

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. DASAR TEORI

Diabetisi

Menurut *American Diabetes Association* (ADA, 2010) diabetes adalah sebuah kumpulan penyakit metabolik yang ditandai dengan adanya hiperglikemia yang disebabkan karena kurangnya sekresi insulin, aksi insulin, atau keduanya. Hiperglikemia kronik pada diabetes berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi atau kegagalan beberapa organ tubuh, terutama mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah.

Gejala-gejala hiperglikemia termasuk poliuria, polidipsia, berat badan menurun, kadang-kadang dengan polifagia, dan penglihatan kabur. Gangguan pertumbuhan dan kerentanan terhadap berbagai macam infeksi juga dapat menyertai hiperglikemia kronik. Konsekuensi akut yang mengancam jiwa dari diabetes yang tidak terkontrol adalah hiperglikemia dengan ketoasidosis atau sindrom hiperosmolar nonketosis.

Cara penegakan diagnosis

Diagnosis diabetes harus didasarkan atas pemeriksaan kadar glukosa darah dan tidak dapat ditegakkan hanya atas dasar adanya glukosuria saja. Untuk diagnosis diabetes melitus, pemeriksaan adalah pemeriksaan gula

darah secara enzimatik dengan bahan darah plasma vena (Soegondo, 2007). Ada perbedaan antara uji diagnostik diabetes dan pemeriksaan penyaring. Uji diagnostik diabetes dilakukan

pada mereka yang menunjukkan gejala/tanda DM, sedangkan pemeriksaan penyaring bertujuan mengidentifikasi mereka yang tidak bergejala, yang mempunyai risiko DM.

Pemeriksaan penyaring dapat dilakukan melalui pemeriksaan gula darah sewaktu atau kadar gula darah puasa (tabel 1) kemudian dapat dilakukan dengan tes toleransi glukosa oral (TTGO) standar (PB PERKENI, 2006; Soegondo, 2007).

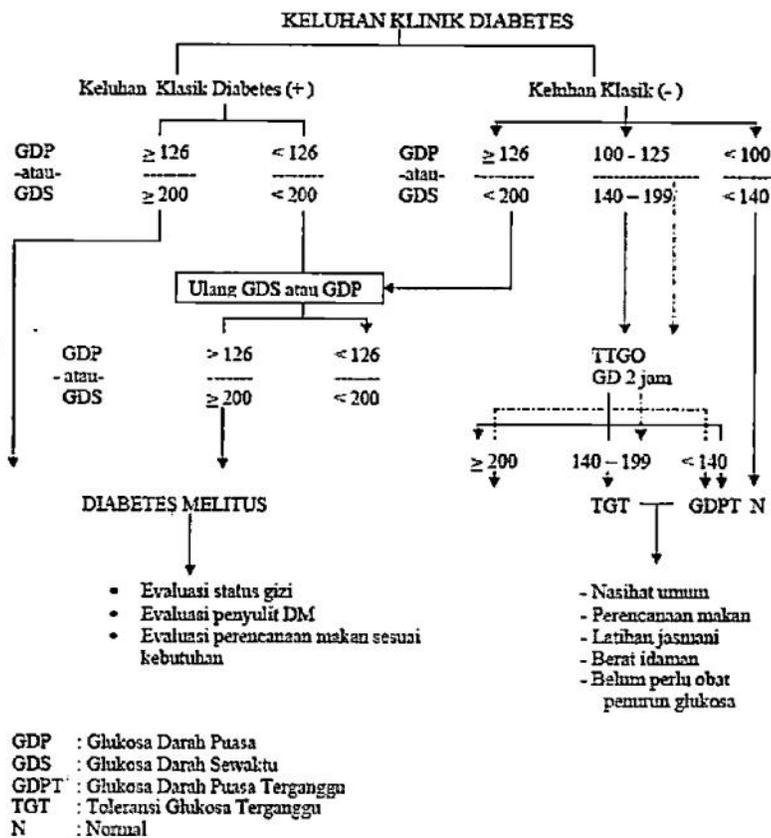
Tabel 1. Kadar Glukosa Darah Sewaktu dan Puasa Sebagai Patokan Penyaring dan Diagnosis DM

		Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dL)	Plasma vena	< 100	100 – 199	≥ 200
	Darah kapiler	< 90	90 – 199	≥ 200
Kadar glukosa darah puasa (mg/dL)	Plasma Vena	< 100	100 – 125	≥ 126
	Darah kapiler	< 90	90 – 99	≥ 100

(Sumber : PB PERKENI, 2006)

