

**PENANGANAN GANGGUAN DEPRESI MAYOR DENGAN
TERAPI KOGNITIF PERILAKU**

MAKALAH



**Oleh:
Arrumaisha Fitri
NIP. 198712232019032005**

**INSTITUT AGAMA ISLAM NEGERI JEMBER
LEMBAGA PENJAMINAN MUTU
DESEMBER 2020**

**PENANGANAN GANGGUAN DEPRESI MAYOR DENGAN
TERAPI KOGNITIF PERILAKU**

MAKALAH

Diajukan kepada Lembaga Penjaminan Mutu IAIN Jember untuk
dipresentasikan dalam seminar diskusi periodik dosen



Oleh:
Arrumaisha Fitri
NIP. 198712232019032005

INSTITUT AGAMA ISLAM NEGERI JEMBER
LEMBAGA PENJAMINAN MUTU
DESEMBER 2020

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul	i
Daftar Isi	ii
Bab I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Masalah atau Topik Bahasan.....	4
C. Tujuan Makalah.....	5
BAB II TEKS UTAMA	
A. Gangguan Depresi Mayor.....	6
B. Terapi Kognitif Perilaku.....	9
C. Penanganan Depresi Mayor dengan Terapi Kognitif Perilaku.....	11
BAB III PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	15
B. Saran.....	16
Daftar Rujukan	17

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu aspek penting pada diri individu agar bisa berfungsi optimal dan mencapai potensi terbaik yang dimilikinya adalah kesehatan jiwa. Undang-Undang Nomer 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa menyebutkan bahwa kesehatan jiwa merupakan kondisi dimana individu dapat dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial, sehingga individu tersebut menyadari kemampuannya, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusinya pada lingkungan. Namun demikian, dari Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2017 menemukan bahwa 14,4% individu di Asia Tenggara mengalami gangguan Jiwa dan di Indonesia sebesar 13,4%. Berdasarkan perhitungan beban penyakit, jenis gangguan jiwa yang dialami adalah depresi, kecemasan, skizofrenia, bipolar, gangguan perilaku dan gangguan makan. Dalam hal ini, depresi menduduki gangguan jiwa tertinggi di Indonesia. Riset Riskesdas juga menampilkan populasi penduduk Indonesia yang berusia lebih dari 15 tahun dan mengalami depresi mencapai 6,2%. Depresi dapat dialami oleh semua kelompok usia yang mana dari hasil riset di Indonesia terjadi pada rentang usia remaja (15-24 tahun). Dilihat dari jenis kelaminnya, perempuan lebih rentang mengalami depresi daripada laki-laki yang mana prevalensi perempuan 7,4% dan laki-laki 4,7%. Selain itu, masyarakat yang tidak bekerja juga berkontribusi sebesar 8,1%.¹

Gangguan depresi merupakan bagian dari gangguan mood. Mood adalah kondisi emosi atau perasaan yang dialami oleh individu. Perubahan mood merupakan hal yang wajar, misalnya merasa gembira ketika mendapatkan prestasi dan merasa terpuruk ketika gagal dalam tes atau gagal dalam membangun relasi dengan lawan jenis. Dalam hal ini, individu yang merasa terpuruk pada situasi yang mengecewakan itu merupakan sesuatu yang wajar. Perubahan mood yang merupakan respon terhadap pasang surut dalam kehidupan sehari-hari adalah hal yang normal. Namun demikian, ketika perubahan mood yang persisten dan parah

¹ Pusat data dan informasi Kementerian Kesehatan RI tahun 2018

atau ada siklus kesenangan dan depresi yang eksterim, maka hal tersebut menandakan kemunculan gangguan mood.²

Gangguan depresi memiliki ciri umum terkait adanya perubahan kondisi emosional, perubahan motivasi, perubahan fungsionalitas dan perilaku motorik serta perubahan kognitif. Gangguan depresi berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM 5) terdiri atas tiga gangguan yaitu gangguan depresi mayor, gangguan depresi persisten (distimia) dan gangguan disforik premenstruasi. Depresi mayor merupakan depresi yang ditandai dengan mood yang menurun, merasa tidak punya harapan dan tidak berdaya, perubahan selera tidur atau selera makan, kehilangan motivasi, kehilangan kesenangan dalam aktivitas biasa. Disisi lain, gangguan depresi persisten merupakan pola depresi yang kronis dan gangguan disforik premenstruasi memiliki gejala terkait perubahan mood yang tampak selama premenstruasi.³

