas hidup baik dan 14 pasien (14,4%) mempunyai kualitas hidup buruk.

Kualitas hidup berdasarkan status pekerjaan memiliki perbedaan hasil. Pada responden dengan kualitas hidup buruk ($3,15 \pm 1,424$) memiliki nilai lebih tinggi dibanding dengan responden dengan kualitas baik ($3,00 \pm 1,307$). Pekerjaan dapat mempengaruhi Kesehatan bahkan kualitas hidup seseorang, namun hasil *p-value* 0,858 ($p > 0,005$) tidak menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup berdasarkan status pekerjaan. Responden yang bekerja cenderung mengalami stress (Persaud dan Williams, 2017), dimana pada saat stres produksi hormon kortisol

akan meningkat sehingga kadar glukosa dalam darah akan menumpuk karena glukosa sulit masuk pada sel (Pratiwi *et al.*, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian kualitas hidup berdasarkan asuransi, terbagi menjadi 2 yaitu BPJS dan Mandiri. Responden yang menggunakan asuransi BPJS sebanyak 91 pasien (93,8%) terbagi atas 51 (52,6%) pasien dengan kualitas hidup baik, 40 (41,2%) pasien diantaranya dengan kualitas hidup buruk. Responden yang menggunakan pembayaran pribadi sebanyak 6 pasien (6,2%) terbagi atas 5 pasien (5,2%) memiliki kualitas hidup baik dan 1 pasien (1,0%) memiliki kualitas hidup buruk.

Kualitas hidup berdasarkan asuransi yang digunakan pasien, tidak menunjukkan perbedaan kualitas hidup yang signifikan karena nilai *p*-value menunjukkan 0,192. Nilai mean pada pasien dengan kualitas hidup baik ($1,09 \pm 0,288$) yang memiliki hasil lebih tinggi dibanding dengan pasien yang memiliki kualitas hidup buruk ($1,02 \pm 0,56$). Asuransi berpengaruh terhadap kesehatan pasien, khususnya pada penyakit diabetes melitus yang terbukti skor kualitas hidup baik mendominasi dibanding dengan pasien dengan kualitas hidup buruk.

Responden pada penelitian ini lebih banyak menggunakan asuransi BPJS. Asuransi merupakan suatu hal melimpahkan tanggung jawab pembayaran biaya kesehatan pasien, dengan adanya asuransi maka akan memudahkan pasien mendapatkan perawatan yang layak (Lenny dan Fridalina, 2018). Responden yang menggunakan asuransi perawatan kesehatannya lebih terjamin dibanding dengan responden yang tidak menggunakan asuransi dan pada penelitian ini sejalan dengan

penelitian tersebut yang dibuktikan dengan nilai mean responden kualitas hidup baik lebih tinggi dengan mean responden kualitas hidup buruk (Chrisniati *et al.*, 2017).

Karakteristik status pernikahan pada penelitian ini terbagi menjadi 3 yaitu diantaranya menikah dengan jumlah responden 81 pasien (83,5%) terbagi atas 49 pasien (50,5%) mempunyai kualitas hidup baik dan 32 pasien (33%) mempunyai kualitas hidup buruk. Responden tidak menikah sebanyak 2 pasien (2,1%) terbagi atas 1 responden mempunyai kualitas hidup baik dan 1 responden mempunyai kualitas hidup buruk. Responden yang berstatus janda/duda sebanyak 14 pasien (14,4%) terbagi atas 6 pasien (6,2%) memiliki kualitas hidup baik dan 8 pasien (8,2%) memiliki kualitas hidup buruk.

Nilai tertinggi kualitas hidup berdasarkan status pernikahan terdapat pada responden dengan kualitas hidup buruk ($1,41 \pm 0,805$) dan responden dengan kualitas hidup baik yaitu ($1,23 \pm 0,632$). Hasil tersebut menunjukkan bahwa status pernikahan yang mendominasi responden penelitian menyebabkan kualitas hidup buruk, namun berdasarkan nilai *p-value* 0,214 ($p > 0,05$) yang artinya tidak terdapat perbedaan antara kualitas hidup berdasarkan status pernikahan responden.

Penelitian yang telah dilakukan menyebutkan bahwa seseorang yang telah menikah cenderung mengalami stres karena tanggung jawab atas pernikahannya sehingga mudah mengalami kecemasan, dibanding dengan seseorang yang tidak menjalani pernikahan (tidak menikah dan berstatus janda/duda) karena tanggung jawab yang berbeda (Perwitasari *et al.*, 2017). Stres

dapat meningkatkan hormon epinefrin, norepinefrin, kortisol dan glukagon yang dapat menghambat kerja insulin untuk mengendalikan glukosa dalam darah hingga kondisi tersebut bisa memperparah pasien diabetes melitus (Irfan dan Wibowo, 2015).

Kadar gula darah pasien didominasi dengan kadar GDS $>200\text{mg/dL}$ dengan jumlah responden sebanyak 53 pasien (54,6%) terbagi atas 37 pasien (38,1%) mempunyai kualitas hidup baik, 7 pasien (7,2%) mempunyai kualitas hidup buruk. Jumlah responden yang mempunyai kadar gula darah $<200\text{mg/dL}$ berjumlah 44 pasien (45,4%) terbagi atas 19 pasien (19,6%) mempunyai kualitas hidup baik dan 34 pasien (35,1%) mempunyai kualitas hidup yang buruk.

Terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan kadar gula darah pasien dengan *p-value* 0,000 ($p < 0,05$). Kadar gula darah pasien didominasi oleh kadar $> 200 \text{ mg/dL}$, dimana hal tersebut yang mempengaruhi skor mean kualitas hidup buruk pada responden ($1,83 \pm 0,381$) lebih tinggi dibanding dengan skor mean kualitas hidup baik pada responden ($1,34 \pm 0,478$). Kondisi tersebut terjadi karena kadar gula darah tinggi menyebabkan organ tubuh mengalami penurunan fungsi yang menyebabkan berbagai manifestasi klinis yang muncul dan mempengaruhi kualitas hidup pasien (Margaretha, 2017).

Kadar gula darah $>200\text{mg/dL}$ menyebabkan penurunan kualitas hidup oleh pasien DM tipe 2 yang dibuktikan nilai *mean* kualitas hidup buruk lebih tinggi daripada nilai *mean* kualitas hidup baik, hal tersebut terjadi karena seseorang dengan kadar gula darah sewaktu $>200\text{mg/dL}$ cenderung mengalami penyakit

komplikasi seperti gagal ginjal, retinopati, dan lain sebagainya (Fasil *et al.*, 2019). Kondisi tersebut dapat diperparah dengan meningkatnya durasi diabetes melitus, sehingga dapat dipastikan kualitas hidup penderita diabetes melitus dengan kontrol glikemik buruk menyebabkan penurunan kualitas hidup (Oluma *et al.*, 2021).

Hasil jenis pengobatan yang digunakan oleh responden penelitian terbagi atas monoterapi dan kombinasi terapi. Jumlah responden yang menggunakan monoterapi berjumlah 33 pasien (34,0%) yang terbagi atas 25 pasien (25,8%) memiliki kualitas hidup baik dan 8 pasien (8,2%) memiliki kualitas hidup buruk. Responden yang menggunakan kombinasi terapi berjumlah 64 pasien (66,0%) yang terbagi atas 31 pasien (32,0%) memiliki kualitas hidup baik, dan 33 pasien (34,0%) memiliki kualitas hidup buruk.

Jenis pengobatan mempengaruhi adanya perbedaan kualitas hidup yang dilihat dari nilai *p-value* 0,010 ($p < 0,05$). Jenis pengobatan yang digunakan pasien didominasi oleh kombinasi terapi atau gabungan dari beberapa obat diabetes melitus yang dikonsumsi pasien. Kualitas hidup baik pada pasien diperoleh nilai mean ($1,55 \pm 0,502$) lebih kecil dibanding dengan mean kualitas hidup buruk diperoleh skor ($1,80 \pm 0,401$).

Peresepan jenis pengobatan didasarkan atas kondisi dan kebutuhan pasien. Pemberian kombinasi terapi dilakukan jika target pengobatan oleh monoterapi tidak berhasil, sehingga pasien memerlukan kombinasi antidiabetika oral lebih dari satu obat (Rani dan Reddy, 2015). Pada penelitian dijelaskan bahwa pemberian kombinasi terapi terbukti berhasil dalam mengendalikan glukosa darah

pasien dibanding dengan monoterapi, karena berdasarkan patofisiologi diabetes melitus tipe 2 yang bersifat multifaktoral lebih membutuhkan obat dengan mekanisme berbeda untuk mengontrol kadar gula darah pasien (Gumantara dan Oktarlina, 2017).

Obat yang dikonsumsi responden terbagi atas 5 jenis obat yang terbagi atas monoterapi dan kombinasi terapi, diantaranya obat metformin tercatat sejumlah 27 pasien (27,8%) mengkonsumsi obat ini dan 21 pasien memiliki kualitas hidup baik dan 6 pasien sisanya mempunyai kualitas hidup buruk. Responden yang mengkonsumsi obat glimepiride tercatat sejumlah 2 pasien (2,1%) dan mereka mempunyai kualitas hidup baik. Responden yang mengkonsumsi obat glibenklamide sebanyak 4 pasien (4,1%), 2 pasien mempunyai kualitas hidup baik dan 2 sisanya memiliki kualitas hidup buruk.

Responden yang mengkonsumsi obat dengan kombinasi terapi yaitu metformin dan glimepiride berjumlah 57 pasien (58,8%) yang terbagi atas 28 pasien (28,9%) memiliki kualitas hidup baik dan 29 pasien (29,9%) memiliki kualitas hidup buruk. Responden yang mengkonsumsi obat metformin dan glibenklamide berjumlah sebanyak 7 pasien (7,2 %) yang terbagi atas 3 pasien (3,1%) memiliki kualitas hidup baik dan 4 pasien (4,1%) memiliki kualitas hidup buruk.

Kualitas hidup berdasarkan obat yang dikonsumsi pasien memiliki perbedaan skor. Responden dengan kualitas hidup baik ($2,82 \pm 1,503$) memiliki nilai mean lebih rendah dibanding dengan pasien yang memiliki kualitas hidup buruk ($3,61 \pm 1,159$). Perbedaan kualitas hidup berdasarkan obat yang dikonsumsi

pasien terlihat pada *p-value* 0,010 ($p < 0,05$), terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan obat yang dikonsumsi.

Penggunaan obat kombinasi metformin dan sulfonilurea merupakan kombinasi pengobatan yang baik karena efektivitas antara kedua obat tersebut mampu menurunkan kadar gula darah yang berlebih (Eriksson *et al.*, 2016). Sulfonilurea merupakan obat yang dapat memacu sekresi insulin yang dapat menurunkan kadar HbA1c hingga 2% dan obat ini memiliki waktu paruh yang panjang sehingga menyebabkan hipoglikemia sebagai efek samping (Sola *et al.*, 2015). Efek samping minimal yang dihasilkan terhadap kejadian hipoglikemia pada obat metformin dapat aman digunakan untuk pengobatan kombinasi dengan sulfonilurea (Leonard *et al.*, 2018).

Penyakit komplikasi yang diderita oleh responden yaitu hipertensi sebanyak 12 pasien (12,4%) yang terbagi atas 6 pasien (6,2%) dengan kualitas baik dan 6 pasien (6,2%) dengan kualitas hidup buruk. Pasien yang menderita asam urat berjumlah 2 pasien (2,1%) dengan kualitas hidup baik. Responden yang menderita kolesterol sebanyak 3 pasien (3,1%), responden yang menderita penyakit PJK berjumlah 2 pasien (2,1%), responden yang menderita penyakit vertigo sebanyak 1 pasien (1,0%) dan pasien yang tidak memiliki penyakit komplikasi sebanyak 77 pasien (79,4%) terbagi atas 47 pasien (48,5%) mempunyai kualitas hidup baik dan 30 pasien (30,9%) mempunyai kualitas hidup buruk.

