

**HUBUNGAN PENERIMAAN DIRI DENGAN *SELF-MANAGEMENT*
DIABETES MELLITUS PADA PESERTA PROLANIS
DI PUSKESMAS KEDATON BANDARLAMPUNG**

(Skripsi)

**Oleh :
VANESSA FARADISE INONU**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDARLAMPUNG
2019**

**HUBUNGAN PENERIMAAN DIRI DENGAN *SELF-MANAGEMENT*
DIABETES MELLITUS PADA PESERTA PROLANIS
DI PUSKESMAS KEDATON BANDARLAMPUNG**

Oleh
VANESSA FARADISE INONU

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Jurusan Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDARLAMPUNG
2019**

Judul Skripsi : **HUBUNGAN PENERIMAAN DIRI DENGAN
SELF-MANAGEMENT DIABETES MELLITUS PADA
PESERTA PROLANIS DI PUSKESMAS KEDATON
BANDARLAMPUNG**

Nama Mahasiswa : Vanessa Faradise Inonu

No. Pokok Mahasiswa : 1518011184

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran

MENYETUJUI
Komisi Pembimbing

Dr. Dyah Wulan S.R.Wardani, SKM., M.Kes
NIP 19720628 199702 2 001

dr. Rodiani, S.Ked., M.Sc., Sp.OG
NIP 19790419 200312 2 002

MENGETAHUI

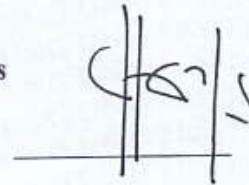
Dekan Fakultas Kedokteran

Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA
NIP 19701208 200112 1 001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

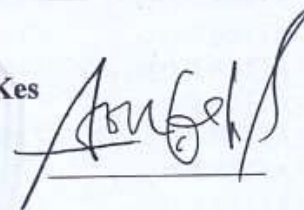
Ketua : Dr. Dyah Wulan S.R.Wardani, SKM., M.Kes



Sekretaris : dr. Rodiani, S.Ked., M.Sc., Sp. OG



Penguji
Bukan Pembimbing : Dr. dr. TA Larasati, S.Ked., M.Kes



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA
NIP. 19701208 200112 1 001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 11 Januari 2019

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa:

Skripsi dengan judul “**HUBUNGAN PENERIMAAN DIRI DENGAN SELF-MANAGEMENT DIABETES MELLITUS PADA PESERTA PROLANIS DI PUSKESMAS KEDATON BANDARLAMPUNG**” merupakan hasil karya sendiri tanpa adanya plagiarisme atau penjiplakan karya penulis lain dengan tidak memandang kaidah etik ilmiah yang berlaku di lingkungan masyarakat akademik. Karya tulis ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung atas hak intelektualitasnya.

Demikian pernyataan ini saya buat, apabila di kemudian hari terdapat ketidakbenaran atas pernyataan ini, saya bersedia menerima sanksi apa pun sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bandarlampung, 14 Januari 2019

Pembuat Pernyataan



Vanessa Faradise Inonu

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Bandarlampung pada tanggal 30 Juli 1998, sebagai anak kelima dari 6 bersaudara dari Bapak Ismet Inonu dan Almarhumah Ibu Rita Herlina.

Penulis menempuh pendidikan Sekolah Dasar (SD) di SD Negeri 2 Rawa Laut (Teladan) yang diselesaikan pada tahun 2010, Sekolah Menengah Pertama (SMP) di SMP Negeri 1 Bandarlampung yang diselesaikan pada tahun 2013, dan Sekolah Menengah Akhir (SMA) di SMA Negeri 2 Bandarlampung yang diselesaikan pada tahun 2015.

Pada tahun 2015, penulis terdaftar sebagai mahasiswi di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur SBMPTN. Selama menjadi mahasiswi, penulis aktif mengikuti organisasi BEM Fakultas Kedokteran Universitas Lampung tahun 2015-2016 sebagai *executive apprentice* (EA), tahun 2016-2017 sebagai staff biro Fundraising, dan tahun 2017-2018 sebagai wakil kepala biro Fundraising.

MOTTO

*“Jangan pernah katakan tidak bisa
sebelum mencoba”*

SANWACANA

Puji syukur penulis haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan hidayah-Nya skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Salawat serta salam semoga tercurah kepada nabi besar Muhammad SAW dengan mengharap syafaatnya di yaumul akhir kelak.

Skripsi dengan judul “Hubungan Penerimaan Diri Dengan *Self-Management* Diabetes Mellitus Pada Peserta Prolanis Di Puskesmas Kedaton Bandarlampung” terselesaikan oleh karena penulis banyak mendapat masukan, kritik dan saran, serta dukungan dari berbagai pihak.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Hasriadi Mat Akin, M.P., selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Bapak Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
3. Ibu Dr. Dyah Wulan SRW, S.KM, M.Kes., selaku Pembimbing I yang telah memberikan kesempatan waktu dan tempatnya untuk memberikan kritik dan saran serta bimbingan dalam penyelesaian skripsi ini.
4. dr. Rodiani, S.Ked., M.Sc., Sp.OG, selaku Pembimbing II yang telah memberikan masukan serta bimbingan dalam penyelesaian skripsi ini.

5. Dr. dr. TA Larasati, S.Ked., M.Kes., selaku Pembahas atas kesediaannya dalam membahas serta memberikan kritik dan saran yang membangun dalam penyelesaian skripsi ini.
6. Dr. dr. Susianti, S.Ked., M.Sc, selaku dosen Pembimbing Akademik penulis selama penulis menjadi mahasiswi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang telah memberikan masukan dan dukungannya dalam bidang akademik.
7. Kedua orang tua penulis, Ismet Inonu dan Almarhumah Rita Herlina, yang telah melahirkan dan membesarkan penulis serta memberikan dukungan dan ridhonya kepada penulis.
8. Bu Mursini dan dr. Mala, selaku penanggung jawab program Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung, yang telah memberikan waktu, tempat, dan izinnya sehingga penulis dapat melakukan penelitian di lokasi.
9. Seluruh peserta Prolanis yang menderita diabetes mellitus di Puskesmas Kedaton Bandarlampung yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, semoga Allah Swt. selalu memberikan kesehatan dan lindungan-Nya. Aamiin.
10. Seluruh staff dosen dan karyawan FK Unila yang telah membantu dalam pemenuhan berkas dan syarat sehingga skripsi ini terselesaikan.
11. Kepada saudara kandung penulis, Saddam Hussein Inonu, Melissa Faradilla Inonu, Nitami Evita Inonu, Onassis Yusuf Inonu, dan Muhammad Usama Inonu yang telah memberikan doa dan dukungannya kepada penulis.

12. Teman-teman seperjuangan FK Unila, Andini (Iton), Kak Yuri, Melati, Kak Mira, Kak Astara, Kak Sarah, Kak Agtara, Hasril, Reihan, Azib, Norman, Habibi, Rifath, Rifki, Sany, Brocky, Nabil, Om Fahri, Diki, Farhan, Dhea, Mutia, Agnes, Fina, Widy, dan masih banyak lagi Endomisium yang telah membantu, bekerja sama, dan menemani penulis dari awal perkuliahan hingga penyelesaian skripsi ini dan seterusnya.

13. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan serta menyumbangkan ilmu, ide, dan pemikirannya dalam pembuatan skripsi ini.

Penulis menyadari dalam penyelesaian skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna, akan tetapi penulis berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat dan ilmu baik kepada pembaca maupun penulis.

Bandarlampung, 14 Januari 2019

Penulis,

Vanessa Faradise Inonu

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-ACCEPTANCE WITH SELF-MANAGEMENT OF DIABETES MELLITUS ON PROLANIST PARTICIPANTS IN KEDATON HEALTH CENTER BANDARLAMPUNG

By

VANESSA FARADISE INONU

Background: Diabetes mellitus is a noncommunicable disease that prevalence and incidence continues to increase from year to year. To prevent diabetes can be done with four pillars of diabetes control that contained in diabetes self-management. In diabetes management, a good self-acceptance is needed to manage diabetes. The purpose of this study is to analyze the relationship between self-acceptance with self-management of diabetes mellitus on Prolanist participants in Kedaton Health Center Bandarlampung.

Methods: This study is conducted with an observational approach with a cross sectional study design on Prolanist participants in Kedaton Health Center Bandarlampung. The variables measured are self-acceptance (independent variable) and self-management of diabetes mellitus (dependent variable). The sampling technique used is the nonprobability sampling technique in the form of consecutive sampling with a minimum sample size of 52 persons. Data analysis using univariate and bivariate analysis using the chi square test by looking at the p value on continuity correction.

Results: From 52 respondents, there are most respondents with self-acceptance (63,5%) are moderate self-acceptance. Most respondents with good self-management of diabetes are amounted to 69.2%. Most respondents with good self-management (81.25%) have high self-acceptance, while enough self-management is the most (36.11%) with moderate acceptance. The results of the data analysis show the p value in the continuity correction of 0.354 ($p > 0.05$).

Conclusion: There is no relationship between self-acceptance and self-management of diabetes mellitus on Prolanist participants in Kedaton Health Center Bandarlampung.

Keywords: diabetes mellitus, self-acceptance, self-management

ABSTRAK

HUBUNGAN PENERIMAAN DIRI DENGAN *SELF-MANAGEMENT* DIABETES MELLITUS PADA PESERTA PROLANIS DI PUSKESMAS KEDATON BANDARLAMPUNG

Oleh

VANESSA FARADISE INONU

Latar Belakang: Diabetes mellitus merupakan penyakit tidak menular yang prevalensi dan insidensinya terus meningkat dari tahun ke tahun. Untuk mencegah diabetes dapat dilakukan dengan empat pilar pengendalian diabetes yang termuat dalam *self-management* diabetes. Dalam manajemen diabetes, diperlukan penerimaan diri yang baik untuk mengelola diabetesnya. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara penerimaan diri dengan *self-management* diabetes mellitus pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung.

Metode: Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan observasional dengan desain penelitian *cross sectional* pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung. Variabel yang diukur, yaitu penerimaan diri (variabel independen) dan *self-management* diabetes mellitus (variabel dependen). Teknik pengambilan sampel yang digunakan, yaitu teknik *nonprobability sampling* berupa *consecutive sampling* dengan jumlah sampel minimal 52 orang. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan uji *chi square* dengan melihat nilai p pada *continuity correction*.

