



**DEPRESI DAN KORELASINYA DENGAN DOMAIN KUALITAS HIDUP
PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2**

*Depression and Its Correlation with Quality of Life Domains among Patients with Type 2
Diabetes Mellitus*

Lovely G. Sepang, Ferdy Lainsampatty

Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat

Abstrak

Pendahuluan : Pasien DM tipe 2 seringkali mengalami depresi karena tuntutan menjaga pola makan, rutin monitoring gula darah, serta penyakit komplikasi. Hal ini berpotensi memperburuk kualitas hidup penderitanya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan depresi dan kualitas hidup pasien DM tipe 2. **Metode:** Penelitian ini berjenis deskriptif korelasional dan berpendekatan cross-sectional. Sampel berjumlah 156 orang yang direkrut dengan teknik *convenience sampling* dari departemen rawat jalan sebuah RSUD di Sulawesi Tengah, Indonesia. Kuesioner yang digunakan yaitu Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42) dan World Health Organization Quality of life (WHOQOL-BREF). Statistik deskriptif dan analisa bivariat difungsikan dalam mendeskripsikan dan mengidentifikasi hubungan antar variabel. **Hasil:** Ada korelasi positif dan signifikan antara depresi dan domain psikologis kualitas hidup ($r = 0,21$; $p < 0,01$). **Kesimpulan:** Pasien DM tipe 2 dengan depresi yang lebih tinggi menunjukkan persepsi secara psikologis yang sudah lebih baik..

Abstract

Background: Patients with type 2 DM often felt depression due to the demands of maintaining a proper diet, routine monitoring of blood sugar, and complications. This has the potential to worsen patients' quality of life (QOL). This study aimed to determine the relationship between depression and QOL of patients with type 2 DM. **Methods:** A descriptive correlational design with cross-sectional approach was used. A sample of 156 patients were recruited using convenience sampling technique from outpatient department of a general hospital in Central Sulawesi, Indonesia. The questionnaires were DASS 42 and WHOQOL-BREF. Descriptive statistics and bivariate analysis were utilized to describe and to identify relationships between variables. **Results:** A positive and significant correlation was found between depression and psychological domain of QOL ($r = 0,21$; $p < 0.01$). **Conclusions:** Patients with type 2 DM who had higher depression level showed a better psychological perception.

Riwayat artikel

Diajukan: 23 Januari 2022

Diterima: 26 Februari 2022

Penulis Korespondensi:

- **Ferdy Lainsampatty**

- Fakultas

Keperawatan,

Universitas Klabat

e-mail:

ferdy.l@unklab.ac.id

Kata Kunci:

Depresi, diabetes melitus tipe 2, kualitas hidup

PENDAHULUAN

Prevalensi Diabetes Melitus (DM) meningkat secara drastis di seluruh dunia. *International Diabetes Federation* (IDF) memperkirakan jumlah penderitanya secara global tahun 2013 sebanyak hampir 382 juta orang dan diduga akan naik lebih dari 50% atau sekitar 592 juta pada 22 tahun selanjutnya (Guariguata et al., 2014). Data dari 74 negara menunjukkan prevalensi DM yang tinggi pada orang dewasa hampir 46% di antaranya diperkirakan tidak terdiagnosis dan sebagian besar berada di negara-negara berkembang (Beagley, Guariguata, Weil, & Motala, 2014). Hasil riset kesehatan dasar di Indonesia tahun 2018 menunjukkan kenaikan prevalensi DM berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk berusia lebih dari 15 tahun. Di tahun 2013 angkanya mencapai 1,5%, sedangkan 5 tahun setelahnya naik 0,5% menjadi 2%, dengan DKI Jakarta muncul sebagai provinsi berangka prevalensi tertinggi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Akibat DM diperkirakan lebih dari 79% jiwa yang meninggal dunia dan didominasi oleh negara-negara yang berpenghasilan menengah ke bawah (Ludiana, 2017). Pada negara berkembang seperti Indonesia, DM menjadi faktor penyebab kematian dengan jumlah 4 sampai dengan 5 kali lebih besar. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian DM tipe 2 yaitu lingkungan seperti perpindahan dari pedesaan ke perkotaan yang menyebabkan perubahan gaya hidup seseorang, di antaranya adalah kebiasaan makan tidak seimbang. Kebiasaan masyarakat Indonesia dalam mengonsumsi karbohidrat berlebihan, sangat dapat memicu obesitas yang kemudian berpotensi besar menimbulkan DM tipe 2. Pada orang dewasa, DM yang ditimbulkan akibat obesitas 4 kali lebih besar dibanding dengan orang yang mempunyai status gizi yang normal (Kurniawaty & Yanita, 2016).

Dampak dari DM terhadap pola hidup pada pasiennya bermacam-macam, termasuk mengharuskan rutin memeriksakan kesehatan seperti

pengecekan kadar gula darah, pembatasan jenis makanan tertentu, menjaga berat badan optimal, dan mengonsumsi obat secara rutin (Lee, Lee, Lee, Kim, & Nam, 2014). DM juga merupakan salah satu penyakit yang mengancam nyawa karena bervariasinya komplikasi yang ditimbulkan seperti rusaknya pembuluh darah, saraf, hipoglikemia, hiperglikemia, dan makrovaskuler (Suastika et al., 2011).

