# BAB II
# TINJAUAN PUSTAKA

## 2.1 Diabetes Mellitus

### 2.1.1 Definisi

Menurut *American Diabetes Association*, DM merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. DM juga disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh kekurangan hormon insulin secara relatif maupun absolut (ADA, 2013; Perkeni, 2011).

DM merupakan sindrom metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia karena defek pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Hiperglikemia kronis pada DM dapat diasosiasikan dengan terjadinya kerusakan jangka panjang, disfungsi serta kegagalan multi organ terutama mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah (ADA, 2013).

### 2.1.2 Epidemiologi

Pada tahun 2000 menurut WHO diperkirakan sedikitnya 171 juta orang diseluruh dunia menderita DM atau sekitar 2,8% dari total populasi. Insidennya terus meningkat dengan cepat dan diperkirakan tahun 2030 angka ini mencapai 366 juta jiwa atau sekitar 4,4% dari populasi dunia. DM terdapat diseluruh dunia, persentase 90% yang merupakan jenis DM tipe 2 terjadi di negara berkembang, peningkatan prevalensi terbesar adalah di Asia dan di Afrika. Hal ini akibat tren urbanisasi dan perubahan gaya hidup seperti pola makan yang tidak sehat (WHO, 2012).

Indonesia menduduki peringkat ke-4 terbesar penderita DM di dunia. *International Diabetes Federation* menyebutkan bahwa pada tahun 2014 terdapat 387 juta orang yang menderita DM dan diperkirakan jumlah penderita DM di dunia mencapai 592 juta orang pada tahun 2035. Di Indonesia, prevalensi DM yang terdiagnosis dokter atau gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah (3,7%), Sulawesi Utara (3,6%), Sulawesi Selatan (3,4%), dan Nusa Tenggara Timur (3,3 %) (International Diabetes Federation, 2015; Kemenkes, 2013).

### 2.1.3 Klasifikasi

Berdasarkan etiologi, DM diklasifikasikan menjadi empat tipe, yaitu (Perkeni, 2011):

a. DM tipe 1 disebabkan oleh destruksi sel beta, umumnya menjurus pada defisiensi insulin absolut, dapat terjadi karena autoimun atau idiopatik;
b. DM tipe 2 disebabkan oleh resistensi insulin, defisiensi insulin relatif, serta defek sekresi insulin disertai resistensi insulin;
c. DM tipe lain yang antara lain disebabkan oleh defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati, pengaruh obat dan zat kimia, infeksi, sebab imunologi yang jarang, dan sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM; dan
d. DM gestasional.

### 2.1.4 Patogenesis dan Patofisiologi

DM merupakan penyakit yang disebabkan oleh adanya defisiensi (kekurangan) insulin secara relatif maupun absolut. Defisiensi insulin dapat terjadi melalui 3 jalan, yaitu (Fatimah, 2015):

a. Rusaknya sel-sel beta pankreas karena pengaruh dari luar (virus, zat kimia, dan lain-lain);

b. Desensitasi atau penurunan reseptor glukosa pada kelenjar pankreas; dan

c. Desensitasi atau kerusakan reseptor insulin di jaringan perifer.

Pada patofisiologi DM tipe 2 terdapat beberapa keadaan yang berperan yaitu :

a. Resistensi insulin; dan
b. Disfungsi sel beta pankreas

DM tipe 2 bukan disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin melainkan disebabkan oleh sel-sel sasaran insulin gagal atau tidak mampu merespon insulin secara normal. Keadaan ini lazim disebut sebagai resistensi insulin (Teixeria, 2011).

Resistensi insulin terjadi akibat faktor genetik dan lingkungan seperti obesitas, diet tinggi lemak, rendah serat, dan kurangnya aktivitas fisik serta penuaan. Pada penderita DM tipe 2 dapat juga terjadi produksi glukosa hepatik yang berlebihan namun tidak terjadi kerusakan sel-sel beta langerhans secara autoimun. Defisiensi fungsi insulin pada penderita DM tipe 2 hanya bersifat relatif dan tidak absolut (Fatimah 2015; Harding, 2004).

