**HUBUNGAN ANTARA KECEMASAN DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PENYANDANG DISABILITAS FISIK DI YOGYAKARTA**

**Galuh Kinanti Puspaningrum**

Fakultas Psikologi

Universitas Mercu Buana Yogyakarta

[kinantigaluh232@gmail.com](mailto:kinantigaluh232@gmail.com)

***ABSTRACT***

*The analysis is to known the correlation between anxiety and quality of life for physical disabilities in Yogyakarta. There is a negative correlation between anxiety and quality of life in the hypothesis on this analysis. There are 56 people as a subject in this analysis. This subject uses purposive sampling by collecting data using Quality of Life Scale and Beck Anxiety Inventory Scale. This data uses correlation of product moment from Pearson using SPSS program, 21.0 version. According the result of this analysis, it can be known correlation coefficient (rxy) of hypothesis = -762 (p = 0,000, p < 0,005). This result shows that there is negative significance correlation between anxiety and quality of life for physical disabilities in Yogyakarta. Hypotesis on this analysis shows determination coefficient (R2) which gets total amount effective contribution 0,581 or 58,1% of anxiety for quality of life and the rest of it 41,9% is affected by other factors.*

***Keywords : Anxiety, Quality of Life***

**ABSTRAK**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup pada penyandang disabilitas fisik di Yogyakarta. Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup. Subjek dalam penelitian ini berjumlah 56 orang. Pengambilan subjek menggunakan *purposive sampling* dengan data dikumpulkan menggunakan Skala Kualitas Hidup dan *Beck Anxiety Inventory Scale*. Data analisis menggunakan korelasi *product moment* dari Pearson dengan program SPSS versi 21.0. Berdasarkan hasil analisis, diperoleh koefiesien korelasi (rxy) hipotesis = -762 (p = 0,000, p < 0,005). Hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan negatif yang signifikan antara kecemasan dengan kualitas hidup pada penyandang disabilitas fisik di Yogyakarta. Diterimanya hipotesis dalam penelitian ini menunjukkan koefisien determinasi (R2) yang memperoleh sumbangan efektif sebesar 0,581 atau 58,1% dari kecemasan untuk kualitas hidup dan sisanya 41,9% dipengaruhi oleh faktor-faktor lain.

**Kata kunci : Kecemasan, Kualitas Hidup**

**PENDAHULUAN**

Difabel berasal dari bahasa Inggris, yaitu *different ability* yang artinya memiliki kemampuan yang berbeda. "Kemampuan" didefinisikan sebagai keyakinan, proses, dan tindakan yang menghasilkan karakter diri dan kesan tubuh yang dipandang sempurna, sama, dan sebagai manusia utuh. Menurut WHO (*World Health Organization*) disabilitas adalah "*A retriction or inability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being, mostly resulting from inpairment.*" Definisi tersebut menyatakan bahwa penyandang disabilitas merupakan ketidakmampuan untuk melakukan sebuah aktivitas seperti manusia normal karena penurunan kemampuan yang dimiliki.

*World Health Organization* (2011) mengungkapkan sekitar 15 dari 100 orang di dunia adalah penyandang disabilitas. Antara 2-4 dari 100 orang mengalami disabilitas berat. Menurut hasil Survei Penduduk antar Sensus jumlah penduduk di Indonesia mencapai 269,6 juta jiwa dan jumlah penyandang disabilitas di Indonesia sebanyak 21,84 juta jiwa atau 8,56% penduduk Indonesia adalah penyandang disabilitas. Menurut data PUSDATIN (Pusat Data Informasi) dari Kemensos (2010), jumlah penyandang disabilitas di Indonesia sebanyak 11,580,117 orang dengan diantaranya (penyandang disabilitas fisik sebanyak 3,101,830), (penyandang disabilitas pendengaran sebanyak 2,547,626), (penyandang disabilitas mental sebanyak 1,389,614), dan (penyandang disabilitas kronis sebanyak 1,158,012).

Yogyakarta menduduki peringkat ke-3 dari seluruh provinsi di Indonesia dengan penyandang disabilitas terbanyak yaitu 33,2% dengan rentang usia (18-59 tahun) (Kemenkes RI, 2018). Adapun hak-hak penyandang disabilitas menurut Perda Kota Yogyakarta nomer 4 tahun 2019 Pasal 1 ayat 5 yang mengatakan "Pelindungan adalah segala kegiatan untuk menjamin dan memberikan kemudahan bagi Penyandang Disabilitas agar dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi secara optimal sesuai harkat dan martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari tindakan diskriminasi."

