

Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik (Studi Kasus dalam Perspektif Psikologi dengan Pendekatan Teori Kognitif Beck)

Duddy Fachrudin¹

¹Fakultas Kedokteran Universitas Swadaya Gunung Jati

duddy.fahrifitria@gmail.com

ABSTRAK

Episode depresif berat dengan gejala psikotik merupakan bentuk dari depresi berat yang disertai gejala psikotik yang khas seperti waham atau delusi *non-bizarre* nihilistik, somatik, kemiskinan, ketidakberhargaan, atau adanya keyakinan-keyakinan delusional tentang perasaan bersalah dan sedang dihukum, serta kadang-kadang muncul halusinasi. Keyakinan-keyakinan delusional pada penderita episode depresif dengan gejala psikotik merupakan suatu distorsi kognitif, sebuah pola berpikir yang rancu dan menimbulkan kesalahan secara negatif yang meningkatkan kerentanan terhadap depresi. Studi kasus ini mengkaji klien yang didiagnosis episode depresif berat dengan gejala psikotik dari sudut pandang psikologi dengan pendekatan Teori Kognitif Beck. Seorang laki-laki bernama G, berusia 45 tahun mengurung diri dan tidak mau bertemu dengan saudara-saudaranya. Klien tidak mau mandi serta tidak shalat. Klien merasa ia tidak bisa melakukan apa-apa lagi. Menurut kakak, adik ipar, dan istri klien, klien pernah mengalami kecelakaan ketika bekerja di pabrik dan saat mengendarai sepeda motor sehingga kondisi fisiknya menurun. Klien lalu mendapatkan pemutusan hubungan kerja. Kondisi kejiwaannya terganggu. Hasil integrasi tes psikologi menunjukkan bahwa klien memiliki depresi dan kecemasan berlebihan. Teori kognitif Beck mengenai depresi mencantumkan tiga aktivitas kognitif yang mendasari munculnya sebuah gangguan, yaitu: a) *negative triad* (pandangan pesimistik terhadap diri sendiri, dunia, dan masa depan); b) skema atau keyakinan negatif yang dipicu oleh peristiwa/ situasi kehidupan negatif; dan c) distorsi kognitif. *Negative triad* berupa pandangan klien bahwa ia telah gagal, sedang dihukum, dan tidak bisa melakukan apa-apa di masa depan. Skema atau keyakinan negatif klien, yaitu meyakini bahwa karena sakitnya yang dialaminya tersebut membuatnya tidak berdaya. Distorsi Kognitif dalam bentuk overgeneralisasi, yaitu "*Saya tidak bisa melakukan apa-apa lagi*".

Kata Kunci: depresi, gejala psikotik, keyakinan delusional, Teori Kognitif Beck, *negative triad*

ABSTRACT

Severe depressive episodes with psychotic symptoms are a form of major depression accompanied by typical psychotic symptoms such as delusions or nihilistic, non-bizarre delusions, somatic, poverty, worthlessness, or delusional beliefs about guilt and being punished, and sometimes appear hallucination. Delusional beliefs in people with depressive episodes with psychotic symptoms are a cognitive distortion, a pattern of thinking that is ambiguous and negatively causes errors that increase susceptibility to depression. This case study discusses clients diagnosed with severe depressive episodes with psychotic symptoms from a psychological perspective with Beck's Cognitive Theory approach. A 45-year-old man named G locked himself in and didn't want to see his brothers and sisters. Clients did not want to shower and did not pray. The client feels he could not do anything else. According to the brother, sister-in-law, and client's wife, the client had an accident while working in a factory and while riding a motorcycle so that his physical condition declined. The client then gets terminated in work. His mental condition is disturbed. The results of the integration of psychological tests show that the client has depression and excessive anxiety. Beck's cognitive theory of depression lists three cognitive activities that underlie the emergence of a disorder, namely: a) *negative triads* (pessimistic views of yourself, the world, and the future); b) *negative schemes or beliefs* triggered by negative life events/ situations; and c) *cognitive distortion*. *Negative triad* is the client's view that he has failed, is being punished, and cannot do anything in the future. The client's negative schema or belief, which is to believe that because of the pain he is experiencing makes him helpless. Cognitive Distortion in the form of overgeneralization, which is "I can't do anything else".

