

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diabetes Melitus Tipe 2

1. Pengertian diabetes melitus tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 adalah kelompok penyakit metabolik yang dikarakteristikan dengan tingginya tingkat glukosa di dalam darah (hiperglikemia) yang terjadi akibat defek sekresi insulin, rusaknya kerja insulin, atau keduanya. (Guyton & Hall, 2007; Handoko & Suharto, 2011).

Bersamaan dengan waktu, diabetes melitus yang tidak mendapatkan pengobatan atau tidak terkontrol dengan baik, dapat menyebabkan komplikasi serius, termasuk penyakit jantung, stroke, penyakit ginjal, kerusakan saraf dan kebutaan. Hal ini disebabkan karena ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein awal terjadinya hiperglikemia (kadar gula yang tinggi dalam darah) (Ganong, 2008).

2. Faktor resiko diabetes melitus tipe 2

Riyadi, *et al.*, (2008) menyatakan bahwa penyebab yang berhubungan dengan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes melitus tipe 2 diperkirakan karena:

a. Faktor genetik

Diabetes melitus dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes melitus, karena gen yang mengakibatkan tubuh tak dapat menghasilkan insulin dengan baik.

b. Pola makan yang salah/Obesitas

Pada penderita diabetes melitus tipe-2 terjadi obesitas (gemuk berlebihan) yang dapat mengakibatkan gangguan kerja insulin (resistensi insulin). Obesitas bukan karena makanan yang manis atau kaya lemak, tetapi lebih disebabkan jumlah konsumsi yang terlalu banyak, sehingga cadangan gula darah yang disimpan didalam tubuh sangat berlebihan. Sekitar 80% klien diabetes melitus tipe 2 adalah pasien yang tergolong gemuk.

c. Usia

Pada umumnya penderita diabetes melitus tipe 2 mengalami perubahan fisiologi yang secara drastis, diabetes melitus tipe 2 sering muncul setelah usia 40 tahun ke atas.

d. Gaya hidup stres

Stres kronis cenderung membuat seseorang makan makanan yang manis manis untuk meningkatkan kadar lemak serotonin otak. Serotonin ini mempunyai efek penenang sementara untuk

meredakan stresnya. Tetapi gula dan lemak berbahaya bagi mereka yang beresiko mengidap penyakit diabetes melitus tipe 2.

3. Patofisiologi diabetes melitus tipe 2

Tubuh memerlukan bahan untuk membentuk sel baru dan mengganti sel yang rusak. Selain itu tubuh juga memerlukan energi supaya sel dapat berfungsi dengan baik. Energi tersebut berasal dari makanan yang kita makan sehari-hari yang terdiri dari karbohidrat, protein dan lemak (Suyono, 2010).

Di dalam sel, zat makanan terutama glukosa dibakar melalui proses kimia yang rumit, yang hasil akhirnya adalah energi. Proses ini disebut proses metabolisme. Dalam proses metabolisme ini insulin memegang peranan penting yaitu bertugas memasukkan glukosa ke dalam sel, untuk selanjutnya dapat dipergunakan sebagai bahan bakar (Suyono, 2010). Pada keadaan normal kurang lebih 50% yang dimakan mengalami metabolisme sempurna menjadi CO₂ dan Air. 10% diubah menjadi glikogen dan 30-40% diubah menjadi lemak. Pada penderita diabetes melitus semua proses tersebut terganggu karena terdapat defisiensi insulin. Penyerapan glukosa ke dalam sel macet dan metabolismenya terganggu. Keadaan ini menyebabkan sebagian besar glukosa tetap berada di dalam sirkulasi darah sehingga terjadi hiperglikemia (Handoko & Suharto, 2011).

Handoko & Suharto (2011) berpendapat bahwa ada 2 masalah utama, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes melitus tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intrasel, dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah harus terdapat peningkatan insulin yang disekresikan. Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun jika sel-sel tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi diabetes melitus tipe 2.

4. Gambaran dan manifestasi klinis diabetes melitus tipe 2

Gejala-gejala klinis yaitu poliuria, polidipsi, penglihatan kabur berulang, parestesia dan kelemahan merupakan manifestasi dari hiperglikemia dan diuresis osmotik dan karenanya lazim dijumpai pada kedua bentuk diabetik hiperglikemik timbul secara lambat dan mungkin

timbul asimtomatik. Infeksi kulit yang kronik juga sering terjadi (Smeltzer & Bare 2008).

Guyton & Hall (2007) menyatakan bahwa manifestasi klinik yang sering dijumpai pada klien diabetes melitus tipe 2:

- a. Poliuria (peningkatan pengeluaran urin). Penyebab umum pada orang dewasa dan anak-anak, biasanya adalah diabetes melitus yang tidak mendapatkan perawatan memadai sehingga simtom khas diabetes berupa hiperglisemia mengakibatkan diuresis osmosis.
- b. Polidipsia (peningkatan rasa haus) akibat volume urin yang sangat besar dan keluarnya air menyebabkan dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi intrasel mengikuti dehidrasi ekstrasel karena air intrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti penurunan gradien konsentrasi ke plasma yang hipertonik (sangat pekat) dehidrasi intrasel merangsang pengeluaran ADH (Antidiuretik Hormon) dan menimbulkan rasa haus.
- c. Rasa lelah dan kelemahan otot akibat gangguan aliran darah pada klien diabetes melitus lama, katabolisme protein di otot dan ketidakmampuan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi.

- d. Polifagia (peningkatan rasa lapar). Polifagia ini merupakan simtom kelainan metabolisme berupa tingginya ritme rasa lapar yang harus dipuaskan dengan mengonsumsi makanan.
- e. Peningkatan angka infeksi akibat penurunan protein sebagai bahan pembentukan antibodi, peningkatan konsentrasi glukosa disekresi mukus, gangguan fungsi imun dan penurunan aliran darah pada penderita diabetes melitus kronik.
- f. Kelainan kulit: gatal-gatal, bisul, biasanya terjadi pada lipatan kulit seperti di ketiak dan dibawah payudara. Biasanya akibat tumbuhnya jamur.
- g. Kelainan ginekologi keputihan dengan penyebab tersering yaitu jamur terutama kandida.
- h. Kesemutan rasa baal akibat terjadinya neuropati. Pada penderita diabetes melitus regenerasi sel persyarafan mengalami gangguan akibat kekurangan bahan dasar utama yang berasal dari unsur protein. Akibatnya banyak sel persyarafan terutama perifer mengalami kerusakan.
- i. Luka/bisul yang tidak sembuh-sembuh. Proses penyembuhan luka membutuhkan bahan dasar utama dari protein dan unsur makanan yang lain. Pada penderita diabetes melitus bahan protein banyak diformulasikan untuk kebutuhan energi sel sehingga bahan yang

dipergunakan untuk penggantian jaringan yang rusak mengalami gangguan. Selain itu luka yang sulit sembuh juga diakibatkan oleh pertumbuhan mikroorganisme yang cepat pada penderita diabetes melitus.