Masalah psikologis seperti depresi, umum dialami penderita DM tipe 2. Gangguan mental umum ini sering ditandai rasa sedih, hilang minat, rasa bersalah, rendah diri, tidur terganggu, kurang nafsu makan, kelelahan, dan kesulitan berkonsentrasi yang dapat berlangsung lama atau berulang (World Health Organization, 2020). Prevalensi depresi pada penderita DM tipe 2 berkisar antara 32,7%-58,2%, didominasi oleh wanita dan meningkat seiring dengan bertambahnya usia (Derakhshanpour, Vakili, Farsinia, & Mirkarimi, 2015; Rodríguez Calvín, Zapatero Gaviria, & Martín Ríos, 2015).

Keadaan depresi yang dialami oleh penderita DM tipe 2 sebagian besar disebabkan karena ketakutan akan munculnya komplikasi dan frustrasi karena keharusan menjaga pola makan, penurunan fungsi fisik, dan rutin memeriksakan diri untuk mengontrol kadar gula darah (Penckofer et al., 2012). Pada pasien yang tidak bekerja dan mempunyai penyakit komplikasi, depresi yang dialami hampir 3 kali lebih parah (Rodríguez Calvín et al., 2015). Gejala depresi dan masalah perilaku lainnya sangat mengganggu dalam inisiasi pola gaya hidup yang sehat seperti melakukan aktifitas fisik (Vallance et al., 2011). Depresi berhubungan erat dengan peningkatan risiko angka mortalitas hampir 1,5 kali lipat (Park, Katon, & Wolf, 2013; van Dooren et al., 2013), serta terkait juga dengan kualitas hidup yang buruk pada penderita DM tipe 2 (Chrisniati, Marchira, & Kusnanto, 2017; Wang, He, & Zhao, 2015).

Kualitas hidup didefinisikan oleh WHO sebagai persepsi individu tentang

posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai tempat hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian (World Health Organization, 2021). Secara spesifik, depresi berat ditemukan berkaitan dengan indikator kualitas hidup yang rendah seperti status kesehatan, fungsi mental dan fisik, kepuasan hidup dan dukungan sosial (Ali et al., 2010).

DM tipe 2 masih merupakan masalah kesehatan yang serius di seluruh dunia. Dalam kasus DM tipe 2 dan pengobatannya, evaluasi terhadap kualitas hidup sangat penting. Hal ini secara umum bahkan dapat diterima sebagai variabel penting dari hasil terapi. Di sisi lain, depresi merupakan komorbid kronis pada pasien DM tipe 2 yang sering tidak ditangani. Efek negatif depresi pada kualitas hidup pasien DM tipe 2 merupakan indikator perlunya deteksi dini dan pengobatan depresi (Walders-Abramson, 2013). Identifikasi depresi pada populasi ini berguna dalam mengurangi komplikasi dan beban penderitanya. Oleh karena itu, penting untuk menguji hubungan kedua variabel tersebut beserta faktor-faktor lainnya untuk mengetahui hal-hal potensial dan intervensi yang lebih spesifik untuk meningkatkan kualitas hidup serta memaksimalkan manajemen perawatan pada pasien DM tipe 2.

METODE

Penelitian deskriptif korelasional ini menggunakan pendekatan *cross-sectional* dengan populasinya yaitu seluruh pasien rawat jalan DM tipe 2 di Sulawesi Tengah. Sampel direkrut menggunakan teknik *convenience sampling* di salah satu rumah sakit umum daerah di Sulawesi Tengah, pada bulan Juli 2019. Kriteria inklusi yang ditetapkan adalah: a) Pasien DM tipe 2 yang didiagnosa oleh dokter; b) Menjalani rawat jalan; c) Berusia 18 tahun atau lebih saat dilakukan penelitian; d) Berkomunikasi dengan baik dalam bahasa Indonesia; dan e) Bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusinya yaitu: a) Ibu hamil; b)

Pasien yang memiliki gangguan mental sebelum didiagnosis DM tipe 2. Penentuan jumlah sampel menggunakan *rule of thumbs* ($n > 50 + 8 (m)$) berdasarkan Arikunto (2010), dengan target awal 114 responden. Namun, mempertimbangkan resiko *missing data*, maka ditambahkan 20% ekstra sampel atau sebanyak 23 orang. Secara keseluruhan, jumlah subjek penelitian ini sebanyak 156 orang.

Kuesioner data demografi digunakan untuk mengumpulkan informasi terkait beberapa faktor termasuk umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan kebiasaan merokok. Kuesioner ini juga digunakan untuk menghimpun karakteristik penyakit termasuk durasi lamanya menderita DM tipe 2 dan pengobatan.

Pengukuran depresi dalam penelitian ini menggunakan kuesioner *Depression Anxiety Stress Scale 42* atau DASS 42 (Lovibond & Lovibond, 1995). Kuesioner ini terdiri atas 42 pernyataan dan 3 domain (depresi, kecemasan, stres), di mana masing-masing domain mempunyai 14 pernyataan. Dalam penelitian ini, item pernyataan terpilih hanya berfokus pada domain depresi, yaitu pada nomor 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, dan 42. Semua pernyataan ini mengkaji gejala depresi seperti disforia, keputusasaan, devaluasi hidup, penghinaan diri, kurangnya minat atau keterlibatan, anhedonia, dan inersia. Terdapat 4 poin skala Likert untuk pilihan jawaban yang sama pada semua pernyataan terkait pengalaman depresi selama seminggu sebelumnya. Pilihan tersebut yakni 0: Tidak pernah, 1: Kadang-kadang, 2: Lumayan sering, dan 3: Sering sekali.