Kualitas hidup berdasarkan penyakit komplikasi tidak terdapat perbedaan yang bermakna dari nilai *p-value* 0,205 ($p > 0,05$). Hasil tersebut

mempengaruhi nilai mean kualitas hidup baik ($5,36 \pm 1,600$) yang lebih tinggi dibanding dengan nilai mean kualitas hidup buruk ($4,88 \pm 1,952$) yang lebih rendah. Hasil pada penelitian ini didominasi oleh responden yang tidak memiliki penyakit komplikasi sehingga skor mean kualitas hidup baik lebih tinggi dibanding dengan skor mean kualitas hidup buruk. Penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa penyakit komplikasi berdampak pada kualitas hidup pasien DM tipe 2, karena semakin banyak penyakit yang diderita maka kondisi tubuh akan semakin buruk dan mempengaruhi kualitas hidup (Santoso *et al.*, 2017).

Jumlah responden berdasarkan lama menderita penyakit diabetes melitus < 5 tahun berjumlah 35 pasien (36,1%) yang terbagi atas responden dengan kualitas hidup baik sebanyak 18 pasien (18,6%), responden dengan kualitas hidup buruk sebanyak 17 pasien (17,5%). Responden yang menderita penyakit diabetes melitus > 5 tahun berjumlah 62 pasien (63,9%) yang terbagi atas responden dengan kualitas hidup baik sebanyak 38 pasien (39,2%) dan responden dengan kualitas hidup buruk sebanyak 24 pasien (38,9%).

Lama menderita diabetes melitus didominasi oleh responden yang menderita >5 tahun, hasil tersebut yang mempengaruhi skor mean kualitas hidup buruk ($1,59 \pm 0,494$) lebih rendah dibanding dengan skor mean kualitas hidup baik ($1,68 \pm 0,471$). Pada hasil *p-value* tidak menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup berdasarkan lama menderita, karena nilai yang dihasilkan yaitu 0,348 ($p > 0,05$).

Penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa lamanya waktu seseorang menjalani pengobatan diabetes melitus akan berdampak pada beberapa aspek diantaranya aspek psikologis, aspek fisik, aspek hubungan sosial dan aspek lingkungan. Penyakit diabetes melitus membutuhkan waktu lama untuk dapat dikendalikan sehingga mempengaruhi kesehatan dari pasien (Mulia *et al.*, 2019). Pasien diabetes melitus dengan durasi menderita diabetes lama akan menyebabkan penurunan fungsi sel β , dan penurunan kepatuhan pengobatan pada pasien, sehingga menyebabkan kualitas hidup pada penderita diabetes melitus tipe 2 menurun (Daher *et al.*, 2015).

Respon Domain Kuesioner

Pada tabel 4.12 analisis kualitas hidup berdasarkan domain mempunyai nilai *p*-value kualitas hidup 0,000 yang bermakna mempunyai perbedaan kualitas hidup berdasarkan domain kuesioner. Responden dengan kualitas hidup baik memiliki nilai *mean* lebih tinggi dibanding dengan responden dengan kualitas hidup yang lebih rendah yaitu $95,65 \pm 6,439$ sedangkan hasil pada kualitas hidup buruk sebesar $74,68 \pm 9,182$.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa pasien mengalami diabetes melitus dengan kadar HbA1c $\geq 6,5\%$ dan telah divalidasi mengenai pengukuran glukosa darah serta manifestasi yang timbul pada pasien (Lu *et al.*, 2017). Kadar gula darah tinggi bermanifestasi sebagai gejala hiperglikemik seperti polyuria, polydipsia, kelemahan dalam beraktivitas, terjadi gangguan tidur

dan ketergantungan terhadap obat – obat yang dikonsumsi sehingga dapat mengganggu kualitas hidup dari pasien (Gebremedhin *et al.*, 2019).

Berdasarkan tabel 4.12 menjelaskan hasil kualitas hidup berdasarkan domain kuesioner yaitu diantaranya fungsi fisik, energi, tekanan kesehatan, frekuensi gejala, kepuasan pribadi, kepuasan pengobatan, efek pengobatan dan kesehatan mental. Pada domain fungsi fisik didapatkan skor *mean* responden yang memiliki kualitas hidup baik memiliki skor lebih rendah ($17,11 \pm 2,060$) dibanding dengan skor *mean* kualitas hidup buruk yang memiliki skor lebih tinggi ($17,83 \pm 2,682$).

Hal tersebut terjadi karena responden pada penelitian ini terbatas kemampuan fisiknya untuk melakukan aktivitas fisik meskipun berdasarkan nilai *p-value* 0,081 ($p > 0,05$) tidak terlihat perbedaan bermakna antara kualitas hidup baik dan buruk terhadap fungsi fisik. Berdasarkan penelitian menyebutkan bahwa “terdapat hubungan antara rendahnya aktivitas fisik yang dilakukan seseorang terhadap kualitas hidup yang buruk” (López-López *et al.*, 2021).

Pada domain energi pasien memiliki mean kualitas hidup baik ($21,80 \pm 3,239$) cenderung memiliki energi untuk melakukan aktivitas sedang hingga berat yang tidak terbatas dibanding dengan pasien memiliki nilai *mean* kualitas hidup buruk ($13,76 \pm 3,105$). Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa pada pasien diabetes melitus dengan kualitas hidup buruk

cenderung memiliki energi yang lebih rendah sehingga dalam melakukan aktivitas fisik cenderung terbatas (Katsukawa, 2021).

Terbatasnya aktivitas fisik pada penderita diabetes melitus disebabkan karena kurangnya penyerapan glukosa sebagai energi oleh insulin. Pada pasien diabetes melitus terjadi defisiensi insulin yang dapat menghambat penyerapan glukosa menjadi energi dalam tubuh, hambatan tersebut menyebabkan manifestasi klinis kelelahan dan terbatasnya aktivitas fisik yang dilakukan pasien (Rahman *et al.*, 2021).

Pada domain tekanan kesehatan tidak ada perbedaan kualitas hidup yang bermakna berdasarkan kondisi tekanan kesehatan penderita. Hal tersebut dilihat dari nilai *p-value* 0,243 ($p > 0,05$). Pada hasil kualitas hidup baik ($34,29 \pm 3,571$) pasien tidak ada perbedaan tingkat kecemasan dan perasaan bahagia dengan pasien dengan kualitas hidup buruk ($32,27 \pm 4,722$). Pada responden penelitian sama merasakan tekanan seperti perasaan cemas terkait kondisi kesehatannya dan merasa tidak berguna karena cenderung merasa lemah (Andrian dan Muflihin, 2020).

Domain kesehatan mental tidak memiliki perbedaan kualitas hidup yang signifikan, karena dilihat dari nilai *p-value* 1,000 ($p > 0,05$). Dari skor kualitas hidup baik ($27,55 \pm 1,778$) tidak ada perbedaan kondisi mental dengan pasien yang memiliki kualitas hidup buruk ($24,02 \pm 3,567$). Hasil pada responden menyatakan

jika mereka sama merasakan mudah merasa cemas, takut dan rendah hati akan kondisinya (Sharma *et al.*, 2021).

Domain kepuasan pribadi menjelaskan kondisi pasien setelah menjalani pengobatan, kondisi tersebut dilihat dari kepuasan akan tubuhnya setelah menjalani pengobatan. Pada hasil domain ini menyatakan tidak ada perbedaan kualitas hidup yang bermakna karena nilai *p-value* 1,000 ($p > 0,05$). Hasil skor pasien yang memiliki kualitas hidup baik ($66,02 \pm 7,717$) merasa mereka puas dengan pengobatan yang telah dijalani dan berimbang pada kondisi tubuh yang lebih baik dibanding dengan pasien yang memiliki kualitas hidup buruk ($53,98 \pm 5,067$). Kepuasan pribadi berpengaruh terhadap penurunan kadar gula darah dimana itu merupakan parameter dari kualitas hidup baik pada pasien diabetes (Al Shahrani dan Baraja, 2014).

Domain kepuasan pengobatan terdapat perbedaan tingkat kepuasan dalam pengobatan terhadap pasien yang mempunyai kualitas hidup baik ($18,91 \pm 2,126$) dan pasien yang mempunyai kualitas hidup buruk ($14,59 \pm 3,775$). *P-value* 0,001 ($p < 0,05$) menyatakan ada perbedaan pada kedua kelompok pasien tersebut. Pasien dengan kualitas hidup baik merasa puas dengan pengobatan yang telah dijalani, berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa pasien lebih puas mengonsumsi antidiabetika oral dibanding dengan insulin, kepuasan tersebut dapat mempengaruhi kepatuhan pada proses pengobatan sehingga kualitas hidup pasien meningkat (Al-Aujan *et al.*, 2012).

Domain efek pengobatan terdapat perbedaan kualitas hidup yang bermakna karena nilai *p-value* 0,000 ($p < 0,05$). Hasil efek pengobatan responden dengan kualitas hidup baik memiliki nilai lebih tinggi ($31,43 \pm 6,063$) dibanding dengan pasien yang memiliki kualitas hidup buruk ($26,93 \pm 4,251$). Pada pasien dengan kondisi kualitas hidup baik, pasien cenderung terkontrol kadar gula darahnya dan berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien karena efek dari pengobatan yang telah dilakukan tercapai dengan baik (Imran *et al.*, 2018).

Domain frekuensi gejala tidak menampilkan adanya perbedaan kualitas hidup yang dilihat dari *p-value* 0,081 ($p > 0,05$). Pasien yang memiliki kualitas hidup baik ($33,96 \pm 6,975$) tidak terdapat gejala seperti pandangan kabur, mual hingga kelelahan namun pada pasien dengan kualitas hidup buruk ($26,85 \pm 5,590$) terdapat gejala seperti pandangan kabur, kelemahan hingga muncul rasa kesemutan. Keadaan tersebut muncul disebabkan glukosa darah tinggi sehingga menimbulkan gejala-gejala penyakit diabetes melitus (Ramachandran, 2014).

4.2.2 Jenis Pengobatan Berdasarkan Domain dan Karakteristik

Berdasarkan tabel 4.13 analisis jenis pengobatan berdasarkan 8 domain kuesioner diperoleh hasil *p-value* 0,010 ($p < 0,05$) atau menunjukkan perbedaan signifikan pada jenis terapi dengan domain kuesioner dengan nilai monoterapi ($91,86 \pm 9,088$) sedangkan nilai kombinasi terapi ($84,17 \pm 13,878$). Pada tabel 4.14 nilai rata – rata jenis pengobatan berdasarkan karakteristik didapat nilai *p-value* 0,008 ($p < 0,05$) atau menunjukkan ada perbedaan bermakna pada jenis pengobatan pada karakteristik responden.

Jenis pengobatan berdasarkan domain kuesioner tidak memiliki perbedaan yang bermakna pada domain kuesioner yang diuji. Pemberian monoterapi dan kombinasi terapi tidak memberikan perbedaan hasil karena peresepan menggunakan monoterapi dan kombinasi terapi didasarkan atas kebutuhan dan kondisi masing – masing pasien sesuai alogaritma terapi. Berdasarkan penelitian kombinasi terapi terbukti efektif menurunkan kadar gula darah, namun jenis monoterapi cenderung lebih aman terhadap efek samping (Ganga *et al.*, 2021).

Jenis pengobatan berdasarkan karakteristik responden memiliki perbedaan yang bermakna pada karakteristik status pernikahan, kadar gula darah dan obat yang dikonsumsi. Nilai *p-value* jenis pengobatan berdasarkan status pernikahan 0,032 ($p < 0,05$) yang artinya terdapat perbedaan bermakna kualitas hidup berdasarkan jenis pengobatan yang digunakan dengan karakteristik status pernikahan. Pada karakteristik status pernikahan, nilai monoterapi memiliki skor lebih tinggi ($1,55 \pm 0,905$) dibanding kombinasi terapi ($1,19 \pm 0,560$).

