

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Penerimaan diri**

##### **1. Definisi**

Penerimaan diri adalah ungkapan senang dan puas terhadap kenyataan dirinya sendiri. Penerimaan diri juga merupakan sejauhmana seseorang dapat menyadari dan mengakui karakteristik pribadi dan menggunakannya dalam menjalani kelangsungan hidupnya. Penerimaan diri pada dasarnya merupakan perwujudan dari rasa puas, baik terhadap dirinya sendiri maupun terhadap kemampuan yang ada pada dirinya, disamping itu individu yang menyadari akan keterbatasan-keterbatasan yang dimilikinya (Chaplin, 2009; Nurviana, 2006).

Penerimaan diri merupakan suatu tingkatan individu tentang karakteristik kepribadiannya, akan kemauan untuk hidup kondisi dirinya untuk mencapai keinginan-keinginan sehingga terus mengembangkan dirinya (Hurlock, 2007).

##### **2. Aspek-aspek penerimaan diri**

Hall & Lindzey (2010) mengemukakan aspek-aspek diri sebagai berikut:

###### **a. Perasaan sederajat**

Individu merasa dirinya berharga sebagai manusia yang sederajat dengan orang lain, sehingga individu tidak merasa sebagai orang yang istimewa atau menyimpang dari orang lain. Individu merasa dirinya mempunyai kelemahan dan kelebihan seperti halnya orang lain.

b. Percaya kemampuan

Individu yang mempunyai kemampuan untuk menghadapi kehidupan. Hal ini tampak dari sikap individu yang percaya diri, lebih suka mengembangkan sikap baiknya dan mengeliminasi keburukannya dari pada ingin menjadi orang lain, oleh karena itu individu puas menjadi diri sendiri.

c. Bertanggung jawab

Individu yang berani memikul tanggung jawab terhadap perilakunya. Sifat ini tampak dari perilaku individu yang mau menerima kritik dan menjadikannya sebagai suatu masukan yang berharga untuk mengembangkan diri.

d. Orientasi keluar diri

Individu lebih mempunyai orientasi diri keluar dari pada ke dalam diri, tidak malu yang menyebabkan individu lebih suka memperhatikan dan toleran terhadap orang lain sehingga akan mendapatkan penerimaan sosial dari lingkungannya.

e. Berpendirian

Individu lebih suka mengikuti standarnya sendiri dari pada bersikap *conform* terhadap tekanan sosial. Individu yang mampu menerima diri mempunyai sikap dan percaya diri yang menurut pada tindakannya sendiri dari pada mengikuti konvensi dan standar dari orang lain serta mempunyai ide aspirasi dan pengharapan sendiri.

f. Menyadari keterbatasan

Individu tidak menyalahkan diri akan keterbatasannya dan mengingkari kelebihanannya. Individu cenderung mempunyai penilaian yang realistik tentang kelebihan dan kekurangannya.

g. Menerima sifat kemanusiaan

Individu tidak menyangkal impuls dan emosinya atau merasa bersalah karenanya. Individu yang mengenali perasaan marah, takut dan cemas tanpa menganggapnya sebagai sesuatu yang harus diingkari atau ditutupi.

### 3. Faktor yang mempengaruhi penerimaan diri

Florentina (2008) mengemukakan tentang faktor-faktor yang berperan dalam penerimaan diri yang positif sebagai berikut :

#### a. Pemahaman diri

Pemahaman diri tidak hanya sebatas tentang pemahaman terhadap identitas diri, namun lebih dari itu. Pemahaman diri merupakan pemahaman sebagai diri pribadi, sosial, spiritual dan kelebihan serta kelemahan yang ada pada diri sendiri. Pemahaman diri merupakan langkah awal dalam pembentukan konsep dan kepribadian diri. Dari sini akan mewujudkan eksistensi dan eksplorasi diri pribadi. Malas, tidak mau bekerja; hanya ingin menikmati hidup tanpa usaha keras (Ridwan, 2011).

#### b. Adanya harapan-harapan yang realistis

Individu yang memiliki harapan yang tinggi akan lebih percaya diri serta terbiasa untuk berpikir mengenai keinginan dan rencana untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

#### c. Bebas dari hambatan lingkungan

Ketidakmampuan untuk mencapai tujuan yang realistis dapat disebabkan oleh ketidakmampuan individu yang bersangkutan untuk mengontrol adanya hambatan-hambatan dari lingkungan. Seseorang yang menyadari bahwa sebenarnya dia mampu, tetapi karena ada hambatan dari lingkungan (misalnya diskriminasi ras, gender, kepercayaan) akan sukar untuk memiliki penerimaan diri yang baik. Sikap tidak senang terhadap diri atau kurangnya penerimaan terhadap diri dapat juga dipengaruhi oleh adanya pemberian label-label yang berkembang dalam masyarakat terhadap orang atau komunitas tertentu. Jika hambatan-hambatan dari lingkungan tersebut dihilangkan, seseorang akan dapat mencapai tujuan yang realistis. Tercapainya tujuan akan mengakibatkan individu yang bersangkutan merasa puas dan kemudian akan mendukung terbentuknya penerimaan diri (Husniyati, 2009).

d. Sikap lingkungan seseorang

Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai penghayatan terhadap objek

e. Ada tidaknya tekanan yang berat

Tekanan yang berat dan terus menerus seperti yang terjadi di lingkungan kerja atau di rumah, di mana kondisi emosi sedang tidak baik dapat mengakibatkan gangguan yang berat pada seseorang, sehingga tingkah laku orang tersebut dinilai menyimpang dan orang lain menjadi terlihat selalu dan menolak orang tersebut. Tidak adanya tekanan emosi membuat seseorang dapat melakukan yang terbaik dan dapat berpandangan keluar dan tidak memiliki pandangan hanya kedalam diri saja. Tanpa tekanan emosi juga dapat membuat seseorang santai dan bahagia. Kondisi-kondisi ini memberikan sumbangan positif bagi penilaian terhadap lingkungan sosial yang menjadi dasar terhadap penilaian diri sendiri dan terhadap penerimaan diri (Hurlock, 2007).