Keywords: depression, psychotic symptoms, delusional beliefs, Beck's Cognitive Theory, *negative triads*

Pendahuluan

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang

amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan,

hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan. Orang-orang yang depresi berbicara dengan lambat, setelah lama terdiam hanya menggunakan beberapa kata dan nada suara yang monoton. Banyak yang lebih suka duduk sendirian dan berdiam diri. Depresi sering kali berhubungan atau komorbid dengan berbagai masalah psikologis lain, seperti panik, penyalahgunaan zat, disfungsi seksual, dan gangguan kepribadian.¹

Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan 322 juta penduduk dunia terpapar depresi. Sebanyak 27% dari total populasi tersebut berada di wilayah Asia Tenggara.² Prevalensi depresi di kalangan penduduk berusia dewasa di Indonesia mencapai 21,8%.³

Beberapa depresi, meskipun dialami berulang, cenderung sembuh dengan sendirinya seiring berjalannya waktu. Namun, rata-rata episode yang tidak ditangani dapat berlangsung hingga lima bulan atau lebih dan bahkan dapat terasa lebih lama bagi pasien dan keluarganya. Resiko terbesar dari depresi adalah bunuh diri. Depresi kadang menjadi kronis, dalam kasus demikian pasien tidak dapat sepenuhnya kembali ke tingkat keberfungsian sebelumnya di antara episode-episode depresi.¹

Episode depresi sendiri digolongkan menjadi lima, yaitu episode depresif ringan, sedang, berat tanpa gejala psikotik, berat dengan gejala psikotik, episode depresif lainnya, dan episode depresif YTT.⁴ Episode depresif berat dengan gejala psikotik merupakan bentuk dari depresi berat yang disertai gejala psikotik yang khas seperti waham atau delusi *non-bizarre* nihilistik, somatik, atau adanya keyakinan-keyakinan delusional tentang perasaan bersalah dan kadang-kadang muncul halusinasi.⁵ Delusi mengalami kemiskinan,

ketidakberhargaan, dan sedang dihukum juga terjadi pada penderita depresi.⁶

Halusinasi yang muncul berupa pendengaran, sementara retardasi psikomotor sehingga menimbulkan stupor depresif juga biasanya terjadi.⁴

Keyakinan-keyakinan delusional pada penderita episode depresif dengan gejala psikotik merupakan suatu distorsi kognitif. Pola berpikir yang rancu dan menimbulkan kesalahan secara negatif ini dapat meningkatkan kerentanan terhadap depresi.⁷ Laporan kasus ini mencoba memaparkan asesmen, diagnosis, dan analisis dinamika psikologi seorang penderita episode depresif berat dengan gejala psikotik dalam perspektif psikologi dengan pendekatan Teori Kognitif Beck.

Kasus

A. Autoanamnesa

Klien mengatakan bahwa dirinya bernama G, lahir pada tahun 1969, berasal dari Jombang, dan pendidikannya Sekolah Menengah Ekonomi Atas (SMEA) jurusan Akuntansi. Saat ini klien tinggal bersama istri dan ketiga anaknya. Klien mengatakan anak ketujuh dari total sembilan bersaudara. Klien mengaku saat ini tidak bekerja karena sakit. Sebelum sakit ia bekerja sebagai buruh di pabrik gula di Jombang.

Klien mengaku diantar ke Rumah Sakit Jiwa (RSJ) oleh saudaranya yang nomor sembilan. Klien mengatakan bahwa dirinya sakit, namun ia tidak tahu persisnya mengapa ia sakit. Klien bertanya-tanya tentang sakit yang dialaminya. Ia mengatakan mulai merasakan sakitnya sejak tiga bulan yang lalu. Klien sering merasakan lelah, bingung, dan gelisah. Saat bulan Ramadhan, klien mengaku tidak bisa menunaikan ibadah puasa secara rutin karena kelelahan. Karena sakitnya itu klien mengaku berhenti bekerja. Ia kesulitan

untuk fokus dan berkonsentrasi saat bekerja. Klien juga mengatakan sulit tidur. Ketika masuk RSJ ini klien merasa ia sedang dihukum.