Diagnosis klinis diabetes melitus jika ada keluhan khas, pemeriksaan glukosa darah sewaktu ≥ 200 mg/dl sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM. Hasil pemeriksaan gula darah puasa ≥ 126 mg/dl juga digunakan untuk patokan diagnosis DM. Untuk kelompok tanpa keluhan khas DM, hasil pemeriksaan glukosa darah yang baru satu kali saja

abnormal belum cukup kuat untuk menegakkan diagnosis DM. Diperlukan pemastian lebih lanjut dengan mendapat sekali lagi angka abnormal, baik kadar glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dl, kadar glukosa darah sewaktu ≥ 200 mg/dl pada hari yang lain, atau dari tes toleransi glukosa oral (TTGO) didapatkan kadar glukosa darah pasca pembebanan ≥ 200 mg/dl. (PB PERKENI, 2006; Soegondo, 2007). Langkah-langkah diagnostik DM (gambar 1).



Gambar 1. Langkah – Langkah Diagnostik DM dan Gangguan Toleransi Glukosa (Sumber : PB PERKENI, 2)

Kriteria diagnosis diabetes melitus secara jelas dan lengkap dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Kriteria Diagnosis Diabetes Mellitus

1	Gejala klasik DM+ Glukosa darah sewaktu ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L) Glukosa sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir Atau
2	Gejala klasik DM + Kadar Glukosa Darah Puasa ≥ 126 mg/dl (7 mmol/L) Puasa diartikan pasien tidak mendapat kalori tambahan sedikitnya 8 jam Atau
3	Kadar glukosa darah 2 jam pada TTGO ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L) TTGO dilakukan dengan standar WHO menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75 g glukosa anhidrous yang dilarutkan ke dalam air

(Sumber : PB PERKENI, 2006)

Klasifikasi diabetes

Diabetes diklasifikasikan oleh American Diabetes Association, pada tahun 2010 menjadi 4 tipe seperti yang terlihat pada tabel 3.

Tipe Diabetes	Penyebab
Tipe 1	<p>Destruksi Sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoimun - Idiopatik
Tipe 2	<p>Bervariasi mulai yang terutama dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai yang terutama defek sekresi insulin disertai resistensi insulin</p>
Tipe lain	<ul style="list-style-type: none"> A. Defek genetik fungsi sel beta B. Defek genetik fungsi insulin C. Penyakit pankreas eksokrin D. Endokrinopati E. Obat atau induksi kimia F. Infeksi G. Sebab imunologi yang jarang H. Sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM
Diabetes Melitus Gestational	

(Sumber : *American Diabetes Association, 2010*)

Depresi

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta bunuh diri (Kaplan, 2010). Depresi merupakan suatu kondisi yang dapat disebabkan oleh defisiensi relatif salah satu atau beberapa aminergik neurotransmitter

(noradrenalin, serotonin, dopamin) pada sinaps neuron di SSP (terutama pada sistem limbik) (Maslim, 2002).

Depresi merupakan salah satu diantara bentuk sindrom gangguangguan keseimbangan mood (suasana perasaan). Mood adalah kondisi perasaan yang terus ada yang mewarnai kehidupan psikologis kita. Perasaan sedih atau depresi bukanlah hal yang abnormal dalam konteks peristiwa atau situasi yang penuh tekanan. Namun orang dengan gangguan mood (mood disorder) yang luar biasa parah atau berlangsung lama dan mengganggu kemampuan mereka untuk berfungsi dalam memenuhi tanggung jawab secara normal.

Depresi dapat diartikan sebagai salah satu bentuk gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih yang berlebihan, murung, tidak bersemangat, perasaan tidak berharga, merasa kosong, putus harapan, selalu merasa dirinya gagal, tidak berminat pada ADL sampai ada ide bunuh diri (Yosep, 2009).

Dalam pedoman penggolongan dan diagnosa gangguan jiwa di Indonesia III (PPDGJ III) (1993) disebutkan bahwa gangguan utama depresi adalah adanya gangguan suasana perasaan, kehilangan minat, menurunnya kegiatan, pesimisme menghadapi masa yang akan datang. Pada kasus patologi, depresi merupakan ketidakmampuan ekstrim untuk bereaksi terhadap rangsang, disertai menurunnya nilai dari delusi, tidak mampu dan putus asa (Maslim, 2001).

Tanda dan Gejala

Berdasarkan PPDGJ III, gejala gejala Depresi dikelompokkan dalam dua

a kategori, yaitu :

1. Gejala Utama
 - a. Afek depresif
 - b. Kehilangan minat dan kegembiraan
 - c. Berkurangnya energi, mudah lelah dan menurunnya aktivitas.
2. Gejala Tambahan (lainnya)
 - a. Konsentrasi dan perhatian berkurang
 - b. Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
 - c. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
 - d. Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
 - e. Gagasan/perbuatan yang membahaya atau bunuh diri
 - f. Tidur terganggu
 - g. Nafsu makan terganggu

Sebagian besar pasien depresi mengalami penurunan dalam nafsu makan namun beberapa diantaranya mengeluhkan adanya peningkatan nafsu makan. Berbagai perubahan di dalam asupan makanan dan pola istirahat dapat memperberat penyakit medis yang menyertai seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit paru obstruktif dan penyakit jantung (Saddock, 2003).