- j. Pada laki-laki terkadang mengeluh impotensi. Penderita diabetes melitus mengalami penurunan produksi hormon seksual akibat kerusakan testosteron.
- k. Mata kabur disebabkan oleh katarak/gangguan refraksi akibat perubahan pada lensa oleh hiperglikemia, mungkin juga disebabkan kelainan pada korpus vitreum.

5. Penatalaksanaan 4 pilar diabetes melitus tipe 2

Penatalaksanaan diabetes melitus tipe 2 secara umum meningkatkan kualitas hidup penderita. Pada tujuan jangka pendek adalah menghilangkan keluhan dan tanda diabetes melitus, mempertahankan rasa nyaman dan mencapai target pengendalian glukosa darah. Tujuan jangka panjang yaitu mencegah dan menghambat progresivitas mikroangiopati, makroangiopati serta neuropati dan tujuan akhir adalah turunnyanya morbiditas dan mortalitas (PERKENI, 2011).

Suyono (2010) berpendapat bahwa dalam penatalaksanaan diabetes melitus tipe 2 memerlukan terapi agresif untuk mencapai

kendali glikemik dan kendali faktor resiko kardiovaskuler dikarenakan banyaknya komplikasi kronik yang dapat terjadi pada penderita dan sebagian besar mengenai organ vital yang dapat berakibat fatal.

Dalam konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di Indonesia 2011, penatalaksanaan dan pengelolaan diabetes melitus dititik beratkan pada 4 pilar penatalaksanaan diabetes melitus yaitu: edukasi, terapi gizi medis, latihan jasmani dan intervensi farmakologis (PERKENI, 2011).

a. Edukasi

Tim kesehatan mendampingi klien dalam perubahan perilaku sehat memerlukan partisipasi aktif dari klien dan keluarga klien. Upaya edukasi dilakukan secara komprehensif dan berupaya meningkatkan motivasi klien untuk memiliki perilaku sehat (Waspadji, 2009).

Tujuan dari edukasi diabetes melitus adalah mendukung usaha klien menyandang diabetes melitus untuk mengerti perjalanan alami penyakitnya dan pengelolaannya, mengenali masalah kesehatan komplikasi yang mungkin timbul secara dini saat masih reversibel, ketaatan perilaku pemantauan dan pengelolaan penyakit secara mandiri. Edukasi pada penyandang diabetes melitus meliputi pemantauan glukosa mandiri, perawatan kaki, ketaatan penggunaan

obat-obatan, berhenti merokok, meningkatkan aktifitas fisik dan mengurangi asupan kalori dan diet tinggi lemak (Suyono, 2010).

b. Terapi gizi medis

Prinsip pengaturan makanan pada penyandang diabetes melitus yaitu makanan yang seimbang sesuai dengan kebutuhan kalori dari masing-masing individu dengan memperhatikan keteraturan jadwal makan, jenis makanan dan jumlah makanan. Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari karbohidrat 45%-65%, lemak 20-25%, protein 10-20%, natrium kurang dari 3gr dan diet cukup serat sekitar 25gr/hari (PERKENI, 2011).

c. Latihan jasmani

Latihan jasmani secara teratur 3-4 kali seminggu, masing-masing kurang dari 30 menit. Latihan jasmani dianjurkan yang bersifat aerobik seperti berjalan santai, jogging, bersepeda dan berenang. Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan meningkatkan sensitifitas insulin (PERKENI, 2011).

d. Intervensi farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan peningkatan pengetahuan klien, pengaturan makan dan latihan jasmani. Terapi

farmakologis terdiri dari obat oral atau OHO (Obat Hiperglikemik Oral) dan bentuk suntikan (Suyono, 2010).

B. Persepsi

Persepsi diartikan sebagai proses pengamatan seseorang terhadap segala sesuatu di lingkungannya dengan menggunakan indera dan pengetahuan yang dimilikinya untuk memperoleh dan menginterpretasi stimulus (rangsangan) yang diterima, sehingga menjadi sadar terhadap segala sesuatu yang ada di lingkungan tersebut. Persepsi merupakan hasil dari pengalaman seseorang, karena pengalaman dapat dipengaruhi oleh pengetahuan, keyakinan, dan sosial budaya (Judith, 2012).

Persepsi pada hakikatnya adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang didalam memahami informasi tentang lingkungannya, baik penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan, dan penciuman. Persepsi merupakan hasil dari pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan dari informasi tersebut (Simamora, 2009; Jalaludin, 2012).

Dalam persepsi hal terpenting adalah adanya rangsangan (stimulus), yang diinternalisasikan ke dalam diri individu sehingga membuat adanya umpan balik/*feed back* didalam sikap dan perilaku individu yang

ditampilkan. Persepsi merupakan aktifitas yang *integrated* dalam diri individu, maka apa yang ada dalam diri individu akan ikut aktif dalam persepsi. Berdasarkan hal tersebut maka dalam persepsi dapat dikemukakan tentang perasaan, kemampuan berfikir, pengalaman-pengalaman dari masing-masing individu yang tidak sama, maka dalam mempersepsikan suatu stimulus akan berbeda satu dengan yang lainnya (Jalaludin, 2012).

Dari penjelasan tersebut di atas bahwa persepsi adalah suatu proses penerimaan, penilaian, pengorganisasian, penginterpretasian seseorang atau sekelompok orang terhadap objek, peristiwa, stimulus atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan melibatkan pengalaman tentang objek atau peristiwa tersebut, atau hubungan yang diperoleh melalui proses kognisi dan afeksi untuk menyimpulkan dan menafsirkan pesan membentuk konsep tentang objek tersebut (Walgito, 2003).

Ada tiga syarat terjadinya persepsi menurut Walgito (2003), yaitu: adanya objek yang dipersepsi, adanya alat indra atau reseptor, dan adanya perhatian. Adanya objek atau peristiwa sosial yang menimbulkan stimulus, dan stimulus mengenai alat indra (reseptor). Alat indra merupakan alat utama dalam individu mengadakan persepsi dan merupakan alat untuk menerima stimulus, tetapi harus ada pula syaraf sensoris sebagai alat untuk meneruskan stimulus yang diterima reseptor ke pusat syaraf yaitu

otak sebagai pusat kesadaran. Adanya perhatian dari individu merupakan langkah pertama dalam mengadakan persepsi. Tanpa perhatian tidak akan terjadi persepsi. Individu harus mempunyai perhatian pada objek yang bersangkutan. Bila telah memperhatikannya, selanjutnya individu mempersepsikan apa yang diterimanya dengan alat indra. Jalaludin (2012) juga menambahkan bahwa persepsi dipengaruhi banyak faktor diantaranya faktor perhatian dari individu, yang merupakan aspek psikologis individu dalam mengadakan persepsi.

