

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Diabetes Mellitus (DM)

1. Definisi DM

Diabetes mellitus (DM) didefinisikan sebagai gangguan metabolik kronis dengan karakteristik hiperglikemi (IDF, 2025). Diagnosis DM ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan glukosa puasa Gula Darah Puasa (GDP) ≥ 126 mg/dL, Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) 75 gram ≥ 200 mg/dL, dan HbA1c $\geq 6,5\%$ (ADA, 2024).

2. Klasifikasi DM

Menurut ADA (2024) penyakit DM dikelompokkan menjadi empat jenis:

a. DM tipe 1

Penyakit DM tipe 1 terjadi akibat proses autoimun (genetik) yang menyerang dan merusak sel β pankreas sebagai penghasil insulin, sehingga tubuh kekurangan insulin.

b. DM tipe 2

Penyakit DM tipe 2 disebabkan oleh terjadinya resistensi insulin, yaitu kondisi ketika respons sel-sel tubuh terhadap insulin menjadi tidak efektif. Akibatnya, kadar glukosa darah mengalami peningkatan dan menjadi tidak terkontrol. Penyakit ini terutama dipengaruhi oleh gaya hidup tidak sehat.

c. DM gestasional

Penyakit DM gestasional merupakan kondisi yang ditandai oleh intoleransi glukosa yang pertama kali teridentifikasi selama masa kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu.

d. DM tipe lain

Penyakit DM tipe lain dapat disebabkan oleh adanya kelainan genetik pada fungsi sel beta atau kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati, serta penggunaan obat-obatan atau zat kimia tertentu. Contohnya seperti diabetes neonatal dan diabetes onset dewasa pada usia muda (*Maturity Onset Diabetes of the Young/MODY*), pankreatitis, serta penggunaan glukokortikoid dalam terapi HIV/AIDS atau setelah tindakan transplantasi organ.

3. Tanda Dan gejala DM

Menurut Kemenkes RI (2021) tanda dan gejala DM adalah sebagai berikut:

a. Gejala utama:

1) Polifagi

Adalah kondisi yang terjadi pada individu yang menunjukkan rasa lapar berlebihan dan peningkatan nafsu makan yang terjadi setelah makan.

2) Poliuria

Merupakan kondisi yang terjadi pada individu yang ditandai dengan banyaknya urin yang keluar sebanyak lebih dari tiga liter dalam 24 jam.

3) Polidipsi

Adalah kondisi yang terjadi pada individu yang ditandai dengan tubuh yang terus-menerus merasa haus akibat ginjal dalam menarik air di dalam sel sehingga timbulnya keadaan dehidrasi di tingkat sel. Sebagai dampak dari proses ini, keadaan mulut kering dan peningkatan frekuensi rasa haus dapat dialami.

b. Gejala tambahan:

1) Berat badan turun drastis

2) Kesemutan

3) Luka sulit sembuh

- 4) Bisul sulit sembuh
- 5) Cepat lelah
- 6) Mudah mengantuk

4. Pemeriksaan Penunjang DM

Menurut PERKENI (2024) pemeriksaan klinis yang dapat dilakukan untuk menunjang diagnosis DM adalah sebagai berikut:

a. Gula darah puasa (GDP)

Pemeriksaan GDP dilakukan dengan cara mengambil sampel darah vena atau kapiler setelah berpuasa minimal 8 jam. Diagnosis DM dapat ditegakkan apabila hasil pemeriksaan GDP ≥ 126 mg/dL.

b. *Oral glucose tolerance test* (OGTT)

Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara mengambil sampel sampel darah vena atau kapiler setelah 2 jam diberikan glukosa dengan beban 75 gram. Diagnosis dapat ditegakkan apabila hasil pemeriksaan menunjukkan nilai ≥ 200 mg/dL.

c. Gula darah sewaktu (GDS)

Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara mengambil sampel darah vena atau kapiler dan dapat dilakukan pada saat kapan saja tanpa harus berpuasa atau menunggu 2 jam setelah diberikan glukosa dengan beban 75 gram. Diagnosis DM dapat ditegakkan apabila hasil pemeriksaan GDS menunjukkan nilai ≥ 200 mg/dL.

d. HbA1c

Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara mengambil sampel darah vena setelah berpuasa minimal 8 jam. Diagnosis DM dapat ditegakkan apabila didapatkan hasil pemeriksaa HbA1c dengan nilai $\geq 6,5\%$.

