

DEPRESI DAN PENANGANANNYA PADA MAHASISWA

Oleh : EVA YULIZA, M.Psi.¹

Abstract

Depression of students in University is a group of clinical disorders characterized by loss of feeling of control and subjective experience suffering severe symptoms that appear like sadness, hopelessness, feelings of worthlessness and guilt, withdrawal from others, eating disorders, sleep disorders, withdrawal, loss of concentration, the idea of jumping up and down, tense, loss of energy and the emergence of suicidal thoughts or ideas. signs of depression in general is the existence of sadness, anxiety, loss of response to excitement, reduced or loss of feeling in love with someone else, the loss of connection and an emotional attachment premises of others, the emergence of thoughts deviate towards self-evaluation itself bad, distorted body image as well as the negative expectations of the future, inability to make decisions, the incidence of death wishes or ideas themselves and the increased dependence on others. The signs are grouped in symptoms of emotional or affective, motivational symptoms, cognitive symptoms, as well as behavioral and vegetative symptoms. Several attempts were made in the treatment of depression among the. Psychodynamic therapy, cognitive and behavioral therapy, cognitive therapy-based mindset, Social Skills Training and Activities Behavioral Therapy

Key words : Depression, Psychodynamic therapy

A. Definisi Depresi

Supratiknya menyebutkan bahwa depresi merupakan reaksi terhadap situasi yang menekan dengan kesedihan dan kepatahan hati yang luar biasa dan (sering) tidak dapat dipulihkan sesudah sekian lama. Orang-orang yang terkena gangguan ini akan mengalami perubahan mood yang amat dramatis dari hari ke hari, minggu ke minggu².

Hadi menjelaskan bahwa depresi adalah suatu pengalaman yang menyakitkan atau suatu perasaan tidak ada harapan lagi. Bila seorang terus merasa tak berguna atau depresi selama hidupnya mungkin ada kaitannya dengan pengalaman masa kecilnya yang membuatnya memiliki *self-esteem* yang rendah. Misalnya ini terjadi pada orang-orang yang pada masa kanak-

¹ Penulis adalah Dosen STAI Hubbulwathan Duri

² Supratiknya. 1995. Mengenal perilaku abnormal. Yogyakarta : Kanisius

AL-ISHLAH

Jurnal Pendidikan

kanaknya pernah mengalami *child abuse*, diacuhkan, direndahkan oleh anggota keluarga atau teman-temannya.³

Senada dengan pendapat di atas, Trisna menjelaskan bahwa depresi adalah suatu perasaan sendu atau sedih yang biasanya disertai dengan diperlambatnya gerak dan fungsi tubuh, mulai dari perasaan murung sedikit sampai pada keadaan tak berdaya. Secara sederhana dapat dikatakan depresi merupakan suatu pengalaman yang menyakitkan atau suatu perasaan tidak ada harapan lagi.⁴

Menurut *Nasional Insitute of Mental Health* (dalam Siswanto), gangguan depresi dipahami sebagai suatu penyakit tubuh yang menyeluruh (*whole-body*), yang meliputi tubuh, suasana perasaan dan pikiran. Ini berpengaruh terhadap cara makan dan tidur, cara seseorang merasa mengenai dirinya sendiri dan cara orang berpikir mengenai sesuatu. Gangguan depresi tidak sama dengan suasana murung (*blue mood*). Ini juga tidak sama dengan kelemahan pribadi atau suatu kondisi yang dapat dikehendaki atau diharapkan berlaku. Orang dengan penyakit depresi tidak dapat begitu saja ”memaksa diri mereka sendiri” dan menjadi lebih baik⁵.

Hawari memberikan definisi depresi sebagai sebuah gangguan pada alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan, sedih, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa, hilangnya rasa senang, merasa tidak berdaya, dan lemah.⁶

Berdasarkan pendapat-pendapat di atas, disimpulkan bahwa depresi pada mahasiswa adalah suatu kelompok gangguan klinis yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subyektif adanya penderitaan berat, simptom-simtom yang muncul seperti kesedihan, keputusan, perasaan tidak berharga dan perasaan bersalah, menarik diri dari orang lain, gangguan makan, gangguan tidur, menarik diri, kehilangan konsentrasi, ide yang meloncat-loncat, tegang, kehilangan energi dan munculnya pikiran atau ide bunuh diri. Penelitian ini mengacu pada definisi dari teori Beck yang menyatakan bahwa depresi menunjuk pada suasana *mood* yang depresif, konsep diri negatif, keinginan-keinginan regresif serta adanya perubahan-perubahan vegetatif dan perubahan pada tingkat aktivitas.

³ Hadi, P. 2004. *Depresi dan solusinya*. Yogyakarta : Tugu publisher

⁴ Siswanto. 2002. *Pengaruh menulis pengalaman emosional terhadap simtom-simtom depresi pada mahasiswa*. Tesis (Tidak diterbitkan). Yogyakarta : Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada

⁵ Ibid

⁶ Hawari. 2005. *Dimensi Religi dalam praktek Psikiatri dan Psikologi*. Jakarta : Gaya baru.