Walgito (2003) berpendapat bahwa persepsi di pengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal:

1. Faktor internal

Individu sebagai faktor internal saling berinteraksi dalam individu mengadakan persepsi. Mengenai keadaan individu yang dapat mempengaruhi hasil persepsi datang dari dua sumber, yaitu berhubungan dengan segi kejasmanian dan segi psikologis. Bila sistem fisiologis terganggu, hal tersebut akan berpengaruh dalam persepsi seseorang. Sedangkan segi psikologis yaitu antara lain mengenai pengalaman, perasaan, kemampuan berpikir, kerangka acuan, dan motivasi akan berpengaruh pada seseorang dalam mengadakan persepsi.

2. Faktor eksternal

a. Stimulus

Agar stimulus dapat dipersepsi, maka stimulus harus cukup kuat. Kejelasan stimulus akan banyak berpengaruh dalam persepsi. Stimulus yang kurang jelas akan berpengaruh dalam ketepatan persepsi. Bila stimulus berwujud benda bukan manusia, maka ketepatan persepsi lebih terletak pada individu yang mengadakan persepsi, karena benda yang dipersepsi tersebut tidak ada usaha untuk mempengaruhi yang mempersepsi.

b. Lingkungan atau situasi

Lingkungan atau situasi khususnya yang melatarbelakangi stimulus juga akan berpengaruh dalam persepsi bila obyek persepsi adalah manusia. Obyek dan lingkungan yang melatarbelakangi obyek merupakan kesatuan yang sulit dipisahkan. Obyek yang sama dengan situasi sosial yang berbeda dapat menghasilkan persepsi yang berbeda.

Respon sebagai akibat dari persepsi dapat diambil oleh individu dengan berbagai macam bentuk. Stimulus mana yang akan mendapatkan respon dari individu tergantung pada perhatian individu yang bersangkutan. Proses persepsi bertautan dengan cara mendapatkan pengetahuan khusus tentang objek atau kejadian pada saat tertentu, maka

persepsi terjadi kapan saja stimulus menggerakkan indera. Persepsi mencakup kognisi (pengetahuan), jadi persepsi mencakup penafsiran objek, tanda dan orang dari sudut pengalaman yang bersangkutan. Dapat dikatakan persepsi mencakup penerimaan stimulus yang telah diorganisir dengan cara yang dapat mempengaruhi perilaku dan membentuk sikap (Walgito, 2003).

Persepsi terhadap lingkungan mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungannya. Walgito (2003) menyatakan bahwa sikap individu terhadap lingkungan dapat berupa:

1. Individu menolak lingkungannya, yaitu bila individu tidak sesuai dengan lingkungannya.
2. Individu menerima lingkungan, yaitu bila keadaan lingkungan cocok dengan keadaan individu.
3. Individu bersikap netral, apabila individu tidak mendapatkan kecocokan dengan lingkungan, tetapi dalam hal ini individu tidak mengambil langkah-langkah yang lebih lanjut yaitu bagaimana sebaiknya bersikap.

C. Harga Diri

Harga diri merupakan suatu penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisis seberapa sesuai perilaku dirinya

dengan ideal diri. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain yaitu dicintai, dihormati dan dihargai. Individu merasa harga dirinya tinggi bila sering mengalami keberhasilan, sebaliknya individu merasa dirinya rendah bila sering mengalami kegagalan, tidak dicintai atau diterima lingkungan. Pada masa dewasa akhir timbul masalah harga diri karena adanya tantangan baru sehubungan dengan pensiun, ketidakmampuan fisik, berpisah dari anak, kehilangan pasangan atau karena masalah kesehatan dan lain sebagainya (Suliswati, 2005; Stuart & Sudden, 2007).

Solomin (2008) juga berpendapat bahwa harga diri adalah evaluasi diri yang dibuat oleh setiap individu, sikap orang terhadap dirinya sendiri dalam rentang dimensi positif sampai negatif. Carpenter (2008) menegaskan harga diri merujuk pada sikap seseorang terhadap dirinya sendiri, mulai dari sangat negatif sampai sangat positif, individu yang ditampilkan nampak memiliki sikap negatif terhadap dirinya sendiri. Harga diri yang tinggi berarti seorang individu menyukai dirinya sendiri, evaluasi positif ini sebagian berdasarkan opini orang lain dan sebagian berdasarkan dari pengalaman spesifik. Sikap terhadap diri sendiri dimulai dengan interaksi paling awal antara bayi dengan ibunya atau pengasuh lain, perbedaan budaya juga mempengaruhi apa yang penting bagi harga diri seseorang.

Kwan dan Singelis dalam Solomin (2008) mengemukakan bahwa harmoni dalam hubungan interpersonal merupakan elemen yang penting

bagi budaya individualis. Tingkah laku individu dengan harga diri yang relatif rendah lebih mudah diprediksikan dari pada individu dengan harga diri yang tinggi, hal ini dikarenakan skema diri yang negatif diorganisasikan lebih ketat dari pada skema diri yang positif.

Jalaludin (2012) berpendapat bahwa terdapat empat faktor yang dapat mempengaruhi harga diri, yaitu:

1. Penerimaan atau penghinaan terhadap diri. Individu yang merasa dirinya berharga akan memiliki penilaian yang lebih baik atau positif terhadap dirinya dibandingkan dengan individu yang tidak mengalami hal tersebut. Individu yang memiliki harga diri yang baik akan mampu menghargai dirinya sendiri, menerima diri, tidak menganggap rendah dirinya, melainkan mengenali keterbatasan dirinya sendiri dan mempunyai harapan untuk maju dan memahami potensi yang dimilikinya, sebaliknya individu dengan harga diri rendah umumnya akan menghindari dari persahabatan, cenderung menyendiri, tidak puas akan dirinya, walaupun sesungguhnya orang yang memiliki harga diri yang rendah memerlukan dukungan.
2. Kepemimpinan atau popularitas. Penilaian atau keberartian diri diperoleh seseorang pada saat individu tersebut harus berperilaku sesuai dengan tuntutan yang diberikan oleh lingkungan sosialnya yaitu kemampuan seseorang untuk membedakan dirinya dengan orang lain

atau lingkungannya. Pada situasi persaingan, seseorang akan menerima dirinya serta membuktikan seberapa besar pengaruh dan kepopulerannya. Pengalaman yang diperoleh pada situasi itu membuktikan individu lebih mengenal dirinya, berani menjadi pemimpin, atau menghindari persaingan.