5. Penatalaksanaan medis pada pasien DM

Menurut PERKENI (2024) terapi yang dapat dianjurkan untuk pasien DM adalah sebagai berikut:

a. Terapi non-farmakologi

1) Intervensi gaya hidup

Intervensi ini diberikan dengan cara memberikan target penurunan berat badan (BB) dan target aktivitas fisik. Penurunan BB ditargetkan sebesar 7% dari BB awal dalam 6 bulan pertama serta progress penurunan BB sebanyak 0,5-1kg/minggu. Target aktivitas fisik yang diberikan adalah aktivitas fisik dengan intensitas sedang. Aktivitas ini dilakukan selama 30 menit/hari. Frekuensi aktivitas ini dilakukan minimal tiga kali dan maksimal lima kali dalam seminggu. Aktivitas fisik yang direkomendasikan untuk pasien DM diantaranya:

- a) Latihan aerobik
- b) Latihan resistensi
- c) Latihan fleksibilitas
- d) Latihan keseimbangan

2) Intervensi diet

Diet adalah pengaturan asupan energi dengan komposisi gizi seimbang. Proporsi kalori dari karbohidrat, protein, dan lemak harus disesuaikan dengan kebiasaan makan, preferensi, serta kondisi metabolik individu. Proporsi asupan kalori dibatasi 500-1.000 kalori/hari. Berikut ini adalah diet yang dianjurkan untuk pasien DM:

- a) Diet mediterania
- b) Diet rendah lemak
- c) Diet vegetarian dan vegan

b. Terapi secara medikamentosa

Sebagai pilihan terapi, penggunaan medikamentosa dapat dipertimbangkan pada pasien DM yang mengalami kendala dalam mempertahankan perubahan gaya hidupnya secara berkelanjutan. Beberapa obat yang dapat diberikan untuk menjaga kestabilan gula darah seperti metformin, tiazolidinedion (TZD) dan insulin.

6. Komplikasi DM

Menurut Kemenkes RI (2024) penatalaksanaan DM yang tidak optimal akan menimbulkan komplikasi sebagai berikut:

a. Komplikasi makrovaskular

Terjadi pada pembuluh darah besar akibat proses aterosklerosis, diantaranya adalah penyakit jantung coroner, infark serebri, dan gagal ginjal.

b. Komplikasi mikrovaskular

Terjadi pada pembuluh darah kecil akibat kerusakan dinding pembuluh darah. Kerusakan yang dapat ditimbulkan diantaranya adalah *diabetic retinopathy* (retrinopati diabetik non-proliferatif dan retrinopati diabetik), *diabetic nephropathy* (mikroalbuminuria dan proteinuria), dan *diabetic neuropathy* (disfungsi ereksi).

B. Konsep Usia Produktif Pada Pasien DM

1. Pengertian usia produktif

Usia produktif didefinisikan sebagai kelompok individu berusia 15–64 tahun yang dapat berpartisipasi aktif dalam kegiatan ekonomi yang menghasilkan barang atau jasa (BPS RI, 2022). Usia produktif ditandai dengan kemampuan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara efektif dan efisien (Kemenkes RI, 2023). Individu pada rentang usia tersebut, diharapkan mampu berperan aktif dalam pekerjaan serta menjalankan tanggung jawab terhadap keluarga dan masyarakat (Faharudin *et al.*, 2025).