Pada awal perkembangan DM tipe 2, sel beta menunjukan gangguan pada sekresi insulin fase pertama, artinya sekresi insulin gagal mengkompensasi resistensi insulin. Apabila tidak ditangani dengan baik, pada perkembangan selanjutnya akan terjadi kerusakan sel-sel beta pankreas. Kerusakan sel-sel beta pankreas akan terjadi secara progresif seringkali akan menyebabkan defisiensi insulin sehingga penderita memerlukan insulin eksogen. Pada penderita DM tipe 2 umumnya ditemukan kedua faktor tersebut yakni resistensi insulin dan defisiensi insulin (Sherwood, 2011).

Ketika kadar glukosa dalam darah meningkat, pankreas mengeluarkan hormon yang disebut insulin yang memungkinkan sel tubuh menyerap glukosa untuk digunakan sebagai sumber tenaga. Hiperglikemia, tanda utama diabetes melitus, terjadi akibat penurunan penyerapan glukosa oleh sel-sel disertai oleh peningkatan pengeluaran glukosa oleh hati. Pengeluaran glukosa oleh hati meningkat karena proses-proses yang menghasilkan glukosa yaitu glikogenolisis dan glukoneogenesis berlangsung tanpa hambatan karena insulin tidak ada. Sebagian besar sel tubuh tidak dapat menggunakan glukosa tanpa bantuan insulin sehingga pada keadaan kronis akan

terjadi kelebihan glukosa ekstrasel sementara terjadi defisiensi glukosa intrasel (Sherwood, 2011).

### 2.1.5 Diagnosis

Menurut *American Diabetes Association* (2013) dan Perkeni (2011), kriteria diagnosis DM adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan HbA1c (≥6,5%) dilakukan pada sarana laboratorium yang telah terstandardisasi, atau;
b. Gejala klasik diabetes melitus ditambah glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L). Glukosa plasma sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir, atau;
c. Gejala klasik diabetes melitus ditambah kadar glukosa darah plasma puasa ≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L). Puasa diartikan pasien tidak mendapat kalori tambahan sedikitnya 8 jam, atau;
d. Kadar glukosa plasma 2 jam pada tes toleransi glukosa oral (TTGO) ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) TTGO yang dilakukan dengan standar WHO, menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75 gram glukosa anhidrus yang dilarutkan ke dalam air.

### 2.1.6 Tatalaksana

Dalam Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan DM tipe 2 di Indonesia Tahun 2011, terdapat empat pilar penatalaksanaan DM, yaitu (Perkeni, 2011):

a. Edukasi

Edukasi yang komprehensif dan upaya peningkatan motivasi dibutuhkan untuk memberikan pengetahuan mengenai kondisi pasien dan untuk mencapai perubahan perilaku. Pengetahuan tentang pemantauan glukosa darah mandiri, tanda, dan gejala hipoglikemia serta cara mengatasinya harus diberikan kepada pasien.

b. Terapi nutrisi medis

Terapi nutrisi medis merupakan bagian dari penatalaksanaan diabetes secara total. Prinsip pengaturan makanan penyandang diabetes hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pada pasien diabetes perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis, dan jumlah makanan, terutama pada pasien yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin. Diet pasien DM yang utama adalah pembatasan karbohidrat kompleks dan lemak serta peningkatan asupan serat.

c. Latihan jasmani

Latihan jasmani berupa aktivitas fisik sehari-hari dan olahraga secara teratur 3-4 kali seminggu selama 30 menit. Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan yang bersifat aerobik seperti jalan kaki, bersepeda santai, joging, dan berenang. Latihan jasmani disesuaikan dengan usia dan status kesehatan.

d. Terapi farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makanan dan latihan jasmani. Terapi berupa suntikan insulin dan obat hipoglikemik oral, diantaranya adalah metformin dan gibenklamid.