Hasil tersebut terjadi karena pemilihan jenis pengobatan monoterapi paling banyak diresepkan. Peresepan monoterapi yang paling sering diresepkan yaitu metformin. Obat tersebut dapat dikatakan baik untuk menurunkan kadar gula darah dan cenderung aman terkait efek samping hipoglikemia, maka dari itu metformin dengan pemberian tunggal dijadikan sebagai lini pertama pengobatan diabetes melitus tipe 2 (Nazrina *et al.*, 2017).

Karakteristik kadar gula darah menghasilkan *p-value* 0,001 ($p < 0,05$) atau ada perbedaan kualitas hidup berdasarkan jenis pengobatan dengan kadar gula darah. Nilai jenis pengobatan kombinasi memiliki skor lebih tinggi ($1,69 \pm 0,467$) dibanding dengan jenis pengobatan monoterapi ($1,30 \pm 0,467$). Hasil tersebut sepaham dari hasil penelitian yang telah dilakukan yang menyatakan bahwa penggunaan obat kombinasi terapi efektif menurunkan kadar gula darah lebih cepat dibanding dengan monoterapi (Flory *et al.*, 2014).

Karakteristik obat yang dikonsumsi menghasilkan *p-value* 0,000 ($p < 0,05$) atau adanya perbedaan signifikan pada kualitas hidup berdasarkan jenis pengobatan dan obat yang dikonsumsi. Pada jenis pengobatan monoterapi memiliki nilai lebih tinggi ($1,30 \pm 0,684$) dibanding dengan jenis pengobatan kombinasi ($1,13 \pm 0,333$). Hasil tersebut sesuai dengan obat monoterapi yang mendominasi diresepkan untuk pasien diabetes melitus yaitu metformin. Obat tersebut relatif aman digunakan untuk penderita diabetes melitus yang memiliki penyakit penyerta kardiovaskuler, serta obat tersebut bekerja maksimal dalam menurunkan kadar gula dalam darah (Schlender *et al.*, 2017).



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- 5.1.1 Jumlah responden yang memiliki kualitas hidup baik sebanyak 56 pasien dan responden dengan kualitas hidup buruk sebanyak 41 pasien.
- 5.1.2 Terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan domain ($p = 0,000$) yang ditunjukkan pada domain energi ($0,041$), kepuasan pengobatan ($p = 0,001$) dan efek pengobatan ($p = 0,000$).
- 5.1.3 Terdapat perbedaan kualitas hidup ($p = 0,000$) berdasarkan karakteristik responden, yaitu pada jenis kelamin ($p = 0,018$), kadar gula darah ($p = 0,000$), jenis pengobatan ($p = 0,010$) dan obat yang dikonsumsi pasien ($p = 0,010$).

- 5.1.4 Terdapat perbedaan pada uji jenis pengobatan berdasarkan domain pada nilai p -value 0,010 ($p < 0,05$).
- 5.1.5 Terdapat perbedaan hasil pada uji jenis pengobatan berdasarkan karakteristik responden ($p = 0,008$) yaitu pada karakteristik status pernikahan ($p = 0,032$), kadar gula darah ($p = 0,001$) dan obat yang dikonsumsi pasien ($p = 0,000$).

5.2 Saran

5.2.1 Saran Peneliti Selanjutnya

Saran untuk peneliti selanjutnya sebaiknya dilakukan penelitian kualitas hidup pasien DM tipe 2 berdasarkan variabel yang lain seperti peran keluarga, kepatuhan pengobatan, hingga manajemen perawatan diabetes melitus. Dapat dilakukan penelitian kualitas hidup mengenai penyakit dengan prevalensi tinggi seperti penyakit kardiovaskuler lainnya.

5.2.2 Saran Institusi Terkait

Saran untuk institusi kesehatan terkait sebaiknya dilakukan evaluasi dan monitoring terhadap pengobatan yang dilakukan pasien agar di hasilkan kualitas hidup pada pasien DM baik pada daerah terkait.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA. (2014). Standards of medical care in diabetes-2014. *Diabetes Care*, 37(SUPPL.1), 14–80. <https://doi.org/10.2337/dc14-S014>
- ADA. (2017). Standards of medical care in diabetes—2017 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 35(1), 5–26. <https://doi.org/10.2337/cd16-0067>
- ADA. (2018). Classification and diagnosis of diabetes : Standards of medical care in Diabetes 2018. *Diabetes Care*, 41(January), S13–S27. <https://doi.org/10.2337/dc18-S002>
- ADA. (2019). Standards of Medical Care in Diabetes. *the journal of clinical and applied reseacrh and education*, 42(1), 1–204.
- Adikusuma, W., & Al., E. (2016). Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Yang Mendapat Antidiabetik Oral Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Bantul Yogyakarta. *Jurnal Ilmiah Ibnu Sina*, 1(1), 1–8. <http://jiis.akfar-isfibjm.ac.id/index.php?journal=JIIS&page=article&op=view&path%5B%5D=23>
- Agborsangaya, C. B., Lau, D., Lahtinen, M., Cooke, T., & Johnson, J. A. (2013). Health-related quality of life and healthcare utilization in multimorbidity: Results of a cross-sectional survey. *Quality of Life Research*, 22(4), 791–799. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0214-7>
- Al-Aujan, S., Al-Aqeel, S., Al-Harbi, A., & Al-Abdulltif, E. (2012). Patients' satisfaction with diabetes medications in one hospital, Saudi Arabia. *Patient Preference and Adherence*, 6(June), 735–740. <https://doi.org/10.2147/PPA.S32859>
- Al Shahrani, A., & Baraja, M. (2014). Patient Satisfaction and it's Relation to Diabetic Control in a Primary Care Setting. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 3(1), 5. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.130254>
- Andrean, m. novi, & Muflihatin, S. K. (2020). Hubungan Antara Tingkat Kecemasan Dengan Kadar Gula Darah Pasien Diabetes Melitus Tipe II di Poliklinik PP \ K 1 Denkesyah. *Borneo Student Research*, 1(3), 1868–1872.
- Appulembang, Y. A., & R. Dewi, F. I. (2017). Pengembangan Alat Ukur Quality of Life Urban Community. *Jurnal Muara Ilmu Sosial, Humaniora, dan Seni*, 1(1), 272. <https://doi.org/10.24912/jmishumsen.v1i1.363>
- Arso, R. D. (2017). Hubungan Sense of Community Dengan Kualitas Hidup Pada

- Masyarakat Penyandang Cacat Kusta Desa Banyumanis Jepara. *jurnal psikologi*. <https://lib.unnes.ac.id/30197/>
- Banjarnahor, E., & Wangko, S. (2013). Sel Beta Pankreas Sintesis Dan Sekresi Insulin. *Jurnal Biomedik (Jbm)*, 4(3). <https://doi.org/10.35790/jbm.4.3.2012.795>
- Baynest, H. W. (2015). Classification, Pathophysiology, Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolism*, 06(05). <https://doi.org/10.4172/2155-6156.1000541>
- Behrend, E. (2016). Clinical Approach to Polyuria / Polydipsia. *journal endocrinology*, 216–243.
- Bene, B. A., O'Connor, S., Mastellos, N., Majeed, A., Fadahunsi, K. P., & O'Donoghue, J. (2019). Impact of mobile health applications on self-management in patients with type 2 diabetes mellitus: Protocol of a systematic review. *BMJ Open*, 9(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025714>
- Betteng, R., Pangemanan, D., & Nelly Mayulu. (2014). Analisis Faktor Resiko Penyebab Terjadinya Diabetes Melitus Tipe 2 Pada Wanita Usia Produktif Dipuskesmas Wawonasa. *Jurnal e-Biomedik*, 2(2). <https://doi.org/10.35790/ebm.2.2.2014.4554>
- Briganti, C. P., Silva, M. T., Almeida, J. V. de, & Bergamaschi, C. de C. (2019). Association between diabetes mellitus and depressive symptoms in the Brazilian population. *Revista de Saude Publica*, 53(1), 1–10. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000608>
- Chiu, C. J., & Wray, L. A. (2011). Gender differences in functional limitations in adults living with type 2 diabetes: Biobehavioral and psychosocial mediators. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(1), 71–82. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9226-0>
- Chrisniati, E., Marchira, C. R., & Kusnanto, H. (2017). Depresi dan kualitas hidup pasien diabetes mellitus tipe 2. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 33(3), 141. <https://doi.org/10.22146/bkm.12608>
- Daher, A. M., AlMashoor, S. A. H., & Winn, T. (2015). Glycaemic control and quality of life among ethnically diverse Malaysian diabetic patients. *Quality of Life Research*, 24(4), 951–958. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0830-5>
- Devi setya putri, E. sulistyawati. (2021). *PENGARUH PEER EDUCATION PMR TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN DM*. 12(1), 34–39.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2017). *Profil kesehatan Profinsi Jawa Tengah Tahun 2017*. 3511351(24), 1–112.

- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2019). Profil Kesehatan Provinsi Jateng Tahun 2019. *Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, 3511351(24), 273–275.
- Eriksson, J. W., Bodegard, J., Nathanson, D., Thuresson, M., Nyström, T., & Norhammar, A. (2016). Sulphonylurea compared to DPP-4 inhibitors in combination with metformin carries increased risk of severe hypoglycemia, cardiovascular events, and all-cause mortality. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 117, 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.04.055>
- Fanani, A. (2020). Hubungan Faktor Risiko dengan Kejadian Diabetes Mellitus. *Jurnal Keperawatan*, 12(3), 371–378. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v12i3.763>
- Faridah, I. N., & Dewintasari, V. (2017). Quality of life analysis in diabetes mellitus type 2 patients using monotherapy and combination treatment of medicine. *Indonesian Journal of Pharmacy*, 28(2), 119–124. <https://doi.org/10.14499/indonesianjpharm28iss2pp119>
- Fasil, A., Biadgo, B., & Abebe, M. (2019). Glycemic control and diabetes complications among diabetes mellitus patients attending at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 12, 75–83. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S185614>
- Fatimah, R. noor. (2016). Diabetes Melitus tipe 2. *Indonesian Journal of Pharmacy*, 27(2), 74–79. <https://doi.org/10.14499/indonesianjpharm27iss2pp74>
- Febriyan, H. B. (2020). Gaya hidup penderita diabetes mellitus Tipe 2 pada masyarakat di daerah perkotaan. *Wellness And Healthy Magazine*, 2(2), 361–368. <https://doi.org/10.30604/well.022.82000139>
- Feng, X., & Astell-Burt, T. (2017). Impact of a type 2 diabetes diagnosis on mental health, quality of life, and social contacts: A longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 5(1), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2016-000198>
- Flory, J. H., Small, D. S., Cassano, P. A., Brillon, D. J., Mushlin, A. I., & Hennessy, S. (2014). Comparative effectiveness of oral diabetes drug combinations in reducing glycosylated hemoglobin. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 3(1), 29–39. <https://doi.org/10.2217/cer.13.87>
- Galicia-Garcia, U., Benito-Vicente, A., Jebari, S., Larrea-Sebal, A., Siddiqi, H., Uribe, K. B., Ostolaza, H., & Martín, C. (2020). Pathophysiology of type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(17), 1–34. <https://doi.org/10.3390/ijms21176275>
- Gamas, L., Matafome, P., & Seica, R. (2015). Irisin and myonectin regulation in

the insulin resistant muscle: Implications to adipose tissue: Muscle crosstalk. *Journal of Diabetes Research*, 2015(June).
<https://doi.org/10.1155/2015/359159>