Klien juga mengaku pernah mendengar suara kakak iparnya yang kedua yang mengatakan bahwa ia tidak perlu mandi. Klien mengatakan saat itu sedang diam dan merenung, kemudian suara tersebut terdengar tanpa ia melihat wujud kakak iparnya itu. Suara tersebut hanya didengarnya sekali yaitu saat satu minggu sebelum klien dibawa ke RSJ Lawang dan saat ini sudah tidak didengarnya lagi.

Pada tahun 1998 klien memiliki usaha ternak ayam. Namun karena krisis moneter usaha yang dibangun mengalami permasalahan finansial dan pada akhirnya bangkrut. Namun kejadian yang paling membekas dan berpengaruh dalam hidup klien menurutnya adalah saat dirinya mengalami keracunan sekitar dua tahun yang lalu saat mengelola ladang tebu di pabrik. Sejak peristiwa tersebut tubuh klien terasa lemas dan bicaranya menjadi terbata-bata (dalam bahasa klien disebut *pelo*). Setelah peristiwa keracunan itu juga klien mengalami kecelakaan motor dua kali yang kemudian menyebabkan tulang di bawah leher bagian kanannya patah.

Menurut klien selama hidupnya memang pernah terpuruk seperti ini. Klien telah menjalani kehidupan dengan baik dan kemudian memiliki keluarga namun saat ini ia merasa berada pada situasi yang paling bawah dalam hidupnya. Klien terpikir terus mengenai keluarganya, namun di satu sisi klien merasa tidak berdaya dan berguna. Klien mengatakan bahwa setelah mengalami sakit seperti tidak bisa melakukan apa-apa lagi.

Klien merasa dirinya tidak sesukses saudara-saudaranya. Sebagian besar kakak dan adik klien berprofesi sebagai guru.

Klien sebenarnya ingin menjadi guru juga. Dulu ia pernah mendaftar ke sekolah Pendidikan Guru Agama (PGA), namun klien tidak lulus karena persyaratan tinggi badan. Klien juga mengatakan teman-temannya banyak yang menjadi orang sukses.

Klien mengkhawatirkan kondisi anak dan istrinya di rumah. Ia mengeluh mengapa dirinya sakit, padahal klien baru saja memiliki anak yang ketiga yang saat ini baru berusia tiga bulan. Klien mengatakan sebenarnya keadaan ekonomi keluarga cukup, apalagi klien mendapatkan pesangon yang diakui klien cukup besar. Namun, pesangon itu bukan klien yang menerimanya karena menurut klien ia tidak bisa menerimanya karena sakit.

Saat sakit klien pernah kontrol ke dokter. Dari hasil berobat tersebut tidak ditemukan indikasi penyakit tertentu. Namun menurut klien, sampai sekarang ia merasakan sakitnya, seperti lelah di kaki, penglihatan yang sudah agak kabur, dan cara berbicaranya yang terbata-bata (klien menyebutnya *pelo*).

Klien mengatakan ia memiliki sembilan saudara kandung, namun satu meninggal dunia, jadi tinggal delapan. Dari total sembilan (termasuk klien), terdapat tujuh laki-laki, dan dua orang perempuan. Saat kecil, klien paling dekat dengan kakaknya yang nomor tujuh. Saat ini klien cukup dekat dengan adik ipar atau suami adiknya yang nomor dua serta kakak ipar yang kedua. Rumah klien dengan rumah keduanya berdekatan sehingga klien cukup sering berinteraksi. Sementara, menurut klien, kakak yang paling dikaguminya adalah kakak nomor enam yang menjadi guru. Klien mengaku, saudara-saudaranya sangat membantu dirinya serta keluarganya. Mengenai urusan sekolah anak-anaknya dibantu oleh adik iparnya.