Metformin adalah obat golongan biguanid yang berfungsi meningkatkan sensitivitas reseptor insulin. Selain itu, metformin juga mencegah terjadinya glukoneogenesis sehingga menurunkan kadar glukosa dalam darah. Masa kerja metformin adalah 8 jam sehingga pemberiannya 3 kali sehari atau per 8 jam. Metformin digunakan untuk menjaga kadar glukosa sewaktu tetap terkontrol (Wicaksono, 2013).

Glibenklamid adalah golongan sulfonilurea yang mempunyai efek utama meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta pankreas dan merupakan pilihan utama untuk pasien dengan berat badan normal ataupun kurang. Penggunaan obat golongan sulfonilurea lebih efektif untuk mengontrol kadar gula 2 jam setelah makan (Wicaksono, 2013; Andrew, 2005).

### 2.1.7 Komplikasi

DM tipe 2 yang tidak ditangani dengan baik akan menimbulkan berbagai komplikasi yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis. Komplikasi kronis DM tipe 2 dapat berupa komplikasi mikrovaskular dan makrovaskular yang dapat menurunkan kualitas hidup penderita. Penyebab utama kematian penyandang DM tipe 2 adalah komplikasi makrovaskular. Komplikasi makrovaskular melibatkan pembuluh darah besar yaitu pembuluh darah koroner, pembuluh darah otak, dan pembuluh darah perifer. Mikrovaskular merupakan lesi spesifik diabetes yang menyerang kapiler dan arteriola retina (retinopati diabetik), glomerulus ginjal (nefropati diabetik), dan saraf-saraf perifer (neuropati diabetik) (Edwina, Manaf & Efrida, 2015).

## 2.2 Strategi Koping

### 2.2.1 Koping

Menurut Lazarus & Folkman (dalam Sugianto, 2012) koping berasal dari kata *cope* yang artinya melawan atau mengatasi. Koping didefinisikan sebagai suatu proses dimana individu mencoba untuk mengatur kesenjangan persepsi antara tuntutan situasi yang menekan dengan kemampuan mereka dalam memenuhi tuntutan tersebut. Strategi koping merupakan proses dimana individu mencoba untuk mengelola stresor atau kondisi stres dengan cara tertentu menggunakan sumber daya yang dimiliki (Sugianto, 2012).

### 2.2.2 Strategi Koping

Lazarus dan Folkman (1984) mengatakan, strategi koping dibagi atas dua model, yaitu koping yang berfokus pada permasalahan *(problem-focused coping)* dan koping yang berfokus pada emosi *(emotion-focused coping)*. Bila individu merasa mampu menghadapi dan mengatasi situasi, maka ia cenderung menggunakan *problem-focused coping*, yaitu penyelesaian pada pokok permasalahan. Bila individu merasa tidak mampu mengatasi masalah, maka ia cenderung menggunakan *emotion-focused coping*, yaitu mengatur respon emosi terhadap stres (Rezekika, 2013).

Menurut Carver (dalam Rezekika, 2013), perilaku koping terbagi menjadi dua yaitu *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping.*

**2.2.2.1 *Problem-Focused Coping***

Jenis perilaku koping yang berfokus pada pemecahan masalah *(problem-focused coping)* menurut Carver (dalam Rezekika, 2013) terdiri dari:

a. Perencanaan

   Usaha individu dalam berpikir tentang bagaimana mengatasi penyebab stres;

b. Keaktifan diri

   Usaha individu untuk mengambil tindakan langsung dengan mengerahkan segala daya upaya untuk mencoba memindahkan atau menghilangkan penyebab stres dengan cara bijaksana;

c. Penguasaan diri

   Usaha individu untuk menguasai diri dengan mengontrol atau mengendalikan tindakan sampai ada kesempatan yang tepat untuk bertindak;

d. Penekanan pada suatu aktifitas utama

   Usaha individu untuk membatasi perhatian individu terhadap aktivitas lainnya yang

mungkin berlawanan, supaya konsentrasi lebih penuh pada masalah penyebab stres yang sedang dihadapi;

