

Implementasi Terapi Kognitif-Perilaku terhadap Komorbiditas Depresi dan Diabetes Mellitus : Sebuah Tinjauan Pustaka

Eska Agustin Putri Susanti^{1*}

¹Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Indonesia

Artikel Tinjauan Pustaka

ABSTRAK

Kata Kunci:

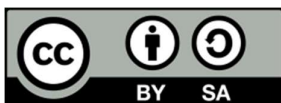
Depresi; Diabetes Mellitus; Terapi Kognitif-Perilaku; Komorbiditas; Manajemen Diri.

Riwayat Artikel:

Dikirim: 31 Januari 2025
Diterima: 31 Januari 2025
Terbit: 31 Januari 2025

Korespondensi Penulis:

077110427@uii.ac.id



Latar Belakang: Diabetes Mellitus merupakan penyakit kronis dengan prevalensi global mencapai 9–10% pada populasi dewasa. Prevalensi ini diperkirakan meningkat dari 366 juta kasus pada tahun 2011 menjadi 552 juta pada tahun 2030 (Petrak, 2013). Individu dengan Diabetes Mellitus memiliki risiko dua kali lebih tinggi mengalami depresi dibandingkan populasi tanpa diabetes, yang berdampak pada kontrol glikemik buruk dan peningkatan risiko komplikasi serta mortalitas.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi teknik terapi kognitif-perilaku (Cognitive Behavioral Therapy/CBT) pada pasien Diabetes Mellitus dengan komorbiditas depresi.

Metode: Penelitian ini merupakan tinjauan pustaka yang dilakukan melalui analisis berbagai buku teks, jurnal ilmiah, serta pencarian literatur melalui basis data elektronik. Kriteria pemilihan literatur meliputi penelitian yang membahas

hubungan antara Diabetes Mellitus, depresi, dan terapi CBT. Literatur yang digunakan dipilih berdasarkan relevansi dan validitas ilmiah.

Hasil: CBT merupakan salah satu terapi non-farmakologis yang efektif dalam menangani depresi pada pasien Diabetes Mellitus. Penerapan CBT terbukti dapat mengurangi perilaku negatif, seperti ketidakpatuhan terhadap pengobatan, pola makan yang buruk, dan kurangnya aktivitas fisik. Terapi ini juga berkontribusi dalam peningkatan manajemen diri dan kepatuhan pasien terhadap tatalaksana Diabetes Mellitus.

Simpulan: Penerapan CBT pada pasien Diabetes Mellitus dengan komorbiditas depresi memberikan manfaat signifikan dalam meningkatkan kesehatan mental dan fisik. Terapi ini membantu pasien dalam mengelola stres, memperbaiki pola hidup, dan meningkatkan kontrol glikemik. Dengan pendekatan holistik, CBT dapat menjadi bagian dari strategi pengelolaan Diabetes Mellitus yang lebih optimal.

Abstract

Background: Diabetes mellitus is a chronic disease with a global prevalence of 9-10% in the adult population. This prevalence is expected to increase from 366 million cases in 2011 to 552 million in 2030 (Petrak, 2013). Individuals with Diabetes Mellitus have twice the risk of depression compared to the population without diabetes, which results in poor glycemic control and increased risk of complications and mortality.

Objective: *This study aims to determine the implementation of cognitive-behavioral therapy (CBT) techniques in Diabetes Mellitus patients with comorbid depression.*

Methods: *This study is a literature review conducted through analysis of various textbooks, scientific journals, and literature searches through electronic databases. Literature selection criteria included studies that discussed the relationship between Diabetes Mellitus, depression, and CBT therapy. The literature used was selected based on scientific relevance and validity.*

Results: *CBT is one of the effective non-pharmacological therapies in treating depression in Diabetes Mellitus patients. The application of CBT is proven to reduce negative behaviors, such as medication non-adherence, poor diet, and lack of physical activity. This therapy also contributes to improving self-management and patient compliance with Diabetes Mellitus management.*

Conclusion: *The application of CBT in Diabetes Mellitus patients with comorbid depression provides significant benefits in improving mental and physical health. This therapy helps patients manage stress, improve lifestyle, and improve glycemic control. With a holistic approach, CBT can be part of a more optimal Diabetes Mellitus management strategy.*

Keywords: *Depression, Diabetes Mellitus, Cognitive-Behavioral Therapy, Comorbidity, Self-Management.*

1. PENDAHULUAN

Berbagai macam penyakit metabolik dapat disebabkan karena perubahan *life style* atau gaya hidup masyarakat seperti perubahan pola makan dan menurunnya aktivitas fisik. Diabetes mellitus atau kencing manis merupakan salah satu penyakit metabolik. Dimana penyakit ini mengalami gangguan metabolisme genetis dan klinis dengan manifestasi hilangnya toleransi karbohidrat (Prise, 2005). Menurut *American Diabetes Association* (ADA) 2005, diabetes mellitus adalah suatu kelompok penyakit dengan ditandai hiperglikemia yang terjadi akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. (Soegondo, 2009).

Prevalensi Diabetes Mellitus cukup tinggi yaitu berkisar antara 9 sampai 10% dipopulasi dewasa. Selain itu penyakit ini juga sebagai penyebab mayor morbiditas dan mortalitas dan dapat berdampak pada biaya ekonomi yang tinggi (Petrak, 2013). Menurut International Diabetes Federation terdapat data bahwa pada tahun 2011 terdapat 366 juta orang penderita Diabetes Mellitus akan meningkat sekitar 552 juta pada tahun 2030 (Petrak et al. 2013).

Berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka insidensi dan prevalensi DM tipe 2 di seluruh dunia, sekitar 90% kasus. *World Health Organization* (WHO) memprediksi adanya peningkatan jumlah penyandang diabetes yang cukup besar pada tahun-tahun mendatang (Soeyono, 2009).

Indonesia kini telah menduduki peringkat keempat jumlah penderita diabetes terbanyak setelah Amerika Serikat, China dan India. Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS) jumlah penderita diabetes pada tahun 2003 sebanyak 13,7 juta orang dan berdasarkan pola pertambahan

penduduk diperkirakan pada 2030 akan ada 20,1 juta penderita diabetes dengan tingkat prevalensi 14,7% untuk daerah urban dan 7,2% daerah rural (Persi, 2011).

Prevalensi berdasarkan diabetes yang terdiagnosis, tertinggi terdapat di Yogyakarta (2,6%), Jakarta (2,5%), Sulawesi Utara (2,4%) dan Kalimantan Timur (2,3%). Prevalensi berdasarkan diabetes 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% (Risksdas, 2013).

Menurut Piette American Journal of Managed Care (2004), depresi pada penderita diabetes dua kali lebih banyak diantara penduduk umumnya, dengan 15% sampai 30% dari pasien depresi yang memenuhi kriteria depresi (Biessel, 2006). Penderita diabetes yang mengalami depresi dapat terjadi perubahan neurohormonal dan neurotransmitter yang akhirnya mempengaruhi metabolisme glukosa (Medved, 2009). Orang dengan Diabetes mellitus memiliki resiko dua kali lebih tinggi terhadap depresi dibandingkan pada kelompok orang yang tidak memiliki Diabetes Mellitus. Diperkirakan sekitar 9% orang yang menderita Diabetes Mellitus ditemukan adanya depresi mayor dan kira-kira 25% penderita Diabetes Mellitus menderita single atau multiple gejala depresi (Petrak et al. 2013).

Dari penelitian dikatakan bahwa penderita Diabetes Mellitus sekitar 12-20% rentan terhadap gangguan depresi baik itu depresi mayor maupun subklinis depresi (Bell, 2017). Beck mengusulkan bahwa individu rentan terhadap depresi memiliki distorsi kognitif yang dihasilkan dalam pandangan negatif tentang diri mereka sendiri, dunia dan masa depan (Bell et al. 2018)

Maka dari itu perlu adanya pendekatan terapi yang pada proses berpikir dan kaitannya dengan keadaan emosi, perilaku dan psikologi yaitu terapi Cognitive Behaviour Therapy (CBT) (Wilding, 2013).

Melalui CBT, orang dapat belajar mengidentifikasi, mengeksplorasi, dan memodifikasi hubungan antara berpikir negatif, perilaku dan suasana hati yang tertekan. Ini dapat dicapai dengan belajar mengidentifikasi dan memonitor intensitas suasana hati yang berbeda dalam diri mereka, mengenali pikiran dan perilaku yang telah berkontribusi pada suasana hati ini, dan belajar bagaimana untuk mengatasi ini dengan mengevaluasi dan menantang pikiran yang tidak membantu dan terlibat dalam perilaku yang berkontribusi terhadap peningkatan suasana hati. Konsep terkait 'gaya atribusi' dan 'ketidakberdayaan yang dipelajari' memiliki juga berkontribusi pada komponen CBT (Se et al. 2016)

Dengan demikian, diharapkan CBT ini akan dapat mengurangi penderita Diabetes Mellitus yang komorbid dengan depresi dapat meningkatkan kualitas hidup mereka, mengatasi gangguan emosional yang terjadi, menurunkan resiko komplikasi dan mortalitas. Untuk itu, diperlukan pemahaman lebih mendalam mengenai bagaimana teknik implementasi dari Cognitive Behaviour

Therapy terhadap gejala depresi pada penderita Diabetes Mellitus sehingga dapat digunakan untuk mengurangi rendahnya kualitas hidup penderita dan mampu meningkatkan penderita di seluruh aspek kehidupannya sehingga meningkatkan kesejahteraan sebagai manusia yang mampu hidup bersama di tengah-tengah masyarakat.

2. METODE

Penelitian ini merupakan tinjauan pustaka yang dilakukan dengan pendekatan *scoping review* untuk mengeksplorasi implementasi terapi kognitif-perilaku (*Cognitive Behavioral Therapy/CBT*) pada pasien dengan komorbiditas Diabetes Mellitus dan depresi. Pencarian literatur dilakukan melalui basis data elektronik, seperti PubMed, ScienceDirect, dan Google Scholar, serta referensi tambahan dari buku teks dan jurnal ilmiah relevan. Artikel yang dianalisis mencakup publikasi dalam bahasa Indonesia dan Inggris yang diterbitkan dalam kurun waktu 2017 hingga 2023.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah artikel yang membahas hubungan antara Diabetes Mellitus, depresi, dan implementasi terapi CBT sebagai intervensi. Artikel yang digunakan mencakup studi empiris, *systematic review*, dan *meta-analysis* yang meneliti efektivitas terapi CBT terhadap luaran kesehatan mental maupun kontrol glikemik pada pasien Diabetes Mellitus. Artikel yang tidak memiliki akses penuh, tidak sesuai dengan topik, atau merupakan opini tanpa data ilmiah dikecualikan dari analisis.