Rajati (2018) mendefinisikan disabilitas fisik sebagai "hilangnya fungsi motorik dengan keadaan yang berbeda-beda atau keterbatasan dalam bergerak dan beraktivitas yang disebabkan oleh anggota tubuh yang cacat, terjadinya kelumpuhan tubuh, atau kelainan bentuk tubuh yang disebabkan oleh kerusakan pada struktur dan fungsi tubuh. Lebih lanjut Ningsih (2014) membagi jenis-jenis disabilitas fisik meliputi 1) kelainan tubuh (tuna daksa), 2) kelainan indera penglihatan (tuna netra), 3) kelainan pendengaran (tuna rungu), dan 4) kelainan bicara (tuna wicara).

Hasil penelitian Sulaeman (dalam Tentema, 2014) akibat dari keadaan tubuh yang tidak sempurna yang disebabkan oleh kecelakaan maupun bawaan lahir, penyandang disabilitas fisik yang kurang atau tidak mampu menerima dirinya akan memiliki perilaku mengkritik diri sendiri, memandang kehidupan ini tidak adil, perasaan penolakan terhadap dirinya, dan melukai dirinya. Citra tubuh, konsep diri, dan harga diri juga dapat secara signifikan berubah bagi penyandang disabilitas (Janeković, 2003). Semua faktor tersebut dapat berkontribusi pada rendahnya kualitas hidup yang dimiliki oleh penyandang disabilitas. Sari (dalam Nuriari, 2014) mengatakan cara individu memandang dirinya mempunyai dampak penting dalam aspek psikologis yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

Penyandang disabilitas fisik juga mengalami lebih banyak keterbatasan dalam melakukan kegiatan sosial dibandingkan dengan orang normal. Dan memiliki tingkat kesejahteraan yang lebih rendah dan kualitas hidup yang relatif buruk. Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) didefinisikan sebagai pemahaman individu mengenai dirinya dalam kehidupan, budaya, sistem nilai yang berkaitan dengan tujuan hidup, dan standar yang ada. Hal-hal yang terkait dengan kualitas hidup mencakup masalah kesehatan fisik, status psikologis, kebebasan, dan lingkungan sekitar. Menurut WHOQoL–BREF (2012) terdapat empat aspek dalam kualitas hidup, antara lain, Kesehatan Fisik, Kesejahteraan Psikologis, Hubungan Sosial, dan Lingkungan.

Dari hasil wawancara yang dilakukan kepada 5 orang penyandang disabilitas fisik di Yogyakarta didapatkan hasil bahwa 4 dari 5 orang penyandang disabilitas menunjukkan kualitas hidup yang rendah. Permasalahannya antara lain tidak percaya diri akan bentuk tubuh, merasa diasingkan oleh lingkungan sosial, merasa tidak berdaya dan selalu membutuhkan oranglain, sulit menjalankan aktivitas sehari-hari, sulit tidur pada malam hari karena memikirkan masa depan, merasa cemas, tidak memiliki banyak teman, selalu merasa terancam, tidak dapat berperan aktif di lingkungan, kesulitan untuk bepergian, serta merasa malu dan takut akan penilaian oranglain.

Individu yang memiliki kualitas hidup yang baik maka akan memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang baik, serta dapat menjalankan perannya masing-masing dalam kehidupan bermasyarakat (Schag & Heinrich dalam Sarafino, 2014). Menurut Bluvol & Marilyn (dalam Primadi, 2010) seseorang yang memiliki harapan tinggi akan memiliki energi lebih untuk dapat memotivasi diri guna berperan aktif dalam penyelesaian masalah dan terus berkembang dalam kehidupan, sehingga memiliki kualitas hidup yang baik. Larasati (dalam Prastiwi 2012) juga mengatakan individu dengan kualitas hidup positif terlihat dari gambaran fisik yang selalu menjaga kesehatan, dalam aspek psikologis individu mampu meredam perasaan-perasaan negatif, hubungan sosial individu baik dalam lingkup pertemanan, terdapat dukungan dan rasa aman dari lingkungan. Selain itu individu mampu beradaptasi dengan kondisi yang dialami saat ini, memiliki perasaan kasih sayang kepada sesama dan mampu mengembangkan sikap empati. Sehingga apabila penyandang disabilitas memiliki kualitas hidup yang baik ia dapat berpartisipasi dalam kehidupan bermasyarakat serta memiliki gambaran diri yang positif.

