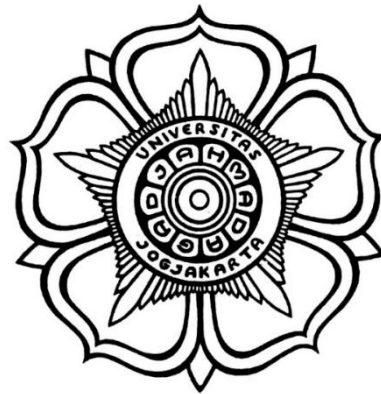


**PROGRAM “PASIEN PANDAI” UNTUK
MENURUNKAN DEPRESI PADA PENYANDANG
DIABETES MELLITUS TIPE 2
“PROPOSAL TESIS”**



Listri Laila Tamami

17/418875/PPS/03440

**PROGRAM MAGISTER PSIKOLOGI PROFESI
FAKULTAS PSIKOLOGI UNIVERSITAS GADJAH MADA
YOGYAKARTA**

ABSTRAK

Penyandang diabetes mellitus (DM) tipe 2 diharuskan mematuhi program manajemen yang kompleks secara disiplin dan berkelanjutan seumur hidupnya, mengingat penyakit ini tidak dapat disembuhkan. Kondisi tersebut dapat menyebabkan penyandang mengalami permasalahan dan gangguan psikologis, salah satunya yaitu depresi. Depresi yang tidak tertangani akan berdampak pada performa manajemen diri penyandang, sehingga komplikasi penyakit dapat terjadi dan kualitas hidup menjadi rendah. Oleh karena itu, diperlukan intervensi yang dapat menurunkan depresi pada penyandang DM tipe 2, dengan jenis intervensi yang dapat meningkatkan fleksibilitas psikologis. Fleksibilitas psikologis diperlukan bagi penyandang penyakit kronis dalam melakukan penyesuaian terhadap penyakit dan manajemen dirinya. Program “Pasien Pandai” (Pasien dengan Penerimaan dan Aksi) merupakan pengembangan dari *Acceptance and Commitment Therapy* yang dirancang untuk meningkatkan fleksibilitas penyandang penyakit kronis, dengan proses memfasilitasi penerimaan terhadap kondisi yang tidak dapat diubah, menguatkan komitmen dan memfasilitasi perubahan perilaku terkait peningkatan kesehatan. Desain penelitian yang digunakan yaitu *single case A-B-A*, dengan partisipan penelitian berjumlah 3-4 penyandang DM tipe 2 di Kecamatan Taliwang, Kabupaten Sumbawa Barat, Nusa Tenggara Barat. Hipotesis dari penelitian ini yaitu Program “Pasien Pandai” dapat menurunkan depresi pada penyandang DM tipe 2.

Kata kunci: depresi, diabetes mellitus, “Pasien Pandai”

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	0
BAB I	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	11
E. Perbedaan dengan Penelitian Sebelumnya	11
BAB II	18
A. Depresi	18
1. Definisi Depresi	18
2. Gejala-Gejala Depresi	19
3. Kategorisasi Depresi	21
B. Diabetes Mellitus	26
1. Diabetes Mellitus	26
2. Penegakan Diagnosis Diabetes Mellitus Tipe 2	28
3. Permasalahan Psikologis Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2	29
4. Intervensi untuk Menurunkan Depresi	34
C. Program “Pasien Pandai”	37
1. Landasan Teori Program “Pasien Pandai”	37
2. Pengaruh Program “Pasien Pandai” dalam Menurunkan Depresi pada Penyandang Diabetes Mellitus Tipe 2	45
D. Kerangka Berpikir	49
E. Hipotesis Penelitian	49
BAB III	50
A. Identifikasi dan Operasionalisasi Variabel	50
1. Identifikasi Variabel Penelitian	50
2. Operasionalisasi Variabel Penelitian	50
B. Partisipan Penelitian	51
C. Instrumen Penelitian	52
D. Desain Penelitian	57
E. Intervensi	58

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit tidak menular menjadi tantangan bidang kesehatan pada abad ke-21 menurut WHO (*World Health Organization*). Penyakit tidak menular di antaranya yaitu *cardiovascular disease*, *stroke*, kanker, jantung, hipertensi, dan diabetes mellitus. Beberapa penyakit tidak menular tidak dapat disembuhkan, dan membutuhkan pengelolaan jangka panjang, demi mencegah terjadinya komplikasi, atau yang diistilahkan dengan penyakit kronis. Hasil penelitian Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) menunjukkan adanya peningkatan jumlah penyandang penyakit kanker, *stroke*, ginjal kronis, diabetes mellitus dan hipertensi, dibandingkan dengan tahun 2013. Terjadinya kenaikan prevalensi penyakit tersebut berkaitan dengan pola hidup yang tidak sehat, antara lain merokok, mengonsumsi minuman mengandung alkohol, kurangnya aktivitas fisik, serta kurangnya mengonsumsi buah dan sayuran (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Diabetes mellitus (DM) merupakan salah satu dari penyakit tidak menular dan kronis yang banyak diderita di Indonesia. *International Diabetes Federation* (IDF) memprediksi adanya kenaikan jumlah penyandang DM dengan usia 20-79 tahun di Indonesia dari 7,3 juta penduduk pada tahun 2011, menjadi 11,8 juta penduduk pada tahun 2030 (Whiting, 2011). Berdasarkan riset dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018), jumlah penderita DM naik dari 6,9% pada

tahun 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2018, ditinjau dari pemeriksaan gula darah pasien. Penyakit DM terjadi karena pankreas tidak memproduksi atau merespon insulin (hormon yang mengatur gula darah atau glukosa) sebagaimana mestinya, atau saat tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang telah dihasilkan, sehingga mengakibatkan tingginya tingkat glukosa dalam darah atau disebut dengan *hyperglycaemia* (Nash, 2013).

Terdapat tiga tipe diabetes mellitus, yaitu DM tipe 1, 2 dan tipe lain. Penyakit DM tipe 1 terjadi karena adanya kerusakan pankreas, dipengaruhi faktor genetis dan onsetnya terjadi sejak masa kanak-kanak (Wells, DiPiro, Schwinghammer, & DiPiro, 2012), sehingga DM tipe 1 tidak dapat dicegah terjadinya. Diabetes mellitus tipe 2 disebabkan oleh pola hidup tidak sehat dan obesitas, dengan onset terjadinya pada usia lanjut, biasanya di atas 40 tahun (Hagen, 2002), yang mengindikasikan bahwa diabetes tipe ini dapat dicegah terjadinya. Penyakit DM tipe lain di antaranya yaitu *gestasional* (diabetes yang terjadi pada saat kehamilan), gangguan endokrin, sindrom *cushing*, penyakit *exocrine pancreas* dan dampak dari pengobatan (Wells, dkk., 2012). *American Diabetes Association* (ADA, 2019) menyatakan bahwa dari semua populasi penderita DM, lebih dari 90% merupakan penderita DM tipe 2.

Program manajemen diri penyandang DM tipe 2 terdiri atas pemberian tritmen farmakoterapi, non farmakoterapi atau kombinasi keduanya (Wells, dkk., 2012). Tritmen farmakoterapi dilakukan dengan pengobatan oral dan insulin, sedangkan tritmen non farmakoterapi di antaranya yaitu pengaturan pola makan, pelatihan aerobik untuk mencegah terjadi komplikasi dan mempertahankan atau

menurunkan berat badan. Program manajemen yang dijalankan membutuhkan adanya kepatuhan (*adherence*) dari penyandang, demi tercapainya gula darah yang terkontrol, mencegah terjadinya berbagai komplikasi akibat penyakit, serta tercapainya kualitas hidup yang lebih baik (Alatawi, Kavookjian, Ekong, & Alrayees, 2016).

Faktanya, penyandang DM biasanya mengalami hambatan dalam kepatuhan terhadap program manajemen. Haynes, McDonald, dan Garg, (2002), serta Harvey (2008), menemukan bahwa tingkat kepatuhan penyandang DM terhadap pengobatan hanya sekitar 50% dari yang direkomendasikan, serta tingkat kepatuhan lebih rendah lagi pada manajemen gaya hidup (diet dan latihan fisik). Tingkat kepatuhan yang rendah dapat dikarenakan faktor situasional, seperti stres (Goodal, & Halford, dalam Hasanat, 2012), dan adanya permasalahan psikologis atau emosi (ADA, 2018). Oleh karena itu, ADA (2018) merekomendasikan perujukan permasalahan psikologis atau emosi bila ditemukan kepatuhan penyandang DM terhadap aturan-aturan medis masih rendah.

Permasalahan psikologis atau emosi dialami oleh K dan T, yang merupakan dua responden wawancara awal penelitian pada 10 Agustus 2019. K adalah seorang wanita berusia 60 tahun, menyandang DM tipe 2 selama lima tahun, dan T adalah seorang pria berusia 64 tahun, dan telah menyandang DM tipe 2 selama empat tahun. K menceritakan bahwa gejala dari penyakit DM yang dialami seperti sering mengantuk, lemas, lapar dan haus, serta sering buang air kecil, membuat dirinya merasa tidak nyaman dan lelah. Responden T merasa lemas, pucat, dan tidak bergairah dalam beraktivitas bila tidak disuntik insulin. T dan

isterinya tidak berani menyuntikkan insulin secara mandiri, sehingga memerlukan bantuan perawat setiap harinya. Kondisi tersebut membuat T dan isterinya selalu khawatir dengan pengobatan T.

Selain perasaan tidak nyaman, lelah dan khawatir, menyandang penyakit DM juga dapat memicu gangguan psikologis pada penyandanginya. Distres diabetes, fobia terhadap alat pengobatan, kecemasan dan depresi, merupakan gangguan psikologis yang paling sering menyertai penyakit DM tipe 2 (Kalra, Jena, & Yeravdekar, 2018). Depresi menjadi gangguan yang paling banyak diteliti, dan secara signifikan terbukti berdampak negatif terhadap DM tipe 2 (Nefs, 2013). Penelitian oleh Nouwen, Winkley, Twisk, Lloyd, Peyrot, Ismail, dan Pouwer (2010) menunjukkan bahwa penyandang DM tipe 2 berisiko 24% mengalami depresi dibandingkan dengan orang yang tidak menderita penyakit kronis. Studi yang dilakukan oleh Kurniati dan Adinugraha (2017) pada pasien diabetes di sebuah rumah sakit di Bantul, Yogyakarta, menunjukkan bahwa sebagian besar responden penelitiannya mengalami depresi. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Donsu, Hadjam, Hidayat dan Asdie (2014) terhadap penyandang DM tipe 2 di Yogyakarta, yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden penelitiannya mengalami depresi sedang.

Wawancara dilakukan pada 11 Agustus 2019, terhadap O, seorang wanita berusia 55 tahun yang telah menyandang penyakit DM tipe 2 selama 14 tahun dan telah mengalami pengamputasian pada kaki sebelah kirinya. Responden O mengaku merasa rendah diri karena kondisi fisiknya yang tidak lengkap akibat diamputasi. Perasaan tidak berguna dan bersalah juga dirasakan oleh O karena tidak

dapat mengelola penyakitnya dengan baik, sehingga mengalami komplikasi. Responden O menarik diri dari lingkungan sekitar akibat keadaannya tersebut, meski sebelumnya ia menyukai bersosialisasi dengan orang lain. Gejala-gejala berupa rasa rendah diri, tidak berguna dan menyalahkan diri sendiri, serta kehilangan minat dan kesenangan mengindikasikan responden O mengalami gejala-gejala depresi dikarenakan penyakitnya.

Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa- III, depresi adalah gangguan suasana hati, dengan gejala utama adanya afek depresif, kehilangan minat dan kegembiraan, serta berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas (Maslim, 2013). Gejala lainnya berupa berkurangnya tingkat konsentrasi, perhatian, harga diri, kepercayaan diri, adanya gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna, pesimistis, terganggunya tidur dan nafsu makan, serta gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri sendiri atau bunuh diri. Pada penyandang DM tipe 2 yang mengalami depresi ditandai dengan gejala hilangnya kesenangan terhadap minat yang biasa disukai, dan adanya rasa putus asa terhadap penyakit yang dideritanya (Demakakos, Zaninotto, & Nouwen, 2014; Rotella, & Mannucci, 2013).

Depresi menjadi faktor psikososial yang berkontribusi langsung terhadap manajemen diri DM (Hasanat, 2015). Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi skor depresi yang dialami penyandang DM tipe 2, maka makin rendah manajemen dirinya (Bai, Chiou, & Chang, 2009; Hasanat, 2015). Oleh karena performa manajemen diri yang buruk, kadar gula darah meningkat (Lustman, Anderson, Ryan, Freedland, De Groot, Carney, & Clouse, 2000), dan

terjadilah komplikasi penyakit (Alatawi, dkk., 2016). Penelitian dari Katon dkk. (2003) menunjukkan bahwa depresi meningkatkan aktivitas merokok, dan perilaku itu tidak mendukung peningkatan kesehatan pada diri penyandang DM tipe 2.

Kondisi kesehatan yang memburuk disertai komplikasi dapat berakibat pada kematian. Katon, Lin, Korff, Ciechanowski, Ludman, Young, Peterson, Rutter, McGregor dan McCulloch (2010) menemukan bahwa penyandang DM tipe 2 yang mengalami depresi memiliki risiko kematian lebih tinggi, dibandingkan dengan penyandang DM tipe 2 yang tidak mengalami depresi. Depresi yang berdampak pada manajemen diri, juga pada akhirnya berdampak pada rendahnya kualitas hidup. Oleh karena itu, penyandang DM tipe 2 yang mengalami depresi memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan penyandang yang tidak mengalami depresi (Radha, 2003; Derakhshanpour, Vakili, Farsinia, & Mirkarimi, 2015).

Berdasarkan berbagai dampak depresi terhadap DM tipe 2, maka diperlukan intervensi yang dapat menurunkan depresi, agar berdampak pada kemampuan manajemen diri pasien. Intervensi yang sering digunakan untuk menurunkan depresi di antaranya, yaitu terapi interpersonal (Cuijpers, Geraedts, van Oppen, dkk., 2011), serta *Cognitive Behavioral Therapy* (Beck, 2009; Gotlib, & Hammen, 2009; Mor, & Haran, 2009; Cukor, Ver Halen, Asher, dkk., 2014). Ada pula *mindfulness- based cognitive therapy* (Jakobsen, Hansen, Simonsen, dkk., 2012; Lenz, Hall, & Smith, 2016), *schema therapy* (Carter, McIntosh, Jordan, dkk., 2013), dan *group dialectical behaviour therapy* (Harley, Sprich, Safren, dkk., 2008) yang efektif menurunkan depresi dalam *setting* kelompok. Intervensi untuk

menurunkan depresi lainnya yaitu terapi dengan sesi singkat/ *brief*, seperti *cognitive behavioral therapy* versi *brief*, *problem-solving therapy*, dan *mindfulness-based cognitive therapy* (Nieuwsma, Trivedi, McDuffie, dkk., 2012). *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) juga terbukti efektif menurunkan depresi (Folke, Parling, & Melin, 2012).