2. DM pada usia produktif

Peningkatan jumlah kasus DM tipe 2 sebagai salah satu penyakit tidak menular terus diamati secara global maupun nasional pada kelompok usia produktif. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, prevalensi diabetes pada penduduk usia ≥ 15 tahun telah mengalami peningkatan menjadi 11,7% pada tahun 2023 (Kemenkes RI, 2023). Selain itu, terdapat sekitar 28,6 juta penduduk Indonesia usia 20–79 tahun yang hidup dengan DM dengan tingkat prevalensi sekitar 10,6% (IDF, 2021). Kelompok usia ini termasuk dalam kategori usia produktif, sehingga menunjukkan bahwa beban penyakit DM cukup besar pada kelompok yang seharusnya berada dalam kondisi kesehatan optimal.

Peningkatan kejadian DM pada kelompok usia produktif juga telah teridentifikasi pada kelompok dewasa muda. Prevalensi diabetes pada penduduk Indonesia usia 19–44 tahun telah dilaporkan mencapai sekitar 5,5% dan menunjukkan kecenderungan peningkatan dalam beberapa tahun terakhir (Liwarto, 2023). Selain itu, terdapat prevalensi DM pada kelompok usia produktif di perkotaan sebesar 4,6%, dengan

sebagian besar kasus belum terdiagnosis (Mihardja, Soetrisno and Soegondo, 2014). Hal ini mengindikasikan adanya fenomena hidden cases yang berpotensi memperburuk kondisi kesehatan masyarakat.

Peningkatan kejadian DM pada usia produktif erat kaitannya dengan perubahan gaya hidup. Individu yang berada dalam fase usia produktif, memiliki resiko untuk menderita penyakit DM apabila tidak memperhatikan kebiasaan makan, istirahat, aktifitas fisik dan pengelolaan stress yang baik (Mayani *et al.*, 2025). Jika gaya hidup yang kurang sehat tidak dikelola dengan baik, hal tersebut tentunya dapat menurunkan produktivitas kerja serta dapat meningkatkan resiko komplikasi penyakit kardiovaskular dan neuropati (Faharudin *et al.*, 2025). Komplikasi akibat DM tidak hanya ditunjukkan pada aspek fisik, tetapi juga pada aspek psikologis seperti penurunan kualitas hidup (Khan *et al.*, 2019). Penerimaan diri (*acceptance of illness*) diduga berperan sebagai penyebab terhadap terjadinya penurunan kualitas hidup pada pasien dengan penyakit DM (Krzemińska and Kostka, 2021). Penurunan kualitas hidup dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri dalam mengendalikan penyakitnya seperti tidak patuh dalam pengobatan (tidak mengonsumsi/menggunakan obat DM) (Suniyadewi *et al.*, 2023). Pasien dengan kualitas hidup yang rendah, cenderung mengalami depresi dan kecemasan yang dapat mengganggu aktivitas harian serta meningkatkan resiko terjadinya penyakit kronis seperti hipertensi (Alzahrani, Fletcher & Hitos, 2023).

C. Konsep Penerimaan Diri Pada Pasien DM

1. Definisi penerimaan diri

Secara umum, penerimaan diri dipahami sebagai sikap individu yang ditunjukkan melalui kemampuan menerima dan memahami kondisi dirinya secara menyeluruh, baik potensi maupun keterbatasan yang dimiliki tanpa adanya penyangkalan terhadap keadaan tersebut. Berikut ini merupakan beberapa definisi terkait penerimaan diri:

Penerimaan diri didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk menyelaraskan diri dengan kondisi kesehatannya, yang mencakup pengakuan atas keterbatasan fisik, adaptasi terhadap perubahan gaya hidup, serta kesiapan menghadapi dampak jangka panjang dari penyakit kronis tersebut (Felton, Revenson and Hinrichsen, 1984).

Penerimaan diri merupakan adaptasi psikologis individu dalam menghadapi kehilangan atau penyakit kronis. Pada fase ini, keadaan yang dialami oleh individu diharapkan dapat diterima secara realistis tanpa dominasi reaksi emosional negatif, sehingga individu mampu menyesuaikan diri dan menjalani kehidupan secara lebih konstruktif (Kübler-Ross and Kessler, 2005).

Penerimaan diri merupakan bagian penting dari perkembangan kepribadian yang sehat dan berperan dalam penyesuaian diri individu terhadap perubahan kondisi fisik maupun psikososial (Hurlock, 1976).