Hasil: Dari 52 orang responden, terdapat responden dengan penerimaan diri paling banyak (63,5%) adalah penerimaan diri sedang. Responden dengan *self-management* diabetes baik paling banyak, yaitu sebesar 69,2%. Responden dengan *self-management* baik paling banyak (81,25%) yang penerimaan dirinya tinggi, sedangkan *self-management* cukup paling banyak (36,11%) yang penerimaan dirinya sedang. Hasil analisis data menunjukkan nilai p pada *continuity correction* sebesar 0,354 ($p > 0,05$).

Simpulan: Tidak ada hubungan penerimaan diri dengan *self-management* diabetes mellitus pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung.

Kata kunci: diabetes mellitus, penerimaan diri, *self-management*

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|---------|
| DAFTAR ISI..... | i |
| DAFTAR TABEL..... | iii |
| DAFTAR GAMBAR | iv |
| BAB 1 PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang Masalah..... | 1 |
| 1.2 Perumusan Masalah..... | 5 |
| 1.3 Tujuan Penelitian..... | 5 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 5 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 6 |
| 1.4 Manfaat Penelitian..... | 6 |
| 1.4.1 Bagi Puskesmas | 6 |
| 1.4.2 Bagi Responden | 7 |
| 1.4.3 Bagi Masyarakat | 7 |
| 1.4.4 Bagi Penelitian dan Peneliti Selanjutnya | 7 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Landasan Teori..... | 8 |
| 2.1.1 Diabetes Mellitus | 8 |
| 2.1.2 <i>Self-Management Diabetes Mellitus</i> | 21 |
| 2.1.3 Penerimaan Diri | 27 |
| 2.2 Kerangka Teori..... | 30 |
| 2.3 Kerangka Konsep | 31 |
| 2.4 Hipotesis..... | 32 |
| BAB 3 METODE PENELITIAN | |
| 3.1 Desain Penelitian..... | 33 |
| 3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian | 33 |
| 3.3 Populasi Penelitian | 34 |
| 3.4 Sampel Penelitian..... | 34 |
| 3.5 Identifikasi dan Definisi Operasional Variabel Penelitian..... | 35 |
| 3.6 Alat dan Bahan Penelitian | 36 |

| | |
|--|----|
| 3.7 Validitas dan Reliabilitas | 38 |
| 3.8 Analisis Univariat dan Bivariat..... | 36 |
| 3.8.1 Analisis Univariat | 39 |
| 3.8.2 Analisis Bivariat | 40 |
| 3.9 Etika Penelitian | 40 |

BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

| | |
|--|----|
| 4.1 Hasil Penelitian | 41 |
| 4.1.1 Data Karakteristik Responden | 41 |
| 4.1.2 Analisis Univariat | 43 |
| 4.1.3 Analisis Bivariat | 44 |
| 4.2 Pembahasan..... | 45 |
| 4.2.1 Analisis Univariat | 45 |
| 4.2.2 Analisis Bivariat | 50 |
| 4.3 Keterbatasan Penelitian..... | 52 |

BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN

| | |
|--------------------|----|
| 5.1 Simpulan | 53 |
| 5.2 Saran..... | 53 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| Tabel | Halaman |
|---|---------|
| 1. Komposisi Diet Diabetes..... | 20 |
| 2. Definisi Operasional Variabel..... | 36 |
| 3. Subdomain DSMQ..... | 38 |
| 4. Karakteristik Responden Menurut Usia..... | 41 |
| 5. Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin..... | 42 |
| 6. Karakteristik Responden Menurut Lama Menderita DM..... | 42 |
| 7. Distribusi Frekuensi Penerimaan Diri..... | 43 |
| 8. Distribusi Frekuensi <i>Self-Management</i> Diabetes..... | 44 |
| 9. Penggabungan Sel Analisis Data Hubungan Penerimaan Diri Dengan <i>Self-Management</i> Diabetes Mellitus..... | 45 |
| 10. Distribusi Frekuensi Jawaban Alat Ukur Penerimaan Diri..... | 46 |
| 11. Distribusi Frekuensi Jawaban Alat Ukur <i>Self-Management</i> | 48 |
| 12. Subdomain dari DSMQ..... | 49 |

DAFTAR GAMBAR

| Gambar | Halaman |
|--|---------|
| 1. Omnius Octet, Delapan Organ yang Berperan dalam Patogenesis Hiperglikemia Pada DM Tipe 2. | 14 |
| 2. Kerangka Teori Penelitian..... | 31 |
| 3. Kerangka Konsep Penelitian. | 31 |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Diabetes Mellitus (DM) atau diabetes merupakan penyakit kronis yang tidak menular dan akan disandang oleh penderita seumur hidupnya (Perkeni, 2015). Prevalensi dan insidensi diabetes sebagai penyakit tidak menular ini terus meningkat dari tahun ke tahun. Menurut IDF (*International Diabetes Federation*) Diabetes Atlas tahun 2017, sebanyak 123 juta orang (usia lebih dari 65 tahun) dan 327 juta orang (usia antara 20 – 64 tahun) menderita diabetes di dunia. Di Indonesia, jumlah estimasi orang yang menderita diabetes sebanyak 10,3 juta orang. Angka tersebut membuat Indonesia menempati peringkat ke-6 di dunia dengan prevalensi penderita diabetes tertinggi setelah China, India, Amerika Serikat, Brazil, dan Meksiko (IDF, 2017). Sementara itu, prevalensi diabetes di Provinsi Lampung berdasarkan wawancara yang terdiagnosis dokter sebesar 0,7% (Risksedas, 2013).

Menurut WHO (2016) seiring dengan tingginya jumlah penderita diabetes, persentase angka kematian akibat diabetes juga ikut meningkat. Akan tetapi, angka kematian akibat diabetes tersebut dapat jauh dari angka kematian sebenarnya akibat gula darah yang tinggi. Hal ini disebabkan banyaknya penyandang diabetes yang belum terdiagnosis atau belum menyadari bahwa ia

diabetes (WHO, 2016). Kematian pada penyandang diabetes yang belum terdiagnosis ini akan dirasa sebagai *silent killer* atau pembunuh secara diam-diam bagi penderitanya karena gejalanya yang sering tidak disadari dan saat diketahui kadar gula darah sudah sangat tinggi (hiperglikemia) dan tidak jarang telah terjadi komplikasi yang berujung pada kematian (Kemenkes RI, 2014). Hal ini pada dasarnya dapat dicegah dengan melakukan pengendalian diabetes yang bertujuan untuk mengontrol kadar gula darah dengan baik (Permatasari, 2010).

Pengendalian diabetes terdiri dari empat pilar, yaitu edukasi, aktivitas fisik, terapi diet, dan terapi farmakologi (Perkeni, 2015). Dalam pengendalian diabetes, diperlukan kemampuan dalam mengelola kehidupan sehari-harinya sehingga dapat mengurangi dampak penyakit yang diderita seperti diabetes. Hal ini disebut *self-management* diabetes. Perilaku yang mencerminkan *self-management* pada penderita diabetes, yaitu melakukan diet sehat, meningkatkan aktivitas fisik, menggunakan obat diabetes secara rutin dan teratur, melakukan pemantauan kadar glukosa darah rutin, dan melakukan perawatan kaki sebagai bagian dari edukasi. *Self-management* diabetes apabila dilakukan dengan baik, empat pilar pengendalian diabetes pun terpenuhi (Putri *et al.*, 2013).

Dalam manajemen diabetes, diperlukan penerimaan diri pasien yang baik untuk melakukan perubahan pola hidup yang tidak biasa. Hasan *et al.* (2013) menyatakan sebanyak 65,52% penderita memiliki penerimaan diri sedang akibat subjek kesulitan dalam menjalani manajemen diabetesnya. Hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya hubungan penerimaan diri dengan

self-management diabetes. Individu yang memiliki penerimaan diri yang buruk cenderung berpandangan negatif terhadap kemampuan atau potensi dalam dirinya (Hasan *et al.*, 2013). Sementara telah disebutkan bahwa *self-management* termasuk dalam kemampuan individu dalam mengelola kehidupannya. Secara tidak langsung, individu dengan penerimaan diri buruk akan berpandangan negatif terhadap kemampuannya dalam mengelola diabetes, sehingga dapat memengaruhi *self-management* diabetesnya.

Dalam fase manajemen penyakit kronis, penerimaan diri termasuk dalam fase integrasi (Fennell, 2003). Penerimaan diri merupakan sikap individu yang mencerminkan perasaan menerima dan senang atas segala kelebihan dan kekurangan yang ada pada dirinya serta mampu mengelola segala kekhususan diri dengan baik sehingga dapat menumbuhkan kepribadian dan fisik yang sehat (Masyithah, 2012). Menurut Schlutz (dalam Masyithah, 2012) penerimaan diri memiliki hubungan yang erat dengan aktivitas dasar, seperti makan, minum, dan istirahat. Individu yang bisa menerima keadaan dirinya tidak memiliki hambatan dalam hal ini. Sama halnya dengan penerimaan diri terhadap penyakit diabetes, individu yang menerima keadaan tersebut tidak memiliki hambatan dalam mengelola diabetesnya.

Beberapa penelitian sebelumnya yang memiliki kaitannya dengan penelitian ini, antara lain Tristiana *et al.* (2016) yang menyatakan bahwa responden yang belum memasuki tahapan penerimaan memiliki tingkat perawatan diri yang rendah. Indriasari (2006) dengan hasil penelitian berupa terdapat hubungan yang signifikan antara penerimaan diri dengan kepatuhan dalam menjalani pengobatan pada penderita diabetes mellitus. Schmitt *et al.*

(2014) dengan hasil penelitian yang menunjukkan semakin tinggi penderita diabetes yang tidak menerima dirinya memiliki hubungan negatif yang signifikan dengan penurunan *self-care*.

Putri *et al.* (2013) dengan hasil penelitian terdapat 64,9% responden yang melakukan *self-management* DM dengan baik. Gregg *et al.* (2007) penelitiannya menunjukkan bahwa pemberian kombinasi edukasi dengan ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*) terhadap responden selama 3 bulan memberikan *self-care* diabetes lebih baik. Perbedaan penelitian sebelumnya dengan penelitian ini terdapat pada metode penelitian dan skala variabel yang digunakan, yang dinyatakan dalam tingkatan rendah, sedang, tinggi (variabel penerimaan diri) dan buruk, cukup, baik (variabel *self-management* diabetes).