Hasil studi yang dilakukan oleh Massey, Feig, Duque-Serrano, Wexler, Moskowitz, dan Huffman (2018) menunjukkan bahwa ACT sama efektifnya dengan *mindfulness-based intervention* dalam meningkatkan manajemen diri, serta menurunkan kecemasan, distress diabetes, dan depresi pada penyandang DM tipe 2. Hasil analisis tersebut memperkuat temuan dari A-Tjak, Davis, Morina, Powers, Smits dan Emmelkamp (2015) bahwa efektivitas ACT setara dengan *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) dalam penanganan depresi dan kecemasan. Studi yang dilakukan Massey, dkk. (2018) mengindikasikan dibutuhkan penerapan dan pengembangan lebih lanjut dari ACT, karena hanya terdapat enam jurnal mengenai penelitian ACT terpilih yang ditinjau pada studi tersebut. meskipun ACT ditemukan sama efektifnya dengan *mindfulness* dan CBT.

Pada ACT, diterapkan strategi penerimaan dan *mindfulness* (*here and now*), serta perubahan perilaku yang dilaksanakan dengan komitmen, untuk meningkatkan fleksibilitas psikologis seseorang (Zettle, 2005). Proses dari ACT bukanlah mengeliminasi perasaan negatif yang sulit, melainkan menghadirkan hal yang dialami dalam hidup dan bergerak maju dibarengi dengan adanya perilaku yang lebih bermakna (Hayes, & Strosahl, 2012).

Salah satu pengembangan ACT yang dikhususkan untuk intervensi terhadap permasalahan psikologis penyandang atau pendamping penyakit kronis yaitu Program “Pasien Pandai” (Pasien dengan PenerimaAN Dan Aksi), yang dikembangkan oleh Retnowati, Dinni, Rahayu, Rizal, dan Saniatuzzulfa (2014). Melalui program ini, diharapkan pasien penyakit kronis dapat lebih menerima kondisinya, mampu menetapkan tujuan dalam menghadapi penyakitnya, membangun komitmen untuk berubah secara lebih positif, dan melaksanakan perubahan perilaku sesuai komitmen untuk mengelola penyakitnya (Retnowati, dkk., 2014). Oleh karena itu, depresi yang dialami penyandang DM tipe 2 menurun dan selanjutnya meningkatkan manajemen diri pasien. Seperti halnya ACT, Program “Pasien Pandai” juga dapat meningkatkan fleksibilitas psikologis seseorang. Fleksibilitas psikologis diperlukan bagi penyandang penyakit kronis seperti DM tipe 2, dalam penyesuaian dengan penyakit dan proses manajemen diri yang meliputi perubahan gaya hidup yang terjadi dalam jangka waktu yang lama (Taylor, 2015).

Retnowati, dkk. (2014) menyusun Program “Pasien Pandai” menjadi lima kali pertemuan dengan fokus penerimaan, penemuan nilai hidup dan pembentukan komitmen, serta penerapan aksi. Tahap Penerimaan berfokus pada mengenali sensasi tubuh, pikiran dan perasaan terkait penyakit kronis yang dialami. Tahapan pertama dapat menurunkan depresi secara langsung, karena semakin tinggi penerimaan penyandang penyakit kronis, maka makin rendah depresinya (McCracken, & Eccleston, 2003). Teknik *mindfulness* dengan relaksasi yang digunakan untuk mencapai aspek penerimaan juga berdampak pada kondisi nyaman

pada tubuh dan pikiran, merangsang bagian otak yang mengatur emosi dan proses belajar menjadi lebih teratur aktivitasnya, sehingga berdampak pada terjadinya pengelolaan emosi yang baik (Holzel, dkk., 2011; Passer, & Smith, 2009). Dampak dari pengelolaan emosi yang baik yaitu menurunnya kadar kortisol (hormon yang diketahui terlibat dalam terjadinya depresi dan emosi negatif lain) dalam darah (Southwick, dkk; Thase, dalam Hooley, dkk., 2017).

Pertemuan keempat dan kelima program “Pasien Pandai” bertujuan untuk menemukan nilai hidup, yang mana nilai-nilai tersebut dikaitkan dengan pentingnya menjaga kesehatan. Proses ini juga bertujuan untuk pembentukan komitmen perubahan dan penyusunan rencana perubahan kesehatan, sehingga peserta lebih termotivasi untuk memelihara kesehatannya. Meningkatnya motivasi perbaikan kesehatan, mengindikasikan menurunnya gejala depresi yang dialami (Robinson, Wicksell, & Olsson, dalam Hayes, & Strosahl, 2004).

Jumlah pertemuan dalam Program “Pasien Pandai” oleh Retnowati, dkk. (2014) tergolong *brief* atau singkat, yaitu lima kali pertemuan, tidak seperti jumlah sesi pada ACT dengan protokol yang lengkap, yang diterapkan hingga delapan kali pertemuan. Hasil penelitian Majumdar dan Morris (2019) menunjukkan bahwa ACT dengan cara singkat (*brief*) sama efektifnya dengan ACT dengan protokol yang lengkap dalam menurunkan depresi, serta meningkatkan status kesehatan dan harapan pada penyintas *stroke*. Penelitian tersebut memperkuat temuan dari McCracken, Sato dan Taylor (2013) bahwa penerapan ACT dengan sesi yang *brief* (empat sesi dalam dua minggu), efektif dalam menurunkan depresi pada penyandang penyakit kronis. Berdasarkan penjabaran tersebut, maka penelitian ini

bertujuan untuk menguji pengaruh Program “Pasien Pandai” dalam menurunkan depresi pada penyandang DM tipe 2.

B. Rumusan Masalah

Penyandang DM tipe 2 diharuskan menjalani tritmen farmakoterapi dan non farmakoterapi yang rutin dalam jangka panjang, mengingat penyakit DM tipe 2 tidak dapat disembuhkan. Tritmen-tritmen tersebut tidak selalu dapat dipatuhi, karena berbagai permasalahan psikologis atau emosi, salah satunya yaitu depresi. Depresi pada penyandang DM tipe 2 menyebabkan performa manajemen diri yang buruk. Manajemen diri yang buruk berdampak pada meningkatnya kadar gula darah, komplikasi penyakit, dan bahkan risiko kematian. Depresi yang tidak tertangani pada akhirnya berdampak pada kualitas hidup yang rendah pada penyandang DM tipe 2. Oleh karena itu, dibutuhkan intervensi untuk menurunkan depresi pada penyandang DM tipe 2. Berdasarkan latar belakang tersebut maka disusunlah pertanyaan penelitian yaitu apakah Program “Pasien Pandai” dapat menurunkan depresi pada penyandang diabetes mellitus tipe 2?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk menguji pengaruh Program “Pasien Pandai” dalam menurunkan depresi pada penyandang diabetes mellitus tipe 2.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangsih terhadap literatur keilmuan Psikologi Kesehatan, khususnya mengenai program yang dapat menurunkan depresi pada penyandang diabetes mellitus tipe 2.

2. Manfaat praktis

- a. Penelitian terhadap pengaruh Program “Pasien Pandai” diharapkan dapat bermanfaat bagi psikolog dan petugas kesehatan lainnya dalam menangani depresi pada penyandang diabetes mellitus tipe 2
- b. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat praktis pada partisipan penelitian dalam menurunkan depresi yang dialami sebagai akibat dari penyakit yang diderita.

E. Perbedaan dengan Penelitian Sebelumnya

Penelitian mengenai diabetes mellitus (DM) tipe 2 di antaranya yaitu Pengaruh Senam terhadap Kadar Gula Darah Penderita Diabetes yang dilakukan oleh Utomo, Azam, dan Ningrum (2012). Penelitian tersebut bertujuan untuk mengetahui perbedaan kadar gula darah pada dua kelompok penyandang DM tipe 2 di Semarang, yang melaksanakan senam dengan yang tidak melaksanakan senam. Metode penelitian tersebut yaitu kuantitatif, dengan hasil yang menunjukkan bahwa senam efektif untuk menurunkan kadar gula darah. Perbedaan penelitian Utomo, Azam, dan Ningrum (2012) dengan penelitian yang hendak dilakukan oleh penulis

yaitu terletak pada variabel dependen yang diteliti, metode penelitian, dan lokasi pengambilan sampel penelitian. Variabel dependen yang hendak diteliti oleh penulis yaitu depresi pada penyandang DM tipe 2, dengan metode eksperimen, dan partisipan penelitian berada di Yogyakarta.

Terdapat pula penelitian dari Sujana, Wahyuningsih dan Uyun (2015), yang meneliti Peningkatan Kesejahteraan Psikologis pada Penyandang Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Menggunakan *Group Positive Psychotherapy*. Metode yang digunakan dalam penelitian tersebut yaitu eksperimen, dengan hasil bahwa *Group Positive Psychotherapy* dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis pada penyandang DM tipe 2. Perbedaan penelitian yang dilakukan oleh Sujana, Wahyuningsih, dan Uyun (2015) dengan penelitian yang hendak dilakukan oleh penulis yaitu terletak variabel penelitiannya. Variabel bebas yang hendak diteliti oleh penulis yaitu Program “Pasien Pandai”, dengan variabel terganggunanya yaitu depresi pada penyandang DM tipe 2.

Penelitian yang pernah dilakukan untuk menurunkan depresi di antaranya dilakukan oleh Nugraha, dkk. (2017), dengan judul *Javanese Art's Therapy* Sebagai Intervensi Menurunkan Tingkat Depresi Lansia di Panti Wreda Harapan Ibu Semarang. Metode penelitian yaitu eksperimen, dengan hasil penelitian menunjukkan *Javanese Art's Therapy* mampu menurunkan depresi pada partisipan penelitian. Perbedaan penelitian oleh Nugraha, dkk. (2017) dengan penelitian yang hendak dilaksanakan oleh penulis terletak pada variabel bebas atau intervensi yang digunakan, serta partisipan penelitian. Variabel bebas yang hendak diteliti oleh

penulis yaitu Program “Pasien Pandai”, dengan partisipan penyandang DM tipe 2 di Yogyakarta.

Studi lain mengenai intervensi depresi pada penyandang DM tipe 2 pernah dilakukan oleh Maryam, Abedi, dan Aghaei (2012), dan Ahmadsaraei dkk. (2017). Dua penelitian tersebut menunjukkan bahwa *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) terbukti efektif menurunkan depresi pada penyandang DM tipe 2. Metode kedua penelitian tersebut yaitu eksperimen, dengan jumlah pertemuan intervensi sebanyak delapan kali. Perbedaan penelitian oleh Maryam, Abedi, dan Aghaei (2012), dan Ahmadsaraei dkk. (2017), dengan penelitian yang hendak dilakukan oleh penulis terletak pada variabel bebas atau intervensi yang digunakan, dan jumlah pertemuan intervensi. Program “Pasien Pandai” yang hendak diteliti oleh penulis merupakan pengembangan dari ACT, namun “Pasien Pandai” dispesifikan pada penanganan pasien atau pendamping pasien dengan penyakit kronis, seperti DM. Program “Pasien Pandai” dilaksanakan secara singkat dengan lima kali pertemuan, lebih singkat dari sesi ACT yang diterapkan pada penelitian oleh Maryam, Abedi, dan Aghaei (2012), serta Ahmadsaraei dkk. (2017) tersebut.

Penelitian mengenai pengaruh Program “Pasien Pandai” terhadap berbagai aspek psikologis pada pasien atau *caregiver* pasien penyakit kronis telah dilakukan, namun belum ditemukan penelitian mengenai efektivitas Program “Pasien Pandai” terhadap depresi pada penyandang DM tipe 2. Penelitian yang pernah dilakukan yaitu pengaruh Program “Pasien Pandai” terhadap kepatuhan pengobatan pasien DM tipe 2 (Dinni, 2014), kecemasan pada pasien jantung (Rizal, 2014), optimisme pada pasien kanker (Saniatuzzulfa, 2014), serta *post-traumatic growth* pada pasien

pasca *stroke* (Rahayu, 2015). Setelah itu, belum ditemukan lagi penelitian mengenai efektivitas Program “Pasien Pandai” terhadap penyandang penyakit atau *caregiver* penyakit kronis, sehingga hal itu menjadi dasar dilaksanakan penelitian ini.

Rekomendasi yang diberikan berdasarkan penelitian-penelitian Program “Pasien Pandai” sebelumnya yaitu bahasa dalam pemberian tugas rumah yang perlu dijelaskan lebih detil dan sederhana oleh fasilitator pelatihan, karena disesuaikan dengan tingkat pendidikan partisipan. Selain itu, perlu adanya jeda pemberian penelitian minimal satu hari, pada penelitian yang dilakukan oleh Dinni (2014) misalnya, pertemuan I-III tidak berjeda dan dilaksanakan tiga hari berturut-turut, sehingga berdampak pada kondisi partisipan yang kurang optimal mengikuti pelatihan. Adanya jeda hari juga membantu partisipan untuk mencerna dan memaknai hasil dari pelatihan (McCracken dkk., 2013). Penelitian dengan tema serupa yang pernah diteliti yaitu, sebagai berikut:

1. Program “Pasien Pandai”: Upaya Menurunkan Kecemasan Pasien Penyakit Jantung (Rizal, 2014).
2. Program “Pasien Pandai”: Upaya Meningkatkan Optimisme Pasien Kanker (Saniatuzzulfa, 2014).
3. Program “Pasien Pandai”: Upaya Meningkatkan Kepatuhan terhadap Pengobatan pada Pasien Diabetes Mellitus tipe 2 (Dinni, 2014).
4. Program “Pasien Pandai”: Upaya Meningkatkan *Post- Traumatic Growth* (PTG) pada Pasien Pascastroke (Rahayu, 2015).

