

fisik, sosial dan emosi seseorang serta kemampuannya untuk melaksanakan tugas sehari-hari.

Kualitas hidup adalah suatu cara hidup, sesuatu yang esensial untuk menyemangati hidup, eksistensi berbagai pengalaman fisik dan mental seorang individu yang dapat mengubah eksistensi selanjutnya dari individu tersebut di kemudian hari, status sosial yang tinggi, dan gambaran karakteristik tipikal dari kehidupan seseorang individu (Brian, 2003)

WHO (dalam Kurniawan, 2008) menggambarkan kualitas hidup sebagai sebuah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan system nilai dimana mereka tinggal dan hidup dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standart dan fokus hidup mereka. Konsep ini meliputi beberapa dimensi yang luas yaitu: kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

Menurut Cohan & Lazarus (dalam Handini, 2011) kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seseorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dilihat dari tujuan hidupnya, kontrol pribadinya, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi. Sedangkan Ghazali juga mengungkap faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya adalah mengenali diri sendiri,

adaptasi, merasakan perhatian orang lain, perasaan kasih dan sayang, bersikap optimis, mengembangkan sikap empati.

Defenisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (*health-related quality of life*) dikemukakan oleh Testa dan Nackley (Rapley, 2003), bahwa kualitas hidup berarti suatu rentang antara keadaan objektif dan persepsi subjektif dari mereka. Testa dan Nackley menggambarkan kualitas hidup merupakan seperangkat bagian-bagian yang berhubungan dengan fisik, fungsional, psikologis, dan kesehatan sosial dari individu. Ketika digunakan dalam konteks ini, hal tersebut sering kali mengarah pada kualitas hidup yang mengarah pada kesehatan. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan mencakup lima dimensi yaitu kesempatan, persepsi kesehatan, status fungsional, penyakit, dan kematian.

Sedangkan menurut Hermann (Silitonga, 2007) kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari pasien terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain.

Kualitas hidup menurut definisi WHO adalah persepsi individu tentang keberadaannya di kehidupan dalam konteks budaya dan system nilai tempat ia tinggal. Jadi dalam skala yang luas meliputi berbagai sisi

kehidupan seseorang baik dari segi fisik, psikologis, kepercayaan pribadi, dan hubungan sosial untuk berinteraksi dengan lingkungannya. Definisi ini merefleksikan pandangan bahwa kualitas hidup merupakan evaluasi subjektif, yang tertanam dalam konteks cultural, sosial dan lingkungan. Kualitas hidup tidak dapat disederhanakan dan disamakan dengan status kesehatan, gaya hidup, kenyamanan hidup, status mental dan rasa aman (Snoek, dalam Indahria, 2013)

Menurut Karangora (2012) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup seseorang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standard an kepedulian selama hidupnya. Kualitas hidup individu yang satu dengan yang lainnya akan berbeda, hal itu tergantung pada definisi atau interpretasi masing-masing individu tentang kualitas hidup yang baik. Kualitas hidup akan sangat rendah apabila aspek-aspek dari kualitas hidup itu sendiri masih kurang dipenuhi.

Dari beberapa uraian tentang kualitas hidup diatas maka dapat ditegaskan bahwa yang dimaksud dengan kualitas hidup dalam kontek penelitian ini adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupannya baik dilihat dari konteks budaya maupun system nilai dimana mereka tinggal dan hidup yang ada hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standart dan fokus hidup mereka yang mencakup

2. Kesempatan yang potensial, berkaitan dengan seberapa besar seseorang dapat melihat peluang yang dimilikinya.
3. Keterampilan, berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan keterampilan lain yang mengakibatkan ia dapat mengembangkan dirinya, seperti mengikuti suatu kegiatan atau kursus tertentu.
4. Sistem dukungan, termasuk didalamnya dukungan yang berasal dari lingkungan keluarga, masyarakat maupun sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal atau rumah yang layak dan fasilitas-fasilitas yang memadai sehingga dapat menunjang kehidupan.
5. Kejadian dalam hidup, hal ini terkait dengan tugas perkembangan dan stress yang diakibatkan oleh tugas tersebut. Kejadian dalam hidup sangat berhubungan erat dengan tugas perkembangan yang harus dijalani, dan terkadang kemampuan seseorang untuk menjalani tugas tersebut mengakibatkan tekanan tersendiri.
6. Sumber daya, terkait dengan kemampuan dan kondisi fisik seseorang. Sumber daya pada dasarnya adalah apa yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu.
7. Perubahan lingkungan, berkaitan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar seperti rusaknya tempat tinggal akibat bencana.

peluang untuk kegiatan rekreasi / olahraga, lingkungan fisik (polusi / suara / lalu lintas / iklim), mengangkut.