Proses seleksi literatur dilakukan dalam tiga tahap, yaitu identifikasi, penyaringan, dan inklusi. Pada tahap identifikasi, artikel dikumpulkan menggunakan kata kunci "Cognitive Behavioral Therapy", "Diabetes Mellitus", "Depression", dan "CBT for Diabetes" yang disesuaikan dengan masing-masing basis data. Pada tahap penyaringan, judul dan abstrak setiap artikel ditinjau untuk memastikan kesesuaian dengan topik penelitian. Artikel yang memenuhi kriteria kemudian dianalisis secara mendalam pada tahap inklusi, dengan fokus pada metodologi, hasil penelitian, serta kesimpulan yang disajikan.

Analisis data dilakukan dengan metode deskriptif untuk merangkum temuan utama dari masing-masing artikel yang dianalisis. Informasi yang dikaji meliputi efektivitas terapi CBT terhadap depresi dan kontrol glikemik, strategi implementasi terapi, serta faktor pendukung dan penghambat dalam penerapan CBT pada pasien dengan Diabetes Mellitus. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk narasi untuk memberikan gambaran yang komprehensif mengenai intervensi CBT sebagai bagian dari pendekatan holistik dalam manajemen Diabetes Mellitus dengan komorbiditas depresi.

3. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Gangguan depresi pada penderita diabetes seringkali mempengaruhi penderita baik secara fisik maupun sosial. Dimana pasien depresi yang komorbid dengan Diabetes Mellitus akan mempengaruhi kadar gula, kualitas hidup, penurunan kognitif dan ketaatan pengobatan sehingga memperburuk prognosis dari penyakit Diabetes Mellitus. Faktor-faktor ini dapat menyebabkan komplikasi jangka panjang yang lebih buruk dan mortalitas yang lebih tinggi (Bundy & Davies, 2013).

Gangguan glukosa darah, seperti hiperglikemia dan hipoglikemia menjadi penyebab utama terjadinya gangguan kognitif pada subyek diabetes. Selain hiperglikemia dan hipoglikemia, gangguan insulin seperti resistensi insulin dan insufisiensi insulin, telah terbukti menyebabkan penurunan fungsi kognitif (Kawamura et al, 2012). Maka dari itu sebaiknya sebelum dilakukan CBT pada pasien Diabetes Mellitus dengan depresi sebaiknya dilakukan pengukuran fungsi kognitif dengan MMSE. Pemeriksaan tersebut meliputi orientasi waktu dan tempat, registrasi, konsentrasi, ingatan jangka pendek, penamaan benda yang familiar, pengulangan ekspresi, dan kemampuan membaca dan mengikuti instruksi tertulis, menulis kalimat, menggambar, dan mengikuti tiga perintah lisan (Vertesi et al., 2011).

Manajemen depresi ini diharapkan dapat mendukung pasien sehingga kadar gula terkontrol, kualitas hidup membaik dan menurunkan mortalitas serta morbiditas. Dikatakan bahwa pengobatan yang efektif untuk depresi pada pasien dengan diabetes membutuhkan perubahan sikap, keyakinan dan perilaku kesehatan praktisi, dengan model perawatan berdasarkan pendidikan dan perubahan organisasi dalam perawatan primer. Kami memiliki suatu pendekatan/intervensi inklusif yang mencakup salah satu dari teknik CBT (misalnya hanya restrukturisasi kognitif, atau hanya memantau suasana hati dalam kaitannya dengan kegiatan). Teknik pemecahan masalah adalah sering dimasukkan dalam intervensi CBT, tetapi juga dapat dikirimkan dalam isolasi, misalnya terapi pemecahan masalah (PST). Ketiga terapi gelombang termasuk perhatian, penerimaan dan komitmen terapi (ACT), terapi perilaku dialektik (DBT), positif psikologi dan setiap pendekatan perilaku murni.

Berikut ini disampaikan contoh ilustrasi kasus komorbiditas depresi pada diabetes mellitus:

Komorbiditas Depresi dan Diabetes Mellitus

Prevalensi seumur hidup pada individu dengan diabetes adalah 24 % tiga kali lebih tinggi dari populasi umum. Depresi klinis yang relevan mempengaruhi sekitar 30% dari pasien diabetes komorbid dengan depresi. Penderita diabetes yang disertai dengan gangguan depresi cenderung kurang aktif baik secara fisik dan sosial, ditunjukkan dengan kurangnya dalam berkomunikasi secara efektif dengan praktisi kesehatan atau tidak mematuhi diet dan pengobatan dibandingkan penderita

yang hanya menderita diabetes saja. Faktor-faktor ini dapat menyebabkan komplikasi jangka panjang yang lebih buruk dan mortalitas yang lebih tinggi (Bundy & Davies, 2013).

Dikatakan juga hal yang hampir sama pada literatur lain bahwa depresi pada pasien diabetes menyebabkan pesimisme dan menurunkan *self-efficacy*, dan dapat mengakibatkan kepatuhan serta perawatan diri yang kurang. Selain itu menunjukkan bahwa depresi pada pasien diabetes melitus lebih parah dengan beban gejala yang lebih tinggi, peningkatan penurunan fungsional, kontrol glikemik yang kurang dan komplikasi diabetes yang tinggi (Zuberi, 2011).