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan antara penerimaan diri dengan *self-management* diabetes mellitus. Sampel yang akan diteliti adalah penderita DM sekaligus peserta Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis) di Puskesmas Kedaton Bandar Lampung. Menurut data prasurey BPJS Provinsi Lampung tahun 2017, Puskesmas Kedaton memiliki jumlah peserta Prolanis yang menderita diabetes paling tinggi di Bandar Lampung. Menurut Fathoni (2017), Puskesmas Kedaton juga merupakan salah satu puskesmas unggulan dalam pelaksanaan program Prolanis. Kegiatan yang dilaksanakan meliputi edukasi, *reminder SMS gateway*, *home visit*, aktivitas klub, dan pemantauan status kesehatan (Fathoni, 2017). Sebagian besar peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton aktif dalam mengikuti kegiatan tiap hari Jumat, yaitu senam Prolanis. Akan tetapi, kehadiran peserta dalam kegiatan tersebut masih tergantung keperluan, yaitu

kadang hadir selama 1 bulan, kadang juga tidak hadir. Meskipun pelayanan atau kegiatan yang diberikan kepada peserta Prolanis telah menunjang pengetahuan mengenai DM dan penatalaksanaannya, hal tersebut kembali lagi kepada diri masing-masing individu apakah individu tersebut dapat menerima dirinya sebagai penderita DM sehingga dapat mengelola dirinya dalam melakukan pengendalian DM.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan pemaparan latar belakang di atas, penelitian ini akan memfokuskan pada batasan pokok, yaitu:

“Apakah ada hubungan antara penerimaan diri dengan *self-management* diabetes mellitus pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini secara umum, yaitu untuk mengetahui hubungan antara penerimaan diri dengan *self-management* diabetes mellitus pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung.

1.3.2 Tujuan Khusus

Secara khusus, tujuan penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Mengetahui karakteristik responden, meliputi umur, jenis kelamin, lama menderita DM, dan pengobatan DM.
2. Mengetahui gambaran tingkatan penerimaan diri penderita DM pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung.
3. Mengetahui gambaran *self-management* penderita DM dari aspek diet, medikasi, olahraga, pemantauan kadar gula darah, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung.
4. Mengetahui hubungan antara penerimaan diri terhadap penyakit DM dengan *self-management* diabetes mellitus pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Puskesmas

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi masukan dalam memberikan pendidikan kesehatan sekaligus dukungan secara moril mengenai penerimaan diri dan *self-management* diabetes mellitus.

1.4.2 Bagi Responden

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan gambaran pentingnya penerimaan diri dalam *self-management* diabetes mellitus pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandar Lampung.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat mampu memberikan dukungan moril terhadap penerimaan diri penderita diabetes di lingkungan keluarga dan masyarakatnya, serta memberikan pemantauan terhadap *self-management* penderita diabetes mellitus.

1.4.4 Bagi Penelitian dan Peneliti Selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dapat menambah informasi terkait faktor yang berhubungan dengan *self-management* diabetes mellitus dan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian dengan metode lain.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Diabetes Mellitus

2.1.1.1 Definisi

Perkeni (2015) mendefinisikan Diabetes Mellitus (DM) sebagai sekelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang dapat terjadi akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Diabetes merupakan kondisi kronis yang terjadi ketika kadar glukosa di dalam darah melebihi normal akibat tubuh yang tidak dapat memproduksi cukup hormon insulin atau akibat penggunaan insulin yang tidak adekuat (IDF, 2017).

Diabetes mellitus sebagai penyakit menahun akan diderita seumur hidup sehingga dalam pengelolaannya dibutuhkan tim medis, paramedis, dan penderita itu sendiri. Diabetes mellitus sebagai induk penyakit bermakna sebagai penyakit yang tidak menyebabkan kematian secara langsung, tetapi jika penanganannya tidak tepat akan berakibat fatal (Nafisah, 2015).

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa DM merupakan penyakit kronis akibat produksi insulin yang tidak adekuat atau kelainan pada kerja insulin yang menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah sehingga pengelolaannya membutuhkan peran dari diri penderita maupun lingkungan sekitar penderita.

2.1.1.2 Klasifikasi Diabetes

IDF (2017) membagi diabetes menjadi tiga kategori utama:

a. Diabetes Tipe 1

Diabetes yang disebabkan oleh reaksi autoimun, yaitu sistem imun tubuh menyerang sel beta yang memproduksi insulin pada kelenjar pankreas sehingga terjadi proses destruksi. Hasilnya, tubuh memproduksi sedikit atau tidak sama sekali insulin dengan defisiensi insulin relatif ataupun absolut. Proses destruksi tersebut belum jelas mekanismenya, tetapi diduga berhubungan dengan adanya kombinasi genetik dan ada pemicu dari lingkungan seperti infeksi virus, toksin, atau faktor nutrisi (IDF, 2017).

Diabetes tipe 1 dapat mengenai semua umur, tetapi paling sering ditemukan pada usia anak-anak hingga remaja. Penderita diabetes tipe ini akan membutuhkan injeksi insulin setiap hari seumur hidupnya untuk mengendalikan kadar glukosa darah dalam rentang optimal.

Tanpa insulin, penderita mungkin tidak dapat bertahan (IDF, 2017).

b. Diabetes Tipe 2

Diabetes tipe 2 merupakan hasil dari produksi insulin yang tidak adekuat dan adanya resistensi insulin, yaitu ketidakmampuan tubuh untuk merespon secara sempurna terhadap hormon insulin. Diabetes ini merupakan jenis diabetes yang paling sering ditemui, sekitar 90% dari semua kasus diabetes merupakan diabetes tipe 2. Paling umum terjadi pada usia yang lebih tua (dewasa tua), tetapi saat ini telah terjadi peningkatan pada anak-anak, remaja, dan dewasa muda. Hal ini berhubungan dengan peningkatan faktor risiko seperti obesitas, kurang olahraga, dan diet yang buruk (IDF, 2017).

Sebagian pasien diabetes tipe 2 mungkin belum terdiagnosis sebagai diabetes karena gejalanya yang sering tidak disadari selama bertahun-tahun. Setelah ditemukan, ternyata telah terjadi komplikasi dari keadaan hiperglikemia kronik. Komplikasi yang dapat terjadi akibat hiperglikemia berupa ulkus diabetikum, penglihatan kabur, gagal ginjal, atau adanya infeksi (IDF, 2017).

c. Diabetes Mellitus Gestasional (DMG)

DMG merupakan tipe diabetes yang terjadi pada wanita hamil. Diabetes ini dapat terjadi pada semua usia

kehamilan, tetapi biasanya terjadi pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Sebesar 75 – 90% kasus diabetes gestasional ditemukan pada kehamilan dengan kadar glukosa darah yang tinggi (IDF, 2017).

2.1.1.3 Faktor Risiko Diabetes

Menurut Arifin (2016), faktor risiko diabetes mellitus dibagi menjadi faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Adapun faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko timbulnya diabetes tersebut, antara lain:

a. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

Ras dan etnik ras dapat meningkatkan risiko diabetes mellitus akibat adanya perbedaan kebiasaan dan kebudayaan pada masing-masing ras. Dalam hal ini termasuk makanan, faktor lingkungan, dan faktor genetik. Selain ras, faktor demografi lain seperti usia juga mempunyai hubungan yang erat dengan sikap dan perilaku, karakteristik tempat, dan waktu (Arifin, 2016).

Riwayat dalam keluarga yang menderita diabetes dapat meningkatkan risiko terjadinya diabetes pada anaknya. Ibu yang menderita diabetes mellitus memberikan risiko 10 – 30% lebih besar daripada ayah yang diabetes. Hal ini berhubungan dengan penurunan gen saat kehamilan. Selain itu, jika saat lahir ternyata seseorang memiliki riwayat berat

bayi lahir rendah < 2500 gram, diduga kerja pankreas belum optimal sehingga dalam memproduksi insulin juga akan terganggu. Hal ini dapat meningkatkan risiko diabetes di kemudian hari (Arifin, 2016).

b. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

Faktor risiko penting untuk terjadinya penyakit diabetes mellitus tipe 2 adalah obesitas. Pada orang yang obesitas, pemasukan kalori akan terjadi berlebihan yang menyebabkan sel beta pankreas untuk bekerja semaksimal mungkin. Akan tetapi, kondisi ini dapat menyebabkan sel beta pankreas mengalami kelelahan dan pada akhirnya tidak mampu memproduksi insulin yang cukup untuk tubuh. Akibatnya, kadar glukosa dalam darah akan terus meningkat sehingga menimbulkan diabetes (Arifin, 2016).

Selain obesitas, faktor lain yang dapat dimodifikasi yaitu hipertensi, dan dislipidemia. Hipertensi atau peningkatan tekanan darah dapat memicu terjadinya resistensi insulin yang kemudian dapat berkembang menjadi hiperinsulinemia. Keadaan ini menyebabkan sel beta pankreas mengalami kerusakan dan timbul diabetes mellitus tipe 2. Dislipidemia merupakan kelainan profil lipid ditandai dengan peningkatan kadar kolesterol total, LDL, TG, dan penurunan kolesterol HDL. Tingginya kadar kolesterol ini menyebabkan peningkatan asam lemak bebas

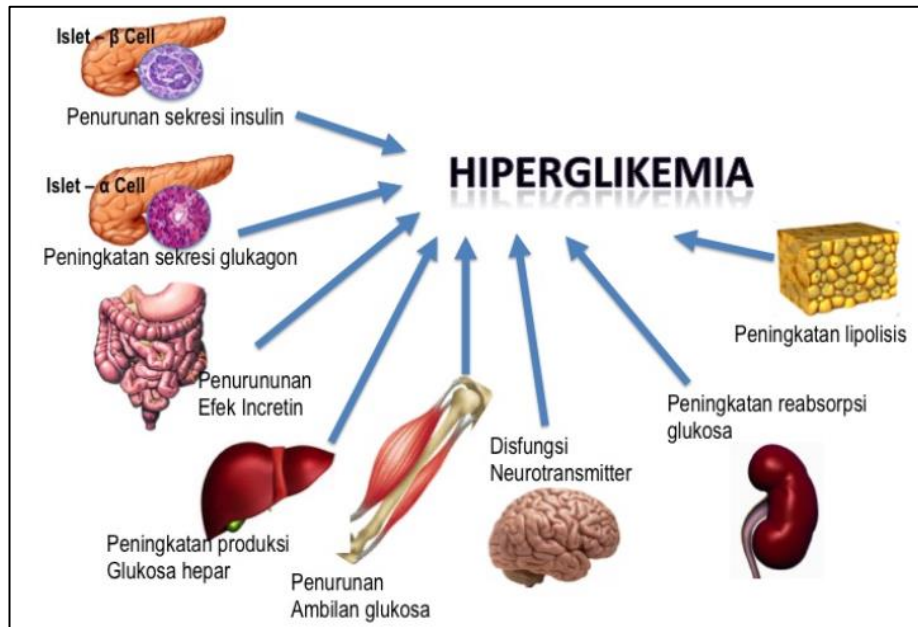
yang berakibat pada kerusakan sel beta pankreas, dan timbullah diabetes mellitus (Arifin, 2016).