B. Gejala-gejala Depresi

Menurut Hadi⁷ Pada umumnya penderita depresi dapat dikenali melalui beberapa gejala, misalnya :

1. Secara fisik mereka mengalami beberapa gangguan seperti : gerakan jadi lamban, tidur tidak nyenyak, nafsu makan jadi menurun atau bahkan meningkat, gairah seksual menurun bahkan bisa hilang sama sekali, dan lain-lain. Pusing, mulut kering, jantung berdebar cepat biasanya menyertai penderita ini.
2. Kehilangan perspektif dalam hidupnya, pandangannya terhadap hidup, pekerjaan dan keluarga menjadi kabur. Aaron Beck (dalam Hadi, 2004) menggambarkan hal ini sebagai "tiga kognisi", pertama, terhadap dunia : cenderung melihat kekalahan, kerugian dan penghinaan. Kedua, terhadap diri sendiri : menganggap diri kurang baik, tidak layak dan tidak berharga. Menganggap diri bercacat, tidak diinginkan, tidak berguna, dan menolak diri. Ketiga, terhadap masa depan : penuh dengan kesukaran, frustrasi dan kerugian.
3. Perasaan yang berubah-ubah dan sulit dikendalikan. Berbagai perasaan seperti putus asa. Kehilangan harapan, sedih cemas, rasa bersalah, apatis dan marah; sering muncul tak menentu dan menciptakan suasana hampa dan mati.
4. Beberapa gejala psikologis seperti kehilangan harga diri, menjauhkan diri dari orang lain karena takut ditolak atau takut tanpa alasan dan ingin melarikan diri dari masalah atau hidupnya sendiri bahkan menjadi peka secara berlebihan sering dialami oleh mereka yang mengalami depresi.

Davison, dkk menjelaskan bahwa memusatkan perhatian dapat menjadi sesuatu yang sangat melelahkan bagi orang-orang yang mengalami depresi.⁸ Mereka tidak dapat dengan mudah memahami apa yang mereka baca dan apa yang dikatakan orang pada mereka. Percakapan juga dapat menjadi suatu pekerjaan. Orang-orang yang depresi berbicara dengan lambat, setelah lama terdiam, hanya menggunakan beberapa kata dan nada suara rendah serta monoton. Banyak yang suka duduk sendirian dan berdiam diri. Beberapa penderita lain merasa sangat bersemangat dan tidak dapat duduk tenang. Mereka bergerak cepat, meremas tangan, selalu mengeluarkan suara mengeluh dan menyampaikan keluhan. Bila orang depresi dihadapkan dengan suatu masalah, mereka tidak dapat

⁷ Hadi *Op.Cit* .

⁸ Davinson, dkk. 2004. *Psikologi Abnormal (Edisi 9)*. Jakarta : Rajawali Pers

AL-ISHLAH

Jurnal Pendidikan

memikirkan cara menyelesaikannya. Setiap momen menjadi sangat berat dan kepala mereka terus menerus dipenuhi dengan pikiran menyalahkan diri sendiri. Orang-orang yang depresi dapat mengabaikan kebersihan dan penampilan diri serta mengeluhkan berbagai simtom somatik tanpa gangguan fisik yang jelas, Sangat berkecil hati dan benar-benar tidak memiliki harapan serta inisiatif, mereka selalu merasa khawatir, cemas, dan pesimis hampir sepanjang waktu.

Beck (1985) menyebutkan bahwa gangguan depresi tidak hanya gangguan afektif saja tapi meliputi: manifestasi emosional, kognitif, motivasional, dan manifestasi vegetatif juga fisik⁹.

- a. Dalam simtom emosional diartikan sebagai perubahan pada perasaan penderita atau pada perilaku luar yang disebabkan perasaannya, manifestasinya berupa kesedihan, berkurang bahkan hilangnya kesenangan, apatis berkurang bahkan hilangnya perasaan cinta terhadap orang lain, kecemasan, hilangnya respon terhadap kegembiraan.
- b. Simtom kognitif mengandung tiga bagian yang berbeda. Bagian pertama sikap penderita yang menyimpang terhadap diri, pengalaman dan masa depannya. Simtom ini termasuk menilai jelek diri sendiri. Penderita meyakini bahwa dirinya adalah sumber berbagai permasalahan. Bagian ke tiga ditandai dengan ketidakmampuan penderita dalam mengambil keputusan.
- c. Simtom motivasional diartikan dengan tidak adanya keinginan untuk melakukan berbagai aktivitas seperti makan dan minum obat, timbulnya hasrat untuk mati dan meningkatnya ketergantungan pada orang lain.
- d. Simtom perilaku dan vegetatif merupakan refleksi dari simtom-simtom di atas, meliputi gangguan tidur, kepasifan seperti tiduran selama berjam-jam, menarik diri dari hubungan dengan orang lain, retardasi dan agitasi pada perilakunya, gangguan nafsu makan/anoreksia, gangguan aktivitas seksual.

