



UNIVERSITAS INDONESIA

**TERAPI KOGNITIF-PERILAKU UNTUK MENANGANI
DEPRESI PADA LANJUT USIA**

*(COGNITIVE-BEHAVIOR THERAPY FOR OLDER ADULTS
WITH DEPRESSION)*

TESIS

RETHA ARJADI

1006796531

**FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM MAGISTER PROFESI PSIKOLOGI KLINIS DEWASA
DEPOK
JUNI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**TERAPI KOGNITIF-PERILAKU UNTUK MENANGANI
DEPRESI PADA LANJUT USIA**

*(COGNITIVE-BEHAVIOR THERAPY FOR OLDER ADULTS
WITH DEPRESSION)*

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Profesi Psikologi Kekhususan Psikologi Klinis Dewasa**

RETHA ARJADI

1006796531

**FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM MAGISTER PROFESI PSIKOLOGI KLINIS DEWASA
DEPOK
JUNI 2012**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis yang berjudul “**TERAPI KOGNITIF-PERILAKU UNTUK MENANGANI DEPRESI PADA LANJUT USIA**” adalah hasil kerja saya sendiri dan bukan merupakan jiplakan dari hasil karya orang lain.

Apabila di kemudian hari ditemukan adanya kecurangan dalam karya ini, saya bersedia menerima sanksi apapun dari Fakultas Psikologi Universitas Indonesia sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Depok, 18 Juni 2012

Yang membuat pernyataan,



Retha Arjadi
NPM. 1006796531

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Retha Arjadi
NPM : 1006796531
Program Studi : Magister Profesi Psikologi Klinis Dewasa
Judul Tesis : Terapi Kognitif-Perilaku untuk Menangani Depresi pada Lanjut Usia

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Psikologi pada Program Magister Profesi Kekhususan Psikologi Klinis Dewasa, Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing:

Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, M.A, Ph.D., Psikolog

NIP. 195103271976032001

Penguji I:

Dra. Ina Saraswati, M.Si., Psikolog

NIP. 195812191992032002

Penguji II:

Dra. Yudiana Ratna Sari, M.Si., Psikolog

NIP. 196709191994032003

Depok, 18 Juni 2012

Ketua Program Studi Psikologi Profesi
Fakultas Psikologi Universitas Indonesia,

Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, M.A, Ph.D., Psikolog

NIP. 195103271976032001

Dekan Fakultas Psikologi Universitas Indonesia,



Dr. Wilman Dahlan Mansoer, M.Org.Psy., Psikolog

NIP. 194904031976031002

KATA PENGANTAR

Setelah menempuh rangkaian proses perkuliahan, akhirnya peneliti berhasil merampungkan tesis ini sebagai syarat kelulusan pendidikan Program Magister Profesi Psikologi Kekhususan Psikologi Klinis Dewasa. Pada urutan pertama, peneliti hendak menyampaikan syukur kepada Tuhan atas penyertaan sepanjang peneliti menjalani pendidikan magister profesi dan merampungkan tesis ini.

Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, M.A, Ph.D selaku pembimbing tesis, rekan diskusi yang luar biasa. Terimakasih untuk setiap pujian dan kritik yang peneliti terima, kombinasinya tidak pernah gagal membuat peneliti mau terus belajar dan belajar lagi.

Ucapan terimakasih selanjutnya peneliti sampaikan kepada Dra. Sugiarti, M.Kes selaku pembimbing akademik, serta Dra. Yudiana Ratna Sari, M.Si yang sudah memantau setiap langkah peneliti dan rekan satu angkatan peneliti hingga menyelesaikan tesis. Terimakasih juga kepada para dosen lain, khususnya dosen di Program Profesi Klinis Dewasa beserta segenap staf atas bimbingannya.

Untuk Dr. Lidia Laksana Hidajat, MPH, psikolog klinis yang sudah menjadi dosen peneliti dari jenjang S1. Terimakasih untuk diskusi berharga di awal penentuan topik tesis ini. Dari diskusi tersebut, peneliti mendapat pencerahan hingga dapat menyelesaikan tesis tepat waktu.

Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada rekan sesama payung penelitian lansia angkatan 17. Terimakasih Edo Sebastian Jaya, S.Psi untuk diskusi-diskusi yang berkualitas sepanjang pengerjaan tesis ini. Terimakasih untuk Kresna Astri, S.Psi, Lathifah Hanum, S.Psi, dan Maha Decha Dwi Putri, S.Psi atas kerja samanya. Semoga hanya sukses yang tersisa di ujung perjalanan kita. Tidak lupa untuk seluruh penghuni angkatan 17, sukses untuk kita semua.

Terimakasih kepada pihak Perhimpunan Gerontologi Indonesia (PERGERI) cabang Kota Depok atas kerja samanya sehingga peneliti berhasil mendapatkan partisipan untuk tesis sekaligus membantu partisipan di hari tuanya.

Berjuta terimakasih kepada keluarga kecil Cikampek, *mama, papa, koko* dr. Ronald Arjadi, dan *cici* dr. Regina atas segala dukungan dan yang diberikan kepada peneliti. Perhatian kalian telah menjadi motivasi yang besar untuk peneliti.