Berikut ini adalah tabel perbedaan penelitian yang dilakukan sebelumnya dengan penelitian yang akan dilaksanakan pada 2020 ini:

Tabel 1. Perbedaan Penelitian

Aspek UTOS	Program “Pasien Pandai” (Rizal, 2014)	Program “Pasien Pandai” (Saniatuzzulfa, 2014)	Program “Pasien Pandai” (Dinni, 2014)	Program “Pasien Pandai” (Rahayu, 2015)	Program “Pasien Pandai” (Tamami, 2020)
Penulis	Rizal	Saniatuzzulfa	Dinni	Rahayu	Tamami
<i>Units</i>	Menurunkan Kecemasan Pasien Penyakit Jantung	Meningkatkan Optimisme Pasien Kanker	Meningkatkan Kepatuhan terhadap Pengobatan pada Pasien DM tipe 2	Meningkatkan (PTG) pada Pasien Pascastroke	Menurunkan Depresi pada Pasien DM tipe 2
<i>Treatments</i>	Modul Program “Pasien Pandai” dengan desain penelitian <i>the one group pretest posttest</i>	Modul Program “Pasien Pandai” dengan desain penelitian <i>the one group pretest posttest</i>	Modul Program “Pasien Pandai” dengan desain penelitian <i>the one group pretest posttest</i>	Modul Program “Pasien Pandai” dengan desain penelitian <i>the one group pretest posttest with double pretest design</i>	Modul Program “Pasien Pandai” dengan desain penelitian <i>single case A-B-A</i> .
<i>Observations</i>	Alat ukur: 1. <i>Beck Anxiety Inventory</i> (Alat ukur kecemasan) 2. Kuesioner Penerimaan dan Aksi Pasien Kronis (AAQ) (modifikasi dari Bond, & Hayes, 2011)	Alat ukur: 1. Skala Optimisme (modifikasi dari skala <i>Life Orientation Test Revised</i> oleh Scheier, & Carver (1994) 2. Kuesioner Penerimaan dan Aksi Pasien Kronis (AAQ) (modifikasi dari Bond, & Hayes, 2011)	Alat ukur: 1. Skala Kepatuhan terhadap Pengobatan (modifikasi dari Skala Kepatuhan terhadap Pengobatan Basyiroh, 2011). 2. Kuesioner Penerimaan dan Aksi Pasien Kronis (AAQ) (modifikasi dari Bond, & Hayes, 2011)	Alat ukur: 1. Skala <i>post-traumatic growth</i> (modifikasi dari <i>Post-traumatic Growth Inventory</i> / PTG-I yang sudah divalidasi dan diujicobakan di Indonesia oleh Shafira, 2011). 2. Kuesioner Penerimaan dan Aksi Pasien Kronis (AAQ) (modifikasi dari Bond, & Hayes, 2011)	Alat ukur: 1. Alat ukur depresi, <i>Patient Health Questionnaire- 9</i> (sudah divalidasi dan diujicobakan di Indonesia oleh Wijayanti (2018) 2. Kuesioner Penerimaan dan Aksi (modifikasi dari AAQ Bond, & Hayes (2011) yang sudah divalidasi dan diujicobakan pada pasien DM tipe 2 di Yogyakarta oleh Dinni, 2014) 3. Ceklis harian depresi (disusun dan divalidasi oleh Madhina, 2018, berdasarkan PPDGJ-III
<i>Settings</i>	Penelitian dilakukan pada empat pasien penyakit jantung	Penelitian dilakukan pada tiga pasien	Penelitian dilakukan pada lima pasien DM tipe 2 dari	Penelitian dilakukan pada empat pasien pascastroke di	Penelitian dilakukan pada empat pasien DM tipe 2 di Kecamatan Taliwang,

di daerah di Puskesmas Gondokusuman II, Yogyakarta	kanker payudara yang menjalani pengobatan di RS. Sardjito Yogyakarta	organisasi Persadia (Persatuan Diabetes Indonesia) cabang Yogyakarta	wilayah Terban, Condong Catur, Yogyakarta	Kabupaten Sumbawa Barat, Provinsi NTB
---	--	---	---	--

BAB II

A. Depresi

1. Definisi Depresi

Depresi adalah istilah yang merujuk pada adanya pola penyimpangan kompleks pada perasaan, kognisi, dan perilaku yang tidak direpresentasikan sebagai gangguan psikiatrik diskrit (Beck, & Alford, 2009). Lebih lanjut Beck dan Alford (2009) mendefinisikan depresi sebagai gangguan suasana hati seperti sedih, kesepian dan apatis; adanya konsep diri negatif yang berkaitan dengan menyalahkan diri sendiri; keinginan menghukum diri sendiri; perubahan vegetatif (mengalami anoreksia, insomnia, atau kehilangan gairah seksual); serta adanya perubahan dalam aktivitas (retardasi atau agitasi fungsi motorik). Adapun Friedman, dan Anderson (2014) mendefinisikan Gangguan Depresi sebagai sekelompok gangguan yang ditandai dengan adanya ketidakstabilan emosi dengan derajat yang berbeda, serta berkaitan dengan perubahan kognisi, *neurovegetative*, dan psikomotorik.

Pada *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-5) (APA, 2013), Gangguan Depresi mencakup gangguan *disruptive mood dysregulation*, *major depressive* (termasuk episode depresi mayor), *persistent depressive* (distimia), *premenstrual dysphoric*, *substance/medication-induced depressive*, gangguan depresi dikarenakan kondisi medis lain, gangguan depresi dengan spesifikasi lainnya, serta *unspecified depressive*. Gangguan depresi dikarenakan kondisi medis lain merupakan jenis gangguan depresi yang digunakan dalam penelitian ini. Berdasarkan DSM-5 (APA, 2013), gangguan

depresi dikarenakan kondisi medis lain digambarkan sebagai suatu periode yang didominasi oleh adanya suasana hati depresif yang menetap, atau ditandai dengan berkurangnya minat atau kesenangan pada semua, atau hampir semua kegiatan yang berindikasi secara klinis. Lebih lanjut dijelaskan bahwa gejala-gejala tersebut diduga berkaitan dengan efek psikologis dari suatu kondisi medis (APA, 2013).

Berdasarkan definisi depresi, disimpulkan bahwa depresi adalah sekelompok gangguan yang ditandai dengan penyimpangan dan perubahan emosi, kognisi, *vegetative* dan psikomotorik. Perubahan emosi ditunjukkan dengan suasana hati yang sedih, kesepian, dan apatis. Perubahan pada aspek kognisi berupa adanya pikiran negatif, seperti menyalahkan dan ingin menghukum diri sendiri. Perubahan vegetatif seperti mengalami anoreksia, insomnia, atau kehilangan gairah seksual, sedangkan perubahan psikomotorik berupa retardasi atau agitasi fungsi motorik. Jenis depresi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu gangguan depresi dikarenakan kondisi medis lain. Gangguan depresi dikarenakan kondisi medis lain digambarkan sebagai suatu periode yang didominasi oleh suasana hati depresif yang menetap, berkurangnya minat atau kesenangan pada hampir semua kegiatan, dan gejala-gejala tersebut diduga berkaitan dengan efek psikologis dari suatu kondisi medis.

2. Gejala-Gejala Depresi

Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) (Maslim, 2013), gejala-gejala depresi dibagi menjadi gejala utama dan

gejala lainnya. Spesifikasi dari gejala, disesuaikan dengan jenis episode depresi yang tengah dialami. Berikut yaitu gejala utama depresi:

- a. Afek yang depresif
- b. Kehilangan minat dan kegembiraan
- c. Merasa mudah lelah meskipun beraktivitas sebentar

Gejala lain dari episode depresi yang biasa dialami oleh penderita yaitu, sebagai berikut:

- a. Menurunnya konsentrasi dan perhatian
- b. Menurunnya harga diri dan kepercayaan diri
- c. Merasa bersalah dan tidak berguna
- d. Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
- e. Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau percobaan bunuh diri
- f. Terganggunya tidur
- g. Menurunnya nafsu makan

Berdasarkan DSM-5 (APA, 2013), gangguan depresi dikarenakan kondisi medis lain memiliki gejala-gejala sebagai berikut:

- a. Suatu periode yang didominasi oleh adanya suasana hati depresif yang menetap, atau ditandai dengan berkurangnya minat atau kesenangan pada semua, atau hampir semua kegiatan yang berindikasi secara klinis
- b. Terdapat bukti dari riwayat, pemeriksaan fisik, atau hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan bahwa gangguan ini berkaitan atau terjadi akibat adanya kondisi medis lain

- c. Gangguan ini bukan merupakan gejala dari gangguan mental lain, seperti gangguan penyesuaian
- d. Gangguan ini tidak terjadi selama fase delirium
- e. Gangguan menyebabkan distres klinis atau hendaya pada sosial, okupasi, atau area fungsi penting lainnya

3. Kategorisasi Depresi

Berdasarkan PPDGJ (Maslim, 2013), depresi dibagi menjadi beberapa kategori, di antaranya yaitu:

a. Episode Depresi Ringan

Episode depresi disebut ringan tingkatnya ketika memenuhi kriteria seperti di bawah ini, yaitu:

- 1) Harus ada minimal dua dari tiga gejala utama depresi seperti disebutkan pada gejala utama
- 2) Ditambah minimal dua dari gejala lain (kriteria a-g gejala lain episode depresi)
- 3) Dari gejala utama dan tambahan yang dialami, tidak ada gejala berat yang menyertainya
- 4) Gejala yang dirasakan berlangsung minimal dua minggu
- 5) Adanya hendaya ringan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan

b. Episode Depresi Sedang

- 1) Harus ada minimal dua dari tiga gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya tiga (dan sebaiknya empat) dari gejala lainnya
- 3) Gejala yang dialami berlangsung minimal dua minggu
- 4) Adanya kesulitan nyata dalam meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga

c. Episode Depresi Berat Tanpa Gejala Psikotik

- 1) Harus memenuhi tiga gejala utama depresi
- 2) Ditambah minimal empat dari gejala lainnya, dan beberapa gejalanya haruslah berintensitas berat
- 3) Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk menceritakan gejala yang dialami secara detil. Hal itu membuat penegakan diagnosis depresi berat masih dapat dibenarkan.
- 4) Episode depresif biasanya harus berlangsung minimal dua minggu, tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari dua minggu
- 5) 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

- 1) Harus mengalami gejala-gejala episode depresi berat
- 2) Mengalami waham (misalnya ide tentang dosa, kemiskinan, atau bencana), halusinasi (misal halusinasi auditorik atau olfaktorik berupa suara yang menghina atau menuduh), atau stupor depresif.

Pada DSM-5 (APA, 2013), depresi dikarenakan kondisi medis lain dibagi dalam beberapa spesifikasi seperti berikut ini, yaitu:

- a. *With depressive features* (dengan ciri/ karakteristik depresif), terjadi ketika gangguan yang dialami ditandai dengan ciri/ karakteristik umum dari gangguan depresi, namun tidak memenuhi gejala episode depresi mayor.
- b. *With major depressive- like episode* (disertai dengan episode/ fase yang menyerupai depresi mayor), merupakan spesifikasi gangguan depresi dikarenakan kondisi medis lain yang gejala depresinya menyerupai gejala-gejala episode depresi mayor/ *major depressive episode*. Berikut kriteria gejala episode yang menyerupai depresi mayor, yaitu:

- 1) Memenuhi minimal lima dari sembilan gejala berikut, yang dialami selama minimal dua minggu dan ditandai dengan adanya penurunan fungsi diri; dengan setidaknya satu dari gejala-gejala tersebut harus melibatkan (a) suasana hati (*mood*) yang depresif, atau (b) kehilangan minat atau kesenangan.

(a) Suasana hati yang depresif dialami hampir sepanjang hari, dan hampir setiap hari.

- (b) Berkurangnya minat atau kesenangan secara drastis pada semua atau hampir semua aktivitas, hampir setiap dan sepanjang hari
 - (c) Terjadi perubahan berat badan secara drastis, atau adanya perubahan selera makan, baik meningkat maupun menurun, yang dialami hampir setiap hari.
 - (d) Setiap hari (atau hampir setiap hari) mengalami insomnia atau hipersomnia (tidur berlebihan)
 - (e) Adanya agitasi atau retardasi motorik yang terjadi hampir setiap hari
 - (f) Kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari
 - (g) Perasaan tidak berharga atau bersalah yang berlebihan (bisa jadi mengarah pada waham) yang dirasakan hampir setiap hari (bukan semata-mata menyalahkan diri sendiri karena mengalami gangguan)
 - (h) Berkurangnya kemampuan untuk berpikir dan berkonsentrasi, atau membuat keputusan, yang dialami hampir setiap hari
 - (i) Pikiran berulang tentang kematian (tidak hanya rasa khawatir akan kematian), berulangnya ide bunuh diri dengan atau tanpa rencana yang spesifik, atau adanya percobaan bunuh diri, atau rencana bunuh diri yang jelas.
- 2) Gejala-gejala ini secara klinis nyata menyebabkan distress atau hendaya pada fungsi sosial, pekerjaan, atau area penting kehidupan lainnya
- c. *With mixed feature* (disertai dengan gejala campuran), yaitu spesifikasi gangguan depresi dikarenakan kondisi medis lain yang memenuhi gejala

mania atau hipomania, namun gejala mania atau hipomaniannya tidak menonjol secara klinis.

Berdasarkan penjabaran mengenai kategorisasi depresi, penulis memilih kategorisasi depresi dikarenakan kondisi medis lain berdasarkan DSM-5 (APA, 2013). Depresi dikarenakan kondisi medis lain dibagi dalam beberapa spesifikasi, yaitu *with depressive features*, (gejalanya memenuhi ciri utama gangguan depresi, namun tidak memenuhi gejala episode depresi mayor). Spesifikasi lainnya yaitu *with major depressive- like episode*, yang gangguan depresinya menyerupai gejala-gejala episode depresi mayor dengan kriteria 1) dan 2).

Kriteria 1) diharuskan memenuhi minimal lima dari gejala suasana hati yang depresif; berkurangnya minat atau kesenangan dalam beraktivitas; perubahan pada berat badan; gangguan tidur; perubahan pada respon gerakan/motorik; defisiensi energi; perasaan tidak berharga atau bersalah; menurunnya kemampuan kognisi; serta pikiran berulang tentang kematian. Kriteria 2) yang harus dipenuhi yaitu gejala-gejala yang dialami telah menyebabkan distress klinis atau hendaya pada fungsi keseharian. Spesifikasi dari gangguan depresi dikarenakan kondisi medis lain yang terakhir yaitu *with mixed feature* (adanya campuran depresi dengan mania atau hipomania, namun gejala mania atau hipomaniannya tidak menonjol).

B. Diabetes Mellitus

1. Diabetes Mellitus

Istilah diabetes mellitus (DM) berakar dari Bahasa Yunani, yaitu *διαβαίνειν* (*diabainein*) yang berarti tembus atau melebihi, serta dari Bahasa Latin yang berarti rasa manis (Awan, 2009). Berdasarkan IDF (2018), diabetes mellitus adalah penyakit kronis yang terjadi ketika pankreas tidak dapat lagi memproduksi insulin, atau ketika tubuh tidak dapat mengelola insulin yang diproduksi oleh tubuh. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (Perkeni, 2015) menjelaskan bahwa DM adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya.

Diabetes mellitus dibedakan menjadi tiga tipe berdasarkan *American Diabetes Association* (ADA, 2019), yaitu sebagai berikut:

- a. Diabetes mellitus tipe 1, terjadi dikarenakan terdapat kerusakan *autoimmune* sel β (beta) pada pankreas, biasanya menyebabkan defisiensi insulin yang absolut. Penyakit DM tipe 1 terjadi dikarenakan adanya faktor genetis, muncul sejak penyandang berusia kanak-kanak.
- b. Diabetes mellitus tipe 2, terjadi karena penurunan dan hilangnya fungsi sekresi insulin sel beta secara progresif, disebabkan oleh adanya resistensi insulin pada tubuh. Jenis DM ini disebabkan pola hidup yang tidak sehat, dan onsetnya terjadi pada usia lanjut.
- c. *Gestational Diabetes Mellitus* (GDM) adalah diabetes yang didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga dari kehamilan yang tidak tampak jelas.

Diabetes mellitus tipe 2 merupakan jenis DM yang menimpa 90 % dari seluruh penderita penyakit ini (ADA, 2019). Jumlah penyandang DM tipe 2 di dunia pada tahun 2015 mencapai 415 juta jiwa dan diperkirakan menjadi 642 juta pada tahun 2040 mendatang (IDF, 2015). Pada tahun 2014, terdapat 96 juta orang dewasa yang menyandang DM di sebelas negara di Asia Tenggara (WHO, 2016). Indonesia menempati peringkat ke tujuh dunia dengan jumlah penyandang DM tertinggi setelah Tiongkok, India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia dan Meksiko, dengan estimasi penyandang mencapai 10 juta jiwa (IDF, 2015). Adapun DM dengan komplikasi menjadi penyebab kematian tertinggi ketiga di Indonesia menurut *Sample Registration System* Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2014).