Hal-hal yang mempengaruhi kadar gula darah salah satunya adalah psikologis atau emosi (rasa cemas, ketakutan, kesedihan) dan sosial (konflik pribadi, perubahan gaya hidup) yang memicu pengeluaran hormon adrenalin dan kortisol yang juga menyebabkan pelepasan glukosa hati sebagai respon "*fight-or-flight*" untuk meningkatkan ketersediaan glukosa, asam amino, dan asam lemak untuk digunakan jika diperlukan. Hormon kortisol berfungsi untuk meningkatkan glukosa darah dengan mengorbankan simpanan protein dan lemak, berperan dalam adaptasi terhadap stres. Selain itu juga terdapat hormon epinefrin dan norepinefrin untuk memperkuat sistem saraf simpatik, berperan dalam adaptasi terhadap stres dan pengaturan tekanan darah (Sherwood, 2011).

Cognitive Behaviour Therapy (CBT)

CBT pertama kali dikembangkan oleh Aaron Beck pada awal tahun 1960. Terapi berdasarkan konseptualisasi, pengertian dari masing-masing individu baik itu kepercayaan spesifik dan pola perilaku dari pasien. CBT ini dapat dilakukan pada pasien dengan berbagai tingkat pendidikan, pendapatan, budaya yang bermacam-macam dan usia (Beck, 2011). CBT adalah suatu pendekatan yang semakin komplek untuk menangani masalah-masalah manusia (O'Donohue & Fisher, 2009). Permasalahan sering membuat manusia mengalami gangguan psikologis. Sehingga CBT ini dikatakan sebagai terapi yang efektif untuk menangani gangguan psikologis pada Manusia. Gangguan psikologis pada manusia dapat berupa gangguan depresi mayor, geriatric depression, gangguan cemas menyeluruh, kecemasan pada lansia, gangguan panik, agorafobia, sosial fobia, gangguan makan, kecanduan, hipokondriasis, disfungsi seksual, pengendalian kemarahan, gangguan pengendalian impuls, perilaku antisosial, gangguan kepribadian, terapi tambahan pada masalah kesehatan kronis, cacat fisik, cemas kesehatan, ADHD, dll (Beck, 2011).

Selain itu CBT juga memiliki kelebihan, dimana terbukti lebih murah karena jam sesi lebih singkat dibandingkan dengan psikoanalitik tradisional (O'Donohue & Fisher, 2017). Dikatakan bahwa CBT ini dapat dicapai proses perubahan dalam jangka pendek yang biasanya 6-20 sesi. Hal tersebut dilakukan dengan merinci pemikiran dan keyakinan yang merusak diri, dan dengan membentuk hidup alternatif yang menekankan pada sudut pandang. CBT juga telah menunjukkan

bahwa dirinya cukup efektif dan ringkas, yang biasanya diselesaikan dalam 4-6 sesi (Wilding & Milne, 2013).

Teknik penggunaan Cognitive Behaviour Therapy

Prinsip-prinsip utama Cognitive Behaviour Therapy secara umum dapat dijabarkan sebagai berikut: Langkah pertama yang paling penting dalam tehnik CBT adalah mengidentifikasi karakteristik klien melalui assesmen yang lengkap (dinilai assesmen perilaku, gangguan fisiologis yang memungkinkan dapat mengarah pada penyajian masalah dan jaringan pendukung/lingkungan). Langkah kedua, mengembangkan analisis pendahuluan berdasarkan prinsip-prinsip perilaku (hipotesis ringan) (Drossel et al., 2009). Langkah ketiga mengumpulkan informasi tambahan dan menyelesaikan analisis konseptual (mengumpulkan informasi dari pasien, orang tua/wali). Langkah keempat adalah membuat peranti intervensi berdasarkan langkah 3 yaitu dengan melatih perilaku, mengubah lingkungan dan memodifikasi pernyataan yang tidak tepat. Langkah kelima adalah mengimplementasikan penanganan dan mengakses perubahan (dengan instrumen seperti pada assesmen awal). Langkah 6 jika tidak diterima, kembali ke langkah 2 atau 3 (O'Donohue & Fisher, 2017).

Terapi CBT ini merupakan pendekatan terapi yang sistematis dan membumi namun memiliki prinsip yang dasar. Prinsip-prinsip tersebut adalah:

1. CBT didasarkan pada formulasi masalah pasien yang terus berkembang dan konseptualisasi individu secara kognitif dari masing-masing pasien
2. CBT menghendaki aliansi terapi suara.
3. CBT menekankan kolaborasi dan partisipasi yang aktif
4. CBT mencapai orientasi dan fokus terhadap masalah
5. CBT awal menekankan pada penyajian, dimana terapi akan berfokus kuat pada masalah saat ini dan pada situasi yang membuat mereka sedih.
6. CBT bersifat edukatif, sebagai alat untuk mengajari pasien menterapi dirinya sendiri dan menekankan kepada pencegahan kekambuhan/relapse.
7. CBT harus memiliki batas waktu.
8. Sesi CBT harus terstruktur.
9. CBT mengajari pasien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan merespon pikiran dan keyakinan yang salah.
10. CBT menggunakan bermacam teknik untuk merubah pikiran, mood dan perilaku.