f. Frekuensi keberhasilan

Kegagalan yang sering menimpa menjadikan seseorang menolak dirinya sendiri. Sebaliknya, keberhasilan yang sering terjadi menumbuhkan penerimaan terhadap dirinya sendiri. Sering atau tidaknya berhasil yang terjadi dapat dinilai secara kuantitatif dan juga secara kualitatif. Secara kuantitatif berarti jumlah 24 terjadinya keberhasilan lebih banyak dari pada kegagalan. Secara kualitatif maksudnya, walaupun jumlah terjadinya kegagalan lebih banyak dari pada keberhasilan, namun keberhasilan yang terjadi tersebut merupakan sesuatu yang sangat penting dan sangat berarti yang dapat melebihi jumlah kegagalan tersebut, baik dari penilaian masyarakat maupun diri sendiri (Florentina, 2008).

g. Ada tidaknya identifikasi seseorang

Individu yang mengidentifikasikan diri dengan orang yang memiliki penyesuaian diri yang baik akan terpengaruh untuk

mengembangkan tingkah laku positif terhadap hidupnya. Tingkah laku positif tersebut menandakan penilaian diri yang positif serta menunjukkan adanya penerimaan diri yang baik (Hurlock, 2007).

h. Perspektif diri

Pilihan perspektif yang diambil seseorang memiliki implikasi pada teori dan metodologi yang digunakan dan dikuasai serta dipahami seseorang dalam memahami suatu fenomena atau realitas.

i. Latihan pada masa kanak-kanak

Meskipun bermacam-macam penyesuaian yang dilakukan oleh seseorang dapat mengubah secara radikal dan membuat hidupnya semakin baik, namun pusat dari konsep diri yang menentukan jenis penyesuaian diri yang akan dilakukan terletak pada masa kanak-kanak (Husniyati, 2009).

j. Konsep diri yang stabil

Konsep diri adalah evaluasi individu mengenai diri sendiri penilaian atau penaksiran mengenai diri sendiri oleh individu yang bersangkutan (Chaplin, 2009).

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat sepuluh faktor yang berperan dalam penerimaan diri, yaitu adanya pemahaman tentang diri sendiri, adanya harapan yang realistis, tidak adanya hambatan didalam lingkungan, sikap-sikap anggota masyarakat yang menyenangkan, tidak adanya gangguan emosional yang berat, pengaruh keberhasilan yang dialami, identifikasi dengan orang yang memiliki penyesuaian diri yang baik, adanya perspektif diri yang luas, pola asuh dimasa kecil yang baik, serta konsep diri yang stabil.

#### 4. Ciri-ciri penerimaan diri

Ciri-ciri orang yang menerima dirinya, menurut Hurlock (2007) adalah :

- a. Mempunyai keyakinan akan kemampuannya untuk menghadapi kehidupannya.
- b. Menganggap dirinya berharga sebagai seorang manusia yang sederajat dengan orang lain.
- c. Berani memikul tanggung jawab terhadap perilakunya.
- d. Menerima pujian dan celaan secara objektif.
- e. Tidak menyalahkan dirinya akan keterbatasan yang dimilikinya ataupun mengingkari kelebihanannya.

#### 5. Tahapan perubahan psikologis pasien diabetes mellitus

Keadaan ketergantungan pada perawatan maupun pengobatan seumur hidup serta penyesuaian diri terhadap kondisi sakit mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan klien. Perubahan dalam kehidupan, merupakan salah satu pemicu terjadinya stres. Hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Yosep (2007) bahwa stres diawali dengan adanya ketidakseimbangan antara tuntutan dan sumber daya yang dimiliki individu. Semakin tinggi kesenjangan terjadi semakin tinggi pula tingkat stres yang dialami individu. Stress yang dialami pada pasien DM akan menimbulkan rasa kehilangan. Rasa kehilangan akan menyebabkan terjadinya perubahan psikologis pada seseorang. Perubahan psikologis memiliki beberapa tahap, yaitu:

##### a. Peningkaran (*denial*)

Reaksi pertama individu yang mengalami kehilangan adalah syok, tidak percaya atau menolak kenyataan bahwa kehilangan itu terjadi. Dengan mengatakan atau menolak kenyataan kehilangan itu terjadi dengan mengatakan “tidak saya tidak percaya bahwa itu terjadi”, “itu tidak mungkin”. Bagi individu atau keluarga yang mengalami penyakit terminal, akan terus-menerus mencari informasi tambahan.

b. Marah (*anger*)

Fase ini dimulai timbulnya kesadaran akan kenyataan terjadinya kehilangan. Individu menunjukkan perasaan yang meningkat dan sering diproyeksikan kepada orang yang ada di lingkungannya, orang-orang tertentu atau ditujukan pada dirinya sendiri.

c. Tawar-menawar (*bargaining*)

Apabila individu telah mampu mengungkapkan rasa marahnya secara intensif maka ia akan ke tahap tawar-menawar. Pada tahap ini biasanya pasien akan mengeluarkan kata-kata seperti “seandainya dulu saya mau menjaga kesehatan”.

d. Depresi (*depression*)

Individu pada fase ini sering menunjukkan sikap antara lain menarik diri, tidak mau berbicara, kadang-kadang bersikap sebagai pasien yang sangat baik dan menurut atau dengan ungkapan yang menyatakan keputusan, perasaan tidak berharga.

e. Penerimaan (*acceptance*)

Fase ini berkaitan dengan reorganisasi perasaan kehilangan. Pikiran selalu terpusat kepada objek atau orang hilang akan mulai berkurang atau hilang.

## 6. Instrumen penerimaan diri

Instrumen penerimaan diri yang digunakan adalah instrumen yang disusun berdasarkan aspek-aspek penerimaan diri yang meliputi: mempunyai keyakinan akan kemampuannya untuk menghadapi kehidupan, menganggap dirinya berharga sebagai seorang manusia yang sederajat dengan orang lain, berani memikul tanggung jawab terhadap perilakunya, menerima pujian dan celaan secara objektif, tidak menyalahkan dirinya akan keterbatasan yang dimilikinya ataupun mengingkari kelebihanannya (Dina, 2010).

