

Simtom Depresi dan Diabetes Mellitus: sebuah *Comorbidity*

Jenita DT Donsu¹

Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

Abstract

Each individual has a great hope to enjoy good health throughout his life, but it is not uncommon anxiety and stress become a part of life that is often continuous, thus causing depression. Depression is a mental disorder that affects most people, and can attack all levels of society of all ages, gender, social status, or economic status. Depression is closely related to chronic diseases including diabetes mellitus. Critical review of theories and models is the first step to prepare supporting theories to a study. Theories that have been collected are: stress, anxiety, and self-esteem. Based on these theories are found a variety of approaches such as: (1) a cognitive behavioral approach to overcoming depression, (2) cognitive approach to recognize the various faults, in order to evaluate and reduce the emotional disturbance associated with depressive symptoms; (3) approach the theoretical model to recognize, understand, and treating depression in diabetes mellitus.

Keywords: depression, diabetes mellitus, comorbidity

Pengantar

Beberapa faktor yang diduga sebagai penyebab depresi diantaranya faktor biologis, genetik dan psikososial. Salah satu teori depresi yang menonjol adalah teori monoamin. Teori monoamin untuk depresi mengatakan bahwa, depresi berhubungan dengan kurangnya aktifitas pada sinapsis-sinapsis serotonergik dan noradrenergik. Teori ini banyak didasarkan pada kenyataan bahwa inhibitor monoamine oksidase (MAO), antidepressan trisiklik, inhibitor *reuptake*-serotonin selektif, dan inhibitor *reuptake*-norepinefrin selektif, adalah setara dengan serotonin dan norepinefrin atau kedua-duanya. Reseptor-reseptor norepinefrin dan serotonin ditemukan lebih banyak pada individu depresi yang belum menerima penanganan-

an farmakologis. Hal ini mengimplikasikan adanya defisit pada pelepasan monoamine, apabila neurotransmitter tidak cukup jumlahnya dilepaskan pada sebuah sinapsis, akibatnya terjadi peningkatan kompensatorik terhadap jumlah reseptor (Gillespie & Nemeroff, 2007).

Banyak variabel yang berinteraksi dalam berbagai macam kombinasi, menciptakan kondisi tertentu yang berpengaruh terhadap tinggi rendahnya frekuensi depresi. Selain mempunyai simtom kesedihan dan apatis, serta adanya gejala psikologis, depresi juga mempunyai simtom yang lain, seperti; (1) perubahan suasana hati; (2) konsep diri negatif disertai perasaan mencela dan cenderung menyalahkan diri sendiri; (3) keinginan regresif yang menghukum diri sendiri seperti keinginan untuk menghindar, bersembunyi atau mati; (4) perubahan vegetatif seperti anoreksia, insomnia dan kehilangan libido; dan (5) perubahan

¹ Korespondensi mengenai isi artikel ini dapat dilakukan melalui: donsu.tine@gmail.com

dalam tingkat aktifitas seperti retardasi dan agitasi. Simtom-simtom depresi tersebut akan bermanifestasi dengan delusi yang khas pada penderita depresi (Back, 1985; Kaplan, Friedman, & Sadock's, 2003).

Depresi merupakan gangguan suasana perasaan yang ditandai dengan gejala awal berupa kesedihan yang mendalam, rendahnya energi, minat, dan rasa percaya diri serta ketidakmampuan untuk merasakan kesenangan. Kriteria diagnosis depresi dalam DSM-IV yang paling sering ditegakkan adalah *major depressive episode* dengan indikasi keadaan suasana perasaan ekstrim, yang berlangsung paling tidak selama dua minggu meliputi simtom-simtom kognitif seperti perasaan tidak berharga atau tidak ada kepastian, dan fungsi fisik terganggu (perubahan pola makan, pola tidur dan turunnya berat badan) yang signifikan. Episode ini seringkali disertai dengan hilangnya minat secara umum terhadap berbagai hal dan ketidakmampuan menikmati kesenangan dalam hidup, termasuk interaksi dengan keluarga atau teman, sehingga mengakibatkan terganggunya prestasi di sekolah atau di tempat kerja (Durand & Barlow, 2006).