Skor depresi secara keseluruhan berkisar antara 0-42 yang diperoleh dengan menjumlahkan respon jawaban responden dari 14 pernyataan yang relevan dengan domain ini. Kategori skornya yaitu 0-9 normal, 10-13 depresi ringan, 14-20 depresi sedang, 21-27 depresi berat, dan >27 depresi sangat berat. Kuesioner DASS 42 telah lazim digunakan oleh berbagai populasi penelitian di Indonesia, seperti pada

mahasiswa universitas (Juniar et al., 2019), hipertensi (Lainsamputty, Manitu, & Abdillah, 2019; Susanto, Rasny, Susumaningrum, Yunanto, & Nur, 2019), dan pasien DM tipe 2 (Amir, Mastutik, Hasinuddin, & Putra, 2018; Evriany, Fatimah, & Chalidyanto, 2020). Nilai *Cronbach's alpha* 0,89 kuesioner DASS 42 (domain depresi) dalam penelitian ini mengindikasikan reliabilitas yang tinggi.

Kualitas hidup responden penelitian ini diukur dengan *World Health Organization Quality of Life-BREF* atau WHOQOL-BREF (World Health Organization, 1996). Kuesioner ini memiliki 4 domain (kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, lingkungan) dan 26 pertanyaan yang mengkaji tentang perasaan terkait kualitas hidup, kesehatan, dan hal-hal lain dalam hidup selama sebulan terakhir. Terdapat 2 pertanyaan awal yang menilai kualitas hidup secara keseluruhan dan kesehatan secara umum yang tidak tergabung ke dalam 4 domain di atas. Tersedia 5 poin skala Likert pada setiap pilihan jawaban yang berkisar antara 1-5, di mana respons pada pertanyaan negatif nomor 3, 4, dan 26 harus dilakukan pengkodean kembali secara terbalik (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1) sebelum dilakukan perhitungan skor. Pada pertanyaan nomor 1 dan 15 pilihan jawabannya yaitu 1: Sangat buruk, 2: Buruk, 3: Biasa-biasa saja, 4: Baik, dan 5: Sangat baik. Pilihan jawaban pertanyaan 2 dan 16-25 yaitu 1: Sangat tidak memuaskan, 2: Tidak memuaskan, 3: Biasa-biasa saja, 4: Memuaskan, dan 5: Sangat memuaskan. Pilihan jawaban pertanyaan 3-9 yaitu 1: Tidak sama sekali, 2: Sedikit, 3: Dalam jumlah sedang, 4: Sangat sering, dan 5: Dalam jumlah berlebihan. Pilihan jawaban pertanyaan 10-14 yaitu 1: Tidak sama sekali, 2: Sedikit, 3: Sedang, 4: Seringkali, dan 5: Sepenuhnya dialami. Sedangkan pilihan jawaban pertanyaan 26 yaitu 1: Tidak pernah, 2: Jarang, 3: Cukup sering, 4: Sangat sering, dan 5: Selalu.

Skor setiap domain kualitas hidup didapat dengan menghitung skor mentah terlebih dahulu menggunakan formula yang

berbeda-beda. Cara perhitungan skor mentah domain kesehatan fisik yaitu: (6-Pertanyaan3) + (6-P4) + P10 + P15 + P16 + P17 + P18; domain psikologis: P5 + P6 + P7 + P11 + P19 + (6-P26); domain hubungan sosial: P20 + P21 + P22; dan domain lingkungan: P8 + P9 + P12 + P13 + P14 + P23 + P24 + P25. Semua skor mentah dari setiap domain kemudian ditransformasikan masing-masing ke dalam rentang 0-100, di mana semakin tinggi skor yang diraih mengindikasikan semakin baik kualitas hidup. Kuesioner WHOQOL-BREF sering digunakan di Indonesia, seperti pada populasi umum (Purba et al., 2018), wanita dengan gejala kanker payudara (Setyowibowo et al., 2020), lansia (Hidayati, Gondodiputro, & Rahmiati, 2018), dan pasien DM tipe 2 (Amelia, 2018). Hasil uji konsistensi internal WHOQOL-BREF dalam penelitian ini ditemukan cukup reliabel dengan nilai *Cronbach's alpha* 0,78.

Izin melakukan penelitian dan pengumpulan data serta *ethical clearance* didapatkan dari rumah sakit tempat dilaksanakannya penelitian dengan No. 842/420/RSUD****/2019 dan komite etik penelitian No. 440/3886/KEPK/*****/2019. Semua pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi diarahkan secara khusus oleh perawat saat berobat di poli interna. Kemudian secara rinci pasien dijelaskan tentang prosedur dan tujuan penelitian. Pasien yang setuju bergabung dalam penelitian lalu dihubungi secara langsung secara individu. Data responden yang terkumpul dijaga dengan penuh kehati-hatian dan hanya dapat digunakan untuk kepentingan penelitian saja. Setiap responden wajib mengisi lembar *informed consent* sebagai bukti kesediaan terlibat dalam penelitian. Pengunduran diri dapat dilakukan kapan saja oleh responden saat merasa tidak nyaman. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dan pengisian kuesioner.

