

SKRIPSI

APRIL 2013

**Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Depresi pada Pengasuh
Pasien Diabetes Melitus di RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar pada Tahun
2013**



OLEH :

Firdaus Fabrice Hannanu (C111 08 272)

PEMBIMBING

dr. Irwin Aras, M. Epid

**DIBAWAKAN DALAM RANGKA KEPANITERAAN KLINIK
BAGIAN ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS/KEDOKTERAN
PENCEGAHAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP KEJADIAN DEPRESI PADA
PANGASUH PASIEN DIABETES MELITUS DI RSUP WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR TAHUN 2013**

Firdaus Fabrice Hannanu

ABSTRAK

Salah satu hal penting dalam penanganan penyakit diabetes melitus (DM) adalah peran pengasuh dalam pencegahan sekunder dan tersier diabetes. Namun, beberapa penelitian menunjukkan adanya gejala depresi pada para pengasuh pasien dengan penyakit-penyakit kronik, termasuk diabetes melitus. Oleh karena itu perlu untuk diketahui faktor-faktor apa saja yang dapat berpengaruh terhadap kejadian depresi pada pengasuh pasien DM. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada pengasuh pasien DM tipe 2 di RSUP Wahidin Sudirohusodo. Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan desain *cross-sectional*, dan teknik pengambilan sampel *consecutive sampling*. Prevalensi depresi pada pengasuh pasien DM yang ditemukan adalah sebesar 40%. Dari semua variabel yang diteliti, yang memiliki hubungan bermakna secara statistik dengan kejadian depresi adalah variabel jenis kelamin ($p=0,02$), dan variabel lama pengasuhan ($p=0,01$). Kesimpulan penelitian ini adalah terdapat hubungan antara jenis kelamin dan lama pengasuhan dengan kejadian depresi, dan perempuan memiliki risiko 3,92 kali lebih besar terkena depresi dibanding laki-laki, sedangkan pengasuhan selama 6 bulan atau lebih memiliki risiko 4,67 kali lebih besar untuk mengalami depresi dibanding pengasuhan kurang dari 6 bulan.

Kata kunci: Diabetes Melitus, pengasuh, depresi

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat dan karunia Nya sehingga skripsi dengan judul **Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Kejadian Depresi pada Pengasuh Pasien Diabetes Melitus di RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2013** dapat terselesaikan, yang tersusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat dalam penyelesaian tugas kepaniteraan klinik pada Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Begitu banyak tantangan dan keterbatasan yang dihadapi dalam tahap persiapan, pelaksanaan, dan penyelesaian skripsi ini. Namun, dengan bimbingan, dorongan semangat, bantuan, serta doa dari berbagai pihak, maka skripsi ini dapat diselesaikan. Untuk itu saya mengucapkan terima kasih dan penghargaan secara tulus dan ikhlas kepada:

1. Yang saya hormati dan kagumi, dr. Irwin Aras, M. Epid, selaku pembimbing yang dengan kesediaan, keikhlasan dan kesabaran meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahnya.
2. Kepala bagian dan staf pengajar Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin atas sumbangsih ilmu dan bimbingan selama ini.
3. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dan Wakil Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, staf pengajar dan seluruh karyawan atas izin penelitian dan informasi mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penelitian ini.

4. Kepala Rumah Sakit Umum Pusat Wahidin Sudirohusoso dan seluruh staf kesehatan di Rumah Sakit Umum Pusat Wahidin Sudirohusoso atas izin penelitian sehingga penelitian ini dapat diselesaikan.
5. Kedua orang tua saya yang tercinta, Sjahrir Hannanu dan Elly Wahyudin yang selalu memberikan doa, cinta kasih dan dorongan baik berupa moril maupun materi.
6. Teman masa kecil yang senantiasa menemani penulisan skripsi ini, mulai dari proposal, sampai penulisan hasil dan ujian akhir.
7. Kepada yang tercinta sahabat-sahabat, teman-teman seperjuangan, rekan-rekan dan semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu persatu, namun bantuannya begitu besar dan penting dalam terselesaikannya skripsi ini.

Semoga Allah SWT memberikan pahala yang berlipat ganda kepada kita semua, dan semoga tulisan ini dapat berguna untuk kepentingan keilmuan dan pengabdian kepada masyarakat, serta bernilai ibadah di sisi-Nya.