Beck menghubungkan tingkat keparahan depresi dengan simtom-simtom sebagai berikut :

- a. Menurunnya selera makan

Tahap ringan muncul berupa ketidakinginan individu untuk makan, tahap sedang ditandai dengan benar-benar hilangnya selera makan dan individu lupa makan tanpa disadarinya, tahap

⁹ Beck, Aaron T. 1985. *Depression, Causes and Treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania press

AL-ISHLAH

Jurnal Pendidikan

berat individu harus memaksa diri sendiri atau dipaksa orang lain untuk makan (beberapa kasus menunjukkan kebalikannya, individu makan berlebihan).

b. Gangguan tidur

Tahap ringan ditandai apabila individu tidur dengan jumlah jam yang lebih banyak dari biasanya dan individu menyadarinya. Beberapa kasus menunjukkan kebalikannya, penderita bangun tidur lebih awal beberapa menit sampai setengah jam dari biasanya. Tahap sedang ditandai apabila individu bangun satu atau dua jam lebih awal dari biasanya. Tahap berat ditandai apabila individu hanya tidur sekitar empat atau lima jam, mengalami kesulitan untuk tidur kembali, sedangkan pada beberapa kasus individu tidak dapat tidur sama sekali di malam hari.

c. Hilangnya gairah seksual

Individu pada tahap ringan akan mengalami penurunan dalam merespon

stimulus seksual, pada tahap sedang tidak memiliki hasrat seksual spontan dan pada tahap berat individu benar-benar tidak memiliki respon terhadap stimulus seksual.

d. Timbulnya kelelahan

Pada tahap ringan individu merasa cepat lelah dibanding dari biasanya,

tahap sedang penderita akan merasakan lelah saat bangun tidur pagi hari dan tidak dapat diringankan dengan usaha-usaha seperti relaksasi, istirahat atau rekreasi, pada tahap berat individu merasa terlalu lelah untuk melakukan apapun. Dengan pemberian dorongan dari luar individu kadangkala mampu mengerjakan tugas, tanpa dorongan dari luar individu tidak mampu memobilisasi energi untuk mengerjakan tugas-tugas ringan sekalipun, mengeluh bahwa ia tidak memiliki energi, bahkan untuk mengangkat tangan sekalipun.

Sue, dkk membedakan simtom depresi dalam empat bagian :

a. Simtom Afeksi¹⁰

Mood adalah simtom afeksi yang paling menyolok. Orang depresif mengalami perasaan yang sedih, menangis, kesal dan terlalu banyak serta terlalu memperpanjang masa berkabung, merasa tidak berharga dan tidak bisa menikmati hidup.

¹⁰Sue, D., Sue D., Sue S., 1990. *Understanding Abnormal Behavior, Third Edition*. Boston: Houghton Mifflin Company

AL-ISHLAH

Jurnal Pendidikan

b. Simtom Kognisi

Simtom ini meliputi perasaan gagal, hampa, sangat pesimis dengan masa depan, *self depreciation*, kehilangan interes, penurunan energi, sulit berkonsentrasi dan kehilangan motivasi sehingga membuat orang-orang depresi sulit menanggulangi situasi-situasi sehari-hari, menolak tanggung jawab atau tugas-tugas, berfikir bahwa dirinya tidak mampu, muncul ide bunuh diri. Depresi berhubungan dengan refleksi *cognitive trial* sehingga menilai negatif terhadap dirinya, dunia luar dan masa depannya.

c. Simtom Perilaku

Penampilan dan sikap yang tampak adalah merupakan tanda depresi. Simtom perilaku ini terlihat dari pemakaian baju yang tidak rapi atau kotor, rambut tidak disisir dan jorok, gerakan badan lambat, tidak mempunyai inisiatif untuk memulai aktivitas, bicara berkurang dan lambat, menjawab atau merespon dengan kalimat pendek, kelambatan dengan psikomotornya, seperti respon spontan yang lamban, kelambatan dalam gerakan seluruh badannya, lambat dalam mengekspresikan gerakan atau langkah.

d. Simtom Fisik

Ada enam somatik simtom dari simtom fisik ini, antara lain : (a) kehilangan nafsu makan dan berat badan, (b) sembelit dan susah buang air besar, (c) bermasalah dengan tidurnya, susah tidur, bangun lebih awal, bangun di tengah malam, *insomnia*, mimpi buruk sehingga terasa lelah dan letih selama beberapa hari, ketakutan dengan datangnya malam hari karena harus mengalami perjuangan yang sangat melelahkan untuk bisa tidur, (d) setiap sistem di tubuh menyebabkan sakit kepala, sakit perut, sakit *gastrointestinal*, sakit punggung, sakit di bagian dada dan kelelahan yang nyata, (e) gangguan siklus menstruasi, (f) berkurangnya aktivitas seksual.

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa tanda-tanda dari depresi secara umum adalah adanya kesedihan, kecemasan, hilangnya respon terhadap kegembiraan, berkurang atau hilangnya perasaan cinta pada orang lain, hilangnya keterkaitan dan keterikatan emosional dengan orang lain, munculnya pikiran yang menyimpang terhadap diri, evaluasi dirinya buruk, distorsi citra tubuh serta harapan terhadap masa depan negatif, ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, timbulnya keinginan mati atau ide diri serta meningkatnya ketergantungan

pada orang lain. Tanda-tanda tersebut dikelompokkan dalam simtom emosional atau afeksi, simtom motivasi, simtom kognitif, serta simtom perilaku dan vegetatif.