Teruntuk rekan-rekan kerja dari Lembaga Psikologi Terapan Universitas Indonesia (LPT UI) tanpa terkecuali, tempat peneliti belajar sekaligus bekerja. Terimakasih untuk setiap semangat dan kepercayaan mengerjakan proyek demi proyek yang memperkaya pengalaman peneliti di bidang psikologi.

Terimakasih kepada dosen peneliti sepanjang masa, Riza Karim, Psi dan Agatha Novi Ardhianti, M.Psi, serta rekan-rekan *angels* dan *angelos*, Dwiana H. Wahyudi, S.Psi, Reggie Renato Sjafei, S.Psi, M.M, dan lainnya atas kebersamaan yang ada saat peneliti membutuhkannya. Tidak lupa, peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada para sahabat peneliti, Maria Gracia Georgiana, Lingga Tri Handayani, Angela Stasia, Louisa Yuanita, Yimmy Hartanto, Harmoko Sofjan, dan lainnya yang tidak dapat disebutkan satu per satu. Tawa yang kalian bagikan selalu berhasil membuat peneliti kembali bersemangat saat nyaris menyerah.

Depok, 5 Juni 2012

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Retha Arjadi
NPM : 1006796531
Program Studi : Magister Profesi Psikologi Klinis Dewasa
Fakultas : Psikologi
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Terapi Kognitif-Perilaku untuk Menangani Depresi pada Lanjut Usia

beserta instrumen yang ada. Berdasarkan persetujuan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, serta mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai peneliti atau pencipta dan juga sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya secara sadar tanpa paksaan dari pihak manapun.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 18 Juni 2012

Yang membuat pernyataan,



Retha Arjadi
NPM. 1006796531

ABSTRAK

Nama : Retha Arjadi
Program Studi : Magister Profesi Psikologi Klinis Dewasa
Judul : Terapi Kognitif-Perilaku untuk Menangani Depresi pada Lanjut Usia

Depresi merupakan gangguan perasaan yang dapat dialami individu dari berbagai golongan usia, termasuk lanjut usia atau lansia. Pada lansia, depresi dapat disebabkan oleh perubahan yang terjadi dalam diri mereka saat memasuki usia lanjut, misalnya berhenti bekerja, penurunan kondisi kesehatan, dan lain-lain. Depresi pada lansia ini perlu ditangani karena dapat menyebabkan mereka tidak mampu melakukan aktivitas harian, memunculkan masalah kesehatan, menurunkan kualitas hidup, hingga mempercepat kematian.

Fenomena mengenai lansia yang mengalami depresi ditemukan di Depok. Para lansia di Depok dinaungi oleh lembaga Perhimpunan Gerontologi Indonesia cabang kota Depok yang bertujuan meningkatkan kesejahteraan lansia di Depok. PERGERI Depok seringkali mendapati anggotanya mengalami depresi, tetapi tidak memiliki tenaga pendukung untuk menangani masalah ini, karena selama ini perhatian hanya difokuskan pada penanganan masalah fisik. Untuk itu, peneliti mencoba menjawab kebutuhan tersebut dengan memberikan Terapi Kognitif-Perilaku kepada 3 (tiga) orang lansia di Depok yang mengalami depresi. Penelitian dijalankan dengan menggunakan desain *single-subject repeated measures*. Pengukuran dilakukan saat pra-intervensi, pertengahan intervensi, dan pasca-intervensi untuk mendapatkan gambaran perubahan tingkat depresi yang jelas pada masing-masing partisipan.

Ketiga partisipan yang menjalani Terapi Kognitif-Perilaku mengalami penurunan tingkat depresi yang dilihat melalui hasil wawancara dan observasi, status mental, serta pengukuran menggunakan alat ukur *Beck Depression Inventory (BDI)*, *Geriatric Depression Scale (GDS)*, dan *BDRS (Brief Depression Rating Scale)*. Salah satu partisipan mengalami penurunan yang tidak terlalu besar dibandingkan dua partisipan lain, diperkirakan karena kurangnya ketaatan (*adherence*) dalam menjalani terapi dan adanya riwayat depresi cukup berat yang pernah ia alami sebelumnya. Selain itu, para partisipan sudah mampu mempraktekkan teknik-teknik yang diberikan dalam rangkaian terapi, mulai dari mengenali ciri depresi, memonitor perasaan, mempraktekkan rencana kegiatan harian, berlatih relaksasi, memecahkan masalah, mengenali pikiran negatif dan melakukan restrukturisasi pikiran. Para partisipan pun memahami bahwa keberhasilan terapi ditentukan oleh kemandirian dan niat mereka untuk menjalankan teknik-teknik tersebut dalam kehidupan sehari-hari.

Kata kunci: Depresi, lansia, Terapi Kognitif-Perilaku

ABSTRACT

Name : Retha Arjadi
Study Program : Master of Adult Clinical Psychology
Title : Cognitive-behavior therapy for older adults with depression

Depression is a mood disturbance that can be experienced by all ages, including the elderly. Depression in older adults can be caused by changes due to the aging process, such as: being in pension, declining health conditions, etc. Its imperative to treat depression in older adults as it disable them from their daily activities, raise health problems, impede quality of life, and increase mortality.