Teknik-teknik yang didasarkan pada pendekatan perilaku-kognitif dapat dilakukan berbagai cara yaitu teknik *self-talk*, *teknik reframing*, *teknik thought stopping*, *teknik cognitive restructuring*, *Rational-emotive behavior therapy* (REBT), *Bibliotherapy*, *Journaling* dll.

Self-talk memberdayakan klien untuk memantau dialog batinnya, yang dapat dilakukan oleh kebanyakan orang pada saat mereka berusia 8 tahun. Pada terapi ini diharapkan dapat mengubah dialog untuk berpikir positif yang ditujukan kepada diri-sendiri (*self-messages*) sambil sekaligus mengeblok atau menghambat pesan-pesan yang bersifat negatif/ *self-defeating* yang ditujukan terhadap diri sendiri (Erford T.B., 2017).

Reframing, pada terapi jenis ini konselor diharuskan mengambil situasi yang dianggap sebagai masalah oleh pasien dan melatih pasien untuk beradaptasi (mengeframenya) dengan cara yang lebih positif. Tujuan dari terapi ini adalah membantu pasien untuk melihat suatu situasi dari sudut pandang lain sehingga tidak terlalu melihat situasi tersebut sebagai masalah dan memandangnya lebih normal sehingga pasien lebih terbuka terhadap solusi (Corey, 2015).

Thought stopping terutama efektif untuk mengakhiri dan memutus pikiran-pikiran berulang sehingga dapat diubah dengan *self-talk* dan pernyataan positif. Biasanya teknik ini dapat dilakukan dengan mengatakan “berhenti” terhadap pikira-pikiran yang tidak diinginkan (Worling, 2012). *Cognitive restruturing* membantu klien menganalisis secara sistematis, memproses, dan mengatasi masalah-masalah berbasis koqnitif dengan mengganti pikiran dan interpretasi negatif dengan interpretasi positif. Dikatakan terapi ini akan dapat membantu merubah respon emosional sehingga kebiasaan pasien bisa berubah (Dombeck & Wells-Moran, 2014).

Rational-emotive behavior therapy (REBT), terapi ini menganggap bahwa emosi, perilaku dan pikiran itu merupakan satu kesatuan dan tidak dapat dipisahkan antara satu dnegan lainnya (Seligman & Reichenberg, 2013)

Bibliotherapy adalah pendekatan terapi dimana terapis dan pasien membaca sebuah cerita atau penggalan cerita kemudian mereka mendiskusikan tentang isi, makna, dan implikasi cerita tersebut untuk pasien. *Journaling*, dimana pasien dapat memantau diri sendiri dan mengekspresikan pikiran dan emosi. Pada terapi ini pasien diminta untuk menulis semua yang diinginkan namun pihak terapis membantu menetapkan topik yang menjadi tujuan pasien (M.E. Young, 2013)

Ilustrasi kasus:

Kasimin adalah seorang laki-laki berusia 58 tahun datang ke poli jiwa karena dirujuk dari bagian penyakit dalam. Pasien sudah didiagnosis menderita penyakit diabetes sejak kurang lebih satu tahun yang lalu. Namun pada saat kontrol dipoli penyakit dalam pasien mengeluh sulit tidur sejak kurang lebih satu bulan yang lalu. Sebelum ini pasien pasien masih bisa tidur sekitar jam 9

malam dan bangun sekitar jam 6 pagi. Pasien mengatakan sering terbangun ditengah malam dan sulit memulai tidur kembali karena sedih memikirkan kondisi penyakitnya yang tidak kunjung sembuh dan kadar gula darahnya yang selalu tinggi. Saat bangun tidur pasien mengeluh badan lemas dan tidak bersemangat. Pasien menyangkal adanya keluhan dada berdebar-debar, sesak nafas dan keluar keringat dingin. Pasien menyangkal adanya suara-suara tanpa wujud yang terdengar ditelinga pasien maupun melihat bayangan yang hanya dapat dilihat olehnya.

Saat ditanya tentang perasaanya pasien mengatakan “biasa” hanya mengeluhkan bahwa dirinya merasa malas beraktivitas dan cenderung senang didalam rumah karena badannya terasa lemas ketika digunakan untuk beraktivitas. Untuk aktivitas buang air kecil dan mandi pasien masih bisa melakukan sendiri. Nafsu makan pasien dikatakan oleh pembantu pasien saat ini justru pasien sering makan makanan yang manis dan tidak mengatur pola makannya. Dan ketika diberi nasehat oleh pembantunya pasien cenderung marah dan tidak mau menuruti nasehat yang diberikan.

Saat ini pasien hanya tinggal dengan pembantunya dan istri pasien sudah meninggal sekitar 2 tahun yang lalu karena penyakit gula juga. Anak-anak pasien jarang mengunjungi pasien karena tinggal diluar kota dan sibuk dengan pekerjaannya. Pasien tampak sedih ketika menceritakan hal tersebut lalu pasien menangis.

Dikatakan oleh pembantunya sejak keluhan tersebut pasien menjadi malas minum obat diabetes yang seharusnya diminum rutin oleh pasien. Ketika dibujuk pengasuhnya untuk minum obat pasien cenderung marah dan mengatakan bahwa “bosan minum obat”.