C. Jenis-Jenis Depresi

Martin menyebutkan ada tiga jenis depresi yaitu¹¹

- 1) *Normal grief reaction* (rasa sedih sebagai reaksi normal atas suatu kehilangan). Jenis ini juga disebut depresi *exogenous* (depresi reaktif). Depresi ini terjadi karena faktor dari luar diri, umumnya sebagai reaksi dari “kehilangan” sesuatu atau seseorang. Misalnya: pensiun, kematian seseorang yang sangat dikasihi, dan lain-lain.
- 2) *Endogenous depression*. Penyebabnya datang dari dalam diri, tetapi belum jelas. Bisa karena gangguan hormon, gangguan kimia dalam otak atau susunan saraf. Sering datang secara bertahap (*cyclical*).
- 3) *Neurotic depression* (depresi yang neurotik). Depresi pada tahap ini terjadi bila depresi reaktif tidak terselesaikan secara baik dan tuntas. Depresi ini merupakan respon terhadap stres dan kecemasan yang telah ditimbun untuk waktu yang lama.

Menurut Burn¹², jika depresi muncul sesudah terjadinya suatu “stres” yang jelas, misalnya sakit, kematian seseorang yang dicintai, atau suatu kemunduran bisnis, maka disebut sebagai “depresi reaktif”. Terkadang sulit untuk mengidentifikasi peristiwa berat yang menyebabkan terjadinya depresi. Depresi ini seringkali disebut sebagai “endogen”, sebab gejala-gejala yang ada dibangkitkan tidak jelas.

Maxmen¹³ mengklasifikasikan depresi dalam empat model yaitu :

- 1). Depresi model Endogenus dan reaktif

Depresi endogenus adalah depresi yang sumbernya karena faktor biologis sedangkan depresi reaktif bersumber karena faktor-faktor psikologis.

- 2). Depresi model primer dan sekunder

Depresi primer tidak didahului oleh suatu penyakit, sedangkan depresi sekunder didahului oleh penyakit fisik atau penyakit mental

- 3). Depresi model unipolar dan bipolar

¹¹ Hadi, *Op.Cit.*,

¹²Burns, D. D., & Spangler, D. L. 2000. Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance ? *journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 46-56

Depresi bipolar mempunyai riwayat episode mania atau hipomania, sedangkan depresi unipolar tidak mempunyai sejarah episode mania atau hipomania.

4). Depresi model psikotik dan depresi neurotik

Depresi psikotik adalah depresi yang parah sedangkan depresi neurotik adalah depresi yang lebih ringan.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa jenis-jenis gangguan depresi pada umumnya dapat digolongkan menjadi dua macam, yaitu depresi unipolar dan depresi bipolar. Jenis-jenis gangguan depresi lainnya merupakan turunan dari kedua jenis gangguan depresi tersebut di atas, yang dapat dibedakan berdasarkan tingkat keparahannya, variasi simtom dan faktor yang menyebabkannya. Penelitian ini memfokuskan pada bentuk depresi unipolar yaitu tanpa didahului oleh sejarah episode mania atau hipomania dengan tingkat keparahan depresi yang sedang dan masi mengarah ke berat.

D. Faktor Penyebab depresi

Ada beberapa faktor penyebab depresi (Hadi, 2004), diantaranya adalah :

1. Kehilangan. Kehilangan merupakan faktor utama yang mendasari depresi. Archibald Hart (dalam Hadi, 2004) menyebut empat macam kehilangan : pertama, kehilangan abstrak : kehilangan harga diri, kasih sayang, harapan atau ambisi. Kedua, kehilangan sesuatu yang konkrit : rumah, mobil, potret, orang atau bahkan binatang kesayangan. Ketiga, kehilangan hal yang bersifat khayal : tanpa fakta mungkin tapi ia merasa tidak disukai atau dipergunjingkan orang. Keempat, kehilangan sesuatu yang belum tentu hilang : menunggu hasil tes kesehatan, menunggu hasil ujian, dan lain-lain.
2. Reaksi terhadap stres. 85% depresi ditimbulkan oleh stres dalam hidup.
3. Terlalu lelah atau capek. Karena terjadi pengurasan tenaga baik secara fisik maupun emosi.
4. Gangguan atau serangan dari kuasa kegelapan.
5. Reaksi terhadap obat.

Durand, dkk (2006) mengemukakan beberapa penyebab gangguan suasana perasaan dari berbagai dimensi, diantaranya adalah :

a. Dimensi Biologis

Pengaruh keluarga dan genetik : Bukti terbaik bahwa gen berhubungan dengan gangguan suasana perasaan datang dari *twin studies* (studi orang kembar). Dalam studi ini mereka menelaah frekuensi kembar identik

AL-ISHLAH

Jurnal Pendidikan

(dengan gen identik) yang memiliki gangguan dibanding kembar fraternal yang hanya memiliki 50% gen identik (seperti anggota keluarga tingkat pertama lainnya). Sejumlah studi mutakhir tentang orang kembar menunjukkan bahwa gangguan suasana perasaan dapat diturunkan, Mc Guffin, dkk

Sistem Neurotransmitter : Gangguan suasana perasaan telah menjadi subjek studi neurobiologis yang lebih intens dibanding hampir semua bidang psikopatologi lainnya. Garlow, dkk

Menurut hipotesis "permissif", ketika tingkat serotonin kita rendah, neurotransmitter lainnya "diizinkan" (*permitted*) untuk membuat kisaran yang lebih luas, menjadi terdisregulasi, dan memberikan kontribusi terhadap ketidakteraturan suasana perasaan (*mood irregularities*), termasuk depresi.