Depresi mayor tidak hanya terkait kondisi sedih atau murung. Individu dengan gangguan depresi mayor cenderung memiliki selera makan yang rendah, berat badan yang naik bahkan turun secara signifikan, ada permasalahan tidur yang mana tidur terlalu lama atau terlalu sebentar dan secara fisik terganggu atau pada kondisi ekstrim menunjukkan pelambatan pada motoriknya. Depresi mayor dapat melumpuhkan kemampuan individu untuk memenuhi tanggung jawab dalam kehidupan sehari-hari. Depresi mayor membuat seseorang kehilangan minat pada semua aktivitas dan hobinya, sulit berkonsentrasi dan mengambil keputusan, memiliki pikiran akan kematian yang menekannya dan berusaha mengakhiri hidupnya. Banyak faktor yang berhubungan dengan meningkatnya depresi yaitu usia, status sosial ekonomi, status perkawinan dan jenis kelamin.⁴

² Jeffrey S. Nevid dkk., Psikologi Abnormal (Jakarta: Penerbit Erlangga, 2014), hlm 277

³ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*

⁴ Ibid, hlm 280

Teori kognitif menghubungkan kemunculan dan bertahannya kondisi depresi berkaitan dengan bagaimana individu melihat diri dan dunia di sekitar mereka. Aaron Beck merupakan tokoh kognitif yang melihat bahwa depresi berhubungan dengan bagaimana proses berpikir individu. Ia berpendapat bahwa depresi disebabkan bias dan distorsi kognitif pada individu. Teori segitiga kognitif menjelaskan bahwa depresi disebabkan karena adanya pandangan negatif tentang diri sendiri, tentang lingkungan dan masa depannya. Pandangan negatif tentang diri sendiri yaitu merasa dirin tidak berharga, penuh kekurangan, tidak mampu, tidak dicintai dan kurang memiliki kemampuan untuk bahagia. Pandangan negatif tentang lingkungan yaitu merasa lingkungan memberikan tuntutan yang berlebihan dan/atau memberikan halangan yang tidak mungkin dilewati dan terus menerus menyebabkan kegagalan dan kehilangan. Pandangan negatif tentang masa depan yaitu merasa masa depannya tidak memiliki harapan dan yakin bahwa ia tidak memiliki kuasa untuk mengubah sesuatu menjadi lebih baik. Teori kognitif menjelaskan bahwa orang-orang yang menerapkan cara berpikir negatif seperti ini memiliki resiko yang lebih besar untuk depresi ketika dihadapkan pada pengalaman hidup yang membuat stres atau pengalaman hidup yang mengecewakan seperti mendapatkan nilai buruk atau kehilangan pekerjaan.⁵

Pandemi Covid 19 memiliki dampak pada kesehatan mental manusia. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) melakukan survey terkait kesehatan dengan swaperiksa dan menemukan bahwa 66% responden mengalami depresi akibat pandemi covid. Adapun gejala depresi utama yang terlihat adalah gangguan tidur, kurang percaya diri, lelah, tidak bertenaga dan kehilangan minat. Adapun faktor resiko utama depresi yang muncul akibat pandemi adalah isolasi dan pembatasan sosial, tekanan ekonomi, tekanan dari dalam diri dan depresi pada tenaga kesehatan yang berkaitan dengan penolakan dan diskriminasi. Kerentanan kecemasan dan depresi terjadi pada masyarakat yang hidup dalam kesendirian. Pandemi Covid 19 dapat meningkatkan resiko

⁵ Ibid, hlm 297

bunuh diri terkait pengangguran dan tekanan ekonomi karena adanya krisis ekonomi global. Keputusan, ketidakpastian dan ketidakberhargaan pada individu inilah nantinya meningkatkan angka bunuh diri.⁶