Depresi merupakan reaksi yang paling umum dan seringkali dialami oleh pasien dengan penyakit kronis yang diperkirakan memiliki risiko tinggi untuk terkena depresi. Taylor (2005) menegaskan, reaksi psikologis pasien terhadap penyakitnya meliputi; penyangkalan (*denial*), kecemasan (*anxiety*), dan depresi (*depressed*). Sebagaimana penyakit kronis lainnya, pasien diabetes mellitus memiliki tingkat depresi yang tinggi. Hal ini berkaitan dengan adanya berbagai tritmen yang harus dijalani dengan adanya berbagai komplikasi yang serius. Artinya, pasien diabetes mellitus harus menjalani berbagai tritmen seperti memperhatikan

pola makan (jadwal, jenis dan jumlah makanan), berolahraga teratur, minum obat antidiabetes, suntikan insulin dan pemeliharaan kaki setiap hari. Rumitnya tritmen dan mahalanya biaya perawatan, merupakan stresor tersendiri yang akan menyebabkan depresi bagi pasien diabetes mellitus. Hal ini berdampak negatif pada kepuasan hidup, harga diri dan semangat juang.

Seseorang yang mengalami depresi merasakan hilangnya energi dan minat, pada umumnya sering merasa bersalah, bahkan sulit berkonsentrasi serta hilangnya nafsu makan. MacDonald (2005) menjelaskan bahwa, depresi merupakan suatu kondisi medis yang memengaruhi pikiran, perasaan dan kemampuan dalam fungsi kehidupan sehari-hari serta dapat terjadi pada segala usia. Demikian juga Kaplan, Sadock's, dan Grebb (2010) menambahkan, depresi merupakan suatu kelompok gangguan klinis yang ditandai dengan hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subyektif akibat adanya penderitaan yang berat atau penyakit kronis.

Melihat beberapa definisi di atas, diketahui bahwa depresi bukan hanya merupakan gangguan afektif, tetapi secara struktural komorbiditas depresi juga merupakan gangguan mental umum, dan sebagai penghubung terhadap penyakit kronis. Ketika seseorang merasa tidak dihargai (internal) dan tidak mendapat dukungan (eksternal) dalam aktivitas kehidupan, maka ini akan menghasilkan gejala depresi. Seperti yang dijelaskan oleh Clark dan Treisman (2004), depresi merupakan salah satu dimensi kehidupan dengan ciri-ciri yang memengaruhi individu sebagai bentuk khusus psikopatologi. *Pertama*, ciri-ciri yang melekat secara internal dan eksternal, akhirnya menghasilkan berbagai kondisi kejiwaan yang mungkin bervariasi secara simptomatologi,

tetapi yang terpenting adalah melakukan intervensi untuk memfasilitasi dan merehabilitasi depresi.

Kedua, selain mempunyai ciri-ciri yang melekat secara internal dan eksternal, depresi juga merupakan suatu kondisi yang paling lemah ketika berada diantara penyakit kronis. Depresi sering terlewatkan dan bahkan tidak terdiagnosis, sehingga kurang mendapat pengobatan yang akhirnya menghambat proses rehabilitasi. Keadaan ini memengaruhi kondisi pasien terhadap pemulihan, mortalitas dan morbiditas. Menurut Clark (2008) depresi adalah penghalang dalam pengobatan, sehingga terkadang menjadi penghalang juga terhadap keterlibatan dokter dalam pengelolaan penyakit. Lebih lanjut dikatakan, depresi adalah pengalaman pribadi yang memiliki banyak bentuk sehingga dapat muncul sewaktu-waktu dengan berbagai penyebab.

Ketiga, depresi juga merupakan gangguan *mood* atau suasana hati atau emosi, yang lebih dari pada kesedihan dengan intensitas bertahan cukup lama. Davison dan Neale (2004) menjelaskan, depresi termanifestasikan dalam bentuk perilaku seperti menangis terus menerus, malas beraktivitas atau menarik diri dari lingkungan. Lebih lanjut Nevid, Rathus dan Greene (2005) menjelaskan, pada dasarnya semua individu mengalami berbagai macam *mood* (meninggi, menurun atau normal) dalam konteks menghadapi sebuah peristiwa. Perbedaannya adalah, individu yang tidak depresif merasa dapat mengendalikan *mood* dan memiliki ekspresi afektif yang sama luasnya. Berbeda dengan individu yang depresif yang merasa tidak memiliki kendali, perasaan depresif dibiarkan berlarut-larut atau berlangsung lama. Selanjutnya individu yang merasa memiliki pengalaman subjektif terhadap penderitaan berat, menjadi

terganggu untuk berfungsi dalam memenuhi tanggung jawab secara normal.