- Ganga, S., Shareef, S., Tadvi, N., & Siddiqua, S. (2021). A comparative study of efficacy and adverse effects of monotherapy with combination therapy for oral anti-diabetics in diabetes mellitus type 2 patients. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 11(6), 1.
<https://doi.org/10.5455/njppp.2021.11.01021202126012021>
- Gebremedhin, T., Workicho, A., & Angaw, D. A. (2019). Health-related quality of life and its associated factors among adult patients with type II diabetes attending Mizan Tepi University Teaching Hospital, Southwest Ethiopia. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 7(1), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjdc-2018-000577>
- Genuth, S. M., Palmer, J. P., & Nathan, D. M. (2015). *Diabetes in America, 3rd Edition, Chapter 1: Classification and Diagnosis of Diabetes*. 2(4), 1–39.
- Gumantara, M. P. B., & Oktarlina, R. Z. (2017). Perbandingan Monoterapi dan Kombinasi Terapi Sulfonilurea-Metformin terhadap Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Majority*, 6(1), 55–59.
- Hardianto, D. (2021). Telaah Komprehensif Diabetes Melitus: Klasifikasi, Gejala, Diagnosis, Pencegahan, Dan Pengobatan. *Jurnal Bioteknologi & Biosains Indonesia (JBBi)*, 7(2), 304–317. <https://doi.org/10.29122/jbbi.v7i2.4209>
- Hardika, B. D. (2018). Penurunan gula darah pada pasien diabetes melitus tipe II melalui senam kaki diabetes. *Medisains*, 16(2), 60.
<https://doi.org/10.30595/medisains.v16i2.2759>
- Haris, R. N. H., Makmur, R., Andayani, T. M., & Kristina, S. A. (2019). Penilaian Properti Psikometrik Instrumen Kualitas Hidup (HRQoL) pada Populasi Umum: Tinjauan Sistematis. *JURNAL MANAJEMEN DAN PELAYANAN FARMASI (Journal of Management and Pharmacy Practice)*, 9(2), 65–75.
<https://doi.org/10.22146/jmpf.41911>
- Harista, R. A., & Lisiswanti, R. (2015). Depresi pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *Majority*, 4(9), 73–77. <http://jukeunila.com/wp-content/uploads/2016/02/13.pdf>
- He, Q., Bo, J., Shen, R., Li, Y., Zhang, Y., Zhang, J., Yang, J., & Liu, Y. (2021). S1P Signaling Pathways in Pathogenesis of Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Research*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/1341750>
- Hong, E., & Ahn, B. (2011). Income-related health inequalities across regions in Korea. *International Journal for Equity in Health*, 10, 1–11.

<https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-41>

- Hutagalung, M. B. Z., Eljatin, D. S., Awalita, Sarie, V. P., Sianturi, G. D. A., & Santika, G. F. (2019). Diabetic Foot Infection (Infeksi Kaki Diabetik): Diagnosis dan Tatalaksana. *Continuing Medical Education*, 46(6), 414–418.
- IDF. (2014). Guideline for management of postmeal glucose in diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 103(2), 256–268. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2012.08.002>
- IDF. (2017). IDF Diabetes Atlas Eighth edition 2017. In *IDF Diabetes Atlas, 8th edition*. <https://www.idf.org/aboutdiabetes/type-2-diabetes.html>
- IDF. (2019). International Diabetes Federation. In *The Lancet* (Vol. 266, Nomor 6881). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(55\)92135-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(55)92135-8)
- Imran, S. A., Agarwal, G., Bajaj, H. S., & Ross, S. (2018). Targets for Glycemic Control. *Canadian Journal of Diabetes*, 42, S42–S46. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2017.10.030>
- Irfan, M., & Wibowo, H. (2015). HUBUNGAN TINGKAT STRES DENGAN KADAR GULADARAH PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS (DM) DIPUSKESMAS PETERONGAN KABUPATEN JOMBANG (The Relationship Between Stress Level With Sugar Blood Level At People With Diabetes Mellitus (Dm) In Peterongan Clinic Jombang R. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 1(2), 44–50. <http://journal.stikespemkabjombang.ac.id/index.php/jikep/article/view/38>
- Isnaini, N., & Ratnasari, R. (2018). Faktor risiko mempengaruhi kejadian Diabetes mellitus tipe dua. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah*, 14(1), 59–68. <https://doi.org/10.31101/jkk.550>
- Izzuddin, A., Dinianty, S. F., & Nazaahah, Z. (2020). Studi Literatur: Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Penderita Gagal Jantung Di Indonesia. *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan*, 7(1), 381–392. <https://doi.org/10.33024/jikk.v7i1.2348>
- Jacob, D. E., & Sandjaya. (2018). Faktor faktor yang mempengaruhi kualitas hidup masyarakat Karubaga district sub district Tolikara propinsi Papua. *Jurnal Nasional Ilmu Kesehatan (JNIK)*, 1(69), 1–16.
- Johnson, E. L., Feldman, H., Butts, A., Chamberlain, J., Collins, B., Doyle-Delgado, K., Dugan, J., Leal, S., Rhinehart, A. S., Shubrook, J. H., & Trujillo, J. (2020). Standards of medical care in diabetes—2020 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 38(1), 10–38. <https://doi.org/10.2337/cd20-as01>
- Kamalie, H. S. (2016). Pengaruh Sense of Belonging Terhadap Kualitas. *jurnal*

psikologi, 7. <http://eprints.umm.ac.id/34308/1/jiptummpp-gdl-hudasaiful-43043-1-hudasai-%29.pdf>

Katsukawa, F. (2021). *Energy Requirements for Older Patients with Type 2 Diabetes : A Narrative Review of the Current Findings and Future Tasks*.

Kautzky-Willer, A., Harreiter, J., & Pacini, G. (2016). Sex and gender differences in risk, pathophysiology and complications of type 2 diabetes mellitus. *Endocrine Reviews*, 37(3), 278–316. <https://doi.org/10.1210/er.2015-1137>

Kelana, E., Nasrul, E., Yaswir, R., & Desywar, D. (2016). Korelasi Indeks 20/(C-Peptide Puasa×Glukosa Darah Puasa) Dengan Homa-Ir Untuk Menilai Resistensi Insulin Diabetes Melitus Tipe 2. *Majalah Kedokteran Andalas*, 38(4), 155. <https://doi.org/10.22338/mka.v38.i4.p155-164.2015>

Kementerian Kesehatan RI. (2018). Laporan Riskesdas 2018. *Laporan Nasional Riskesdas 2018*, 53(9), 181–222. [http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf](http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK%20No.%2057%20Tahun%202013%20tentang%20PTRM.pdf)

Komariah, K., & Rahayu, S. (2020). Hubungan Usia, Jenis Kelamin Dan Indeks Massa Tubuh Dengan Kadar Gula Darah Puasa Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Klinik Pratama Rawat Jalan Proklamasi, Depok, Jawa Barat. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, January, 41–50. <https://doi.org/10.34035/jk.v11i1.412>

Kuldeep Tiwari, D. K. (2018). Recent Classification of diabetes mellitus. *Advances in Internal Medicine*, 45(6), 279–295.

Kurniawaty, E. (2015). Diabetes mellitus. In *Endokrinologie für die Praxis* (Vol. 4, hal. 114–119). <https://doi.org/10.1055/b-0035-105347>

Kuziemski, K., Słomiński, W., & Jassem, E. (2019). Impact of diabetes mellitus on functional exercise capacity and pulmonary functions in patients with diabetes and healthy persons. *BMC Endocrine Disorders*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12902-018-0328-1>

Lathifah, N. L. (2017). Hubungan Durasi Penyakit dan Kadar Gula Darah Dengan Keluhan Subyektif Penderita Diabetes Melitus. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 5(2), 231–239. <https://doi.org/10.20473/jbe.v5i2.2017.231-239>

latifa resmiya, ifa misbach. (2019). Pengembangan Alat Ukur Kualitas Hidup Indonesia. *Jurnal Ilmiah Pendidikan Lingkungan dan Pembangunan*, 3(01), 20–31. <https://doi.org/10.21009/plpb.171.04>

Lenny, L., & Fridalina, F. (2018). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Jalan Pasien Diabetes Mellitus Tipe II. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 7(02), 85–93.

<https://doi.org/10.33221/jikm.v7i02.110>

- Leonard, C. E., Han, X., Brensinger, C. M., Bilker, W. B., Cardillo, S., Flory, J. H., & Hennessy, S. (2018). Comparative risk of serious hypoglycemia with oral antidiabetic monotherapy: A retrospective cohort study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 27(1), 9–18. <https://doi.org/10.1002/pds.4337>
- Lisiswanti, R., & Cordita, R. N. (2016). Aktivitas fisik dalam Menurunkan Kadar Glukosa Darah pada Diabetes Melitus Tipe 2. *Majority*, 5(3), 140–144.
- Lithgow, K., & Corenblum, B. (2017). Polyuria : A Pathophysiologic Approach. *Canadian Journal of General Internal Medicine*, 12(2), 36–39.
- López-López, D., Pérez-Ríos, M., Ruano-Ravina, A., Losa-Iglesias, M. E., Becerro-de-Bengoa-Vallejo, R., Romero-Morales, C., Calvo-Lobo, C., & Navarro-Flores, E. (2021). Impact of quality of life related to foot problems: a case-control study. *Scientific Reports*, 11(1), 1–6. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93902-5>
- Lu, Y., Wang, N., Chen, Y., Nie, X., Li, Q., Han, B., Chen, Y., Xia, F., Cang, Z., Lu, M., Meng, Y., & Lu, Y. (2017). Health-related quality of life in type-2 diabetes patients: A cross-sectional study in East China. *BMC Endocrine Disorders*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12902-017-0187-1>
- Made Junior Rina Artha, I., Bhargah, A., Dharmawan, N. K., Pande, U. W., Triyana, K. A., Mahariski, P. A., Yuwono, J., Bhargah, V., Putu Yuda Prabawa, I., Manuaba, I. B. A. P., & Ketut Rina, I. (2019). High level of individual lipid profile and lipid ratio as a predictive marker of poor glycemic control in type-2 diabetes mellitus. *Vascular Health and Risk Management*, 15, 149–157. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S209830>
- Margaretha, T. (2017). Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Se Kota Kupang. *Jurnal Keperawatan Kupang*, 15(1), 119–134. <https://media.neliti.com/media/publications/259713-kualitas-hidup-pasien-diabetes-melitus-t-1596378d.pdf>
- Mirza, M., Cahyady, E., & M, D. (2020). Gambaran Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe-II Pada Pasien Poliklinik Penyakit Dalam di Rumah Sakit Meraxa Kota Banda Aceh Tahun 2018. *jurnal riset dan inovasi pendidikan*, 2(2), 35–41. <http://jurnal.abulyatama.ac.id/index.php/kandidat>
<http://jurnal.abulyatama.ac.id/index.php/kandidat>
- Muhammad, A. A. (2018). Resistensi Insulin Dan Disfungsi Sekresi Insulin Sebagai Faktor Penyebab Diabetes Melitus tipe 2. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 173–178.