Saya menyadari tulisan ini tidak luput dari salah dan khilaf, karena itu saran, kritik dan masukan dari pembaca adalah sesuatu yang senantiasa diharapkan demi perbaikan dan kemajuan bersama. Harapan penulis, semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Aamiin.

Makassar, April 2013

Firdaus Fabrice Hannanu

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Diabetes Melitus tipe 2 (DM) merupakan penyakit metabolik yang prevalensinya meningkat dari tahun ke tahun. Indonesia dengan jumlah penduduk yang melebihi 200.000.000 jiwa, sejak awal abad ini telah menjadi negara dengan jumlah penderita DM nomor 4 terbanyak di dunia. Menurut penelitian epidemiologi yang dilakukan di Indonesia, kekerapan diabetes di Indonesia berkisar antara 1,4 sampai 1,6%. DM merupakan penyakit progresif dengan komplikasi akut maupun kronik. Dengan pengelolaan yang baik, angka morbiditas dan mortalitas dapat diturunkan. Dalam pengelolaan DM, diperlukan juga usaha koreksi faktor-faktor risiko penyakit kardiovaskuler yang sering menyertai DM, seperti hipertensi, dislipidemia, resistensi insulin dan lain-lain. Hiperglikemia kronik yang terjadi pada diabetes berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi atau kegagalan beberapa organ, terutama mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah.¹

Diakui bahwa perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran telah banyak mengatasi berbagai permasalahan diabetes. Tetapi untuk memperbaiki taraf kesehatan pasien diabetes melitus secara global tidak dapat hanya mengandalkan pada tindakan kuratif, karena penyakit ini dapat dicegah dengan pola hidup sehat dan menjauhi pola hidup berisiko. Salah satu hal penting dalam penanganan penyakit diabetes melitus adalah peran pengasuh (*caregiver*) dalam pencegahan sekunder dan tersier diabetes, yaitu mencegah timbulnya komplikasi serta kecacatan yang diakibatkannya. Diabetes melitus merupakan penyakit kronik yang membutuhkan perubahan kebiasaan dalam keluarga pasien. Prognosis pasien diabetes melitus sangat ditentukan oleh perubahan gaya hidup, pola makan, serta monitor dan pengendalian glukosa darah, dimana peran pengasuh sangat diperlukan.² Pada pasien yang memiliki anggota keluarga yang mendukung penanganan diabetes seperti monitor glukosa darah, pengaturan jadwal makan, dan olahraga, lebih mudah untuk beradaptasi dengan penyakitnya.³

Namun, di sisi lain anggota keluarga yang terlibat dalam pengasuhan pasien diabetes melitus berisiko untuk mengalami masalah, baik secara fisik maupun emosional. Pada pasien terutama dengan komplikasi diabetes, pengasuh mengalami penurunan aktivitas sosial dan kehilangan waktu untuk bekerja, yang sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup pengasuh. Permasalahan paling umum pada

pengasuh adalah biaya pengobatan diabetes.³ Data di Amerika mengenai biaya untuk penyakit diabetes (*Cost of Diabetes*) menunjukkan total 174 milyar USD, dengan rincian 116 milyar USD untuk biaya medis langsung, dan 58 milyar USD untuk biaya tidak langsung (disabilitas, kehilangan pekerjaan, dan mortalitas prematur).⁴ Penelitian di Inggris menunjukkan pengasuh yang mengalami pengurangan pemasukan mengalami tingkat stres yang lebih tinggi, dan hasil yang lebih buruk ditemukan di negara-negara berkembang.⁵

Menurut *American Psychiatric Association*,⁶ depresi merupakan masalah kesehatan yang serius, dan 10-25% wanita serta 7-12% laki-laki pernah mengalami satu episode depresi dalam seumur hidupnya. Beberapa penelitian lain menunjukkan angka depresi yang lebih tinggi pada ibu dengan anak yang masih sangat muda. Faktor risiko demografis lain yang berhubungan dengan depresi adalah status ekonomi yang rendah, pendidikan yang rendah, tidak bekerja, stres, dan warna kulit selain kulit putih (*non-white*).³ Oleh karena itu, untuk pencegahan depresi disarankan untuk berolahraga teratur, menjaga kebiasaan tidur yang cukup, mencari kegiatan yang menyenangkan, seperti menjadi relawan atau terlibat dalam aktivitas kelompok, berbicara dengan orang terpercaya, mencoba untuk berada di sekitar orang-orang yang peduli dan positif, dan tidak mengonsumsi alkohol dan obat-obat terlarang.²