Sistem Endokrin : Para peneliti menjadi tertarik pada sistem endokrin ketika mereka menyadari bahwa pasien yang menderita penyakit-penyakit yang mempengaruhi sistem ini kadang-kadang mengalami depresi. Sebagai contoh, hipotiroidisme, atau *Cushing's disease*, yang memengaruhi korteks adrenal. Penyakit ini yang mengakibatkan sekresi eksekutif kortisol dan, sering kali, juga mengakibatkan depresi (dan kecemasan).

b. Dimensi Psikologis

Peristiwa kehidupan yang stressful : stress dan trauma adalah dua diantara kontribusi unik yang paling menonjol dalam etiologi semua gangguan psikologis. Sebagian besar orang yang mengembangkan depresi melaporkan bahwa mereka kehilangan pekerjaan, bercerai, memiliki anak, atau lulus sekolah dan memulai karier. Kessler (dalam Durand,2006). Kejadian-kejadian hidup yang stresful sangat erat terkait dengan onset berbagai gangguan suasana perasaan. Dengan mengukur konteks kejadian dan dampaknya pada sebuah sampel acak di dalam populasi, sejumlah studi menemukan adanya hubungan yang nyata antara kejadian-kejadian hidup yang berat dan dalam beberapa kasus traumatik dan onset depresi, Brown, dkk (dalam Durand, dkk 2006).

c. Dimensi sosial dan kultural

Hubungan Perkawinan : hubungan perkawinan yang tidak memuaskan terkait erat dengan depresi, karena disrupsi/gangguan dalam hubungan sering mengakibatkan depresi. Temuan dari sejumlah studi juga mengidentifikasi bahwa disrupsi perkawinan sering mendahului depresi. Bruce dan Kim (dalam Durand, dkk 2006).

Dukungan sosial : secara umum, semakin banyak jumlah dan semakin tinggi frekuensi hubungan dan kontak sosial seseorang, semakin panjang pula harapan hidupnya (House dan Landis, dalam Durand, dkk 2006). Oleh karena itu tidak mengejutkan bila faktor-faktor sosial mempengaruhi kemungkinan seseorang untuk mengalami depresi.

Dari berbagai pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa faktor penyebab depresi diantaranya adalah karena faktor *Biochemistry* yaitu karena kurang atau abnormalitas kadar serotonin, dan norepinephrin dalam otak yang menyebabkan munculnya depresi, faktor genetik, faktor kepribadian, faktor lingkungan yaitu akibat perceraian, masalah ekonomi, kekerasan dan lain-lain.

E. Penanganan Depresi

a. Terapi Obat

Ada tiga kategori utama obat-obat antidepresan¹⁴

- 1) Trisiklik, seperti imipramin (Tofranil) dan amitriptilin (Elavil)
- 2) Penghambat pengembalian serotonin selektif (SSRI-*Selective serotonin reuptake inhibitors*), seperti fluoksetin (Prozac) dan sertralin (Zoloft)
- 3) Penghambat monoamin oksidase (MAO), seperti tranilsipromin (Parnate)

Meskipun berbagai macam antidepresan mempercepat kesembuhan pasien terhadap suatu episode depresi, kekambuhan masih umum terjadi setelah pemberian obat-obatan tersebut dihentikan, Reimher, dkk (dalam Davison, dkk 2006). Mengonsumsi imipramin terus menerus setelah sembuh bermanfaat untuk mencegah kekambuhan, bila dosis yang diberikan untuk mempertahankan kesembuhan tersebut sama tingginya dengan dosis efektif selama penanganan (bukannya lebih rendah, seperti yang biasanya terjadi) dan selama menjalani terapi obat pasien dilibatkan dalam suatu penanganan psikologis.

b. Terapi Electrokonvulsif

Davison, dkk (2006) menganggap bahwa penanganan yang paling dramatis dan kontroversial untuk depresi parah adalah *terapi*

¹⁴Davinson, dkk. 2004. *Psikologi Abnormal (Edisi 9)*. Jakarta : Rajawali Pers

AL-ISHLAH

Jurnal Pendidikan

elektrokonvulsif (ECT-electroconvulsive therapy)). ECT diciptakan oleh dua orang dokter berkebangsaan Italia, Cerletti dan Bini, pada awal abad ke-20. dalam dekade-dekade berikutnya ECT diberikan kepada pasien yang mengalami skizofrenia sekaligus depresi parah, biasanya dilakukan di rumah sakit. Sebagian terbesar penggunaannya dewasa ini terbatas pada individu yang mengalami depresi parah.

a. Terapi psikodinamika.

Davison, dkk (2006) menjelaskan karena depresi dianggap terjadi karena rasa kehilangan yang direpres dan kemarahan yang secara tidak sadar diarahkan ke dalam diri, terapi psikoanalisis berupaya membantu pasien memperoleh pemahaman atas konflik yang direpres dan sering kali mendorong pelepasan agresivitas yang selama ini diasumsikan terarah ke dalam diri. Dalam bahasa yang paling umum tujuan terapi psikoanalisis adalah mengungkap motivasi laten atas depresi yang dialami pasien.