Penerimaan diri berkembang ketika individu memperoleh *unconditional positive regard*, sehingga mampu menerima dirinya secara realistis tanpa syarat. Melalui kondisi tersebut, individu dapat menerima dirinya secara menyeluruh, sehingga konsep diri yang positif dan stabil dapat terbentuk (Rogers, 1961).

Dari sejumlah penjelasan yang telah diuraikan sebelumnya, penulis menyimpulkan bahwa penerimaan diri pada pasien DM merupakan proses adaptasi psikologis dimana

individu dengan penyakit DM mampu menerima kondisi penyakitnya secara realistis tanpa dominasi emosi negatif dan dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan kondisi fisiknya. Penerimaan ini merupakan bagian dari kepribadian yang sehat, dipengaruhi oleh penerimaan tanpa syarat terhadap diri sendiri, sehingga membantu individu menyesuaikan diri secara fisik dan psikososial serta membentuk konsep diri yang positif dan stabil. Dalam konteks penyakit kronis, pasien DM harus menerima dirinya secara realistis tanpa syarat sehingga mereka memiliki penerimaan diri yang positif. Hal tersebut penting karena berperan dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis, mengurangi distress emosional, serta mendorong perilaku perawatan diri yang lebih konsisten untuk meningkatkan kondisi kesehatan mereka.

2. Tahapan penerimaan diri

Menurut Kübler-Ross and Kessler (2005) dalam Devina and Penny (2016) terdapat lima tahapan bagi individu dalam merespons keadaan buruk yang terjadi pada dirinya.

a. *Denial* (menyangkal)

Pada tahap awal, individu menolak diagnosis sebagai mekanisme pertahanan terhadap kecemasan. Pada pasien DM, hal ini tampak dari meragukan hasil pemeriksaan, menunda terapi, atau mengabaikan perubahan pola hidup. Dampaknya adalah keterlambatan kontrol glikemik.

b. *Anger* (marah)

Ketika diagnosis mulai diterima sebagai realitas, muncul reaksi emosional berupa kemarahan atau frustrasi. Respons ini sering dipicu oleh persepsi hilangnya kebebasan dan beban terapi jangka panjang.

c. *Bargaining* (tawar menawar)

Pada tahap ini, pasien mulai menyadari kondisi yang ia miliki, tetapi masih berharap dapat kembali “sehat” seperti sebelum diagnosis. Bentuknya berupa janji memperbaiki gaya hidup atau mencari alternatif dengan harapan sembuh total.

d. *Depression* (depresi)

Saat individu menyadari bahwa penyakit yang ia derita memerlukan pengelolaan seumur hidup, muncul kesedihan mendalam. Seperti rasa putus asa, menurunnya motivasi menjalani terapi, kelelahan emosional, hingga menarik diri dari lingkungan sosial. Kondisi ini menyebabkan individu menjadi depresi dan dampaknya sangat signifikan terhadap kepatuhan pengobatan dan kontrol kadar gula darah.

e. *Acceptance* (penerimaan)

Pada tahap akhir, individu mampu menerima kondisi secara realistis dan menjalani terapi secara konsisten. Pasien menjalani terapi secara konsisten, menerapkan pola hidup sehat, serta mampu membicarakan penyakit yang ia derita tanpa tekanan emosional berlebihan. Penerimaan bukan bentuk kepasrahan, melainkan sikap rasional dan komitmen aktif untuk mengelola penyakit secara optimal.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan diri

Menurut Hurlock (1972) dalam Islami dan Fitriyani (2022), terdapat faktor-faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penerimaan diri seseorang:

a. Pemahaman diri

Semakin baik pengetahuan seseorang mengenai karakteristik, kemampuan, serta keterbatasan dirinya, maka kecenderungannya untuk menunjukkan penerimaan diri yang positif menjadi semakin tinggi, begitupun sebaliknya.

b. Harapan yang realistik

Seseorang dengan tingkat penerimaan diri yang baik mampu menetapkan harapannya secara realistis serta menyesuaikannya dengan kapasitas dan keterbatasan yang dimiliki. Sebaliknya, individu yang menetapkan ambisi dan standar keberhasilan secara tidak proporsional atau di luar kemampuan dirinya cenderung menunjukkan tingkat penerimaan diri yang rendah.