3. Keluarga dan orang tua. Keluarga dan orang tua memiliki porsi terbesar yang mempengaruhi harga diri, ini dikarenakan keluarga merupakan modal pertama dalam proses imitasi. Alasan lainnya karena perasaan dihargai dalam keluarga merupakan nilai pentingnya dalam mempengaruhi harga diri.
4. Keterbukaan dan kecemasan. Individu cenderung terbuka dalam menerima keyakinan, nilai-nilai, sikap, moral dari seseorang maupun lingkungan lainnya jika dirinya diterima dan dihargai. Sebaliknya seseorang akan mengalami kekecewaan bila ditolak lingkungannya.

D. Kesehatan Seksual dan Harga Diri Klien Diabetes dengan Disfungsi

Ereksi

1. Kesehatan seksual

Kesehatan seksual adalah aspek utama pada kesejahteraan hidup seseorang karena fungsi seksual terintegrasi dalam satu sistem kompleks dan mempengaruhi hidup (Dunning, 2011). Kompleksitas

seksual pada tubuh manusia berhubungan dengan pengaturan hormon pada sistem endokrin, sistem vaskuler, sistem syaraf dan psikologis.

Integrasi aspek seksual merupakan hal mutlak dalam manajemen holistik klien diabetes melitus, sesuai penekanan yang diberikan oleh World Health Organization (WHO) pada tahun 1975 dalam Dunning (2011) bahwa seksual adalah komponen yang terintegrasi dalam kesehatan. WHO mendefinisikan kesehatan seksual sebagai kemampuan untuk mengontrol dan menikmati seks serta perilaku bereproduksi, bebas dari masa malu, rasa bersalah dan keyakinan yang salah yang akan menghambat respon dan hubungan seksual. Bebas dari penyakit medis yang akan mempengaruhi respon seksual dan reproduksi.

Seks yang efektif dan pendidikan seks harus menjadi bagian dari rencana manajemen diabetes melitus sehingga masalah dapat teridentifikasi lebih awal, namun tenaga profesional dan klien diabetes melitus seringkali mempunyai keterbatasan informasi bahwa sebenarnya diabetes melitus dapat berpengaruh pada kehidupan seksual mereka. Selama ini, kebutuhan seksual, pendidikan seks, identifikasi awal dan pengelolaan masalah seksual masih sering diabaikan dalam rencana keperawatan diabetes melitus, perawat lebih berfokus pada disfungsi dan abnormalitas, bukan pada kondisi rentan yang akan

berdampak negatif secara psikologis pada seksualitas seseorang (Dunning, 2011).

2. Masalah seksual

Untuk sebuah hubungan seksual diperlukan hasrat atau keinginan untuk melakukannya (Wibowo & Gofir, 2007). Rendahnya hasrat seksual pada pria disebut juga *Hypoactive Sexual Desire Disorder* (HSDD) yaitu suatu kondisi berkurangnya atau sering tidak adanya hasrat seksual saat melakukan aktifitas seksual. Menurut DSM-IV, kondisi ini dapat menyebabkan distress dan kesulitan hubungan interpersonal (Rowland & Incrocci, 2008).

Hasrat seksual atau nafsu birahi dipengaruhi oleh faktor fisik maupun faktor psikis. Faktor fisik misalnya, keadaan kesehatan tubuh secara umum, kekurangan hormon testosteron, penyakit hati kronis, penyakit jantung atau gagal ginjal serta diabetes melitus (Wibowo & Gofir, 2007). Diabetes melitus sebagai penyakit metabolik sangat berperan dalam identitas seksual dan kemampuan fisik seseorang untuk melaksanakan aktifitas seks, hal ini dikarenakan seluruh sistem akan berubah dan mempengaruhi kesehatan seksual seseorang dan ini membutuhkan penanganan yang holistik dan terintegrasi (Dunning, 2011). Beberapa faktor psikis yang berperan antara lain bisa rasa jemu dan bosan terhadap pasangan, stress berlebihan atau pengalaman seksual

yang tidak menyenangkan. Sedangkan menurut Rowland & Incrocci (2008) bahwa HSDD sangat berhubungan dengan distress dan kepuasan hubungan dengan pasangan. Takut, benci, jijik, muak, perubahan mendadak dan marah juga akan mempengaruhi hasrat seksual seseorang, disamping trauma masa lalu seperti *child abuse*, konflik seksual dan kekerasan oleh pasangan. Menurut Wibowo & Gofir (2007), para penderita gangguan ini sering mengeluh frekuensi hubungan seksual berkurang, bahkan terjadi disfungsi ereksi serta sensitif (mudah tersinggung) bila berbicara mengenai seks.

Kepuasan seksual merupakan kombinasi dari faktor fisik dan emosional (Dunning, 2011; Odendaal, Schaetzing dan Kruger, 2007). Kebugaran dan optimalnya fungsi seksualnya serta keterlibatan emosional yang sehat akan sangat mendukung kepuasan seksual seseorang. Banyak pendapat yang mengatakan bagaimana seks yang baik itu, salah satunya mitos seks secara spontan yang penuh gairah dan memuaskan merupakan puncak seks yang baik, namun spontanitas seks ini dapat berdampak negatif bagi kelompok yang terpinggirkan, yaitu yang mempunyai disfungsi seksual (Dune & Shuttlewoth, 2009)

Masalah seksual dapat berupa primer maupun sekunder. Primer biasanya didefinisikan sebagai kondisi yang tidak pernah mengalami orgasme, ketidaknormalan fungsi seksual. Sedangkan sekunder

merupakan kesulitan seksual setelah periode fungsi normal seks. Disfungsi seksual ini dapat berupa habitual dan situasional. Habitual merupakan kesulitan seksual dimana tidak terjadi respon seks dalam kondisi apapun, sedangkan situasional merupakan kondisi dimana aktifitas seksual dan masalah seksual yang lain dapat disebabkan oleh situasi yang mendukung. Respon seks hanya terjadi pada kondisi dan partner tertentu (Dunning, 2011).

Odendal, *et al.*, (2007) berpendapat bahwa pada faktor yang menyebabkan masalah seksual yaitu organik, psikologis dan interpersonal. Begitu banyak penyebab organik muncul diantaranya yang penting dalam bahasan ini adalah gangguan kardiovaskuler (pada diabetes melitus dan hipertensi), penyakit sistemik antara lain gangguan sistem syaraf (stroke dan neuropati perifer). Faktor psikologis pun menempati posisi penting diantaranya cemas, adanya konflik, rasa bersalah, diabaikan, pertahanan diri, kedekatan ikatan yang buruk dengan pasangan, trauma dan faktor pemicu lainnya. Sedangkan interpersonal sebagai pola hubungan antar pasangan, komunikasi dan pola interpersonal yang tidak interaktif resiprokal saat berhubungan seksual menjadi titik utama penyebab gangguan seksual.