The depression phenomenon occurs to the elderly residents in Depok. The Association of Gerontology Indonesia (*Perhimpunan Gerontologi Indonesia/ PERGERI*) in Depok is an organization that aimed to improve the welfare of older adults in Depok. Older adults in Depok often have depression, but *PERGERI* does not have the personnel to deal with this problem, because so far it is only focused on treating physical health problems. In this research, I provide Cognitive-Behavior Therapy for 3 (three) older adults with depression in Depok. This study use single-subject design, repeated measures. There are pre-test, mid-test, and post-test assessment to show clear changes in depression level for each participant.

All participants experienced decreased levels of depression, that are assessed from interviews and observations, mental status, and psychological measures. The measurements are Beck Depression Inventory (BDI), Geriatric Depression Scale (GDS), and BDRS (Brief Depression Rating Scale). One of the participants experienced lower therapy effect compared to the other two participants, presumably due to lack of adherence and a history of depression. Furthermore, all participants can successfully practice the techniques presented in the therapy, such as recognizing depression features, mood monitoring, daily activity scheduling, relaxation training, problem solving, recognizing negative thoughts, and cognitive restructuring. The participants understand that therapeutic success is determined by their independence in doing all techniques in their daily lives.

Keywords: Depression, older adults, Cognitive-behavior therapy

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Permasalahan	8
1.3 Tujuan	8
1.4 Manfaat	9
1.4.1 Manfaat Teoritis	9
1.4.2 Manfaat Praktis	9
1.5 Sistematika Penulisan	10
2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Depresi	11
2.1.1 Pengertian Depresi	11
2.1.2 Jenis-jenis Depresi	11
2.1.3 Simptom-siptom dan Tanda-tanda Depresi	13
2.2 Lansia	15
2.2.1 Gambaran Perkembangan Lansia	15
2.3 Depresi pada Lansia	16
2.3.1 Gambaran Data Depresi pada Lansia	16
2.3.2. Penyebab Depresi pada Lansia	17
2.3.3 Dampak Depresi pada Lansia	18
2.4 Terapi Kognitif-Perilaku	19
2.4.1 Gambaran Terapi Kognitif-Perilaku	19
2.4.2 Komponen-komponen dalam Terapi Kognitif-Perilaku untuk Depresi	19
2.7 Penerapan Terapi Kognitif-Perilaku pada Lansia yang Mengalami Depresi	26

3. METODE PENELITIAN	28
3.1 Desain Penelitian	28
3.2 Partisipan Penelitian	29
3.2.1 Kriteria Partisipan	29
3.2.2 Prosedur Pemilihan Partisipan	30
3.3 Alat Ukur	31
3.3.1 <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>	31
3.3.2 <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i>	33
3.3.3 <i>Brief Depression Rating Scale (BDRS)</i>	34
3.4 Tahapan Penelitian	36
3.4.1 Tahap Persiapan	36
3.4.2 Tahap Pelaksanaan	37
3.4.3 Tahap Evaluasi	38
3.5 Rancangan Intervensi	39
4. HASIL ASESMEN AWAL.....	45
4.1 Hasil Asesmen Pra-Intervensi Partisipan 1	45
4.1.1 Data Diri Partisipan 1	45
4.1.2 Hasil Observasi Umum Partisipan 1	46
4.1.3 Status Mental Partisipan 1	47
4.1.4 Genogram Keluarga Partisipan 1	51
4.1.5 Hasil Wawancara Partisipan 1	52
4.1.6 Hasil Asesmen Alat Ukur Pra-Intervensi Partisipan 1	54
4.1.7 Kesimpulan Asesmen Pra-Intervensi Partisipan 1	57
4.2 Hasil Asesmen Pra-Intervensi Partisipan 2	58
4.2.1 Data Diri Partisipan 2	58
4.2.2 Hasil Observasi Umum Partisipan 2	59
4.2.3 Status Mental Partisipan 1	59
4.2.4 Genogram Keluarga Partisipan 2	63
4.2.5 Hasil Wawancara Partisipan 2	64
4.2.6 Hasil Asesmen Alat Ukur Pra-Intervensi Partisipan 2	66
4.2.7 Kesimpulan Asesmen Pra-Intervensi Partisipan 2	69
4.3 Hasil Asesmen Pra-Intervensi Partisipan 3	70
4.3.1 Data Diri Partisipan 3	70
4.3.2 Hasil Observasi Umum Partisipan 3	71
4.3.3 Status Mental Partisipan 3	72
4.3.4 Genogram Keluarga Partisipan 3	76
4.3.5 Hasil Wawancara Partisipan 3	76
4.3.6 Hasil Asesmen Alat Ukur Pra-Intervensi Partisipan 3	78
4.3.7 Kesimpulan Asesmen Pra-Intervensi Partisipan 3	82
4.4 Kesimpulan Asesmen Pra-Intervensi Antar Partisipan	83
5. HASIL INTERVENSI	84
5.1 Hasil Intervensi Partisipan 1 (SA)	84
5.1.1 Gambaran Pelaksanaan Intervensi Partisipan 1 (SA).....	84
5.1.2 Status Mental Pasca-Intervensi Partisipan 1 (SA)	106