Hanya terdapat sedikit penelitian mengenai efektivitas psikoterapi dinamika untuk menyembuhkan depresi. Craighead, dkk (dalam Davison, dkk 2006) dan hasilnya bervariasi, sebagian karena tingkat variabilitas yang tinggi diantara berbagai pendekatan dalam psikoterapi psikodinamika atau psikoanalisis. Inti terapi adalah membantu pasien yang mengalami depresi mempelajari bagaimana perilaku interpersonalnya saat ini dapat menjadi hambatan untuk mendapatkan kegembiraan dalam hubungan dengan orang lain. Contohnya, pasien dapat diajari untuk memperbaiki komunikasi dengan orang lain agar kebutuhannya dapat terpenuhi dengan lebih baik dan agar memperoleh interaksi dan dukungan sosial yang lebih memuaskan. Terapi psikodinamika ini tidak bersifat sangat intrapsikis. Terapi ini menitikberatkan pada pemahaman yang lebih baik terhadap berbagai masalah interpersonal yang diasumsikan memicu terjadinya depresi dan bertujuan memperbaiki hubungan dengan orang lain. Oleh karena itu, fokusnya terletak pada komunikasi yang lebih baik, pengujian realitas, mengembangkan keterampilan sosial yang efektif, dan memenuhi persyaratan sosial saat ini.

b. Terapi kognitif dan perilaku

Untuk menyesuaikan dengan teori kognitif tentang depresi yang telah disusun, bahwa kesedihan mendalam dan harga diri yang hancur yang dialami para individu yang menderita depresi disebabkan oleh skema negatif dan kesalahan pola pikir, Beck dkk (dalam Davison, dkk 2006) menyusun terapi kognitif yang bertujuan untuk mengubah pola

pikir maladaptif. Terapis mencoba mempersuasi orang yang depresi untuk mengubah pendapatnya tentang berbagai peristiwa dan tentang dirinya sendiri.

Beck (dalam Davison, dkk 2006) juga melibatkan berbagai komponen behavioral dalam penanganan depresi yang dilakukannya. Terutama pada saat klien dalam kondisi sangat depresi, Beck mendorongnya untuk melakukan berbagai hal, seperti bangun dari tempat tidur pada pagi hari atau pergi berjalan-jalan. Ia memberikan tugas-tugas untuk melakukan aktivitas pada para pasiennya agar mereka memperoleh pengalaman keberhasilan dan memungkinkan mereka menilai baik diri mereka sendiri. Namun, titik berat secara keseluruhan terletak pada restrukturisasi kognitif, mempersuasi pasien untuk berpikir secara berbeda. Jika perubahan perilaku yang tampak akan membantu mencapai tujuan tersebut.

Adapun penanganan depresi melalui terapi kognitif dan perilaku diantaranya adalah Penelitian Retnowati meneliti tentang depresi pada mahasiswa dengan menggunakan terapi kognitif dan terapi perilaku, tujuan dari penelitian Retnowati tersebut menguji perbedaan efek antara terapi kognitif dan terapi perilaku dalam menurunkan depresi pada mahasiswa. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa adanya perbedaan simptom depresi pada kelompok kognitif antara sebelum dan setelah diberi terapi, dibandingkan dengan kelompok kontrol. Kelompok terapi kognitif menunjukkan penurunan simptom depresi, yang ditunjukkan dengan menurunnya skor BDI maupun ZSRS, setelah diberi terapi dibandingkan dengan sebelum diberi terapi.¹⁵

Penelitian lain mengenai penanganan depresi adalah Penelitian Nita (2009), Terapi Kognitif perilaku Religius untuk menangani gangguan depresi. Tujuan penelitian ini adalah untuk menurunkan depresi pada pasien. Subjek penelitian ini adalah pasien rumah sakit yang terdeteksi depresi yang berjumlah 2 orang. Metode pengumpulan data pada penelitian ini adalah melalui observasi, wawancara dan menggunakan metode skala BDI. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi kognitif perilaku religius dapat menurunkan depresi pada pasien rumah sakit.

Penelitian Wandansari (2005), Terapi kognitif perilaku untuk depresi pada penyandang cacat tubuh. Tujuan terapi ini adalah untuk menguji pengaruh terapi kognitif perilaku dalam menurunkan depresi

¹⁵ Retnowati, S . 1990. *Efektifitas terapi kognitif dan terapi perilaku pada penanganan gangguan depresi*. Tesis (Tidak diterbitkan). Yogyakarta : Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada

AL-ISHLAH

Jurnal Pendidikan

pada penyandang cacat tubuh. Metode pengumpul data yang digunakan adalah wawancara, dan metode testing dengan menggunakan skala BDI. Subjek penelitian adalah para penyandang cacat tubuh yang sedang mengikuti proses rehabilitasi sosial di Balai besar Rehabilitasi Sosial Bina Daksa. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi kognitif perilaku tidak berpengaruh dalam menurunkan tingkat depresi mereka secara signifikan.

Penelitian Haerani Terapi kognitif perilaku untuk menurunkan depresi pasca melahirkan, tujuan penelitian ini adalah untuk menurunkan depresi pada ibu-ibu pasca melahirkan. Subjek penelitian ini adalah ibu-ibu yang telah ditentukan mengalami depresi pasca melahirkan. Metode pengumpulan data menggunakan skala BDI. Evaluasi hasil intervensi yang dilakukan menggunakan analisis dengan menggunakan metode deskriptif-kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada penurunan tingkat depresi pada ibu-ibu pasca melahirkan¹⁶.