## B. Diabetes mellitus

### 1. Definisi

Diabetes berasal dari bahasa Yunani yang berarti “mengalirkan atau mengalihkan”. Mellitus berasal dari bahasa Latin yang bermakna manis atau madu. Penyakit diabetes mellitus dapat diartikan individu yang mengalirkan volume urin yang banyak dengan kadar glukosa tinggi dan merupakan suatu penyakit hiperglikemia yang ditandai dengan ketidakadaan absolute insulin atau penurunan relatif insensitivitas sel terhadap insulin (Corwin, 2009).

Diabetes Melitus (DM) adalah kelainan defisiensi insulin dan kehilangan toleransi terhadap glukosa (Rab, 2008). DM menurut Rendi dan Margareth (2012) adalah suatu keadaan hiperglikemi kronik yang disertai dengan berbagai kelainan metabolik akibat dari gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai macam komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah. DM merupakan kondisi kronis yang ditandai dengan peningkatan konsentrasi glukosa darah disertai dengan munculnya gejala urine manis (Bilous dan Richard, 2014).

Jadi dapat disimpulkan bahwa DM adalah suatu kondisi klinik dimana tubuh tidak mampu memproduksi insulin secara adekuat dari segi kualitas maupun kuantitas sehingga menyebabkan terjadinya peningkatan kadar glukosa dalam darah secara berlebih (hiperglikemia) dan dapat mengakibatkan berbagai macam komplikasi.

### 2. Klasifikasi

Corwin (2009) menjelaskan, pada dokumen konsesus tahun 1997 oleh *American Diabetes Association's Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*, menjabarkan 4 kategori utama diabetes, yaitu :

- a. Tipe 1 : *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM) / DM Tergantung Insulin (DMTI)

Penderita diabetik lima persen sampai sepuluh persen adalah tipe 1. Sel-sel beta dari pankreas yang normalnya menghasilkan insulin dihancurkan oleh autoimun. Diperlukan suntikan insulin untuk mengontrol kadar gula dalam darah. Awitannya mendadak terjadi sebelum usia 30 tahun.

- b. Tipe 2 : *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) / DM Tidak Tergantung Insulin (DMTTI)

Penderita diabetik sembilan puluh sampai sembilan puluh lima persen adalah tipe II. Kondisi ini diakibatkan oleh penurunan sensitivitas terhadap insulin (resisten insulin) atau akibat penurunan jumlah pembentukan insulin. Pengobatan pertama adalah dengan diet dan olahraga, jika kenaikan kadar glukosa darah menetap, suplemen dengan preparat hipoglikemik (suntikan insulin dibutuhkan, jika preparat oral tidak dapat mengontrol hiperglikemia). Terjadi paling sering pada mereka yang berusia lebih dari 30 tahun dan pada mereka yang obesitas.

- c. DM Tipe Lain

DM tipe lain disebabkan karena kelainan genetik, penyakit pankreas (trauma pankreatik) obat, infeksi, antibodi, sindroma penyakit lain, dan penyakit dengan karakteristik gangguan endokrin.

- d. Diabetes Kehamilan : Gestasional Diabetes Mellitus (GDM)

Diabetes yang terjadi pada wanita hamil yang sebelumnya tidak menderita diabetes.

GDM menurut Ainna dalam Rifka (2014) adalah intoleransi glukosa yang dimulai sejak kehamilan. Jika seorang wanita mengalami kehamilan maka membutuhkan lebih banyak insulin untuk mempertahankan metabolisme karbohidrat yang normal. Jika seorang ibu hamil tidak mampu menghasilkan lebih banyak insulin akan mengalami diabetes.

### 3. Etiologi

DM menurut Retno Novitasari (2012) terjadi sebagai akibat dari kurangnya produksi insulin dan ketersediaan insulin dalam tubuh atau terjadinya gangguan fungsi insulin, yang sebenarnya jumlahnya cukup. Kekurangan insulin disebabkan terjadinya kerusakan sebagian kecil atau sebagian sel-sel beta pulau langerhans dalam kelenjar pankreas yang berfungsi menghasilkan insulin di dalam tubuh.

Pada penderita diabetes mellitus pengaturan sistem kadar gula darah terganggu, insulin tidak cukup mengatasi dan akibatnya kadar gula dalam darah bertambah tinggi. peningkatan kadar glukosa darah akan menyumbat seluruh sistem energi dan tubuh berusaha kuat mengeluarkannya melalui ginjal. Kelebihan gula dikeluarkan didalam air kemih ketika makan makanan yang banyak kadar gulanya. Peningkatan kadar gula dalam darah sangat cepat pula karena insulin tidak mencukupi jika ini terjadi maka terjadilah diabetes mellitus (Tjokroprawiro, 2006).

Insulin berfungsi untuk mengatur kadar gula dalam darah guna menjamin kecukupan gula yang disediakan setiap saat bagi seluruh jaringan dan organ, sehingga proses-proses kehidupan utama bisa berkesinambungan. Pelepasan insulin dihambat oleh adanya hormon – hormon tertentu lainnya, terutama adrenalin dan nonadrenalin, yang dihasilkan oleh kelenjar-kelenjar adrenal, yang juga dikenal sebagai katekolamin, dan somatostatin (Bogdan, 2008).