2.1.1.4 Patogenesis

Telah diketahui bahwa patofisiologi kerusakan sentral dari DM tipe 2 berhubungan dengan terjadinya resistensi insulin pada otot dan liver, serta adanya kegagalan sel beta pankreas dalam memproduksi hormon insulin. Tidak hanya ketiga organ tersebut, akan tetapi terdapat lima organ lain yang juga berpengaruh pada terjadinya diabetes tipe 2 di antaranya, yaitu jaringan lemak, gastrointestinal, sel alfa pankreas, ginjal, dan otak (Perkeni, 2015). Delapan organ tersebut disebut *omnibus octet*, telah digambarkan pada Gambar 1 sebagai organ yang berperan dalam patogenesis hiperglikemia pada DM tipe 2.

Tiga organ penting pertama yang akan dibahas, yaitu sel beta pankreas, liver, dan otot. Pada saat diagnosis DM tipe-2 ditegakkan, fungsi sel beta sudah sangat berkurang. Hal inilah yang merupakan tanda adanya kegagalan pada sel beta pankreas. Resistensi insulin yang berat pada penderita DM tipe 2 juga akan memicu terjadinya glukoneogenesis sehingga akan terjadi peningkatan pembentukan glukosa dari liver. Pada penderita DM tipe 2 juga dapat ditemukan adanya gangguan kerja insulin pada intramioselular. Hal ini merupakan akibat adanya gangguan fosforilasi tirosin sehingga menimbulkan

gangguan pada transportasi glukosa dalam sel otot, dan terjadi penurunan sintesis glikogen (Perkeni, 2015).



Gambar 1. Omnius Octet, Delapan Organ yang Berperan dalam Patogenesis Hiperglikemia Pada DM Tipe 2.
Sumber: Perkeni (2015).

Lima organ lainnya seperti sel lemak, usus, sel alfa pankreas, ginjal, dan otak selanjutnya akan dibahas secara bertahap. Pada penderita DM tipe 2, sel lemak dapat menjadi resistensi terhadap efek antilipolisis dari insulin sehingga asam lemak bebas dalam plasma akan meningkat. Peningkatan ini merangsang glukoneogenesis dan terjadilah resistensi insulin di liver dan otot. Usus dalam saluran pencernaan juga berperan terhadap peningkatan glukosa darah setelah makan, hal ini merupakan akibat kerja enzim alfa-glukosidase yang memecah polisakarida menjadi monosakarida. Sel alfa pankreas

merupakan organ yang mensekresikan hormon glukagon. Hormon ini mempunyai fungsi yang berkebalikan dari hormon insulin sehingga apabila terjadi peningkatan akan memicu terjadinya hiperglikemia. Pada penderita DM tipe 2, peran SGLT-2 (Sodium Glucose co- Transporter) dalam menyerap kembali glukosa yang difiltrasi oleh ginjal meningkat. Hal ini menyebabkan peran SGLT-1 tertekan sehingga glukosa mungkin terdapat dalam urine. Pada orang obesitas baik yang DM maupun tidak, terjadi peningkatan nafsu makan akibat adanya resistensi insulin pada otak sehingga dapat menimbulkan keadaan hiperglikemia (Perkeni, 2015).

2.1.1.5 Diagnosis

Diagnosis diabetes mellitus dapat ditegakan atas dasar pemeriksaan kadar glukosa darah dengan melihat kriteria diagnosis DM. Kriteria diagnosis DM dapat dilihat dari kadar glukosa plasma sewaktu (GPS), glukosa plasma puasa (GPP), glukosa plasma 2 jam setelah tes toleransi glukosa oral (TTGO), dan pemeriksaan HbA1c. Selain itu, terdapat juga keluhan-keluhan yang dapat menunjang penegakan diagnosis pada penderita diabetes (Perkeni, 2015).

Didiagnosis sebagai DM jika GPS-nya ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L) dengan keluhan klasik. GPS dapat dinilai dari pemeriksaan sewaktu tanpa memikirkan kapan waktu makan

terakhir. Keluhan klasik pada DM, yaitu 3P (poliuria, polidipsia, polifagia) dan terjadi penurunan berat badan yang tidak diketahui sebabnya. Keluhan lain yang mungkin terdapat di luar dari keluhan klasik berupa kesemutan, penglihatan kabur, lemah badan, pada pria dapat terjadi disfungsi ereksi, dan pada wanita terjadi pruritus vulva (Perkeni, 2015).

Diagnosis yang memikirkan waktu makan terakhir, yaitu GPP yang berarti pemeriksaan dilakukan setelah puasa minimal 8 jam. Dikatakan DM jika GPP-nya ≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L). Selain itu juga, glukosa plasma dapat diperiksa setelah 2 jam dilakukan TTGO, yaitu setelah pemberian beban glukosa yang setara dengan 75 gram glukosa anhidrus yang telah dilarutkan dalam air. Dikatakan DM jika ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L). Dari pemeriksaan kontrol HbA1c juga dapat dinilai apakah kontrol glukosa darahnya baik atau tidak. Jika kadar HbA1c-nya $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol) berarti kontrolnya tidak baik dan dapat digunakan untuk mendiagnosis DM (Perkeni, 2015; Purnamasari, 2015; ADA, 2016).

2.1.1.6 Komplikasi

Komplikasi diabetes mellitus terbagi menjadi dua, yaitu komplikasi metabolik akut dan komplikasi vaskular jangka panjang (Arifin, 2016).

a. Komplikasi Metabolik Akut

Komplikasi akut terdiri atas krisis hiperglikemia, hiperglikemia, dan hipoglikemia. Krisis hiperglikemia dibagi menjadi KAD (Ketoasidosis Diabetik) dan SHH (Status Hiperglikemi Hiperosmolar). Ketoasidosis diabetik merupakan komplikasi akut diabetes yang ditandai dengan trias KAD (hiperglikemia, ketosis, dan asidosis). Hal ini ditandai dengan adanya kadar glukosa darah yang tinggi (300 – 600 mg/dl), tanda dan gejala asidosis, plasma keton positif kuat, peningkatan osmolaritas plasma (300 – 320 mOs/ml), serta terjadi peningkatan anion gap (Perkeni, 2015; Arifin, 2016). Sementara, status hiperglikemi hiperosmolar merupakan suatu keadaan hiperglikemia tanpa asidosis. Pada SHH terjadi peningkatan glukosa darah yang tinggi (600 – 1200 mg/dl), tanpa tanda dan gejala asidosis, peningkatan osmolaritas plasma mencapai 330 – 380 mOs/ml, plasma keton (+/-), dan peningkatan sedikit atau bahkan normal pada anion gap (Perkeni, 2015).

Hiperglikemia terjadi akibat asupan glukosa dan produksi glukosa hati yang meningkat sehingga glukosa dalam tubuh berlebihan. Glukosa tersebut sebagian tidak mengalami glikolisis secara sempurna karena metabolisme normal tidak mampu memetabolisme glukosa yang berlebihan sampai tuntas (Arifin, 2016). Hipoglikemia

terjadi akibat pemakaian obat antihiperlipidemik oral yang berlebihan sehingga terjadi peningkatan sekresi insulin. Keadaan hipoglikemia ini ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah < 70 mg/dl (Perkeni, 2015; Arifin, 2016).

b. Komplikasi Vaskular Jangka Panjang

Komplikasi kronik diabetes terdiri dari dua, yaitu makroangiopati dan mikroangiopati. Pada komplikasi makroangiopati akibat diabetes, gambaran histopatologisnya dapat berupa aterosklerosis. Hal ini disebabkan oleh terjadinya insufisiensi insulin sehingga timbul perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah (Arifin, 2016). Pembuluh darah yang terkena dapat terjadi pada pembuluh darah jantung (menyebabkan penyakit arteri koroner), pembuluh darah tepi (menyebabkan penyakit vaskular perifer berupa gangren diabetikum), dan pembuluh darah otak (menyebabkan serangan iskemia dan stroke) (Vinti, 2015).

Komplikasi mikroangiopati terjadi akibat lesi spesifik yang menyerang kapiler dan arteriol retina, saraf-saraf perifer, glomerulus ginjal, otot, dan kulit (Arifin, 2016). Penyakit yang dapat ditimbulkan, yaitu retinopati diabetik (akibat perubahan pada pembuluh darah kecil retina mata), nefropati diabetik, dan neuropati (faktor risiko tinggi

terjadinya ulkus kaki sehingga meningkatkan risiko amputasi) (Perkeni, 2015; Vinti, 2015).

2.1.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diabetes mellitus didasarkan pada empat pilar penatalaksanaan DM yang terdiri dari edukasi, terapi farmakologis, aktivitas fisik atau olahraga, dan terapi nutrisi medis atau diet. Menurut Perkeni (2015), edukasi yang penting diberikan pada pasien DM, yaitu mengenai perjalanan penyakit dan komplikasi yang dapat timbul, perlunya pengendalian dan pemantauan secara rutin, pengukuran kadar glukosa darah secara berkala, pentingnya perawatan kaki, olahraga, dan pentingnya terapi farmakologis, serta terapi nonfarmakologis (Perkeni, 2015).