Penegakan diagnosis depresi

Penegakan diagnosis depresif adalah 2 dari gejala utama ditambah 2 dari gejala tambahan dan keduanya berlangsung minimal 2 minggu. Diagnosis

untuk episode depresif dapat dibuat apabila memenuhi kriteria episode deresif menurut DSM IV maupun ICD-10. Selain penegakkan diagnosis, terdapat skala penilaian depresi seperti Beck Depression Inventory yang digunakan untuk membantu menilai beratnya derajat depresi (Amir, 2005).

Penelitian yang telah dilakukan oleh Lustman *et al*, pada tahun 1997 melaporkan tentang sensitivitas dan spesifisitas instrumen BDI untuk deteksi depresi pada pasien diabetes. Hasil tersebut dapat dilihat pada tabel 2. BDI merupakan alat skrining yang efektif untuk membedakan subyek yang depresi dan tidak depresi dengan 21 item pertanyaan.

Tabel 4 Sensitivitas dan spesifisitas BDI berdasarkan *cut off points* untuk diagnosis depresi pasien diabetes

Skor <i>cut off</i> BDI	Sensitivitas	Spesifisitas
≥ 8	0,99	0,52
≥ 10	0,98	0,70
≥ 12	0,90	0,84
≥ 14	0,82	0,89
≥ 16	0,73	0,93

(Sumber: Lustman, *et.al.*, 1997)

Tes ini tidak membutuhkan sebuah wawancara, dapat diisi sendiri dan memiliki toleransi yang baik, membutuhkan 5 sampai 10 menit untuk menyelesaikannya dan dapat dinilai dengan mudah dan secara manual dengan menjumlahkan nilai dari 21 item pertanyaan (Lustman, *et al.* 1997)

Kriteria diagnosis

A. Episode depresi ringan (F32.0)

Pedoman diagnosis

- Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut diatas.
- Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari 3 gejala lainnya
- Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya .
- Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
- Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukanya.

Karakter kelima : F32.00 = tanpa gejala somatik

F32.00 = dengan gejala somatik

B. Episode depresi sedang (F32.1)

Pedoman diagnosis

- Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan (F30.0)
- Ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya
- Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu.
- Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial , pekerjaan dan urusan rumah tangga.

Karakter kelima : F32.10 = tanpa gejala somatik

F32.11 = dengan gejala somatik

C. Episode depresi berat tanpa gejala psikotik (F32.2)

Pedoman diagnosis

- Semua gejala utama depresi harus ada .
- Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya , dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat .
- Bila ada gejala penting (misalkan agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok , maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci. Dalam hal demikian , penelitian secara menyeluruh terhadap episode depresi berat masih dapat dibenarkan.
- Episode depresi biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu , akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat , maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu .
- Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial , pekerjaan atau urusan rumah tangga , kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

D. Episode depresi berat dengan gejala psikotik (F32.3)

Pedoman diagnosis

- Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut F32,2 tersebut diatas.
- Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, dan pasien merasa tanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor .jika diperlukan , waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan efek (mood congruent).

E. Episode depresi lainnya (F32.8)

F. Episode depresi YTT (F32.9)

G. Gangguan depresi berulang

Pedoman diagnosis

- Gangguan ini bersifat dengan episode berulang dari :

- ✓ Episode depresi ringan (F32.0).
- ✓ Episode depresi sedam (F32.1).
- ✓ Episode depresi berat (F32.2 dan F32.3).

Episode masing-masing rata-rata lamanya sekitar 6 bulan akan tetapi frekuensinya lebih jarang dibandingkan dengan gangguan bipolar.

- Tanpa riwayat adanya episode tersendiri dari peninggian efek dan hiperaktivitas yang memenuhi kriteria mania (F30.1 dan F30.2)

Namun kategori ini tetap harus digunakan jika ternyata ada episode singkat dari peninggian afek dan hiperaktivitas ringan yang memenuhi kriteria hipomania (F30.0) segera sesudah suatu episode depresi (kadang-kadang tampaknya dicetuskan oleh tindakan pengobatan depresi).