Terdapat 3 faktor yang mempengaruhi kualitas hidup menurut Pukeliene & Starkauskiene (2011) diantaranya : Kesejahteraan Fisik (*Phsyical Well-being*), Kesejahteraan Materi (*Material Well-being*), Kesejahteraan Sosial (*Social Well-being*). Kemudian menurut WHO (2012) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup antara lain: usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan, jenis terapi yang dijalani, dukungan keluarga, dan fungsi sosial.

Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup menurut Pukeliene & Starkauskiene (2011) adalah kesejahteraan fisik. Kesejahteraan fisik meliputi faktor-faktor seperti kondisi kesehatan, kemandirian, keamanan pribadi, kondisi fisik, energi dan kelelahan, kondisi fungsional, kemampuan komunikasi, dan kondisi emosional. Menurut Sukmadinata (2003) kondisi emosional dibagi menjadi tiga: 1) Marah dan permusuhan, 2) Cemas, takut, khawatir, 3) Rasa bersalah dan rasa duka. Kecemasan dapat menjadi kendala penyesuaian psikologis pada individu dan merupakan gambaran kualitas hidup yang buruk (Nekouei, 2010).

Menurut Nevid (2005), kecemasan adalah keadaan emosional yang mempunyai ciri keterangsangan fisiologis, perasaan tegang yang menyebabkan perasaan tidak menyenangkan dan perasaan keyakinan bahwa sesuatu hal buruk akan terjadi. Gufron dan Risnawati (2015) mengartikan kecemasan sebagai pengalaman subjektif yang tidak menyenangkan mengenai kekhawatiran atau ketegangan berupa perasaan cemas, tegang, dan emosi yang dialami seseorang. Adapun aspek-aspek yang dikemukakan Nevid (2005) dalam kecemasan meliputi: Secara fisik, secara behavioral, dan secara kognitif.

Sareen (2006) mengatakan gangguan kecemasan dengan kondisi fisik dikaitkan dengan peningkatan kemungkinan kualitas hidup yang buruk pada penyandang disabilitas dibandingkan dengan kondisi fisik individu normal. Mekanisme yang mengarah pada penurunan kualitas hidup dan peningkatan disabilitas dengan gangguan kecemasan membutuhkan pertimbangan yang cermat. Gejala depresi dan kecemasan dirasakan lebih tinggi tergantung dari tingkat kecacatan yang dialami dan kualitas hidup terlihat dari beberapa domain. Penurunan terbesar dalam domain kualitas hidup yaitu emosi, menilai fungsi peran, dan fungsi sosial (Porensky, 2009).

**HIPOTESIS**

Terdapat hubungan negatif antara kecemasan dengan kualitas hidup pada penyandang disabilitas fisik di Yogyakarta. Semakin tinggi kecemasan maka semakin rendah kualitas hidup penyandang disabilitas di Yogyakarta. Sebaliknya, semakin rendah kecemasan maka semakin tinggi kualitas hidup penyandang disabilitas fisik di Yogyakarta.

**METODE**

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kualitas hidup dan variabel independen adalah kecemasan. Subjek dalam penelitian ini adalah penyandang disabilitas fisik di Yogyakarta berjumlah 56 orang. Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah Skala Kualitas Hidup dan kecemasan yang diukur dengan *Beck Anxiety Inventory Scale.*

Kualitas hidup pada penyandang disabilitas fisik akan diungkap dengan menggunakan skala WHOQOL-BREF yang diadaptasi oleh Agustin (2018) dengan reliabilitas 0.933. Aspek-aspek tersebut terdiri dari: (a) Kesehatan Fisik, meliputi nyeri, ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, tingkat energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, kapasitas dalam bekerja. (b) Kesejahteraan Psikologis, meliputi berfikir, belajar, mengingat, konsentrasi, harga diri, penampilan dan citra tubuh, perasaan negatif, perasaan positif, serta spiritualitas. (c) Hubungan Sosial seperti hubungan pribadi, aktivitas seksual, dan dukungan sosial. (d) Lingkungan seperti kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, peluang untuk memperoleh keterampilan dan informasi baru, keikutsertaan dan peluang untuk berkreasi, aktivitas di lingkungan, dan transportasi.

