

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kualitas Hidup**

##### **1. Definisi Kualitas Hidup**

Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL, 1996) didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan keinginan. Definisi ini berhubungan dengan kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi dan hubungan individu dengan lingkungan.

Kualitas hidup menurut Curtis (2000) didefinisikan sebagai penilaian yang dirasakan individu tentang bagaimana individu puas dengan kehidupannya termasuk tentang kesehatan dan status kesehatan fisik individu yang sebenarnya. Kualitas hidup menunjukkan sejauh mana penilaian individu terhadap kepuasan dan kebermaknaan kehidupan mereka (Sarafino dan Smith, 2011).

Renwick, Brown, dan Nagler (1996) mengemukakan kualitas hidup dari sudut pandang individu terhadap kepuasan, kebahagiaan, moral, dan kesejahteraan hidupnya. Kualitas hidup sebagai evaluasi subjektif dan objektif terhadap kesejahteraan fisik, material, sosial, dan emosional, serta pengembangan dan aktivitas individu sesuai dengan nilai hidup yang dianut. Evaluasi objektif berupa deskripsi kondisi hidup individu yaitu kesehatan, pendapatan, perumahan, jaringan teman, kegiatan dan aktivitas sosial. Evaluasi subjektif berhubungan dengan kepuasan pribadi terhadap kondisi kehidupan. Signifikansi keduanya

ditafsirkan dalam kaitannya dengan nilai atau pentingnya tempat individu pada masing-masing wilayah yang bersangkutan

Dari pemaparan beberapa pendapat tokoh tersebut dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai kepuasan, kebermaknaan dan kesejahteraan hidup terhadap tujuan, harapan, standar, dan keinginan individu. Kualitas hidup sebagai evaluasi subjektif dan objektif terhadap kesejahteraan fisik, material, sosial, dan emosional, serta pengembangan dan aktivitas individu sesuai dengan nilai hidup yang dianut.

## **2. Aspek-Aspek Kualitas Hidup**

Aspek dilihat dari seluruh kualitas hidup dan kesehatan secara umum (WHOQOL-BREF, 1996).

### **a. Kesehatan fisik**

Kesehatan fisik meliputi aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat dan perawatan medis, tingkat energi dan kelelahan, mobilitas, nyeri dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas bekerja. Mustapha, Hossain dan Loughlin (2014) mengungkapkan bahwa DM mempengaruhi kesehatan fisik penderita. Pengelolaan penyakit, perawatan diri, dan manajemen sakit efektif untuk meningkatkan kualitas hidup penderita.

### **b. Psikologis**

Psikologis meliputi citra tubuh dan penampilan, perasaan negatif, perasaan positif, harga diri, spiritualitas, serta berpikir, belajar, memori dan konsentrasi. Kusumadewi (2011) mengungkapkan bahwa terdapat

hubungan antara stresor harian, optimisme, regulasi diri dengan kualitas hidup individu pada penderita diabetes melitus tipe 2.

c. Hubungan sosial

Hubungan sosial meliputi hubungan pribadi, kehidupan sosial dan aktivitas seksual. Tang, Brown, Funnell, dan Anderson (2008) mengungkapkan bahwa dukungan sosial berperan dalam kualitas hidup penderita DM tipe 2 dalam praktik kehidupan dan manajemen diri.

d. Lingkungan

Lingkungan meliputi sumber keuangan; kebebasan, keamanan fisik dan keamanan; perawatan kesehatan dan sosial (aksesibilitas dan kualitas); lingkungan rumah; peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru; partisipasi dan peluang untuk rekreasi / olahraga; lingkungan fisik (polusi / suara / lalu lintas / iklim); dan transportasi. Rubin dan Peyrot (1999) mengungkapkan bahwa kualitas hidup pada penderita DM dapat ditingkatkan dengan intervensi tertentu, termasuk pengenalan glukosa darah, perubahan sistem pengiriman insulin, serta program pendidikan dan konseling yang dirancang untuk memfasilitasi pengembangan keterampilan mengatasi DM.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat empat aspek kualitas hidup. Aspek-aspek tersebut adalah kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan aspek kualitas hidup dari WHOQOL-BREF untuk mengukur kualitas hidup pada penderita DM dengan komplikasi.