e. Pemahaman kembali secara positif

Usaha individu untuk membuat situasi yang terbaik dengan mengembangkan atau melihat permasalahan dari segi yang lebih baik;

f. Mencari dukungan sosial instrumental

Usaha individu dalam mencari bantuan, informasi, atau nasehat tentang apa yang bisa dilakukan untuk mengatasi penyebab stres;

g. Mencari dukungan sosial emosional

Usaha individu untuk mendapatkan simpati atau dukungan emosional dari orang lain;

h. Penggunaan obat-obatan

Usaha individu untuk mengurangi stres melalui penggunaan obat-obatan dan minuman beralkohol;

i. Menggunakan humor

Usaha individu untuk mengurangi stres melalui humor; dan

j. Menghilangkan peristiwa yang tidak menyenangkan

Usaha individu untuk menghilangkan hal-hal yang tidak menyenangkan dalam kehidupannya.

**2.2.2.2 *Emotion-Focused Coping***

Carver (dalam Rezekika, 2013) mengungkapkan aspek-aspek yang dapat digunakan untuk mengungkap *emotion-focused coping.* Aspek-aspek tersebut adalah:

a. Mencari dukungan untuk pertimbangan emosi

Kecenderungan untuk memperoleh dukungan, simpati, dan pengertian dari lingkungan sekitar;

b. Mengubah kembali keadaan atau kejadian secara positif, menginterpretasikan situasi stres dengan pandangan positif;

c. Penolakan

Respon atau tanggapan individu yang berbentuk penolakan terhadap sumber masalah;

d. Penerimaan

Tanggapan individu terhadap situasi stres dengan menerima kondisi tersebut sebagai suatu hal yang harus dijalani; dan

e. Berpaling pada agama

Individu cenderung lari pada agama ketika ada masalah.

Zeidner (2003) membagi strategi koping menjadi koping positif (adaptif) dan negatif (maladaptif). Strategi koping positif berhasil mengurangi jumlah stres yang dialami dan memberikan umpan balik yang konstruktif bagi individu. Contoh koping adaptif antara lain mencari dukungan sosial dari orang lain, mencoba untuk belajar dari pengalaman stres (yang berarti berfokus mengatasi), menjaga kesehatan fisik dan mental dengan baik, berlatih teknik relaksasi, dan menerapkan humor dalam situasi sulit.

Strategi koping negatif mungkin berhasil meredakan stres namun hasilnya disfungsional dan non-produktif. Strategi maladaptif antara lain adalah disosiasi atau memisahkan diri dari hubungan sosial, kebal terhadap masalah sehingga tidak melakukan tindakan konstruktif, menghindari kecemasan akibat masalah dengan minum alkohol dan obat-obatan serta melarikan diri dari masalah (Zeidner, 2003).

## 2.3 Strategi Koping pada Penyakit Kronik

### 2.3.1 Penyakit Kronik

Penyakit kronik adalah penyakit yang terjadi secara menahun atau status riwayat penyakit yang berlangsung lama dalam kurun waktu bulan, tahun, sampai seumur hidup dan disertai dengan progresivitas yang cenderung lambat. Fennel (2003) membagi penyakit kronik dalam empat fase, yaitu:

#### 2.3.1.1 Fase Krisis

Fase ini diawali dengan kondisi darurat yang mendorong pasien untuk mencari bantuan seperti bantuan medis, psikologis, atau spiritual.

Jenis-jenis karakter pasien yang terjadi ketika fase krisis diantaranya adalah sebagai berikut:

a. *Urgency* (desakan)

*Urgency* menggambarkan sebuah desakan. Pasien yang mengalami penyakit kronis akan mendesak diri sendiri untuk mengetahui kondisi yang terjadi padanya, apakah penyakit yang dialaminya agar ia dapat segera menyelesaikan rasa sakit yang dirasakan. Keadaan ini diawali ketika pasien sudah mulai merasakan adanya rasa sakit atau perubahan pada tubuhnya, dan merasa bahwa ada sesuatu yang salah pada tubuhnya;

b. *Locus of treatment outside self* (membutuhkan pendapat orang lain)