- Pemulihan keadaan biasanya sempurna diantara episode, namun sebagian kecil pasien mungkin mendapatkan depresi yang akhirnya menetap, terutama pada usia lanjut.
- Episode masing-masing, dalam berbagai tingkat keparahan, seringkali dicetuskan oleh peristiwa kehidupan yang penuh stress atau trauma mental lain (adanya stress tidak esensial untuk penegakan diagnosis)

H. Gangguan depresi berulang, episode kini ringan (F38.0)

Pedoman diagnosis

- Untuk diagnosis pasti :
 - a. Kriteria untuk gangguan depresi berulang (F33.-) harus memenuhi dan episode sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresi ringan (F32.0); dan
 - b. Sekurang-kurangnya dua episode telah berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.

Karakter kelima : F33.00 = tanpa gejala somatik

F33.01 = dengan gejala somatik

I. Gangguan depresi berulang , episode kini sedang (F33.1)

Pedoman diagnosis

- Untuk diagnosis pasti :
 - a. Kriteria untuk gangguan depresi berulang (F33.-) harus dipenuhi , dan episode sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresi sedang (F32.1); dan
 - b. Sekurang-kurang dua episode telang berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna .

Karakter kelima : F33.10 = tanpa gejala somatik

: F33.11 = dengan gejala somatik

J. Gangguan depresi berulang , episode kini berat tanpa gejala psikotik (F33.2)

Pedoman diagnosis

- Untuk diagnosis pasti :
 - a. Kriteria untuk gangguan depresi berulang (F33.-), harus dipenuhi , dan episode sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresi berat tanpa gejala psikotik (F33.2) ; dan
 - b. Sekurang-kurangnya dua episode telang berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna .

K. Gangguan depresi berulang, episode kini berat dengan gejala psikotik (F33.3)

Pedoman diagnosis

- Untuk diagnosis pasti :
 - a. Kriteria untuk gangguan depresi berulang (F33.-) harus dipenuhi , dan episode sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresi berat dengan gejala psikotik (F32.3) ; dan
 - b. Sekurang-kurangnya dua episode telang berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna .

L. Gangguan depresi berulang , kini dalam remisi

Pedoman diagnosis

- Untuk diagnosis pasti :
 - a. Kriteria untuk gangguan depresi berulang (F33.-) harus pernah dipenuhi di masa lampau, tetapi keadaan sekarang seharusnya tidak memenuhi kriteria untuk episode depresi dengan derajat keparahan apa pun atau gangguan lain apa pun dalam F30-F39 ; dan
 - b. Sekurang-kurangnya dua episode telang berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna .

HUBUNGAN DIABETES DAN DEPRESI

Beberapa studi telah menyarankan bahwa gangguan depresi diikuti dengan peningkatan aktivitas sistem simpatoadrenal yang diukur dengan kadar norepinefrin, dopamine, dan epinefrin cairan serebrospinal, plasma, dan urin (Kawakami *et al.* 1999; Lake, C.r., *et al.* 1982; Roy, A. *et al.* 1988; Maes, M., *et al.* 1990; Maes, M., *et.al.* 1991 cit Arroyo, C. *et al.* 2004), yang kemudian dikenal berhubungan dengan toleransi glukosa terganggu dan peningkatan glukosa darah (Surwit, R.S. *et al.* 1992). Gangguan depresi juga berhubungan dengan disregulasi aksis hipotalamus-pituitari-adrenal (Kathol, R.G. *et al.*

1989 cit Arroyo, C. *et al* 2004) yang mengakibatkan peningkatan pelepasan kortisol, pengambilan glukosa yang berkurang, dan peningkatan kadar glukosa (Surwit, R.S. *et al.* 1992 cit Arroyo, C. *et al.* 2004). Kemampuan untuk metabolisme karbohidrat mungkin terganggu dengan peningkatan pelepasan hormon ini pada depresi, yang memungkinkan peningkatan risiko berkembang menjadi diabetes tipe 2 (Arroyo, C. *et.al.*, 2004).

Depresi berhubungan dengan perilaku yang kurang sehat seperti merokok, aktivitas fisik yang kurang, serta intake kalori yang berlebihan yang meningkatkan risiko diabetes tipe 2 (Strine, T. *et al.* 2008). Depresi juga berkaitan dengan kejadian obesitas sentral dan memiliki potensi untuk berkembang menjadi toleransi glukosa terganggu (Weber, B. *et al.* 2000)

Diabetes mungkin meningkatkan risiko depresi oleh karena perasaan ketakutan dan kehilangan ketika mendapatkan diagnosis ini dan merasa perlu merubah gaya hidup agar tidak mendapatkan komplikasi. (Mezuk B. *et al.* 2008)

Hubungan depresi dan diabetes pada beberapa studi menyimpulkan bahwa hubungan keduanya adalah hubungan dua arah. Bukti menduga paparan dan keluaran dapat berubah selama perjalanan hidup. (Mezuk, B. *et al.* 2008)

Faktor Resiko

Dua dugaan mood (gangguan perasaan) yang utama adalah gangguan depresif berat dan gangguan bipolar. Dua dugaan mood tambahan, yaitu gangguan *distimik* dan gangguan *sklotomik*, ditandai oleh adanya gejala yang

kurang begitu parah dibandingkan dengan gangguan depresif berat dan gangguan bipolar. Depresi dapat meningkatkan sintesis autoreseptor 5-HT_{1A} di nukleus *rafe* dorsalis yang selanjutnya menurunkan transmisi serotonin (Kaplan & Sadock, 1994).