Penelitian Rahmasari (2008), Terapi kognitif perilaku untuk menurunkan depresi pada penderita pasca stroke. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menurunkan depresi pada penderita pasca stroke. Subjek penelitian ini adalah penderita pasca stroke yang mendapat skor BDI > 9. Metode pengumpulan datanya adalah wawancara dan skala BDI. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi kognitif perilaku terbukti efektif menurunkan depresi pada penderita pasca stroke yang menjadi subjek penelitian yang diindikasikan dengan menurunnya skor depresi.

- c. Terapi kognitif berbasis pola pikir (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*).

Adaptasi mutakhir terapi kognitif yang disebut terapi kognitif berbasis pola pikir (MBCT) memfokuskan pada pencegahan kekambuhan setelah keberhasilan suatu penanganan depresi, Segal dkk (dalam Davison, dkk 2006). Terapi ini didasari asumsi bahwa kerentanan untuk mengalami kekambuhan dan berulangnya depresi diakibatkan oleh asosiasi yang berulang antara mood depresi dan pola pikir negatif, menilai rendah diri sendiri, dan putus asa selama berlangsungnya episode depresi mayor. Akibatnya, jika individu yang telah sembuh dari depresi mayor mengalami rasa sedih dan berkecil hati, mereka mulai berpikir dengan cara yang sama dengan ketika mereka benar-benar dalam kondisi depresi. Pola pikir yang diaktivasi ulang tersebut pada akhirnya mempertahankan dan memperdalam kondisi

¹⁶ Haerani, NH. 2009. *Terapi kognitif perilaku dan depresi pasca melahirkan*. Yogyakarta : Jurnal Intervensi Psikologi (Universitas Islam Indonesia).

AL-ISHLAH

Jurnal Pendidikan

depresi ringan, Teasdale (dalam Davison, dkk 2006). Dengan cara ini, bagi orang-orang yang memiliki riwayat depresi mayor, kondisi depresi lebih mungkin untuk meningkat, yang secara efektif meningkatkan resiko timbulnya kembali episode depresi mayor.

Tujuan MBCT adalah mengajarkan kepada individu untuk mengetahui kapan mereka menjadi depresi dan mencoba mengadopsi apa yang disebut perspektif “desentral”, memandang pikiran mereka hanya sebagai “peristiwa mental” dan bukan sebagai aspek inti diri mereka atau sebagai refleksi akurat realitas. Dengan kata lain mereka diajari untuk mengembangkan hubungan yang tidak terikat dan desentral dengan berbagai pikiran dan perasaan yang menyebabkan depresi.

d. Pelatihan Keterampilan Sosial

Ciri utama depresi adalah kurangnya pengalaman yang memuaskan dengan orang lain, berbagai penanganan behavioral memfokuskan untuk membantu pasien memperbaiki interaksi sosial. Pendekatan terapi ini dikembangkan secara independen dari penelitian mengenai aspek-aspek interpersonal depresi, namun cukup konsisten dengannya. Suatu kajian baru-baru ini menyimpulkan bahwa berbagai penanganan yang berbasis pelatihan keterampilan sosial efektif untuk menyembuhkan depresi. Segrin¹⁷

Meskipun terdapat komponen kognitif dalam berbagai pendekatan tersebut, contohnya mendorong pasien untuk tidak terlalu keras dalam menilai performa mereka, bukti-bukti mendukung efektivitas fokus pada perbaikan perilaku sosial yang tampak dengan menggunakan teknik-teknik seperti asersi dan pelatihan keterampilan sosial. Hersen, dkk (dalam Davison, dkk 2006).

e. Terapi Aktivitas Behavioral

Terapi aktivitas behavioral (*BA-Behavioral Activation*) yang relative baru. Jacobson, dkk (dalam Davison, dkk 2006) memiliki kaitan dengan pelatihan keterampilan sosial dalam hal pendekatan behavioralnya yang khas untuk menangani depresi. Terapi ini dikembangkan dari berbagai temuan empiris dalam suatu studi analisis komponen, Gortner, dkk (dalam Davison, dkk 2006) yang meneliti materi atau mekanisme efektif yang mendasari terapi kognitif behavioral tradisional dari Beck.¹⁸

Ketidakaktifan, menarik diri, dan kelemahan fisik merupakan perilaku yang umum terlihat pada para individu yang mengalami depresi. Perilaku di atas paling sering dipandang sebagai simptom depresi sehingga dianggap sebagai bagian dari ciri-ciri depresi. Meskipun demikian,

¹⁷ Davinson, dkk. 2004. *Psikologi Abnormal (Edisi 9)*. Jakarta : Rajawali Pers

¹⁸ *Ibid*

berdasarkan perspektif aktivasi behavioral, fungsi perilaku tersebut dalam konteks kehidupan individu menjadi penting. Para pendukung BA berargumen bahwa sebagian besar perilaku individu yang depresi berfungsi sebagai alat untuk menghindar ketika individu berusaha menghadapi lingkungan yang berciri rendahnya jumlah penguatan positif atau tingginya jumlah situasi yang menyakitkan. Konsekuensinya, aktivasi behavioral berusaha membuat pasien menjalankan perilaku dan aktivitas yang secara positif akan menguatkan dan akan membantu menghentikan spiral depresi.