Gangguan depresi mayor umumnya ditangani dengan psikoterapi dalam bentuk terapi psikodinamika, terapi perilaku, terapi kognitif perilaku dan pengobatan biomedis seperti pemberian antidepresan dan terapi elektrokonvulsif. Dalam hal ini juga dilakukan kombinasi berbagai terapi yang ada untuk hasil yang terbaik. Dalam pandangan teori psikodinamika, terapi yang digunakan adalah psikoterapi interpersonal. Psikoterapi Interpersonal berfokus pada masalah hubungan interpersonal dan berasumsi bahwa pengalaman awal kehidupan adalah masalah utama dalam penyesuaian yang kemudian fokus pada masa kini yaitu yang terjadi saat ini. Terapi perilaku pada umumnya berfokus pada membantu klien depresi mengembangkan kemampuan sosial atau interpersonal yang lebih efektif dan meningkatkan mereka dalam aktivitas yang menyenangkan atau memuaskan. Terapi kognitif perilaku percaya bahwa pikiran yang terdistorsi memainkan peran penting dalam depresi. Individu yang depresi cenderung lebih berfokus pada bagaimana perasaan mereka daripada pikiran yang mendasari kondisi perasaan. Terapi kognitif perilaku menunjukkan hasil yang luar biasa dalam menangani depresi mayor dan mengurangi resiko terulangnya episode depresi.⁷ Oleh karena itu, makalah ini menjelaskan terkait depresi mayor dan bagaimana terapi perilaku digunakan untuk menangani serta mengurangi resiko episode depresi.

B. Masalah atau Topik Bahasan

Beranjak dari latar belakang yang dipaparkan sebelumnya, adapun rumusan masalah yang diangkat yaitu bagaimana gambaran depresi mayor dan penanganan depresi mayor dengan menggunakan terapi kognitif perilaku?

⁶ Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia, pdksji.org, diakses tanggal 1 Maret 2021

⁷ Johansson Olof, dkk, Effectiveness of guided internet-delivered cognitive behavior therapy for depression in routine psychiatry: A randomized controlled trial (science direct: 2019),

C. Tujuan Makalah

Beranjak dari latar belakang yang telah dipaparkan sebelumnya. Tujuan dari penyusunan makalah ini adalah sebagai bahan untuk memberikan pengetahuan terkait gambaran depresi mayor dan penanganannya dengan menggunakan terapi kognitif perilaku.

TEKS UTAMA

A. Gangguan Depresi Mayor

Diagnosis gangguan depresi mayor disebut juga depresi berat yang didasarkan pada setidaknya satu episode depresi mayor dan tanpa adanya riwayat mania atau hipomania. Adapaun kriteria gangguan depresi mayor menurut DSM 5 adalah sebagai berikut:

1. Lima (atau lebih) gejala berikut muncul selama periode 2 minggu berturut-turut dan mewakili perubahan dan fungsionalitas sebelumnya; setidaknya satu dari gejala yang tampak adalah mood depresi atau hilangnya minat atau kesenangan.
 - a. Depresi hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, seperti yang diindikasikan dari laporan subjektif (misalnya merasa sedih, hampa, dan tanpa harapan) atau observasi yang dilakukan orang lain (misalnya tampak ingin menangis. (Catatan: pada anak-anak dan remaja biasa jadi perasaan mudah tersinggung).
 - b. Hilangnya minat atau kesenangan terhadap semua atau hampir semua aktivitas sepanjang hari, hampir setiap hari (seperti yang diindikasikan oleh catatan subjektif atau hasil observasi).
 - c. Penurunan berat badan yang signifikan saat tidak diet, atau meningkatkan berat badan (misalnya perubahan berat badan lebih dari 5% dalam satu bulan) atau menurunnya atau meningkatnya selera makan hampir setiap hari (Catatan: pada anak kecil, pertimbangkan kegagalan mencapai berat badan yang diharapkan)
 - d. Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari.
 - e. Terganggunya atau melambatnya psikomotor hampir setiap hari (dapat diamati oleh orang lain, bukan hanya perasaan subjektif dari rasa lelah atau merasa terhambat)
 - f. Kelelahan dan kehilangan energi setiap hari.
 - g. Merasa tidak berharga atau berlebihan atau merasa bersalah yang tidak seharusnya (yang mungkin bersifat delusif) hampir setiap hari
 - h. Hilangnya kemampuan untuk berpikir dan berkonsentrasi atau keraguan hampir setiap hari.