Tabel 1. Hasil Integrasi Tes

Interpretasi	Tes
Aspek kognitif: Kapasitas kecerdasan pada saat pemeriksaan berada pada taraf “ <i>di bawah rata-rata</i> ”. Klien membutuhkan waktu yang cukup lama dalam mengatasi suatu persoalan serta ingin selalu sempurna. Klien memiliki pemikiran yang kaku, dan cenderung praktis.	Grafis, BG
Gambaran diri: Klien memiliki <i>self image</i> yang buruk, ia meyakini penampilan dirinya jelek atau buruk, telah bersalah, dan tidak bisa melakukan/ mengerjakan apa-apa lagi.	DAP, BDI
Aspek afektif: Klien merasa tertekan, cemas dan khawatir akan kondisi dirinya serta kehidupannya.	BAUM, DAP, BG
Aspek konatif: Klien memiliki dorongan dan energi yang rendah, namun masih memiliki minat dan kemauan. Perilaku klien lambat dan cenderung hati-hati serta praktis.	BAUM, DAP, HTP, Wartegg, BDI
Aspek sosial: Klien memiliki hambatan dalam berinteraksi secara sosial, ia kurang percaya diri, dan merasa dirinya jelek.	BAUM, DAP, BDI
Tanda-tanda patologis: • Depresi • Cemas/ khawatir berlebihan	BAUM, DAP, BDI, Wartegg

Klien mengatakan jika pulang ke rumah nanti ingin bertani, mengelola sawah keluarga. Namun, klien mengkhawatirkan kondisi kesehatannya. Klien mengatakan, jika kondisinya sakit, maka akan sulit untuk bekerja.

B. Anamnesa (Kakak, Adik Ipar, dan Istri)

Kakak klien mengatakan bahwa klien merupakan anak kedelapan dari sepuluh bersaudara. Satu orang meninggal, yaitu kakak klien nomor lima saat usianya masih sekitar lima tahun. Klien lahir sekitar tahun 1968, tinggal bersama keluarganya, pendidikan terakhirnya SMEA jurusan Akuntansi, dan telah bekerja di sebuah pabrik gula di Jombang selama 23 tahun. Posisi klien di pabrik adalah sebagai operator, namun setelah sakit ia ditugaskan sebagai tukang bersih-bersih. Setelah bulan

Ramadhan/ Juli tahun 2014, perusahaan melakukan perampangan Sumber Daya Manusia (SDM) dan klien termasuk salah satunya.

Kakak klien mengatakan klien baru saat ini dirawat di RSJ. Penyebabnya adalah karena klien sering menyendiri di kamar, tidak mau bergaul dengan orang lain, tidak mandi, tidak shalat, dan tidak puasa Ramadhan. Klien juga menunjukkan perilaku yang tidak biasanya saat malam hari, yaitu klien mematikan seluruh lampu rumah dan lebih menyukai suasana gelap. Hal tersebut membuat anak-anak klien tidak nyaman.

Perilaku klien tersebut mulai muncul pada bulan Juni tahun 2014. Kakak klien menanyakan seputar masalah yang dialami klien, namun klien tidak mau bercerita.

Akhirnya klien dibawa ke dokter dan juga ahli ruqyah. Menurut dokter, klien terlalu banyak pikiran dan dianjurkan untuk lebih banyak beristirahat. Sementara ahli ruqyah juga mengatakan kepada kakak klien bahwa tidak ada jin yang masuk ke tubuh klien.

Kondisi klien sempat membaik. Klien juga ikut bekerja memperbaiki rumah tetangga. Namun setelah itu kondisinya kembali memburuk. Bahkan ketika ada pertemuan keluarga klien tidak mau ikut berkumpul. Akhirnya oleh kakak klien, adik klien dan adik iparnya, klien dibawa ke RSJ Lawang. Pada saat dibawa ke RSJ, klien bertanya tentang tujuan perjalanan kepada kakak dan adik ipar klien dengan nada yang cukup tinggi.

Kakak dan adik ipar klien memaparkan klien dulunya sehat, baik secara fisik maupun kejiwaannya. Namun kondisi kesehatan klien berubah sejak tahun 2011. Saat itu klien sedang bekerja di pabrik gula dan klien ditugaskan mengelola ladang

tebu. Klien menebarkan pupuk kimia/pestisida tanpa memakai masker. Klien kemudian muntah-muntah dan keracunan.