3. Masalah/difungsi Seksual pada Pria

Seks adalah hal penting dalam hidup apalagi bagi seseorang pria. Ketika terjadi kesulitan dan disfungsi ereksi, hidup pria seakan kiamat karena perubahan ini sangat berpengaruh secara fisik dan psikis pria, mulai dari perubahan kemampuan beraktifitas seks samapai dengan gangguan konsep diri yang kronis.

Kaplan (1995), Levine (2003), Rowland & Incrocci (2008) mengemukakan bahwa gangguan atau disfungsi seksual pada pria secara umum dibedakan menjadi 4 macam, yaitu;

- a. *Men sexual arousal disorder/mens sexual desire disorder/* gangguan hasrat seksual

Definisi hasrat seksual begitu banyak, diantaranya adalah pendapat Kaplan (1995) yang mengatakan bahwa hasrat seksual pada pria adalah bakat dan spontanitas, sedangkan *The Oxford English Dictionary's* (1989) dalam Roland & Incrocci (2008) mendefinisikan hasrat seksual sebagai *libido*, suatu konstruks yang komplek terdiri dari seks yang spontan dan penuh fantasi, dipengaruhi oleh stimulus eksternal seperti visual, auditori dan seksual.

Dari sekian banyak definisi tersebut, Levine (2003) mendefinisikan hasrat seksual yaitu suatu motivasi dan

kecenderungan hati untuk (melakukan) seksual dan kondisi ini mencakup 3 hal yaitu dorongan (*drive*), motif (*motive*) dan harapan (*Wish*). Dorongan (*drive*) merupakan komponen biologis dari hasrat seksual, dimana ada peran spesifik dari kondisi neurofisiologis, dorongan seksual pria difokuskan pada hubungan seksual (*intercourse*) dan orgasme. Hasrat seksual pria juga mencakup motif untuk berhubungan seksual dan ini sangat individualistik serta berhubungan dengan dinamika hubungan antar pasangan. Sedangkan komponen akhir dari hasrat seksual adalah harapan (*wish*), dimana budaya sangat mempengaruhi seseorang untuk melakukan hubungan seks, begitu juga ekspektasi gender. Pada pria keinginan untuk menjadi pria sejati dapat mempengaruhi hasrat seksual pria.

b. *Erectile disfunction/* Gangguan ereksi

Gangguan/disfungsi ereksi dapat diartikan sebagai suatu kondisi ketidakmampuan pencapaian atau mempertahankan ereksi yang adekuat secara terus menerus sampai aktifitas seksual tersebut selesai dengan sempurna. Kondisi ini akan menyebabkan distress dan kesulitan berhubungan dengan pasangan (Rowland & Incrocci, 2008).

Disfungsi ereksi disebabkan oleh faktor psikis dan fisik. Sikap yang tidak mendukung terhadap seksualitas, stress/depresi,

trauma, mitos, kurangnya pendidikan seksual, kecemasan merupakan kumpulan faktor psikis. Untuk faktor fisik terdiri atas faktor hormonal, gangguan pembuluh darah ataupun syaraf, adanya komplikasi penyakit lain pada tubuh, seperti diabetes melitus, kolesterol tinggi, gangguan pada organ jantung atau ginjal, penyakit-penyakit kelamin, hipertensi (karena penggunaan obat-obat penurun tekanan darah). Pada prinsipnya faktor-faktor ini menghalangi mekanisme ereksi sehingga ereksi penis tidak terjadi (Wibowo & Gofir, 2007).

Penentuan disfungsi ereksi pada klien diabetes melitus dilakukan dengan *screening* menggunakan *International Index of Erectile Function* (IIEF). Menurut Basu & Ryder (2004), IIEF adalah suatu alat ukur questioner untuk menentukan disfungsi ereksi. Alat ukur ini telah disusun dengan baku, tingkat keakuratannya sudah diukur dari sisi budaya; bahasa dan psikometri. IIEF ini terdiri dari 15 pertanyaan yang secara komprehensif digunakan untuk mengkaji fungsi ereksi dalam 5 domain respon, yaitu 1) fungsi ereksi (pertanyaan 1-5 dan 15); 2) kepuasan berhubungan seksual (*intercourse*) (pertanyaan 6-8); 3) fungsi orgasme – di dalamnya terdapat pertanyaan tentang ejakulasi (pertanyaan 9 dan 10); 4) hasrat seksual (pertanyaan 11 dan 12); dan 5) kepuasan seksual

secara umum (pertanyaan 13 dan 14). Rentang nilai masing-masing pertanyaan adalah 0-5 (nilai minimal 0 dan maksimal 5). Algoritme penilaian untuk IIEF dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut:

Tabel 2.1 Algoritme penilaian untuk IIEF

Domain	Item	Rentang nilai	Nilai maksimal
Fungsi ereksi	1, 2, 3, 4, 5, 15	0-5	30
Fungsi orgasme	9, 10	0-5	10
Hasrat seksual	11, 12	0-5	10
Kepuasan <i>intercourse</i>	6, 7, 8	0-5	15
Kepuasan secara umum	13, 14	0-5	10

Sumber: Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., Mishra, A., (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A Multidimensional Scale for Assessment of Erectile Dysfunction. *Urology*. Jun; 49 (6), 822-30.
<http://www.seekwellness.com/mensexuality/questionnaire.htm>.

Interpretasi dari masing-masing domain dapat dilihat pada tabel 2.2 berikut:

Tabel 2.2 Interpretasi klinik untuk IIEF pada masing-masing domain

Domain \ Interpretasi	Fungsi Ereksi	Fungsi Orgasme	Hasrat Seksual	Kepuasan <i>Intercourse</i>	Kepuasan Umum
Disfungsi berat	0-6	0-2	0-2	0-3	0-2
Disfungsi sedang	7-12	3-4	3-4	5-6	3-4
Disfungsi ringan ke sedang	13-18	5-6	5-6	7-9	5-6
Disfungsi ringan	19-24	7-8	7-8	10-12	7-8
Tidak terjadi disfungsi	25-30	9-10	9-10	13-15	9-10

Sumber: Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., Mishra, A., (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A Multidimensional Scale for Assessment of Erectile Dysfunction. *Urology*. Jun; 49 (6), 822-30.