Berdasarkan penjelasan mengenai diabetes mellitus (DM), disimpulkan bahwa DM adalah penyakit kronis yang terjadi karena pankreas mengalami kelainan dalam memproduksi insulin, atau ketika tubuh tidak dapat mengelola insulin, sehingga terjadi hiperglikemia. Diabetes mellitus (DM) diklasifikasikan menjadi beberapa kategori, yaitu DM tipe 1 (kerusakan pada fungsi pankreas dalam menghasilkan insulin, disebabkan oleh faktor genetik, muncul sejak usia kanak-kanak). Klasifikasi lainnya yaitu DM tipe 2 (penurunan fungsi sekresi insulin, disebabkan pola hidup yang tidak sehat, dan terjadi pada usia lanjut), serta *Gestational Diabetes Mellitus* (GDM) (diabetes yang didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan). Sembilan puluh persen dari seluruh penderita DM, merupakan penderita DM tipe 2. Prevalensi penderita DM tipe 2 di dunia pada 2015 yaitu 415 juta jiwa. Penyandang DM tipe 2 Indonesia

menempati peringkat tujuh dunia, dan komplikasi akibat DM menjadi penyebab kematian tertinggi ketiga di Indonesia.

2. Penegakan Diagnosis Diabetes Mellitus Tipe 2

Berdasarkan Perkeni (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia) (2015), keluhan yang mengarah pada gejala DM tipe 2 yaitu:

- a. Keluhan klasik DM, yaitu terjadinya *polyuria* (lebih sering buang air kecil daripada biasanya), *polydipsia* (sering minum dalam kuantitas yang banyak), *polifagia* (sering dan banyak makan), serta terjadinya peningkatan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya.
- b. Keluhan lain yang dirasakan seperti badan terasa mudah lemah, sering kesemutan, gatal-gatal, penglihatan kabur, disfungsi ereksi pada pria, serta *pruritus vulva* pada wanita.

Penegakan diagnosis DM tipe 2 juga dapat dilakukan dengan pemeriksaan kadar glukosa darah (Perkeni, 2015), dengan salah satu cara seperti yang dijelaskan di bawah ini, yaitu:

- a. Pemeriksaan saat kondisi puasa (tidak mendapat asupan kalori selama minimal 8 jam), menunjukkan kadar glukosa plasma yaitu ≥ 126 mg/dl. Kadar glukosa plasma normal saat kondisi puasa yaitu 100 mg/dl., atau
- b. Pemeriksaan glukosa plasma ≥ 200 mg/dl pada dua jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram, atau
- c. Pemeriksaan glukosa plasma ≥ 200 mg/dl jika disertai dengan keluhan klasik, atau

d. Pemeriksaan HbA1c $\geq 6,5\%$ dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh *National Glycohaemoglobin Standarization Program* (NGSP).

Berdasarkan penjelasan mengenai penegakan diagnosis DM tipe 2, disimpulkan bahwa terdapat keluhan fisik yang mengarah pada gejala DM. Gejalanya yaitu *polyuria* (lebih sering buang air kecil daripada biasanya), *polydipsia* (sering dan banyak minum), *polifagia* (sering dan banyak makan), meningkatnya berat badan yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya. Selain itu, terdapat keluhan lain berupa badan terasa mudah lemah, sering kesemutan, gatal-gatal, penglihatan kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta *pruritus vulva* pada wanita. Adapun berdasarkan kadar glukosa darah, diagnosis DM dapat ditegakkan jika kadar glukosa plasma seseorang sebesar ≥ 126 mg/dl (kondisi puasa); ≥ 200 mg/dl (dua jam setelah TTGO dengan beban glukosa 75 gram); atau ≥ 200 mg/dl bila disertai dengan keluhan fisik. Pemeriksaan kadar HbA1c $\geq 6,5\%$ dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh NGSP, juga merupakan opsi dalam pemeriksaan DM.

3. Permasalahan Psikologis Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2

Demi tercapainya tujuan dari pengelolaan penyakit DM, maka penyandang diharuskan mematuhi program manajemen yang kompleks secara disiplin, tetap, rutin, dan berkelanjutan seumur hidupnya (Sridhar, & Madhu, 2002). Namun demikian, penyandang DM biasanya mengalami masalah dalam kepatuhan terhadap intervensi, baik intervensi farmako maupun non farmako.

Seperti yang ditemukan oleh Haynes, McDonald, dan Garg, (2002), serta Harvey (2008), bahwa tingkat kepatuhan penyandang DM terhadap pengobatan hanya sekitar 50% dari yang direkomendasikan, dan tingkat kepatuhan lebih rendah lagi pada manajemen gaya hidup (diet dan latihan fisik).

Goodal dan Halford (dalam Hasanat, 2012) menemukan bahwa kepatuhan yang rendah disebabkan oleh faktor situasional, seperti stres dan tekanan sosial untuk makan. Pada *Standard of Medical Care in Diabetes* (ADA, 2018) terdapat rekomendasi perujukan permasalahan psikologis kepada profesional, bila kepatuhan penyandang DM terhadap aturan-aturan medis masih rendah. Dua hal tersebut mengindikasikan bahwa kepatuhan terhadap program manajemen dapat dipengaruhi oleh permasalahan psikologis, yang dihadapi oleh penyandang baik setelah didiagnosis, maupun ketika menjalani program manajemen (Cox, & Gonder-Frederick, 1992). Berikut ini permasalahan psikologis yang muncul berkaitan dengan penyakit DM, dijelaskan berdasarkan Rubin, Bierman, dan Toohey (dalam Hasanat, 2012), seperti di bawah ini:

1. *Denial* atau penyangkalan ditunjukkan dengan perilaku penyandang DM yang tidak peduli pada penyakitnya. Peyrot (dalam Anderson & Robin, 2002) mengidentifikasikan bentuk dari penyangkalan dapat berupa penolakan terhadap perawatan penyakit.
2. Obsesi. Penyandang DM yang mengalami fase obsesi terhadap penyakitnya akan sering memikirkan, mencari informasi sebanyak-banyaknya, serta sering membicarakan mengenai penyakit atau kondisinya.

3. Marah muncul saat kondisi yang dialami tidak seperti yang diharapkan. Kubler-Ross (Santrock, 2011) menyatakan bahwa penyandang penyakit kronis yang berada pada fase marah akan memproyeksikan kesalahan pada dokter, perawat, keluarga, dan bahkan pada Tuhan mengenai keadaannya.
4. Depresi ditunjukkan dengan kondisi penyandang yang memiliki harga diri yang rendah, menyalahkan diri sendiri, dan menginterpretasikan kondisinya sebagai hal negatif. Hasil penelitian Hasanat (dalam Hasanat, 2012), menunjukkan bahwa penyandang DM yang ditelitinya mengalami gejala depresi berupa adanya perasaan bosan dan jenuh dalam menjalankan program pengobatan dan olahraga teratur.
5. Berkabung, yaitu emosi yang muncul saat penyandang merasa kehilangan hal yang dianggapnya berharga, seperti kebiasaan yang tidak dapat lagi dilakukan setelah didiagnosis menderita DM. Penelitian Hasanat (dalam Hasanat, 2012) menunjukkan bahwa adanya perasaan sedih dan berkabung pada penyandang DM dikarenakan tidak dapat lagi menikmati makanan kesukaannya setelah didiagnosis penyakit DM.
6. Takut muncul dikarenakan adanya perasaan berbeda dari orang lain yang tidak mengalami kondisi yang sama, di antaranya karena harus menjaga pola makan, mematuhi aturan pengobatan, bahkan terhadap kematian.
7. Frustrasi dapat bersumber dari sikap *overprotective* orang lain terhadap penyandang DM, seperti keluarga sangat ketat mengatur diet pasien. Sumber frustrasi lainnya juga dikarenakan proses pengobatan yang panjang, namun perkembangan kesembuhan pasien berjalan lambat. Kondisi tubuh yang tidak

terduga juga dapat menjadikan pasien frustrasi, seperti kadar gula darah tetap tinggi meskipun telah mengikuti saran dari tim medis.

8. Merasa bersalah muncul saat pasien melakukan kesalahan dalam proses mengontrol gula darahnya. Sebaliknya, pasien jarang menghargai diri sendiri saat berhasil mengontrol gula darahnya. Perasaan bersalah juga muncul ketika penyakit mempengaruhi keluarga dan kerabat pasien, contohnya saat pasien harus menjalani program diet, dan keluarga harus menyesuaikan diri dengan program diet yang dijalannya.
9. Malu, muncul saat pasien harus meminum obat atau menyuntikkan insulin ke tubuhnya, dan hal tersebut menarik perhatian orang yang menyaksikan. Emosi malu biasanya dirasakan oleh pasien yang tidak terbuka menyandang penyakit DM.

Selain permasalahan psikologis yang muncul berkaitan dengan penyakit DM, terdapat beberapa gangguan psikologis yang menyertai penyakit DM tipe 2. Distres diabetes, reaksi fobia terhadap alat pengobatan, kecemasan, dan depresi merupakan beberapa gangguan psikologis yang paling sering menyertai penyakit DM (Kalra, Jena, & Yeravdekar, 2018). Adapun depresi menjadi gangguan yang paling banyak diteliti (Nefs, 2013) dan salah satu gangguan penyerta DM yang direkomendasikan pemeriksaannya oleh ADA (2018). Gejala-gejala depresi yang muncul yaitu perasaan sedih dan marah terhadap penyakit yang diderita, takut, tertekan dan lelah menjalani pengobatan, merasa bersalah, serta menyesal tidak melakukan pencegahan penyakit (Nash, 2013).

Depresi yang tidak ditangani akan berdampak pada terhambatnya performa manajemen diri penyandang DM, seperti halnya permasalahan psikologis lain yang menjadi penyerta DM. Performa manajemen diri yang buruk akan berdampak pada tujuan manajemen yang tidak tercapai, seperti kadar gula darah yang tidak terkontrol (Lustman, dkk., 2000), dan terjadinya komplikasi penyakit (Alatawi, dkk., 2016). Pada akhirnya, manajemen diri yang buruk akibat mengalami depresi, juga berdampak pada kualitas hidup yang rendah (Radha, 2003; Derakhshanpour, dkk., 2015), bahkan kematian (Katon dkk., 2010).

Berdasarkan permasalahan psikologis yang dialami penyandang DM tipe 2, dapat disimpulkan bahwa dalam menjalankan tritmen pengobatan dan manajemen penyakit, penyandang mengalami permasalahan psikologis. Permasalahan psikologis tersebut yaitu adanya penyangkalan menyandang penyakit, pikiran yang terpaku terhadap penyakit, marah dengan kondisi yang tidak sesuai harapan, depresi, dan berkabung terhadap kebiasaan yang berganti. Terdapat pula rasa takut akan kematian, frustrasi dengan kondisi yang tidak kunjung membaik, merasa bersalah bila tidak dapat mengontrol gula darah dengan baik, serta malu karena menjalani pengobatan.

Terdapat pula gangguan psikologis yang menyertai penyakit DM tipe 2, salah satunya yaitu depresi. Depresi berupa adanya perasaan sedih dan marah terhadap penyakit yang diderita, takut, tertekan dan lelah menjalani pengobatan, merasa bersalah, serta menyesal tidak melakukan pencegahan penyakit. Depresi dapat terjadi karena perubahan biokemikal dari penyakit DM, dan efek samping

dari tritmen yang dijalani. Seperti halnya permasalahan psikologis lainnya, depresi yang tidak ditangani akan berdampak pada performa manajemen diri penyandang, yang nantinya berdampak pada tujuan dari program manajemen yang tidak tercapai. Tujuan yang tidak tercapai seperti kadar gula darah yang tidak terkontrol, terjadinya komplikasi penyakit, yang pada akhirnya berdampak pada kualitas hidup yang rendah, bahkan kematian.

4. Intervensi untuk Menurunkan Depresi

Dikarenakan berbagai dampak depresi terhadap penyandang DM tipe 2, maka diperlukan intervensi psikologis untuk menurunkan depresi tersebut. Intervensi psikologis untuk menurunkan depresi di antaranya yaitu terapi interpersonal (Lespérance, Frasure-Smith, Koszycki, dkk., 2007; Cuijpers, Geraedts, van Oppen, dkk., 2011; Pu, Zhou, Liu, dkk., 2017), dan terapi interpersonal berbasis keluarga (Dietz, Mufson, Irvine, & Brent, 2008; Dietz, Weinberg, Brent, & Mufson, 2015). Psikoedukasi terhadap keluarga mengenai depresi terbukti efektif menurunkan depresi, dibandingkan dengan keluarga pasien depresi yang tidak mendapatkan psikoedukasi (Shimazu, Shimodera, Mino, dkk., 2011; Moreno-Lacalle, 2016). Selain itu, *problem-solving therapy* (PST) juga terbukti dapat menurunkan depresi pada orang dewasa (Kirkham, Choi, & Seitz, 2016).

Terapi *Cognitive Behavioral* paling sering direkomendasikan di dalam literatur sebagai intervensi penanganan depresi (Beck, 2009; Gotlib, & Hammen, 2009; Mor, & Haran, 2009; Cukor, Ver Halen, Asher, dkk., 2014; Nevid, Rathus,

& Greene, 2018; ADA, 2018). Terdapat pula *mindfulness- based cognitive therapy* yang ditemukan efektif menurunkan depresi (Piet, & Hougaard, 2011; Jakobsen, Hansen, Simonsen, dkk., 2012; Lenz, Hall, & Smith, 2016). *Schema therapy* ditemukan sama sama efektifnya dengan CBT dalam menangani depresi (Carter, McIntosh, Jordan, dkk., 2013), begitupun dengan *group metacognitive therapy* (Papageorgiou, & Wells, 2015) dan *group dialectical behaviour therapy* (DBT) (Harley, Sprich, Safren, dkk., 2008).

Intervensi dalam versi *brief* atau singkat juga ditemukan terbukti dapat menurunkan depresi. Studi sistematis dan meta analisis dari Nieuwsma, Trivedi, McDuffie, dkk. (2012) menunjukkan bahwa tiga *brief psychotherapy (cognitive behavioral therapy* versi *brief, problem-solving therapy*, dan *mindfulness-based cognitive therapy*) terbukti dapat menurunkan depresi. Ada pula terapi berbasis *cognitive behavioral* yang dilakukan melalui media internet, seperti yang dilakukan oleh Josephine, Josefine, Philipp, dkk., (2017); Richards, & Richardson, (2012) yang terbukti efektif menurunkan depresi. Terapi *behavioral activation* dan *acceptance-based treatment* melalui media internet juga terbukti dapat menurunkan depresi pada orang dewasa (Carlbring, Hagglund, Luthstro, dkk., 2013).

Terdapat terapi *reminiscence* yang terbukti dapat menurunkan depresi (Perrotta, & Meacham, 1982; Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, 2005). Ada pula studi mengenai intervensi *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) dan dilaksanakan dalam *setting* kelompok oleh Gauhar (2016), yang terbukti dapat menurunkan depresi. Selain itu, pelaksanaan *emotion-focused*

therapy secara berkelompok juga terbukti dapat menurunkan depresi (Mohr, Hart, Julian, dkk., 2005), begitupun dengan *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Folke, Parling, & Melin, 2012).

Intervensi yang telah dilakukan untuk menurunkan depresi pada penyandang DM tipe 2 di antaranya yaitu CBT (Chambless & Ollendick, 2001; Mor, & Haran, 2009; Cukor, Ver Halen, Asher, dkk., 2014; ADA, 2018). *Mindfulness- based cognitive therapy* (Schroevers, 2013), *mindfulness-based stress-reduction intervention* (Hartmann, dkk., 2012; Sasikumar, 2017), serta ACT (Maryam, Abedi, & Aghaei, 2012; Ahmadsaraei dkk., 2017), yang terbukti menurunkan depresi pada penyandang DM tipe 2.