- i. Pikiran yang muncul berulang mengenai kematian (bukan hanya takut mati), gagasan berulang untuk bunuh diri tanpa rencana atau rencana spesifik untuk bunuh diri.
2. Simtom-simtom ini menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hambatan pada area fungsi sosial, pekerjaan atau area penting lainnya.
3. Episode depresi tidak berhubungan dengan dampak fisiologis dari suatu zat atau kondisi medis lainnya.
4. Munculnya depresi mayor tidak dapat dijelaskan secara lebih baik dengan gangguan skizoafektif, skizofrenia, gangguan skizofreniform, gangguan delusi atau gangguan psikosis lainnya
5. Belum pernah terjadi episode mania dan hipomania.⁸

Penyebab gangguan depresi mayor dijelaskan dalam interaksi yang kompleks antara pengaruh biologi dan psikososial. Teori psikodinamika, humanistik dan teori belajar yang mana didalamnya termasuk teori kognitif dan perilaku menjelaskan penyebab dari depresi mayor. Akan tetapi, dalam makalah ini berfokus pada teori kognitif dalam menjelaskan penyebab gangguan depresi mayor. Teori penyebab dan terapi dijelaskan dengan menggunakan teori dari Aaron Beck yang mencetuskan terkait teori kognitif dan terapi kognitif.

Beck memandang depresi bukan sekedar sebagai suatu keadaan mood (suasana perasaan), tetapi juga sebagai keadaan kognitif. Depresi melibatkan tiga pola kognitif utama yang melibatkan pandangan negatif yaitu:

1. Diri sendiri dianggap sebagai orang yang tidak pantas untuk dicintai, tidak berharga, tidak berdaya dan tidak memiliki kemampuan untuk meraih kebahagiaan
2. Pengalaman masa lalu dan masa kini yang mana dunia personalnya sangat penuntut dan memberikan kendala sangat besar bagi pencapaian tujuan.

⁸ Ibid, hlm 205

3. Masa depan dianggap tanpa harapan dan tidak akan menjadi lebih baik sehingga memunculkan keputusasaan dan dapat memunculkan ide-ide bunuh diri.⁹

Pola-pola kognitif ini menghasilkan gejala motivasional, perilaku dan fisik. Salah satu gejala motivasional adalah *paralysis of will* (lumpuhnya kemauan) yang terbentuk dari keyakinan bahwa individu tersebut tidak memiliki kemampuan untuk mengatasi atau mengontrol hasil suatu kejadian. Selain itu, lamban dan kelelahan merupakan bagian dari gejala fisik dan perilaku.

Skema-skema depresif terbentuk dari awal kehidupan. Situasi kehilangan yang mula-mula tertancap pada skema dapat memicu depresi. Rangkaian kejadian traumatik juga dapat mengaktifkan depresi. Pada saat depresi memburuk, skema-skema depresif menjadi meningkat hingga ke titik yang mana klien menjadi tidak mampu melihat pikiran negatifnya secara objektif dan menemukan dirinya dipenuhi pikiran negatif secara terus menerus. Keyakinan disfungsi yang melekat pada skema-skema negatif inilah yang memberikan kontribusi pada distorsi kognitif yang akan mempertahankan distres psikologis. Adapun distorsi kognitif yang berhubungan dengan depresi adalah sebagai berikut:

1. Pemikiran dikotomis (semua atau tidak sama sekali), yaitu melihat peristiwa sebagai sesuatu yang baik atau buruk, hitam putih tanpa wilayah abu-abu.
2. Generalisasi yang berlebihan, yaitu percaya bahwa jika peristiwa negatif terjadi, peristiwa tersebut mungkin akan kembali muncul dalam situasi yang serupa di masa depan.
3. Filter mental, yaitu fokus hanya pada detail negatif dari suatu peristiwa sehingga mengabaikan hal positif dari pengalamannya.
4. Mendiskualifikasikan hal positif, yaitu kecenderungan untuk memilih kalah dari kemenangan yang hampir terjadi dengan menetralkan atau tidak mengakui pencapaiannya.
5. Terlalu cepat menarik kesimpulan, yaitu membentuk penafsiran negatif dari suatu peristiwa meskipun bukti yang ada tidak mencukupi.