Keempat, tentang ciri-ciri depresi dalam teori kognitif depresi, mengandung sikap disfungsional. Frank, Readt, dan Houwer (2008) menjelaskan, pada individu yang rentan terhadap depresi, ditemukan adanya bias kognitif yang terus menerus bertahan walaupun diluar episode depresi. Pada bias tersebut, dikembangkan suatu paradigma baru yang disebut sebagai implisit harga diri, karena diasumsikan menyerupai ciri-ciri yang berkaitan erat dengan ciri-ciri depresi.

Kelima, karena depresi dikatakan merupakan kondisi emosional yang terbentuk oleh kesedihan, ketakutan yang besar dan perasaan bersalah, maka diasumsikan bahwa depresi terjadi manakala perasaan sedih dan murung yang ekstrim atau keputusan yang muncul setidaknya dua minggu atau lebih, dan cukup mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari. Dapat dilihat bahwa faktor kognitif (pikiran) juga memegang peranan dalam menentukan terjadinya gangguan depresi. Seperti yang dijelaskan oleh Beck (1985) pikiran berperan sebagai perantara terhadap kejadian yang dialami dengan simptom-simtom depresi. Hal ini dimungkinkan karena saat seseorang menghadapi suatu kejadian, akan terjadi proses dialog internal, berbicara dan mendengarkan diri sendiri. Saat dialog berlangsung, pikiran akan memengaruhi proses tersebut dan pada akhirnya memunculkan persepsi dan distorsi. Artinya, depresi berawal dari adanya pikiran dan persepsi yang negatif.

Komorbiditas Depresi dan Diabetes Mellitus

Depresi merupakan masalah yang signifikan dengan diabetes mellitus. Diperkirakan sebanyak 15-20% pasien diabetes mellitus mengalami depresi dibandingkan dengan populasi umum

hanya sebesar 2-9% yang mengalami depresi (Gonzales, 2007). Pada tahun 2020 diperkirakan depresi menduduki urutan ke dua dari berbagai macam penyakit di dunia (Williams, Clouse, & Lustman, 2006). Depresi dapat menyebabkan kelainan fungsi tubuh terutama pada lansia. Hal ini menimbulkan pertanyaan apakah perawatan depresi adalah mungkin meningkatkan pengamatan depresi pada pasien diabetes? Hubungan antara jangka waktu depresi dan terjadinya diabetes terlihat pada peningkatan kadar gula darah. Artinya, lebih baik kendalikan kadar gula darah untuk kemudian depresi dapat ditekan, atau cegah depresi untuk menurunkan angka prevalensi diabetes mellitus (Lype, Shaji, Balakrishnan, & Varghese 2009).

Menurut data *World Health Organisation* (WHO) bahwa, jumlah kasus diabetes mellitus di Indonesia mencapai 17 juta orang atau 8,6% dari populasi penduduk yang berjumlah 220 juta orang. Kasus diabetes di kota-kota besar di Indonesia semakin terjadi peningkatan. Penelitian di Jakarta menunjukkan prevalensi 5,7%, Manado 6,1% dan Jawa Barat 1,1%. Secara tradisional diabetes mellitus dianggap sebagai penyakit orang kaya. Sebagai implikasinya negara dunia ketiga kurang memperhatikan penyakit ini, karena dianggap sebagai penyakit negara-negara maju. Hingga saat ini penyakit diabetes mellitus di Indonesia belum mendapat penanganan atau pelayanan kesehatan secara prioritas (Perkeni, 2006; Williams & Pickup, 2004).