Berdasarkan penjabaran mengenai intervensi untuk menurunkan depresi, dapat dirangkum bahwa terdapat beberapa terapi yang terbukti dapat menurunkan depresi. Terapi tersebut di antaranya yaitu terapi interpersonal, psikoedukasi terhadap keluarga penderita depresi, serta *problem-solving therapy*. Intervensi CBT beserta versi *brief*-nya, maupun berbasis internet, terbukti efektif untuk mengatasi depresi. Ada pula *mindfulness- based cognitive therapy*, *schema therapy*, *group metacognitive therapy* dan *group dialectical behaviour therapy* yang juga terbukti efektif menurunkan depresi dalam *setting* kelompok. Intervensi untuk menurunkan depresi lainnya yaitu terapi *reminiscence*, *eye movement desensitization and reprocessing*, *emotion-focused therapy*, serta ACT. Adapun intervensi untuk menurunkan depresi pada penyandang DM tipe 2 di antaranya yaitu CBT, *mindfulness- based cognitive therapy*, *mindfulness-based stress-reduction intervention*, dan ACT.

C. Program “Pasien Pandai”

1. Landasan Teori Program “Pasien Pandai”

Salah satu intervensi yang efektif untuk menurunkan depresi pada penyandang DM tipe 2 yaitu *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT). Intervensi ACT adalah terapi yang menggunakan proses penerimaan dan *mindfulness*, serta perubahan perilaku yang berkomitmen, demi mencapai fleksibilitas psikologis (Hayes, & Strosahl, 2004). Seseorang diajak belajar untuk tidak bereaksi secara berlebihan terhadap pengalaman yang dihadirkan dalam proses terapi, lalu diarahkan bergerak maju dengan dibarengi adanya perilaku yang lebih bermakna, berdasarkan nilai yang dianut oleh orang tersebut (Hayes & Strosahl, 2012).

Salah satu pengembangan ACT oleh Retnowati, Dinni, Rahayu, Rizal, dan Saniatuzzulfa (2014), yaitu Program “Pasien Pandai”, yang dikhususkan untuk intervensi terhadap permasalahan pasien atau pendamping pasien penyakit kronis, salah satunya yaitu DM tipe 2. Program “Pasien Pandai” (Pasien dengan PenerimaAN Dan AksI) disusun dengan tujuan untuk menumbuhkan aspek penerimaan, menumbuhkan komitmen untuk berubah dengan menemukan nilai hidup, dan memfasilitasi perubahan perilaku terkait manajemen penyakit yang diderita (Retnowati, dkk., 2014). Modul Program “Pasien Pandai” dirancang menjadi lima kali pertemuan (Retnowati dkk., 2014), seperti yang dijabarkan berikut ini:

a. Pertemuan pertama

Pertemuan pertama terdiri atas sesi pembukaan, pengenalan, penjelasan mengenai pengantar dan tujuan penelitian. Terdapat pula sesi penyampaian harapan mengikuti pelatihan dari para partisipan, serta penjelasan dan penandatanganan lembar persetujuan keikutsertaan penelitian oleh partisipan. Tahapan pertama ini juga menjadi proses *bulding rapport* dari tim peneliti kepada para partisipan, dan membuka kepekaan dan kesadaran partisipan terhadap topik-topik yang akan dibahas dalam penelitian.

b. Pertemuan kedua

Pertemuan kedua terdiri atas proses *sharing* (berbagi) pengalaman pasien berkaitan dengan penyakitnya, latihan relaksasi serta pemberian dan penjelasan tugas rumah. Tujuan umum dari pertemuan ini yaitu terjalinnya proses *building rapport*, mendorong munculnya kesadaran pasien atas kondisi diri dan lingkungannya, serta membiasakan proses relaksasi.

c. Pertemuan ketiga

Pertemuan ketiga merupakan kegiatan memfasilitasi proses pengenalan dan penerimaan diri, dengan penerapan teknik-teknik *mindfulness*. Pada pertemuan ini, pasien diajarkan untuk fokus secara emosi dan kognitif pada diri dan pengalaman yang berpusat pada kondisi *here* (di sini) dan *now* (sekarang). Proses ini diawali dengan mengenali berbagai macam sensasi tubuh, pikiran, dan perasaan terkait dengan penyakit yang diderita. Fokus

pada “diri” ini, mengantarkan pasien untuk menghindari evaluasi dan penialain yang negatif, bersifat membesar-besarkan, atau menghukum diri sendiri.

Hal-hal yang diharapkan muncul melalui proses dalam pertemuan ini yaitu terbentuknya sikap *nonevaluatif* terhadap diri sendiri, dan menjadi lebih ringan dalam menghadapi realita dan situasi yang ada. Selain itu, pasien dapat bersedia untuk mengalami berbagai hal terkait dengan penyakitnya (sensasi tubuh, emosi, pikiran, atau memori yang tidak menyenangkan), secara lebih ringan. Bila hal-hal tersebut dapat dicapai, beban-beban psikologis pasien akibat menyandang penyakit kronis, dapat berkurang. Setelah mengalami proses penerimaan, maka pasien akan terbantu untuk mampu membuat pilihan perilaku dengan cara yang sejalan dengan nilai-nilai atau tujuan personalnya (pembentukan komitmen dan dimulainya proses perubahan perilaku ke arah yang lebih positif).

d. Pertemuan keempat

Tujuan utama dari pertemuan keempat yaitu memfasilitasi proses pembentukan komitmen. Sesi ini terdiri atas proses menemukan tujuan hidup, menganalisa hambatan, menentukan langkah perubahan, dan berkomitmen untuk melaksanakan perubahan perilaku. Proses pembentukan komitmen didasarkan pada tujuan atau nilai-nilai hidup yang dapat mengantarkan pasien untuk merasakan adanya *sense of direction* dalam diri,

sehingga pasien termotivasi untuk melakukan aksi sesuai dengan komitmennya.

Pasien menjadi lebih termotivasi dan merasa mampu melakukan proses perubahan perilaku, karena target menjadi lebih jelas dan secara nyata sesuai dengan nilai hidup yang penting baginya (yang telah dikaitkan dengan nilai-nilai menjaga kesehatan). Hal ini menjadi salah satu faktor penunjang kesembuhan pasien, karena pasien memiliki tekad dan kesediaan untuk melakukan berbagai hal yang dapat menunjang kesembuhannya, meskipun menemui hambatan.

e. Pertemuan kelima

Setelah pertemuan keempat, pasien diminta menjalankan aksi nyata dari perubahan perilaku yang telah disusun oleh pasien sendiri, selama satu minggu. Proses tersebut disebut juga dengan *committed action*. Setelah itu, diadakannya pertemuan kelima yang berisi proses *sharing* dan evaluasi terhadap proses pelaksanaan perubahan perilaku yang telah dijalankan selama seminggu yang lalu. *Committed action* merupakan proses mempraktikkan perilaku perubahan, yang telah disesuaikan dengan perilaku menjaga kesehatan. Tujuan dari *committed action* yaitu untuk membentuk pola perilaku yang langsung bermanfaat bagi kehidupan pasien dan terus menguatkan komitmen yang telah dibuat.

Bila pasien menjalankan pola perilaku tersebut, maka pasien akan merasakan kebermaknaan hidup karena bertindak sesuai dengan *value path-*

nya. Bila pasien mengingkarinya, maka hal tersebut akan menimbulkan rasa ketidakberdayaan dan menyalahkan diri sendiri. Hal ini akan berperan sebagai mekanisme penguat perilaku pada diri pasien ke depannya. Sesi evaluasi yang menyertai proses ini membantu pasien menyadari proses yang dilakukannya, hambatan, dan keberhasilan yang dialami sehingga menimbulkan proses pembelajaran.

Salah satu tujuan Program “Pasien Pandai” yaitu memfasilitasi proses penerimaan kondisi dari pasien penyakit kronis, melalui penerapan teknik-teknik *mindfulness*. *Mindfulness* sendiri berdampak pada pengaturan di bagian *prefrontal cortical* (bagian otak yang mengatur emosi), serta menurunkan aktivitas di area sistem limbik (bagian otak yang berkaitan dengan terbentuknya emosi negatif, seperti cemas dan depresi) (Creswell, Way, Eisenberger, & Lieberman, dalam Taylor, 2015). Emosi negatif atau permasalahan psikologis sering dirasakan oleh pasien penyakit kronis, salah satunya oleh penyandang DM tipe 2. Bila emosi negatif kerap dirasakan dan tidak ditangani pada penyandang DM tipe 2, maka akan berdampak buruk pada kondisi kesehatan, performa manajemen penyakit, serta kualitas hidup pasien (Alatawi, dkk., 2016; Prawitasari, 2012). Melalui penerapan teknik-teknik *mindfulness*, bagian otak yang mengatur emosi pada penyandang DM tipe 2 menjadi lebih teratur aktivitasnya, sehingga respon emosi, terutama emosi negatif, akibat menyandang penyakit kronis dapat dikelola.

Penerimaan dan *mindfulness* dapat mempengaruhi kinerja otak. Hal itu dikarenakan proses penerimaan dan *mindfulness* merangsang teraktifasinya area anterior sebelah kiri otak dan hipokampus, yang fungsinya berkaitan dengan proses belajar dan pembentukan memori, perbandingan ekspektasi dengan perilaku yang dilakukan saat ini, introspeksi, serta mengenali emosi lebih dalam (Holzel, dkk., 2011; Passer & Smith, 2009). Lebih lanjut dijelaskan bahwa bagian otak yang teraktivasi tersebut berdampak pada lebih mudah, cepat, dan akuratnya seseorang mengenali emosi yang dirasakannya, sehingga perasaan negatif yang dirasakan dapat diregulasi dengan baik. Kemampuan seseorang dalam meregulasi emosi negatifnya akan berdampak pada menurunnya hormon kortisol, meningkatnya kerja sistem saraf parasimpatetik dan sistem imunitas tubuh (Holzel, dkk., 2011; Passer & Smith, 2009).

Relaksasi menjadi salah satu teknik *mindfulness* yang digunakan dalam pelatihan Program “Pasien Pandai”, karena memiliki banyak manfaat bagi penyandang penyakit kronis. Relaksasi pernapasan, otot, maupun variasi relaksasi lainnya, biasanya diajarkan oleh psikolog sebagai jenis koping pada pasien dalam mengurangi atau mengatasi rasa sakit dan distres karena penyakit yang diderita (Ayers, Baum, McManus, 2007). Kondisi nyaman dari proses relaksasi dapat menurunkan kadar hormon kortisol (yang diduga berperan dalam terjadinya depresi), meningkatkan kerja sistem saraf parasimpatetik, serta menurunkan kerja jantung yang sebelumnya berat akibat mengalami ketegangan (Passer, & Smith, 2009). Selama melakukan relaksasi, dampak langsung yang terasa bagi tubuh yaitu menjadikan fungsi pernapasan lebih teratur, nadi

berdenyut ke arah normal, sendi-sendi di tubuh terasa ringan, serta dapat menenangkan aktivitas mental atau emosi (Jacobson, dalam Ayers, Baum, McManus, 2007; Taylor, 2015).

Program “Pasien Pandai” merupakan versi *brief* dari ACT, yang dilaksanakan sebanyak lima kali pertemuan (Retnowati, dkk., 2014). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ACT dengan versi *brief* (kurang dari lima kali pertemuan), terbukti sama efektifnya dengan ACT dengan jumlah pertemuan lebih dari tujuh kali, dalam menurunkan depresi pada penyandang penyakit kronis (Majumdar, & Morris, 2019; McCracken, Sato dan Taylor, 2013).

Berdasarkan penjelasan landasan teori Program “Pasien Pandai”, disimpulkan bahwa intervensi ini bertujuan untuk menumbuhkan penerimaan, komitmen untuk berubah melalui ditemukannya nilai hidup yang penting bagi pemeliharaan kesehatan, serta memfasilitasi perubahan perilaku terkait manajemen diri pasien atau pendamping pasien penyakit kronis. Adapun kegiatan pada lima kali pertemuan pelatihan yaitu pada pertemuan pertama diadakan pengenalan dan penjelasan mengenai penelitian. Pada pertemuan kedua, partisipan diminta *sharing* (berbagi) pengalamannya menyandang penyakit, dan latihan relaksasi. Pertemuan ketiga bertujuan memfasilitasi proses penerimaan diri, melalui penerapan teknik-teknik *mindfulness*, agar partisipan dapat fokus pada diri yang *here and now*, mengembangkan sikap *nonevaluatif*, serta menjadi lebih ringan dalam menghadapi realita.

Teknik-teknik *mindfulness* diterapkan untuk mencapai penerimaan pada pasien karena berbagai manfaat dari teknik tersebut bagi kinerja otak dan

hormon. Melalui penerapan teknik-teknik *mindfulness*, bagian otak yang mengatur emosi dan proses belajar menjadi lebih teratur aktivitasnya, sehingga respon emosi, terutama emosi negatif, akibat menyandang penyakit kronis dapat dikelola. Teknik *mindfulness* diterapkan melalui relaksasi pernapasan dan otot, yang dapat menjadikan fungsi pernapasan lebih teratur, nadi berdenyut ke arah normal, sendi-sendi di tubuh terasa ringan, serta dapat menenangkan aktivitas mental atau emosi. Kondisi nyaman dari relaksasi dapat menurunkan kadar hormon kortisol, sehingga menurunkan depresi dan emosi negatif yang sedang dirasakan.

Pertemuan keempat bertujuan untuk memfasilitasi proses pembentukan komitmen, yang diawali dari penemuan nilai dan tujuan hidup, menganalisis hambatan, menentukan langkah perubahan, dan berkomitmen untuk melaksanakan perubahan perilaku. Setelah pertemuan keempat, pasien diminta melaksanakan perubahan perilaku selama satu minggu, sesuai dengan rencana perubahan yang telah dibuat sendiri. Pada pertemuan kelima, evaluasi terhadap proses pelaksanaan perubahan perilaku tersebut dilakukan melalui proses *sharing*. Intervensi ini juga dilakukan dalam sesi yang *brief*, karena manfaatnya sama dengan sesi intervensi yang panjang, sehingga memudahkan penerapannya bagi pasien penyakit kronis yang menjadi peserta.

2. Pengaruh Program “Pasien Pandai” dalam Menurunkan Depresi pada Penyandang Diabetes Mellitus Tipe 2

Penyandang DM tipe 2, rentan mengalami permasalahan psikologis dan gangguan depresi dalam proses manajemen dirinya. Program manajemen yang harus dipatuhi melibatkan perubahan gaya hidup dan membutuhkan penyesuaian bukan hanya secara fisik, namun juga secara psikologis atau emosional (Taylor, 2015), oleh karena itu penting bagi penyandang DM tipe 2 untuk fleksibel dalam melakukan penyesuaian terhadap kondisinya. Program “Pasien Pandai”, seperti halnya ACT, dapat meningkatkan fleksibilitas psikologis penyandang DM tipe 2 dalam menghadapi penyakitnya. Selain itu, intervensi ini bertujuan untuk menumbuhkan penerimaan, komitmen untuk berubah melalui ditemukannya nilai hidup yang penting bagi pemeliharaan kesehatan, serta memfasilitasi perubahan perilaku terkait manajemen diri penyandang DM tipe 2 (Retnowati, dkk., 2014).