Setelah peristiwa keracunan itu kondisi fisik klien menurun. Cara bicaranya menjadi terbata-bata dan sering merasa kelelahan. Menurut adik ipar klien, produktivitas klien di pabrik gula menurun. Adik ipar klien menuturkan lagi, dalam kondisi klien yang *drop* tersebut, klien mengalami kecelakaan motor hingga dua kali. Karena kecelakaan itu tulang di bawah leher sebelah kanan klien patah.

Klien sudah bekerja di pabrik gula selama 23 tahun. Klien bekerja sebagai operator dan juga sering membantu dalam hal pembukuan. Setelah sakit kondisi fisik klien menurun sehingga klien kemudian dipindahkan ke bagian *cleaning service*. Padahal, menurut adik ipar klien, teman-teman klien banyak yang sudah naik jabatan.

Tabel 2. Pedoman diagnostik Episode Depresif (F32)

Kriteria Diagnostik	Ya	Tidak	Simtom
Tiga gejala utama depresi harus ada:			1. Afek depresif (malu, datar dan sulit menangis)
1. Afek depresif	√	-	2. Minat dan ambisi rendah
2. Kehilangan minat dan kegembiraan			3. Lelah dan fungsi motorik berkurang
3. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas			
Gejala depresi lainnya sebagai berikut:			1. Konsentrasi, perhatian, dan memori menurun
1. Konsentrasi dan perhatian berkurang	√	-	2. Merasa kurang percaya diri
2. Harga diri dan kepercayaan diri berkurang			3. Merasa bersalah dan berdosa
3. Gagasan tentang rasa bersalah			4. Minat dan ambisi (cita-cita) di masa depan rendah
4. Pandangan masa depan yang suram dan pesimistik			5. Tidur terganggu
5. Gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri			
6. Tidur terganggu			
7. Nafsu makan berkurang			
Episode depresif harus berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu	√	-	Sudah berlangsung selama 4 bulan

Adik ipar klien mengatakan, perusahaan kemudian melakukan perampangan SDM dengan pemutusan hubungan kerja (PHK) pasca bulan Ramadhan tahun 2014. Klien termasuk orang yang mendapatkan PHK oleh perusahaan. Klien kemudian mendapatkan pesangon, namun pesangon itu tidak mau diterima oleh klien. Klien tidak mengatakan alasannya mengapa ia tidak mau menerima pesangon. Akhirnya pesangon kemudian diurus oleh istri klien.

Menurut istri klien, klien orangnya pendiam dan tidak banyak berbicara. Saat sakit klien banyak mengurung diri di kamar dan tidak mau bergaul dengan orang lain. Saat ditanya mengenai masalahnya, klien menjawab, "*Ora popo*." Menurut istri, yang tidak berubah dari diri klien adalah kebiasaan merokoknya serta minum kopi. Klien juga tipe orang yang sering tidur larut malam. Kakak klien mengatakan mungkin kebiasaan tersebut karena klien bekerja di malam hari.

Kakak klien mengatakan klien orang yang tidak banyak bertingkah. Klien juga termasuk orang yang aktif dan pintar. Klien memiliki keahlian dalam bidang kelistrikan, perbaikan rumah, bahkan klien juga bisa mengerjakan pembukuan dengan cepat. Selama ini kehidupan klien dan keluarganya tergolong wajar serta tidak terlihat ada konflik. Kakak klien mengatakan klien belum pernah dalam kondisi terpuruk seperti ini. Ia melihat klien seperti orang yang kehilangan semangat hidup dan hampa.

Hubungan klien dan saudara-saudaranya tergolong dekat dan tidak pernah ada konflik. Saat kecil klien anak yang aktif dan nakal, namun nakal yang wajar. Klien paling sering bermain dengan kakaknya yang nomor tujuh. Hubungan dengan orang tuanya juga cukup baik. Klien cukup dibebaskan dalam menentukan masa depan termasuk mengenai penentuan sekolah.

C. Observasi

Klien diperkirakan memiliki tinggi badan sekitar 160 cm dan berat badan 50 kg. Wajahnya cukup bersih dan berpenampilan cukup rapi. Tubuhnya tegap, namun kepalanya sering terlihat menunduk dan cara berjalannya lambat.