Menurut WHOQOL-BREF (dalam rapley, 2003) terdapat empat aspek mengenai kualitas hidup, diantaranya sebagai berikut: (Nimas, 2012)

1. Kesehatan fisik, mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur/istirahat, kapasitas kerja
2. Kesejahteraan psikologis, mencakup *bodily image appearance*, perasaan negative, perasaan positif, *self-esteem*, spiritual/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
3. Hubungan sosial, mencakup relasi personal, dukungan sosial, aktivitas seksual
4. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan, partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim serta transportasi.

gangguan-gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang bertalian dengan defisiensi absolut atau relative aktifitas dan atau sekresi insulin (WHO, dalam Soegondo, 2006). Absolute berarti tidak ada insulin sama sekali sedangkan relatif berarti jumlahnya cukup/memang sedikit tinggi atau daya kerjanya kurang (Depkes RI, dalam Kurniawan 2008).

Diabetes mellitus adalah penyakit yang disebabkan oleh gangguan kerja insulin, baik secara kuantitas maupun kualitas, sehingga keseimbangan akan terganggu dan kadar glukosa darah cenderung naik (Tjokropawiro, 2004). Meskipun sebenarnya diabetes merupakan penyakit hormonal (insulin adalah hormon), namun manifestasi yang menonjol adalah penyakit metabolisme (WHO,2000). Taylor (2006) juga menyebutkan bahwa diabetes adalah penyakit kronik. Jika penyakit merupakan penyakit kronis, dan tidak dapat disembuhkan, maka satu-satunya cara adalah dengan mengola diri (Johana, 2012)

Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyakit yang berlangsung kronik progresif. Bahaya diabetes meliputi sangat besar dan dapat memungkinkan menjadi gagal ginjal, buta, banyak komplikasi lainnya yang dapat menyebabkan kematian (Annas, 2015)

2. Klasifikasi Penyakit Diabetes Mellitus (DM)

Abdul Muchid, dkk (2005) menjelaskan bahwa klasifikasi diabetes mellitus mengalami perkembangan dan perubahan dari waktu ke waktu. Dahulu diabetes diklasifikasikan berdasarkan waktu

munculnya (*time of onset*). Diabetes yang muncul sejak masa kanak-kanak disebut “juvenile diabetes”, sedangkan yang baru muncul setelah seseorang berumur diatas 45 tahun disebut sebagai “adult diabetes”. Namun klasifikasi ini sudah tidak layak dipertahankan lagi, sebab banyak sekali kasus-kasus diabetes yang muncul pada usia 20-39 tahun, yang menimbulkan kebingungan untuk mengklasifikasikannya.

Pada tahun 1968, ADA (*American Diabetes Association*) mengajukan rekomendasi mengenai standarisasi uji toleransi glukosa dan mengajukan istilah-istilah *Pre-Diabetes*, *Suspected-Diabetes*, *Chemical* atau *Latent Diabetes* dan *Overt Diabetes* untuk pengklasifikasikannya. *British Diabetes Association* (BDA) mengajukan istilah yang berbeda, yaitu *Potential Diabetes*, *Latent Diabetes*, *Asymtomatic* atau *Sub-clinical Diabetes* dan *Clinical Diabetes*.