Secara psikologis penanganan terhadap gangguan depresi pada pasien diabetes mellitus masih sangat beragam. *Cognitif Behavior Therapy* (CBT) merupakan penanganan yang efektif terhadap depresi pada pasien diabetes mellitus (D'Arrigo, 1999). Proses yang terjadi dalam CBT

bahwa pasien diabetes mellitus diajak untuk kembali terlibat dalam kegiatan sosial dan fisik yang menyenangkan. Hal ini merupakan strategi untuk memecahkan masalah ketika menghadapi stres. Selanjutnya pasien diajak mengidentifikasi distorsi kognitif yang dialami, kemudian menggantinya dengan pemikiran yang adaptif. Hasil penelitian ini adalah terjadi penurunan depresi sebesar 85% pada kelompok CBT, sedangkan pada kelompok kontrol yang hanya mendapatkan edukasi terjadi penurunan depresi sebesar 27%. Kedua penanganan yang telah dilakukan adalah penanganan yang didasarkan pada aspek *behavioral* dan kognisi. Demikian juga penelitian yang dilakukan McGinnis, McGardy, Cox, dan Dowling (2005) menunjukkan bahwa, terapi *Biofeedback* dan relaksasi berhasil menurunkan tingkat depresi pada penderita diabetes mellitus. Penanganan lain yang dilakukan oleh Rosenzweig, et al. (2007) membuktikan bahwa metode *mindfulness* juga berhasil menurunkan depresi, kecemasan dan stres psikologis pada pasien diabetes mellitus tipe-2.

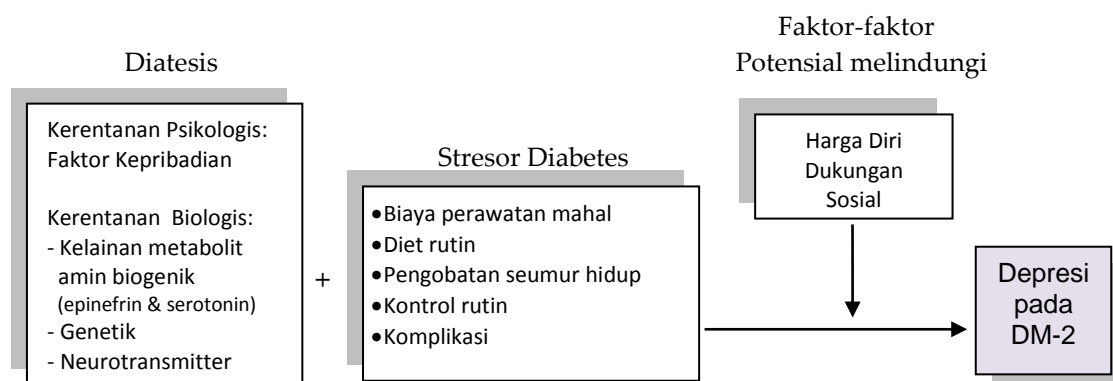
Sejumlah besar pasien diabetes mellitus mengalami simtom depresi. Meminimalkan depresi pada pasien diabetes mellitus merupakan hal yang penting seperti *self-care* bagi pasien yang kurang patuh dalam pengobatan (Gonzalez, 2007). Wanita muda dengan diabetes mellitus sangat rentan mengalami depresi. Selanjutnya dijelaskan, *neuropathy*, *retinopathy* dan depresi berhubungan dengan diabetes mellitus. Artinya, komorbiditas depresi dan diabetes mellitus lebih nampak dengan adanya berbagai komplikasi. Kombinasi penanganan secara psikologis dan pengobatan farmakologis (*antidepressant*) akan lebih efektif dibandingkan dengan penanganan tunggal (Lee, et al., 2008).

Efek psikologis pasien diabetes mellitus adalah adanya depresi dan kecemasan. Dibandingkan dengan penderita umum, pasien diabetes mellitus mempunyai banyak risiko, namun jauh lebih besar terhadap gangguan risiko depresi. Studi internasional sudah memperkirakan bahwa kelaziman tingkat depresi mungkin dua kali lipat lebih besar dibandingkan dengan penyakit selain diabetes mellitus (Lloyd, 2002). Depresi merupakan suatu penjelmaan dari *microvascular* penyakit pada pasien diabetes mellitus. Artinya, ada variasi pada kecepatan retinal yang vaskuler antar jenis dua pasien diabetes tanpa tekanan (depresi) dan kelompok tanpa diabetes (Nguyen, et al., 2008).