- Mulia, S., Diani, N., & Choiruna, H. P. (2019). PERBANDINGAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 BERDASARKAN LAMA MENDERITA (Comparison of Life Quality of Type 2 Diabetes Melitus Patients Based on Old). *Caring Nursing Journal*, 3(2), 46–51.
- Müller-Wieland, P. D. med D., Nauck, M., Petersmann, A., Müller-Wieland, D., Schleicher, E., Müller, U. A., Landgraf, R., Freckmann, G., & Heinemann, L. (2019). Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus. *Diabetologie*, 15(2), 128–134. <https://doi.org/10.1007/s11428-019-0460-1>
- Nazrina, Maruf, Rahman, & FZ, K. (2017). Prescribing Pattern of Anti-Diabetic Drugs for Type 2 Diabetic Patients in a Tertiary Care Hospital. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 9(1), 57–61.
- Nugroho, S. (2015). Pencegahan Dan Pengendalian Diabetes Melitus Melalui Olahraga. *Medikora*, IX(1). <https://doi.org/10.21831/medikora.v0i1.4640>
- Oluma, A., Abadiga, M., Mosisa, G., & Etafa, W. (2021). Magnitude and predictors of poor glycemic control among patients with diabetes attending public hospitals of Western Ethiopia. *PLoS ONE*, 16(2 February), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247634>
- Ozougwu, O. (2013). The pathogenesis and pathophysiology of type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Journal of Physiology and Pathophysiology*, 4(4), 46–57. <https://doi.org/10.5897/jpap2013.0001>
- Paleva, R. (2019). Mekanisme Resistensi Insulin Terkait Obesitas. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), 354–358. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.190>
- Parveen, N., Roy, A., & Prasad, P. (2017). Diabetes Mellitus–Pathophysiology & Herbal Management. *UK Journal of Pharmaceutical Biosciences*, 5(5), 34. <https://doi.org/10.20510/ukjpb/5/i5/166554>
- Perkeni. (2015). Konsensus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe2 Di Indonesia 2015. In *Perkeni*. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://pbperkeni.or.id/wp-content/uploads/2019/01/4.-Konsensus-Pengelolaan-dan-Pencegahan-Diabetes-melitus-tipe-2-di-Indonesia-PERKENI-2015.pdf&ved=2ahUKEwjy8KOs8cfoAhXCb30KHQb1Ck0QFjADegQIBhAB&usg=AOv>
- Persaud, H., & Williams, S. (2017). Occupational Stress and Increased Risk for Type 2-Diabetes: A Narrative Review. *Journal of Complementary Medicine & Alternative Healthcare*, 2(5), 1–7. <https://doi.org/10.19080/jcmah.2017.02.555599>

- Perwitasari, D. A., Faridah, I. N., Kulle, Y., & Yulistika, M. (2017). Relationship between perception with the quality of life of T2DM patients in Dok II Jayapura Hospital. *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*, 259(1). <https://doi.org/10.1088/1757-899X/259/1/012004>
- Piero, M. N. (2015). Diabetes mellitus – a devastating metabolic disorder. *Asian Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences*, 4(40), 1–7. <https://doi.org/10.15272/ajbps.v4i40.645>
- Prasetyo, A. (2019). Tatalaksana Diabetes Melitus pada Pasien Geriatri. *Cddk-277*, 46(6), 420–422.
- Pratiwi, P., Amatiria, G., & Yamin, M. (2014). Pengaruh Stress Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu Pada Pasien Diabetes Melitus Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Kesehatan*, v(1,april 2014), 11–16.
- R. Ningsih, S. S. (2020). Hubungan Tingkat Kesepian dengan Kualitas Hidup pada Lansia di Posyandu Lansia Dusun Karet Yogyakarta. *Jurnal keperawatan*, 12(3), 80–88. <http://marefateadyan.nashriyat.ir/node/150>
- Rahma, S., Mursyidah, A., & Rauf, Y. Y. (2019). Kadar Gula Darah Pengguna Kontrasepsi Hormonal. *Jambura Nursing Journal*, 1(2), 73–84. <https://doi.org/10.37311/jnj.v1i2.2501>
- Rahman, M. S., Hossain, K. S., Das, S., Kundu, S., Adegoke, E. O., Rahman, M. A., Hannan, M. A., Uddin, M. J., & Pang, M. G. (2021). Role of insulin in health and disease: An update. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(12), 1–19. <https://doi.org/10.3390/ijms22126403>
- Rahmawati dan Ammirudin. (2017). *PENGLIHATAN PENDERITA DIABETES MELLITUS LANSIA Glycohemoglobin , Hypertension , BMI toward Eyesight Disorder in Diabetes Mellitus Patient of Elderly People*. 58–64.
- Ramachandran, A. (2014). Know the signs and symptoms of diabetes. *Indian Journal of Medical Research*, 140(April), 579–581.
- Randy tampa'i, jacklyne sumombo, hariyadi, yessie lengkey. (2016). Gambaran Drug Related Problems (DRPs) pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Tuminting. *Indonesian Pharmaceutical Journal*, 6(1), 39–48. <https://www.neliti.com/publications/105438/kepuasan-pasien-peserta-program-jaminan-kesehatan-nasional-terhadap-pelayanan-ke>
- Rani, J., & Reddy, S. (2015). Prescribing pattern of antidiabetic drugs in urban population of hyderabad. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 5(1), 5–9. <https://doi.org/10.5455/njppp.2015.5.190620141>
- Ratnasari, P. M. D., Andayani, T. M., & Endarti, D. (2019). Analisis Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Berdasarkan Pola Peresepan Antidiabetik dan

Komplikasi. *JURNAL MANAJEMEN DAN PELAYANAN FARMASI (Journal of Management and Pharmacy Practice)*, 9(4), 260–273. <https://doi.org/10.22146/jmpf.45862>

- Ratnasari, P. M. D., Andayani, T. M., & Endarti, D. (2020). Analisis Outcome Klinis Berdasarkan Kualitas Hidup dan Biaya Medik Langsung Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, 7(1), 15. <https://doi.org/10.25077/jsfk.7.1.15-22.2020>
- RI, K. (2013). Riset Kesehatan Dasar tahun 2013. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 7(5), 803–809. <https://doi.org/10.1517/13543784.7.5.803>
- RI, K. (2019). Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019. In *Short Textbook of Preventive and Social Medicine*. https://doi.org/10.5005/jp/books/11257_5
- Rohmah, A. I. N., Purwaningsih, & Bariyah, K. (2012). Quality of Life Elderly. *jurnal keperawatan*, 3, 120–132.
- Santoso, S. B., Perwitasari, D. A., Faridah, I. N., & Kaptein, A. . (2017). Hubungan kualitas hidup dan persepsi pasien tentang penyakit diabetes mellitus tipe 2 dengan komplikasi. *Pharmaciana*, 7(1), 33. <https://doi.org/10.12928/pharmaciana.v7i1.4699>
- Schlender, L., Martinez, Y. V., Adeniji, C., Reeves, D., Faller, B., Sommerauer, C., Al Qur'an, T., Woodham, A., Kunnamo, I., Sönnichsen, A., & Renom-Guiteras, A. (2017). Efficacy and safety of metformin in the management of type 2 diabetes mellitus in older adults: A systematic review for the development of recommendations to reduce potentially inappropriate prescribing. *BMC Geriatrics*, 17(Suppl 1). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0574-5>
- Septyarini, P. (2015). Survei Beberapa Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Di Kabupaten Rembang (Studi Pada Sukarelawan). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 3(1), 181–190.
- Sharma, K., Dhungana, G., Adhikari, S., Bista Pandey, A., & Sharma, M. (2021). Depression and Anxiety among Patients with Type II Diabetes Mellitus in Chitwan Medical College Teaching Hospital, Nepal. *Nursing Research and Practice*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/8846915>
- Siddiqui, M., Khan, M., & Carline, T. (2013). Gender Differences in Living with Diabetes Mellitus. *Materia Socio Medica*, 25(2), 140. <https://doi.org/10.5455/msm.2013.25.140-142>
- Sinaga, R. N. (2016). Diabetes mellitus dan olahraga. *Jurnal Ilmu Keolahragaan*, 15(2), 21–29.

<https://jurnal.unimed.ac.id/2012/index.php/JIK/article/view/6136/5436>

siti langga lubis, ganya tri utami, yulia irvani dewi. (2018). Gambaran gaya hidup anggota keluarga beresiko Diabetes Melitus (DM) tipe 2. *jurnal keperawatan*, 5(Dm), 388–391.

Siwiutami, F. (2017). Gambaran kualitas hidup pada penyandang diabetes melitus di wilayah puskesmas purwosari surakarta. *Repositori Universitas Muhamadiyah Surakarta*. <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/57246>

Sola, D., Rossi, L., Schianca, G. P. C., Maffioli, P., Bigliocca, M., Mella, R., Corliano, F., Paolo Fra, G., Bartoli, E., & Derosa, G. (2015). Sulfonylureas and their use in clinical practice. *Archives of Medical Science*, 11(4), 840–848. <https://doi.org/10.5114/aoms.2015.53304>

Sugiarta, I. G. R. M., & Darmita, I. G. K. (2020). Profil penderita Diabetes Mellitus Tipe-2 (DM-2) dengan komplikasi yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Klungkung, Bali tahun 2018. *Intisari Sains Medis*, 11(1), 7. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i1.515>

syamsi nur rahman toharin, widya hary cahyanti, intan zainafree. (2015). Hubungan Modifikasi Gaya Hidup Dan Kepatuhan Konsumsi Obat Antidiabetik Dengan Kadar Gula Darah Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Rs Qim Batang Tahun 2013. *Unnes Journal of Public Health*., 4(2), 153–161. <https://doi.org/10.15294/ujph.v4i2.5193>

Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150–162. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337>

Tias Endarti, A. (2015). Kualitas Hidup Kesehatan: Konsep, Model, dan Penggunaan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 7(2), 1–12. <http://lp3m.thamrin.ac.id/upload/jurnal/JURNAL-1519375940.pdf>

Tjandrawinata. (2016). Patogenesis Diabetes Tipe 2: Resistensi Insulin dan Defisiensi Insulin. *Dexa Medica Group*, February, 1–4.

Utomo, A. A., Andira Aulia, Rahmah, S., & Amalia, R. (2020). Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Kajian dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat*, 01(2), 44–52. <https://doi.org/10.31101/jkk.395>

WHO. (2019). Classification of diabetes mellitus. In *Clinics in Laboratory Medicine* (Vol. 21, Nomor 1). https://doi.org/10.5005/jp/books/12855_84

Widhowati, F. I., Farmawati, A., & Dewi, fatwa S. T. (2020). Faktor-Faktor Fungsi Fisik Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Kabupaten Sleman ., *Visikes*, 19(1), 98–108.

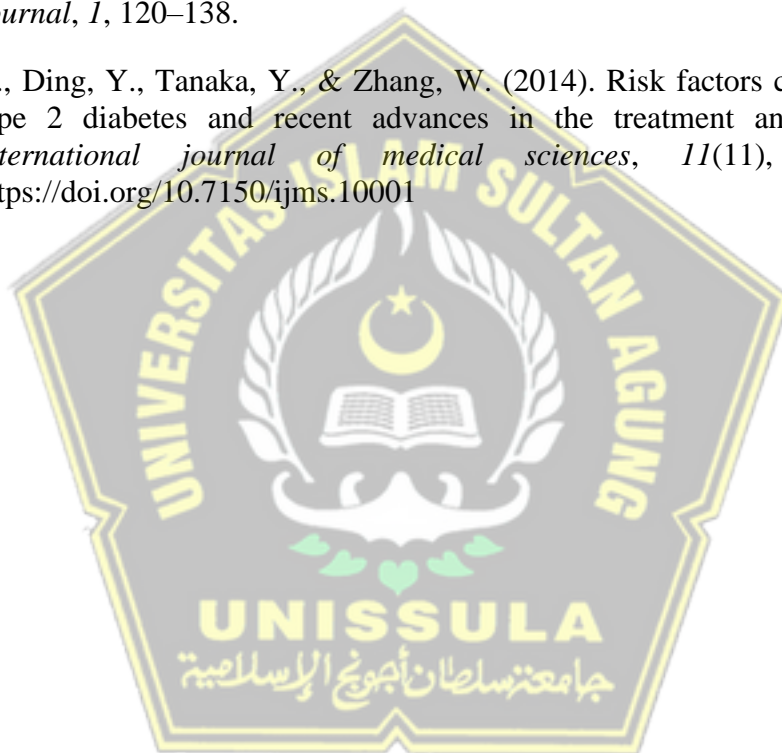
Widiastuti, L. (2017). Acupressure Dan Senam Kaki Terhadap Tingkat Peripheral

Arterial Disease Pada Klien Dm Tipe 2. *Pengaruh Ukuran Perusahaan, Leverage, Auditor Switching, Dan Sistem Pengendalian Internal Pada Audit Delay*, 53(9), 1689–1699.

Widiyoga, C. R., Saichudin, & Andiana, O. (2020). Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Penyakit Diabetes Melitus pada Penderita terhadap Pengaturan Pola Makan dan Physical Activity. *Sport Science Health*, 2(2), 152–161.

Wisudanti, desie dwi. (2016). Aplikasi Terapeutik Geraniin dari ekstrak kulit rambutan (*Nephegium lappaceum*) sebagai Antihiperlipemik melalui aktivitasnya sebagai antioksidan pada Diabetes Melitus tipe 2. *NurseLine Journal*, 1, 120–138.