Dalam keadaan depresi, glukokortikoid akan meningkatkan dan cenderung meningkatkan fungsi serotonin. Depresi merupakan salah satu gangguan psikiatri yang lazim terdapat dalam populasi. Insiden depresi terdapat sekitar 5% dari populasi (Kaplan & Sadock, 1994).

Faktor penyebab dapat dibagi menjadi faktor biologis, faktor genetik dan faktor psikososial

1. Faktor biologis

- a. *Amin biogenik*

Sejumlah besar penelitian telah melaporkan adanya berbagai kelainan pada penderita depresi di dalam sistem metabolik *amin biogenik* adalah senyawa dalam darah yang mengalami disregulasi homogen, dan menyebabkan mood. Serotonin dan norepinefrin adalah dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan mood

- i. Serotonin

Serotonin adalah neurotransmitter *amin biogenik* yang paling sering dihubungkan dengan depresi. Sedangkan dalam teori (Kaplan & Sadock, 1994). Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi, dan beberapa pasien yang bunuh diri memiliki konsentrasi metabolik serotonin di dalam cairan *serebrospinalis* yang rendah (Kaplan & Sadock, 1994)

ii. Norepinefrin

Neuron noradrenergik mempunyai badan sel (cell body) sebagian besar di batang otak yang disebut *locus ceruleus*. Fungsi utama *locus ceruleus* adalah menentukan apakah perhatian bisa terfokus pada lingkungan eksternal dan memantau lingkungan internal tubuh. Norepinefrin dan locus ceuleus diduga memberi input penting pada kontrol sistem saraf pusat, misalnya fungsi kognisi, mood, emosi, gerakan dan tekanan darah (Kaplan & Sedock, 1994).

iii. Dopamin

Dopamin juga telah diperkirakan memiliki peranan dalam depresi. Data menunjukkan bahwa aktivitas dopamin akan menurun pada depresi dan akan meningkat pada manic (Kaplan & Sadock, 1994).

b. Regulasi neuroendokrin

Hipotalamus adalah pusat mengetahui sumbu neurohormonal dan hipotalamus itu sendiri dalam menerima banyak masukan (input) neuronal, akan menggunakan neurotransmitter *amin biogenik*. Berbagai disregulasi telah dilaporkan terjadi pada pasien yang mengalami gangguan mood. Dengan demikian, regulasi abnormal pada sumbu neuroendokrin mungkin merupakan hasil dari fungsi abnormal neuron yang mengandung *amin biogenik* (Kaplan & Sadock, 1994).

c. Pertimbangan neuroanatomis

Dari berbagai gejala gangguan mood dan temuan penelitian biologis mendukung hipotesis bahwa gangguan mood melibatkan patologis di sistem

limbik, ganglia basalis dan hipotalamus. Gangguan neurologis di ganglia basalis dan sistem limbik (terutama lesi pada *hemisfer non dominan*) ditemukan bersama gejala depresif. Disfungsi pada hipotalamus diperkirakan karena perubahan pola tidur, nafsu makan dan perilaku seksual (Kaplan & Sadock, 1994).

2. Faktor genetik

Data genetik dengan kuat menyatakan bahwa suatu faktor penting di dalam perubahan mood adalah genetik. Penurunan depresi ditunjukkan oleh fakta bahwa kira-kira 50% semua pasien gangguan depresi memiliki sekurangnya satu orang tua dengan gangguan depresi berat. Jika satu orang tua menderita gangguan depresi, terdapat kemungkinan 25% bahwa anaknya menderita suatu gangguan mood. Jika kedua orang tua menderita gangguan depresi, terdapat kemungkinan 50% sampai 75% anaknya menderita gangguan mood (Kaplan & Sadock, 1994).

3. Faktor psikososial

Peristiwa kehidupan dan stres lingkungan merupakan faktor utama terjadinya gangguan depresi. Pengamatan secara klinis menyebutkan bahwa stress lebih sering mendahului episode pertama untuk kejadian gangguan mood (Kaplan & Sadock, 1994).