Klien terlihat lelah, bingung, dan mengeluh. Saat pemeriksaan ia sering mengatakan "*kenapa saya ini sakit*" dengan volume suara yang pelan. Ia sering memegang kepala dan terdiam cukup lama. Ekspresinya terlihat murung dan sedih dengan wajah yang tertunduk. Klien dapat bercerita dengan baik. Orientasi mengenai waktu, tempat, dan orang juga cukup bagus. Ingatan cukup baik, sedangkan konsentrasi klien berkurang. Pada saat tes klien cukup kooperatif, namun kadang-kadang *blocking*. Pada suatu kesempatan klien berkomentar saat ia melihat suatu tayangan di televisi (nampak orang yang di televisi berpenampilan rapih dengan setelan kemeja dan jas), "*melihat itu, hidup jadi tidak ada gunanya*".

Klien terlihat cukup aktif dalam kegiatan di bangsal. Ia membantu membawa nasi, mengisi air teh, dan membersihkan halaman bangsal. Klien juga aktif dalam beribadah shalat.

D. Hasil Tes Secara Integratif

Berikut hasil integrasi dari beberapa tes yang diberikan kepada klien, yaitu *Bender Gestalt (BG)*, *Draw A Person (DAP)*, *Beck's Depression Inventory (BDI)*, *Baum Test*, *House Tree Person (HTP)*, dan *Wartegg Test*. Hasil integrasi tes dapat dilihat di tabel 1.

E. Diagnosis

Pada Axis I ditegakkan diagnosis F32.3 Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik. Pedoman diagnostik untuk Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik menurut Pedoman Penggolongan

Diagnostik Gangguan Jiwa (PPDGJ) dapat dilihat pada tabel 2 dan 3.

Pembahasan

Depresi dikaji dalam terminologi teori kognitif, menganggap proses-proses berpikir sebagai faktor penyebabnya. Aaron Beck menganggap penderita depresi memiliki perasaan seperti demikian karena pemikiran yang menyimpang dalam bentuk interpretasi negatif^{1,6}.

Teori Kognitif Beck mengenai depresi mencantumkan tiga aktivitas kognitif yang mendasari munculnya sebuah gangguan, yaitu: a) *negative triad* (pandangan pesimistik terhadap diri sendiri, dunia, dan masa depan); b) skema atau keyakinan negatif yang dipicu oleh peristiwa/ situasi kehidupan negatif (misalnya keyakinan bahwa tidak ada seorang pun yang menyukai saya); dan c) penyimpangan/ distorsi kognitif.^{1,6,8,9}

Permasalahan utama pada diri klien terletak pada pola pikirnya (kognitif) yang salah. Pola pikir tersebut muncul karena peristiwa yang dialami klien yaitu keracunan saat bekerja di ladang tebu pada tahun 2011. Sejak saat itu kondisi fisik klien mengalami penurunan yang membuat produktivitas klien di tempat kerja juga menurun.

Karena terus menurunnya kinerja klien di pabrik gula, maka klien dipindahkan jabatannya dari operator menjadi *cleaning service*. Pada akhirnya klien mendapatkan PHK pada bulan Juli 2014 dari perusahaan tempat kerjanya dimana klien telah bekerja selama 23 tahun. Peristiwa PHK membuat klien stres. Klien lebih sering mengungkapkan bahwa karena sakitnya ia menjadi gelisah, bingung, dan memiliki pikiran tidak bisa melakukan apa-apa lagi di masa depan.