⁹ Jeffrey S. Nevid dkk., Psikologi Abnormal (Jakarta: Penerbit Erlangga, 2014), hlm 298

6. Membesar-besarkan dan mengecilkan, yaitu kecenderungan melebih-lebihkan hal kecil.
7. Penalaran emosional, yaitu mendasarkan penalaran pada emosi.
8. Pernyataan keharusan, yaitu membuat perintah personal “harusnya” atau “semestinya”
9. Memberi label dan salah memberi label, yaitu menjelaskan perilaku dengan memberikan label negatif pada diri sendiri dan orang lain
10. Personalisasi, yaitu berasumsi bahwa diri sendiri bertanggung jawab terhadap masalah dan perilaku orang lain.¹⁰

Pikiran yang terdistorsi seringkali muncul secara otomatis, seolah-olah pikiran tersebut tiba-tiba masuk ke kepala seseorang. Pikiran otomatis ini cenderung diterima sebagai fakta yang mana dapat memprediksi simptom-simptom depresi. Individu dengan gangguan depresi lebih sering melaporkan pikiran negatif terkait kehilangan, merencanakan diri sendiri dan pesimisme.

B. Terapi Kognitif Perilaku

Terapi ini merupakan intervensi psikologi yang digunakan oleh Aaron Beck yang menfokus pada kognitif dan perilaku individu. Dalam terapi kognitif perilaku, terapis memberi tahu tujuan dari terapi yaitu klien diajak untuk menjadi terapis bagi dirinya sendiri. Terapis mengajari untuk; memonitor pikiran negatif otomatis yang muncul, mengenali hubungan antara kognisi, afeksi dan perilaku, memeriksa dan menguji bukti yang mendukung dan berlawanan dengan pikiran otomatisnya, mengganti distorsi kognitif dengan interpretasi yang lebih realistis, dan belajar mengidentifikasi dan mengubah keyakinan yang membuat distorsi kognitif. Dalam prosesnya, terdapat dua hal yang dilakukan yaitu:¹¹

1. Intervensi Kognitif

Tujuan dalam proses ini adalah membantu klien untuk mengganti pikiran otomatis dengan cara-cara memproses informasi yang lebih realistis. Inti dari

¹⁰ Ibid, hlm 568

¹¹ Ibid, hlm 552

proses ini adalah reality testing system (sistem pengujian realitas) klien. Terapi kognitif mengajarkan meta kognisi yaitu bagaimana klien memikirkan tentang pikirannya sehingga dapat memperbaiki proses informasi yang salah dan mengembangkan pemikiran yang memungkinkannya mengatasi kesulitan. Langkah-langkah yang diambil adalah:

- a. Memunculkan dan mengidentifikasi pemikiran otomatis.
- b. Menguji realitas dan mengoreksi pikiran otomatis
- c. Mengidentifikasi dan memodifikasi keyakinan yang mendasari.¹²

2. Intervensi Perilaku

Intervensi perilaku dalam hal ini memiliki empat tujuan yaitu, landasan pemberian tugas kognitif yang perlu dilakukan, membantu klien menguji realitas pikiran dan keyakinan otomatisnya, intervensi perilaku dapat bersama kognitif akan dihubungkan pada situasi yang ditakutinya serta melatih klien dalam keterampilan-keterampilan perilaku tertentu. Hal-hal yang dilakukan dalam intervensi perilaku adalah

- a. Activity sceduling
- b. Merating penguasaan dan kesenangan
- c. Menguji hipotesis
- d. Latihan perilaku dan *role playing*
- e. Memberikan tingkatan tugasnya
- f. Menggunakan teknik pengalihan
- g. Memberikan pekerjaan rumah (PR)

Terapi kognitif perilaku digunakan untuk menghubungkan antara pikiran terhadap suatu peristiwa dengan apa yang dirasakan dan apa yang dilakukan. Oleh karena itu, terdapat relasi antara pikiran, perasaan dan perilaku.¹³