### 3. Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Terdapat penelitian-penelitian yang berkaitan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, yaitu:

- a. Dukungan sosial. Tang, Brown, Funnell, dan Anderson (2008) mengungkapkan bahwa dukungan sosial, pemantauan glukosa darah, perencanaan makan yang sehat dan melakukan aktivitas fisik minimal 30 menit perhari berperan terhadap kualitas hidup penderita DM tipe 2.
- b. Faktor Medis terdiri dari tipe dan lamanya DM, serangkaian aturan tritmen, tingkat kadar gula darah, komplikasi penyakit, penggunaan insulin dan lamanya penyakit (Kusumadewi dan Retnowati dalam Raudatussalamah dan Ahyani, 2012). Wandell (2005) mengungkapkan bahwa kualitas hidup berpengaruh terhadap pasien DM dengan komplikasi makrovaskular.
- c. Faktor Psikologis terdiri dari stres, emosi negatif, perasaan tidak berdaya, strategi koping, regulasi diri, dan kepribadian seperti efikasi dan optimisme (Kusumadewi dan Retnowati dalam Raudatussalamah dan Ahyani, 2012). Young dan Unachukwu (2012) mengungkapkan bahwa penderita DM melitus mengalami stres dan depresi sehingga memiliki kualitas hidup yang buruk.
- d. Faktor Demografis terdiri dari jenis kelamin, usia, status pendidikan, sosial ekonomi dan perkawinan (Kusumadewi dan Retnowati dalam Raudatussalamah dan Ahyani, 2012). Yusra (2011) mengungkapkan

bahwa usia, tingkat pendidikan, dan komplikasi dari DM melitus dapat mempengaruhi kualitas hidup.

- e. Program pendidikan dan konseling. Rubin dan Peyrot (1999) mengungkapkan bahwa program pendidikan dan konseling yang dirancang untuk memfasilitasi pengembangan keterampilan mengatasi DM dapat meningkatkan kualitas hidup.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat lima faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup. Faktor-faktor tersebut adalah dukungan sosial, faktor medis, faktor psikologis, faktor demografis, program pendidikan dan konseling.

## **B. Dukungan Sosial**

### **1. Definisi Dukungan Sosial**

Dukungan sosial dapat meningkatkan kesehatan (Cutrona, Gardner, dan Uchino, dalam Sarafino dan Smith, 2011). Sarason (dalam Kumalasari dan Ahyani, 2012) mengatakan bahwa dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi.

Rook dan Ritter (dalam Smet 1994) menganggap dukungan sosial sebagai satu diantara fungsi pertalian (ikatan) sosial, yang mencakup dukungan emosional, mendorong adanya ungkapan perasaan, pemberian nasehat atau informasi, pemberian bantuan materil. Ikatan-ikatan sosial menggambarkan tingkat dan kualitas umum dari hubungan interpersonal yang melindungi orang-orang terhadap konsekuensi negatif dan stress.

Dari beberapa pendapat tokoh dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial merupakan keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menyanyangi, dan peduli.

## **2. Komponen Dukungan sosial**

Weiss (dalam Cutrona dkk, 1994) mengatakan bahwa dukungan sosial terbagi menjadi enam komponen yang terdiri dari:

- a. Bimbingan (*Guidance*) adalah dukungan sosial berupa nasehat dan informasi dari sumber yang dapat dipercaya. Bimbingan ini bisa didapatkan dari orang tua, teman-teman dan pasangan.
- b. Hubungan yang dapat diandalkan (*Reliable Alliance*) merupakan bantuan nyata yang diterima individu dari orang lain yang menurutnya orang tersebut dapat diandalkan dan dipercaya. Individu yang menerima bantuan ini akan merasa tenang karena menyadari ada orang yang dapat diandalkan untuk menolongnya bila menghadapi masalah dan kesulitan.
- c. Kelekatan (*Attachment*) berupa pengekspression dari kasih sayang dan cinta yang diterima individu yang dapat memberikan rasa aman kepada individu yang menerima.
- d. Pengakuan atau Penghargaan (*Reassurance of worth*) terhadap kemampuan dan kualitas individu. Dukungan ini akan membuat individu merasa dirinya diterima dan dihargai.
- e. Integrasi Sosial (*Social integration*) berupa kesamaan minat dan perhatian dalam suatu kelompok. Dukungan ini memungkinkan individu merasa dimiliki dalam suatu kelompok.

- f. Kesempatan Memberikan Pengasuhan (*Opportunity to provide nurturance*). Dukungan ini akan menimbulkan perasaan dalam diri individu bahwa individu tersebut dibutuhkan dan bertanggung jawab terhadap kesejahteraan orang lain.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat enam komponen kualitas hidup. Komponen-komponen tersebut adalah bimbingan, hubungan yang dapat diandalkan, kelekatan, pengakuan atau penghargaan, integrasi sosial, dan kesempatan memberikan pengasuhan. Untuk mengukur dukungan sosial, peneliti menyusun alat ukur berupa skala dukungan sosial berdasarkan keenam komponen dukungan sosial dari Weiss.