Beberapa penelitian di negara maju menunjukkan adanya gejala-gejala depresi pada para pengasuh pasien dengan penyakit-penyakit kronik, seperti alzheimer's disease,⁷ fibrosis kistik,³ dan diabetes melitus tipe 1.³ Penyakit-penyakit tersebut membutuhkan tim dari berbagai disiplin kesehatan, penanganannya sangat kompleks dan banyak memakan waktu. Seperti, jadwal makan dan makanan ringan yang harus diatur dan monitor intake kalori. Obat-obat yang diberi juga harus disesuaikan dengan makanan dan status penyakit untuk tiap harinya.³ Namun, belum ada penelitian serupa di Indonesia, dan perlu untuk diketahui faktor-faktor apa saja yang dapat berpengaruh terhadap kejadian depresi pada pengasuh pasien DM Tipe 2.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah pada penelitian ini adalah: Apa saja faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada pengasuh pasien DM tipe 2 di RSUP Wahidin Sudirohusodo?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada pengasuh pasien DM tipe 2 di RSUP Wahidin Sudirohusodo

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui prevalensi depresi pada pengasuh pasien DM Tipe 2 di RSUP Wahidin Sudirohusodo
2. Untuk mengetahui karakteristik pengasuh pasien DM Tipe 2 di RSUP Wahidin Sudirohusodo berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, aktivitas rutin, jumlah pengasuh, lama mengasuh, tingkat sosial ekonomi, dan hubungan kekerabatan
3. Untuk mengetahui pengaruh umur terhadap terjadinya depresi pada pengasuh pasien DM Tipe 2 di RSUP Wahidin Sudirohusodo
4. Untuk mengetahui pengaruh jenis kelamin terhadap terjadinya depresi pada pengasuh pasien DM Tipe 2 di RSUP Wahidin Sudirohusodo
5. Untuk mengetahui pengaruh tingkat pendidikan terhadap terjadinya depresi pada pengasuh pasien DM Tipe 2 di RSUP Wahidin Sudirohusodo
6. Untuk mengetahui pengaruh aktivitas rutin terhadap terjadinya depresi pada pengasuh pasien DM Tipe 2 di RSUP Wahidin Sudirohusodo
7. Untuk mengetahui pengaruh jumlah pengasuh terhadap terjadinya depresi pada pengasuh pasien DM Tipe 2 di RSUP Wahidin Sudirohusodo
8. Untuk mengetahui pengaruh lama pengasuhan pasien terhadap terjadinya depresi pada pengasuh pasien DM Tipe 2 di RSUP Wahidin Sudirohusodo
9. Untuk mengetahui pengaruh tingkat sosial ekonomi terhadap terjadinya depresi pada pengasuh pasien DM Tipe 2 di RSUP Wahidin Sudirohusodo
10. Untuk mengetahui pengaruh hubungan kekerabatan terhadap terjadinya depresi pada pengasuh pasien DM Tipe 2 di RSUP Wahidin Sudirohusodo

1.4. Manfaat Penelitian

1. Sebagai informasi dan untuk para pengasuh dan pasien diabetes melitus untuk dapat lebih memahami dan mencegah terjadinya depresi.
2. Sebagai informasi ilmiah dalam penanganan dan pengendalian diabetes melitus tipe 2 secara menyeluruh.
3. Sebagai bahan masukan kepada para petugas kesehatan untuk dapat memberikan konseling baik kepada pengasuh maupun kepada pasien untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas DM Tipe 2.
4. Sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya mengenai solusi-solusi yang dapat diberikan dalam pencegahan dan penanganan depresi pada pengasuh pasien diabetes melitus tipe 2.
5. Sebagai informasi tambahan dan bahan bacaan untuk peneliti dan pembaca.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Depresi