¹² Ibid, hlm 579

¹³ Ibid, hlm 589

C. Penanganan Depresi Mayor dengan Terapi Kognitif Perilaku

Penanganan depresi dengan menggunakan terapi kognitif perilaku secara umum terdiri dari 10-20 sesi dengan kurang lebih 60 menit persesi. Dalam hal ini terapis dan klien melakukan kolaborasi untuk menetapkan sasaran atau goal dari terapis dan menyetujui agenda untuk seluruh sesi yang akan dilalui. Kesepakatan antara terapis dan klien termasuk pula terkait penugasan rumah (PR) yang bisa mengarahkan klien untuk menerapkan teknik-teknik yang diajarkan dalam sesi terapi dan mempraktikkan keterampilan terkait kognitif dan perilaku di luar sesi terapi.

Dalam prosesnya menggunakan kombinasi teknik kognitif dan perilaku digunakan untuk membantu klien mengidentifikasi dan mengganti pikiran yang destruktif serta mengembangkan perilaku yang lebih adaptif. Misalnya, terapis membantu klien menghubungkan pola pikir mereka dengan emosi negatif. Terapis meminta mereka mengamati pikiran otomatis negatif yang dialami dalam satu hari dengan menggunakan jurnal atau buku harian pikiran ataupun catatan harian. Klien akan mencatat kapan dan dimana pikiran negatif muncul dan bagaimana perasaan mereka saat itu. Setelah itu, terapis membantu klien menguji pikiran negatif tersebut dan menggantinya dengan pikiran yang lebih adaptif. Oleh karena itu, terapis dan klien bekerjasama untuk menguji pikirannya yang mencerminkan distorsi kognitif yang biasa disebut dengan abstraksi selektif yaitu kecenderungan untuk menilai seseorang hanya berdasarkan kelemahan atau kekurangan dalam dirinya).¹⁴

Sebelum dilakukan terapi, klien menjalani *intake protocol* yang terdiri atas wawancara dan tes-tes psikologi, *Beck Depression Inventory (BDI)*. Hal ini bertujuan untuk memberikan riwayat lengkap tentang latar belakang permasalahan klien, kondisi terkini, gejala yang menonjol dan ekspektasi terhadap tujuan dari terapi. Wawancara awal juga bertujuan untuk menjalin hubungan, memberikan informasi terkait terapi, berupaya untuk menghilangkan gejala dan memberikan

¹⁴ Francisco José Estupiñá Puig, dkk., Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment for Major Depressive Disorder in a University Psychology Clinic, *Spanish Journal of Psychology* 2012, Vol. 15, No. 3, 1388-1399 http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39423

insight terkait informasi penting lainnya. Dalam hal ini, terapis memberi tahu terkait batas waktu.¹⁵

Terapi kognitif perilaku yang digunakan untuk penanganan depresi terdapat 3 fase penanganan. Fase pertama adalah fokus untuk meredakan gejala yang mana tujuannya adalah melibatkan kembali klien pada aktivitas sehari-hari dan kembali berfungsi secara optimal. Fase kedua berfokus pada perubahan kognitif yang mana klien belajar untuk mengidentifikasi pikiran otomatis, mengevaluasi pikirannya secara kritis serta mencoba alternatif cara berpikir yang baru. Selain itu, fase terakhir berfokus pada pemeliharaan efek dari terapi dan pencegahan kambuh kembali. Di fase terakhir, klien di dorong untuk menantang skema-skema negatif dengan terlibat dalam eksperimen perilaku yang menguji kebenaran skema serta kemampuan dalam beradaptasi. Secara detil, ketiga fase dapat dijelaskan sebagai berikut:¹⁶

1. Fase Awal

Pada fase ini, penekanannya adalah pada perubahan perilaku. Fase ini biasanya disebut dengan “penjadwalan perilaku” atau “aktivasi perilaku”. Awalnya, klien akan belajar untuk memantau aktivitas dan pengalaman sehari-hari mereka. Seringkali, rutinitas individu yang depresi ditandai dengan pola yang tidak aktif dan koping menghindar. Untuk mengidentifikasi pola-pola tersebut, klien diminta untuk merekam atau menuliskan catatan aktivitas sehari-hari yang akan membantu mereka dalam mengamati hubungan antara perilaku dan *mood*. Kemudian, mereka diminta untuk mencari aktivitas yang dapat meningkatkan *mood* sebagai kebalikan dari aktivitas yang merusak *mood*. Klien diajak untuk membuat *activity log* yang mana terapis dan klien akan bekerjasama dalam mengatur tujuan dari perilakunya dalam domain kehidupannya seperti hubungan sosial, pekerjaan, pendidikan, kesehatan, hiburan, dsb.