### **3. Jenis Dukungan Sosial**

Sarason, Sarason, dan Pierce (dalam Hlebec, Mrzel, dan Kogovšek, 2009) mengatakan bahwa terdapat dua jenis dukungan sosial, yaitu:

- a. Dukungan Sosial yang Diterima (*Received Social Support*) yaitu dukungan yang didapatkan dari orang lain atau dukungan yang diberlakukan.
- b. Dukungan Sosial yang Diharapkan (*Perceived Social Support*) merupakan bagian dari dukungan penilaian yang mengacu pada persepsi bahwa dukungan sosial tersedia bila diperlukan.

Sarason (dalam Kumalasari dan Ahyani, 2012) mengatakan bahwa dukungan sosial bukan sekedar memberikan bantuan, namun yang penting adalah bagaimana persepsi si penerima terhadap makna dari bantuan itu. Hal tersebut erat hubungannya dengan ketepatan dukungan sosial yang diberikan, dalam artian

bahwa orang yang menerima sangat merasakan manfaat bantuan bagi dirinya, karena sesuatu yang aktual dan memberikan kepuasan.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat dua jenis dukungan sosial yaitu dukungan sosial yang diterima (*received social support*) dan dukungan sosial yang diharapkan (*perceived social support*). Kedua jenis tersebut sangat diperlukan karena dengan adanya *received* dan *perceived social support* individu akan lebih merasakan manfaat dari dukungan sosial tersebut.

### **C. Penderita Diabetes Melitus dengan Komplikasi**

Diabetes Melitus (DM) merupakan gangguan metabolisme yang ditandai dengan defisiensi insulin absolut maupun relatif atau resistensi insulin (atau keduanya). Pada gambaran klinis, DM ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerotik dan penyakit mikroangiopati pembuluh darah, dan neuropati (Price dan Wilson, 2012). WHO (1999) mendefinisikan DM sebagai gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemia kronik dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang dihasilkan dari kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya (WHO, 1999).

Gejala tipikal yang sering dirasakan penderita DM antara lain poliuria (sering buang air kecil), polidipsia (sering haus), polifagia (banyak makan / mudah lapar), penglihatan kabur, koordinasi gerak anggota tubuh terganggu, kesemutan pada tangan atau kaki, pruritus (gatal-gatal), dan berat badan menurun tanpa sebab yang jelas (Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan Republik

Indonesia, 2005). Efek jangka panjang dari DM dapat menimbulkan berbagai komplikasi seperti retinopati dengan kebutaan potensial, nefropati yang dapat menyebabkan gagal ginjal, dan/atau neuropati dengan risiko ulkus kaki, amputasi, sendi charcot, dan fitur disfungsi otonom, termasuk disfungsi seksual. Penderita DM memiliki peningkatan risiko kardiovaskular, pembuluh darah perifer dan serebrovaskular penyakit (WHO, 1999).

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa penderita DM dengan komplikasi adalah individu yang memiliki kadar gula darah atau hiperglikemia tinggi dan mengalami kerusakan jangka panjang, disfungsi dan kegagalan berbagai organ yang diakibatkan dari tingginya hiperglikemia tersebut.

#### **D. Kerangka Berpikir**

Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu penyakit yang dapat menyebabkan kematian. DM biasanya terjadi pada orang dewasa, namun akhir-akhir ini telah banyak dijumpai pada anak-anak. Selain karena faktor genetik, DM juga disebabkan karena obesitas dan kurangnya aktivitas fisik. Penyebab-penyebab tersebut merupakan hal-hal sepele yang jarang diperhatikan oleh masyarakat.

Pada awalnya DM tidak menimbulkan masalah yang serius pada kesehatan, namun apabila tidak segera ditangani penyakit DM ini akan semakin memperburuk kesehatan dan menyebabkan kondisi kronis. Seiring berjalannya waktu, DM dapat merusak jantung, pembuluh darah, mata, ginjal, dan saraf sehingga penderita mengalami komplikasi dari DM. Penderita DM dapat

mengalami kebutaan, lumpuh bahkan dapat meningkatkan risiko penyakit jantung dan stroke yang merupakan penyakit mematikan pertama di dunia.

Berbagai komplikasi yang dihadapi penderita DM dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan psikologis. Penderita akan mengalami perubahan fisik dan masalah psikologis. Perubahan fisik yang dialami dapat mengganggu pola hidup dan keberfungsian diri baik secara interpersonal, sosial, dan pekerjaan (Yusra, 2011; Kusumadewi, 2012). Penderita DM dengan komplikasi juga akan mengalami masalah psikologis berupa depresi, kecemasan, gangguan makan, ketergantungan pada alkohol dan nikotin, gangguan penyesuaian, gangguan kepribadian, dan disfungsi kognitif (Petra, 2005); Young dan Unachukwu, 2012). Masalah fisik dan psikologis yang dialami penderita DM dengan komplikasi dapat mempengaruhi kualitas hidupnya.