Data responden yang terkumpul dianalisis menggunakan perangkat lunak *Statistical Package For Social Science for Windows* versi 17. Data kemudian diperiksa

untuk mencari kesalahan yang mungkin muncul. Panduan perhitungan skor WHOQOL-BREF sudah diikuti, termasuk di dalamnya cara pengontrolan data yang hilang, seperti tidak dilakukan penghitungan skor salah satu domain bila lebih dari 2 item dari domain tersebut hilang. Untuk mendeskripsikan setiap variabel digunakan tendensi sentral dan ukuran dispersi/variasi seperti nilai rata-rata, standar deviasi atau simpangan baku, *range*, serta distribusi frekuensi dan persentase. Sedangkan dalam mengidentifikasi hubungan antar variabel digunakan analisis bivariat yang termasuk didalamnya *Mann-Whitney U-Test*, *Kruskal-Wallis H-Test*, dan *Spearman's Rank Correlation*. Beberapa tes non parametrik ini difungsikan karena data ditemukan tidak terdistribusi secara normal setelah melewati serangkaian upaya konfirmasi dan uji normalitas menggunakan *Kurtosis*, *Skewness*, dan *Kolmogorov-Smirnov*. *P-value* kurang dari 0,05 digunakan sebagai standar signifikansi semua uji statistik dalam penelitian ini.

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Data demografi dari 156 responden tertuang pada Tabel 1. Usia rata-rata responden adalah 58,62 tahun ($SD = 10,38$), dengan usia termuda 31 tahun dan tertua 84 tahun. Mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sejumlah 98 orang (62,8 %). Tingkat pendidikan yang terbanyak diraih yaitu SMA atau sederajatnya dengan sebanyak 61 orang (39,1%). Sebagian besar responden sudah menikah dan mempunyai pasangan sejumlah 138 orang (88,5%). Hanya sebagian kecil responden yang merupakan perokok aktif yaitu sebanyak 23 orang (14,7%). Rata-rata lamanya pasien menderita DM yaitu 6,07 tahun ($SD = 4,64$), dengan rentang 2-36 tahun. Rata-rata jumlah obat DM yang digunakan adalah 1,09 ($SD = 0,30$), di mana semua responden mengonsumsi setidaknya 1 jenis obat dan 15 orang (9,6%) yang meminum 2 jenis obat.

Tabel 1 Data demografi dan karakteristik penyakit responden (n=156)

Variabel & Kategori	Rata-rata \pm SD / n (%)	Range
Umur (Tahun)	58,62 \pm 10,37	31-84
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	58 (37,2)	
Perempuan	98 (62,8)	
Pendidikan		
Tidak Sekolah	2 (1,3)	
SD	11 (7,0)	
SMP	24 (15,4)	
SMA/Sederajat	61 (39,1)	
PT	58 (37,2)	
Status Pernikahan		
Menikah	138 (88,5)	
Janda/Duda	18 (11,5)	
Merokok		
Tidak	133 (85,3)	
Ya	23 (14,7)	
Durasi (Tahun)	6,07 \pm 4,64	2-36
Pengobatan	1,09 \pm 0,30	1-2
Satu Obat	141 (90,4)	
Dua Obat	15 (9,6)	

Catatan: SD = Sekolah Dasar; SMP = Sekolah Menengah Pertama; SMA = Sekolah Menengah Atas; PT = Perguruan Tinggi.

Tabel 2 menggambarkan data setiap pertanyaan dalam DASS 42 khusus domain depresi. Rentang pilihan jawaban yang tersedia adalah dari 0 (tidak pernah) hingga 3 (sering sekali). Hampir semua pernyataan mendapatkan respon 0-3 sesuai dengan pilihan yang tersedia, kecuali pada pertanyaan nomor 12 tentang harapan terkait masa depan yang hanya berkisar 0-2. Pernyataan dengan skor tertinggi yaitu pada nomor 9 "saya merasa putus asa dan sedih" dengan rata-rata 0,88 ($SD = 0,86$), di mana mayoritas responden (39,9%) memberikan skor 1 (kadang-kadang). Sedangkan pertanyaan dengan skor terendah yaitu pada nomor 13 "saya merasa bahwa hidup tidak berarti" dengan rata-rata 0,31 ($SD = 0,62$), dibuktikan dengan lebih dari tiga perempat responden (76,9%) menjawab 0 (tidak pernah). Rata-rata skor depresi secara keseluruhan adalah 7,05 ($SD = 6,57$), dengan kategori yang terdominan yaitu depresi normal, sebanyak 101 orang (64,7%).

Tabel 2 Deskripsi pernyataan depresi dan kategorinya (n=156)

Pernyataan	Rata-rata \pm SD	Range
1. Tidak merasa positif	0,74 \pm 0,76	0-3
2. Tidak kuat berkegiatan	0,54 \pm 0,69	0-3
3. Tidak ada yang dapat diharapkan	0,34 \pm 0,61	0-3
4. Sedih & tertekan	0,65 \pm 0,77	0-3
5. Hilang minat	0,56 \pm 0,73	0-3
6. Merasa tidak berharga sebagai manusia	0,34 \pm 0,64	0-3
7. Merasa tidak bermanfaat	0,33 \pm 0,63	0-3
8. Tidak merasakan kenikmatan	0,51 \pm 0,73	0-3
9. Putus asa & sedih	0,88 \pm 0,86	0-3
10. Tidak antusias	0,57 \pm 0,76	0-3
11. Tidak berharga	0,36 \pm 0,70	0-3
12. Tidak ada harapan untuk masa depan	0,47 \pm 0,70	0-2
13. Hidup tidak berarti	0,31 \pm 0,62	0-3
14. Sulit berinisiatif	0,46 \pm 0,68	0-3
Skor Depresi	7,05 \pm 6,57	0-35
Kategori Depresi	n (%)	
Normal (0-9)	101 (64,7)	
Ringan (10-13)	31 (19,9)	
Sedang (14-20)	21 (13,5)	
Berat (21-27)	1 (0,6)	
Sangat Berat (>27)	2 (1,3)	

Data terkait kualitas hidup tersaji dalam Tabel 3. Domain kesehatan fisik memiliki rata-rata 56,87 (SD = 10,07) dengan rentang skor yang diraih seluruh responden 31-81. Domain psikologis mempunyai rata-rata terendah dengan skor 55,46 (SD = 10,85) yang berkisar antara 31-94. Domain hubungan sosial mencapai rata-rata 56,80 (SD = 12,52) dengan interval skor 25-100. Domain dengan rata-rata tertinggi yaitu lingkungan dengan skor 60,26 (SD = 10,50) yang berkisar antara 38-88.