2.1.1. Pengertian

Depresi adalah gangguan mental umum dengan gambaran mood depresi, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, tidur terganggu atau nafsu makan, energi rendah, dan hilang konsentrasi. Masalah ini dapat menjadi kronis atau berulang dan menyebabkan gangguan besar dalam kemampuan individu untuk mengurus tanggung jawab sehari-harinya. Episode depresi biasanya berlangsung selama 6 hingga 9 bulan, tetapi pada 15-20% penderita bisa berlangsung selama 2 tahun atau lebih.⁸

Menurut *American Psychiatric Association*,⁶ depresi merupakan masalah kesehatan yang serius, dan 10-25% wanita serta 7-12% laki-laki pernah mengalami satu episode depresi dalam seumur hidupnya. Beberapa penelitian lain menunjukkan angka depresi yang lebih tinggi pada ibu dengan anak yang masih sangat muda. Faktor risiko demografis lain yang berhubungan dengan depresi adalah status ekonomi yang rendah, pendidikan yang rendah, tidak bekerja, stres, dan warna kulit selain kulit putih (*non-white*).

2.1.2. Penyebab Depresi

Dasar penyebab depresi yang pasti tidak diketahui, banyak usaha untuk mengetahui penyebab dari gangguan ini. Menurut Kaplan,⁹ faktor-faktor yang dihubungkan dengan penyebab depresi dapat dibagi atas: faktor biologi, faktor genetik dan faktor psikososial. Dimana ketiga faktor tersebut juga dapat saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya.

a. Faktor Biologis

Faktor neurotransmitter: Dari biogenik amin, norepinefrin dan serotonin merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan mood. Norepinefrin hubungan yang dinyatakan oleh penelitian ilmiah dasar antara turunnya regulasi reseptor B-adrenergik dan respon antidepresan secara klinis memungkinkan indikasi peran sistem noradrenergik dalam depresi.⁹

Bukti-bukti lainnya yang juga melibatkan presinaptik reseptor adrenergik dalam depresi, sejak reseptor tersebut diaktifkan mengakibatkan penurunan jumlah norepinefrin yang dilepaskan. Presinaptik reseptor adrenergik juga berlokasi di neuron serotonergik dan mengatur jumlah serotonin yang dilepaskan. Dopamin juga sering berhubungan dengan patofisiologi depresi. Faktor neurokimia lainnya seperti gamma-aminobutyric acid (GABA) dan neuroaktif peptida (vasopressin dan opiate endogen) telah dilibatkan dalam patofisiologi gangguan mood.⁹

b. Faktor Genetik

Data genetik menyatakan bahwa faktor yang signifikan dalam perkembangan gangguan mood adalah genetik. Pada penelitian anak kembar terhadap gangguan depresi berat pada anak, pada anak kembar monozigot adalah 50%, sedangkan dizigot 10-25%. Menurut penelitian Hickie et al., menunjukkan penderita late onset depresi terjadi karena mutasi pada gene methylene tetrahydrofolate reductase yang merupakan kofaktor yang terpenting dalam biosintesis monoamin. Mutasi ini tidak bisa diketemukan pada penderita early onset depresi.⁹

c. Faktor Psikososial

Peristiwa kehidupan dan stres lingkungan dimana suatu pengamatan klinik menyatakan bahwa peristiwa atau kejadian dalam kehidupan yang penuh ketegangan sering mendahului episode gangguan mood. Suatu teori menjelaskan bahwa stres yang menyertai episode pertama akan menyebabkan perubahan fungsional neurotransmitter dan sistem pemberi tanda intra neuronal yang akhirnya perubahan tersebut menyebabkan seseorang mempunyai risiko yang tinggi untuk menderita gangguan mood selanjutnya.⁹

Faktor kepribadian premorbid menunjukkan tidak ada satu kepribadian atau bentuk kepribadian yang khusus sebagai predisposisi terhadap depresi. Semua orang dengan ciri kepribadian manapun dapat mengalami depresi, walaupun tipe kepribadian seperti dependen, obsesi kompulsif, histionik mempunyai risiko yang besar mengalami depresi dibandingkan dengan lainnya.⁹

2.1.3. Faktor Risiko

Beberapa faktor risiko untuk terjadinya depresi adalah:

1. Faktor Usia

Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Hal ini diasumsikan terjadi karena pada usia tersebut terdapat tahap-tahap serta tugas perkembangan yang penting, yaitu peralihan dari masa anak-anak ke masa remaja, remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja, serta masa pubertas ke masa pernikahan. Namun sekarang ini usia rata-rata penderita depresi semakin menurun yang menunjukkan bahwa remaja dan anak-anak semakin banyak yang terkena depresi. Survey masyarakat terakhir melaporkan prevalensi yang tinggi dari gejala-gejala depresi pada golongan usia dengan dewasa muda 18-44 tahun.¹⁰

2. Gender

Adanya perubahan hormonal dalam siklus menstruasi yang berhubungan dengan kehamilan dan kelahiran dan juga menopause yang membuat wanita lebih rentan menjadi depresi. Penelitian Angold menunjukkan bahwa periode meningkatkan risiko depresi pada wanita terjadi ketika masa pertengahan pubertas. Data yang dihimpun oleh World Bank menyebutkan prevalensi terjadinya depresi sekitar 30% terjadi pada wanita dan 12,6% dialami oleh pria.¹⁰

Radloff dan Rae berpendapat bahwa adanya perbedaan tingkat depresi pada pria dan wanita lebih ditentukan oleh faktor biologis dan lingkungan, yaitu adanya perubahan peran sosial sehingga menimbulkan berbagai konflik serta membutuhkan penyesuaian diri yang lebih intens, adanya kondisi yang penuh stressor bagi kaum wanita, misalnya penghasilan dan tingkat pendidikan yang rendah dibandingkan pria, serta adanya perbedaan fisiologi dan hormonal dibanding pria, seperti masalah reproduksi serta berbagai perubahan hormone yang dialami wanita sesuai kodratnya. Lebih jauh lagi jumlah wanita tercatat mengalami depresi biasa juga disebabkan oleh pola komunikasinya.¹⁰

Menurut Pease dan Pease, pola komunikasi wanita berbeda dengan pria. Jika seorang wanita mendapatkan masalah, maka wanita tersebut ingin

mengkomunikasikannya dengan orang lain dan memerlukan dukungan atau bantuan orang lain, sedangkan pria cenderung untuk memikirkan masalahnya, pria juga jarang menunjukkan emosinya sehingga kasus depresi ringan dan sedang pada pria jarang diketahui.¹⁰

3. Kepribadian

Aspek-aspek kepribadian ikut mempengaruhi tinggi rendahnya depresi yang dialami serta kerentanan terhadap depresi. Ada individu-individu yang lebih rentan terhadap depresi yaitu mempunyai konsep diri serta pola pikir yang negatif, pesimis, juga tipe kepribadian introvert. Tampaknya ada hubungan antara karakteristik kepribadian tertentu dengan depresi. Seseorang yang menunjukkan hal-hal berikut memiliki risiko terkena depresi:¹⁰

- a. Mengalami kecemasan tingkat tinggi, seorang pencemas atau mudah terpengaruh
- b. Seorang pemalu atau minder
- c. Seseorang yang suka mengkritik diri sendiri atau memiliki harga diri yang rendah
- d. Seseorang yang hipersensitif
- e. Seseorang yang perfeksionis
- f. Seseorang dengan gaya memusatkan perhatian pada diri sendiri (self-focused).

4. Lingkungan Keluarga

Ada beberapa penyebabnya yaitu:¹⁰

- a. Kehilangan orang tua ketika masih anak-anak. Ada bukti bahwa individu yang kehilangan ibu mereka ketika muda memiliki risiko lebih besar terserang depresi. Kehilangan yang besar ini akan membekas secara psikologis dan membuat seseorang lebih mudah terserang depresi tetapi, di satu sisi, mungkin saja membuat orang lebih tabah. Akibat psikologis, sosial, dan keuangan yang ditimbulkan oleh kehilangan orang tua yang lebih penting daripada kehilangan itu sendiri.
- b. Jenis Pengasuhan. Psikolog menemukan bahwa orang tua yang sangat menuntut dan kritis, yang menghargai kesuksesan dan menolak semua

kegagalan membuat anak-anak lebih mudah terserang depresi di masa depan.