WHO pun telah beberapa kali mengajukan klasifikasi diabetes melitus pada tahun 1965 WHO mengajukan beberapa istilah dalam pengklasifikasian diabetes, antara lain *Childhood Diabetes*, *Young Diabetes*, *Adult Diabetics* dan *Elderly Diabetic*. Pada tahun 1980 WHO mengemukakan klasifikasi baru diabetes melitus memperkuat rekomendasi *National Diabetes Data Group* pada tahun 1979 yang mengajukan 2 tipe utama diabetes melitus, yaitu *Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)* disebut juga diabetes mellitus tipe 1 dan

Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) yang disebut juga diabetes mellitus tipe 2. Pada tahun 1985 WHO mengajukan revisi klasifikasi dan tidak lagi menggunakan terminology DM tipe 1 dan 2. Namun tetap mempertahankan istilah *Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)* dan *Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM)*, walaupun ternyata dalam publikasi-publikasi WHO selanjutnya istilah DM tipe 1 dan 2 tetap muncul. Disamping dua tipe utama diabetes mellitus tersebut, pada klasifikasi tahun 1980 dan 1985 ini WHO juga menyebutkan 3 kelompok diabetes lain yaitu diabetes tipe lain, toleransi glukosa terganggu atau *impaired glucose Tolerance (IGT)* dan diabetes mellitus gestasional atau gestational diabetes mellitus (GDM). Pada revisi klasifikasi tahun 1985 WHO juga mengintroduksikan satu tipe diabetes yang disebut diabetes melitus terkait malnutrisi atau *malnutrition-related diabetes mellitus (MRDM)*. Klasifikasi ini akhirnya juga dianggap kurang tepat dan membingungkan sebab banyak kasus NIDM (*Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus*) yang ternyata juga memerlukan terapi insulin. Saat ini terdapat kecenderungan untuk melakukan pengklasifikasian lebih berdasarkan etiologi penyakitnya.

3. Faktor Resiko Diabetes Mellitu (DM)

Setiap orang yang memiliki satu atau lebih faktor resiko diabetes selayaknya waspada akan kemungkinan dirinya mengidap diabetes. Para petugas kesehatan, dokter, apoteker dan petugas

kesehatan lainnya pun sepatutnya member perhatian kepada orang-orang seperti ini, dan meyarankan untuk melakukan beberapa pemeriksaan untuk mengetahui kadar glukosa darahnya agar tidak terlambat memberikan bantuan penanganan, karena makin cepat kondisi kondisi diabetes mellitus diketahui dan ditangani, makin mudah untuk mengendalikan kadar glukosa darah dan mencegah komplikasi-komplikasi yang akan terjadi.

Abdul Muchid, dkk (2005), Beberapa faktor resiko untuk diabetes mellitus, terutama untuk DM tipe 2, diantaranya:

1. Riwayat: diabetes dalam keluarga, diabetes gestasional, melahirkan bayi dengan berat badan >4 kg, kista ovarium (*Polycystic ovary syndrome*), IFG (*Impaired fasting glucose*) atau IGT (*Impaired glucose tolerance*)
2. Obesitas: $>120\%$ berat badan ideal
3. Umur: 20-59: 8,7% dan >65 : 18%
4. Hipertensi: $>140/90$ mmHg
5. Hiperlipidemia: kadar HDL rendah <35 mg/dl, dan kadar lipid darah tinggi >250 mg/dl
6. Faktor-faktor lain: kurang olahraga, dan pola makan rendah serat.

Bermacam-macam hal yang dapat menimbulkan diabetes. Diabetes dapat disebabkan karena kerusakan bacterial atau vital yang merusak pancreas dan sel yang memproduksi insulin, serta dapat juga disebabkan disfungsi system kekebalan diri. Selain itu, terdapat

terganggu, kesemutan pada kaki dan tangan, timbul gatal-gatal yang seringkali sangat mengganggu (pruritus), dan berat badan menurun tanpa sebab yang jelas.

1. Pada DM tipe 1 gejala klasik yang umum dikeluhkan adalah poliuria, polidipsia, polifagia, penurunan berat badan, cepat merasa lelah (fatigue), iritabilitas, dan pruritus (gatal-gatal pada kulit)
2. Pada DM tipe 2 gejala yang dikeluhkan umumnya hampir tidak ada. DM tipe 2 seringkali muncul tanpa diketahui, dan penanganan baru dimulai beberapa tahun kemudian ketika penyakit sudah berkembang dan komplikasi sudah terjadi. Pasien DM tipe 2 umumnya lebih mudah terkena infeksi, sukar sembuh dari luka, daya penglihatan makin buruk, dan umumnya menderita hipertensi, hiperlipidemia, obesitas dan juga komplikasi pada pembuluh darah dan syaraf.