Tabel 3 Skor domain kualitas hidup (n=156)

Domain	Rata-rata \pm SD	Range
1. Fisik	56,87 \pm 10,07	31-81
2. Psikologis	55,46 \pm 10,85	31-94
3. Sosial	56,80 \pm 12,52	25-100
4. Lingkungan	60,26 \pm 10,50	38-88

Tabel 4 menunjukkan deskripsi setiap pertanyaan tentang kualitas

hidup. Pilihan jawaban yang tersedia dari 1 sampai 5 untuk semua pertanyaan. Skor tertinggi yaitu pada pertanyaan nomor 25 "seberapa puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?" dengan rata-rata 3,68 (SD = 0,80), di mana kisaran jawaban responden antara 2-5. Mayoritas responden (41,7%) memberikan skor 3 untuk pertanyaan ini. Skor terendah dari semua pertanyaan yaitu "seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?" pada pertanyaan nomor 14 dengan rata-rata 2,74 (SD = 1,04) di mana mayoritas responden (48,1%) berskor 4.

Tabel 4 Skor pertanyaan kualitas hidup (n=156)

Pertanyaan	Rata-rata \pm SD
1. Kualitas hidup subjektif	3,46 \pm 0,74
2. Kesehatan umum	3,28 \pm 0,71
3. Sakit fisik	3,08 \pm 0,79
4. Butuh terapi medis	2,90 \pm 0,93
5. Menikmati hidup	3,22 \pm 0,82
6. Hidup berarti	3,33 \pm 0,82
7. Berkonsentrasi	3,37 \pm 0,79
8. Merasa aman	3,53 \pm 0,85
9. Lingkungan sehat	3,41 \pm 0,86
10. Vitalitas	3,31 \pm 0,76
11. Penampilan tubuh	3,31 \pm 0,81
12. Cukup uang	3,24 \pm 0,70
13. Tersedia informasi	3,20 \pm 0,79
14. Rekreasi	2,74 \pm 1,04
15. Bergaul	3,67 \pm 0,75
16. Puas dengan tidur	3,40 \pm 0,69
17. Puas beraktivitas	3,21 \pm 0,70
18. Puas dalam bekerja	3,30 \pm 0,85
19. Puas terhadap diri	3,31 \pm 0,80
20. Hubungan personal	3,22 \pm 0,63
21. Kehidupan seksual	3,15 \pm 0,66
22. Dukungan teman	3,51 \pm 0,77
23. Tempat tinggal	3,62 \pm 0,87
24. Akses kesehatan	3,35 \pm 0,76
25. Transportasi	3,68 \pm 0,80
26. Perasaan negatif	3,32 \pm 0,97

Tabel 5 menampilkan koefisien korelasi depresi dan kualitas hidup. Depresi ditemukan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan 3 domain kualitas hidup yaitu kesehatan fisik, hubungan sosial, dan lingkungan ($r = 0,10-0,14$, $p > 0,05$). Sebaliknya, depresi berkorelasi positif dan signifikan dengan

domain psikologis kualitas hidup ($r = 0,21$, $p < 0,01$).

Tabel 5 Korelasi depresi dan domain kualitas hidup (n=156)

Variabel	Depresi
Domain Fisik	0,13
Domain Psikologis	0,21**
Domain Sosial	0,10
Domain Lingkungan	0,14

Catatan: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata umur pasien DM tipe 2 yaitu 58,62 tahun, dengan rentang 31-84 tahun. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Zainuddin, Utomo, dan Herlina (2015) yang mendapati distribusi terbanyak pada kelompok umur 40-65 tahun dengan 60,3% pada populasi yang sama. Faktor umur sangat berpengaruh terhadap DM tipe 2 karena dengan bertambahnya umur maka risiko DM tipe 2 menjadi lebih tinggi. Peningkatan resiko DM terjadi sejalan dengan bertambahnya umur, khususnya pada umur lebih dari 40 tahun, dikarenakan pada usia tersebut terjadi peningkatan intoleransi glukosa. Proses penuaan menyebabkan kekurangan kemampuan sel beta pankreas dalam memproduksi insulin. Individu yang tergolong lansia dapat terjadi penurunan aktivitas mitokondria di sel-sel otot sebesar 35%. Hal ini memiliki hubungan dengan peningkatan kadar lemak di otot sebesar 30% dan memicu terjadinya resistensi insulin.

Kelompok jenis kelamin perempuan lebih dominan dibandingkan laki-laki pada penelitian ini. Sejalan dengan hasil penelitian Trisnawati dan Setyorogo (2013) yang menemukan bahwa perempuan memiliki resiko lebih tinggi terkena DM tipe 2. Hal ini disebabkan secara fisik perempuan memiliki peningkatan IMT yang lebih besar. Sindrom siklus bulanan (*premenstrual syndrome*), setelah menopause menyebabkan distribusi lemak tubuh sehingga mudah terakumulasi. Terlebih lagi dengan perubahan hormonal yang dialami perempuan akibat penurunan hormon

estrogen dan progesteron yang terjadi saat menopause.