- c. Penyiksaan fisik dan seksual ketika kecil. Penyiksaan fisik atau seksual dapat membuat seseorang berisiko terserang depresi berat sewaktu dewasa.

5. Faktor Genetik

Seseorang yang dalam keluarganya diketahui menderita depresi berat memiliki risiko lebih besar menderita gangguan depresi daripada masyarakat pada umumnya. Gen (kode biologis yang diwariskan dari orang tua) berpengaruh dalam terjadinya depresi tetapi ada banyak gen di dalam tubuh kita dan tidak ada seorangpun peneliti yang mengetahui secara pasti bagaimana gen bekerja dan tidak ada bukti langsung bahwa penyakit depresi yang disebabkan oleh faktor keturunan.¹⁰

Pengaruh gen lebih penting pada depresi berat daripada depresi ringan dan lebih penting pada individu muda yang menderita depresi daripada individu yang lebih tua. Gen lebih berpengaruh pada orang-orang yang punya periode dimana mood mereka tinggi dan mood rendah atau gangguan bipolar.¹⁰

2.1.3. Gambaran Klinis

Pada penderita depresi dapat ditemukan berapa tanda dan gejala umum menurut *Diagnostic and Statistical Manual IV (DSM-IV)* oleh *American Psychiatric Association*:⁶

1. Perubahan fisik
 - a. Penurunan nafsu makan
 - b. Gangguan tidur
 - c. Kelelahan atau kurang energi
 - d. Agitasi
 - e. Nyeri, sakit kepala, otot kram dan nyeri tanpa penyebab fisik
2. Perubahan Pikiran
 - a. Merasa bingung, lambat berpikir
 - b. Sulit membuat keputusan

- c. Kurang percaya diri
 - d. Merasa bersalah dan tidak mau dikritik
 - e. Adanya pikiran untuk membunuh diri
3. Perubahan Perasaan
- a. Penurunan ketertarikan dengan lawan jenis dan melakukan hubungan suami istri
 - b. Merasa sedih
 - c. Sering menangis tanpa alasan yang jelas
 - d. Irritabilitas, mudah marah dan terkadang agresif
4. Perubahan pada Kebiasaan Sehari-hari
- a. Menjauhkan diri dari lingkungan sosial
 - b. Penurunan aktivitas fisik dan latihan
 - c. Menunda pekerjaan rumah

2.1.4 Diagnosis

Berdasarkan buku Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia, diagnosis episode depresif (F32) ditegakkan berdasarkan: ¹¹

Gejala utama (mayor):

1. Afek depresif
2. Kehilangan minat dan kegembiraan, dan
3. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas

Gejala lainnya (minor):

- 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 atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri;
- f. Tidur terganggu;
- g. Nafsu makan berkurang.

Episode Depresif Ringan (F32.0)

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

Episode Depresif Sedang (F32.1)

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

Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik (F32.2)

1. Semua 3 gejala utama depresi harus ada
2. Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat
3. Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci.
4. Episode depresif 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.
5. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik (F32.3)

1. Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut F32.2 tersebut diatas;
2. Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung 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.

Untuk keperluan penelitian, khususnya penelitian epidemiologi, gejala depresi yang didefinisikan oleh *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV)* dapat dinilai menggunakan *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale - Revised (CESD-R)*, yang merupakan daftar cek yang terdiri dari 20 item pertanyaan, dengan cut-off point klinis skor diatas atau sama dengan 16 dinilai depresi. Pada penelitian di Amerika, realibilitas yang ditemukan untuk CESD-R menggunakan koefisien α adalah dengan nilai α 0,88 pada pengasuh pasien DM tipe 1, dan 0,89 pada pengasuh anak dengan fibrosis kistik.¹²

Berikut adalah kelompok gejala disertai nomor pertanyaan yang berhubungan pada CESD-R:

1. Kesedihan (*dysphoria*): pertanyaan no. 2, 4, 6
2. Kehilangan minat (*Anhedonia*): pertanyaan no. 8, 10
3. Nafsu makan: pertanyaan no 1, 18
4. Tidur: pertanyaan no. 5,11,19
5. Berpikir/Konsentrasi: pertanyaan no. 3, 20
6. Rasa bersalah (*Worthlessness*): pertanyaan no. 9, 17
7. Lelah (*Fatigue*): pertanyaan no. 7, 16
8. Gerakan (*Agitation*): pertanyaan no. 12, 13
9. Pemikiran bunuh diri: pertanyaan no. 14, 15