Pasien merupakan pensiunan PNS disebuah instansi pemerintah dan saat ini memiliki usaha kos-kos an karena rumahnya dekat dengan perguruan tinggi. Pasien juga masih memiliki interaksi yang baik dengan tetangga sekitarnya. Namun setelah kondisi kadar gulanya tidak terkontrol pasien cenderung malas mengikuti kegiatan dikampung.

Sebelumnya dilakukan pembahasan kasus tersebut diatas, sebaiknya dilakukan penilaian hal-hal sebagai berikut:

1. Tanda dan gejala depresi yang ada
2. Fungsi Kognitif
3. ADL (*activity daily living*)
4. Kualitas hidup/ *Quality of life* (QoL)
5. Perilaku
6. Citra diri

Hal pertama yang dilakukan untuk menilai tanda dan gejala depresi adalah melakukan anamnesis gejala depresi dan kemudian menilai gejala depresi yang ada dengan menggunakan

Montgomery- Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Dikatakan bahwa instrumen MADRS ini dapat mengukur distress dan gejala depresi yang berhubungan dengan diabetes (Tanenbaum, et al., 2013). Pada pasien ini didapatkan gejala depresi dengan skor total 16. Skor ini menunjukkan pasien saat ini sedang dalam kondisi depresi ringan.

Selanjutnya kita juga perlu menanyakan kepada keluarga tentang riwayat kerusakan neurokognitif pada pasien dan menilai fungsi kognitif pada pasien dengan menggunakan instrumen MMSE. Sedangkan untuk penilaian fungsi ADL pasien mengalami beberapa gejala ringan dan menetap serta mengalami disabilitas ringan dalam sosial, sehingga didapatkan skor GAF skor nya 80-71.

Depresi pada pasien ini dapat muncul kemungkinan dengan berbagai faktor penyebab seperti adanya stress sosial dengan adanya masalah keluarga dan juga adanya penyakit organik yang diderita pasien. Penyebab depresi itu sendiri adalah multifaktorial, yaitu adanya faktor biologis, faktor yang diturunkan (genetik) dan faktor psikososial (Sadock, 2010).

Kondisi stress dapat membuat kadar gula darah naik. Dan dikatakan bahwa kemungkinan orang yang mengalami stres mungkin akan makan makanan manis untuk mengurangi stres. Hal ini wajar karena ketika stres, kita cenderung mencari makanan manis dan berlemak tinggi untuk meningkatkan kadar serotonin di otak yang menimbulkan efek penenang (Hugeng.M, 2017). Dan dikatakan juga pada literatur lain bahwa pada pasien dengan diabetes yang mengalami kondisi depresi atau sedih mereka cenderung makan dan minum berlebihan sehingga merusak diri sendiri dan menyebabkan penyakit diabetesnya tidak terkontrol (Sadock, 2010). Hal ini tentunya akan menyebabkan tidak terkontrolnya kadar gula dan akan memperburuk kondisi diabetesnya. Maka dari itu perlu adanya pelatihan manajemen stres sebagai salah satu terapi tidak langsung bagi penderita diabetes untuk mengontrol kondisi diabetesnya.

Adanya hubungan yang kuat antara pikiran, sikap dan emosi dengan kesehatan mental dan fisik. Pikiran yang positif akan berdampak baik untuk tubuh. Pikiran positif ini dapat dilatih menggunakan self-talk untuk membantu manajemen diabetes (Hugeng et al., 2017). Self-talk merupakan salah satu dari teknik pendekatan perilaku kognitif yang dapat membangkitkan pikiran positif kepada pasien setiap hari sehingga dapat membantu pasien menghadapi suatu masalah (Erford, TB., 2017). Pada referat ini akan kami sampaikan bagaimana cara menerapkan terapi self-talk pada pasien sesuai ilustrasi kasus diatas.

Setelah dilakukan serangkaian penilaian diatas pasien dapat dilakukan pelatihan terapi selft.

Berikut contoh teknik Self-talk:

T: Terapis

P: Pasien

T : “Selamat pagi”

P : ”Selamat pagi, Dokter”

D : “Bagaimana kabar Bapak Kasimin hari ini?”

P :” Baik”

D : “Bagaimana tidur Bapak Kasimin tadi malam? Apakah Bapak bisa tidur nyenyak?

P : “ Buruk, semalam terbangun-bangun dan sulit tidur lagi.

D : “Apa ada yang mengganggu di benak pikiran anda saat itu?”

P : “Ya, Allah! Saya sedih dengan kondisi saya, apakah saya bisa sembuh?” Emm, apa saya sebaiknya mati saja, karena pengobatan ini tidak berhasil. Begitu malangnya saya.

D : “Lalu, apa yang anda kerjakan sepanjang malam itu?”

P : “Tidak ada. Saya hanya diam dan berkelut dengan pikiran-pikiran jelek yang selalu muncul”. Merasa tidak berguna dengan penyakit ini, tidak bisa berbuat apa-apa tanpa bantuan orang lain, merasa sendiri dan tidak berguna.

D : “Bagaimana hari hari anda yang lain?”

P : “Ya, hari –hari saya terasa sangat buruk. Saya tidak bisa hidup normal seperti orang lain karena saya penderita diabetes. Saya harus minum obat setiap hari. Banyak makanan yang harus saya hindari. Malas rasanya. Saya tidak punya semangat untuk mengerjakan apapun.”apalagi saya hanya ditemani pembantu dan anak2 kerja diluar kota semua.

D : “Baik, apakah pikiran-pikiran itu sering mengganggu ?”