Terapi farmakologis penting untuk dilaksanakan pada penderita diabetes dalam menstabilkan kadar glukosa darahnya. Terapi ini ada dua jenis, yaitu obat antihiperqlikemik oral dan bentuk suntikan atau terapi insulin (Perkeni, 2015). Pada diabetes mellitus tipe 1 terjadi destruksi pada sel beta sehingga mengalami defisiensi insulin absolut. Hal ini menyebabkan penderita diabetes tipe 1 selalu membutuhkan terapi injeksi insulin. Sementara itu, pada penderita diabetes mellitus tipe 2 terjadi defisiensi dan/atau resistensi insulin sehingga lebih ditekankan pada diet dan aktivitas fisik. Hanya

saja untuk menurunkan kadar glukosa darah yang tinggi diperlukan terapi obat, bisa menggunakan obat antihiperqlikemik oral maupun terapi insulin jika sudah berat (Arifin, 2016).

Tabel 1. Komposisi Diet Diabetes.

| Kandungan | Jumlah yang dianjurkan | Keterangan |
|--------------------|-----------------------------------|--|
| Karbohidrat | 45 – 65% dari total asupan energi | Terutama karbohidrat yang berserat tinggi. Pembatasan karbohidrat total <130 g/hari tidak dianjurkan. Sukrosa tidak boleh lebih dari 5% total asupan energi. Anjuran makan tiga kali sehari dan bila perlu makanan selingan. |
| Lemak | 20 – 25% dari kebutuhan kalori | Tidak melebihi 30% total asupan energi. Komposisi yang dianjurkan: a. Lemak jenuh < 7% kebutuhan kalori b. Lemak tidak jenuh ganda <10 % c. Sisanya lemak tidak jenuh tunggal Konsumsi kolesterol dianjurkan <200 mg/hari. |
| Protein | 10 – 20% total asupan energi | Sumber protein yang baik: ikan, udang, cumi, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu dan tempe |
| Natrium | <2300 mg/hari | Asupan natrium untuk penderita diabetes sama dengan orang sehat. |
| Serat | 20 – 35 mg/hari | Dianjurkan mengonsumsi serat dari kacang-kacangan, buah, dan sayuran, serta sumber karbohidrat yang tinggi serat. |
| Pemanis Alternatif | | Pemanis alternatif aman digunakan sepanjang tidak melebihi batas aman (Accepted Daily Intake/ADI). |

Sumber: Perkeni (2015).

Manajemen gaya hidup merupakan perawatan diabetes yang sangat diperlukan terutama pada penderita diabetes mellitus tipe 2, hal ini termasuk terapi nutrisi dan aktivitas fisik. Aktivitas fisik dapat dilakukan 60 menit/hari atau lebih

dengan aktivitas sedang atau aerobik, minimal 3 hari/minggu untuk anak-anak dan dewasa dengan diabetes tipe 1 atau tipe 2. Akan tetapi, pada kebanyakan dewasa dengan diabetes tipe 1 atau tipe 2 lebih sering dilakukan selama 150 menit atau lebih per minggu dibagi dalam 3 hari/minggu (ADA, 2016).

Dalam hal manajemen gaya hidup, terapi nutrisi atau diet sangat dibutuhkan oleh semua pasien diabetes terutama diabetes tipe 2 yang mempunyai faktor risiko pola hidup yang tidak baik. Pengelolaan diet diabetes dapat dilakukan dengan memenuhi komposisi diet yang terlihat pada Tabel 1.

2.1.2 *Self-Management Diabetes Mellitus*

2.1.2.1 Definisi

Self-management merupakan suatu perilaku yang berfokus pada peran serta tanggung jawab individu dalam pengelolaan penyakitnya (Kisokanth *et al.*, 2013). *Self-management* diabetes merupakan suatu tindakan individu dalam mengontrol diabetes termasuk melakukan pengobatan dan pencegahan komplikasi. Tujuan *self-management*, yaitu untuk mencapai kadar glukosa darah optimal (Mulyani, 2016). Kemampuan untuk belajar, dikombinasikan dengan kemauan untuk menerima tanggung jawab terhadap *self-management* dapat menjadi faktor utama dalam menentukan prognosis DM untuk jangka panjang (Kisokanth *et al.*, 2013).

2.1.2.2 Faktor Yang Memengaruhi *Self-Management*

Faktor-faktor yang dapat memengaruhi seorang individu dalam menjalankan *self-management* diabetes, antara lain:

a. Faktor Pengetahuan

Pengetahuan individu mengenai perjalanan penyakit DM, peran pengobatan, dan rencana terapi akan memengaruhi keberhasilan individu dalam *self-manage*. Dilaporkan juga bahwa apabila mereka tidak mengetahui mengapa dan bagaimana manajemen penyakit kronis yang diderita, *self-management* akan terhambat (Green *et al.*, 2017).

b. Faktor Kebudayaan

Beberapa etnis tertentu dapat memengaruhi sikap, kepercayaan, dan nilai-nilai seseorang mengenai kesehatan. Pada seseorang yang cenderung melakukan diet sehat, hal ini disebutkan memiliki pengaruh dari tradisi dan ketersediaan pangan. Dilaporkan juga terdapat individu yang merasa takut untuk menggunakan insulin karena dipercaya dapat menyebabkan kebutaan. Hal ini dapat menjadi hambatan dalam melakukan *self-management* diabetes (Kisokanth *et al.*, 2013).

c. Faktor Emosional

Stress, takut, cemas, dan gangguan mood dikatakan dapat menjadi hambatan dalam melakukan *self-management* (Green *et al.*, 2017). Pada individu yang merasa sedih dan takut terhadap penyakitnya akan memiliki *self-management* yang lebih rendah daripada individu yang memiliki penerimaan diri baik, yaitu menerima seutuhnya keadaan yang dialami (Kusniawati dalam Dhamayanti, 2018).

d. Faktor Motivasi

Motivasi dan kedisiplinan diri dapat memengaruhi kegigihan dalam pelaksanaan *self-management* (Green *et al.*, 2017). Motivasi internal memiliki peranan penting dalam *self-management* diabetes. Dilaporkan bahwa individu yang mengalami depresi akan kehilangan minat dan kelelahan yang selanjutnya akan menyebabkan *self-management* diabetes yang buruk (Kisokanth *et al.*, 2013).

e. Faktor Pola Hidup

Pengalaman *self-management*, kemampuan dalam menciptakan *self-management* yang rutin, dan adanya transisi dalam kehidupan merupakan faktor lain yang dapat memengaruhi *self-management* (Green *et al.*, 2017).

2.1.2.3 Fase Manajemen Penyakit Kronik

Diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit kronik yang dalam hal ini akan dibahas manajemen penyakit kronik menurut Fennell (2003). Terdapat empat fase manajemen penyakit kronik yang berurutan, yaitu:

a. Fase Krisis

Pada fase ini, individu yang menderita penyakit kronis akan mengalami onset mendadak dari penyakit tersebut. Pada sebagian besar pasien, hal ini menyebabkan penderita mencari pertolongan yang sifatnya mendesak untuk mengurangi gejala. Karakteristik individu pada fase krisis, antara lain urgensi, penderita ingin menghilangkan kondisi yang membuat dirinya sakit sesegera mungkin. Penderita juga percaya bahwa yang dapat menyelesaikan masalahnya adalah orang lain terutama tenaga kesehatan.

Ada kalanya, penderita juga menyalahkan orang lain atas kondisinya, tetapi lebih dominan dalam menyalahkan diri sendiri. Ide-ide negatif yang berulang juga sering bermunculan pada fase krisis oleh karena penderitaan yang dialami. Penderita cenderung menolak akan kenyataan dan pada keadaan yang sangat cemas hingga depresi berat, ide bunuh diri dapat muncul. Penderita juga cenderung kehilangan integritas diri dan ketidakmampuan dalam menjalankan perannya. Pada fase ini, penderita

dikarakteristikan memiliki toleransi yang sangat rendah terhadap ambiguitas sehingga penderita membutuhkan suatu kepastian (Fennell, 2003).

b. Fase Stabilisasi

Setelah fase krisis telah berhasil dilewati, individu akan memasuki tahap stabilisasi. Pada fase kedua ini, aspek yang menonjol, yaitu bagaimana proses energi dalam diri individu berfungsi dan kebutuhan individu dalam memahami prosesnya sekaligus beradaptasi. Penderita akan mulai menyadari dan mencoba menyesuaikan diri terhadap perubahan proses energi yang terjadi, bahwa penyakit kronis telah berkembang.

Proses energi dalam diri termasuk bagaimana kegiatan dapat dilakukan individu dan seberapa banyak yang dilakukan dengan baik setiap harinya. Kegiatan yang dimaksud meliputi kegiatan sehari-hari (makan, minum, tidur), aktivitas fisik, hubungan keluarga dan teman, dan aktivitas yang berkaitan dengan pekerjaan. Pada fase stabilisasi, penderita akan mampu melanjutkan berbagai aktivitas tersebut dan akan merasa senang atas prestasinya, serta menikmati masa istirahat sebagai penghargaan atas usaha yang telah dijalani (Fennell, 2003).

c. Fase Resolusi

Pada fase resolusi, individu dapat mengintegrasikan penyakitnya ke dalam kehidupannya tergantung seberapa besar individu tersebut mengembangkan makna kehidupan. Sebagai hasilnya, individu akan memiliki harga diri yang lebih besar dibanding sebelumnya. Banyak kondisi yang akan bertahan dalam sisa kehidupan mereka, akan tetapi kualitas hidup yang baik hanya akan dimiliki oleh mereka yang menerima dan memaknai kehidupannya bersamaan dengan kekronisan penyakit yang diderita.

Proses pasien dalam menghargai penderitaan dan mengembangkan makna dapat menjadikan pasien seorang pribadi yang bermakna. Pengalaman resolusi yang telah dialami memberikan pasien untuk siap dalam menghadapi aktivitas terintegrasi dari fase empat (Fennell, 2003).

d. Fase Integrasi

Pada fase terakhir individu mengintegrasikan penyakitnya ke dalam kehidupan yang penuh makna. Mereka tidak lagi hidup hanya untuk penyakitnya, tapi sebagai individu yang memiliki banyak minat dan keterlibatan meskipun ada keterbatasan yang dimiliki. Penyakitnya hanya menjadi suatu aspek dalam dirinya. Pada fase ini juga mereka biasanya merencanakan untuk hidup secara independen dalam hal terapi, walaupun

mereka akan tetap berhubungan dengan tenaga kesehatan melalui *e-mail* atau telepon.