2.1.6. Prognosis

Pada kebanyakan kasus depresi dapat membaik setelah pemberian antidepresan selama seminggu, walaupun pada beberapa kasus hanya membaik

setelah 4-9 bulan untuk sembuh dan merasa lebih baik, serta untuk mencegah depresi timbul kembali. Komplikasi yang dapat terjadi pada depresi adalah penggunaan obat-obat terlarang dan alkohol, serta kemungkinan bunuh diri.¹⁰

2.1.7. Pencegahan

Penanganan paling baik untuk depresi adalah dengan pencegahan. Depresi dapat dicegah dengan:¹⁰

1. Berolahraga teratur
2. Menjaga kebiasaan tidur yang cukup
3. Mencari kegiatan yang menyenangkan
4. Menjadi relawan atau terlibat dalam aktivitas kelompok
5. Berbicara dengan orang terpercaya
6. Mencoba untuk berada di sekitar orang-orang yang peduli dan positif
7. Tidak mengonsumsi alkohol dan obat-obat terlarang

2.2. Pengasuh (Caregiver) Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, ataupun kedua-duanya. Hiperglikemia kronik yang terjadi pada diabetes berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi atau kegagalan beberapa organ, terutama mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah. Tujuan pengobatan diabetes melitus adalah untuk mengurangi gejala, dan untuk mencegah, atau minimal memperlambat terjadinya komplikasi. Risiko komplikasi ke mikrovaskuler seperti retinopati dan nefropati diabetik dapat dikurangi melalui kontrol gula darah dan tekanan darah, sedangkan komplikasi makrovaskuler seperti penyakit jantung koroner, stroke, dan lain-lain dapat dikurangi dengan mengontrol kadar lipid dan hipertensi, berhenti merokok, dan pemberian aspirin.²

Pengasuh diabetes melitus tipe 2 adalah keluarga yang membantu pasien dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, serta membantu pasien dalam proses perawatan dan pengobatannya. Istilah pengasuh sering digunakan bersamaan dengan istilah keluarga, anak, suami/istri, dan lain-lain pada beberapa negara untuk situasi pengasuhan yang berbeda-beda, dan juga untuk membedakan dari pengasuh yang digaji, atau yang biasa disebut *Personal Care Assistant* atau *Personal Care Attendant (PCA)*. Diabetes merupakan salah satu penyakit kronik yang sangat

membutuhkan peran pengasuh dalam penanganannya, dan perawatan pasien diabetes sebaiknya dilakukan oleh tim multidisiplin dari tiap profesional di bidang kesehatan, berkolaborasi dengan pasien dan pengasuh pasien.³

Secara umum manajemen diabetes adalah sebagai berikut: Perubahan pola makan dan gaya hidup, medikamentosa, monitor glukosa darah, monitor komplikasi secara reguler, dan pemeriksaan laboratorium. Dalam hal-hal di atas, pengasuh banyak berperan, seperti:²

1. Pengaturan jadwal makan
2. Pengaturan jumlah intake kalori
3. Membantu mengingatkan pasien dan dokter baik dalam terapi medikamentosa maupun insulin
4. Memantau kondisi pasien sehari-hari
5. Membantu mengontrol kadar glukosa darah pasien secara rutin,
6. Berdiskusi dengan dokter atau perawat mengenai penyakit pasien,
7. Membantu pasien untuk mandi dan berpakaian,
8. Mengurus hal-hal yang bersifat administratif di Rumah Sakit, dan
9. Hal-hal lain yang tidak dapat dilakukan oleh pasien sendiri

Prognosis pasien diabetes melitus sangat ditentukan oleh perubahan gaya hidup, pola makan, serta monitor dan pengendalian glukosa darah. Pasien yang memiliki anggota keluarga yang mendukung penanganan diabetes seperti monitor glukosa darah, pengaturan jadwal makan, dan olahraga, lebih mudah untuk beradaptasi dengan penyakitnya.² Dalam UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study), 5000 pasien dengan DM tipe 2 dilakukan follow-up selama 10 tahun, dan menunjukkan hasil bahwa pasien yang ditangani secara intensif memiliki progresi komplikasi mikrovaskuler yang lebih rendah secara signifikan dibanding pasien yang mendapat penanganan standar.¹³