### 4. Patofisiologi

Pengolahan bahan makanan dimulai dari mulut kemudian ke lambung dan selanjutnya ke usus. Di dalam saluran pencernaan itu makanan dipecah menjadi bahan dasar dari makanan yang di konsumsi tersebut. Karbohidrat menjadi glukosa, protein menjadi asam amino, dan lemak menjadi asam lemak. Ketiga zat makanan tersebut akan diserap oleh usus kemudian masuk ke pembuluh darah dan diedarkan ke seluruh tubuh

yang digunakan sebagai bahan bakar sumber energi. Agar dapat berfungsi sebagai bahan bakar, zat-zat makanan tersebut harus terlebih dahulu masuk ke dalam sel agar dapat di olah. Di dalam sel berlangsung suatu proses dimana zat-zat makanan terutama glukosa dibakar melalui proses kimia yang rumit hingga menghasilkan hasil akhir suatu energi, proses ini sering disebut dengan metabolisme. Dalam proses metabolisme itu insulin sangat berperan penting karena bertugas memasukkan glukosa ke dalam sel, untuk selanjutnya dapat digunakan sebagai bahan bakar. Insulin sendiri adalah suatu hormon yang dikeluarkan oleh sel beta di pankreas tepatnya di pulau langerhans. Insulin berperan sebagai pengatur kadar glukosa dalam darah. Di samping sel beta terdapat juga sel alfa yang memproduksi glukagon dan bekerja sebaliknya dengan sel beta yaitu meningkatkan kadar glukosa darah (Soegondo, 2007).

Insulin di keluarkan oleh sel beta dapat diibaratkan sebagai suatu kunci yang dapat membuka pintu masuknya glukosa ke dalam sel, yang kemudian di dalam sel glukosa di metabolisasikan menjadi energi. Apabila insulin tidak ada maka glukosa juga tidak akan bisa masuk ke dalam sel sehingga mengakibatkan glukosa akan tetap beredar di pembuluh darah, inilah yang menjadi naiknya kadar glukosa dalam darah meningkat dan badan akan menjadi lemah karena tidak ada sumber energi di dalam sel. Defisiensi insulin juga mengakibatkan sel mengakomodasi protein dan lemak dari jaringan adipose untuk dipakai sebagai sumber energi. Pemecahan ini akan menghasilkan zat sisa berupa urea dan keton sehingga menimbulkan ketoasidosis (Soegondo,2007).

Pada keadaan hiperglikemi, ginjal tidak dapat menyaring dan mengabsorpsi sejumlah glukosa dalam darah karena ambang batas untuk gula darah adalah 180 mg%. Sehubungan dengan sifat gula yang menyerap air maka semua kelebihan dikeluarkan bersama urine yang disebut glukosuria. Bersamaan keadaan glukosuria maka sejumlah air hilang dalam urine yang disebut poliuria. Poliuria mengakibatkan dehidrasi intra

selluler, hal ini akan merangsang pusat haus sehingga pasien akan merasa haus terus menerus sehingga pasien akan banyak minum yang disebut dengan polidipsi. Produksi insulin yang kurang akan menyebabkan menurunnya transport glukosa ke dalam sel, sehingga sel-sel menjadi kelaparan karena kekurangan makanan dan simpanan karbohidrat, lemak dan protein menjadi menipis, karena digunakan untuk melakukan pembakaran dalam tubuh, maka klien akan selalu merasa lapar dan menyebabkan rasa ingin selalu banyak makan yang disebut poliphagia. Terlalu banyak lemak yang dibakar maka akan terjadi penumpukan asetat dalam darah yang menyebabkan keasaman darah meningkat atau asidosis, zat ini akan meracuni tubuh bila terlalu banyak hingga tubuh berusaha mengeluarkan melalui urine dan pernapasan akibatnya bau urine dan napas penderita berbau aseton atau buah-buahan. Keadaan asidosis ini apabila tidak segera di obati akan terjadi koma yang di sebut koma diabetik (Rendi dan Margareth, 2012).

## 5. Manifestasi klinis

Manifestasi klinik untuk DM menurut Singh (2010) adalah :

- a. Penurunan berat badan  
Berat badan menurun dalam waktu relatif singkat karena distribusi glukosa ke dalam sel terganggu akibatnya memakai cadangan lemak untuk sumber energi.
- b. Poliuria  
Kadar glukosa dalam darah banyak menyebabkan banyak kencing dalam volume yang banyak.
- c. Polidipsia  
Penderita sering merasa haus akibat dari banyak kencing sehingga banyak cairan yang terbuang.
- d. Polifagia  
Selalu merasa lapar karena glukosa tidak dimanfaatkan sepenuhnya.

Tjokroprawiro (2006) menjelaskan, gejala penyakit diabetes mellitus dapat digolongkan menjadi dua yaitu gejala akut dan gejala kronik.

a. Gejala akut dikenal beberapa istilah :

- 1) Hipoglikemia : keadaan seseorang dengan kadar glukosa darah di bawah nilai normal. Gejala ini ditandai dengan munculnya rasa lapar, gemetar, mengeluarkan keringat, pusing, gelisah dan penderita bisa jadi koma.
- 2) Ketoasidosis diabetik yang diartikan sebagai keadaan tubuh yang sangat kekurangan insulin dan bersifat mendadak akibat infeksi, luka suntik insulin, pola makan yang terlalu besar atau setres.
- 3) Koma hiposmoler non kronik yang diakibatkan adanya dehidrasi berat, hiotensi, dan shock. Gejala penyakit diabetes melitus dari satu penderita ke penderita yang lain tidaklah selalu sama tetapi terhadap keluhan yang umumnya timbul seperti banyak makan (polifagia), banyak minum (polidipsia), dan banyak kencing (poliuria). Apabila keadaan tersebut tidak segera diobati maka lama kelamaan mulai timbul gejala yang disebabkan oleh kurangnya insulin. Kurangnya insulin menyebabkan gejala yang timbul hanya polidipsia, poliuria, penurunan berat badan dengan cepat, mudah lelah, dan nafsumakan berkurang.

b. Gejala Kronik

Komplikasi kronis diartikan sebagai kelainan pembuluh darah yang akhirnya bisa menyebabkan serangan jantung, gangguan fungsi ginjal, dan gangguan saraf. Komplikasi kronik sering dibedakan berdasarkan bagian tubuh yang mengalami kelainan, seperti kelainan di bagian mata, mulut, urogenital, saraf dan kulit. Kadang – kadang penderita diabetes melitus tidak menunjukkan gejala akut atau mendadak tetapi baru menunjukkan gejala sesudah beberapa bulan atau beberapa tahun mengidap penyakit diabetes melitus. Gejala kronik yang sering timbul

pada penderita diabetes melitus adalah kesemutan, kulit terasa panas, rasa tebal dikulit, kram, capai, mudah mengantuk, mata kabur, gatal disekitar kemaluan, gigi mudah goyang atau mudah lepas, kemampuan seksual menurun atau bahkan impotensi, bagi ibu hamil sering mengalami keguguran atau berat bayi lahir lebih dari 4 kg.