Gejala yang dialami penyandang DM tipe 2 yang mengalami depresi, di antaranya yaitu afek depresif yang dirasakan hampir sepanjang atau setiap hari, adanya perasaan tidak berguna atau bersalah karena menyandang penyakit kronis, atau karena menjalani pengobatan DSM-5 (APA, 2013; Hagen, 2002). Berdasarkan DSM-5 (APA, 2013) depresi juga ditunjukkan dengan berkurangnya kemampuan untuk berpikir dan berkonsentrasi atau dalam membuat keputusan, dan bila hal ini dikaitkan dengan manajemen diri dan penyakit, maka gejala ini menghambat tercapainya manajemen diri yang baik. Begitupun dengan adanya perasaan putus asa karena menyandang penyakit

kronis, yang berarti rendahnya motivasi untuk memperbaiki kesehatan. Oleh karena itu, Program “Pasien Pandai” dinilai tepat untuk menurunkan gejala-gejala depresi, karena tujuan intervensinya bukan hanya menerima emosi negatif, seperti depresi, namun juga membantu proses perubahan perilaku dalam proses manajemen diri dan penyakit.

Program “Pasien Pandai” menjadi intervensi yang dapat menurunkan depresi pada penyandang DM tipe 2. Pertemuan ketiga (pengenalan diri dan penerimaan) berkaitan dengan depresi, karena semakin tinggi penerimaan pada penyandang penyakit kronis, maka makin rendah tingkat depresi, kecemasan, rasa sakit akibat penyakit yang diderita, serta disabilitas fungsi penyandang (McCracken, & Eccleston, 2003). Teknik-teknik *mindfulness* yang digunakan sebagai proses penerimaan juga telah terbukti efektif dalam menurunkan depresi pada penyandang DM tipe 2 (Schroevers, 2013; Sasikumar, 2017). Hal itu dikarenakan, *mindfulness* merangsang bagian otak yang mengatur emosi dan proses belajar, sehingga fungsinya menjadi lebih teratur, dan memudahkan diri mengenali serta mengelola emosi, terutama emosi negatif yang dirasakan akibat menyandang penyakit kronis (Holzel, dkk., 2011; Passer & Smith, 2009). Kemampuan seseorang dalam mengelola emosi negatifnya akan berdampak pada menurunnya hormon kortisol (hormon yang terlibat dalam pembentukan depresi dan emosi negatif lainnya), serta memperbaiki sistem imunitas tubuh (Holzel, dkk., 2011; Passer & Smith, 2009).

Teknik *mindfulness* yang diterapkan dalam Program “Pasien Pandai” yaitu relaksasi pernapasan dan otot (Retnowati, dkk., 2014). Kondisi nyaman

dari proses relaksasi dapat menurunkan kadar hormon kortisol, meningkatkan kerja sistem saraf parasimpatetik, serta menurunkan kerja jantung yang sebelumnya berat akibat mengalami ketegangan (Passer, & Smith, 2009). Menurunnya kadar kortisol mengakibatkan depresi dan emosi negatif lain yang dirasakan oleh penyandang DM tipe 2, dapat menurun pula. Relaksasi juga praktis dapat diterapkan oleh penyandang penyakit kronis karena dapat menjadi jenis koping yang digunakan dalam mengurangi atau mengatasi rasa sakit dan distress akibat menyandang penyakit kronis (Ayers, Baum, McManus, 2007).

Pertemuan keempat dan kelima Program “Pasien Pandai” yang berkaitan dengan pembentukan nilai, dan pelaksanaan perubahan perilaku memelihara kesehatan memfasilitasi individu untuk menumbuhkan motivasi dan kehendak/ tekad (*willingness*) dalam mengelola penyakit. Robinson, Wicksell, dan Olsson (dalam Hayes, & Strosahl, 2004) menuliskan bahwa *willingness* yang rendah diduga sebagai indikasi adanya gejala depresi akibat penyakit kronis yang diderita pasien. Jika motivasi dan kehendak/ tekad untuk mengelola penyakit meningkat melalui tahapan ini, maka secara tidak langsung gejala yang berindikasi pada depresi yang dialami penyandang akan menurun. Adanya sesi *sharing* dalam pelatihan dari peserta kepada fasilitator membuat peserta mendapatkan empati, penerimaan, dan dukungan yang dapat menurunkan emosi negatif, seperti depresi, serta mendorong tercapainya target perubahan yang positif terhadap manajemen diri (Piotrowski, 2010).

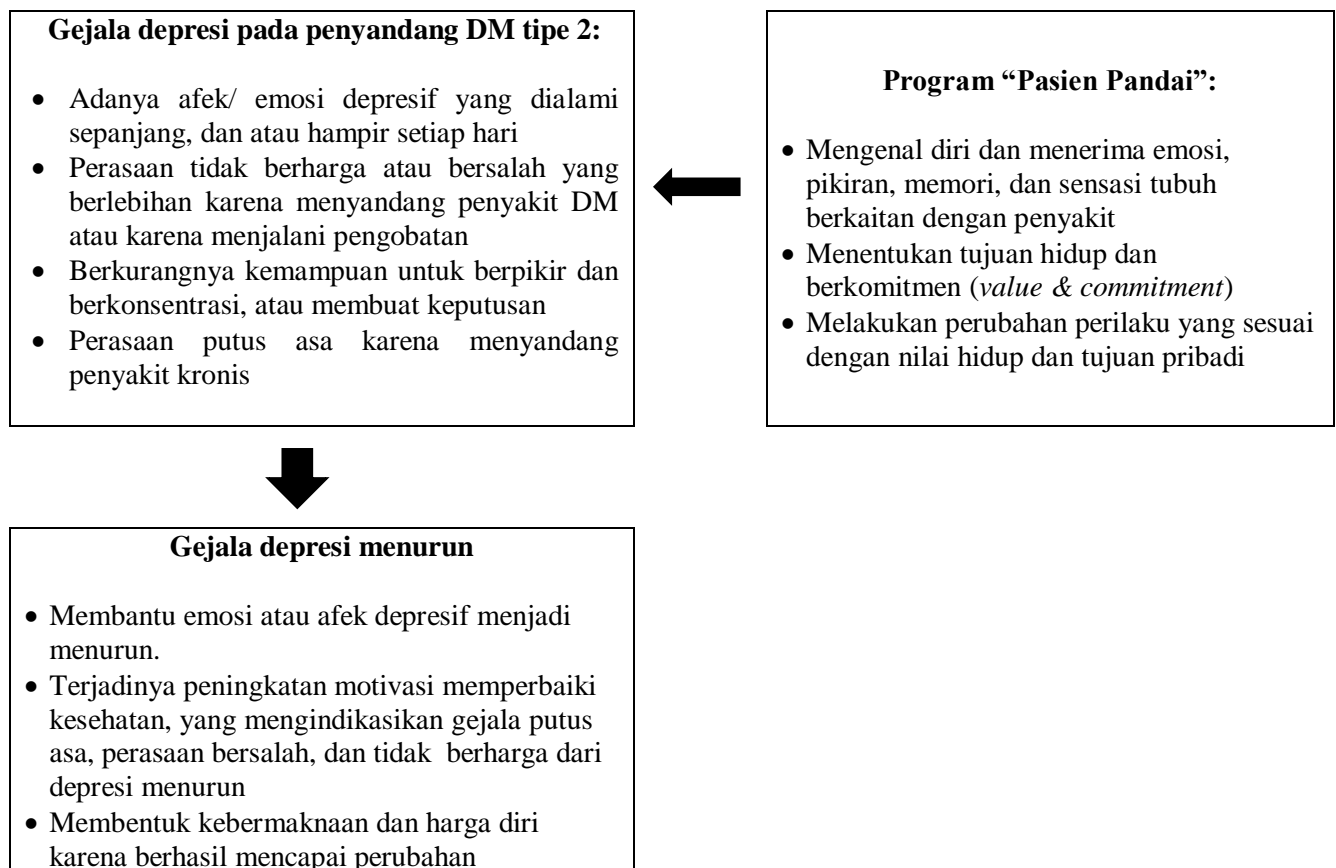
Berdasarkan penjelasan mengenai pengaruh Program “Pasien Pandai” terhadap depresi, disimpulkan bahwa program ini dapat menurunkan depresi

pada penyandang DM tipe 2. Pertemuan ketiga intervensi bertujuan untuk memfasilitasi tercapainya penerimaan melalui teknik-teknik *mindfulness*, karena semakin tinggi penerimaan pada penyandang penyakit kronis, maka makin rendah tingkat depresinya. Melalui teknik *mindfulness* dan penerimaan, emosi negatif dapat diregulasi, sehingga berdampak juga pada menurunnya kadar kortisol, dan menurunnya depresi. Relaksasi yang digunakan dalam teknik *mindfulness* juga berdampak pada mengurangi distres dan rasa sakit akibat menyandang penyakit DM tipe 2, serta rasa tenang yang dihasilkan mengakibatkan kadar kortisol menurun, sehingga dapat menurunkan depresi.

Pertemuan keempat dan kelima Program “Pasien Pandai” yang berkaitan dengan pembentukan nilai, dan pelaksanaan perubahan perilaku memelihara kesehatan memfasilitasi individu untuk menumbuhkan motivasi dan kehendak/ tekad (*willingness*) dalam mengelola penyakit. Jika motivasi dan kehendak/ tekad untuk mengelola penyakit meningkat, maka secara tidak langsung gejala yang berindikasi pada depresi yang dialami penyandang akan menurun.

D. Kerangka Berpikir

Bagan 1. Kerangka Berpikir



Keterangan:

← : menysasar

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dari penelitian ini yaitu Program “Pasién Pandai” dapat menurunkan depresi pada penyandang diabetes mellitus tipe 2.

BAB III

A. Identifikasi dan Operasionalisasi Variabel

1. Identifikasi Variabel Penelitian

- a. Variabel Tergantung: depresi
- b. Variabel bebas: Program “Pasien Pandai”

2. Operasionalisasi Variabel Penelitian

- a. Variabel Tergantung (Depresi)

Depresi adalah sekelompok gangguan yang ditandai dengan penyimpangan dan perubahan emosi, kognisi, *vegetative*, serta psikomotorik. Pada penelitian ini, jenis gangguan depresi yang digunakan yaitu gangguan depresi dikarenakan kondisi medis lain, yaitu diabetes mellitus tipe 2. Penyandang DM tipe 2 yang mengalami depresi ditandai dengan merasakan suasana hati depresif dalam kurun waktu tertentu, menurunnya minat atau kesenangan pada hampir semua kegiatan, dan gejala-gejala yang dialami tersebut diduga berkaitan dengan efek psikologis dari diabetes yang diderita.

Pada penelitian ini, depresi pada penyandang DM tipe 2 akan diukur menggunakan *Patient Health Questionnaire- 9* (PHQ-9). Individu yang mendapatkan skor rendah (skor 0-4) pada skala PHQ-9, menandakan dirinya tidak terindikasi mengalami depresi, sehingga tidak perlu diberikan intervensi. Rentang skor 5-9 menandakan individu yang diukur mengalami depresi ringan, 10-14 menandakan depresi sedang dan skor 15-19 mengindikasikan depresi cukup berat. Adapun individu yang mendapatkan rentang skor 20-27 menandakan individu tersebut mengalami depresi berat.

b. Variabel Bebas (Program “Pasien Pandai”)

Program “Pasien Pandai” atau PenerimaAN Dan AksI adalah pelatihan yang dimodifikasi dari *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), namun dalam sesi yang dibuat lebih singkat (*brief*). Tujuan dari program “Pasien Pandai” terhadap penyandang DM tipe 2 yaitu penyandang dapat lebih menerima kondisinya, mampu merencanakan tindakan perubahan terkait peningkatan kesehatan, serta berkomitmen melaksanakan perubahan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

Pelaksanaan Program “Pasien Pandai” dipandu oleh fasilitator, dengan aktivitas berupa *role play* dan praktik relaksasi, serta penyampaian psikoedukasi tentang kondisi psikologis orang dengan penyakit kronis. Selain itu, peserta diminta aktif mengisi *self monitoring* yang berisi perencanaan dan evaluasi perubahan perilaku kesehatan yang telah dilaksanakan. Setiap sesi juga disertai dengan *sharing* (berbagi pengalaman) dari para peserta intervensi, dengan jumlah sesi sebanyak lima kali pertemuan.

B. Partisipan Penelitian

Partisipan dalam penelitian ini adalah penyandang DM tipe 2 yang mengalami depresi. Kriteria inklusi dari responden penelitian yaitu sebagai berikut:

1. Usia partisipan sekitar 40-65 tahun dan mampu melakukan mobilisasi fisik secara mandiri

2. Partisipan merupakan pasien diabetes mellitus tipe 2 yang telah didiagnosis oleh dokter dan telah menjalani tritmen pengobatan selama minimal 3 bulan.
3. Partisipan memiliki skor depresi yang diukur dengan PHQ-9 dalam kategori sedang atau cukup berat, namun tidak sedang menerima terapi psikologis
4. Partisipan tidak didiagnosis mengalami gangguan psikotik atau gangguan psikologis berat lainnya
5. Partisipan bersedia berpartisipasi dalam proses penelitian yang dibuktikan melalui pengisian dan penandatanganan *informed consent*, serta memenuhi hak dan kewajiban sebagai partisipan penelitian

C. Instrumen Penelitian

Beberapa instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut:

1. Skala pengukuran depresi, PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*)

Alat pengukuran depresi dalam penelitian ini menggunakan PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*). Skala PHQ-9 terdiri atas sembilan aitem, dirancang untuk responden dewasa, berdasarkan gejala-gejala *Major Depressive Disorder* (MDD) pada *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* namun tidak mengalami perubahan pada DSM-5 (Spitzer, Williams, & Kroenke, 2014).

Skala PHQ-9 telah divalidasi oleh Spitzer, Kroenke, Williams (1999) dalam dua studi besar yang melibatkan 3.000 pasien di delapan klinik pelayanan kesehatan primer, dan 3.000 pasien di tujuh klinik obstetris ginekologi. *Criterion*

validity dilakukan dengan melaksanakan wawancara terhadap 580 pasien oleh psikolog, di fasilitas kesehatan, dengan hasil diagnosis yang sama dengan pengujian PHQ-9 tersebut. Hasil uji realibilitas menunjukkan bahwa nilai realibilitas PHQ-9 pada 3.000 pasien di pelayanan kesehatan primer yaitu 0,89, dan 0,86 pada 3.000 pasien di klinik obstetris ginekologi (Spitzer, Kroenke, Williams, 1999). Temuan tersebut mengindikasikan bahwa PHQ-9 dapat digeneralisasikan dan digunakan pada berbagai rancangan penelitian (Spitzer, Kroenke, Williams, 1999).