2.3 Depresi pada pengasuh

Anggota keluarga yang terlibat dalam pengasuhan pasien diabetes melitus berisiko untuk mengalami masalah, baik secara fisik maupun emosional. Pada pasien terutama dengan komplikasi diabetes, pengasuh mengalami penurunan aktivitas sosial dan kehilangan waktu untuk bekerja, yang sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup pengasuh.³

Menurut *American Psychiatric Association*,⁶ depresi merupakan masalah kesehatan yang serius, dan 10-25% wanita serta 7-12% laki-laki pernah mengalami satu episode depresi dalam seumur hidupnya. Beberapa penelitian lain menunjukkan angka depresi yang lebih tinggi pada ibu dengan anak yang masih sangat muda. Faktor risiko demografis lain yang berhubungan dengan depresi adalah status ekonomi yang rendah, pendidikan yang rendah, tidak bekerja, stres, dan warna kulit selain kulit putih (*non-white*). Oleh karena itu, untuk pencegahan depresi disarankan untuk berolahraga teratur, menjaga kebiasaan tidur yang cukup, mencari kegiatan yang menyenangkan, seperti menjadi relawan atau terlibat dalam aktivitas kelompok, berbicara dengan orang terpercaya, mencoba untuk berada di sekitar orang-orang yang peduli dan positif, dan tidak mengonsumsi alkohol dan obat-obat terlarang.²

Beban pada pengasuh (*Caregiver Burden*) dapat dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu berupa fisik, psikologi, sosial, dan finansial, atau menurut pembagian lain dapat dibagi menjadi subjektif dan objektif, dimana beban subjektif adalah konsekuensi emosional dari pengasuhan. Untuk pengasuh secara umum, beberapa faktor yang berhubungan dengan beban dan stres adalah jenis kelamin perempuan, hubungan yang kurang dengan *Care-recipient (CR)*, dukungan sosial yang kurang, serta CR yang mengalami demensia.¹⁴

Beberapa penelitian di negara maju menunjukkan adanya gejala-gejala depresi pada para pengasuh pasien dengan penyakit-penyakit kronik, seperti alzheimer's disease,⁷ fibrosis kistik,³ dan diabetes melitus.³ Angka yang lebih tinggi ditemukan pada pengasuh perempuan, yaitu 36-44% mengalami gejala-gejala depresi, sedangkan pada pengasuh laki-laki sebanyak 12-33%, walaupun penelitian mengenai depresi pada pengasuh laki-laki masih sangat sedikit. Khusus untuk penyakit Alzheimer, pengasuh yang mengalami depresi sebanyak 23,5%, sedangkan yang mengalami kecemasan sebanyak 10,5%.⁷

Permasalahan paling umum pada pengasuh adalah biaya pengobatan diabetes. Data di Amerika mengenai biaya untuk penyakit diabetes (*Cost of Diabetes*) menunjukkan total 174 milyar USD, dengan rincian 116 milyar USD untuk biaya medis langsung, dan 58 milyar USD untuk biaya tidak langsung (disabilitas, kehilangan pekerjaan, dan mortalitas prematur).⁴ Penelitian di Inggris menunjukkan pengasuh yang mengalami pengurangan pemasukan mengalami tingkat stres yang lebih tinggi, dan hasil yang lebih buruk ditemukan di negara-negara berkembang.⁵

Selain menjadi masalah untuk pengasuh itu sendiri, depresi pada pengasuh dapat berdampak pada pasien yang diasuhnya. Pada pasien dari pengasuh yang mengalami depresi, kemampuannya untuk konsisten terhadap regimen pengobatan akan menurun. Selain itu, pasien dengan pengasuh yang depresi juga memiliki risiko yang lebih tinggi untuk juga mengalami depresi dibanding pasien dengan pengasuh yang tidak depresi. Khusus untuk pasien anak dengan pengasuh depresi, mengalami beberapa kesulitan saat dewasa, dengan angka kecemasan yang lebih tinggi, dan gangguan psikososial umum.³