## 6. Pemeriksaan diagnostik

Penentuan diagnosa DM menurut Sujono & Sukarmin (2008) adalah pemeriksaan gula darah, antara lain :

- a. Gula darah puasa (GDP) 70-110 mg/dl.
- b. Kriteria diagnostik untuk DM  $> 140$  mg/dl paling sedikit dalam 2 kali pemeriksaan, atau  $> 140$  mg/dl disertai gejala klasik hiperglikemia atau Impaired Glucose Tolerance (IGT) 115-140 mg/dl.
- c. Gula darah 2 jam post prondial  $< 140$  mg/dl digunakan untuk skrining atau evaluasi pengobatan bukan diagnostik.
- d. Gula darah sewaktu  $< 140$  mg/dl digunakan untuk skrining bukan diagnostik.
- e. Tes toleransi glukosa intravena (TTGI) dilakukan jika tes toleransi glukosa oral (TTGO) merupakan kontraindikasi atau terdapat kelainan gastrointestinal yang mempengaruhi absorpsi glukosa.
- f. Tes toleransi kortison glukosa, digunakan jika TTGO tidak bermakna. Kortison menyebabkan peningkatan kadar glukosa abnormal dan menurunkan penggunaan gula darah perifer pada orang yang berpredisposisi menjadi DM kadar glukosa darah 140mg/dl paada akhir 2 jam dianggap sebagai hasil positif.
- g. Glycosetat hemoglobin, memantau glukosa darah selama lebih dari 3bulan.
- h. C-Peptide 1-2 mg/dl ( puasa ) 5-6 kali meningkatkan setelah pemberian glukosa.

- i. Insulin serum puasa : 2-20 mu/ml post glukosa sampai 120 mu/ml, dapat digunakan dalam diagnosa banding hipoglikemia atau dalam penelitian diabetes.

Kriteria diagnostik WHO untuk DM orang dewasa yang tidak hamil, pada sedikitnya 2 kali pemeriksaan :

- a. Glukosa plasma sewaktu/random > 200 mg/dl (11,1 mmol/L)
- b. Glukosa plasma puasa/nuchter > 140 mg/dl (7,8 mmol/L)
- c. Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gram karbohidrat ( 2 jam post prandial (pp)) > 200mg/dl (11,1 mmol/L).

## 7. **Komplikasi**

Mansjour (2007) menjelaskan, komplikasi yang berkaitan dengan tipe DM di golongan menjadi 2 yaitu akut dan kronik, sebagai berikut :

### a. **Komplikasi akut**

Komplikasi akut terjadi sebagai akibat dari ketidak seimbangan jangka pendek dari glukosa darah.

#### 1) **Hipoglikemia/ koma hipoglikemia**

Hipoglikemik adalah kadar gula darah yang rendah. Kadar gula darah yang normal 60-100 mg% yang bergantung pada berbagai keadaan. Salah satu bentuk dari kegawatan hipoglikemik adalah koma hipoglikemik. Koma ini biasanya terjadi karena akibat dari overdosis insulin. Selain itu dapat pula terjadi karena terlambat makan atau olahraga yang berlebihan serta kegagalan glikogenesis yang terjadi pada penyakit hati, ginjal dan jantung. Hipoglikemik terjadi bila kadar gula dalam darah dibawah 50mg% atau 40 mg% pada pemeriksaan darah jari.

#### 2) **Sindrom hiperglikemik hiperosmolar non ketotik (HHNC/HONK)**

HONK adalah keadaan hiperglikemia dan hiperosmoliti tanpa terdapatnya ketosis. Konsentrasi gula darah lebih dari 600 mg bahkan sampai 2000 mg, tidak terdapat aseton, osmolitas darah tinggi melewati 350 mOsm per kilogram, tidak terdapat asidosis dan fungsi ginjal pada umumnya terganggu dimana BUN banding kreatinin lebih dari 30 : 1, elektrolit natrium berkisar antara 100-150 mEq per liter kalium bervariasi.

3) Ketoasidosis Diabetik ( KAD )

DM ketoasidosis adalah komplikasi akut DM yang ditandai dengan dehidrasi, kehilangan elektrolit dan asidosis. Hiperglikemik pada ketoasidosis diabetik akan menimbulkan poliuri dan polidipsi. KAD yang berat dapat kehilangan kira-kira 6,5 L air dan sampai 400 hingga 500 mEq natrium, kalium, serta klorida selama periode waktu 24 jam.

b. Komplikasi kronik

Komplikasi kronik umumnya terjadi 10 sampai 15 tahun setelah awitan.

- 1) Makrovaskular (penyakit pembuluh darah besar) mengenai sirkulasi koroner, vaskular perifer dan vaskular serebral.
- 2) Mikrovaskular (penyakit pembuluh darah kecil) mengenai mata (retinopati) dan ginjal (nefropati). Kontrol kadar glukosa darah untuk memperlambat atau menunda awitan baik komplikasi mikrovaskular maupun makrovaskular.
- 3) Penyakit neuropati, mengenai saraf sensorik-motorik dan autonomi serta menunjang masalah seperti impotensi dan ulkus pada kaki.
- 4) Ulkus/ ganggren/ kaki diabetik.

### C. Lama pengobatan diabetes mellitus

Telah diketahui bahwa DM merupakan penyakit kronik yang tidak bisa sembuh sempurna. Dengan demikian, tidak ada obat yang dapat

menyembuhkan penyakit diabetes. Penyakit DM memerlukan perawatan maupun pengobatan (manajemen diabetes) seumur hidup. Oleh karena itu, tujuan umum pengobatan pada DM adalah mengendalikan kadar gula darah dan meningkatkan kualitas hidup penderita. (Krisnatuti, Yenrina & Rasjmida, 2014 ).