Kecemasan pada penyandang disabilitas fisik akan diungkap dengan menggunakan skala *Beck Anxiety Inventory* (BAI)yang diperkenalkan oleh Aaron T. Beck dan diadaptasi oleh (Kunarni, 2014) dengan reliabilitas internal untuk BAI adalah 0,92.

Masing-masing pernyataan dalam BAI menggambarkan manifestasi kecemasan yang spesifik dari aspek-aspek kecemasan yang dikemukakan oleh Nevid (2005) antara lain : (a) Aspek Fisik, meliputi merasa gugup dan gelisah, merasa lemas dan pusing, telapak tangan dan anggota tubuh berkeringat, wajah memerah, mulut dan kerongkongan terasa kering, jantung berdebar, tangan dan anggota tubuh gemetar, kesulitan bernafas, (b) Aspek Kognitif meliputi ketakutan akan suatu hal buruk akan terjadi, merasa cemas dan was-was, berpikir tentang hal mengganggu yang sama secara berulang-ulang, ketakutan dan ketidakmampuan dalam mengatasi masalah, (c) Aspek Perilaku meliputi perilaku menghindar dan terguncang.

Pengujian hipotesis pada penelitian ini menggunakan analisis korelasi *product moment* yang dikembangkan oleh *Pearson* untuk menguji hubungan antara kecemasan dengan kualitas hidup. Peneliti menggunakan teknik analisis ini karena analisis *product moment* sesuai untuk menguji hipotesis mengenai hubungan antara 2 variabel (Sugiyono, 2016). Analisis data dilakukan dengan menggunakan bantuan program analisis SPSS (*Statistical Package for The Social Sciences*) versi 21.0 *for windows*.

**HASIL**

Dari penelitian ini diperoleh karakteristik subjek sebagai berikut :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rentang Usia | N | Persentase |
| 18-30 tahun | 22 | 39,3% |
| 31-45 tahun | 24 | 42,9% |
| 46-59 tahun | 10 | 17,9% |
| Total | 56 | 100% |

Penyandang disabilitas fisik dengan rentang usia 18-30 tahun berjumlah 22 orang (39,3%), usia 31-45 tahun berjumlah 24 orang (42,9%), dan usia 46-59 tahun berjumlah 10 orang (17,9%).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jenis Kelamin | N | Persentase |
| Laki-Laki | 42 | 75% |
| Perempuan | 14 | 25% |
| Total | 56 | 100% |

Penyandang disabilitas fisik dengan jenis kelamin laki-laki berjumlah 42 orang (75%) dan penyandang disabilitas fisik dengan jenis kelamin perempuan berjumlah 14 orang (25%).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jenis Disabilitas | N | Persentase |
| Tuna Daksa | 27 | 48,2% |
| Tuna Netra | 6 | 10,7% |
| Tuna Rungu | 13 | 23,2% |
| Tuna Wicara | 10 | 17,9% |
| Total | 56 | 100% |

Penyandang disabilitas fisik dengan jenis disabilitas Tuna Daksa berjumlah 27 orang (48,2%), Tuna Netra berjumlah 6 orang (10,7%), Tuna Rungu berjumlah 13 orang (23,2%), dan Tuna Wicara berjumlah 10 orang (17,9%).

Data penelitian yang diperoleh dari skala kecemasan dan kualitas hidup digunakan sebagai dasar untuk pengujian hipotesis dengan menggunakan skor hipotetik dan empirik. Data skor hipotetik dan skor empirik yang dideskripsikan berisikan fungsi-fungsi statistika dasar, diantaranya skor minimum, maksimum, jarak sebaran (*range*), standar deviasi dan rata-rata (*mean*).

Tabel 1

Deskripsi Data Penelitian Hipotetik

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variabel | N | Data Hipotetik | | | |
| Mean | Skor | | SD | SD |
| Min | Max |
| Kualitas Hidup | 56 | 126,5 | 23 | 115 | 15,33 | 16,428 |

Berdasarkan tabel 1 Skala Kualitas Hidup diperoleh data hipotetik dengan skor minimum subjek yaitu = 1 x 23 = 23 dan skor maksimum 5 x 23 = 115, rata-rata hipotetik (115 + 23) : 2 = 126,5, jarak sebaran hipotetik 115 – 23 = 92 dan standar deviasi (115 – 23) : 6 = 15,33.