SELF HELP GROUP

Definisi

Self help group, atau yang dikenal *mutual help*, *mutual aid*, atau *support group* adalah kelompok yang terdiri dari orang-orang yang menyediakan

dukungan sesama. Di dalam *self help group*, anggota kelompok berbagi permasalahan yang dihadapi seringkali berupa masalah kesehatan. Tujuan bersama mereka adalah saling membantu untuk mengatasi, jika memungkinkan menyembuhkan atau mengembalikan dari masalah yang mereka hadapi (Ahmadi, 2007; Magura, *et al.* 2003). Di dalam kelompok swabantu atau *self help group* tiap anggota saling berbagi masalah baik fisik maupun emosional atau isu tertentu. *Self help group* ini merupakan suatu bentuk terapi kelompok yang dapat dilakukan pada berbagai situasi dan kondisi, terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki masalah serupa untuk saling berbagi pengalaman dan cara mengatasi masalah yang dihadapi (Keliat, *et al.* 2007).

Self help group sebagai salah satu terapi kelompok telah digunakan secara sukses dalam beberapa dekade pada pengobatan gangguan psikiatri dan psikologi. Pada pasien dengan penyakit kronis, intervensi kelompok menjadi lebih dikenal sebagai terapi tambahan pada terapi kedokteran (Nicole, 2003)

Dalam *self help group* para anggota belajar bahwa mereka tidak hanya sendirian yang menghadapi masalah. Salah satu efek yang paling mungkin dari model terapi ini adalah penguatan (*empowerment*). Anggota *self help group* tergantung pada diri mereka sendiri, satu sama lain, kelompok, mungkin kekuatan spiritual. Bersama mereka belajar mengontrol masalah dalam kehidupan mereka. Anggota kelompok ini berpegang pada pandangan bahwa yang mengalami masalah dapat membantu satu sama lain dengan empati yang lebih besar dan lebih membuka diri. Setiap anggota kelompok

dapat menceritakan masalahnya, perasaannya, hal-hal yang menyebabkan stress, bisa tentang penyakit yang diderita, hal yang berkaitan dengan cara atau masalah-masalah lainnya. (Ahmadi, 2007)

Semua anggota dari *self help group* yang memiliki masalah yang sama tidak hanya dapat menceritakan masalah atau perasaannya dan menerima bantuan dari anggota lainnya, tetapi juga dapat memberikan bantuan kepada anggota lainnya terkait dengan penyelesaian masalah yang dihadapi. Anggota yang telah mampu mengatasi masalah tertentu dapat berfungsi sebagai model peran berharga bagi mereka yang masih membutuhkan dukungan dan informasi.

Self help group lebih santai dan ramah dalam menjalankan aktivitasnya sehingga terlihat seperti klub sosial. Walaupun demikian, sebenarnya tidak hanya fungsi dukungan sosial yang disediakan oleh *self help group*. *Self help group* memberikan timbal balik kesetaraan, kerjasama, kepedulian, meningkatkan pemberdayaan pribadi, harapan, pemulihan kepercayaan, dan kualitas hidup. *Self help group* efektif dalam meningkatkan fungsi, dukungan sosial, dan kualitas hidup, serta menurunkan rehospitalisasi dan efektif juga bagi orang dengan masalah gangguan emosional (Humpreys, 1997). Bagi orang yang memiliki kesehatan mental, *self help group* menyediakan dukungan sosial bagi individu tersebut tetapi juga keluarganya. Intervensi *self help* memiliki bukti yang menjanjikan dalam membantu permasalahan mental seperti berbagai gejala depresi (Morgan, *et al.* 2008)

Mereka bisa memberikan dukungan, emosional, sosial, dan dukungan praktis satu sama lain. Mereka dapat mengeksplor dan belajar untuk memahami dan untuk melawan rasa malu dan stigma bersama, untuk meningkatkan harga diri dan efektivitas diri (Ahmadi, 2007). Melalui restrukturisasi kognitif anggota dapat belajar untuk mengatasi stress, kehilangan dan perubahan pribadi (Silverman, 1992 *cit* Ahmadi, 2007).

Kelompok swabantu memiliki kualitas yang lebih positif karena kelompok ini berkaitan dengan hubungan sosial. Tercapainya tujuan yang diinginkan dalam *self help group* ditentukan oleh dinamika kelompok itu sendiri. Jika komponen utama dalam *self help group* yaitu kekuatan hubungan interpersonal dan semua anggota kurang, maka tujuan kelompok tersebut tidak akan tercapai. Sebaliknya jika hubungan interpersonal dan masing-masing anggota erat merasa saling memiliki dan saling mendukung, maka tujuan yang kelompok tersesebut akan tercapai. Keberhasilan dari kelompok swabantu ini dapat dilihat dari tercapainya tujuan yang diharapkan dari kelompok, yang salah satunya dengan menurunnya gejala (Chamberlin & Rogers, 1990).