Endang (2011) menjelaskan, terapi DM pada prinsipnya bertujuan sebagai berikut :

1. Mengembalikan metabolisme gula dalam darah hingga menjadi senormal mungkin, sehingga penderita merasa nyaman dan sehat
2. Mencegah atau memperlambat timbulnya komplikasi
3. Mendidik penderita dalam pengetahuan dan motivasi agar dapat merawat sendiri penyakitnya.

Soegondo,dkk (2007) menyebutkan, terdapat 4 pilar utama dalam pengelolaan DM yaitu sebagai berikut:

**1. Perencanaan makan / diit**

Tujuan umum dalam terapi gizi adalah untuk membantu penderita DM memperbaiki kebiasaan gizi serta membuat perubahan yang positif dalam kebiasaan makan sehingga menghasilkan perbaikan kadar glukosa dalam darah dan memperbaiki kadar lemak. Jika klien berhasil mengatasi diabetes militus yang dideritanya, ia akan terhindar dari hiperglikemia atau hipoglikemia.

Pada dasarnya perencanaan makan pada DM tidak berbeda jauh dengan perencanaan orang normal, tetapi pada penderita harus pantang gula dan makanan manis untuk selamanya. Terdapat tiga hal penting yang harus diperhatikan oleh penderita DM adalah 3J ( Jumlah, Jadwal dan Jenis makanan) yaitu J1: jumlah kalori sesuai dengan resep dokter harus dihabiskan; J2: jadwal makanan harus diikuti sesuai dengan jam makan terdaftar dan J3: jenis makanan harus diperhatikan ( pantangan gula dan makanan manis )

Diet pada penderita DM dapat dibagi atas beberapa bagian antara lain:

a. Diet A

Terdiri dari makanan yang mengandung karbohidrat 50%, lemak 30 %, dan protein 20 %. Indikasi : diberikan kepada semua penderita DM pada umumnya.

b. Diet B

Terdiri dari : karbohidrat 68 %, lemak 20 %, protein 12%. Indikasi diberikan kepada penderita DM terutama yang:

- 1) Kurang tahan lapar dengan dietnya
- 2) Mempunyai penyulit mikroangiopati
- 3) Misalnya terdapat reniopati diabetik tetapi belum ada nefropati yang nyata.
- 4) Telah menderita diabetes dari 15 tahun

c. Diet B1

Terdiri dari : karbohidrat 60 %, lemak 20 %, protein 20%. Indikasi diberikan kepada penderita DM yang memerlukan diit protein tinggi, yaitu :

- 1) Mampu atau kebiasaan makan tinggi protein tetapi normal lipidemia
- 2) Masih muda perlu pertumbuhan
- 3) Mengalami patah tulang
- 4) Hamil dan menyusui
- 5) Menderita hepatitis kronis atau sirosis hepatitis
- 6) Menderita TBC
- 7) Menderita penyakit graves ( morbus basedou )
- 8) Menderita selulitis
- 9) Dalam keadaan pasca bedah

Indikasi tersebut selama tidak ada kontra indikasi penggunaan protein kadar tinggi

d. Diet B2 dan B3

Diberikan untuk nefropati diabetic dengan gangguan faal ginjal. Semua penderita DM dianjurkan untuk latihan ringan yang dilaksanakan secara teratur tiap hari pada saat setengah jam sesudah makan. Juga dianjurkan untuk melakukan latihan ringan setiap hari, pagi dan sore hari dengan maksud untuk menurunkan berat badan.

**2. Latihan jasmani**

Latihan jasmani dianjurkan secara teratur 3 – 4 kali dalam seminggu selama kurang lebih 30 menit, yang sifatnya sesuai CRIPE (*continous, rhythmical, interval, progressive, endurance training*). Minimal sampai mencapai zona sasaran 75-85% denyut nadi maksimal (220-umur), disesuaikan dengan kemampuan dan kondisi penyakit yang menyertai klien.

**3. Obat berkehasiat hipoglikemik**

Sarana pengelolaan farmmakologis mengenai diabetes dapat berupa :

a. Obat Hipoglikemik Oral

1) Pemicu sekresi insulin

a) Sulfonilurea

Cara kerja golongan obat ini dengan menstimulasi sel beta pankreas untuk melepaskan insulin yang tersimpan. Karena itulah obat ini hanya akan bereaksi kepada klien yang masih mempunyai kemampuan untuk mensekresi insulin. Pemakaian obat sulfonilurea biasanya dimulai dari dosis yang rendah untuk menghindari adanya hipoglikemia. Golongan obat ini tidak dapat dipakai pada DM tipe 1. Mekanisme kerja obat golongan Sulfonilurea yaitu menstimulasi penglepasan insulin yang tersimpan, menurunkan ambang sekresi insulin, dan meningkatkan sekresi insulin sebagai akibat rangsangan glukosa

b) Glinid

Glinid merupakan obat generasi terbaru yang cara kerjanya sama dengan sulfonuria, dengan meningkatkan sekresi insulin fase pertama. Golongan ini terdiri dari 2 macam obat yaitu : repaglinid ( derivat asam benzoate ) dan nateglinid ( derivat fenilalanin ). Obat ini diabsorpsi dengan cepat setelah pemberian secara oral dan diekskresikan secara cepat melalui hati.

2) Penambah sensitivitas terhadap insulin

a) Biguanid

Saat ini golongan dari biguanid yang masih dipakai adalah metformin. Metformin menurunkan kadar glukosa dalam darah tetapi tidak menyebabkan penurunan sampai di bawah normal. Karena itu tidak disebut sebagai obat hipoglikemik melainkan obat antihiperglikemik.