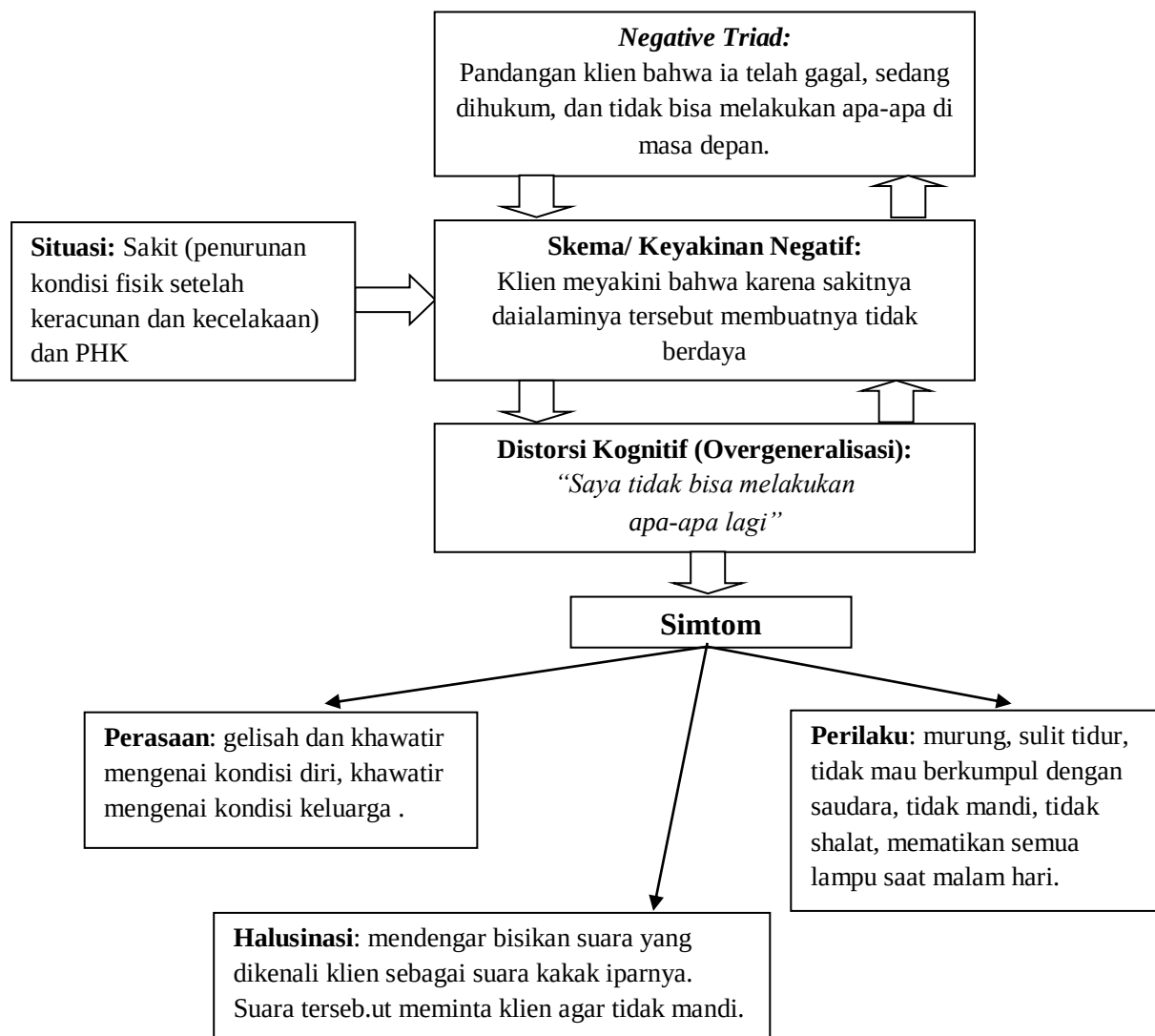
Tabel 3. Pedoman diagnostik Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik (F32.3)

Kriteria Diagnostik	Ya	Tidak	Simtom
Tiga gejala utama depresi harus ada	√	-	1. Afek depresif (malu, datar dan sulit menangis) 2. Minat dan ambisi rendah 3. Lelah dan fungsi motorik berkurang
Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari 7 gejala depresi lainnya harus ada dan berintensitas berat	√	-	1. Konsentrasi, perhatian, dan memori menurun 2. Merasa kurang percaya diri 3. Merasa bersalah dan berdosa 4. Minat dan amisi (cita-cita) di masa depan rendah 5. Tidur terganggu
Agitasi/ retardasi psikomotor	√	-	Kaku dan fungsi motorik berkurang
Episode depresif harus berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu	√	-	Sudah berlangsung selama 4 bulan (Juni-Oktober 2014)
Memiliki keterbatasan dalam mengerjakan pekerjaan rumah serta berkegiatan sosial	√	-	Di rumah lebih banyak diam, mengurung diri, dan tidak mau bertemu dengan saudara.
Terdapat halusinasi/ waham/ stupor depresif	√	-	Halusinasi auditorik, yaitu suara yang didengar oleh klien yang memintanya untuk tidak mandi