Penderita DM dengan komplikasi memiliki kualitas hidup yang rendah. Komplikasi memiliki dampak yang cukup besar terhadap kualitas hidup penderita. Dampak psikologis seperti depresi dan kecemasan merupakan gejala umum yang dialami pada penderita DM, namun pada penderita DM dengan komplikasi dampak tersebut menunjukkan gejala yang lebih parah bahkan mengalami gangguan mental ringan (Wandel, 2005). Hal ini dapat dikatakan bahwa penderita DM tanpa komplikasi memiliki kualitas hidup yang rendah apalagi jika diiringi komplikasi maka kualitas hidup akan semakin rendah. Kualitas hidup yang rendah mengakibatkan penderita sulit untuk beradaptasi, melaksanakan aktivitas, mengelola penyakit, dan memiliki strategi koping yang salah yang mengakibatkan kesehatannya semakin menurun.

Kualitas hidup sangat penting bagi penderita DM karena dengan adanya kualitas hidup yang baik, penderita dapat mengelola penyakit dan menjaga kesehatan dengan baik sehingga mendapatkan kesejahteraan dalam hidupnya. Salah satu aspek yang dapat mempengaruhi kualitas hidup adalah dukungan sosial. Dukungan sosial merupakan keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menyayangi, dan peduli yang dapat memberikan manfaat bagi individu. Dukungan sosial dapat berupa dukungan sosial yang diterima (dukungan yang didapatkan dari orang lain) dan dukungan sosial yang diharapkan (penilaian yang mengacu pada persepsi bahwa dukungan sosial tersedia bila diperlukan) (Sarason, Sarason, dan Pierce, dalam Hlebec, Mrzel, dan Kogovšek, 2009). Penderita DM dengan komplikasi memerlukan keduanya karena dukungan sosial bukan hanya sekedar individu menerima bantuan yang diberikan, namun ketetapan bantuan yang diberikan. Dukungan sosial mengacu pada penerima merasakan manfaat dari yang diberikan sehingga merasakan kepuasan dan berpengaruh terhadap diri penerima tersebut.

Dukungan sosial dapat mengurangi perasaan dan pandangan negatif terhadap berbagai masalah. Cohen, Underwood, dan Gottlieb (2000) mengatakan bahwa dukungan sosial dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. Pendapat ini didukung oleh Sarafino dan Smith (2011) yang mengatakan bahwa dukungan sosial mempengaruhi kesehatan melalui pemberian efek dan cara pandang positif kepada penderita sehingga dapat mengurangi stres dan meningkatkan kualitas hidup penderita. Cara pandang yang positif ini kemudian

akan menimbulkan keyakinan bahwa dirinya mampu menghadapi berbagai masalah yang dialami.

Individu yang mendapatkan dukungan sosial akan memiliki keyakinan bahwa segala sesuatu akan berjalan ke arah yang lebih baik. Individu berkeyakinan bahwa masalah tersebut adalah sebuah tantangan dan harus dijalani. Individu akan memandang bahwa penyakit DM dengan komplikasi ini adalah suatu ujian dan takdir yang tidak dapat ditolak kedatangannya. Keyakinan dan pandangan ini akan menimbulkan suatu perilaku positif yang berhubungan dengan kesehatan sehingga tercapainya suatu tujuan yaitu peningkatan kualitas hidup.

Individu yang mendapatkan dukungan sosial baik berupa saran, nasehat, bantuan, kasih sayang, cinta, penghargaan, perhatian, dan tanggung jawab dari orang lain akan membuat dirinya merasa tenang, dipercaya, dihargai, berarti, dan bernilai. Perasaan-perasaan tersebut dapat mengurangi dampak fisik dan psikologis dari penyakit yang diderita. Penderita akan lebih patuh dalam melaksanakan tritmen dan pengobatan, menjaga kondisi fisik maupun psikologis. Psikologis dan fisik yang baik menunjukkan kualitas hidup yang baik juga. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan sosial dapat menghasilkan kesehatan yang baik seiring dengan peningkatan kualitas hidup penderita DM dengan komplikasi.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup. Dukungan sosial menjadi sangat penting, karena dengan adanya dukungan sosial akan membuat penderita merasa dihargai, dicintai dan memiliki keyakinan bahwa dirinya mampu menghadapi berbagai permasalahan yang berhubungan dengan

penyakitnya sehingga penderita dapat menjalani peran dan aktivitasnya dengan baik dan maksimal sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya.

### **E. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis penelitian ini adalah ada hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pada penderita DM dengan komplikasi, semakin tinggi dukungan sosial penderita DM dengan komplikasi maka semakin tinggi pula kualitas hidup yang dirasakan. Semakin rendah dukungan sosial penderita DM dengan komplikasi maka semakin rendah pula kualitas hidup yang dirasakan.