Individu pada fase empat memahami bahwa pemulihan, masa stabil, dan kekambuhan merupakan bagian dari siklus penyakit kronis yang normal. Mereka juga telah mempelajari teknik yang dapat digunakan untuk mengatasi krisis masa depan, mencapai stabilisasi, dan proses melewati resolusi hingga akhirnya mencapai fase integrasi kembali. Mereka mengetahui kapan mereka harus mencari bantuan tenaga kesehatan profesional dan bagaimana melakukannya (Fennell, 2003).

2.1.3 Penerimaan Diri

2.1.3.1 Definisi

Penerimaan diri merupakan sikap positif seseorang terhadap diri sendiri sehingga orang tersebut dapat menjalani hidupnya dengan ikhlas dalam menerima penyakit yang diderita, serta dapat melakukan kegiatan yang bermanfaat dalam kehidupan sehari-harinya (Hasan *et al.*, 2013). Menurut Hurlock (dalam Permatasari & Gamayanti, 2016) penerimaan diri didefinisikan sebagai derajat seorang individu dalam mempertimbangkan karakteristik pribadinya sehingga mampu dan bersedia hidup dengan karakteristik tersebut. Karakteristik pribadi seseorang terdiri dari kelebihan dan kekurangan diri

individu. Jika seorang individu telah menerima dirinya baik kelebihan maupun kekurangan yang dimiliki, individu tersebut akan menghargai segala keterbatasan diri dan kekurangan tanpa menyalahkan diri sendiri sehingga akan membentuk integritas pribadinya (Permatasari & Gamayanti, 2016).

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa penerimaan diri merupakan sikap positif seseorang dalam menerima diri apa adanya baik kelebihan maupun kekurangan sehingga individu tersebut dapat menjalani hidupnya dengan ikhlas dan dapat melakukan sesuatu yang bermanfaat bagi hidupnya dengan segala keterbatasan yang dimiliki.

2.1.3.2 Aspek-Aspek Penerimaan Diri

Menurut Johnson (dalam Hamidah *et al*, 2012) dan Jersild (dalam Rizkiana, 2012; Hasan *et al*, 2013) terdapat aspek-aspek penerimaan diri, antara lain:

- a. Sikap terhadap diri sendiri dalam hal menerima diri dan penampilan.
- b. Menerima segala kelebihan dan kekurangan yang dimiliki sehingga terhindar dari perasaan inferioritas yang ditandai dengan penolakan diri.
- c. Memiliki keyakinan bahwa ia mampu bekerja dan memandang masa depannya dengan positif.

- d. Merasa bahagia dan selayaknya mencintai diri sendiri tanpa harus merasa dicintai orang lain.
- e. Aspek penerimaan orang lain terhadap diri sendiri dan responnya jika terdapat penolakan atau pun kritikan.
- f. Memiliki *real self* dan *ideal self* yang seimbang.
- g. Sikap menuruti kemauan diri, spontanitas, menonjolkan diri, serta menikmati hidup.

2.1.3.3 Ciri-Ciri Penerimaan Diri

Menurut Shereer yang dimodifikasi oleh Berger (dalam Christanty, 2013) orang yang memiliki penerimaan diri terhadap dirinya dapat dilihat pada ciri-ciri penerimaan diri di bawah ini, antara lain:

- a. Memiliki nilai-nilai dan standar diri tanpa dipengaruhi dari sekitar.
- b. Mempunyai keyakinan dalam menghadapi kehidupannya.
- c. Berani bertanggung jawab terhadap perilaku yang diperbuat.
- d. Mampu menerima kritikan dan masukan dari orang lain secara objektif
- e. Tidak menyalahkan diri sendiri.
- f. Beranggapan bahwa dirinya setara dengan orang lain.
- g. Merasa tidak ingin adanya penolakan dari orang lain.

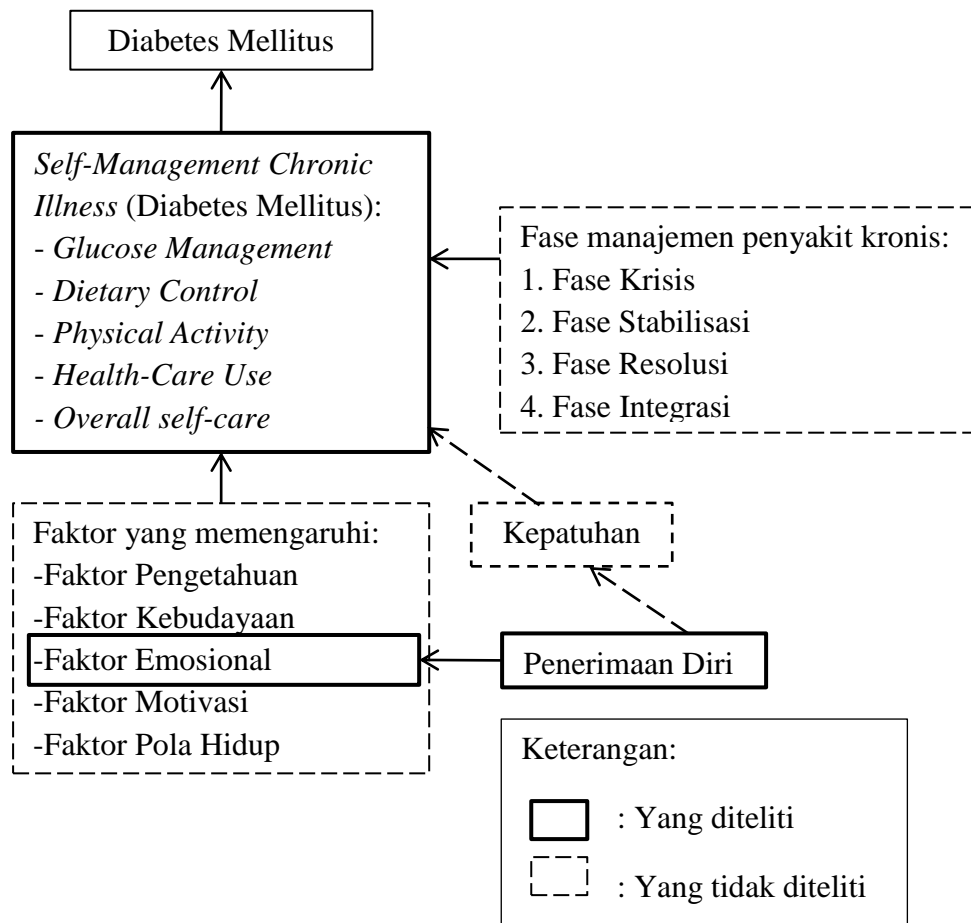
- h. Beranggapan bahwa dirinya tidak jauh berbeda dari orang lain.
- i. Jauh dari rasa rendah diri.

Sikap menerima kelebihan dan kekurangan individu tercantum dalam pengertian dan aspek penerimaan diri. Selain itu, keyakinan dalam menghadapi masa depan dan memiliki nilai-nilai dan standar diri juga tercantum dalam aspek dan ciri penerimaan diri. Fase penerimaan diri inilah yang termasuk dalam fase terakhir atau fase integrasi dari empat fase manajemen penyakit kronis menurut Fennell (2003).

2.2 Kerangka Teori

Diabetes mellitus merupakan penyakit menahun yang pengelolaannya membutuhkan peran dari tim medis dan penderita itu sendiri (Nafisah, 2015). Dalam pengelolaan penyakitnya, dibutuhkan *self-management chronic illness* (diabetes mellitus) yang terdiri dari *glucose management*, *dietary control*, *physical activity*, *health-care use*, dan *overall self-care* (Schmitt *et al.*, 2013). Adapun fase-fase manajemen penyakit kronis menurut Fennell (2003) terdiri dari fase krisis, stabilisasi, resolusi, dan integrasi. Sementara faktor-faktor yang memengaruhi *self-management*, yaitu faktor pengetahuan, kebudayaan, emosional, motivasi, dan pola hidup (Green *et al.*, 2017; Kisokanth *et al.*, 2013). Dalam faktor emosional, terdapat penerimaan diri yang menjadi fokus dalam penelitian ini (Kusniawati dalam Dhamayanti, 2018). Akan tetapi, penerimaan diri terhadap penyakit juga dapat memengaruhi kepatuhan

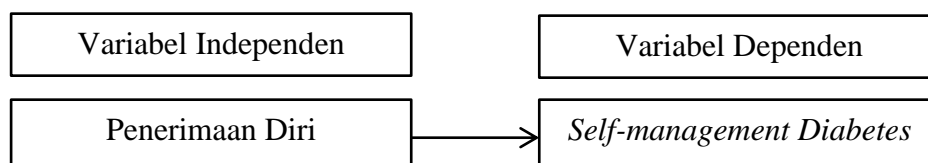
(Smeltzer dalam Ridiанти, 2010). Oleh karena itu, penerimaan diri tidak dihubungkan langsung dengan *self-management*, tetapi ada kepatuhan di antaranya.



Gambar 2. Kerangka Teori Penelitian.

Sumber: Nafisah (2015), Schmitt *et al* (2013), Green *et al.* (2017), Kisokanth *et al.* (2013), Fennell (2003), Kusniawati dalam Dhamayanti (2018), Smeltzer dalam Ridiанти (2010).

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka Konsep Penelitian.

2.4 Hipotesis

Berdasarkan tinjauan pustaka di atas, hipotesis yang diajukan peneliti berupa hipotesis dua arah. Hipotesis ini terdiri dari hipotesis nol (H_0) dan hipotesis alternatif (H_a). Hipotesis dinyatakan benar jika hipotesis alternatif terbukti kebenarannya. Hipotesis yang peneliti ajukan tersebut antara lain:

H_0 : Tidak ada hubungan penerimaan diri dengan *self-management* diabetes mellitus pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung.

H_a : Ada hubungan penerimaan diri dengan *self-management* diabetes mellitus pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung.