Wu, Y., Ding, Y., Tanaka, Y., & Zhang, W. (2014). Risk factors contributing to type 2 diabetes and recent advances in the treatment and prevention. *International journal of medical sciences*, 11(11), 1185–1200. <https://doi.org/10.7150/ijms.10001>



LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar *Informed Consent*

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

(*Informed Consent*)

Kepada Yth. Responden

di Tempat

Dengan Hormat,

Kami peneliti dari program studi Farmasi Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Bermaksud akan melaksanakan penelitian tentang “Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus tipe 2 yang Mendapat Antidiabetika Oral di Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kudus dengan Menggunakan Kuesioner DQLCTQ”. Adapun segala informasi, yang saudara/i berikan akan dijamin kerahasiaan karena itu saudara/i bebas untuk mencantumkan nama atau tidak. Sehubungan dengan hal tersebut peneliti meminta kesediaan saudara/i untuk mengisi kuisisioner ini dengan menandatangani kolom di bawah ini.

Atas kesediaannya dan kerja samanya saya ucapkan terima kasih

Responden,

Peneliti,

()

(Rizqia P.N.)

Lampiran 2. Lembar Kuesioner Demografi

DATA PRIBADI

1. Nama :
2. No CM :
3. Jenis kelamin :
4. Usia :
5. Status Pekerjaan :
6. Asuransi :
7. Status pernikahan :
8. Kadar gula darah :
9. Jenis pengobatan :
10. Obat yang di konsumsi :
11. Penyakit komplikasi :



Lampiran 3. Kuesioner DQLCTQ

KUESIONER DQLCTQ

Berilah satu tanda silang (X) pada kotak kecil didepan angka, dalam kolom Kondisi Anda untuk setiap satu pertanyaan, yang menurut anda paling mencerminkan kondisi kesehatan anda selama 4 minggu terakhir.

PERTANYAAN		KONDISI ANDA
Q1.	Bagaimana kondisi kesehatan Anda pada umumnya selama 4 minggu terakhir ?	<input type="checkbox"/> Amat sangat baik <input type="checkbox"/> Baik sekali <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Biasa-biasa saja <input type="checkbox"/> Buruk
Q2.	Dibandingkan dengan saat sebelum menderit Diabetes Melitus, bagaimana dengan kondisi status kesehatan Anda secara menyeluruh pada saat ini ?	<input type="checkbox"/> Lebih baik dibandingkan dengan sebelum DM <input type="checkbox"/> Agak lebih baik dibandingkan dengan sebelum DM <input type="checkbox"/> Kira-kira sama dengan sebelum DM <input type="checkbox"/> Lebih buruk dibandingkan sebelum DM <input type="checkbox"/> Sangat buruk dibandingkan sebelum DM yang lalu

Pertanyaan berikut ditujukan untuk mengetahui kesehatan Anda bukan menilai. Berikan satu tanda silang (X) pada kotak kecil pada kolom kondisi Anda yang menurut Anda sesuai dengan kondisi Anda

PERTANYAAN		KONDISI ANDA
Q3.	Apakah Diabetes Mellitus Anda mengganggu aktivitas Anda (perkerjaan sehari-hari), dalam 4 minggu terakhir? a. Aktivitas berat yang dapat anda lakukan, seperti mengangkat benda berat, berlari atau mengikuti olahraga berat (mis. renang, sepak bola, tenis).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Untuk setiap pertanyaan berikut, pilihlah jawaban yang paling mendekati berdasarkan perasaan anda selama 4 minggu terakhir, dengan memberi tanda silang (X) pada kotak kecil di depan angka pada kolom kondisi anda, yang menurut anda sesuai dengan kondisi anda.

PERTANYAAN		KONDISI ANDA				
Q6.	Apakah anda merasa puas dengan :	Sangat me- ngecewakan	mengece- wakan	Tidak me- ngecewakan	memuas- kan	sangat memuaskan
	a. Jumlah waktu yang diperlukan untuk mengatur diabetes anda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Jumlah waktu yang anda habiskan untuk pergi periksa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Kadar gula darah anda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Pengobatan anda sekarang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Variasi menu yang anda dapatkan dalam makanan anda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Dampak/beban emosional diabetes anda terhadap keluarga anda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. Pengetahuan anda tentang diabetes anda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pertanyaan ,engenai pengobatan diabetes anda 4 minggu yang lalu. Berilah tanda silang (X) pada salah satu nomor 1 sampai dengan 7 yang paling sesuai dengan keadaan anda.

Q7.	a. Seberapa jauh anda merasa diabetes anda terkontrol dalam 4 minggu terakhir :	Tidak terkontrol sama sekali	Sangat terkontrol
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
		<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>
	b. Sepuas apakah anda dengan pengobatan insulin atau pil anda selama 4 minggu terakhir :	Tidak puas sama sekali	Sangat puas
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
		<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>
	c. Bagaimaa harapan anda terhadap adanya pengobatan insulin atau pil di masa-masa selanjutnya	Tidak berharap sama sekali	Sangat berharap
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
		<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>

Pertanyaan berikut menanyakan pendapat anda tentang kebebasan dalam menentukan pilihan makanan dan aktivitas yang akan anda lakukan.

PERTANYAAN		KONDISI ANDA				
Q8.	Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering anda:	Setiap waktu	Sangat sering	sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
	a. Makan atau menikmati snack anda...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Makan-makan atau makan snack jauh dari					

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Lampiran 4. Surat Rekomendasi Penelitian Kesbangpol Kabupaten Kudus



PEMERINTAH KABUPATEN KUDUS
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan. Simpang Tujuh No. 1 Kudus Kode Pos 59313

Telepon (0291) 435010 Faks (0291) 435010

E-mail : Kesbangkds@yahoo.com

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 270/106/39.00/2021

- Dasar :
- a. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tanggal 20 Desember 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 Tanggal 21 Januari 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;
 - b. Peraturan Bupati Kabupaten Kudus Nomor 14 Tahun 2015 Tanggal 30 Maret 2015 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian di Kabupaten Kudus.

Memperhatikan : Surat an. Ka. Prodi Farmasi Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang Tanggal 26 Maret 2021 Nomor: 009/KTI/SA-K-Fa/III/2021 Hal : Permohonan ijin Penelitian

Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Kudus, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : RIZQIA PRAMUDITA NUGRAHA
2. Alamat : Desa Bakalan Krapyak RT.01 RW.01 Kec. Kaliwungu Kab. Kudus
3. Pekerjaan : Mahasiswa

lampiran 5. Surat Permohonan Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus



PEMERINTAH KABUPATEN KUDUS
DINAS KESEHATAN

Jl. Diponegoro Nomor 15 Kudus Kode Pos 59311

Telp. (0291) 438152 Fax (0291) 435030

Email : dinkes@kuduskab.go.id Website : www.dinkes.kuduskab.go.id

Nomor : 071/417/II-CA/2021
Kudus, 06 April 2021
Sifat :
Kepada
Lampiran : Yth. Kepala UPT Puskesmas Kaliwungu
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

di
KUDUS

Menindaklanjuti Surat dari Ketua Prodi Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang Nomor : 010/KTI/SA-K-Fa/III/2021 tanggal 26 Maret 2021 Perihal Permohonan Ijin Penelitian. Dan berdasarkan surat rekomendasi penelitian dari Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 26 Maret 2021 Nomor : 070/106/39.00/2021.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon bantuan saudara untuk membantu dalam pelaksanaan penelitian di Puskesmas saudara sampai selesai atas nama peneliti tersebut dibawah ini :


Nama : RIZQIA PRAMUDITA NUGRAHA
Pekerjaan : Mahasiswi
Instansi : Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang
Judul Penelitian : Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 yang Mendapat Antidiabetika Oral di Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kudus dengan Menggunakan Kuesioner DQLCTQ.
Lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwungu
Keterangan :
1. Digunakan hanya untuk melaksanakan Penelitian.
2. Rekomendasi ini berlaku dari tanggal 06 April 2021 sampai dengan 06 Juni 2021.
3. Teknis dan pelaksanaan menyesuaikan Protokol Kesehatan Covid-19.

Demikian untuk menjadikan maklum dan terima kasih.

PIL. KEPALA DINAS KESEHATAN
KEPALA BIDANG PELAYANAN DAN
SUMBER DAYA KESEHATAN,


dr. ANDINI ARDEWI, M.Kes
Kudus, 06 April 2021
NIP.19731008 200501 2 009

**lampiran 6. Surat Persetujuan Penelitian UPTD Puskesmas Kaliwungu
Kabupaten Kudus**



PEMERINTAH KABUPATEN KUDUS
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS KALIWUNGU
Jl. RAYA KUDUS-JEPARA No. 280 KUDUS 59332
Telepon ☎ (0291) 431051
E-mail: puskkaliwungu280@gmail.com

Kudus, 17 Mei 2021

Nomor : 440 / 223 / 11.05.15 / 2021
Sifat :
Lampiran :
Perihal : Persetujuan Ijin Penelitian

Menindaklanjuti surat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus, Nomor : 071/427/11.04/2021 perihal Ijin Penelitian, sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami tidak keberatan dan memberi izin kepada mahasiswa :


NO	NAMA	NIM	UNIVERSITAS
L	RIZQIA PRAMUDITA NUGRAHA	33101700053	UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Untuk itu mengambil data dengan judul penelitian Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 yang Mendapat Antidiabetika Oral di UPTD Puskesmas Kaliwungu wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus dengan Menggunakan Kuesioner DQLCTQ dan dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Digunakan hanya untuk menyelesaikan penelitian saja.
2. Rekomendasi ini berlaku dari tanggal 06 April 2021 s.d 06 Juni 2021.
3. Teknis dan Pelaksanaan menyesuaikan Protokol Kesehatan Covid-19.

Demikian untuk menjadi periksa dan atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Kepala UPTD Puskesmas Kaliwungu



DR. YUSKAL YUSRIZAL
Penata Tk. I
NIP. 19810919 200903 1 007

lampiran 7. Ethical Clearence

**KOMISI BIOETIKA PENELITIAN KEDOKTERAN/KESEHATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN**

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Sekretariat : Gedung C Lantai I Fakultas Kedokteran Unissula
Jl. Raya Kaligawe Km 4 Semarang, Telp. 024-6583584, Fax 024-6594366

Ethical Clearance

No. 221/VII/2021/Komisi Bioetik

Komisi Bioetika Penelitian Kedokteran/Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang, setelah melakukan pengkajian atas usulan penelitian yang berjudul :

**KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 YANG
MENDAPAT ANTIDIABETIKA ORAL DI PUSKESMAS
KALIWUNGU KABUPATEN KUDUS DENGAN
MENGUNAKAN KUESIONER DQLCTQ**

Peneliti Utama : Rizqia Pramudita Nugraha
Pembimbing : Apt. Meki Pranata, M.Farm.
Apt. Abdur Rosyid, M.Sc.
Tempat Penelitian : Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kudus

dengan ini menyatakan bahwa usulan penelitian diatas telah memenuhi prasyarat etik penelitian. Oleh karena itu Komisi Bioetika merekomendasikan agar penelitian ini dapat dilaksanakan dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki dan panduan yang tertuang dalam Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan RI tahun 2004.