Metformin menurunkan glukosa darah melalui pengaruhnya terhadap kerja insulin pada tingkat selular, distal dari reseptor insulin serta juga pada efeknya menurunkan produksi glukosa hati. Metformin meningkatkan pemakaian glukosa oleh sel usus sehingga menurunkan glukosa darah dan menghambat absorpsi glukosa dari usus pada keadaan sesudah makan. Setelah diberikan secara oral, metformin mencapai kadar puncak dalam darah setelah 2 jam dan diekskresikan melalui urin dalam keadaan utuh dengan waktu paruh 2-5 jam.

b) Tiazolidindion

Tiazolidindion merupakan golongan obat baru yang mempunyai efek farmakologis untuk meningkatkan sensitivitas insulin. Dapat diberikan secara oral. Golongan obat ini bekerja dengan meningkatkan glukosa disposal pada sel dan mengurangi produksi glukosa di hati. Golongan obat

baru ini diharapkan dapat bekerja secara optimal dan lebih tepat bekerja pada sasaran kelainan yaitu resistensi insulin, tanpa menyebabkan hipoglikemia serta kelelahan pada sel beta pankreas.

b. Insulin

Insulin diberikan kepada klien yang kadar glukosa darahnya sudah tidak dapat dikendalikan dengan penggunaan sulfonilurea dan metformin, langkah selanjutnya yang diberikan kepada klien adalah penggunaan insulin.

**4. Penyuluhan**

Penyuluhan merupakan salah satu penatalaksanaan DM yang sangat penting. Melalui edukasi serta pelatihan kepada penderita DM, pengetahuan dan keterampilan dapat menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman klien mengenai penyakitnya, sehingga adanya komplikasi dapat dicegah dan klien dapat hidup berbahagia bersama dengan penyakit diabetes yang dideritanya.

**D. Hubungan antara lama pengobatan dengan penerimaan diri**

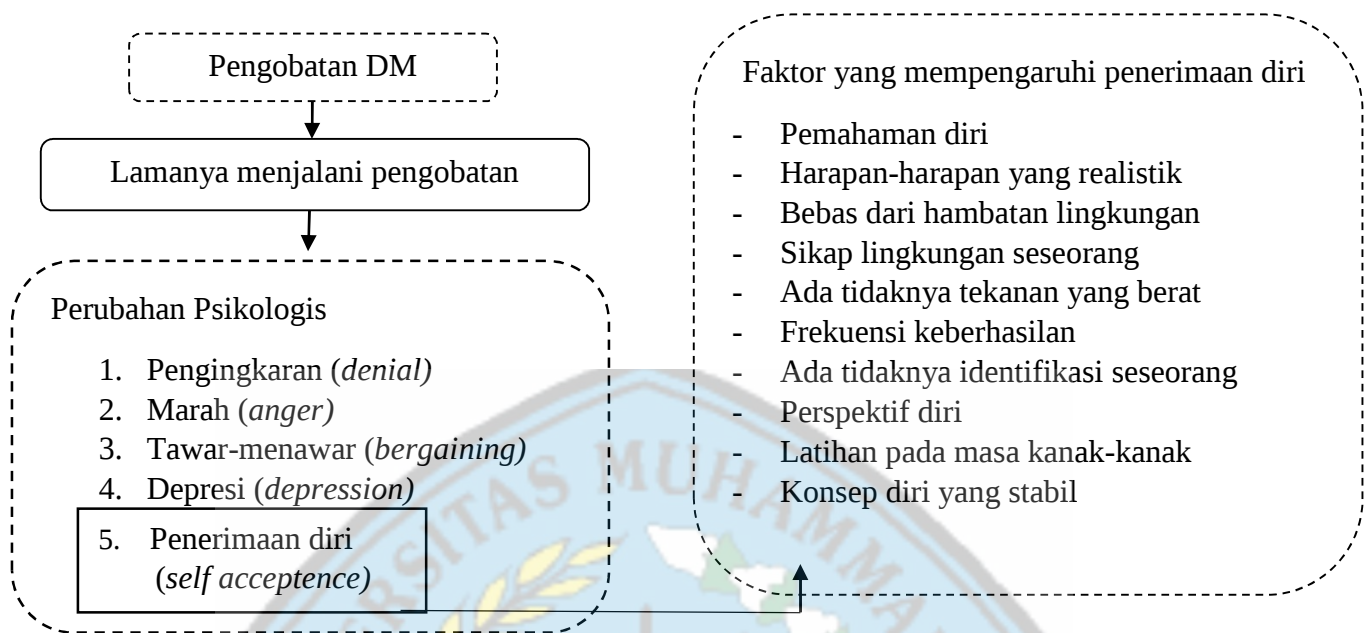
DM merupakan suatu kondisi kronik yang ditandai dengan peningkatan konsentrasi glukosa darah disertai munculnya gejala utama yang khas, yakni urin manis dalam jumlah yang besar karena kadar glukosa (hiperglikemi) dalam darah. Hiperglikemia disebabkan oleh kelainan pada sel beta di pulau langerhans kelenjar pankreas yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas biologis dari insulin ataupun bisa dari kedua-duanya yang menimbulkan berbagai macam komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah (Soegondo, dkk, 2007).

Pada perawatan maupun pengobatan DM, langkah pertama yang harus dilakukan adalah penatalaksanaan tanpa obat berupa pengaturan diet dan olah raga. Apabila dalam langkah pertama ini tujuan penatalaksanaan belum tercapai, dapat dikombinasi dengan langkah farmakologis berupa terapi insulin

atau terapi obat hipoglikemik oral, atau kombinasi keduanya (Depkes RI, 2005 dalam Alisa, 2015).