Karakteristik diabetes atau penyakit kencing manis diantaranya sebagai berikut: (Mirza, 2009)

1. Rasa haus yang berlebihan
2. Buang air kecil yang berlebihan
3. Selalu merasa lelah/kekurangan energi
4. Infeksi dikulit
5. Penglihatan menjadi kabur
6. Turunnya berat badan

Selain itu menurut (Handrawan, 2009), karakteristik diabetes melitus diantaranya, banyak kencing, banyak minum, banyak makan, dan lekas lapar, selain lesu dan lemah, keluhan awal kencing manis, berat badan cepat menurun, mungkin muncul gatal-gatal, luka sukar sembuh, dan seks menurun, gejala kencing manis disertai dengan darah sewaktu 180 mg/dl pasti kencing manis.

Peningkatan jumlah pasien DM yang sebagian besar DM tipe 2, berkaitan dengan beberapa faktor yaitu faktor resiko yang tidak dapat diubah, dan faktor lain. Menurut *American Diabetes Association* (ADA) bahwa DM berkaitan dengan faktor resiko yang tidak dapat diubah meliputi riwayat keluarga dengan DM, umur > 45 tahun, etnik, riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lahir bayi > 4000 gram atau riwayat pernah menderita DM gestasional dan riwayat lahir dengan berat badan rendah ($< 2,5$ kg).

Faktor lain yang terkait dengan resiko diabetes adalah pasien polycystic ovarysindrome (PCOS), pasien sindrom metabolic memiliki riwayat toleransi glukosa terganggu (TGT), stroke, PJK, konsumsi alcohol, faktor stress, kebiasaan merokok, jenis kelamin, konsumsi kopi dan kafein. (Resyana, 2015)

5. Diagnosis Diabetes Mellitus (DM)

Abdul Muchid, dkk (2005) menjelaskan bahwa diagnosis klinis DM umumnya akan dipikirkan apabila ada keluhan khas DM berupa poliuria, polidipsia, polifagia, dan penurunan berat badan yang tidak

dapat dijelaskan penyakitnya. Keluhan lain yang mungkin disampaikan pasien antara lain berat badan terasa lemah, sering kesemutan, gatal-gatal, mata kabur, disfungsi ereksi pada pria dan pruritus vulvae pada wanita.

Apabila ada keluhan khas, hasil pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu $>200\text{mg/dl}$ sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM. Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah puasa 126mg/dl juga dapat digunakan sebagai patokan diagnosis DM.

Untuk kelompok tanpa keluhan khas, hasil pemeriksaan kadar glukosa darah abnormal tinggi (hiperglikemia) satu kali saja tidak cukup kuat untuk menegakkan diagnosis DM. diperlukan konfirmasi satu kali lagi kadar gula darah sewaktu yang abnormal tinggi (200mg/dl). Pada hari lain, kadar glukosa darah puasa yang abnormal tinggi (126mg/dl). Atau dari hasil uji toleransi glukosa oral didapatkan kadar glukosa darah paska pembebanan 200mg/dl .

Menurut (Handrawan, 2009) seseorang didiagnosis kencing manis atau diabetes mellitus apabila kadar gula darah puasa (10 jam) lebih 26 mg/gl pada dua kali pemeriksaan saat yang berbeda. Adan atau kadar gula sewaktu (diperiksa kapan saja) lebih dari 180 mg/gl , dengan atau tanpa keluhan maupun gejala.

Banyak kencing, banyak minum, banyak makan, dan lekas lapar, selain lesu dan lemah, keluhan awal kencing manis. Berat badan cepat menurun, mungkin muncul gatal-gatal, luka sukar

dalam kehidupan sehari-hari yang dialaminya. Sedangkan menurut Chipper (dalam Ware, 1992) mengemukakan kualitas hidup sebagai kemampuan fungsional akibat penyakit dan pengobatan yang diberikan menurut pandangan atau perasaan pasien.