Tingkat pendidikan terbanyak pada penelitian ini yaitu SMA. Trisnawati dan Setyorogo (2013) menemukan bahwa tingkat pendidikan memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit DM Tipe 2. Individu berpendidikan tinggi biasanya memiliki pengetahuan ataupun lebih mudah menerima informasi tentang kesehatan. Pengetahuan tersebut diekspektasikan akan meningkatkan kesadaran dalam menjaga kesehatannya termasuk menjaga kestabilan gula darah.

Responden DM tipe 2 yang menikah (memiliki pasangan) lebih dominan dalam penelitian ini. Penelitian Tamara, Bayhakki, dan Nauli (2014) menemukan bahwa seseorang yang memiliki ikatan pernikahan, kualitas hidupnya lebih baik. Pasangan hidup mendukung dalam berbagai hal seperti emosi, penyelesaian masalah (*problem sloving*), keuangan, pengasuhan, termasuk membantu dalam menjaga kondisi kesehatan pasangannya terlebih dengan penyakit kronis seperti DM.

Kurang dari sepertiga responden DM tipe 2 yang aktif merokok dalam penelitian ini. Hasil penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa responden yang merokok memiliki risiko lebih tinggi untuk terserang DM tipe 2. Rokok dapat meningkatkan gula darah dengan merangsang kelenjar adrenal (Trisnawati & Setyorogo, 2013).

Lamanya penyakit DM tipe 2 yang diderita responden dalam penelitian ini rata-rata 6,07 tahun. Hasil ini relatif lebih lama dibanding temuan Tamara, Bayhakki, dan Nauli (2014), yang mendapati mayoritas DM tipe 2 diderita selama 1 sampai 5 tahun. Pasien dengan DM cenderung mengalami penurunan kualitas hidup yang dirasakan setelah mengidap penyakit minimal selama satu tahun. Hal ini disebabkan karena setelah satu tahun umumnya pasien mengalami dan merasakan perubahan atau keluhan fisik dan psikis.

Mayoritas penderita DM tipe 2 dalam penelitian ini masuk dalam kelompok depresi normal. Hasil ini berkebalikan

dengan hasil penelitian Supriati et al. (2016) yang menemukan lebih dari setengah keseluruhan respondennya menderita depresi dengan tingkatan moderat. Penderita DM mengalami depresi karena meningkatnya tekanan yang disebabkan penyakitnya seperti komplikasi penyakit dan frustrasi akan pengobatan dan perubahan pola makan (Egede & Hernández-Tejada, 2013). Depresi sering tidak terdeteksi secara dini pada pasien DM. di sisi lain, hal ini adalah salah satu penghalang utama dalam penatalaksanaan DM yang efektif. Jika dibandingkan dengan penyakit kronis lainnya, pasien DM lebih berisiko besar mengidap depresi dan memiliki keparahan yang lebih tinggi. Pada penderita dengan komplikasi yang lebih banyak, prevalensinya diprediksi bahkan lebih besar lagi. Pasien DM memerlukan dukungan sosial yang diharapkan menimbulkan optimisme, resiliensi, dan harga diri yang tinggi, sehingga dapat menurunkan depresinya (Donsu, Hadjam, Asdie, & Hidayat, 2014).

Domain kualitas hidup tertinggi dalam penelitian ini adalah lingkungan. Komponen yang termasuk didalamnya yaitu tentang menikmati hidup, merasakan hidup lebih berarti, kemampuan berkonsentrasi, menerima citra diri, dan puas akan diri. Berbeda dengan hasil penelitian Derakhshanpour et al. (2015) yang menunjukkan bahwa pasien DM tipe 2 memiliki domain hubungan sosial sebagai yang terbaik dari 4 domain kualitas hidup berdasarkan WHOQOL-BREF, baik pada kelompok pasien depresi dan non-depresi.

Depresi berhubungan signifikan dengan kualitas hidup pada domain psikologis. Kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 menurun secara signifikan, bahkan lebih buruk lagi dengan hadirnya depresi (Egede & Hernández-Tejada, 2013). Penelitian Kusumadewi (2011) menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara depresi dengan kualitas hidup, di mana pasien yang mempunyai tingkat depresi lebih tinggi cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih buruk. Lebih jauh

Rantung et al. (2015) menyebutkan bahwa depresi bersama jenis kelamin dan kemampuan perawatan diri dapat menentukan hingga 30,9% dari kualitas hidup pasien DM. Sinergi dari perburukan gula darah dan depresi berefek buruk terhadap menurunnya produktivitas kerja serta kualitas hidup pasien. Diperlukan dukungan positif dari keluarga dan lingkungan untuk menurunkan prevalensi depresi pada individu dengan DM. Sehingga penderita DM dapat menjalani hidup lebih optimal dibandingkan di masa awal terkena penyakit ini (Supriati et al., 2016).

Ada beberapa keterbatasan dalam penelitian saat ini. Pengumpulan data dilakukan hanya pada departemen rawat jalan dan berfokus pada pasien DM tipe 2, oleh karena itu aplikasi temuan penelitian ini bagi pasien yang masuk ke kelompok DM tipe lainnya harus dilakukan dengan penuh kehati-hatian. Pengukuran variabel-variabel dalam penelitian ini hanya bersifat secara subjektif semata. Hal lainnya yaitu ketiadaan pengukuran HbA1C yang sejatinya dapat menambah keakuratan diagnosa DM tipe 2 dan efeknya pada komplikasi penyakit. Penggunaan pendekatan *cross-sectional*, hanya memberikan gambaran depresi dan kualitas hidup yang terpaku pada satu titik waktu tertentu dan tidak dapat digunakan untuk menetapkan hubungan sebab akibat antar variabel.