<http://www.seekwellness.com/mensexuality/questionnaire.htm>.

c. *Premature ejaculation*/ Gangguan ejakulasi dini

Ejakulasi Dini (ED) adalah gangguan seksual dimana penderita tidak mampu mengontrol/mengendalikan ejakulasi

(pemancaran sperma) ketika melakukan hubungan seksual. Ejakulasi terjadi hanya beberapa detik setelah penetrasi (pemasukan penis ke dalam vagina), bahkan dapat terjadi pula sebelum penetrasi dilakukan, maka dikatakan juga sebagai fase ejakulasi pendek (Rowland & Incrocci, 2008; Wibowo & Gofir, 2007).

Penyebab ejakulasi dini sangat bervariasi dan tidak secara jelas diuraikan, namun secara umum terdapat 3 sumber penyebab yang berefek pada ED, yaitu fisik, psikis dan hubungan. Faktor fisik diantaranya adalah kerusakan sistem vaskuler dan sistem syaraf (penyakit syaraf kronik, trauma atau pembedahan pada pelvis/spinal, penyakit saluran kemih atau masalah pada saluran kemih bagian bawah atau obat-obatan), kerusakan organ seksual yang menyebabkan kurangnya sensitivitas syaraf maupun zat yang mengatur ejakulasi, pola makan yang tidak seimbang dan gizi yang buruk merupakan hal lain yang dapat juga mempengaruhi kondisi ejakulasi (Rowland & Incrocci, 2008, Wibowo & Gofir, 2007). Faktor psikis seperti kecemasan (Umum atau spesifik), trauma psikis, stress/depresi, kurangnya pendidikan seksual, kurangnya perhatian pada isyarat somatik dan kondisi yang menyebabkan terjadinya hiperausosol juga merupakan faktor yang menghalangi mekanisme ejakulasi (Wibowo & Gofir, 2007; Rowland & Incrocci,

2008). Sedangkan faktor hubungan adalah adanya distress dalam pola hubungan dengan pasangan, tidak berfungsinya pasangan, adanya permusuhan, marah dan adanya kontrol atau dominasi (Rowland & Incrocci, 2008).

d. *Men orgasmic disorder*/ Gangguan orgasme pada laki-laki

Men Orgasmic Disorder (MOD) artinya pria tidak mengalami orgasme walaupun telah mendapatkan rangsangan selama berlangsungnya hubungan seksual. Penderita tetap mengalami ereksi dan ejakulasi tetapi sama sekali tidak merasakan kenikmatan seksual (orgasme) (Wibowo & Gofir, 2007). MOD ini sendiri secara luas didalamnya termasuk *Diminished Ejaculatory Disorder (DED)*, yaitu suatu kondisi dimana terjadi perubahan dari ejakulasi dan atau orgasme meliputi keterlambatan atau terhambatnya ejakulasi, ketidakmampuan ejakulasi secara lengkap (*anejaculation*), ejakulasi *retrograde*, berkurangnya isi seminal, sumber dan sensasi, tidak terjadi dan tidak merasakan orgasme sama sekali dan nyeri saat ejakulasi (Rowland & Incrocci, 2008). Gangguan ini sering diakibatkan oleh adanya gangguan syaraf, karena penyakit maupun obat-obatan, kecemasan, rasa takut menghamili dan kebosanan terhadap pasangan. Namun gangguan ini merupakan gangguan

seksual yang paling jarang dialami pria sehingga tidak banyak diperhatikan (Wibowo & Gofir, 2007).

4. Penyebab gangguan seksual

Pada dasarnya kesulitan seksual melibatkan 2 orang, sebagai pasangan. Faktor interpersonal, hubungan, lingkungan dan faktor penyakit menjadi kemungkinan penyebab yang akan mempengaruhi kesulitan dan disfungsi seksual. Faktor-faktor ini dapat juga menjadi faktor penyebab gangguan seksual pada klien diabetes melitus. Menurut Dunning (2011) faktor penyebab tersebut dapat antara lain:

a. Faktor individu

Merasa diabaikan dan adanya salah informasi, perasaan bersalah malu dan takut, ketidakamanan gender, kekhawatiran terhadap kondisi keuangan, anak dan pekerjaan, pelecehan seksual yang terjadi dan kondisi fisik, misalnya diabetes melitus.

b. Faktor interpersonal

Masalah komunikasi, ini menjadi penyebab umum pada kesulitan seksual, kurangnya kepercayaan, perbedaan maksud, tujuan dan keinginan seksual, kesulitan dalam beradaptasi dengan kondisi sakit, misalnya diabetes melitus.

c. Penyakit kronis

Penyakit kronis menyebabkan perubahan psikologis diantaranya depresi, marah, perasaan bersalah, cemas, takut, rasa tak berdaya, perubahan *body image* dan identifikasi diri sebagai korban, gambaran diri dan harga diri rendah. Libido menurun/hilang adalah salah satu tanda klasik depresi. Demikian juga perubahan fisik yang dapat mengganggu kemampuan seksual pria diantaranya arthritis, neuropati dan diantaranya diabetes melitus yang berefek pada gangguan pembuluh darah dan syaraf.

Hipoglikemia pada saat intercourse akan menakutkan dan membuat pasangan akan langsung berhenti sehingga akan terjadi penurunan keinginan dan kenikmatan akan seks. Hiperglikemia dapat menyebabkan kelelahan, menurunnya gairah dan libido dan sering dengan perubahan kadar glukosa darah akan terjadi perubahan mood, depresi dan masalah psikologis lainnya, sedangkan neuropati otonomik menyebabkan disfungsi ereksi dan ejakulasi dini pada pria.

d. Lingkungan

Kurangnya privasi, terbatasnya kesempatan untuk beraktifitas seksual dan lingkungan tidak nyaman (bising, gaduh, dll) akan mempengaruhi seksualitas seseorang (Wibowo & Gofir, 2007).

5. Masalah seksual pria diabetes melitus

Diabetes melitus sebagai penyakit metabolik yang berefek pada kerusakan sistem vaskular dan syaraf, sangat berpengaruh pada kemampuan seksual pria, karena kerusakan endotel, peningkatan HbA1c serta kerusakan syaraf otonom akan menyebabkan 2 disfungsi seksual yang utama yaitu disfungsi ereksi dan ejakulasi dini (Dunning, 2011).