c. Bebas dari hambatan lingkungan

Individu yang hidup dalam lingkungan yang sehat, cenderung memiliki penerimaan diri yang baik/tinggi. Hal tersebut dikarenakan lingkungan yang sehat dapat memberikan penguatan diri secara positif serta berperan dalam membantu individu tersebut mengembangkan serta memperkuat penerimaan dirinya menjadi lebih baik.

d. Sikap anggota masyarakat yang menyenangkan

Apabila lingkungan sekitar dapat memperlakukan individu secara positif dan penuh penerimaan, maka individu tersebut cenderung dapat mengembangkan perasaan dihargai dan lebih mudah untuk membentuk sikap penerimaan diri yang positif.

e. Tidak adanya tekanan emosi yang berat

Penerimaan diri yang positif cenderung lebih mudah berkembang pada individu yang tidak berada dalam kondisi tertekan secara fisik maupun psikologis. Hal tersebut dikarenakan tekanan tersebut berpotensi menurunkan motivasi, mengurangi antusiasme, serta menghambat kemampuan individu dalam menerima kondisi diri sendiri.

f. Frekuensi keberhasilan

Setiap individu pada dasarnya pernah menghadapi dan mengalami kegagalan dalam kehidupannya, meskipun intensitas dan frekuensinya berbeda-beda. Individu yang

lebih sering mengalami keberhasilan dalam hidupnya cenderung menunjukkan tingkat penerimaan diri yang lebih positif dibandingkan mereka yang lebih dominan mengalami kegagalan dalam hidupnya.

g. Identifikasi dengan orang yang mempunyai penyesuaian diri yang baik

Interaksi dengan seseorang yang memiliki kemampuan penyesuaian diri baik dapat membantu terbentuknya sikap penerimaan diri yang positif juga.

h. Adanya perspektif diri yang luas

Pandangan positif terhadap diri dibentuk oleh kemampuan seseorang dalam memandang dirinya sebagaimana dinilai oleh orang lain. Perspektif diri yang positif dapat menghasilkan penilaian yang objektif dan realistis serta mempermudah terbentuknya penerimaan diri yang positif, begitupun sebaliknya.

i. Pola asuh dimasa kecil yang baik

Pembinaan saat masa kanak-kanak berperan penting dalam terbentuknya penerimaan diri yang positif di masa yang akan datang. Apabila penerimaan diri berkembang secara kurang optimal di masa kecil, hal tersebut dapat berdampak negatif di masa yang akan datang, seperti munculnya kecenderungan individu untuk menolak dirinya sendiri.

j. Konsep diri yang stabil

Konsep ini merujuk pada pandangan, keyakinan, serta penilaian terhadap diri yang bersifat konsisten, jelas, dan mantap, baik terkait aspek fisik maupun psikologis dan tidak mudah terpengaruh oleh tekanan dari lingkungan maupun kritik yang datang dari luar individu. Apabila konsep diri seseorang terus mengalami perubahan, individu tersebut akan menghadapi kesulitan dalam mengenali serta menerima dirinya secara

utuh. Sehingga penerimaan akan dirinya sendiri cenderung menjadi rendah bahkan bisa menjadi buruk apabila gampang terpengaruh oleh lingkungan sekitarnya.

4. Pengukuran penerimaan diri pada pasien DM

Penerimaan diri pada pasien DM dapat dinilai menggunakan kuisisioner *Acceptance of Illness Scale* (AIS) yang bersifat *unidimensional* dan menilai tingkat penerimaan individu secara keseluruhan terhadap penyakit yang dialaminya. Instrumen ini mencerminkan berbagai dampak yang dirasakan individu, baik secara fisik, psikologis, maupun sosial akibat penyakit kronis. Kuisisioner ini terdiri dari 8 pertanyaan dan pertanyaan-pertanyaan tersebut diukur dengan menggunakan skala *likert*. Skor 1 = sangat setuju ; 2 = setuju ; 3 = ragu-ragu ; 4 = tidak setuju ; 5 = sangat tidak setuju. Kuisisioner ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh *University of Rochester* di New York dengan nilai $r: 0,78$ (Felton, Revenson and Hinrichsen, 1984)