Semarang, 30 Juli 2021

Komisi Bioetika Penelitian Kedokteran/Kesehatan
Fakultas Kedokteran Unissula

Ketua,



(dr. Sofwan Dahlan, Sp.F(K))

lampiran 8. Foto kegiatan

lampiran 9. Uji Karakteristik Responden

Crosstab

		jenis_kelamin		Total
		laki - laki	perempuan	
data	baik	27	29	56
kualitas	buruk	10	31	41
hidup				
Total		37	60	97

Crosstab

		usia		Total
		< 55 tahun	> 55 tahun	
data	baik	25	31	56
hidup	buruk	18	23	41
Total		43	54	97

Crosstab

		stat_pekerjaan					Total
		PNS	Karyawan swasta	Wiraswasta	Pensiunan PNS / Swasta	Tidak bekerja	
data	baik	6	16	19	2	13	56
hidup	buruk	2	18	7	0	14	41
Total		8	34	26	2	27	97

Crosstab

		asuransi		Total
		BPJS	Mandiri	
data	baik	51	5	56
hidup	buruk	40	1	41
Total		91	6	97

Crosstab

		stat_pernikahan			Total
		Menikah	Tidak menikah	Janda / Duda	
data	baik	49	1	6	56
hidup	buruk	32	1	8	41
Total		81	2	14	97

Crosstab

		kadar_GDS		Total
		<200mg/d	>200mg/d	
		L	L	
data kualitas	Baik	37	19	56
hidup	Buruk	7	34	41
Total		44	53	97

Crosstab

		jenis_pengobatan		Total
		Monoterap	Kombinasi	
		i		
data kualitas	baik	25	31	56
hidup	buruk	8	33	41
Total		33	64	97

Crosstab

		obat				Total	
		metformin	glimpiride	glibenklamide	metformin, glimpiride		metformin, glibenklamide
data kualitas hidup	baik	21	2	2	28	3	56
	buruk	6	0	2	29	4	41
Total		27	2	4	57	7	97

Crosstab

		peny_komplikasi						Total
		Hipertensi	Asam urat	Kolesterol	PJK	Vertigo	Tidak ada	
data kualitas hidup	baik	6	0	1	1	1	47	56
	buruk	6	2	2	1	0	30	41
Total		12	2	3	2	1	77	97

Crosstab

Count

		lama_menderita		Total
		< 5 tahun	> 5 tahun	
data kualitas hidup	baik	18	38	56
	buruk	17	24	41
Total		35	62	97

Lampiran 10. Uji Normalitas dan Homogenitas

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

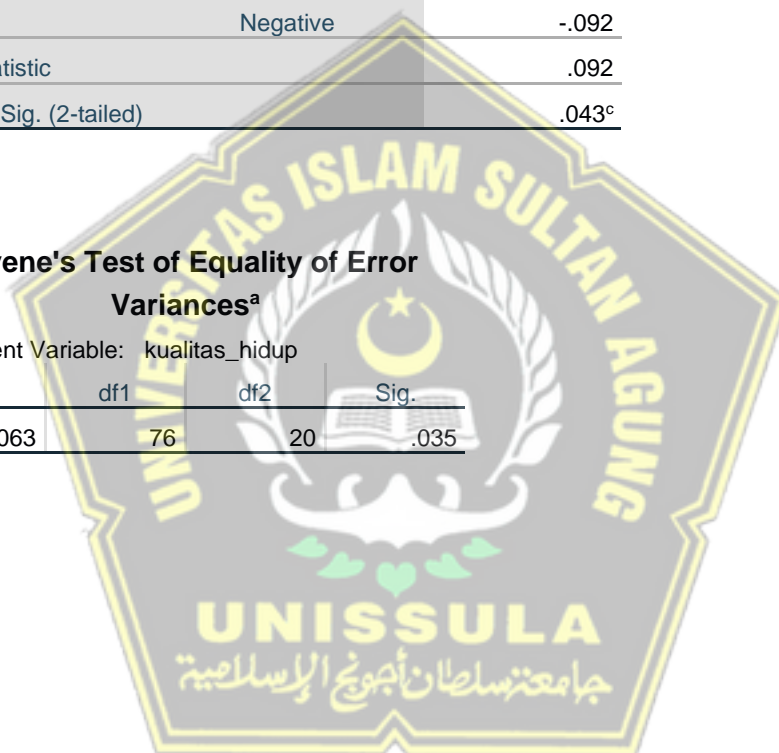
		Unstandardized Residual
N		97
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000
	Std. Deviation	9.81276303
Most Extreme Differences	Absolute	.092
	Positive	.064
	Negative	-.092
Test Statistic		.092
Asymp. Sig. (2-tailed)		.043 ^c

Levene's Test of Equality of Error

Variiances^a

Dependent Variable: kualitas_hidup

F	df1	df2	Sig.
2.063	76	20	.035

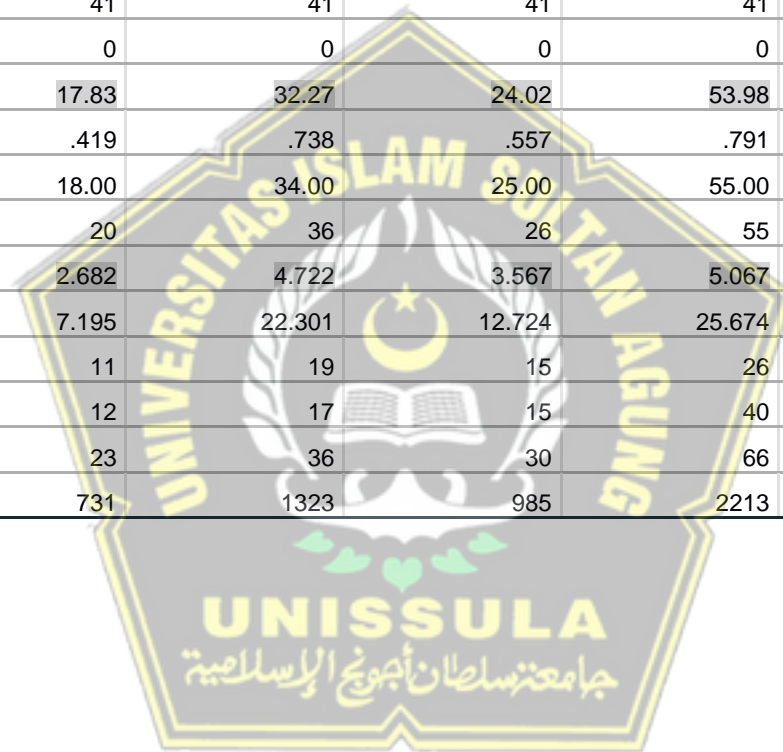


Lampiran 11. Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Domain

Statistics

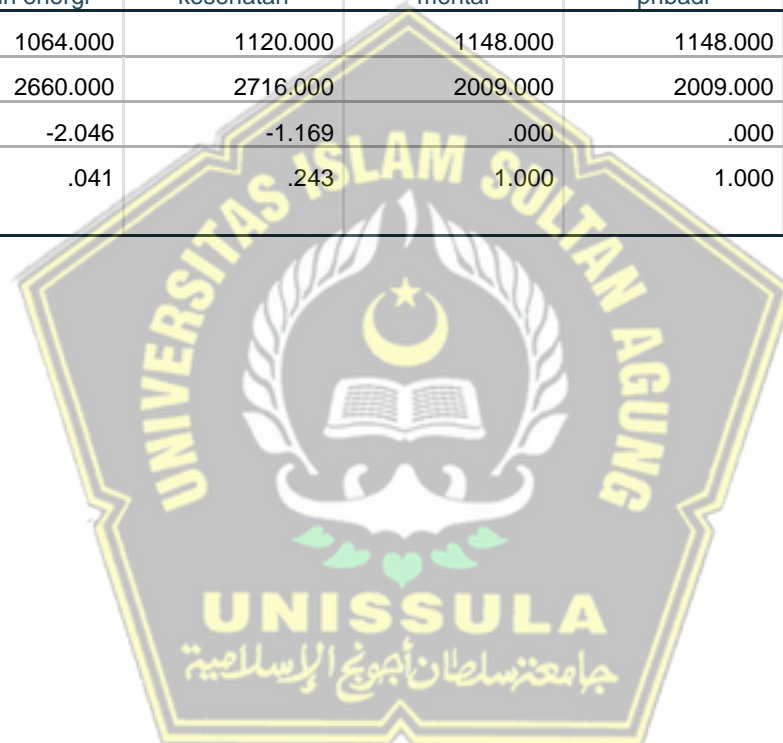
		kualitas_hidup	fungsi_fisik	energi	tekanan_kesehata n	kesehatan_mental	kepuasan_pribadi	kepuasan_pengob atan	efek_pengobatan	frekuensi_gejala
N	Valid	56	56	56	56	56	56	56	56	56
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		95.6555	17.11	21.80	34.29	27.55	66.02	18.91	31.43	33.96
Std. Error of Mean		.86057	.275	.433	.477	.238	1.031	.284	.810	.932
Median		95.8950	18.00	22.00	36.00	28.00	68.00	19.00	31.00	33.50
Mode		85.06 ^a	18	25	36	28	73	21	34	32
Std. Deviation		6.43991	2.060	3.239	3.571	1.778	7.717	2.126	6.063	6.978
Variance		41.472	4.243	10.488	12.753	3.161	59.545	4.519	36.758	48.690
Range		22.27	10	12	14	7	24	8	34	54
Minimum		85.06	8	15	22	23	51	13	21	17
Maximum		107.33	18	27	36	30	75	21	55	71
Sum		5356.71	958	1221	1920	1543	3697	1059	1760	1902

		kualitas_hidup	energi	fungsi_fisik	tekanan_kesehata n	93esehatan_ment al	kepuasan_pribadi	kepuasan_pengob atan	efek_pengobatan	frekuensi_gejala
N	Valid	41	41	41	41	41	41	41	41	41
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		74.6824	13.76	17.83	32.27	24.02	53.98	14.59	26.93	26.83
Std. Error of Mean		1.43401	.485	.419	.738	.557	.791	.590	.664	.873
Median		78.7700	14.00	18.00	34.00	25.00	55.00	15.00	26.00	25.00
Mode		51.73 ^a	14	20	36	26	55	16	26	25
Std. Deviation		9.18218	3.105	2.682	4.722	3.567	5.067	3.775	4.251	5.590
Variance		84.312	9.639	7.195	22.301	12.724	25.674	14.249	18.070	31.245
Range		32.95	12	11	19	15	26	16	23	21
Minimum		51.73	6	12	17	15	40	5	21	18
Maximum		84.68	18	23	36	30	66	21	44	39
Sum		3061.98	564	731	1323	985	2213	598	1104	1100



Test Statistics^a

	kualitas hidup	domain fungsi fisik	domain energi	domain tekanan kesehatan	domain kesehatan mental	domain kepuasan pribadi	domain kepuasan pengobatan	domain efek pengobatan	domain frekuensi gejala
Mann-Whitney U	.000	1056.500	1064.000	1120.000	1148.000	1148.000	952.000	694.000	1056.500
Wilcoxon W	861.000	2652.500	2660.000	2716.000	2009.000	2009.000	2548.000	2290.000	2652.500
Z	-8.384	-1.745	-2.046	-1.169	.000	.000	-3.193	-3.941	-1.745
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.081	.041	.243	1.000	1.000	.001	.000	.081



Lampiran 12. Uji Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik

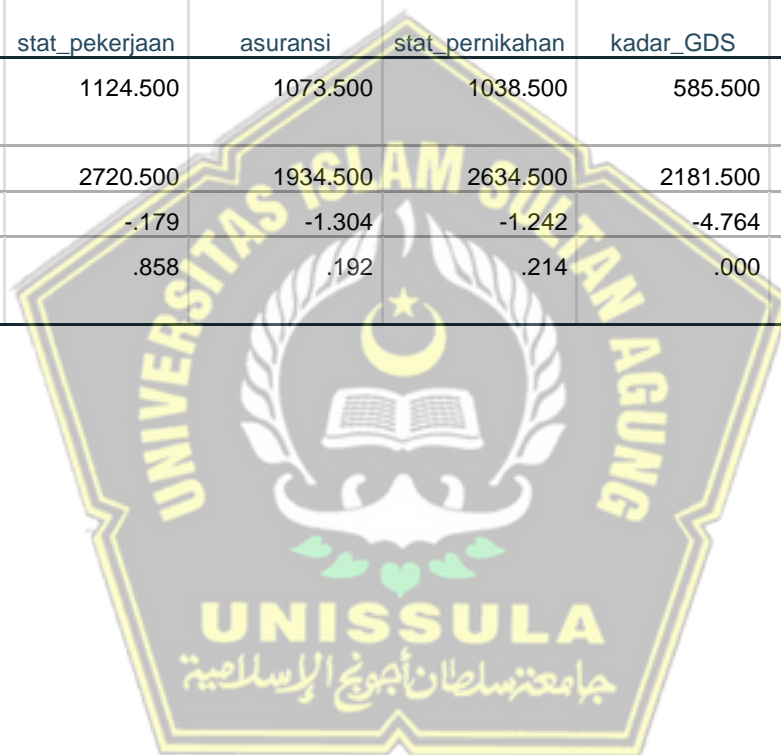
	Statistics										
	kualitas_hidup	jenis_kelamin	usia	status_pekerjaan	asuransi	status_pernikahan	kadar_GDS	jenis_pengobatan	obat	penyakit_komplika si	lama_men
valid	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
missing	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41
	95.6555	1.52	2.27	3.00	1.09	1.23	1.34	1.55	2.82	5.36	
mean	.86057	.067	.065	.175	.038	.084	.064	.067	.201	.214	
	95.8950	2.00	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00	2.00	4.00	6.00	
	85.06 ^a	2	2	3	1	1	1	2	4	6	
	6.43991	.504	.486	1.307	.288	.632	.478	.502	1.503	1.600	
	41.472	.254	.236	1.709	.083	.400	.228	.252	2.258	2.561	
	22.27	1	2	4	1	2	1	1	4	5	
	85.06	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	107.33	2	3	5	2	3	2	2	5	6	
	5356.71	85	127	168	61	69	75	87	158	300	