*Locus of treatment outside self* menggambarkan keadaan pasien yang tidak berdaya dalam menyelesaikan masalahnya seorang diri. Pasien akan mulai bertanya kepada orang lain mengenai solusi untuk masalah yang dihadapinya;

c. *Self-pathologizing* (menyalahkan diri sendiri)

*Self-pathologizing* menggambarkan keadaan pasien yang cenderung menyalahkan dirinya sendiri akibat hal-hal yang dilakukannya di masa lampau sehingga menyebabkan penyakit yang diderita saat ini;

d. *Intrusive ideations and denial* (menolak kenyataan)

Pada keadaan ini, pasien merasa takut dengan kondisinya. Beberapa pasien akan mulai berpikir bahwa ini tidak mungkin terjadi pada dirinya dan merasa bahwa ini hanya sebuah khayalan saja. Ada juga pasien yang semakin khawatir dan cemas dengan penyakitnya. Pada keadaan seperti ini pasien membutuhkan koping yang baik agar mencegah terjadinya

bunuh diri akibat tidak bisa menerima kenyataan;

e. *Ego loss* (rendah diri)

Pasien yang mengalami penyakit kronis biasanya akan lebih sensitif, lebih lemah, dan merasa dirinya berbeda dengan orang lain. Sehingga pasien sulit untuk bersosialisasi dengan orang lain. Pasien mungkin malu dan merasa rendah diri akibat penyakitnya; dan

f. *Low tolerance for ambiguity* (butuh kepastian)

Pada keadaan ini, pasien tidak suka apabila penyakit yang ia alami selama ini masih diragukan oleh pihak lain, terutama pihak medis.

**2.3.1.2 Fase Stabilisasi**

Tahap kedua merupakan usaha pasien untuk berada dalam kondisi stabil setelah berhasil melewati fase krisis yakni fase stabilisasi. Pasien terus mengalami kekacauan dan kekhawatiran mengenai penyakitnya. Meskipun demikian, sebagian besar pasien telah beradaptasi dengan gejala penyakitnya dan sudah kembali pada tingkat kontrol kehidupan mereka seperti sedia kala (Fennel, 2003).

Fase ini merupakan fase perjuangan pasien untuk beradaptasi dengan kondisi sakitnya. Ketika mereka sampai pada fase kedua yaitu fase stabilisasi, mereka mulai bisa mengontrol diri mereka sendiri. Karena sudah mulai bisa mengontrol dirinya maka mereka sudah mulai melakukan aktivitas sehari-hari. Namun aktivitas ini tidak bisa dilakukan seperti halnya sebelum mereka sakit. Kesulitan melakukan aktivitas mungkin didapatkan sebagai akibat dari disabilitas penyakit ataupun dari pengobatan yang dilakukan pasien (Fennel, 2003).

Pada fase ini, mereka mulai melakukan pencarian, baik pencarian orang-orang sekitar yang memiliki kondisi yang sama dengan mereka, mencari pengobatan atau dokter, pencarian pemenuhan spiritual dan mulai mengerti tentang kronisitas. Mereka mulai mengerti bahwa penyakit mereka mungkin akan bertahan lama ataupun selamanya (Fennel, 2003).

**2.3.1.3 Fase Resolusi**

Tahap ketiga merupakan fase resolusi. Pasien telah berhasil melalui fase stabilisasi. Pasien bersugesti bahwa kondisi mereka yang kronis akan berakhir

dalam waktu dekat. Fase ini merupakan fase pegembangan makna hidup bagi pasien (Fennel, 2003).

#### 2.3.1.4 Fase Integrasi

Tahap terakhir yakni fase integrasi. Pasien mungkin mengalami pemulihan, masa stabil atau periode kambuh. Usaha yang dapat dilakukan pasien pada fase ini adalah mencari cara secara kontinyu untuk mengekspresikan penerimaan terbaik dan tetap optimis. Pasien juga berusaha untuk berinteraksi dengan baik pada keluarga dan teman-teman, menemukan kegiatan atau pekerjaan yang sesuai jika mereka mampu bekerja, serta mencari hikmah sakit dalam kerangka filosofis atau spiritual yang lebih besar (Fennel, 2003).