5.1.3 Hasil <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> Pasca-Intervensi Partisipan 1 (SA)	110
5.1.3 Hasil <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i> Pasca-Intervensi Partisipan 1 (SA)	112
5.1.4 Hasil <i>Brief Depression Rating Scale (BDRS)</i> Pasca-Intervensi Partisipan 1 (SA)	114
5.1.5 Kesimpulan Hasil Asesmen Pasca-Intervensi Partisipan 1 (SA)	115
5.2 Hasil Intervensi Partisipan 2 (RL).....	116
5.2.1 Gambaran Pelaksanaan Intervensi Partisipan 2 (RL).....	116
5.2.2 Status Mental Pasca-Intervensi Partisipan 2 (RL)	136
5.2.3 Hasil <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> Pasca-Intervensi Partisipan 2 (RL)	141
5.2.3 Hasil <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i> Pasca-Intervensi Partisipan 2 (RL)	143
5.2.4 Hasil <i>Brief Depression Rating Scale (BDRS)</i> Pasca-Intervensi Partisipan 2 (RL)	145
5.2.5 Kesimpulan Hasil Asesmen Pasca-Intervensi Partisipan 2 (RL)	146
5.3 Hasil Intervensi Partisipan 3 (AH)	147
5.3.1 Gambaran Pelaksanaan Intervensi Partisipan 3 (AH).....	147
5.3.2 Status Mental Pasca-Intervensi Partisipan 3 (AH).....	170
5.3.3 Hasil <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> Pasca-Intervensi Partisipan 3 (AH)	175
5.3.3 Hasil <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i> Pasca-Intervensi Partisipan 3 (AH)	177
5.3.4 Hasil <i>Brief Depression Rating Scale (BDRS)</i> Pasca-Intervensi Partisipan 3 (AH)	179
5.3.5 Kesimpulan Hasil Asesmen Pasca-Intervensi Partisipan 3 (AH)	180
5.4 Kesimpulan Asesmen Pasca-Intervensi Antar Partisipan.....	182
6. DISKUSI	185
6.1 Pelaksanaan Intervensi.....	185
6.2 Efektivitas Hasil Intervensi	187
6.3 Keterbatasan Penelitian.....	193
7. KESIMPULAN DAN SARAN	195
7.1 Kesimpulan	195
7.2 Saran.....	195
7.2.1 Saran Metodologis	195
7.2.2 Saran Praktis.....	196
DAFTAR PUSTAKA	198
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

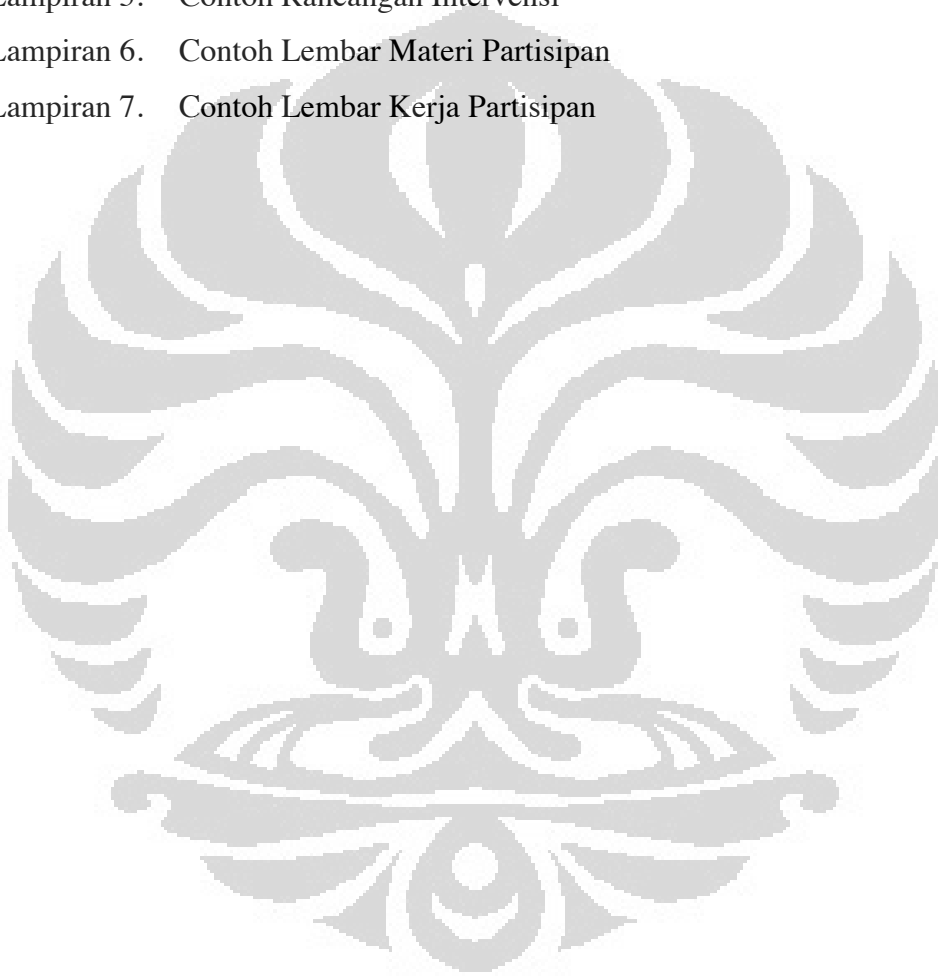
Tabel 2.1 Teknik Perilaku dan Kognitif dalam Terapi Kognitif-Perilaku untuk Depresi	20
Tabel 3.1 Dimensi <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>	32
Tabel 3.2 Dimensi <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i>	33
Tabel 3.3 Uji Keterbacaan <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i>	34
Tabel 3.4 Rancangan Umum Pelaksanaan Intervensi	37
Tabel 4.1 Skor Pra-Intervensi BDI Partisipan 1 (SA).....	54
Tabel 4.2 Skor Pra-Intervensi GDS Partisipan 1 (SA).....	56
Tabel 4.3 Skor Pra-Intervensi BDRS Partisipan 1 (SA)	57
Tabel 4.4 Skor Pra-Intervensi BDI Partisipan 2 (RL).....	66
Tabel 4.5 Skor Pra-Intervensi GDS Partisipan 2 (RL).....	68
Tabel 4.6 Skor Pra-Intervensi BDRS Partisipan 2 (RL)	69
Tabel 4.7 Skor Pra-Intervensi BDI Partisipan 3 (AH)	78
Tabel 4.8 Skor Pra-Intervensi GDS Partisipan 3 (AH).....	80
Tabel 4.9 Skor Pra-Intervensi BDRS Partisipan 3 (AH).....	81
Tabel 4.10 Kesimpulan Pra-Intervensi antar Partisipan.....	83
Tabel 5.1 Realisasi Pertemuan dengan Partisipan 1 (SA).....	84
Tabel 5.2 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi BDI Partisipan 1 (SA) .	110
Tabel 5.3 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi GDS Partisipan 1 (SA)	112
Tabel 5.4 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi BDRS Partisipan 1(SA)	114
Tabel 5.5 Realisasi Pertemuan dengan Partisipan 2 (RL).....	116
Tabel 5.6 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi BDI Partisipan 2 (RL) .	141
Tabel 5.7 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi GDS Partisipan 2 (RL)	143
Tabel 5.8 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi BDRS Partisipan 2(RL)	145
Tabel 5.9 Realisasi Pertemuan dengan Partisipan 3 (AH)	147
Tabel 5.10 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi BDI Partisipan 3 (AH)	175
Tabel 5.11 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi GDS Partisipan 3(AH)	177
Tabel 5.12 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi BDRS Partisipan 3 (AH)	179
Tabel 5.13 Kesimpulan Pasca-Intervensi antar Partisipan	182