P : “hemm”

D : “Apa yang anda lakukan untuk mengalihkan pikiran-pikiran yang mengganggu bapak?”

P : “Saya duduk-duduk saja diteras belakang rumah dengan minum teh manis”

D : “Baik, saya hanya ingin memastikan bahwa ketika anda terbangun dimalam hari yg pertama terlintas di benak anda adalah mengapa saya harus punya sakit gula? Kenapa saya tidak bisa hidup seperti orang-orang normal? Apakah saya harus minum obat setiap hari? Apakah tidak ada yang peduli dengan saya? Ini membuat anda semakin frustrasi dan tidak punya motivasi untuk melakukan apapun. Dan ini terjadi setiap hari, betul demikian?”

P : “Iya betul begitu dokter.”

D : “Ketika Anda mengatakan hal-hal semacam itu kepada diri Anda sendiri, bagaimana perasaan bapak?”

P : “Buruk”

D : “Apakah anda juga merasakan ada sesuatu yang terjadi didalam tubuh anda?”

P : leher, kaki

D : Tempat lain?

P : Tidak ada

D : Jadi rasa tegang dileher dan jimpe-jimpe di kaki?

P : iya

D : Salah satu tugas yang saya berikan minggu lalu sebelum anda datang pada sesi ini apakah Anda menuliskan beberapa hal yang mungkin dapat Anda katakan sendiri dan membuat Anda semakin tidak nyaman dan merasakan ketegangan di leher dan jimpe-jimpe dikaki. Atau Anda bisa memikirkan hal-hal yang positif dan bersikap tegas.

P : Betul

Pada percakapan yang terakhir antara dokter dengan pasien, dokter sebagai terapi mencoba memberikan *cognitive self-talk*. Dimana dokter mencoba memberikan pengertian dimana ketika pasien memikirkan hal-hal yang negatif akan berdampak buruk kondisi fisiknya.

D : Dan ketika Anda memikirkan hal-hal yang positif dan bersikap tegas maka mustahil untuk memikirkan tentang....

P : Hal-hal yang buruk

D : Hal-hal yang buruk, benar

Pada percakapan tersebut diatas dokter melakukan *reciprocal inhibition*, dimana artinya kita tidak mungkin melakukan dua hal yang berbeda-beda dalam waktu yang sama. Jadi pada waktu yang sama ketika kita berpikir positif akan memberikan semangat dan mustahil kita memikirkan hal-hal negatif dan menyakitkan.

D : Apakah Anda pernah mmencoba untuk berpikir positif dimana Anda bisa mengontrol kondisi sakit yang Anda alami saat ini?

P : Hemm, sepertinya se sekali pernah.

D : Apakah Anda merasa lebih baik?

P : Cukup baik

D : Baik, apa yang Anda lakukan saat Anda merasa bahwa semua masalah ini membuat bapak sedih dan tidak nyaman?

P : Saya hanya berusaha mengambil nafas panjang dan rileks.

D : Bagus, nafas panjang dan rileks. Pernahkah Anada mengambil nafas panjang?

P : Iya beberapa kali ketika tengah malam saya terbangun dan sulit tidur kembali.

D : Bagaimana rasanya?

P : Cukup berhasil, saya jadi bisa tidur kembali

D : Ok, Coba sekarang Bapak bersandar dikursi dan tutup mata Bapak. Dan ucapkan kata-kata yang biasa bapak katakan “Aku seorang pria yang berpenyakit”, “ Aku hanya sendirian”, “Setiap pagi harus minum obat” dan semacamnya, dan coba sekarang Bapak merasakan ketegangan didalam tubuh..... (berhenti sekitar 15 detik)

Sekarang saya ingin Bapak mengatakan hal-hal yang bisa membuat Bapak tenang. Saya ingin bapak mengatakan hal-hal yang membuat bapak tenang “ jangan stres, saya bisa berdamai dengan penyakitku, saya tidak sendiri Allah bersamaku, obat akan membantu kadar gula terkontrol dan sebagainya” sambil ambil nafas panjang dan rileks (Berhenti selama setengah menit). Bagaimana rasanya?

P : Cukup baik. Saya berhenti merasa sedih dan merasa lebih positif dan bersemangat lagi.

D : Bagus, jadi apa yang Bapak temukan adalah ketika Anda berpikir negatif tentang hidup Anda maka itu akan benar-benar membuat Anda stress namun ketika bapak memikirkan hal-hal yang menyenangkan dan mengatakan kepada Anda sendiri serta saya melihat Bapak benar-benar menarik nafas panjang, Anda akan merasa rileks dan merasa lebih baik.

P: ahaha....

Proses percakapan diatas adalah yang dinamakan self-talk. Proses ini didasarkan pada prinsip *reciprocal inhibition*. Dimana kita tidak memikirkan hal-hal negatif dan positif secara bersamaan. Semua pikiran negatif bisa dihambat dengan cara membuat frasa-frasa yang menyenangkan dan membuat kita rileks sehingga kita bisa terbebas dari stres.