Statistics

	kualitas_hidup	jenis_k elamin	usia	status_pekerjaa n	asuransi	status_pernik ahan	kadar_GDS	jenis_pengobata n	obat	penyakit_kom plikasi	lama_menderi ta
Valid	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	74.6824	1.76	2.27	3.15	1.02	1.41	1.83	1.80	3.61	4.88	1.59
Std. Error of Mean	1.43401	.068	.086	.222	.024	.126	.059	.063	.181	.305	.078
Median	78.7700	2.00	2.00	3.00	1.00	1.00	2.00	2.00	4.00	6.00	2.00
Mode	51.73 ^a	2	2	2	1	1	2	2	4	6	2
Std. Deviation	9.18218	.435	.549	1.424	.156	.805	.381	.401	1.159	1.952	.499
Variance	84.312	.189	.301	2.028	.024	.649	.145	.161	1.344	3.810	.249
Range	32.95	1	2	4	1	2	1	1	4	5	1
Minimum	51.73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	84.68	2	3	5	2	3	2	2	5	6	2
Sum	3061.98	72	93	129	42	58	75	74	148	200	65

Test Statistics^a

	kualitas_hidup	jenis_kelamin	usia	stat_pekerjaan	asuransi	stat_pernikahan	kadar_GDS	jenis_pengoba tan	obat	peny_komplika si	lama_mend erita
Mann-Whitney	.000	874.500	1138.000	1124.500	1073.500	1038.500	585.500	859.500	836.000	1025.500	1041.000
Kolmogorov-Smirnov Z	.861.000	2470.500	2734.000	2720.500	1934.500	2634.500	2181.500	2455.500	2432.000	1886.500	1902.000
Lilliefors (Kolmogorov-Smirnov)	-.8384	-2.374	-.089	-.179	-1.304	-1.242	-4.764	-2.567	-2.588	-1.268	-.939
Shapiro-Wilk	.000	.018	.929	.858	.192	.214	.000	.010	.010	.205	.348



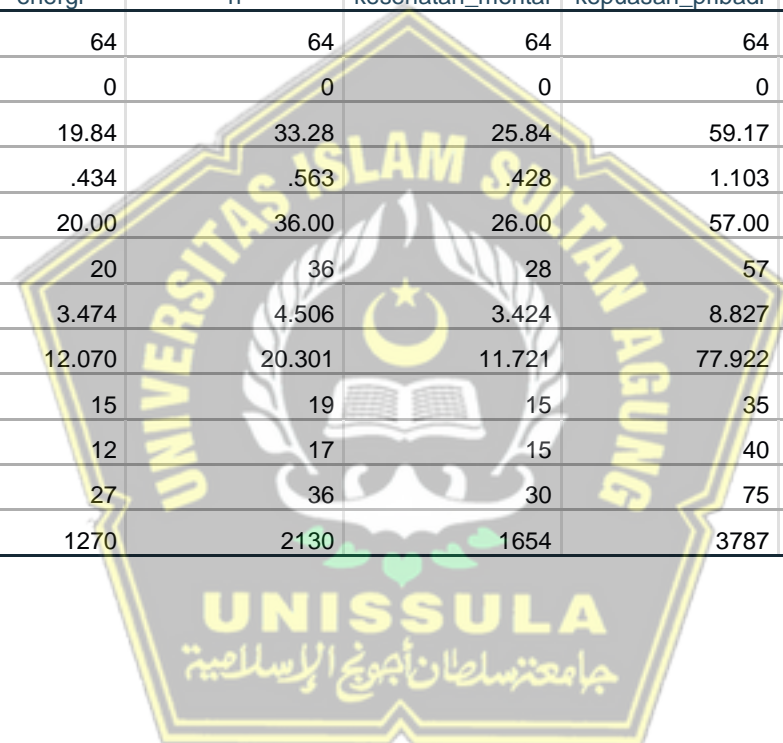
Lampiran 13. Uji Jenis Pengobatan Berdasarkan Domain

Statistics

		kualitas_hidup	fungsi_fisik	energi	tekanan_kesehata n	kesehatan_mental	kepuasan_pribadi	kepuasan_pengob atan	efek_pengobatan	frekuensi_gejala
N	Valid	33	33	33	33	33	33	33	33	33
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		91.8639	16.03	20.67	33.73	26.48	64.33	19.12	30.18	31.24
Std. Error of Mean		1.58214	.607	.662	.620	.467	1.458	.345	1.192	1.131
Median		91.3400	18.00	21.00	36.00	27.00	64.00	19.00	29.00	31.00
Mode		71.11 ^a	18	20 ^a	36	28	74	21	29	29 ^a
Std. Deviation		9.08869	3.486	3.805	3.564	2.682	8.377	1.980	6.849	6.495
Variance		82.604	12.155	14.479	12.705	7.195	70.167	3.922	46.903	42.189
Range		35.52	12	14	12	12	26	6	34	24
Minimum		71.11	6	13	24	18	49	15	21	17
Maximum		106.63	18	27	36	30	75	21	55	41
Sum		3031.51	529	682	1113	874	2123	631	996	1031

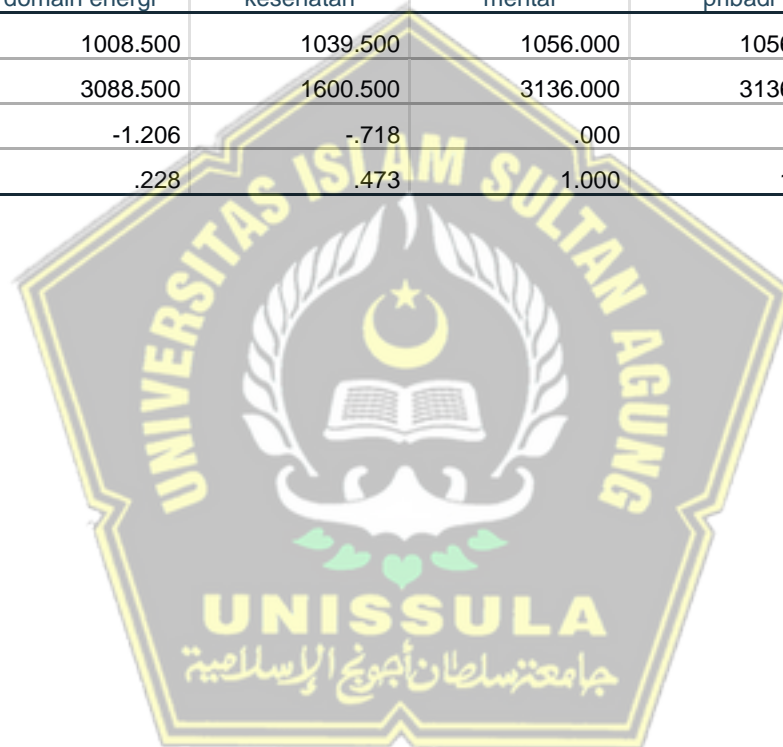
Statistics

		kualitas_hidup	fungsi_fisik	energi	tekanan_kesehata n	kesehatan_mental	kepuasan_pribadi	kepuasan_pengob atan	efek_pengobatan	frekuensi_gejala
N	Valid	64	64	64	64	64	64	64	64	64
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		84.1747	15.52	19.84	33.28	25.84	59.17	16.03	29.19	30.33
Std. Error of Mean		1.73481	.349	.434	.563	.428	1.103	.480	.650	.747
Median		84.5150	16.00	20.00	36.00	26.00	57.00	16.00	29.00	31.50
Mode		51.73 ^a	18	20	36	28	57	21	26 ^a	32
Std. Deviation		13.87850	2.789	3.474	4.506	3.424	8.827	3.838	5.197	5.979
Variance		192.613	7.778	12.070	20.301	11.721	77.922	14.729	27.012	35.748
Range		55.60	10	15	19	15	35	16	23	23
Minimum		51.73	8	12	17	15	40	5	21	18
Maximum		107.33	18	27	36	30	75	21	44	41
Sum		5387.18	993	1270	2130	1654	3787	1026	1868	1941



Test Statistics^a

	data kualitas hidup	domain fungsi fisik	domain energi	domain tekanan kesehatan	domain kesehatan mental	domain kepuasan pribadi	domain kepuasan pengobatan	domain efek pengobatan	domain frekuensi gejala
h-Whitney U	767.500	993.000	1008.500	1039.500	1056.000	1056.000	940.500	979.000	1022.000
oxon W	1328.500	3073.000	3088.500	1600.500	3136.000	3136.000	1501.500	1540.000	1583.000
	-2.567	-1.253	-1.206	-.718	.000	.000	-1.962	-.697	-.676
mp. Sig. (2-tailed)	.010	.210	.228	.473	1.000	1.000	.050	.486	.499



Lampiran 14. Uji Jenis Pengobatan Berdasarkan Karakteristik

Descriptive Statistics								
	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
kualitas_hidup	33	35.52	71.11	106.63	91.8639	1.58214	9.08869	82.604
penyakit_komplikasi	33	5	1	6	5.15	.323	1.856	3.445
status_pekerjaan	33	4	1	5	3.33	.241	1.384	1.917
usia	33	2	1	3	2.39	.097	.556	.309
lama_menderita	33	1	1	2	1.70	.081	.467	.218
jenis_kelamin	33	1	1	2	1.61	.086	.496	.246
status_pernikahan	33	2	1	3	1.55	.157	.905	.818
kadar_GDS	33	1	1	2	1.30	.081	.467	.218
obat_dikonsumsi	33	2	1	3	1.30	.119	.684	.468
asuransi	33	1	1	2	1.09	.051	.292	.085
Valid N (listwise)	33							

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
kualitas_hidup	64	55.60	51.73	107.33	84.1747	1.73481	13.87850	192.613
penyakit_komplikasi	64	5	1	6	5.16	.216	1.729	2.991
status_pekerjaan	64	4	1	5	2.91	.166	1.330	1.769
usia	64	2	1	3	2.19	.058	.467	.218
kadar_GDS	64	1	1	2	1.69	.058	.467	.218
jenis_kelamin	64	1	1	2	1.63	.061	.488	.238
lama_menderita	64	1	1	2	1.63	.061	.488	.238
status_pernikahan	64	2	1	3	1.19	.070	.560	.313
obat	64	1	1	2	1.13	.042	.333	.111
asuransi	64	1	1	2	1.05	.027	.213	.045
Valid N (listwise)	64							

Test Statistics^a

	kualitas_hidup	jenis_kelamin	usia	stat_pekerjaan	asuransi	stat_pernikahan	kadar_GDS	obat	peny_komplikasi	lama_menderita
h-Whitney U	706.000	1036.000	861.000	896.500	1009.500	874.500	666.500	.000	1031.500	963.500
xon W	2786.000	1597.000	2941.000	2976.500	3089.500	2954.500	1227.500	561.000	3111.500	3043.500
	-2.665	-.181	-1.811	-1.269	-.849	-2.146	-3.439	-9.133	-.264	-.847
p. Sig. (2-tailed)	.008	.856	.070	.204	.396	.032	.001	.000	.791	.397