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Genogram Keluarga Partisipan 1 (SA).....	51
Gambar 4.2 Skema Perkembangan Depresi Partisipan 1 (SA)	54
Gambar 4.3 Genogram Keluarga Partisipan 2 (RL).....	63
Gambar 4.4 Skema Perkembangan Depresi Partisipan 2 (RL)	66
Gambar 4.5 Genogram Keluarga Partisipan 3 (AH)	76
Gambar 4.6 Skema Perkembangan Depresi Partisipan 3 (AH)	78
Gambar 5.1 Grafik Perubahan Skor BDI Partisipan 1 (SA)	111
Gambar 5.2 Grafik Perubahan Skor GDS Partisipan 1 (SA)	113
Gambar 5.3 Grafik Perubahan Skor BDI Partisipan 2 (RL)	142
Gambar 5.4 Grafik Perubahan Skor GDS Partisipan 2 (RL)	144
Gambar 5.5 Grafik Perubahan Skor BDI Partisipan 3 (AH).....	176
Gambar 5.6 Grafik Perubahan Skor GDS Partisipan 3 (AH).....	178

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar Persetujuan Partisipan
- Lampiran 2. Contoh Alat Ukur *Beck Depression Inventory (BDI)*
- Lampiran 3. Contoh Alat Ukur *Geriatric Depression Scale (GDS)*
- Lampiran 4. Contoh Alat Ukur *Brief Depression Rating Scale (BDRS)*
- Lampiran 5. Contoh Rancangan Intervensi
- Lampiran 6. Contoh Lembar Materi Partisipan
- Lampiran 7. Contoh Lembar Kerja Partisipan



1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Depresi merupakan gangguan perasaan yang dialami individu dari berbagai usia dan dapat mengganggu berbagai aspek fungsi kehidupan, mulai dari motivasi, emosi atau suasana perasaan, kognitif, tingkah laku, dan biologis atau kondisi fisik (Gilbert, 2000). Simptom motivasi muncul dalam bentuk kehilangan tenaga dan minat melakukan sesuatu. Simptom emosi atau suasana perasaan muncul dalam bentuk menurunnya emosi positif dan merasakan kekosongan dalam diri. Selanjutnya, simptom kognitif muncul dalam bentuk penurunan kemampuan kognitif, seperti konsentrasi dan atensi, penurunan fungsi ingatan, serta kemunculan pikiran-pikiran negatif, terutama tentang masa depan. Simptom tingkah laku ditunjukkan dari penghentian aktivitas oleh individu, perilaku menghindar dari aktivitas sosial, atau justru mencari orang lain untuk selalu menemani. Terakhir, simptom biologis atau kondisi fisik dapat muncul dalam bentuk masalah tidur, berkurangnya napsu makan, dan menurunnya minat seksual (Blazer, 1982; Gilbert, 2000; Rosenvald, Oei, Schmidt, 2007; Snaith, 1987).