Salah satu pengujian realibilitas skala PHQ-9 terhadap pasien diabetes yang mengalami depresi, dilakukan oleh Jansen, Köhler, Stehouwer, dkk. (2016), dan diperoleh nilai realibilitas yaitu 0,87. Skala PHQ-9 termasuk alat ukur yang paling sering digunakan untuk mengukur depresi pada penyandang DM (Roy, Lloyd, Pouwer, Holt, & Sartorius, 2012), dengan rentang nilai persetujuan *Cohen kappa*= 0,32-0,45 (Zhang, dkk., 2015). Skala ini telah diterjemahkan dan divalidasi dalam bahasa Indonesia, di antaranya oleh Wijayanti (2018) dengan nilai realibilitas 0,846, terhadap 100 responden berusia 18-65 tahun yang berdomisili di Yogyakarta. Hal ini menunjukkan bahwa skala PHQ-9 reliabel digunakan untuk masyarakat di Yogyakarta.

2. Skala Penerimaan dan Aksi

Skala Penerimaan dan Aksi yang digunakan dalam penelitian ini merupakan Skala Penerimaan dan Aksi yang dikembangkan oleh Dinni (2014) berdasarkan skala AAQ-II (*Acceptance and Action Questionnaire- II*) oleh Bond,

Hayes, Baer, Carpeneter, Guenole, Orcutt, Waltz, dan Zettle (2011). Skala AAQ-II oleh Bond dkk. (2011) terdiri atas 10 aitem, dengan nilai reliabilitas yaitu 0,70, yang diuji terhadap 206 responden dewasa. Skala ini bertujuan untuk mengukur penerimaan atau penolakan emosi pasien penyakit kronis terkait dengan respon kopingnya. Semakin tinggi skor yang diperoleh dalam skala ini maka penerimaan emosinya semakin tinggi, begitu pula sebaliknya. Skala Penerimaan dan Aksi yang dikembangkan oleh Dinni (2014) diujikan terhadap 39 pasien DM tipe 2 di Yogyakarta, memiliki tingkat reliabilitas sebesar 0,831, dengan 15 aitem yang layak uji, dan dengan skor *Aiken's V* berkisar antara 0,596-0,903.

3. Ceklis Harian Depresi

Ceklis harian digunakan untuk pengukuran berulang dalam proses pengambilan data penelitian. Pengukuran diberikan pada fase baseline awal (A1), fase intervensi atau perlakuan (B), dan fase baseline akhir (A2). Ceklis harian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu ceklis harian depresi yang disusun dan divalidasi oleh Madhina (2018) berdasarkan gejala-gejala depresi pada PPDGJ-III. Ceklis ini terdiri atas 18 aitem dengan nilai koefisien *cronbach alpha* sebesar 0.902 dan nilai koefisien *Aiken's V* berkisar antara 0.80 – 0.925. Nilai tersebut menandakan bahwa ceklis harian depresi ini memiliki nilai reliabilitas dan validitas yang baik.

4. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan (*informed consent*) adalah bukti kesediaan partisipan untuk berpartisipasi dalam keseluruhan proses penelitian, dan ditandatangani sebelum penelitian berlangsung. Pada lembar persetujuan juga berisi hak dan kewajiban yang didapatkan oleh partisipan penelitian.

5. Modul Program “Pasien Pandai”

Modul Program “Pasien Pandai” berisi tentang prosedur yang dijadikan panduan pelaksanaan intervensi bagi fasilitator. Modul ini dirancang sebagai pedoman pelaksanaan intervensi bagi pasien atau pendamping pasien penyakit kronis, guna memfasilitasi penerimaan kondisi diri, penetapan tujuan dalam menghadapi penyakit, serta berkomitmen dalam melaksanakan perubahan perilaku sesuai dengan nilai yang dibuat (Retnowati, dkk., 2014). Modul Program “Pasien Pandai” yang digunakan dalam penelitian ini diadaptasi dari penelitian sebelumnya, yaitu Dinni (2014), Saniatuzzulfa (2014), Rizal (2014), dan Rahayu (2015).

Modul Program “Pasien Pandai” telah melalui proses validasi oleh para peneliti sebelumnya, dengan meminta empat orang psikolog yang memiliki kompetensi dalam penyusunan modul dan berpengalaman menangani pasien dengan penyakit kronis. Nilai *Aiken's V* dari hasil validasi oleh *professional judgement* tersebut berkisar antara 0,75-0,9375 (Dinni, 2014; Saniatuzzulfa, 2014; Rizal, 2014; Rahayu, 2015). Nilai tersebut menunjukkan bahwa sesi-sesi dalam modul “Pasien Pandai” dapat menyasar tujuan yang diharapkan.

Pelatihan program “Pasien Pandai” telah diuji secara empirik melalui penelitian yang dilakukan oleh Rizal (2014) terhadap variabel kecemasan pada pasien jantung, dan Rahayu (2015) terhadap *post-traumatic growth* (PTG) pada pasien pascastroke. Hasil penelitian Rizal (2014) dengan menggunakan analisis uji *t-test*, menunjukkan bahwa terdapat penurunan skor kecemasan yang signifikan pada partisipan penelitian, setelah diberikan pelatihan, dengan nilai $p = 0,024$ ($p < 0,05$). Penelitian Rahayu (2015) dengan menggunakan analisis *One-Way ANOVA* menunjukkan hasil yang signifikan (nilai $F = 8,941$, dengan $p = 0,002$; $p < 0,05$), dengan ditunjukkannya peningkatan skor PTG pada partisipan penelitian setelah pelatihan diberikan. Kedua hasil studi tersebut menunjukkan bahwa modul Program “Pasien Pandai” dapat menurunkan kecemasan pada pasien penyakit jantung dan meningkatkan PTG pada pasien pascastroke.

6. Buku PANDAI

Buku PANDAI berisikan agenda program, materi psikoedukasi bagi partisipan, lembar kerja, lembar evaluasi program, serta *manipulation check*.

7. Buku Harian

Buku harian diberikan kepada partisipan penelitian, untuk kemudian diisi dan dikembalikan di akhir penelitian. Buku ini harus diisi setiap hari selama proses penelitian diikuti. Buku harian berisikan *serenity prayer*, tata cara melakukan relaksasi, ceklis harian (skala pengukuran), tugas-tugas, lembar cerita harian, dan lembar kerja ketika mendapatkan tugas rumah.

8. Lembar observasi

Lembar observasi diisi oleh observer, terdiri atas observasi terhadap partisipan penelitian, pelaksanaan intervensi, serta kompetensi atau performa dari fasilitator. Lembar observasi tentang pelaksanaan intervensi berisikan seputar keadaan ruangan dan fasilitas penyerta penelitian. Lembar observasi untuk partisipan berupa penampilan, ekspresi verbal dan non verbal selama mengikuti kegiatan pelatihan, waktu kedatangan, keaktifan selama proses intervensi, interaksi dengan peserta lain, fasilitator, serta catatan khusus lainnya. Bentuk lembar observasi terhadap pelaksanaan penelitian dan partisipan berupa catatan deskriptif atau *anecdotal*.

Lembar observasi untuk fasilitator berupa performa dari keduanya dalam menyampaikan materi pelatihan, bentuk komunikasi, serta penampilan. Selain itu, hal-hal yang diamati berupa kesesuaian pelaksanaan tahapan intervensi sesuai dengan alur yang terdapat di Modul “Pasien Pandai”. Bentuk lembar observasi untuk fasilitator berupa pencatatan ceklis disertai dengan bagian deskripsi untuk menarasikan detail kejadian dari aspek yang diamati.

D. Desain Penelitian

Metode penelitian ini yaitu eksperimen kuasi, dengan desain penelitian *single case A-B-A*. *Single case* adalah desain penelitian eksperimen yang hanya berfokus pada satu unit atau individu tanpa membandingkan dengan unit atau kelompok lain (Tate & Perdices, 2019). Tate dan Perdices (2019) lebih lanjut menjelaskan bahwa desain A-B-A adalah desain penelitian yang menerapkan

pengukuran terhadap partisipan sebelum (A1), pada saat (B), dan sesudah intervensi diberikan (A2). Penelitian ini juga menggunakan desain *small-n*, dikarenakan pertimbangan topik penelitian yang cukup sensitif, serta adanya kesulitan mendapatkan partisipan dalam jumlah yang banyak. Desain *small-n* dipilih ketika adanya pertimbangan-pertimbangan tertentu yang membuat jumlah partisipan yang besar sulit didapatkan (Goodwin, 2010).

E. Intervensi

Perlakuan yang diberikan dalam penelitian ini berupa Pelatihan Program “Pasien Pandai” yang telah disusun oleh Retnowati, dkk. (2014). Tujuan dari Program “Pasien Pandai” bagi penyandang DM tipe 2 yaitu memfasilitasi penyandang DM tipe 2 agar dapat menerima kondisi penyakitnya, dan tidak bereaksi secara berlebihan terhadap kondisinya saat ini. Penyandang DM tipe 2 juga diharapkan dapat menetapkan tujuan dalam penanganan penyakitnya, sesuai dengan nilai hidup yang dianut, yang tentu saja berkaitan dengan nilai-nilai kesehatan. Tujuan tersebut diarahkan untuk diterapkan dengan komitmen penuh sehingga menjadi perubahan perilaku dalam proses manajemen penyakit. Program “Pasien Pandai” disusun menjadi lima kali pertemuan.

Berdasarkan Retnowati dkk. (2014), inti kegiatan dari Program “Pasien Pandai” dijabarkan dalam tabel 2 berikut ini:

Tabel 2. *Blue Print* Pertemuan Program “Pasien Pandai”

Pertemuan dan Durasi	Agenda Inti	Tujuan	Inti Kegiatan	Alat dan bahan
I (120 menit)	Pembukaan	<ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi proses <i>building raport</i> dan menyampaikan penjelasan prosedur pelaksanaan program 	<ul style="list-style-type: none"> Penjelasan penelitian, tujuan program, dan keterlibatan partisipan Perkenalan dan <i>sharing</i> harapan pasien dalam mengikuti program Penandatanganan lembar persetujuan Pemberian dan pengisian buku harian 	<ul style="list-style-type: none"> Lembar persetujuan, Alat tulis, Buku harian, Buku PANDAI
II (120 menit)	<i>Sharing</i> dan latihan relaksasi	<ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi munculnya keterbukaan pasien Membiasakan proses relaksasi 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Sharing</i> tentang pengalaman menghadapi penyakit Latihan relaksasi Pemberian tugas rumah 	Buku Harian
III (120 menit)	Mengenali diri dan menerima	<ul style="list-style-type: none"> Membantu pasien menyadari sensasi fisiknya, pikiran dan perasaan terkait dengan penyakit yang dideritanya Memfasilitasi munculnya penerimaan dalam diri pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Relaksasi Aktivitas “Sang Pengamat” & <i>Sharing</i> (menyadari sensasi terkait penyakit) Aktivitas “Kasih Sang Maha Bijak” & <i>Sharing</i> (menerima diri dengan kasih) Psikoedukasi mengenai kondisi psikologis seseorang dengan penyakit kronis, stres, dan juga kaitannya dengan kesehatan Diskusi dan tanya jawab terkait psikoedukasi Pemberian tugas rumah 	<ul style="list-style-type: none"> Musik instrument Materi psikoedukasi dan tayangan ppt Buku Harian, Buku PANDAI
IV (120 menit)	Menemukan tujuan hidup dan berkomitmen	<ul style="list-style-type: none"> Membantu peserta mengenali nilai dan tujuan hidupnya, serta menyusun rencana terkait perubahan perilaku Memfasilitasi munculnya komitmen untuk melakukan perubahan perilaku 	<ul style="list-style-type: none"> Relaksasi Mencari tujuan hidup/ nilai hidup dengan aktivitas reflektif, memilih tiga orang terpenting dan bagaimana ingin dikenang Mengevaluasi usaha yang telah dilakukan selama ini terutama terkait pengobatan. Menyusun rencana aksi yang sesuai dengan tujuan (SMART) Mencari tahu hal-hal yang akan membuat pasien bertahan dengan komitmennya dalam melakukan perubahan perilaku Menulis surat untuk diri yang (<i>unsent letter</i>) akan dibuka satu minggu ke depan 	<ul style="list-style-type: none"> Musik instrument Materi psikoedukasi dan tayangan ppt Buku Harian, Buku PANDAI

			<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan pelaksanaan “<i>take action</i>” yang akan dilakukan di luar pertemuan (1 minggu) 	
V (120 menit)	Aksi	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi munculnya perubahan perilaku secara nyata pada diri pasien sesuai dengan komitmen yang telah dibuat 	<ul style="list-style-type: none"> • Proses pelaksanaan <i>take action</i>” yang akan dilakukan di luar pertemuan (1 minggu) • <i>Sharing</i> pengalaman dalam menjalankan “<i>take action</i>” (Mendiskusikan kesulitan dan strategi yang dilakukan untuk mengatasi kesulitan) • Membuka surat (<i>unsent letter</i>) dan <i>sharing</i> perasaan setelah membaca surat • Evaluasi hal yang dipelajari dan perubahan yang terjadi selama proses program intervensi 	Musik instrumental

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadsaraei, N. F., Doost, H. T. N., Manshaee, G. R., & Nadi, M. A. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression among patients with type II diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity* 9 (1), 6-13.
- Alatawi, Y. M., Kavookjian, J., Ekong, G., & Alrayees, M. M. (2016). The association between health beliefs and medication adherence among patients with type 2 diabetes. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 12, 914-925.
- American Diabetes Association. (2018). Standards of medical care in diabetes-2018 supplement 1. *Diabetes Care* 36, 14-37.
- American Diabetes Association. (2019). Introduction: Standards of medical care in diabetes-2019 supplement 1. *Diabetes Care* 42, 51-52.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anderson, B. J., & Rubin, R. R. (2002). *Practical psychology for diabetes clinicians. Effective techniques for key behavioral issues*. Virginia: American Diabetes Association.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits J. A. J., & Emmelkamp P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Pshycotherapy and Pshycosomatics* 84, 30–36.
- Awan. (2009). *Rahasia menyembuhkan diabetes secara alami*. Denpasar: Headline Indonesia Baru.
- Azwar, S. (2018). *Metode penelitian psikologi, edisi II*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bai, Y. L., Chiou, C. P., & Chang, Y. Y. (2009). Self-care behaviour and related factors in older people with type 2 diabetes. *Journal of clinical nursing* 18 (23), 3308- 3315.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment* (2nd ed). University of Pennsylvania Press.

- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. 2005. Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging & Mental Health* 9 (4), 302- 304.
- Bond, F. W., Hayes., S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H., Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-2: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy* 42, 676-688.
- Carlbring, P., Hägglund, M., Luthström, A., Dahlin, M., Kadowaki, Å., Vernmark, K., & Andersson, G. Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: A randomized controlled trial. (2013). *Journal of Affective Disorders* 148 (2-3), 331- 337.
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 500–505.
- Chambless, D. L., & Ollendick T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Reviews*, 52: 685-716.
- Ciechanowski, O. S., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2000). Depression and diabetes impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *JAMA Internal Medicine* 160 (21), 328-3285.
- Comijs, H. C., van Exel, E., van der Mast, R. C., Paauw, A., Oude Voshaar, R., & Stek, M. L. (2013). Childhood abuse in late-life depression. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 241–246.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581–592.
- Cukor, D., Ver Halen, N., Asher, D. R., Coplan, J. D., Weedon, J., Wyka, K. E., Saggi, S. J., & Kimmel, P. L. (2014). Psychosocial Intervention Improves Depression, Quality of Life, and Fluid Adherence in Hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 25(1), 196–206.
- Demakakos, P., Zaninotto, P. & Nouwen, A. (2014). Is the association between depressive symptoms and glucose metabolism bidirectional? evidence from the english longitudinal study of ageing. *The American Psychosomatic Society* 76, 555-561.