D. Konsep Kualitas Hidup Pada Pasien DM

1. Definisi kualitas hidup pada pasien DM

Quality of Life (QoL) Merupakan istilah yang digunakan untuk menyatakan status kesehatan fisik dan mental seseorang secara umum. Berikut ini adalah beberapa penjelasan mengenai kualitas hidup:

Kualitas hidup didefinisikan sebagai penilaian pribadi terhadap posisi seseorang dalam kehidupan yang dipengaruhi oleh lingkungan budaya, nilai yang dianut, serta kesesuaian dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran yang dimiliki. (WHO, 1993).

Kualitas hidup dapat dipahami sebagai keadaan kesejahteraan individu yang terbentuk dari dua unsur utama, yaitu: (1) kemampuan seseorang dalam menjalankan kegiatan harian yang mencerminkan kondisi fisik, psikologis, dan sosial yang baik, serta (2) tingkat kepuasan individu terhadap fungsi kehidupannya dan kemampuan dalam mengendalikan penyakit maupun gejala yang berkaitan dengan proses pengobatan (Gotay and Moore, 1992).

Dengan demikian, penulis mengambil kesimpulan bahwa kualitas hidup pada pasien Diabetes Mellitus (DM) adalah kondisi kesejahteraan yang tercermin dari kemampuan menjalankan aktivitas fisik, psikologis, dan sosial secara optimal, serta kepuasan terhadap kondisi kesehatannya yang berkaitan dengan kemampuan dalam mengelola penyakit (mengendalikan gula darah) dan beradaptasi dengan pengobatan. kualitas hidup tidak hanya menggambarkan kondisi kesehatan secara objektif, tetapi juga mencerminkan bagaimana individu menilai dan menyesuaikan diri terhadap kondisi kesehatannya. Dalam konteks penyakit kronis seperti DM, konsep ini menjadi sangat

penting. Kondisi penyakit dan proses pengelolaannya yang kurang baik dapat memengaruhi berbagai aspek kehidupan individu.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien DM

Berikut ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pada hidup pasien DM:

a. Usia

Proses penuaan juga menyebabkan penurunan fungsi pankreas, sehingga produksinya berkurang dan sensitivitas insulin juga menurun. Dampaknya, terjadi hiperglikemi dan fenomena ini biasanya terjadi pada usia 50 tahun keatas (Palingga, Chendra and Fasha, 2024). Karena hal tersebut, kualitas hidup pasien DM dapat menurun akibat keterbatasan aktivitas fisik yang dipicu oleh kondisi tubuh yang mudah lemas, serta stres psikis yang timbul dari rutinitas pengobatan yang tidak kunjung usai.

b. Lama menderita DM

Penurunan kualitas hidup pada seseorang dapat semakin meningkat seiring dengan lamanya penyakit DM dialami (Zuzetta, Pudiarifanti and Sayuti, 2022). Akibatnya, munculnya kejenuhan terhadap rutinitas pengobatan DM, serta berkurangnya kemandirian pasien dalam beraktivitas yang mengakibatkan menurunnya kualitas hidup.

c. Status pernikahan

Individu yang belum menikah memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk menderita DM dibandingkan individu yang sudah menikah (Karimi *et al.*, 2024). Hal ini disebabkan oleh minimnya sistem pendukung (*support system*) dalam pengawasan terapi, kerentanan terhadap isolasi emosional, serta kurangnya keteraturan dalam

manajemen gaya hidup sehari-hari sehingga dapat menurunkan kualitas hidup pasien DM.

d. Jenis kelamin

Secara global, kasus DM tipe 2 lebih dominan ditemukan pada wanita dibandingkan pada pria. Wanita lebih banyak mengidap DM setelah fase menopause dan pada usia lanjut (Ciarambino *et al.*, 2022). Setelah menopause wanita dapat mengalami dengan gangguan tidur, kecemasan, dan perubahan suasana hati (*mood swings*), hal ini dapat berakibat buruk pada kualitas hidup mereka.

e. Pekerjaan

Tuntutan pekerjaan dapat menambah beban pikiran pasien DM, selain beban pikiran terkait penyakit yang sedang mereka derita. Sehingga kualitas hidup mereka dapat memburuk (Amalia, Oktarina and Nurhusna, 2024).