Jika berbicara diabetes melitus dan disfungsi seksual, maka secara umum dapat dijelaskan sebagai berikut: diabetes melitus mempunyai efek langsung dan tidak langsung pada fungsi seksual, efek langsung berhubungan dengan perubahan vaskuler yang terjadi pada diabetes melitus. disfungsi ereksi diketahui terjadi pada sekitar 50% klien diabetes melitus sebelum usia 60 tahun (Hanash, 2008). Diabetes melitus secara perlahan akan menghancurkan sel endotel dan pembuluh darah sehingga suplai dan regulasi pada organ dan sel endotel jaringan erektil terganggu dan saat inilah terjadi gangguan ereksi dan lubrikasi. Pada kondisi lain, diabetes juga akan merusak sistem syaraf yang mensuplai kealat kelamin, sehingga menyebabkan menurunnya sensasi dan kesulitan mencapai orgasme (Rowland & Incrocci, 2008).

Sedangkan berdasarkan penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Lemone (1993) dalam Muhalla (2011) dengan tujuan mengeksplorasi

masalah seksual pada orang dewasa dengan IDDM, didapatkan dari 11 orang pria dan wanita tergambarkan proses perubahan seksualitas mereka. Dengan kategori transformasi dan subkategori didapatkan kebutuhan akan keintiman diri dan penilaian diri menjadi masalah bagi partisipan.

Disfungsi seksual pada pria yang terbanyak adalah disfungsi ereksi dan ejakulasi dini, berikut penjelasannya:

a. Disfungsi ereksi pada diabetes melitus

Disfungsi ereksi (DE) adalah komplikasi pada diabetes melitus yang sering terjadi, 3 kali lebih sering terjadi pada pria diabetes melitus dibanding non-diabetes (Basu & Ryder, 2004). Sekitar 35%-75%, (sumber lain 35,8%- 82%) pria diabetes melitus mengalami DE dengan berbagai tingkat dan sayangnya hanya 10% yang mencari pengobatan (Thompson, 2008; Jackson & Padley, 2008). Dengan DE ini, maka pria diabetes melitus akan mengalami perubahan kehidupan sehari-hari dari seluruh aspek hidupnya dan akhirnya kualitas hidupnya terganggu (McCarthy & Metz, 2008).

Basu & Ryder (2004) mengemukakan bahwa pathogenesis yang tepat dari DE pada diabetes melitus tetap tidak diketahui namun diduga kuat terjadi karena banyak faktor diantaranya neurogik, vaskular atau kombinasi keduanya. Proses mekanisme DE

pada diabetes melitus meliputi: peningkatan produk akhir dari *Advanced Glycation End-product* (AGE's), peningkatan kadar radikal bebas oksigen dan adanya gangguan sintesis *Nitric Oxide* (NO) karena adanya stres oksidasi, penurunan dan gangguan siklus *guanosine monophosphate dependent kinase-1* (PKG-1), peningkatan ikatan sisi reseptor endotel B dengan perubahan ultrastruktural, pengaturan ulang jalur RhoA/ Rho-Kinase dan degenerasi syaraf- NO. Kerusakan vaskular yang terjadi karena adanya arterosklerosis dan komplikasi mikrovaskuler, kerusakan ini akan menyebabkan gangguan endotel pada pembuluh darah sehingga mengurangi rigiditas/kekakuan penis yang kaya akan pembuluh darah (Basu & Ryder, Close, & Moriarty 1992; Jackson & Padley, 2008).

Neuropati diabetik menjadi penyebab lain dari DE, kerusakan syaraf otonom terjadi dengan melibatkan serabut syaraf kecil yang bermielin dimana ia berada di *corpora cavernosum* pada penis, serta serabut saraf yang lebih besar mengalami kerusakan sehingga terjadilah neuropati perifer. Selain itu mikroangiopati pada diabetes melitus akan merusak *vasa nervorum* dan arterosklerosis akan membatasi aliran darah ke arteri *cavernosum*, dua kondisi ini yang bisa juga menyebabkan disfungsi syaraf (Basu & Ryder, 2004).

Gangguan syaraf tersebut akan menurunkan sensasi pada jaringan sehingga stimulus yang diterima oleh penis berkurang tidak terjadi ereksi dan kemungkinan akan terjadi ejakulasi dini tanpa adanya orgasme (Jackson & Padley, 2008).

b. Ejakulasi dini pada diabetes melitus

Ejakulasi adalah pemancaran sperma ketika melakukan hubungan seksual. Ejakulasi diawali dengan adanya intromission (senggama) dengan dorongan yang lebih lama dan dalam serta pola bervariasi dan kerjasama antara fisik dan psikis seseorang, sehingga masalah pada ambang ejakulatorius (Pfaff, *et al.*, 2009). Ketika seseorang pria diabetes melitus tidak mampu mengontrol/mengendalikan ejakulasi (pemancaran sperma) ketika melakukan hubungan seksual, maka pria tersebut mengalami ejakulasi dini. Ejakulasi terjadi hanya beberapa detik setelah penetrasi (pemasukan penis kedalam vagina), bahkan dapat terjadi sebelum penetrasi dilakukan. Kerusakan organ seksual terutama pada sistem syaraf karena adanya neuropati perifer pada diabetes melitus menyebabkan kurangnya sensitifitas syaraf maupun zat yang mengatur ejakulasi sehingga terjadi ejakulasi sehingga terjadi ejakulasi dini (Jackson & Padley, 2008; Diabetes UK, 2009; Waldinger, 2008).

The National Health and Social Life Survey (NHSL) mengidentifikasi bahwa ejakulasi dini terjadi pada sekitar 30% pria. Dalam beberapa kasus, ejakulasi dini terjadi sebagai bentuk dari respon atas disfungsi ereksi sehingga bisa dikatakan disfungsi ereksi terjadi terlebih dahulu kemudian diikuti ejakulasi dini (Potts, 2004; Benson, *et al.*, 2009). Bahkan masih menurut Benson, *et al.*, 2009 estimasi sekitar 30%-70% pria di Amerika mengalami ejakulasi dini.

6. Respon psikologis pria diabetes melitus pada disfungsi seksual pria.

Masalah seksual merupakan hal yang sangat privasi, mengungkapkannya sangat tergantung pada persepsi, nilai, keyakinan, pengetahuan, budaya dan lingkungan. Selain itu juga dipengaruhi oleh norma peraturan kultural (dimensi sosiokultural), standar pelaksanaan agama dan etik (dimensi agama dan etik) dan dimensi psikologis (Potter & Perry, 2005). Pria lebih terbuka dan bersedia untuk menjadi sukarelawan dalam penatalaksanaan seksual, namun sebenarnya sebagian besar masih malu.

Disfungsi seksual pada pria diabetes melitus akan merubah pola dan kesejahteraan hidup, mulai dari adanya perubahan fisik maupun psikis. Respon tiap orang berbeda dalam menghadapinya, tergantung pada bagaimana mereka memandang seksualitas itu sendiri. Secara

umum, pria menginginkan menjadi *The Real Men* atau pria sejati, yang mempunyai pekerjaan baik, stress yang tertata, hidup yang baik bersama perempuan yang benar dan baik dan bahkan mendapatkan keberhasilan dan kegagalan yang nyata dan baik pula (McCarthy & Metz, 2008). Namun karena adanya disfungsi, maka seorang pria merasa sudah tak lagi menjadi pria sejati dan akhirnya kesejahteraan hidup terganggu.