Keadaan ketergantungan pada perawatan maupun pengobatan seumur hidup serta penyesuaian diri terhadap kondisi sakit mengakibatkan terjadinya perubahan psikologis dalam kehidupan klien. Perubahan psikologis pada pasien dimulai pengingkaran atau *denial*. Pengingkaran atau *denial* merupakan reaksi pertama pasien akibat intensitas pengobatan. Setelah tahap pengingkaran pasien akan mengalami marah atau *anger*. Fase marah dimulai timbulnya kesadaran pasien akan lamanya tindakan pengobatan. Apabila pasien telah mampu mengungkapkan rasa marahnya secara intensif maka ia akan ke tahap tawar-menawar. Apabila pasien pada fase tawar-menawar tidak sesuai apa yang diharapkan, maka pasien akan mengalami depresi akibat lamanya tindakan pengobatan tersebut. Pada fase depresi pasien sering menunjukkan sikap seperti menarik diri, tidak mau berbicara, kadang-kadang bersikap sebagai pasien yang sangat baik dan mengungkapkan rasa keputusasaan serta perasaan tidak berharga. Sikap tersebut mengakibatkan pasien mengalami tahap penerimaan diri akibat lamanya tindakan pengobatan. Selain itu pikiran selalu terpusat kepada objek atau orang lain akan mulai berkurang atau hilang. Sehingga hipotesis sesuai kerangka teori ini yaitu ada hubungan antara lamanya pengobatan dengan penerimaan diri pada pasien diabetes mellitus.

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disusun kerangka teori sebagai berikut.



**Bagan 2.1: Kerangka Teori**

Sumber : Black & Hawsk (2009); Smeltzer & Bare (2009); Gerogianni & Babatsikou (2014); Yosep (2007); Hurlock (2007)

Keterangan :



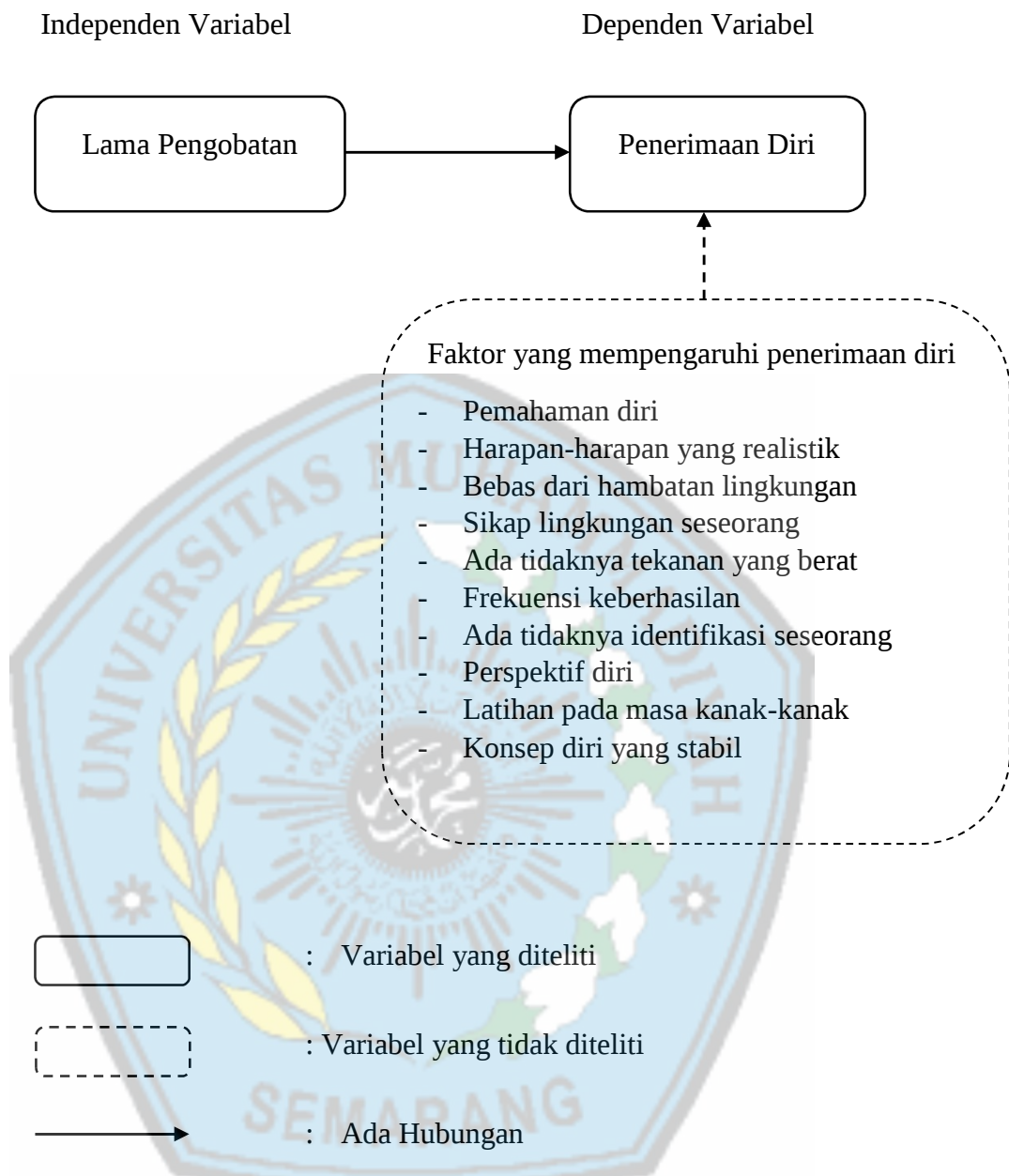
: Area yang diteliti



: Tidak diteliti

### E. Kerangka konsep

Pada penelitian ini diteliti tentang lamanya pengobatan dengan penerimaan diri pada pasien diabetes mellitus di Puskesmas Sayung I. Untuk lebih jelasnya secara sistematis kerangka konsep penelitian ini akan digambarkan sebagai berikut :



**Bagan 2.2 : Kerangka konsep**

## F. Variabel

Variabel adalah suatu sifat yang akan diukur atau diamati yang nilainya bervariasi antara satu objek lainnya dan terukur (Riyanto, 2011). Variabel independen (bebas) dalam penelitian ini adalah lamanya pengobatan. Sedangkan variabel dependen (terikat) dalam penelitian ini adalah penerimaan diri.

**G. Hipotesis**

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Ho : Tidak ada hubungan antara lama pengobatan dengan penerimaan diri pada pasien diabetes mellitus

Ha : Ada hubungan antara lama pengobatan dengan penerimaan diri pada pasien diabetes mellitus