KESIMPULAN

Mayoritas penderita DM tipe 2 dalam penelitian ini mengalami depresi yang masih pada level normal. Sebagian besar responden mempunyai kualitas hidup pada level moderat di setiap domainnya, di mana lingkungan merupakan domain dengan skor kualitas hidup terbaik. Penderita DM tipe 2 yang disertai komorbid depresi yang lebih parah menunjukkan penerimaan terkait tekanan psikologis yang lebih baik. Meningkatkan kewaspadaan lewat deteksi dini dan pengontrolan terhadap depresi cukup esensial untuk menangkal efek buruknya pada kualitas hidup pasien DM tipe 2. Penelitian

sejenis diharapkan dapat lebih melibatkan penggunaan instrumen objektif seperti pemeriksaan HbA1C dan nilai gula darah terkini. Keberadaan komorbiditas DM tipe 2 yang berbahaya dan tren saat ini seperti COVID-19, juga patut dipertimbangkan dalam penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, S., Stone, M., Skinner, T. C., Robertson, N., Davies, M., & Khunti, K. (2010). The association between depression and health-related quality of life in people with Type 2 diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 26, 75–89.
<https://doi.org/10.1002/dmrr.1065>
- Amelia, R. (2018). The model of self care behaviour and the relationship with quality of life, metabolic control and lipid control of type 2 diabetes mellitus patients in Binjai city, Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(9), 1762–1767.
<https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.363>
- Amir, F., Mastutik, G., Hasinuddin, M., & Putra, S. T. (2018). Dhikr (Recitation) and relaxation improve stress perception and reduce blood cortisol level in type 2 diabetes mellitus patients with OAD. *Folia Medica Indonesiana*, 54(4), 249–255.
<https://doi.org/10.20473/fmi.v54i4.10707>
- Arikunto, S. (2010). *Metodologi penelitian*. Yogyakarta: Bina Aksara.
- Beagley, J., Guariguata, L., Weil, C., & Motala, A. A. (2014). Global estimates of undiagnosed diabetes in adults. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 103(2), 150–160.
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.11.001>
- Chrisniati, E., Marchira, C. R., & Kusnanto, H. (2017). Depresi dan kualitas hidup pasien diabetes mellitus tipe 2. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 33(3), 141–146.
<https://doi.org/10.22146/bkm.12608>
- Derakhshanpour, F., Vakili, M. A., Farsinia, M., & Mirkarimi, K. (2015). Depression and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(5).
[https://doi.org/10.5812/ircmj.17\(5\)2015.27676](https://doi.org/10.5812/ircmj.17(5)2015.27676)
- Donsu, J. D., Hadjam, M. N. R., Asdie, A. H., & Hidayat, R. (2014). Peran faktor-faktor Psikologis terhadap depresi pada pasien diabetes mellitus tipe 2. *Jurnal Psikologi*, 41(2), 241.
<https://doi.org/10.22146/jpsi.6953>
- Egede, L. E., & Hernández-Tejada, M. A. (2013). Effect of comorbid depression on quality of life in adults with Type 2 diabetes. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 13(1), 83–91.
<https://doi.org/10.1586/erp.12.86>
- Evriany, N., Fatimah, G. N., & Chalidyanto, D. (2020). Relationship between depression and stress with blood sugar levels in patients with diabetes melitus type II. *EurAsian Journal of BioSciences*, 14(2), 2709–2713. Retrieved from <http://www.ejobios.org/article/relationship-between-depression-and-stress-with-blood-sugar-levels-in-patients-with-diabetes-melitus-7841>
- Guariguata, L., Whiting, D. R., Hambleton, I., Beagley, J., Linnenkamp, U., & Shaw, J. E. (2014). Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 103(2), 137–149.
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.11.002>
- Hidayati, A. R., Gondodiputro, S., & Rahmiati, L. (2018). Elderly profile of quality of life using WHOQOL-BREF Indonesian version: A community-dwelling. *Althea Medical Journal*, 5(2), 105–110.
<https://doi.org/10.15850/amj.v5n2.1417>
- Juniar, D., van Ballegooijen, W.,