Prinsip kelompok swabantu (SHG)

Menurut Keliat, *et al.* 2008) terdapat 9 prinsip dari kelompok swabantu (*self help group*) yaitu sebagai berikut :

1. *Self help group* adalah kelompok informal dan dibimbing oleh volunteer
2. *Self help group* bukan organisasi politik
3. Kepemimpinan bersifat kolektif

4. Pembiayaan untuk melaksanakan kegiatan ditanggung oleh bersama kelompok
5. Tiap anggota berperan serta aktif untuk berbagi perasaan, pengetahuan dan harapan dalam merawat anggota keluarga
6. Saling memahami dan membantu tanpa membeda-bedakan
7. Setiap anggota kelompok harus menghargai privasi dan kerahasiaan masing-masing anggota
8. Kelompok mempunyai kemandirian (otonom) dalam mengambil keputusan dengan melibatkan anggota keluarga
9. Setiap anggota kelompok bertanggung jawab melaksanakan keputusan yang telah diambil

Pengorganisasian Kelompok Swabantu (Self help group)

Kelompok swabantu (*Self help group*) terdiri dari *leader* (pemimpin), anggota kelompok, dan fasilitator. Yang menjadi pemimpin adalah salah satu dari anggota kelompok, dimana setiap pertemuan akan digantikan oleh anggota kelompok lainnya sehingga semua anggota akan mendapat giliran untuk menjadi pemimpin. Namun untuk awal pertemuan fasilitator dapat berperan sebagai pemimpin agar anggota kelompok dapat melihat dan belajar bagaimana menjadi pemimpin.

Tugas pemimpin (Keliat, *et al.* 2008) adalah :

1. Memimpin jalannya diskusi
2. Memilih topic pertemuan sesuai dengan daftar masalah
3. Menentukan lamanya pertemuan

4. Mempertahankan suasana bersahabat agar anggota dapat kooperatif, produktif dan berpartisipasi
5. Membimbing diskusi dan menstimuli anggota kelompok
6. Memberikan kesempatan peserta untuk mengekspresikan masalah
7. Memahami pendapat yang diberikan oleh anggota kelompok.
8. Menyimpulkan hasil diskusi setiap kali pertemuan

Sedangkan tugas fasilitator yang merupakan tenaga kesehatan bertujuan membimbing atau memantau pelaksanaan *self help group*, memberikan penjelasan dan motivasi anggota untuk mengungkapkan masalah dan pendapatnya dan anggota kelompok mengikuti jalannya pelaksanaan SHG sesuai dengan kesepakatan kelompok dan pemimpin.

Pelaksanaan self help group

A. Pertemuan pertama

Pada pertemuan yang pertama yang paling banyak berperan adalah fasilitator karena anggota kelompok belum memahami pelaksanaan SHG.

Langkah-langkah yang harus dilaksanakan fasilitator antara lain :

1. Pembukaan
 - i. Fasilitator dan anggota kelompok duduk bersama setengah lingkaran
 - ii. Membuka diskusi dengan mengucapkan salam dan pembukaan sesuai dengan agama masing-masing

- iii. Memperkenalkan diri
- iv. Menjelaskan tujuan, lama, dan tempat pertemuan
- v. Mempersilahkan para anggota untuk memperkenalkan diri satu persatu

2. Kerja

- i. Menjelaskan konsep *self help group* yang meliputi pengertian, tujuan dan prinsip-prinsip *self help group* pada semua anggota kelompok
- ii. Membuat kesepakatan tentang aturan-aturan menegani jalannya diskusi yang disepakati oleh semua anggota kelompok
- iii. Menjelaskan dan memperagakan langkah-langkah kegiatan *self help group*

a). Memahami masalah

Fasilitator menjelaskan dan memperagakan sebagai *leader* dalam memperagakan cara mengidentifikasi masalah. Fasilitator (sebagai *leader*) memfasilitasi anggota untuk mengungkapkan perasaan dan masalahnya secara bergiliran satu persatu sehingga dibuat daftar (list) masalah

b.) Mengidentifikasi cara penyelesaian masalah

Fasilitator memfasilitasi anggota agar dapat saling bertukar informasi dan pengalaman tentang masalah-

masalah yang dihadapi sehingga dapat ditemukan cara penyelesaiannya

c.) Memilih cara penyelesaian masalah

Fasilitator memfasilitasi semua pendapat anggota kelompok tentang cara penyelesaian masalah yang dihadapi yang dihadapi satu-persatu dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang dapat mendukung ataupun menghambat penyelesaian masalah tersebut dan role play yang berkaitan dengan cara penyelesaian masalah yang telah dipilih.