F. Kesimpulan

Depresi pada mahasiswa adalah suatu kelompok gangguan klinis yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subyektif adanya penderitaan berat, simtom-simtom yang muncul seperti kesedihan, keputusasaan, perasaan tidak berharga dan perasaan bersalah, menarik diri dari orang lain, gangguan makan, gangguan tidur, menarik diri, kehilangan konsentrasi, ide yang meloncat-loncat, tegang, kehilangan energi dan munculnya pikiran atau ide bunuh diri. tanda-tanda dari depresi secara umum adalah adanya kesedihan, kecemasan, hilangnya respon terhadap kegembiraan, berkurang atau hilangnya perasaan cinta pada orang lain, hilangnya keterkaitan dan keterikatan emosional dengan orang lain, munculnya pikiran yang menyimpang terhadap diri, evaluasi dirinya buruk, distorsi citra tubuh serta harapan terhadap masa depan negatif, ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, timbulnya keinginan mati atau ide diri serta meningkatnya ketergantungan pada orang lain. Tanda-tanda tersebut dikelompokkan dalam simtom emosional atau afeksi, simtom motivasi, simtom kognitif, serta simtom perilaku dan vegetatif. Beberapa upaya yang dilakukan dalam penanganan depresi antara dengan. Terapi psikodinamika, Terapi kognitif dan perilaku, Terapi kognitif berbasis pola pikir, Pelatihan Keterampilan Sosial dan Terapi Aktivitas Behavioral

Daftar Pustaka

Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., Rappe, R. M. 2001. Cognitive-Behavioral Treatment of Anxiety Disorder in Children : Long Term (6 – Years) Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (1), 135-141.

AL-ISHLAH

----- *Jurnal Pendidikan* -----

- Barlow, H. David, V. Mark Duran. 2006. *Intisari Psikologi Abnormal Edisi Keempat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Beck, Aaron T. 1985. *Depression, Causes and Treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania press.
- A.T., & Weishaar, M.,E. 1989. Cognitive therapy in R.J. Corsini, & D. Wedding.(Eds), *Current Psychotherapies* (284-320). Hasca : F.E. Peacock Publishers. Inc.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. 2000. Does psychoterapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance ? *journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 46-56
- Davinson, dkk. 2004. *Psikologi Abnormal (Edisi 9)*. Jakarta : Rajawali Pers
- Hadi, P. 2004. *Depresi dan solusinya*. Yogyakarta : Tugu publisher
- Haaga,D.A., & Davidson,G.,C. 1989. Cognitive Change Methods. In F.H. Kanfer & Goldstein, A.P (Eds), *Helping People Change : A Textbook methods oxford* : Pergamon Press.
- Hawari. 2005. *Dimensi Religi dalam praktek Psikiatri dan Psikologi*. Jakarta : Gaya baru.
- Hasanat. 1996. *Pengaruh Pelatihan berwajah positif terhadap depresi pada mahasiswa*. Tesis (Tidak diterbitkan). Yogyakarta : Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada
- Hasnida. 2004. *Efektivitas terapi perilaku-kognitif dan dukungan informasional dalam meningkatkan perilaku kesehatan seksual pada narapidana remaja*. Tesis (Tidak diterbitkan). Yogyakarta : Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada.
- Haerani, NH. 2009. *Terapi kognitif perilaku dan depesi pasca melahirkan*. Yogyakarta : Jurnal Intervensi Psikologi (Universitas Islam Indonesia).

AL-ISHLAH

Jurnal Pendidikan

- Hodge. D.R. 2008. Constructing Spiritually modified interventions : Cognitive Therapy With Diverse populations. *International Social work*, 51, 178-192.
- Prihanto, S. 1988. Penelitian pendahuluan Tentang Formulasi Toer “Learned Helplessness”. Skripsi (Tidak diterbitkan). Yogyakarta : Fakultas Psikologi UGM.
- Purwanto, dkk. 2006. *Dinamika Kelompok (konsep dan aplikasi)* . Bandung : Refika Aditama
- Retnowati, S . 1990. *Efektifitas terapi kognitif dan terapi perilaku pada penanganan gangguan depresi*. Tesis (Tidak diterbitkan). Yogyakarta : Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada
- Subandi. 2003. *Integrasi Psikoterapi (Agama) dalam dunia Medis*. Seminar Nasional Integrasi Psikoterapi islam dan medis.
- , dkk. 2002. Psikoterapi (pendekatan konvensional dan kontemporer). Yogyakarta : Pustaka pelajar & Unit publikasi Fakultas Psikologi UGM.
- Siswanto. 2002. *Pengaruh menulis pengalaman emosional terhadap simtom-simtom depresi pada mahasiswa*. Tesis (Tidak diterbitkan). Yogyakarta : Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada
- Sue, D., Sue D., Sue S., 1990. *Understanding Abnormal Behavior, Third Edition*. Boston: Houghton Mifflin Company
- Supratiknya. 1995. *Mengenal perilaku abnormal*. Yogyakarta : Kanisius

AL-ISHLAH

Jurnal Pendidikan