Temuan statistik menunjukkan bahwa sebagian besar individu pasti akan mengalami bentuk depresi tertentu pada suatu saat dalam hidup mereka. Depresi diprediksikan akan meningkat dengan cepat dan menjadi masalah kesehatan mental tertinggi pada abad ke-21 (Rosenvald, Oei & Schmidt, 2007). Fenomena depresi ini sendiri sudah merebak di Indonesia sejak lama. Di tahun 2007 misalnya, Ketua Ikatan Dokter Indonesia (IDI) menyampaikan hasil survei Perhimpunan Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa Indonesia (PDSKJI) yang menunjukkan bahwa 94% penduduk Indonesia dari berbagai kelompok usia dan wilayah pernah mengalami depresi, dari depresi ringan hingga yang berat. Simptom yang biasanya muncul dari kasus-kasus yang ditemukan dalam survei tersebut antara lain kecenderungan individu untuk menghindar atau menolak bekerja (Taufiqurrahman, 2007).

Berkembangnya fenomena depresi di Indonesia telah menarik perhatian para peneliti untuk mendalaminya. Salah satu fokus perhatian diberikan kepada

depresi yang dialami oleh kelompok usia lanjut atau biasa disebut sebagai lansia. Terkait dengan tahap perkembangannya, lansia pada umumnya sudah mengalami penurunan dalam hal kemampuan fisik, kognitif, hingga mengalami perubahan dalam hubungan sosialnya sehari-hari. Jika lansia tidak memiliki pengelolaan diri yang baik, seluruh penurunan kondisi yang terjadi ini secara umum dapat membuat mereka kesulitan menangani tekanan yang mereka alami dalam kehidupan sehari-hari (Santrock, 2006). Misalnya saja lansia yang tinggal sendirian dan tidak memiliki dukungan sosial dalam kesehariannya kemungkinan lebih mudah merasa tertekan saat menghadapi masalah karena ia tidak memiliki tempat berbagi cerita sekaligus orang yang dapat membantunya dalam segala keterbatasan yang ia miliki di usia lanjut. Kondisi ini dapat berujung pada munculnya depresi dalam diri mereka.

Dalam artikelnya mengenai komnas lansia, Sumardjuno (2011) mengatakan bahwa ciri depresi pada lansia biasanya dianggap wajar sebagai efek memasuki usia lanjut, sehingga seringkali dibiarkan luput dari perhatian oleh para tenaga medis. Akan tetapi, pada kenyataannya, ciri depresi ini tentu tidak muncul begitu saja seiring bertambahnya usia. Kemunculan ciri depresi pada lansia biasanya terkait dengan perubahan-perubahan yang terjadi dalam diri mereka saat memasuki usia lanjut, misalnya pensiun dari pekerjaan, penurunan pekerjaan, penambahan beban pikiran, perubahan rutinitas, masalah penggunaan waktu karena rutinitas yang menghilang, hingga proses penuaan yang ditandai penurunan kondisi kesehatan, dan lain-lain. (Black, 1994). Oleh karena itu, depresi sangat mungkin terjadi pada individu yang sudah menginjak usia lansia sampai akhir hayatnya. Penanganan depresi pada lansia penting untuk dilakukan agar para lansia dapat menjalani masa tuanya dengan kondisi psikologis yang sehat.

Kasus-kasus depresi pada lansia dapat mengakibatkan munculnya ketidakmampuan melakukan aktivitas, memperburuk kondisi medis, meningkatkan kebutuhan akan pelayanan kesehatan akibat munculnya masalah-masalah kesehatan dalam diri mereka, hingga mempercepat kematian. Secara umum, depresi juga dapat menurunkan kualitas hidup para lansia yang mengalaminya. Mereka biasanya akan mengalami penurunan fungsi sehari-hari,

seperti tidak bisa merawat diri sendiri, serta penurunan fungsi kognitif, misalnya mengalami penurunan fungsi ingatan yang drastis (Alexopoulos, 2005; Blazer, 2003; Das, Greenspan, Muralee, Choe & Tampi, 2007; Frazer, Christensen & Griffiths, 2005; Gellis & McCracken, 2008).

Sebagai gambaran data, kasus gangguan depresi berat pada lansia di Amerika dilaporkan mencapai 6%-24% dari populasi lansia keseluruhan. Sementara itu, kasus-kasus yang menampilkan simptom depresi pada lansia, yang dapat dikategorikan sebagai depresi ringan jumlahnya kira-kira 12%-50% dari populasi lansia keseluruhan (Gellis & McCracken, 2008). Data ini mencerminkan tingginya prevalensi kasus depresi yang dialami lansia, terutama yang bersifat depresi ringan, sehingga penanganan psikologis jelas dibutuhkan untuk membantu mereka.