Apabila individu tidak mampu melakukan strategi koping yang adaptif maka individu tersebut tidak dapat memasuki fase selanjutnya dan mencapai fase terakhir yakni fase integrasi (Fennel, 2003).

### 2.3.2 Strategi Koping pada Individu dengan Penyakit Kronik

Pasien dengan penyakit kronik akan berespon terhadap kondisinya melalui beberapa strategi koping. Strategi

koping adaptif terhadap penyakit kronik adalah sebagai berikut (Sarafino, 1994):

a. Menyangkal keseriusan diagnosis penyakitnya;
b. Mencari informasi mengenai penyakit yang diderita dan cara menanggulanginya;
c. Mempelajari penyakitnya dengan dokter atau petugas medis sebagai narasumber;
d. Melakukan tindakan kongkrit untuk memanajemen penyakitnya;
e. Mencari dukungan instrumental dan emosional;
f. Memperkirakan kemungkinan yang akan terjadi di masa depan; dan
g. Mengelola persepsinya dengan pemahaman yang baik dan mengambil makna positif serta melakukan koping spiritual atau berpegang pada agama.

Beberapa penelitian membuktikan bahwa strategi koping yang dilakukan individu dengan penyakit kronik berpengaruh terhadap kondisi biologis dan psikososialnya. Penelitian yang dilakukan oleh Reynolds berjudul *Spiritual Coping and Adjustment in Adolescents With Chronic Illness: A 2-Year Prospective Study* membuktikan bahwa terdapat perbedaan hasil antara individu dengan penyakit kronik yang melakukan strategi koping positif dan negatif.

Individu dengan koping spiritual yang positif memiliki gejala penyakit yang lebih sedikit dan tingkat depresi yang lebih rendah dibandingkan dengan individu yang memiliki strategi koping spiritual yang negatif (Reynolds, 2014).

Penelitian serupa berjudul *The Relationship Between Hope and Religious Coping Among Patients With Type 2 Diabetes* yang dilakukan oleh Shamsalinia, seperti dalam penelitian ini, sebagian besar pasien diabetes menunjukkan tingkat yang rendah terhadap harapan. Dalam Islam, Kristen, dan komunitas Ortodoks Yahudi, koping religius positif memiliki efek yang signifikan pada tingkat harapan, sedangkan koping religius negatif menghasilkan spiritual yang buruk dan tekanan mental yang lebih berat. Tingkat harapan yang tinggi karena strategi koping positif efektif mengatasi beban penyakit kronik, peningkatan perawatan diri, kepatuhan terhadap regimen terapi, penurunan komplikasi, dan peningkatan kualitas hidup (Shamsalinia, 2015).

### 2.3.3 Strategi Koping pada Pasien Diabetes Mellitus

Secara umum strategi koping dibagi dalam dua tipe yakni *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. *Problem-focused coping* merupakan mekanisme seseorang

individu yang secara aktif mencari penyelesaian dari masalah untuk menghilangkan kodisi atau situasi yang menimbulkan stres. Pada *emotion-focused coping* individu melibatkan usaha-usaha untuk mengatur emosinya dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan. Pada *problem-focused coping*, individu merasa bahwa tekanan atau stresor dapat diselesaikan atau dicari solusinya, sedangkan individu dengan *emotion-focused coping*, tekanan atau stresor diubah dalam bentuk emosional berupa bentuk penerimaan atau penolakan (Carver, 1989).