- Karyotaki, E., van Schaik, A., Passchier, J., Heber, E., ... Riper, H. (2019). Web-based stress management program for university students in Indonesia: Systematic cultural adaptation and protocol for a feasibility study. *JMIR Research Protocols*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.2196/11493>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Laporan nasional RISKESDAS 2018*. Jakarta. Retrieved from <http://labdata.litbang.kemkes.go.id/ccouunt/click.php?id=19>
- Kurniawaty, E., & Yanita, B. (2016). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian diabetes melitus tipe II. *Jurnal Majority*, 5(2), 27–31. Retrieved from <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1073>
- Kusumadewi, M. D. (2011). Peran stresor harian, optimisme dan regulasi diri terhadap kualitas hidup individu dengan diabetes melitus tipe 2. *Psikoislamika: Jurnal Psikologi Dan Psikologi Islam*, 8(1), 43–61.
- Lainsamputty, F., Manitu, I., & Abdillah, N. (2019). The association between depression and self-reported sleep quality among hypertensive patients in a rural area of Central Sulawesi. *Nutrix Journal*, 3(2), 1–10. <https://doi.org/10.37771/nj.Vol3.Iss2.401>
- Lee, E. H., Lee, Y. W., Lee, K. W., Kim, Y. S., & Nam, M. S. (2014). Measurement of diabetes-related emotional distress using the Problem Areas in Diabetes scale: Psychometric evaluations show that the short form is better than the full form. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0142-z>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Ludiana, L. (2017). Hubungan kecemasan dengan kadar glukosa darah penderita diabetes mellitus di wilayah kerja Puskesmas Sumber Sari Bantul Kec. Metro Selatan Kota Metro. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 2(1), 5–10. Retrieved from <http://www.jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/wacana/article/view/39>
- Park, M., Katon, W. J., & Wolf, F. M. (2013). Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: A meta-analysis and systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 217–225. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.01.006>
- Penckofer, S., Quinn, L., Byrn, M., Ferrans, C., Miller, M., & Strange, P. (2012). Does glycemic variability impact mood and quality of life? *Diabetes Technology and Therapeutics*, 14(4), 303–310. <https://doi.org/10.1089/dia.2011.0191>
- Purba, F. D., Hunfeld, J. A. M., Iskandarsyah, A., Fitriana, T. S., Sadarjoen, S. S., Passchier, J., & Busschbach, J. J. V. (2018). Quality of life of the Indonesian general population: Test-retest reliability and population norms of the EQ-5D-5L and WHOQOL-BREF. *PLoS ONE*, 13(5), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197098>
- Rantung, J., Yetti, K., & Herawati, T. (2015). Hubungan self-care dengan kualitas hidup pasien diabetes mellitus (DM) di Persatuan Diabetes Indonesia (Persadia) Cabang Cimahi. *Jurnal Skolastik Keperawatan*, 1(01), 38–51. <https://doi.org/10.35974/jsk.v1i01.17>
- Rodríguez Calvín, J. L., Zapatero Gaviria, A., & Martín Ríos, M. D. (2015).

- Prevalence of depression in type 2 diabetes mellitus. *Revista Clínica Española (English Edition)*, 215(3), 156–164.
<https://doi.org/10.1016/j.rceng.2014.12.001>
- Setyowibowo, H., Hunfeld, J. A. M., Iskandarsyah, A., Yudiana, W., Passchier, J., Sadarjoen, S. S., ... Sijbrandij, M. (2020). A self-help intervention for reducing time to diagnosis in Indonesian women with breast cancer symptoms. *Psycho-Oncology*, 29(4), 696–702.
<https://doi.org/10.1002/pon.5316>
- Suastika, K., Dwipayana, P., Saraswati, I. M. R., Kuswardhani, T., Astika, N., Putrawan, I. B., ... Taniguchi, H. (2011). Relationship between age and metabolic disorders in the population of Bali. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 2(2), 47–52.
<https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2011.03.001>
- Supriati, L., Nasution, T. H., & Ilmansyah, F. A. (2016). Hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada pasien diabetes mellitus di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik. *Majalah Kesehatan FKUB*, 3(4), 183–189.
- Susanto, T., Rasny, H., Susumaningrum, L. A., Yunanto, R. A., & Nur, K. R. M. (2019). Prevalence of hypertension and predictive factors of self-efficacy among elderly people with hypertension in institutional-based rehabilitation in Indonesia. *Kontak*, 21(1), 14–21.
<https://doi.org/10.32725/kont.2018.007>
- Tamara, E., Bayhakki, & Nauli, F. A. (2014). Hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas Hidup pasien diabetes mellitus tipe II di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau*, 1(2), 1–7. Retrieved from <https://media.neliti.com/media/publications/188308-ID-hubungan-antara-dukungan-keluarga-dan-ku.pdf>
- Trisnawati, S. K., & Setyorogo, S. (2013). Faktor risiko kejadian diabetes melitus tipe II di puskesmas kecamatan Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 5(1), 6–11. Retrieved from https://www.academia.edu/download/57531475/Jurnal_kesehatan_DM_epid_non_PDF_1_.pdf
- Vallance, J. K., Winkler, E. A. H., Gardiner, P. A., Healy, G. N., Lynch, B. M., & Owen, N. (2011). Associations of objectively-assessed physical activity and sedentary time with depression: NHANES (2005–2006). *Preventive Medicine*, 53(4–5), 284–288.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.07.013>
- van Dooren, F. E. P., Nefs, G., Schram, M. T., Verhey, F. R. J., Denollet, J., & Pouwer, F. (2013). Depression and Risk of Mortality in People with Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 8(3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057058>
- Walders-Abramson, N. (2013). Depression and quality of life in youth-onset type 2 diabetes mellitus. *Current Diabetes Reports*, 14(1), 449.
<https://doi.org/10.1007/s11892-013-0449-x>
- Wang, J., He, M., & Zhao, X. (2015). Depressive symptoms, family functioning and quality of life in Chinese patients with type 2 Diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 39(6), 507–512.
<https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2015.06.001>
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version, December 1996*. Geneva:

- World Health Organization. Retrieved from World Health Organization website:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2020). Depression: Definition. Retrieved December 16, 2020, from <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>
- World Health Organization. (2021). WHOQOL: Measuring quality of life. Retrieved January 15, 2021, from <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Zainuddin, M., Utomo, W., & Herlina. (2015). Hubungan stres dengan kualitas hidup penderita diabetes mellitus tipe 2. *Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau*, 2(1), 890–898. Retrieved from <https://media.neliti.com/media/publications/188387-ID-hubungan-stres-dengan-kualitas-hidup-pen.pdf>