4. SIMPULAN

Teknik aplikasi CBT untuk mengatasi gejala negatif pada skizofrenia meliputi menanyakan permasalahan pasien, mengeksplorasi masalah untuk dirumuskan dan menyepakati apa yang akan menjadi tujuan pasien, memeriksa dan merumuskan konsekuensi perilaku atau reaksi somatik pasien, memeriksa atau mengeksplorasi kejadian-kejadian yang mungkin sebagai pencetus atau penyebab permasalahan pasien, mengenali status kognitif pasien yang negatif berupa sistem keyakinan

irasional, terakhir mempersiapkan keyakinan rasional serta mendorong untuk belajar mempraktekkan keyakinan yang baru. Teknik ini tidak jauh berbeda dengan aplikasi CBT untuk gejala lain dan yang paling mendekati adalah teknik CBT untuk gangguan depresi. Teknik ini cukup efektif dan pasien akan mendapat banyak manfaat dari pemberian CBT ini sehingga kehidupannya akan menjadi lebih bermakna.

Deklarasi Konflik Kepentingan

Penulis mendeklarasikan tidak ada konflik kepentingan dari masing-masing penulis, baik yang bersifat finansial maupun non-finansial.

DAFTAR PUSTAKA

1. Abidin, Z., 2014. *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas pelayanan Kesehatan Primer*,
2. Beck, S. J., 2011. *Cognitive Behaviour Therapy* Second Edition., 72 Spring Street, New York: The Guilford Press.
3. Bell, T. et al., 2018. The association between cognitive decline and incident depressive symptoms in a sample of older Puerto Rican adults. , (2017), pp.1317–1325.
4. Bundy, C., Davies, L., 2013. *Is Treatment of Depression Cost-Effective in People with Diabetes? A Systematic Review of The Economic Evidence.*, Cambridge University Press.
5. Bennett, B. et al., 2018. Using Social Cognitive Theory to Predict Medication Compliance Behavior in Patients with Depression in Southern United States in 2016 in a Cross-Sectional Study. *Tabriz University of Medical Sciences*, 7(1), pp.1–8. Available at: <http://dx.doi.org/10.15171/jcs.2018.001>.
6. Cleare, A.J. & Duncko, R., 2018. Pharmacological management of depressive disorders Key points. *Medicine*, 44(12), pp.756–760. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.09.004>.
7. D, S.L.M. & Levy, S.O.L., 2016. Early Diagnosis and Treatment of Depressive Reactions Early Diagnosis and Treatment of Depressive Reactions. , 5481(June).
8. Kawamura T, Umemura T, Hotta N. Cognitive impairment in diabetic patients: Can diabetic control prevent cognitive decline?. *Journal of Diabetes Investigation* 2012;Vol.3.p.413-23.
9. Koole, S.L. & Andersson, G., 2017. Adding Psychotherapy to Antidepressant Medication in Depression and Anxiety Disorders : a Meta-Analysis Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders : a meta-analysis. , (February 2014).
10. Manderbacka, K. et al., 2018. Treatment of depression in diagnosed diabetes : common cause or detection bias ? , (2014), pp.1205–1212.
11. Maramis, F.W. & Maramis, A.A., 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa* Edisi 2., Surabaya: Airlangga university Press.
12. Maslim, R., 2013. *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III* Cetakan ke., Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya.
13. Persi, 2011. RI Ranking Keempat Jumlah Penderita Diabetes Terbanyak Dunia. , (www.pdpersi.co.id).
14. Petrak, F. et al., 2013. Study protocol of the Diabetes and Depression Study (DAD): a multi-center randomized controlled trial to compare the efficacy of a diabetes-specific cognitive

- behavioral group therapy versus sertraline in patients with major depression and poorly controlled diabetes mellitus. , pp.1–14.
15. Punthakee, Z., Goldenberg, R. & Katz, P., 2018. Definition , Classification and Diagnosis of Diabetes , Prediabetes and Metabolic Syndrome Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. *Canadian Journal of Diabetes*, 42, pp.S10–S15. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.003>.
 16. Sadock, K., 2016. *Buku Ajar Psikiatri Klinis Edisi 2.*, Jakarta: EGC.
 17. Se, H. et al., 2016. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents (Review). , (8).
 18. Seligman, L., & Reichenberg, L.R., 2013. *Theories of Counseling and Psychotherapy: System, Strategies, and Skill of Counseling and Psychotherapy (edisi 4)*, Upper Saddle River, NJ: Pearson Merrill
 19. Sherwood L., 2011. *Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem Edisi 2.* Jakarta : EGC.
 20. Soegondo, 2011. *Diagnosis dan klasifikasi Diabetes Mellitus Terkini dalam Buku Penatalaksanaan Diabetes Terpadu Sebagai Panduan Penatalaksanaan Diabetes Mellitus bagi Dokter maupun Edukator Diabetes*, Jakarta: FKUI.
 21. Vertesi A, Lever J.A, Molloy D.W, et al. Standardized Mini Mental State Examination. *Canadian Family Physician* 2011;47:2018-2023.
 22. Villamil-salcedo, V. et al., 2018. Glucose and cholesterol stabilization in patients with type 2 diabetes mellitus with depressive and anxiety symptoms by problem-solving therapy in primary care centers in Mexico City. , pp.33–41.
 23. Zahid, N., Shi, Z. & Hussain, A., 2018. Diabetes & Metabolic Syndrome : Clinical Research & Reviews Prevalence and risk factors for diabetes , comparison of rural populations in. , 3(2009), pp.109–112.
 24. Zuberi S.I., Syed E.U., Bhatti J.A., 2011. Association of depression with treatment Outcomes in Type 2 Diabetes Mellitus: a Cross-Sectional Study From Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry*.