Klien didorong untuk membuat tujuan jangka panjang dan jangka pendek yang realistis. Selain itu, klien diarahkan untuk membuat langkah-langkah yang

¹⁵ Ibid, hlm 574

¹⁶ Nilly Mor, dkk, Cognitive-Behavioral Therapy for Depression, Isr J Psychiatry Relat Sci Vol 46 No. 4 (2009) 269–273

diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut. Tujuan didefinisikan dalam istilah perilaku, bukan pada hasil emosional. Selanjutnya, klien secara bertahap mencapai tujuan yang dibuatnya sambil memperhatikan secara spesifik pola-pola penghindaran yang dilakukannya dengan coping yang lebih aktif. Ketika klien membuat kemajuan terkait tujuannya, klien menuliskan keberhasilan dan memberikan penghargaan atas prestasinya. Aktivasi perilaku dapat berfungsi sebagai terapi yang berdiri sendiri dan mungkin komponen kognitif tidak diperlukan untuk pemulihan.

2. Fase Tengah

Saat klien mulai aktif dan terlibat dengan lingkungan, fokus dari terapi berganti pada penilaian dan restrukturisasi kognitif. Pertama, terapis memeriksa pola pikir klien dengan menggunakan pertanyaan yang tidak bersifat konfrontatif, tetapi menggunakan serangkaian pertanyaan yang bisa membantu klien dalam mengevaluasi keyakinan yang salah dan membantahnya. Dalam proses ini, catatan pikiran sering digunakan. Klien membuat dan menyelesaikan catatan pikiran yang mana mereka melaporkan peristiwa yang tidak menyenangkan atau traumatis dan mengidentifikasi perasaan negatif dan pikiran otomatis dari peristiwa tersebut. Pada proses ini, klien berfikir dan menanyakan kepada dirinya sendiri terkait pikiran dan keyakinan otomatis, Apa bukti dari pikiran tersebut dan bukti untuk melawan keyakinanku?

Apa pikiran alternatif yang mungkin ada? Apa implikasinya untuk hidupku apabila pikiran tersebut benar? Apakah pikiran ini membantu saya? Catatan pikiran digunakan untuk pada fase ini untuk mencatat respon kognitif yang rasional dan berpengaruh terhadap emosinya.

Menurut Aaron Beck, pikiran dilaporkan oleh individu yang depresi merupakan tipe-tipe dari distorsi kognitif. Misalnya, individu yang depresi sering melakukan generalisasi yang berlebihan sebagai konsekuensi dari peristiwa negatif, fokus pada hal-hal yang negatif dan mengabaikan aspek positif, terjebak pada pikiran “semua atau tidak sama sekali” dan memprediksi hal-hal negatif akan muncul di masa depan. Klien belajar bahwa distorsi kognitif ini dilatih dan

dikenali. Mereka diajarkan untuk mencari alternatif pikiran yang lebih membantu untuk menghubungkan mereka dengan lingkungan.

3. Fase Akhir

Pada fase akhir ini adalah pencegahan untuk kambuh yang mana terdiri dari dua komponen yaitu kognitif dan perilaku. Pada area kognitif, klien berupaya untuk mengubah keyakinan inti yang dapat memicu pikiran otomatis negatif. Untuk itu, klien merencanakan eksperimen perilaku. Ini adalah aktivitas terencana yang dirancang untuk mendapatkan informasi baru dalam menguji validitas keyakinan klien dan mengantikannya dengan yang lebih adaptif. Pada area perilaku, klien menampilkan analisis perilaku dari mekanisme koping yang disfungsi dan alternatif strategi pemecahan masalah. Akhirnya, mereka dapat menentukan tujuan masa depan, antisipasi hambatan dan mempertimbangkan cara untuk mengatasi kendala tersebut.