3. Domain kualitas hidup

Kualitas hidup terdiri atas tiga domain utama. Tiga domain tersebut meliputi kepuasan, dampak dan kekhawatiran (Bujang *et al.*, 2018).

a. Domain kepuasan

Domain ini menilai sejauh mana pasien DM merasa puas dengan aspek-aspek kehidupan mereka yang dipengaruhi oleh diabetes melitus. Domain kepuasan mencakup waktu yang dibutuhkan untuk mengelola diabetes, waktu yang dihabiskan untuk pemeriksaan rutin, waktu yang dibutuhkan untuk mengukur kadar gula darah, pengobatan saat ini, pengetahuan tentang diabetes, penampilan fisik, kehidupan secara umum. Pasien yang merasa puas dengan cara mereka mengelola diabetes cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

b. Domain dampak

Domain dampak ini menilai efek langsung dari penyakit DM pada berbagai aspek kehidupan pasiennya. Domain dampak mencakup merasa sakit akibat pengobatan, malu menghadapi diabetes di depan umum, merasa tidak sehat secara fisik, mengganggu kehidupan keluarga, tidur malam yang buruk, membatasi hubungan sosial dan persahabatan, merasa dibatasi oleh diet, dan lebih sering ke toilet daripada orang lain. Semakin besar dampak yang dirasakan pasien DM, semakin rendah kualitas hidup yang mereka miliki.

c. Domain kekhawatiran

Domain kekhawatiran mengukur tentang perasaan khawatir atau cemas yang dirasakan pasien DM terkait dengan kondisi kesehatannya. Domain kekhawatiran mencakup kehilangan kesadaran (pingsan), tubuh terlihat berbeda, dan mengalami komplikasi. Kekhawatiran yang berlebihan dapat menurunkan kualitas hidup karena dapat menyebabkan stres emosional yang berdampak pada kesehatan mental dan fisik pasien.

4. Pengukuran kualitas hidup pada pasien DM

Kualitas hidup pada pasien DM dinilai menggunakan kuesioner *Diabetes Quality of Life* (DQoL) oleh *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT) *Research Group* (DCCT, 1988) yang direvisi dan dimodifikasi oleh (Bujang *et al.*, 2018). Tujuan penyederhanaan kuisisioner ini adalah untuk mengurangi durasi waktu pengisian serta meminimalisir kemungkinan terjadinya kehilangan data (missing values) yang cukup tinggi yang pada akhirnya dapat menyulitkan peneliti karena item tidak direspons secara optimal. Oleh karena itu, penyederhanaan versi DQoL menjadi lebih ringkas menjadi sangat penting (Testa and Simonson, 1996).

Kuisisioner DQoL versi revisi ini menilai tiga domain, yaitu domain kepuasan sebanyak 6 pertanyaan, domain dampak sebanyak 4 pertanyaan, dan domain kekhawatiran sebanyak 3 pertanyaan. Domain kepuasan dinilai menggunakan skala *likert* dengan rentang skor 1 – 5. Skor 1=sangat puas ; 2 = cukup puas ; 3 = cukup ; 4 = tidak puas ; 5 = sangat tidak puas. Domain dampak dan kekhawatiran juga dinilai menggunakan skala *likert* dengan rentang skor 1 – 5. Skor 1=selalu, skor 2=sering, skor 3=kadang-kadang, skor 4=jarang, skor 5=tidak pernah. Kuesioner ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh *National Institute of Health, Ministry of Health* Malaysia dengan nilai r : 0,92 dan *Cronbach Alpha* sebesar 0,96 (Bujang *et al.*, 2018).