- Derakhshanpour, F., Vakili, M. A., Farsinia, M., Mirkarimi, K. (2015). Depression and quality of Life in Patients with type 2 diabetes. *Iran Red Crescent*, 17 (5), 1-6.
- Dietz, L. J., Mufson, L., Irvine, H., & Brent, D. A. (2008). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: An open-treatment trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(3), 154–161.
- Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A., & Mufson, L. (2015). Family-Based Interpersonal Psychotherapy for Depressed Preadolescents: Examining Efficacy and Potential Treatment Mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(3), 191–199.
- Dinni, S. M. (2014). *Program “pasien pandai”: Upaya meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan pada pasien diabetes mellitus tipe 2* (Tesis). Universitas Gadjah Mada, Fakultas Psikologi, Yogyakarta, Indonesia (tidak diterbitkan).
- Donsu, J. D. T., Hadjam, R., Hidayat, R., & Asdie, A. H. (2014). Peran faktor-faktor psikologis terhadap depresi pada diabetes mellitus tipe 2. *Jurnal Psikologi* 41 (1), 241-249.
- Field, T. (2017). Prenatal Depression Risk Factors, Developmental Effects and Interventions: A Review. *Journal of Pregnancy and Child Health*, 04(01).
- Fisher, E.B., Thorpe, C.T., DeVellis, B.Mc., & DeVellis, R.F. (2007). Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: A systematic review and appraisal. *The Diabetes Educator* 33, 1080-1095.
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 583–594.
- Friedman, E. S., & Anderson, I. M. (2014). *Handbook of Depression: Second Edition*. London: Springer Healthcare Ltd.
- Gauhar, Y. W. M. (2016). The Efficacy of EMDR in the Treatment of Depression. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(2), 59–69.
- Gonzales, J. S., Safren, S. A., Cagliero, E., Wexler, D. J., Delahanty, L., & Wittenberg, E. (2008). Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: Relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care* 30, 2222-2227.

- Goodwin, C. J. (2010). *Research in psychology: Methods and design* (6th ed). Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (Ed.). (2010). *Handbook of depression* (2nd ed). Guilford Press.
- Greszta, E. Family environment risk factors of depression in adolescence. [*Psychiatria polska*](#) 40 (4), 719-730.
- Hagen, P. T. (2002). *Mayo clinic: pedoman perawatan sendiri*. Jakarta: PT Intisari Mediatama.
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group for Treatment-Resistant Depression: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 136–143.
- Hartmann, M., Kopf, S., Kircher, C., Faude-Lang, V., Djuric, Z., Augstein, F., Nawroth, P. P. (2012). Sustained effect of a minfulness-based stressreduction intervention in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 35, 945-947.
- Harvey, S. B. (2008). Psychiatric aspects of chronic physical disease. *Psychiatric aspect of general medicine* 36 (9), 471-474.
- Hasanat, N.U. (2012). Pengelolaan diabetes. Dalam Prawitasari, J. E. *Psikologi terapan melintas batas disiplin ilmu*. Jakarta: Erlangga.
- Hasanat, N.U. (2015). *Manajemen diri d iabetes analisis kuantitatif faktor- faktor psikososial pada pasien diabetes melitus tipe II* (Disertasi). Universitas Gadjah Mada, Fakultas Psikologi, Yogyakarta, Indonesia.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science+Business Media.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy, the process and practice of mindful change*. New York: The Guilford Press.
- Haynes, R. B, McDonald H. P, Garg A. X. (2002). Helping patients follow prescribed treatments. *Journal of American Medicine* 288, 2880-2883.
- Holmans, P., Weissman, M. M., Zubenko, G. S., Scheftner, W. A., Crowe, R. R., DePaulo, J. R., Knowles, J. A., Zubenko, W. N., Murphy-Eberenz, K., Marta, D. H., Boutelle, S., McInnis, M. G., Adams, P., Gladis, M., Steele, J., Miller, E. B., Potash, J. B., MacKinnon, D. F., & Levinson, D. F. (2007). Genetics of Recurrent Early-Onset Major Depression (GenRED): Final

- Genome Scan Report. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 248–258.
- Holzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Oliver, Z. S., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science* 6, 537-559.
- Hooley, J. M., Butcher, J. N., Nock, M. K., & Mineka, S. (2017). *Abnormal psychology* (17th edition, global edition). London: Pearson.
- International Diabetes Federation. (2015). *Diabetes atlas, 7th edition*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.
- International Diabetes Federation. (2018). *Diabetes atlas, 8th edition*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.
- Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Simonsen, S., Simonsen, E., & Gluud, C. (2012). Effects of cognitive therapy *versus* interpersonal psychotherapy in patients with major depressive disorder: A systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. *Psychological Medicine*, 42(7), 1343–1357.
- Josephine, K., Josefine, L., Philipp, D., David, E., & Harald, B. (2017). Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 223, 28–40.
- Kalra, S., Jena, B. N., & Yeravdekar, R. (2018). Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism* 22 (5), 696-704.
- Karg, K., Burmeister, M., Shedden, K., & Sen, S. (2011). The Serotonin Transporter Promoter Variant (5-HTTLPR), Stress, and Depression Meta-analysis Revisited: Evidence of Genetic Moderation. *Archives of General Psychiatry*, 68(5), 444.
- Katon, W. J., Lin, E. H. B., Korff, M. V., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., Peterson, D., Rutter, C. M., McGregor, M., & McCulloch, D. (2010). Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. *The new england journal of medicine* 363, 2611-2620.
- Katon, W. J., Ludman, E., & Simon, G. (2003). *The depression helpbook*. Boulder, CO: Bull Publishing.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Indonesia Sample Registration System 2014*. Diakses dari <http://www.depkes.go.id>

- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) 2018*. Jakarta: Badan Penelitian 7 Pengembangan Kesehatan Kementerian RI.
- Kirkham, J. G., Choi, N., & Seitz, D. P. (2016). Meta-analysis of problem solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults: Problem solving therapy for depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(5), 526–535.
- Kounou, K. B., Bui, E., Dassa, K. S., Hinton, D., Fischer, L., Djassoa, G., Birmes, P., & Schmitt, L. (2013). Childhood trauma, personality disorders symptoms and current major depressive disorder in Togo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (7), 1095–1103.
- Kurniati, E., & Adinugraha, T. S. (2017). Hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur pasien DM tipe 2 di poli penyakit dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul. *Skripsi Prgram Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani Yogyakarta*.
- Lau, J. Y. F., & Eley, T. C. (2010). The genetics of mood disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 313–337.
- Lenz, A. S., Hall, J., & Bailey Smith, L. (2016). Meta-Analysis of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Decreasing Symptoms of Acute Depression. *The Journal for Specialists in Group Work*, 41 (1), 44–70.
- Lespérance, F., Frasure-Smith, N., Koszycki, D., Laliberté, M.-A., van Zyl, L. T., Baker, B., Swenson, J. R., Ghatavi, K., Abramson, B. L., Dorian, P., Guertin, M.-C., & CREATE Investigators. (2007). Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: The canadian cardiac randomized evaluation of antidepressant and psychotherapy efficacy (create) trial. *JAMA*, 297(4), 367.
- Lustman, P. J., Anderson, Ryan J., Freedland, K. E., De Groot, M., Carney, R. M., & Clouse, R. (2000). Depression and poor glycemic control a meta-analytic review of the literature. *Epidemiology/ Health Services/ Psychosocial Research*, 23 (7), 934-942.
- Madhina, I. (2018). *Logoterapi “Temuan Makna” untuk Mengurangi Tingkat Depresi Narapidana* (Tesis). Universitas Gadjah Mada, Fakultas Psikologi, Yogyakarta, Indonesia (tidak diterbitkan).
- Tate, R. L., & Perdices, M. (2019). *Single-case experimental designs for clinical research and neurorehabilitation settings: Planning, conduct, analysis and reporting*. London: Routledge.

- Majumdar, S., & Morris, R. (2019). Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors. *British Journal of Clinical Psychology*, 58, 70-90.
- Maslim, R. (2013). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ III dan DSM-5*. Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa: FK Unika Jakarta.
- Massey, C. N., Feig, E. H., Duque-Serrano, L., Wexler, D., Moskowitz, J. T., & Huffman, J. C. (2017). Psychological well-being and type 2 diabetes. *Curr Res Diabetes Obes J*, 4 (4), 1-6.
- Massey, C. N., Feig, E. H., Duque-Serrano, L., Wexler, D., Moskowitz, J. T., & Huffman, J. C. (2018). Well-being interventions for individuals with diabetes: a systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice* 147, 118-133.
- McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: What to do about chronic pain. *Pain*, 105, 197-204.
- McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain in general. *The Journal of Pain*, 14 (11), 1398-1406.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L., & Tasch, E. T. (2005). Telephone-Administered Psychotherapy for Depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 1007.
- Moreno-Lacalle, R. C. (2016). Nurturing the Seeds of Evidence-Based Practice: Early Ambulation among Cardiac Surgery Patients. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 14, 19.
- Nash, J. (2013). *Diabetes and Wellbeing: Managing the psychological and emotional challenges of diabetes types 1 & 2*. Oxford: John Wiley & Sons Ltd.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2018). *Abnormal psychology in a changing world* (Tenth edition). Pearson Higher Education.
- Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., & Williams, J. W. (2012). Brief Psychotherapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 129–151.
- Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C. E., Peyrot, M., Ismail, K., & Pouwer, F. (2010). Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *European Association for the Study of Diabetes* 53 (12), 2480-2486.

- Nugraha, I. P. K. W., Yusli, H. M. U. D., Ambarwati, A., Rahmawati, I. (2017). Javanese art's therapy sebagai intervensi menurunkan tingkat depresi lansia di panti wreda harapan ibu semarang. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (Indonesian Journal of Community Engagement)* 3 (1), 50-60.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2015). Group Metacognitive Therapy for Severe Antidepressant and CBT Resistant Depression: A Baseline-Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 14–22.
- Passer, M. W., & Smith, R. E. (2009). *Psychology: The science of mind and behavior* (4th ed). McGraw-Hill Higher Education.
- Perrotta, P., & Meacham, J. A. (1982). Can a Reminiscing Intervention Alter Depression and Self-Esteem? *The International Journal of Aging and Human Development*, 14 (1), 23–30.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032–1040.
- Rahayu, S. (2015). *Program “pasien pandai”: Upaya meningkatkan (PTG) pada pasien pascastroke* (Tesis). Universitas Gadjah Mada, Fakultas Psikologi, Yogyakarta, Indonesia (tidak diterbitkan).
- Retnowati, S., Rizal, G. M., Saniatuzzulfa, R., Dinni, S. M., & Rayahu, S. (2014). “Modul Program “Pasien PANDAI”, Program Pasien dengan Penerimaan dan Aksi.” Universitas Gadjah Mada.
- Richards, C. S., & O’Hara, M. W. (Ed.). (2014). *The Oxford handbook of depression and comorbidity*. Oxford University Press.
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329–342.
- Rizal, G. L. (2014). *Program “pasien pandai”: Upaya menurunkan kecemasan pasien penyakit jantung* (Tesis). Universitas Gadjah Mada, Fakultas Psikologi, Yogyakarta, Indonesia (tidak diterbitkan).
- Rotella, F., & Mannucci, E. (2013). Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 99 (2), 98–104.

- Roy, T., Lloyd, C. E., Pouwer, F., Holt, R. I. G., & Sartorius, N. (2012). Screening tools used for measuring depression among people with Type 1 and Type 2 diabetes: a systematic review. *Diabet. Med.* 29, 164–175.
- Saniatuzzulfa, R. (2014). *Program “pasien pandai”: Upaya meningkatkan optimisme pasien kanker* (Tesis). Universitas Gadjah Mada, Fakultas Psikologi, Yogyakarta, Indonesia (tidak diterbitkan).
- Santrock, J. W. (2011). *Life-span development*. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Sasikumar, L. F. (2017). Effects of mindfulness based stress reduction (mbsr) on stress, depression and mindfulness among type 2 diabetics- A randomized pilot study. *NISCAIR- CSIR*, 16 (4), 654-659.
- Schroevers, M. J., Tovote, K. A., Keers, J. C., Links, T. P., Sanderman, R., & Fleer, J. (2015). Individual mindfulness- based cognitive therapy for people with diabetes: A pilot randomized controlled trial. *Mindfulness* 6 (1), 99-110
- Shimazu, K., Shimodera, S., Mino, Y., Nishida, A., Kamimura, N., Sawada, K., Fujita, H., Furukawa, T. A., & Inoue, S. (2011). Family psychoeducation for major depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198(5), 385–390.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Kroenke, K. (2014). *Patient health questionnaire–9 (PHQ-9)*. Diakses dari http://www.phqscreeners.com/pdfs/02_PHQ_9/English.pdf.
- Sridhar, G. R., & Madhu, K. (2002). Psychosocial and cultural issues in Diabetes Mellitus. *Current Science* 83 (12), 1556-1564.
- Stetler, C., & Miller, G. E. (2011). Depression and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Activation: A Quantitative Summary of Four Decades of Research: *Psychosomatic Medicine*, 73(2), 114–126.
- Sujana, C.R., Wahyuningsih, H., & Uyun, Q. (2015). Peningkatan kesejahteraan psikologis pada penyandang diabetes mellitus tipe 2 dengan menggunakan group positive psychotherapy. *Jurnal Intervensi Psikologi* 7 (2), 215-232.
- Sulistiyanto, Edhi, R. T., & Asdie, A. H. (2007). *Pengaruh latihan pasrah diri terhadap perubahan nilai indeks massa tubuh (IMT) pada penderita diabetes mellitus tipe 2 dengan gejala depresi* (Tesis). Universitas Gadjah Mada, Fakultas Ilmu Penyakit Dalam, Yogyakarta, Indonesia (tidak diterbitkan).
- Surwit, R.S. & Bouman, A. (2004). *The mind-body diabetes revolution*. New York: Free Press.

- Taylor, S. E. (2015). *Health psychology 9th edition*. New York: McGraw-Hill Inc.
- Test Review: *Patient Health Questionnaire–9 (PHQ-9)*. (2014). *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 57(4), 246–248.
- Utomo, O. M., Azam, M., & Ningrum, D. N. A. (2012). Pengaruh senam terhadap kadar gula darah penderita diabetes. *Unnes Journal of Public Health* 1, 36-40.
- Weissman, M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P., & Talati, A. (2006). Gender differences in three generations at risk for major depression. *Gender Medicine*, 3, S23.
- Wells, B.G., DiPiro, J. T., Schwinghammer, T. L., & DiPiro, C. V. (2012). *Pharmacotherapy handbook ninth edition*. US: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Whiting, D. R., Guariguata, L., Weil, C. & Shaw, J. (2011). IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice* 94, 311-321
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders global health estimates*. Diakses dari <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.
- Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to act. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 1 (2), 77-89.
- Zhang, Y., Ting, R. Z. W., Lam, M. H. B., Lam, S. P., Yeung, R. O., Nan, H., Ozaki, R., Luk, A. O. Y., Kong, A. P. S., Wing, Y. K., Sartorius, N., & Chan, J. C. N. (2015). Measuring depression with CES-D in Chinese patients with type 2 diabetes: the validity and its comparison to PHQ-9. *BMC Psychiatry* 15 (198), 1-10.