Dalam terapi kognitif perilaku, terapis telah menetapkan kapan terapi berakhir di awal sesi yaitu ketika tujuan-tujuan terapi telah tercapai dan klien merasa yakin akan kemampuan dirinya untuk mengimplementasikan keterampilan barunya dalam mengatasi permasalahan. Cara mengetahui kemajuan klien adalah dengan melihat apakah klien terbebas dari gejala dan melihat apakah ada perubahan dalam berpikir baik ketika dalam proses terapi maupun tidak. Terapi juga bisa melihat catatan harian dari klien untuk melihat bagaimana klien menguji realitas dan memodifikasi pikiran-pikiran otomatisnya. Terminasi dilakukan secara berangsur-angsur dari mengatur jadwal sesi, misalnya dari mingguan menjadi dua mingguan.

PENUTUP

A. Kesimpulan

Gangguan depresi mayor merupakan depresi berat yang ditandai dengan mood yang menurun, merasa tidak punya harapan, tidak berdaya, ada perubahan tidur, selera makan, kehilangan motivasi dan kesenangan dalam aktivitas biasa. Dalam teori kognitif, depresi melibatkan tiga pola utama terkait pandangan negatif terhadap diri sendiri, pengalamannya di masa lalu, masa kini, serta masa depan. Hal ini memunculkan distorsi kognitif yang mana memunculkan simtom-simtom depresif pada diri individu.

Terapi kognitif perilaku merupakan terapi yang digunakan untuk mengendalikan distorsi kognitif menjadi lebih adaptif. Ada dua poin penting yaitu intervensi kognitif dan intervensi perilaku. Intervensi kognitif bertujuan untuk mengganti pikiran otomatis yang muncul menjadi pikiran yang lebih realistis. Disisi lain, intervensi perilaku dilakukan untuk menguji realitas yang ditunjukkan dalam bentuk perilaku.

Dalam mengatasi depresi mayor, terapi kognitif perilaku dilakukan selama 10-20 sesi dengan estimasi waktu kurang lebih 60 menit. Di awal dilakukan *intake* dengan wawancara dan tes psikologi untuk mengetahui permasalahan klien. Selanjutnya, proses terapi dibagi menjadi tiga tahap; (1) fase awal, (2) fase tengah, dan (3) fase akhir. Pada fase awal, menekankan pada perubahan perilaku yang mana klien akan diminta untuk membuat *activity log*. Fase tengah, menekankan pada rekonstruksi kognitif yang mana terapi akan mengajak klien untuk merekonstruksi pikiran-pikiran otomatis yang muncul. Fase terakhir, menekankan pada pencegahan yang terdiri dari komponen kognitif dan perilaku. Pada fase ini, klien telah mampu untuk mengidentifikasi pikirannya, mengganti pikiran otomatis yang muncul serta menampilkan perilaku yang lebih adaptif. Secara bertahap, proses terapi akan dihentikan sehingga klien akan lebih mandiri dalam mengatasi permasalahannya.

B. Saran

Penanganan depresi mayor melalui terapi kognitif perilaku perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait terapi di masa pandemi yang mana ada *social* ataupun *physical distancing*. Materi-materi terkait penanganan kognitif perilaku dengan menggunakan media daring untuk mengantisipasi penularan covid-19 perlu dipertimbangkan apakah efektif digunakan selain tatap muka. Kajian terkait metode lainnya dalam menangani depresi mayor juga perlu dipertimbangkan karena karakter individu yang beraneka ragam.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*.
- Johansson, O., dkk. Effectiveness of guided internet-delivered cognitive behavior therapy for depression in routine psychiatry: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 17 (2019) 100247
- Jones, R.N. (2011). *Teori dan Praktik Konseling dan Terapi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mor, N., Haran, D. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, Vol 46 No. 4 (2009) 269–273.
- Nevid, J. S., Rathus, S.A., Greene, B. (2014). *Psikologi Abnormal Edisi Kesembilan*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia, pdksji.org, diakses tanggal 1 Maret 2021.
- Puig, dkk., Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment for Major Depressive Disorder in a University Psychology Clinic. *Spanish Journal of Psychology* 2012, Vol. 15, No. 3, 1388-1399.
- Pusat data dan informasi Kementerian Kesehatan RI tahun 2018