Tabel 2

Deskripsi Data Penelitian Empirik

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variabel | N | Data Empirik | | | |
| Mean | Skor | | SD |
| Min | Max |
| Kualitas Hidup | 56 | 72,95 | 45 | 114 | 16,428 |

Berdasarkan tabel 2, hasil analisis dari data empirik skala kualitas hidup diperoleh skor minimum 45 dan skor maksimum 114 dengan rata-rata empirik 72,95 dan standar deviasi 16, 428.

Sebelum melakukan uji hipotesis, terdapat beberapa persyaratan mutlak yang harus terpenuhi (Hadi, 2016). Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan uji normalitas dan liniearitas atas data penelitian yang ada.

Tabel 3

Uji Normalitas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Variabel | KS\_Z | Sig. (p) | Keterangan |
| Kualitas Hidup | 0.154 | .002 | Tidak Normal |
| Kecemasan | 0.147 | .004 | Tidak Normal |

Berdasarkan tabel 3 hasil uji normalitas variabel kualitas hidup diperoleh KS-Z = 0,154 dengan p = 0,002 dan variabel kecemasan diperoleh KS-Z = 0,147 dengan p = 0,004. Data tersebut menunjukkan bahwa skor variabel kualitas hidup dan kecemasan terdistribusi tidak normal.

Menurut Hadi (2016) jika jumlah subjek di dalam penelitian N > 30, maka data dikatakan terdistribusi normal. Jika N > 30 maka data tetap mendekati distribusi normal apapun bentuk awal distribusinya. Maka dari itu, variabel kualitas hidup dan kecemasan dapat digunakan pada langkah selanjutnya yaitu uji linearitas dan uji hipotesis karena jumlah subjek dalam penelitian N = 56 dimana (N > 30).

Tabel 4

Uji Linearitas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Variabel | F | Sig. (p) | Keterangan |
| Kualitas Hidup \* Kecemasan | 80.660 | 0.000 | Linier |

Berdasarkan tabel 4 hasil analisis yang dilakukan terhadap kedua variabel diperoleh F = 80,660 (p = 0,000 dimana p < 0,050). Hal ini menunjukkan bahwa hubungan antara kualitas hidup dengan kecemasan merupakan hubungan yang linier.

Berdasarkan hasil analisis korelasi p*roduct moment* (*Pearson Correlation*) diperoleh koefisien korelasi (rxy) = -0,762 (p = 0,000 dengan p < 0,050) berarti menunjukkan adanya hubungan negatif antara kecemasan dengan kualitas hidup. Semakin tinggi kecemasan maka semakin rendah kualitas hidup dan sebaliknya semakin rendah kecemasan maka semakin tinggi kualitas hidup. Berdasarkan hasil tersebut maka hipotesis dalam penelitian ini dinyatakan terbukti atau diterima.

Tabel 5

Kategorisasi Kualitas Hidup

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kategori | N | Persentase |
| Tinggi | 56 | 100% |
| Sedang | 0 | - |
| Rendah | 0 | - |
| Total | 56 | 100% |

Berdasarkan hasil kategorisasi data kualitas hidup diketahui bahwa subjek penelitian yang berada dalam kategori tinggi sebanyak 56 orang (100%). Hal ini menunjukkan bahwa semua subjek dalam penelitian memiliki kualitas hidup dengan kategori tinggi.

Tabel 6

Kategorisasi Kecemasan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kategori | N | Persentase |
| BERAT | 7 | 12,5% |
| Sedang | 33 | 58,93% |
| RIngan | 16 | 28,57 |
| Total | 56 | 100% |

Berdasarkan hasil kategorisasi data kecemasan, diketahui bahwa subjek penelitian yang berada dalam kategori berat sebanyak 7 orang (12,5%), kategori sedang sebanyak 33 orang (58,93%), dan kategori ringan sebanyak 16 orang (28,57%). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas subjek dalam penelitian ini memiliki kecemasan dengan kategori sedang.

**PEMBAHASAN**

Diterimanya hipotesis dalam penelitian ini menunjukkan bahwa kecemasan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Cahyani (2016) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh negatif dan signifikan antara kecemasan dengan kualitas hidup. Kondisi ini menunjukkan bahwa apabila semakin tinggi kecemasan maka semakin rendah kualitas hidup dan apabila semakin rendah kecemasan maka semakin tinggi kualitas hidupnya. Penyandang disabilitas yang mengalami gangguan pada kondisi fisik memiliki kualitas hidup yang buruk dibandingkan dengan individu normal. Menurut Hanna (2012) kontribusi kecemasan membawa pengaruh signifikan terhadap buruknya kualitas hidup. Seseorang dengan kecemasan tinggi dan kualitas hidup yang rendah akan berpengaruh pada kesejahteraan hidup secara keseluruhan.