Klien memiliki pandangan terhadap dirinya bahwa ia telah gagal. Ia tidak sesukses saudara-saudaranya terutama yang telah menjadi guru. Klien menganggap dirinya sedang dihukum, dan tidak bisa melakukan apa-apa di masa depan. Pandangan pesimistik terhadap diri sendiri dan masa depan sangat nampak pada diri klien. *Negative triad* pada orang depresi merujuk penilaian bahwa orang tersebut tidak dapat menghadapi berbagai tuntutan lingkungan.^{1,6}

Dari *negative triad* meruncing pada skema atau keyakinan negatif dan akhirnya

memunculkan sekaligus menguatkan distorsi kognitif. Menurut Beck, terdapat empat distorsi kognitif utama pada individu depresi¹: a) kesimpulan yang subjektif, suatu kesimpulan yang diambil tanpa bukti-bukti cukup atau tanpa bukti sama sekali; b) abstraksi selektif, suatu kesimpulan yang diambil hanya berdasarkan satu elemen dari banyak elemen dalam situasi; c) overgeneralisasi, suatu kesimpulan yang menyeluruh yang diambil berdasarkan satu peristiwa tunggal; dan d) magnifikasi atau minimisasi, melebih-lebihkan dalam menilai kinerja.



Gambar 1.

Pola interaksi antar tiga tingkatan aktivitas kognitif yang mendasari depresi klien

Situasi sakit akibat keracunan dan kecelakaan dan PHK yang dialami klien dianggap penyebab dari masalah yang dialaminya. Hal itu pula yang kemudian memunculkan skema negatif, yaitu menganggap diri klien tidak berdaya. Aktivitas kognitif ketiga, yaitu distorsi kognitif menjadi kesimpulan dan ringkasan pola pikir bias yang dialami klien, yaitu overgeneralisasi, dimana klien meyakini dirinya tidak dapat melakukan apa-apa lagi. Simtom-simtom depresif muncul dalam bentuk perasaan, perilaku, dan halusinasi pendengaran. Simtom perasaan berupa gelisah dan khawatir mengenai kondisi diri, khawatir mengenai kondisi keluarga.

Simtom perilaku yang terlihat, yaitu murung, sulit tidur, tidak mau berkumpul dengan saudara, tidak mandi, tidak shalat, mematikan semua lampu saat malam hari. Simtom halusinasi pada diri klien dalam bentuk mendengar bisikan suara yang dikenali klien sebagai suara kakak iparnya. Suara tersebut meminta klien agar tidak mandi.

Dinamika psikologi berupa pola interaksi antara tiga aktivitas kognitif, yaitu *negative triad*, skema/ keyakinan negatif, dan distorsi kognitif yang mendasari depresi klien dan memunculkan simtom-simtom depresif dapat dilihat pada Gambar 1.

REFERENCES

1. Davison GC., Neale JM., & Kring AM. Psikologi abnormal. Edisi 9. Jakarta: Rajawali Pers; 2006.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; 2017.
3. Peltzer K., & Pengpid S. High prevalence of depressive symptoms in a national sample of adults in Indonesia: Childhood adversity, sociodemographic factor and health risk behavior. *Asian Journal of Psychiatry*. 2013; 33:52-59.
4. Maslim R. Diagnosis gangguan jiwa: Rujukan ringkas PPDGJ-III dan DSM-5. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atmajaya; 2013.
5. Fleming SK, Blasey C, Schatzberg AF. Neuropsychological correlates of psychotic features in major depressive disorders: a review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2004; 38:27-35.
6. Beck AT., & Alford BA. Depression: Cause and treatment. 2nd edition. Philadelphia: University of Pennsylvania; 2009.
7. Dozois DJA., & Beck AT. Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In Dobson KS., & Dozois DJA, (Eds.). Risk factors in depression (pp. 121-143). Oxford: Academic Press; 2008.
8. Beck AT. Cognitive theory for depression. New York: Guilford Press; 1979.
9. Beck AT. Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*. 1991; 46:368-75.