Berdasarkan penjelasan di atas dapat dipahami bahwa, berbagai dampak yang ditimbulkan dari penyakit diabetes mellitus berupa timbulnya komplikasi, pengaturan pola makan, mahalnya biaya untuk pemeliharaan kesehatan serta kondisi kesehatan yang semakin memburuk mengakibatkan timbulnya efek psikologis seperti depresi. Connell, Davis, Gallant, dan Sharpe (1994) menegaskan bahwa, hal ini disebabkan oleh tekanan psikososial yang berhubungan dengan terbatasnya aktifitas fisik dan ketidakmampuan pasien untuk menjalani peran yang seharusnya dijalankan. Penderita penyakit kronis akan mudah mengalami depresi disebabkan

oleh karena; (1) Adanya simtom fisik yang tidak terkontrol dan tidak terduga; (2) Pengelolaan penyakit itu sendiri; (3) Keharusan untuk selalu taat pada aturan medis dan hilangnya interaksi sosial; dan (4) Akibat atau efek samping yang ditimbulkan dari penyakit itu sendiri. Depresi timbul karena adanya perubahan-perubahan yang terjadi, sebagai konsekuensi dan pengelolaan dari penyakit itu sendiri. Semakin besar perubahan dalam kehidupan seseorang semakin tinggi pula tingkat depresinya. Problem psikologis seperti depresi dengan berbagai simtom yang dialami oleh pasien diabetes mellitus, membutuhkan dukungan sosial untuk tetap berpikir positif terhadap keadaan dirinya sehingga mampu menurunkan depresi.

Pasien diabetes mellitus yang mengalami depresi dapat diminimalisir dengan adanya faktor-faktor potensial pelindung. Artinya, depresi dapat dipengaruhi oleh patuh atau ketidakpatuhan pasien terhadap pengelolaan diabetes mellitus. Seperti pada gambar berikut ini adalah model diatesis stres untuk depresi pada diabetes mellitus yang terintegrasi dengan berbagai *moderating factor*. Model tersebut merupakan modifikasi dari *diathesis stress model* untuk depresi menurut Nevid, Rathus dan Green (2005).



Gambar 1. Modifikasi Model *Diathesis-Stress* dari Depresi pada DM-2 (Nevid, Rathus & Green, 2005)

Model tersebut didukung oleh Cherrington (2006) bahwa, selain kondisi dalam diri pasien diabetes mellitus terdapat juga faktor eksternal yang memengaruhi hubungan antara diabetes mellitus dan depresi seperti; dukungan sosial dan stresor diabetes mellitus yang dialami. Keluarga yang tidak memberi dukungan terhadap pasien diabetes mellitus dapat memperburuk kondisi psikologis pasien. Selain itu keluarga juga dapat menjadi stresor, karena memikirkan anak atau anggota keluarga lainnya.

Demikian juga Beck dan Seligman (Stallard, 2005) menjelaskan, penderita depresi pada umumnya memiliki kesalahan dalam mempersepsi kondisi yang dialami, akibatnya menjadi lebih sensitif terhadap stimulus yang terhubung dengan model teoritis yang mendasari penggunaan pendekatan kognitif perilaku dalam menangani depresi. Menurut Beck, berkembangnya depresi disebabkan oleh distorsi kognitif dan skema-skema yang negatif tentang dirinya, dunia dan masa depan. Hal ini menyebabkan simtom-simtom seperti rendahnya harga diri, perasaan bersalah dan keputusan yang memengaruhi emosi, perilaku serta motivasi. Menurut Seligman, depresi berkembang karena rendahnya keterampilan individu pada beberapa komponen penting seperti penghargaan terhadap diri, keterampilan sosial dan kemampuan untuk mengatasi masalah. Hal ini yang menyebabkan individu mengalami kegagalan secara berulang, meningkatnya emosi negatif, pikiran negatif, dan berkurangnya kesempatan untuk menikmati kegiatan yang menyenangkan.

Penutup

Kajian teori dan model yang dapat dipaparkan melalui tulisan ini adalah

untuk memberikan gambaran keterkaitan antara simtom depresi dan diabetes mellitus, karena depresi dan diabetes mellitus merupakan komorbiditas. Artinya, depresi dan diabetes mellitus saling memengaruhi satu dengan yang lain. Adapun faktor-faktor lain yang memengaruhi sumber daya pribadi dan sumber daya sosial sebagai suatu dukungan sosial yang secara langsung atau tidak langsung dapat menyebabkan terjadinya depresi.