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan pendekatan observasional. Desain penelitian yang digunakan berupa analisis *cross sectional*, yaitu melakukan pengukuran dan pengambilan data hanya pada satu waktu. Variabel yang diukur, yaitu mengenai hubungan antara penerimaan diri sebagai variabel independen dan *self-management* diabetes mellitus sebagai variabel dependen.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kedaton Bandarlampung. Penelitian ini dilakukan saat terlaksananya acara Senam Prolanis di lokasi tersebut sehingga mendatangkan subjek-subjek penelitian yang akan diteliti. Lokasi ini dipilih penulis karena memiliki peserta Prolanis terbanyak di Bandarlampung, terutama DM. Penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober hingga November 2018.

3.3 Populasi Penelitian

Target populasi penelitian ini merupakan seluruh peserta Prolanis yang menderita diabetes mellitus di Puskesmas Kedaton Bandarlampung bulan Oktober hingga November tahun 2018. Sedangkan subjek yang diteliti akan dijelaskan berikutnya dalam penghitungan jumlah sampel minimal untuk penelitian ini.

3.4 Sampel Penelitian

Setelah dilakukan prasurvey penelitian ke Puskesmas Kedaton pada Agustus tahun 2018, terdapat peserta Prolanis yang merupakan penderita DM kurang lebih berjumlah 60 orang. Dari data tersebut, dapat dilakukan penghitungan sampel untuk menentukan seberapa banyak sampel yang dibutuhkan untuk diteliti. Penghitungan jumlah sampel minimal untuk penelitian *cross sectional* ini dapat dilakukan dengan menggunakan rumus:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Keterangan:

n : Jumlah sampel minimal

$Z_{1-\alpha/2}^2$: Derajat kepercayaan ($z = 1,96$)

P : Proporsi responden dengan penerimaan diri baik, yaitu 66,2%
(Yan *et al*, 2017).

d : Presisi (5%)

N : Besar Populasi

Berdasarkan data prasurvey Agustus tahun 2018 besar populasi (N) berjumlah 60 orang. Maka hasil perhitungan untuk nilai n, yaitu:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,662(1 - 0,662)60}{(0,05)^2(60 - 1) + (1,96)^2 \times 0,662(1 - 0,662)}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 13,42536}{0,0025(59) + 0,85958105}$$

$$n = \frac{51,574863}{1,00708105}$$

$$n = 51,2122267 = 52 \text{ orang}$$

Berdasarkan hasil perhitungan di atas, diperoleh bahwa sebanyak 52 orang merupakan jumlah sampel minimal pada penelitian ini. Teknik pengambilan sampel yang digunakan berupa *consecutive sampling*, yaitu teknik *nonprobability sampling* yang mengambil seluruh subjek yang datang dan memenuhi kriteria inklusi sampai jumlah sampel minimal terpenuhi (Sastroasmoro, 2007). Adapun kriteria inklusi pada penelitian ini, yaitu:

- a. Responden merupakan pasien DM yang menjadi peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung
- b. Responden dalam keadaan sadar dan kooperatif
- c. Responden bersedia menjadi responden dalam penelitian

Sementara itu, kriteria eksklusinya adalah:

- a. Responden dengan skrining pengetahuan mengenai DM kurang (< 14)

3.5 Identifikasi dan Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini berupa satu variabel independen dan satu variabel dependen. Variabel independen berupa

penerimaan diri dan variabel dependen berupa *self-management* diabetes.

Definisi operasional variabel penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Definisi Operasional Variabel.

| No | Variabel | Definisi Operasional | Cara Ukur | Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|---------------------------------|---|-----------|---|---|---------|
| 1 | <i>Self-management</i> diabetes | Tindakan seseorang dalam mengelola diabetes terutama dalam pengobatan dan untuk mencegah komplikasi dalam kurun waktu 8 minggu (Mulyani, 2016). | Wawancara | Menggunakan kuesioner DSMQ dengan 16 item pernyataan dengan jawaban “ <i>favorable</i> ” selalu dilakukan, kadang-kadang dilakukan, jarang dilakukan, tidak pernah dilakukan; <i>nonfavorable</i> sebaliknya” (Schmitt <i>et al.</i> , 2013). | 0-15 = Buruk (1); 16-31 = Cukup (2); 32-48 = Baik (3) (Kumala sari, 2017). | Ordinal |
| 2 | Penerimaan Diri | Sikap penderita terhadap masalah kesehatan atau penyakit yang diderita (DM) (Uchmanowicz <i>et al.</i> , 2016). | Wawancara | Menggunakan kuesioner AIS dengan 8 item pernyataan dengan jawaban “Sangat Setuju=1; Setuju=2; Netral=3; Tidak Setuju=4; Sangat Tidak Setuju=5” (Uchmanowicz <i>et al.</i> , 2016). | 8-19 = Rendah (1); 20-30 = Sedang (2); >30 = Tinggi (3) (Stanisze wska <i>et al.</i> , 2017) | Ordinal |

3.6 Alat dan Bahan Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini terdapat empat buah kuesioner yang menyatakan karakteristik demografi (nama, usia, jenis kelamin, lama sakit), pengetahuan tentang DM, *self-management* diabetes, dan kaitannya dengan

penerimaan diri. Pengetahuan tentang DM diukur untuk melihat sejauh mana penderita mengetahui pengobatan yang dijalani sehingga penulis dapat menilai tingkat *self-management* diabetesnya. Hal ini dilakukan guna mengurangi variabel luar yang mungkin berpengaruh terhadap penilaian variabel dependen.

Skrining pengetahuan mengenai DM digunakan kuesioner baku, yaitu DKQ-24 (*Diabetes Knowledge Questionnaire – 24*) yang dikembangkan oleh Garcia (2001). Kuesioner ini terdiri dari 24 item pernyataan dengan jawaban Benar (1) dan jawaban Salah/Tidak tahu (0). Pengetahuan dikategorikan baik bila skor total ≥ 14 , dan kurang bila < 14 (Garcia *et al.*, 2001).

Kuesioner untuk menilai *self-management* diabetes digunakan kuesioner baku, yaitu *Diabetes Self-Management Questionnaire* (DSMQ). Kuesioner ini terdiri dari 16 item pernyataan menggunakan skala Likert, yaitu selalu dilakukan (3), kadang-kadang dilakukan (2), jarang dilakukan (1), dan tidak pernah dilakukan (0). Pada kuesioner ini terdapat 8 item *favorable* (1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 14) dan 8 item *nonfavorable* (5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16), dengan penggunaan skala terbalik pada item *nonfavorable*. Kuesioner memiliki jumlah skor total 32-48 jika *self-management* baik, 16-31 (cukup), dan 0-15 (buruk) (Schmitt *et al.*, 2013). Subdomain DSMQ terdiri dari *glucose management*, *dietary control*, *physical activity*, *health-care use*, dan *overall self care*, item pernyataan untuk setiap subdomain dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Subdomain DSMQ.

| Subdomain | Item Pernyataan |
|---------------------------|-----------------|
| <i>Glucose management</i> | 1, 4, 6, 10, 12 |
| <i>Dietary control</i> | 2, 5, 9, 13 |
| <i>Physical activity</i> | 8, 11, 15 |
| <i>Health-care use</i> | 3, 7, 14 |
| <i>Overall self-care</i> | 16 |
| Total | 16 |

Sumber: Schmitt *et al.* (2013).

Skor tiap subdomain dapat dihitung dengan menggunakan rumus:

$$\frac{\text{jumlah skor terukur}}{\text{skor teoritis maksimal}} \times 10 \text{ dengan skor skala tiap subdomain antara 0-10.}$$

Contoh pada *glucose management* memiliki 5 item pernyataan dengan skor tertinggi 15, jika didapatkan hasil skor terukur sebesar 12, berarti perhitungannya menjadi: $\frac{12}{15} \times 10 = 8$. Setiap subdomain dihitung skornya, dijumlahkan, kemudian dihitung skor rata-rata untuk tiap subdomain (Schmitt *et al.*, 2013).

Untuk mengukur tingkat penerimaan diri penderita terhadap penyakitnya, digunakan kuesioner AIS (*Acceptance of Illness Scale*) yang dikembangkan oleh Fetton *et al.* (1984). Kuesioner AIS dipercaya dapat digunakan untuk menilai penerimaan penderita terhadap segala jenis penyakit. Kuesioner ini terdiri dari 8 item pernyataan dengan memiliki skor total antara 8 – 40. Semakin tinggi skor, semakin tinggi pula tingkat penerimaan dirinya terhadap penyakit (Uchmanowicz *et al.*, 2016).

3.7 Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dilakukan untuk menilai kesahihan dari suatu alat ukur yang digunakan dalam suatu penelitian dalam mengukur variabel-variabel yang

diteliti. Uji reliabilitas dilakukan untuk menilai seberapa jauh kekonsistenan sebuah alat ukur. Alat ukur dikatakan reliabel jika hasil pengukuran akan tetap konsisten jika pengukuran dilakukan lebih dari satu kali. Dalam penelitian ini digunakan kuesioner baku yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya.

Untuk skrining pengetahuan menggunakan DKQ-24 bahasa Indonesia yang telah diuji di Yogyakarta dengan jumlah sampel 101 responden, memiliki koefisien *alpha cronbach* sebesar 0,723. Maka DKQ-24 dinyatakan valid dan reliabel untuk digunakan (Mutoharoh, 2017). Kuesioner DSMQ bahasa Indonesia telah diujikan validitas dan reliabilitasnya oleh Keban & Ramdhani (2016) pada penelitiannya yang dilakukan di Rumah Sakit Bina Husada Cibinong dengan nilai $p > 0,05$ (valid) dan memiliki koefisien *alpha cronbach* sebesar 0,889 (reliabel) (Keban & Ramdhani, 2016). Kuesioner *Acceptance of Illness Scale (AIS)* juga telah dilakukan *forward translation* ke dalam bahasa Indonesia oleh Arnovella (2011) dan hasilnya telah direview oleh *expert*. Kuesioner ini telah diujikan reliabilitasnya pada 50 orang penderita penyakit kronis di Bandung (Arnovella, 2011).

3.8 Analisis Univariat dan Bivariat

3.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mengetahui jumlah responden berdasarkan karakteristik demografi individunya, serta dapat menjelaskan distribusi frekuensi setiap variabel penelitian.

3.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menilai hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Pengolahan dapat dilakukan menggunakan *chi square* secara komputerisasi. *Chi square* merupakan salah satu cara yang dapat digunakan untuk melihat hubungan pada dua variabel yang memiliki skala kategorik (ordinal).