3. Penutup

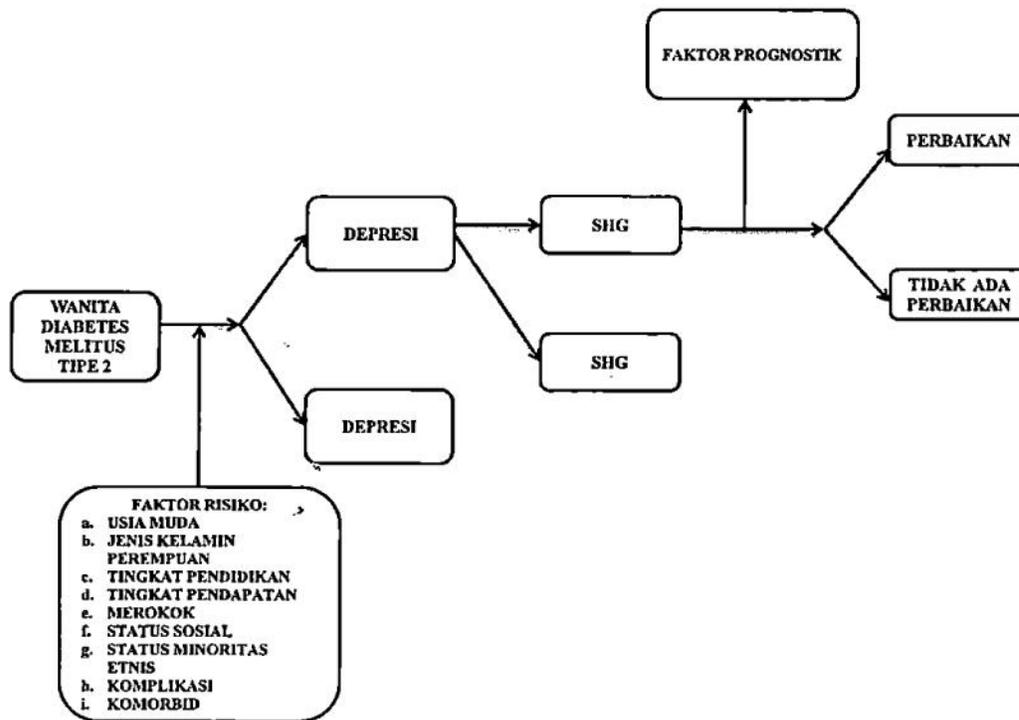
- i. Menanyakan perasaan semua anggota setelah *self help group*
- ii. Menyepakati topik pertemuan berikutnya.
- iii. Memilih *leader* atau ketua untuk pertemuan selanjutnya
- iv. Membaca doa penutup
- v. Mengucapkan salam penutup

B. Pertemuan kedua sampai dengan pertemuan kedelapan

Untuk pertemuan kedua fasilitator masih bisa berperan sebagai *leader*. Kemudian mulai dari pertemuan ketiga dan seterusnya, diskusi dipimpin oleh *leader* dari anggota kelompok yang telah ditunjuk pada pertemuan sebelumnya ada fasilitator bertugas dalam membimbing jalannya diskusi.

B. KERANGKA KONSEP

Dalam kerangka konsep dibawah ini dapat dilihat bahwa wanita diabetes melitus tipe 2 dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor resiko seperti: usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, perilaku merokok, komplikasi, dan faktor-faktor lain yang dapat memicu terjadinya depresi sehingga menjadi penderita diabetes dengan komorbid depresi. Pada wanita diabetes mellitus tipe 2 dengan komorbid depresi akan menurunkan kualitas hidup dan meningkatkan risiko terjadinya komplikasi serta berpengaruh juga terhadap kadar glukosa darah. Menurut teori dari sumber-sumber dan penelitian yang telah banyak dilakukan, depresi akan meningkatkan kadar glukosa darah. Pada wanita diabetes tipe 2 dengan komorbid depresi sebelum diberikan terapi *SHG (Self Help Group)* akan dilihat apa saja faktor-faktor resiko dan faktor prognostik yang mempengaruhi wanita diabetisi mellitus tipe 2 dengan komorbid depresi setelah diberikan terapi *SHG (Self Help Group)*. Setelah diberikan perlakuan dilihat faktor-faktor prognostik dan gejala-gejala depresinya apakah mengalami perbaikan atau peningkatan gejala depresinya bila dibandingkan dengan gejala awal depresi sebelum dilakukan terapi *SHG (Self Help Group)*.



Gambar 2. Skema Kerangka Konsep Pengaruh SHG Terhadap Diabetisi Dengan Komorbid Depresi

Keterangan:

—————> : variabel yang diteliti

C. HIPOTESIS

1. Ada hubungan antara faktor resiko terhadap kejadian depresi.
2. Ada hubungan antara faktor faktor prognosis terhadap perbaikan depresi