Penting untuk mengenal simtom-simtom depresi pada pasien diabetes mellitus, karena depresi akan menjadi dua kali lebih parah jika diderita oleh pasien diabetes mellitus. Prevalensi depresi akan lebih tinggi pada pasien diabetes mellitus yang memiliki komplikasi ganda. Depresi pada pasien diabetes mellitus sering tidak diobati atau sering terabaikan, sehingga sering pula menjadi penghalang utama terhadap manajemen diabetes yang efektif. Mengetahui simtom-simtom depresi berarti membantu pasien diabetes mellitus untuk terhindar dari keparahan komplikasi.

Daftar Pustaka

- Beck, A. T. (1985). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Cerrington, A., Ayala, G. X., Sleath, B., & Corbie-Smith, G. (2006). Examining knowledge, attitudes, and beliefs about depression among Latino adults with type 2. *The Diabetes Educator*, 32, 603.
- Connell, C. M., Davis, W. K., Gallant, M. P., & Sharpe, P. A. (1994). Impact of social support, social cognitive variables and perceived threat on depression among adult with Diabetes. *Health Psychology*, 13, 263-273

- Clark, M. L., & Treisman, G. J. (2004). *Pain and Depression*. New York: Printed in Switzerland.
- Clark, H. (2008). *Depression and Narrative*. Albany: New York Press
- D'Arrigo, T. (1999). Cognitive behavior therapy can help type 2s. *Diabetes Forecast*, 52, 82.
- Davison, G.C., Neale, J.M., & Kring, A.M. (2006). Psikologi Abnormal, Jakarta; PT.Raja Grafindo Persada.
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2006). *Psikologi Abnormal*. Edisi IV, Terjemahan, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Franck, E., De Raedt, R., & De Houwer, J. (2008). Activation of latent self-schemas as a cognitive vulnerability factor for depression: The potential role of implicit self-esteem. *Cognition And Emotion*, 22(8), 1588-1599.
- Gillespie, C. E., & Nemeroff, C. B. (2007). Corticotropin releasing factor and the psychology of eatly-life stress, *Current Directions in Psychological Science*, 16, 87-89.
- Gonzalez, J. S., Safren, S. A., Cagliero, E., Wexler, D. J., Delahanty, L., & Wittenberg, E. (2007). Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: Relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care*, 30, 2222-2227.
- Kaplan, H. L., Friedman, A. M., & Sadock, B. J. (2003). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, William Wilkins, Baltimore.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Greb, J. A. (2010). Sinopsis Psikiatri, Ilmu Pengetahuan Perilaku, Psikiati Klinis (Terjemahan). Jilid 1. Ali Bahasa: Kusuma Wijaya. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Lee, H. J., Chapa, D., Kao, C.W., Jones, D., Smith, J., & Friedmann, E. (2008). Depression, quality of life, and glycemic control in individuals with type 2 Diabetes, *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 214-224.
- Lype, T., Shaji, S. K., Balakrishnan, A., & Varghese, D. C. (2009). Cognition in type 2 diabetes: Association with vascular risk factors, complications of diabetes and depression, *Original Article, Annals of Indian Academy of Neurology*, 25-27.
- Lloyd, C. E. (2002). Depression and Diabetes. *Journal of Current Women's Health Reports*, 2, 188-193.
- McGinnis, R. A., McGardy, A., Cox, S. A., & Dowling, K. A. G. (2005). Biofeedback-Assisted relaxation in type 2 Diabetes, *Diabetes Care*, 28, 2145-2149.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2005). *Psikologi Abnormal*, Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Nguyen, T. T., Wong, M. D., Hubbard, L., Miller, J., & Darwin, C. (2008). Is depression associated with microvascular, disease in patients with type 2 diabetes? *Brief Report, Depression and Anxiety*, 169-162.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (Perkeni). (2006). Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes mellitus tipe 2 di Indonesia.
- Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Edamn, J. S., Samar, A. J., McMearty, K. D., & Goldstein, B. J. (2007). Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: A pilot study, *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 13, 36.
- Stallard, P. (2005). *A Clinician's Guide to Think Good-feel Good: Using CBT to Children and Young People*. West Sussex: John Wiley & Son.

Taylor, S. E. (2006). *Health Psychology*, Sixth Edition, Mc Graw Hill, Inc. Singapore.

Williams, M. M., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2006). Treating depression to prevent diabetes and its complications. *Clinical Diabetes*, 24, 79.

Williams, G., & Pickup, J. C. (2004). *Handbook of Diabetes*. Third Edition. Massachusetts: Blackwell Publishing Ltd.