Lebih lanjut, walaupun belum ada catatan prevalensi yang jelas untuk kasus depresi di Indonesia, terkait dengan keberadaan lansia di Indonesia sendiri, prediksi dari Badan Pusat Statistik (BPS) menyebutkan adanya penambahan penduduk lansia yang signifikan mulai tahun 2010. Pada tahun 2010 sendiri, jumlah penduduk lansia di Indonesia diperkirakan sudah mencapai 23,9 juta atau 9,77% dari populasi seluruh penduduk Indonesia. Sementara itu, pada tahun 2020, jumlah penduduk lansia di Indonesia diperkirakan akan mencapai 28,8 juta atau 11,34% dari populasi seluruh penduduk Indonesia (Damanik, 2009; Hamid, 2007; Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2009). Di samping itu, Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional (BAPPENAS) memperkirakan bahwa pada tahun 2025, lebih dari seperlima penduduk Indonesia adalah lansia (Megarani, 2007). Prediksi perkembangan jumlah lansia di Indonesia ini selayaknya dapat semakin menyadarkan para peneliti dan tenaga medis untuk memperhatikan cara-cara menangani masalah kesehatan lansia demi mendukung kesejahteraan hidup mereka, termasuk dalam hal penanganan depresi.

Lansia secara umum mengalami depresi dengan dinamika yang lebih rumit. Para lansia biasanya sulit mengenali ciri depresi yang muncul dalam diri mereka karena pemahaman yang minim. Ketika sudah menyadarinya pun, mereka enggan mencari bantuan karena biasanya mereka percaya bahwa depresi yang mereka alami disebabkan oleh ketidakmampuan atau kegagalan mereka secara

personal, sehingga mereka malah mengisolasi diri (Rosenvald, Oei & Schmidt, 2007). Penyebab lainnya adalah adanya perasaan tidak nyaman yang muncul jika harus mengakui adanya masalah tersebut dalam diri mereka, sehingga mereka memilih untuk menutupinya saja. Karena merasa sebagai individu yang sudah sangat dewasa, mereka tidak mau membuat diri mereka malu karena terlihat bermasalah di hadapan orang lain karena merasa sebagai individu yang sudah sangat dewasa (Gellis & McCracken, 2008).

Untuk itu, dalam menangani depresi pada lansia, diperlukan pemahaman mendalam mengenai masalah dan karakteristik lansia, serta pemahaman akan cara penanganan yang tepat. Penanganan depresi ini penting untuk diperhatikan karena kemunculan depresi biasanya disertai dengan masalah-masalah kesehatan lain, seperti kecemasan, demensia, penurunan fungsi kognitif, sakit fisik yang bersifat kronis, masalah tidur, dan stres karena masalah kesehatan yang mereka alami (Gellis & McCracken, 2008; Knight, Kaskie, Shurgot & Dave, 2006; Satre, Knight & David, 2006).

Di Indonesia sendiri, kesulitan mengatasi depresi dan masalah terkait tidak dapat sepenuhnya diatribusikan pada karakteristik lansia dan masalah-masalah yang mereka alami setelah menginjak usia lanjut. Keterbatasan jumlah serta sosialisasi mengenai adanya tenaga ahli, seperti psikiater dan psikolog, dapat dikatakan berkontribusi dalam membuat para lansia depresi yang membutuhkan bantuan sekalipun kesulitan mencari bantuan penanganan psikologis yang mereka butuhkan.

Salah satu fenomena menarik terkait lansia terjadi di Depok yang memiliki proporsi penduduk lansia 8,6%, lebih tinggi daripada rata-rata proporsi penduduk lansia di Indonesia secara keseluruhan (Hapsari, 2009). Para lansia di Depok ini dinaungi oleh sebuah komunitas bernama Perhimpunan Gerontologi Indonesia (PERGERI) cabang kota Depok. PERGERI Depok merupakan suatu lembaga kesejahteraan lanjut usia (lansia) yang bertujuan meningkatkan kesejahteraan lansia di Depok. PERGERI sering mendapati anggotanya mengalami depresi, misalnya menjadi jarang keluar rumah karena merawat pasangannya yang sakit, merasa tidak diperhatikan oleh anak-anaknya, atau mengalami kesulitan ekonomi. Sayangnya, PERGERI tidak memiliki tenaga pendukung yang memadai untuk

menangani masalah depresi. Sejauh ini penanganan kesehatan baru difokuskan pada masalah fisik saja.

Selain dengan pendekatan terapi psikologis, depresi sendiri pada dasarnya bisa ditangani secara medis dengan penggunaan obat-obatan anti-depresan. Akan tetapi, pemberian obat-obatan anti-depresan tidak dapat dilakukan secara sembarangan, dan hanya untuk kasus-kasus yang sifatnya parah. Selain itu, penggunaan obat-obatan anti-depresan biasanya memungkinkan kekambuhan yang tinggi ketika obat lupa diminum secara teratur sehingga efeknya tidak bertahan secara berkesinambungan. Oleh karena itu, untuk kebanyakan kasus depresi, terutama yang masih tergolong ringan, terapi psikologis memang dianggap lebih cocok daripada pemberian obat-obatan anti-depresan (Blazer, 2003; Frazer, Christensen & Griffiths, 2005).