Gejala kecemasan dirasakan lebih tinggi pada penyandang disabilitas dan mempengaruhi penurunan kualitas hidup (Sareen, 2006). Hal ini didukung oleh penelitian Kusumadewi (dalam Thohari 2017) yang mengungkapkan selain fungsi fisik yang terganggu, perasaan cemas dan mudah tersinggung juga menimbulkan keterbatasan dalam aktivitas sosial yang mengakibatkan penyandang disabilitas kurang sejahtera dan berdampak buruk terhadap kualitas hidupnya. Hal ini menunjukkan bahwa kecemasan menunjukkan hubungan yang negatif terhadap kualitas hidup.

Adapun riset yang dilakukan oleh Hen-Hsin Tung, Anita Hunter dan Jen Wei menyebutkan bahwa terdapat korelasi antara kecemasan, koping, dan kualitas hidup dimana kecemasan cenderung meningkat ketika individu tidak memiliki koping yang baik (Notoatmodjo, 2003). Kecemasan ringan berkaitan dengan kualitas hidup. Berdasarkan hasil penelitian ini kategorisasi kualitas hidup pada subjek menunjukkan 100% penyandang disabilitas di Yogyakarta termasuk dalam kualitas hidup tinggi. Jika penyandang disabilitas berada dalam kategori tinggi, maka kehidupan individu mengarah pada keadaan yang sejahtera, sebaliknya jika penyandang disabilitas memiliki kualitas hidup rendah maka kehidupan individu, maka kehidupan individu tersebut mengarah pada keadaan yang tidak sejahtera (Brown, 2004).

Hasil analisis data penelitian ini menunjukkan koefisien determinasi (R2) sebesar 0,581 yang menunjukkan bahwa sumbangan efektif kecemasan terhadap kualitas hidup sebesar 58,1% sementara 41,9% sisanya dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini seperti kondisi kesehatan, kemandirian, kondisi fisik, kualitas tidur, kondisi keuangan, pekerjaan, kesejahteraan, keluarga, kehidupan sosial, dan hubungan sosial (Pukeliene & Starkauskiene 2011). Skevington (2004) mengungkapkan terdapat tiga hal yang berperan menentukan kualitas hidup yaitu mobilitas, kejiwaan, dan depresi.

**KESIMPULAN**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hipotesis yang diajukan peneliti yaitu terdapat hubungan negatif antara kualitas hidup dengan kecemasan pada penyandang disabilitas di Yogyakarta. Semakin tinggi nilai kecemasan maka akan semakin tinggi kualitas hidup penyandang disabilitas di Yogyakarta. Sebaliknya semakin rendah nilai kecemasan maka akan semakin tinggi kualitas hidup penyandang disabilitas di Yogyakarta.

Dari hasil kategorisasi dapat diketahui bahwa semua subjek dalam penelitian ini memiliki kualitas hidup dalam kategori tinggi dengan persentase 100% (56 subjek). Untuk kategorisasi kecemasan, penyandang disabilitas di Yogyakarta mayoritas berada dalam kategori sedang dengan persentase 58,93% (33 subjek), dalam kategori berat 12,5 (7 subjek), dan dalam kategori ringan 28,75 (16 subjek). Diterimanya hipotesis dalam penelitian ini menunjukkan variabel kecemasan memberikan sumbangan efektif terhadap kualitas hidup sebesar 58,1% dan sisanya 41,9% dipengaruhi oleh faktor-faktor lainnya yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Menurut Skevington (2004) terdapat tiga hal yang berperan menentukan kualitas hidup yaitu mobilitas, kejiwaan, serta depresi.

Kelemahan dalam penelitian ini adalah tidak dapat membagi jumlah subjek dalam jenis penyandang disabilitas fisik secara merata. Dan pembagian wilayah di Yogyakarta juga belum merata.

**SARAN**

Bagi penyandang disabilitas disarankan untuk mempertahankan kualitas hidup yang sudah termasuk dalam kategori tinggi. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti, kecemasan memberikan sumbangan terhadap kualitas hidup sebanyak 58,1% sehingga bagi peneliti selanjutnya yang tertarik untuk meneliti kualitas hidup dapat menambahkan faktor-faktor lainnya yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seperti mobilitas, kejiwaan, dan depresi.