Diabetes mellitus (DM) adalah suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid dan protein sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin. Insufisiensi fungsi insulin dapat disebabkan oleh gangguan atau defisiensi produksi insulin oleh sel-sel beta Langerhans kelenjar pankreas, atau disebabkan oleh kurang responsifnya sel-sel tubuh terhadap insulin (WHO, 1999)

Kualitas hidup dipengaruhi oleh berbagai faktor baik secara medis, maupun psikologis. Dilihat dari faktor psikologis fakta yang ada sekarang adalah seperti stress yang dapat menyebabkan kadar gula menjadi tidak terkontrol sehingga dapat memunculkan simptom-simtom diabetes mellitus, baik simptom hiperglikemia maupun simptom hipoglikemia. Selain itu, dari beberapa studi juga menjelaskan faktor-faktor psikologis berhubungan erat dengan kontrol darah, seperti kejadian sehari-hari, ada tidaknya stres, dukungan sosial, dan efikasi diri (Melina, 2011). Sedangkan menurut Caron (dalam Urifah, 2012) stres dalam kehidupan sehari-hari merupakan prediktor negatif kualitas hidup. Stresor yang terkait pasien psikotik adalah ketidak mampuan bekerja, masalah keuangan atau hidup dalam

kemiskinan, tempat tinggal, kebutuhan pangan, serta diskriminasi sosial, akibat perilaku mereka bertentangan dengan norma-norma masyarakat.

Menurut Salmon (dalam Melina, 2011) seseorang yang mengalami penyakit kronis seperti diabetes mellitus tersebut maka akan melakukan adaptasi terhadap penyakitnya. Adaptasi penyakit kronis memiliki tiga tahap yaitu 1).*Shock*. Tahap ini akan muncul pada saat seseorang mengetahui diagnosis yang tidak diharapkannya, 2). *Encounter Reaction*. Tahap ini merupakan reaksi terhadap tekanan emosional dan perasaan kehilangan, 3).*Retreat*. Merupakan tahap penyangkalan pada kenyataan yang dihadapinya atau menyangkal pada keseriusan masalah penyakitnya, 4).*Reoriented*. Pada tahap ini seseorang akan melihat kembali kenyataan yang dihadapi dan dampak yang ditimbulkan dari penyakitnya sehingga menyadari realitas, merubah tuntutan dalam kehidupannya dan mulai mencoba hidup dengan cara yang baru. Menurut teori ini penyesuaian psikologis terhadap penyakit kronis bersifat dinamis. Proses adaptasi ini jarang terjadi pada satu tahap.

Penyakit diabetes mellitus ini menyertai seumur hidup pasien sehingga sangat mempengaruhi terhadap penurunan kualitas hidup pasien bila tidak mendapatkan perawatan yang tidak tepat. Beberapa aspek dari penyakit ini yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu: 1). Adanya tuntutan yang terus-menerus selama hidup pasien terhadap perawatan DM, seperti pembatasan atau pengaturan diet, pembatasan aktifitas, monitoring gula darah, 2). Gejala yang timbul saat kadar gula darah turun ataupun tinggi,

3). Ketakutan akibat adanya komplikasi yang menyertai, 4). Disfungsi seksual (Kurniawan, 2008).

Setiap individu memiliki kualitas hidup yang berbeda-beda tergantung dari masing-masing individu dalam menyikapi permasalahan yang terjadi dalam dirinya. Jika menghadapinya dengan positif maka akan baik pula kualitas hidupnya, tetapi lain halnya jika menghadapinya dengan negatif maka akan buruk pula kualitas hidupnya. Kualitas hidup pasien seharusnya menjadi perhatian penting bagi para petugas kesehatan karena dapat menjadi acuan keberhasilan dari suatu tindakan/intervensi atau terapi. Disamping itu, data tentang kualitas hidup juga dapat merupakan data awal untuk pertimbangan merumuskan intervensi/tindakan yang tepat bagi pasien.