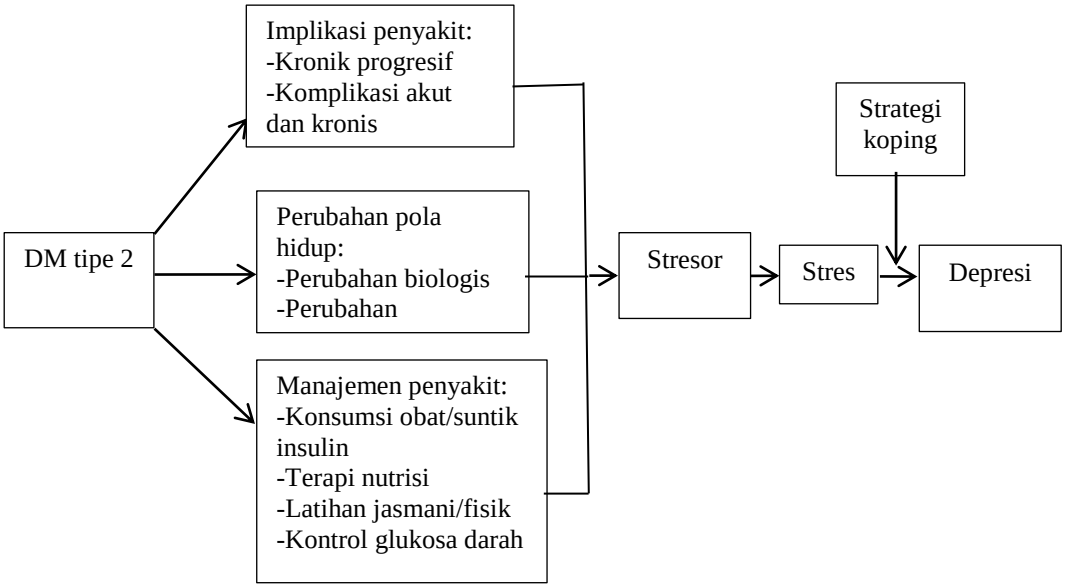
Hasil penelitian kualitatif mengenai mekanisme koping terhadap pasien DM tipe 2 di RSUD Dr. Soegiri Lamongan menunjukkan bahwa pasien DM tipe 2 menggunakan strategi *emotion-focused coping* dan *problem-focused coping* sebagai responnya terhadap stres. *Emotion-focused coping* yang dilakukan berupa kontrol diri, menerima tanggung jawab, dan mengambil makna positif. Kontrol diri yang dilakukan oleh informan melalui motivasi dan pasrah. Menerima tanggung jawab yang dilakukan oleh informan yaitu dengan mengakui peran diri dalam masalah yang dihadapi. Makna positif yang dilakukan informan dengan mendekatkan diri kepada Tuhan dan sesama manusia dan

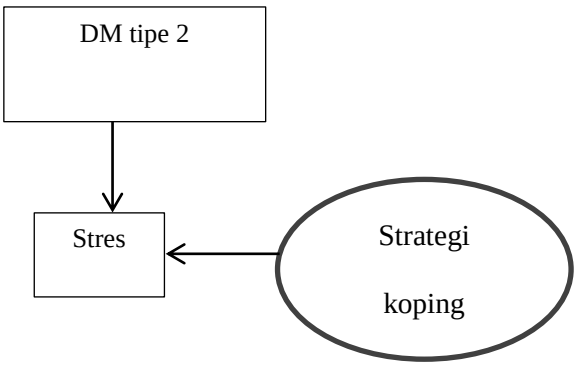
belajar melalui masalah yang dihadapi dengan melakukan perubahan gaya hidup (Rohmah, 2012).

*Problem-focused coping* yang dilakukan oleh informan antara lain dukungan sosial dan pemecahan masalah. Dukungan sosial yang diterima oleh informan yaitu dukungan dari keluarga, teman, dan tenaga kesehatan. Pemecahan masalah yang dilakukan oleh informan yaitu dengan kontrol rutin, perubahan pola makan, olahraga, mencari informasi dan perubahan aktivitas (Rohmah, 2012).

## 2.4 Kerangka Teori dan Kerangka Konsep

### 2.4.1 Kerangka Teori




Gambar 1. Hubungan DM Tipe 2 dengan Stres dan Depresi (Pan, Lucas & Sun, 2010; Sutjipto, 2007).

### 2.4.2 Kerangka Konsep