Sudah banyak dipahami bahwa pria bisa tenang ketika menghadapi perang, badai, topan, gempa bumi, penyakit dan tragedi lainnya dengan keberanian yang besar dan tekad yang kuat, namun pria sama sekali tidak akan tenang dan tidak berdaya jika terjadi disfungsi seksual (Hanash, 2008). Pria diabetes melitus akan merasakan cemas (selama dan ketika tidak melakukan hubungan seksual), sedih, konflik pribadi, rasa bersalah, gangguan peran, diabaikan, malu, takut, tidak mempunyai harapan, tidak bangga pada kehidupan seksualnya, tidak percaya diri dan merasa lemah. Selain itu dia merasa tidak mempunyai harga diri sendiri, cenderung pendiam dan uring-uringan, tidak komunikasi dengan baik, konsep diri berubah, tidak bersemangat, tidak bergairah, merasa tidak diterima dan lain-lain (McCarthy & Metz, 2008).

Pria diabetes melitus juga akan merasa hancur, depresi dan tidak berdaya, seperti ada dalam kubang neraka, merasa sudah menghancurkan kehidupan rumah tangga atau hubungan seksual dengan pasangannya, kehilangan harga diri, kepercayaan diri dan kebanggaan sebagai suami, mengalami frustrasi yang menyakitkan. Klien merasa kehilangan kejantanan yang dihargai, dimanusiakan dan di banggakan, rentan akan emosi dan kesulitan berhubungan sosial. Karena kekurangannya, hidup terasa suram, klien menghindari hal yang berhubungan dengan seks baik percakapan normal, aktifitas, tontonan atau bahkan kedokter atau mungkin bahkan sebagai koping destruktifnya pria akan menyalahkan dan menuduh istri atau pasangan sebagai penyebab utama dari masalahnya karena dia sebenarnya tidak mengetahui bahwa gangguan seksualnya ini terjadi karena adanya penyakit metabolik (diabetes) yang dideritanya atau bahkan menolak mendiskusikan dan mencari pertolongan (Hanash, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Carpenter (2008), pada 120 responden pria dengan hiperseksual lebih mudah mengalami defisit regulasi (pengaturan) diri dan mengalami efek negatif seperti alexithymia, ketidakstabilan emosi dan kerentanan terhadap stress. Respon psikologis ini akan mempengaruhi kemampuan fisik dan

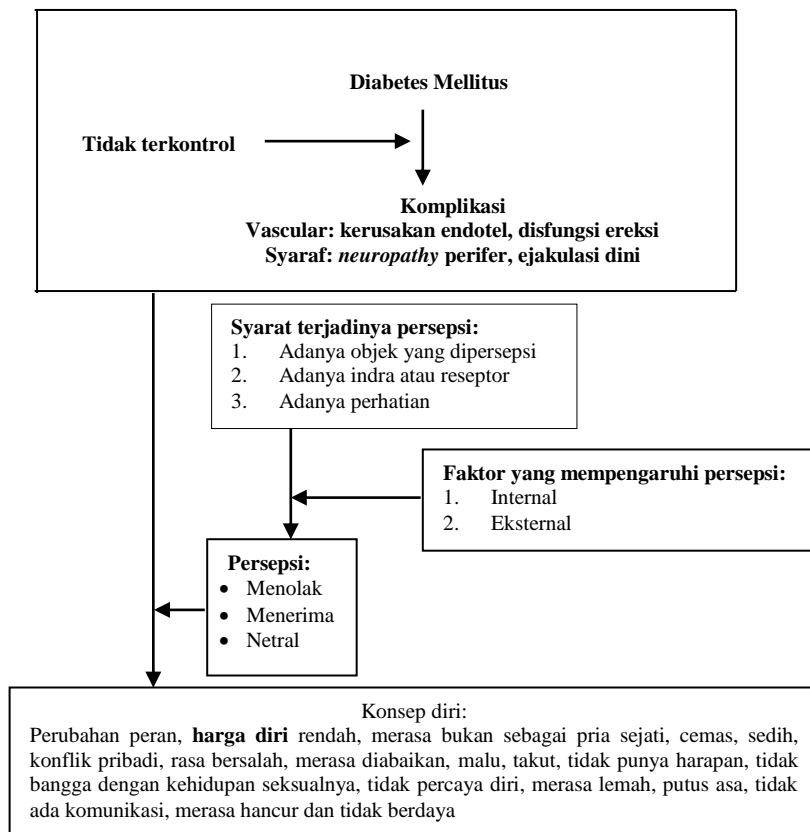
seksual klien, sehingga akan terjadi “lingkaran setan” yang tidak selesai.

Hanash (2008) mengemukakan bahwa respon psikologis diatas tidak semua terjadi pada pria diabetes melitus. Beberapa dari mereka dapat mengakui masalah seksual yang dialaminya dan minta petunjuk/nasehat dari tenaga kesehatan. Mereka termotivasi untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan seksualnya secara baik sehingga dapat memuaskan pasangan dan mempertahankan rumah tangganya atau dengan pertimbangan kesehatan fisik sehingga berusaha menghindari penyakit dan atau mengontrol kadar gula darahnya sehingga tidak terjadi disfungsi lagi. Namun ternyata hanya 12% dari pria tersebut yang secara umum terbuka menceritakan dan mencari bantuan.

Selain respon pria diabetes melitus, respon pasangan (istri) pun tidak kalah pentingnya dipahami. Istri/pasangan akan mulai meningkatkan perhatiannya dalam menyelesaikan masalah, mencari solusi dan kemungkinan yang dapat dijangkau. Dalam keadaan ini, istri akan mengabaikan, atau menganggap memang itu bagian dari kehidupan suami bahkan menyalahkan diri sendiri, putus asa, merasa tidak aman dan tidak percaya serta merasa telah gagal dalam berumah

tangga, malu mendiskusikannya atau bahkan sangat antusias untuk menyelesaikannya (Hanash, 2008).

E. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori Penelitian Persepsi Harga Diri Pasien DM dengan Disfungsi Ereksi

Sumber: Kerangka ini dimodifikasi oleh peneliti dari Black & Hawk (2009), Diabetes, UK (2009), Dunning (2003), Hanash (2008), Odendaal, *et al.*, (2007), Potter & Perry (2005), Soegondo (2009), Walgito (2003), Whitehouse (2009).