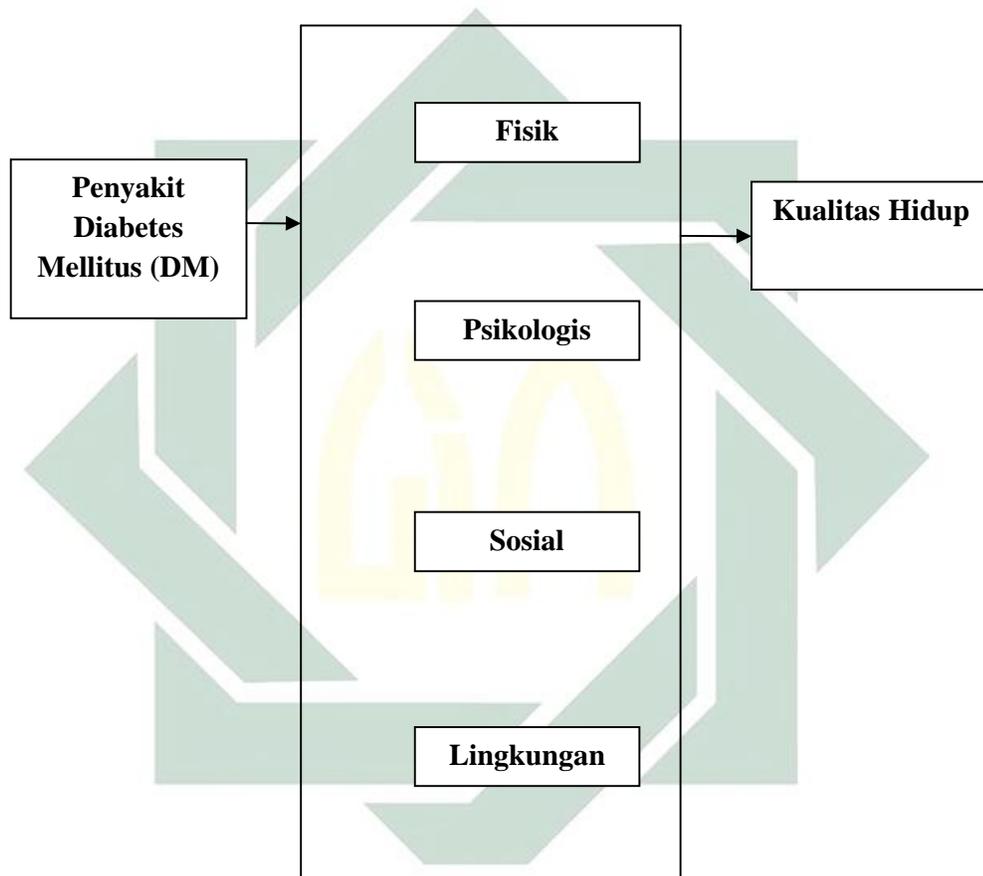
D. Kerangka Teoritik

Kualitas hidup adalah persepsi individual terhadap posisinya dalam kehidupan pada konteks system nilai dan budaya dimana mereka tinggal dan dalam berhubungan dengan tujuannya, penghargaan, norma-norma dan kepedulian (WHOQOL Group dalam Repley, 2003). Defenisi yang dibuat oleh WHO ini merupakan defenisi kualitas hidup yang merefleksikan pandangan bahwa kualitas hidup merujuk pada evaluasi subjektif yang ada pada konteks budaya, sosial, dan lingkungan. Karena defenisi kualitas hidup ini fokus pada kualitas hidup yang dirasakan subjek, maka tidak diharapkan untuk memberikan suatu makna pengukuran secara detail tentang gejala-gejala, penyakit ataupun kondisi,

tetapi lebih pada efek dari penyakit dan intervensi kesehatan pada kualitas hidup. Dengan demikian, kualitas hidup tidak dapat disamakan dengan istilah “status kesehatan”, “gaya hidup”, “status mental”, atau “well-being”.

Menurut WHOQOL-BREF (dalam rapley, 2003) terdapat empat dimensi mengenai kualitas hidup, diantaranya sebagai berikut: (Nimas, 2012)

1. Dimensi kesehatan fisik, mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur, istirahat, kapasitas kerja
2. Dimensi kesejahteraan psikologis, mencakup *bodily image appearance*, perasaan negative, perasaan positif, *self-esteem*, spiritual/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
3. Dimensi hubungan sosial, mencakup relasi personal, dukungan sosial, aktivitas seksual
4. Dimensi hubungan dengan lingkungan mencakup sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan, partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim serta transportasi.

Gambar 1. Kerangka Teoritik Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus (DM)**Di RSUD. DR. H. Slamet Martodirdjo Kabupaten Pamekasan Madura**

Berdasarkan gambar 1 tersebut dapat dijelaskan bahwa dalam penelitian ini kualitas hidup pasien Diabetes Mellitus dapat dilihat dari aspek-aspek yang ada pada kualitas hidup, diantaranya aspek kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.