Jika tabel kontingensi $b \times k$, dengan k lebih besar daripada 2 ($b > 1$) atau sama dengan tabel 3×3 , memiliki *expected count* yang kurang dari 5 tidak lebih dari 20%, uji *chi square* dapat digunakan. Selain itu, terdapat satu syarat lagi untuk dapat menggunakan uji ini, yaitu jika nilai *expected count* yang kurang dari 1 tidak ada pada sel mana pun. Apabila kedua syarat ini tidak terpenuhi oleh data yang terwujud, perlu dilakukan penggabungan kategori-kategori yang berdekatan untuk memperbesar *expected count* dalam sel-sel tersebut (Siegel, 1997).

3.9 Etika Penelitian

Telah mendapat persetujuan etika penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan No. 3916/UN26.18/PP.05.02.00/2018 pada tanggal 30 Oktober 2018.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan analisis data penelitian yang telah dilakukan, peneliti dapat menyimpulkan sebagai berikut.

1. Penerimaan diri penderita DM pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung paling banyak (63,5%) adalah penerimaan diri sedang.
2. *Self-management* penderita DM pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung paling banyak (69,2%) adalah *self-management* baik.
3. Tidak ada hubungan penerimaan diri dengan *self-management* diabetes mellitus pada peserta Prolanis di Puskesmas Kedaton Bandarlampung.

5.2 Saran

Berdasarkan analisis dan simpulan penelitian ini, peneliti dapat memberikan saran sebagai berikut.

1. Bagi Puskesmas, Prolanis telah dikelola dengan baik sehingga peserta memiliki manajemen diri yang baik, hanya pada kontrol diet dan manajemen glukosa perlu ditingkatkan.
2. Bagi responden terutama yang memiliki penerimaan diri rendah agar lebih bersikap mandiri dalam segala urusannya sehingga tidak mudah bergantung dengan orang lain dan tidak merasa menjadi beban bagi keluarga dan teman.
3. Bagi keluarga dan masyarakat agar memberikan dukungan untuk melakukan pembatasan makanan yang dikonsumsi dalam hal kaitannya dengan penerimaan diri penderita diabetes.
4. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan sampel yang lebih besar dan lebih bervariasi mengenai penelitian ini.
5. Peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian dengan metode penelitian yang berbeda, seperti *case-control*.

DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association (ADA). 2016. Standards of Medical Care in Diabetes—2017 Abridged for Primary Care Providers. *Clinical Diabetes*. 35(1):1-22.
- Arifin FF. 2016. Hubungan antara Persepsi Tentang Penyakit dengan Kepatuhan Minum Obat Hipoglikemik Oral (OHO) di Puskesmas Srandol Kota Semarang [skripsi]. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Arnovella. 2011. Hubungan Antara Spiritualitas Dengan Penerimaan Terhadap Penyakit Penderita Kanker Payudara di Bandung. Bandung: Universitas Padjajaran.
- Chaidir R, Wahyuni AS, Furkhani DW. 2017. Hubungan Self Care Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus. *Journal Endurance*. 2(2):132-144.
- Christanty DA, Wardhana ISP. 2013. Hubungan Persepsi Dukungan Sosial dengan Penerimaan Diri Pasien Penderita Diabetes Mellitus Pasca Amputasi. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*. 2(2):55–61.
- Dhamayanti FA. 2018. Hubungan Manajemen Diri Diabetes Dengan Kontrol Gula Darah Pasien Diabetes Melitus Tipe II Pada Peserta Prolanis Di Bandar Lampung [skripsi]. Bandarlampung: Universitas Lampung.
- Ermawati Z. 2011. Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Tentang Pengelolaan Penyakitnya Pada Penderita Diabetes Mellitus Di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah.
- Fathoni AZ. 2017. Administrasi Kesehatan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) BPJS Kesehatan di Puskesmas Kota Bandar Lampung (Studi pada Puskesmas Susunan Baru, Puskesmas Kedaton dan Puskesmas Sumur Batu) [skripsi]. Bandarlampung: Universitas Lampung.
- Fennell PA. 2003. *Managing Chronic Illness : Using the Four-Phase Treatment Approach (A Mental Health Professional's Guide to Helping Chronically Ill People)*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Garcia AA, Villagomez ET, Brown SA, Kouzekanani K, Hanis CL. 2001. The Starr County Diabetes Education Study. *Diabetes Care*. 24(1):16-21.
- Green DS, Jaser SS, Park C, Whittemore R. 2017. A Metasynthesis of Factors Affecting Self-Management of Chronic Illness. *J Adv Nurs*. 72(7): 1469-1489.
- Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Lawson JLG. 2007. Improving Diabetes Self-Management Through Acceptance, Mindfulness, and Values: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75(2):336-343.
- Hamidah SA, Kartini SM, Karyanta NA. 2012. Hubungan antara Penerimaan Diri dan Dukungan Sosial dengan Kemandirian pada Penyandang Cacat Tubuh di Balai Besar Rehabilitasi Sosial Bina Daksa (BBRSBD) Prof . Dr . Soeharso Surakarta. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Hasan A, Lilik S, Agustin RW. 2013. Hubungan antara Penerimaan Diri dan Dukungan Emosi dengan Optimisme pada Penderita Diabetes Mellitus Anggota Aktif PERSADIA (Persatuan Diabetes Indonesia) Cabang Surakarta. hlm. 60–74.
- Indriasari DM. 2006. Hubungan Antara Penerimaan Diri Dengan Kepatuhan Dalam Menjalani Pengobatan Pada Penderita Diabetes Melitus [tesis]. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.
- International Diabetes Federation (IDF). 2017. *IDF Diabetes Atlas Eighth Edition*.
- Keban SA, Ramdhani UA. 2016. Hubungan Rasionalitas Pengobatan dan Self-care dengan Pengendalian Glukosa Darah Pada Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Bina Husada Cibirong. *Jurnal Ilmu Kefarmasian Indonesia*. 14(1):66-72.
- Kemenkes RI. 2014. *Situasi dan Analisis Diabetes*. Jakarta: Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kisokanth G, Prathapan S, Indrakumar J, Joseph J. 2013. Factor influencing self-management of Diabetes Mellitus; a review article. *Journal of Diabetology*. 3(1).
- Kumalasari U. 2017. Hubungan Tingkat Self Care dan Kepatuhan Terhadap Outcome Terapi Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Rawat Jalan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Februari-Maret 2017 [skripsi]. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Masyithah D. 2012. Hubungan Dukungan Sosial Dan Penerimaan Diri Pada Penderita Pasca Stroke [skripsi]. Surabaya: Institut Agama Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya.

- Mulyani NS. 2016. Hubungan Self Management Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Kadar Gula Darah di Rumah Sakit Kota Banda Aceh. *SEL*. 3(2):56-63.
- Mutoharoh. 2017. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Tentang Penyakit Diabetes Mellitus Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di Desa Ngadiwarno Sukorejo Kendal [skripsi]. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Nafisah. 2015. Hubungan Konsep Diri dengan Kebermaknaan Hidup Pasien Diabetes Mellitus Anggota Prolanis Dr. H. Suwindi Gubug Kabupaten Grobogan (Analisis Materi Bimbingan Rohani Islam pada Penderita Penyakit Kronis) [skripsi]. Semarang: Universitas Islam Negeri Walisongo.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (Perkeni). 2015. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2015. Jakarta: PB. PERKENI.
- Permatasari RF. 2010. Dinamika Penerimaan Diri (Self Acceptance) Pada Lansia Penderita Diabetes Melitus Tipe II (Studi kasus pada lansia penderita Diabetes Mellitus tipe II yang beragama Islam di Rumah Sakit Umum Pusat DR. Sardjito Yogyakarta) [skripsi]. Yogyakarta: Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga.
- Permatasari V, Gamayanti W. 2016. Gambaran Penerimaan Diri (Self-Acceptance) Pada Orang Yang Mengalami Skizofrenia. *Psychopathic*. 3(1): 139–152.
- Purnamasari D. 2015. Diabetes Melitus di Indonesia. Dalam: Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Simadibrata M, Setiyahadi B, Syam AF, penyunting. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi ke-6. Jakarta: Interna Publishing. hlm. 2325–2329.
- Putri DSR, Yudianto K, Kurniawan T. 2013. Perilaku Self-Management Pasien Diabetes Melitus (DM). *Jurnal Keperawatan*. 1(1):30-38.
- Ridianti D. 2010. Gambaran Faktor-Faktor Kepatuhan Diet Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Pajangan Bantul Yogyakarta. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah.
- Riskesdas. 2013. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Rizkiana U. 2012. Penerimaan Diri pada Remaja Penderita Leukemia. Depok: Universitas Gunadarma.

- Schmitt A, Gahr A, Hermanns N, Kulzer B, Huber J, Haak T. 2013. The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. *Health and Quality of Life Outcomes*. 11(138):1-14.
- Schmitt A, Reimer A, Kulzer B, Haak T, Gahr A, Hermanns N. 2014. Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. *Diabetes Medicine*. 31(11):1446-51.
- Siegel S. 1997. *Statistik Non Parametrik Untuk Ilmu Sosial*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Staniszewska A, Religioni U, Bender MD. 2017. Acceptance of disease and lifestyle modification after diagnosis among young adults with epilepsy. *Patient Preference and Adherence*. 11:165–174.
- Sastroasmoro S. 2007. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Tristiana RD, Kusnanto, Widyawati IY, Yusuf A, Fitriyarsari R. 2016. Kesejahteraan Psikologis Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Mulyorejo Surabaya. *Jurnal Ners*. 11(2):147-156.
- Uchmanowicz I, Polanska BJ, Motowidlo U, Uchmanowicz B, Chabowski M. 2016. Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. *International Journal of COPD*. 11(1):963–970.
- Vinti D. 2015. Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Kepatuhan Diet dengan Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes Mellitus di Poliklinik Khusus Penyakit dalam RSUP DR Djamil Padang Tahun 2015. Padang: Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.
- WHO. 2016. *Diabetes Fakta dan Angka*.
- WHO. 2018. *Elderly Population*. Tersedia dari: http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/data/chi/elderly-population/en/#
- Yan LS, Marisdayana R, Irma R. 2017. Hubungan Penerimaan Diri dan Tingkat Stres pada Penderita Diabetes Mellitus. *Jurnal Endurance*. 2(3):312–322.