**REFERENSI**

Agustin, L. (2018). Hubungan antara Spiritual dengan Kualitas Hidup pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Yogyakarta: Universitas Islam Indonesia.

Azwar, S. (2014). Reliabilitas dan Validitas Edisi 4. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Brown, Jackie, et all. (2004). Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of The Literatur. European Forum on Population Ageing Research. Page: 6(8), 46.

Cahyani, N. D., Tyaswati, J. E., & Rachmawati, D. A. (2016). Hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) yang Menjalani Hemodialisis di RSD dr. Soebandi Jember. Pustaka Kesehatan, 4(2), 210-217.

Hanna, K. K., & Cronin-Golomb, A. (2012). Impact of Anxiety on Quality of Life in Parkinson's Disease. Parkinson’s Disease, 20(1), 140-148.

Hadi, S. (2016). Metodologi Research Jilid 4. Pustaka Pelajar : Yogyakarta.

Janeković, K. (2003). Comparative Research on Substance Abuse and Self-perception among Adolescents with Physical Handicap. Collegium Antropologicum, 27(2), 479-489.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2018). Infodatin-Disabilitas www.kemkes.go.id/infodatin-disabilitas (diunduh pada 4 April 2020)

Kementerian Sosial Republik Indonesia, (2010). Jumlah Penyandang Disabilitas di Indonesia.pusdatin.kemsos.go.id (diunduh pada 4 April 2020)

Kunarni, S. (2014). Pengaruh Meditasi Dzikir untuk Menurunkan Kecemasan pada Narapidana Wanita Menjelang Masa Bebas. Semarang : Institut Agama Islam Negeri Walisongo.

Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2005). Psikologi Abnormal. Jakarta: Erlangga.

Ningsih, E. R. (2014). Mainstreaming Isu Disabilitas di Masyarakat dalam Kegiatan Penelitian maupun Pengabdian Masyarakat di STAIN Kudus. Jurnal Penelitian, 8(1), 71-92.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). Metode Penelitian Kesehatan, Cetakan II, Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.

Nuriari, N. (2014). Citra Tubuh, Harga Diri, dan Kepercayaan Diri dengan Kualitas Hidup Wanita Menopause. Jurnal Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar , 1(2), 79-87.

Peraturan Daerah (PERDA) Kota Yogyakarta. (2019). Pemajuan, Perlindungan, dan Pemenuhan Hak-hak Penyandang Disabilitas HYPERLINK "https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/108357/perda-kota-yogyakarta-no-4-tahun-2019" https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/108357/perda-kota-yogyakarta-no-4-tahun-2019 (Diunduh pada 4 April 2020)

Porensky, E. K., Dew, M. A., Karp, J. F., Skidmore, E., Rollman, B. L., Shear, M. K., & Lenze, E. J. (2009). The Burden of Late-life Generalized Anxiety Disorder: Effects on Disability, Health-Related Quality of Life, and Healthcare Utilization. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 17(6), 473-482.

Pukeliene, V., & Starkauskiene, V. (2011). Quality of Life: Factors Determining Its Measurement Complexity. Engineering Economics, 22(2), 147-156.

Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z., & Hosseini, S. Y. (2018). Quality of Life Predictors in Physically Disabled People. Journal of Education and Health Promotion, 7.

Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. John Wiley & Sons.

Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., Belik, S. L., Clara, I., & Stein, M. B. (2006). Disability and Poor Quality of Life Associated with Comorbid Anxiety Disorders and Physical Conditions. Archives of Internal Medicine, 166(19), 2109-2116.

Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report from The WHOQOL group. Quality of life Research, 13(2), 299-310.

Sukmadinata, N. S. (2003). Landasan Psikologi Proses Pendidikan. Bandung : Remaja Rosdakarya.

Thohari, S. (2017). Pandangan Disabilitas dan Aksesibilitas Fasilitas Publik bagi Penyandang Disabilitas di Kota Malang. IJDS: INDONESIAN JOURNAL OF DISABILITY STUDIES, 1(1), 27-37.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 8 Tahun 2016. Tentang Penyandang Disabilitas

WHO, (2011). World Report on Disability. HYPERLINK "https://www.who.int/disabilities/world\_report/2011/report.pdf" (diunduh pada 4 April 2020)