Intervensi untuk depresi saat ini sudah banyak dikembangkan melalui pendekatan biologis dan psikologis, serta kombinasi keduanya. Kedua pendekatan ini terbukti efektif untuk mengatasi depresi pada lansia (Das, Greenspan, Muralee, Choe & Tampi, 2007). Pendekatan biologis dilakukan dengan pemberian obat-obatan anti-depresan oleh tenaga medis ahli. Pendekatan psikologis dilakukan dengan terapi psikologis, di antaranya yang sedang berkembang adalah Terapi Kognitif-Perilaku atau *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT), Terapi Interpersonal atau *Interpersonal Therapy* (IPT), dan Terapi Perilaku Dialektikal atau *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT). Dari ketiga jenis intervensi tersebut, beberapa hasil penelitian dan meta-analisisnya melaporkan bahwa Terapi Kognitif-Perilaku memiliki efektivitas yang setara atau bahkan lebih baik daripada terapi lain, termasuk ketika dikombinasikan dengan penggunaan obat-obatan anti-depresan (Arean & Cook, 2002; Cuijiper, van Straten & Smit, 2006; Laidlaw, 2001; Piquart & Soerensen, 2001; Zallaquett & Stens, 2006 dalam Gellis & McCracken, 2008; Bartels, Dums, Oxman, Schneider, Arean, Alexopoulos & Jeste, 2003; Piquart, Duberstein & Lyness, 2007).

Terapi Kognitif-Perilaku merupakan terapi yang mengkombinasikan aspek kognitif dan tingkah laku. Pendekatan ini mengajarkan individu untuk mengenali bahwa pola pikir tertentu yang sifatnya negatif dapat membuat individu salah memaknai situasi dan memunculkan emosi atau perasaan negatif pula. Pikiran dan

emosi yang salah pada akhirnya akan mempengaruhi tingkah laku individu, hingga dianggap membutuhkan terapi (Rosensvald, Oei & Schmidt, 2007; Spielger & Guevremont, 2010; Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007).

Dari pendekatan kognitif, Beck (1967 dalam Blazer, 1982) menjelaskan bahwa depresi merupakan kumpulan pikiran-pikiran negatif yang berisi sikap-sikap dan keyakinan yang sifatnya negatif mengenai diri sendiri, dunia atau lingkungan sekitar, dan masa depan. Berangkat dari pemikiran ini, untuk kasus-kasus depresi pada lansia, Terapi Kognitif-Perilaku dinilai lebih efektif dibandingkan jenis terapi lain karena dapat mengurangi tendensi berpikir negatif pada lansia yang dalam berbagai kasus disinyalir berkontribusi besar terhadap munculnya depresi dalam diri mereka (Blazer, 2003). Efek dari Terapi Kognitif-Perilaku ini pun dapat bertahan sampai 2 tahun untuk mengurangi kecenderungan depresi pada diri lansia, sehingga dianggap cukup efektif membawa pengaruh positif jangka panjang (Mackin & Arean, 2005).

Rybarczyk, DeMarco, Delacruz, Lapidoz dan Fortner (2001) mengembangkan penelitian mengenai penggunaan terapi yang bersifat multi-komponen bernama *General Multi-component Wellness (GMW)* untuk mengatasi berbagai masalah psikologis yang dialami oleh lansia. Dasar pemikiran penelitian tersebut adalah mengkombinasikan *self-help skills* dan informasi di dalam terapi, diantaranya dengan memberikan psikoedukasi hubungan pikiran dengan tubuh, relaksasi, pendekatan kognitif, latihan pemecahan masalah, cara komunikasi yang efektif, dan psikoedukasi mengenai masalah kesehatan tertentu. Dari isinya, Rybarczyk, DeMarco, Delacruz, Lapidoz dan Fortner (2001) menggabungkan beragam teknik dari Terapi Kognitif-Perilaku, dan cara ini terbukti efektif untuk meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi simptom-simptom pada lansia dengan masalah kesehatan psikologis yang beragam, termasuk depresi.

Penelitian lain oleh Lightner (2010) menunjukkan efektivitas berbagai teknik dalam Terapi Kognitif-Perilaku untuk mengatasi depresi pada lansia yang mengalami masalah paru-paru. Lightner menyelenggarakan Terapi Kognitif-Perilaku secara individual berisi beberapa teknik, antara lain psikoedukasi mengenai depresi dan Terapi Kognitif-Perilaku itu sendiri, teknik pemecahan

masalah, mengenali pikiran negatif, relaksasi, hingga monitor diri dan membuat rencana aktivitas.

Dengan berkaca pada penelitian-penelitian di atas, penanganan depresi pun akan baik jika dapat dilakukan menggunakan berbagai teknik dalam Terapi Kognitif-Perilaku, agar dapat menjangkau seluruh aspek yang terkait dengan depresi itu sendiri. Misalnya saja, dalam Terapi Kognitif-Perilaku, relaksasi diberikan sebagai bagian intervensi agar lansia dapat menggunakan relaksasi saat mereka mulai merasa tidak tenang karena kemunculan simptom-simptom depresi dalam diri mereka, sedangkan pendekatan kognitif dalam Terapi Kognitif-Perilaku diberikan untuk mengajarkan para lansia mengenali pikiran negatif mereka dan mengubahnya menjadi lebih positif. Sementara itu, komponen-komponen Terapi Kognitif-Perilaku lainnya akan memiliki peran yang berbeda dalam mengatasi depresi. Dengan demikian, seluruh komponen Terapi Kognitif-Perilaku yang nantinya digunakan dalam intervensi ini diharapkan dapat saling melengkapi hingga mampu mengatasi depresi secara keseluruhan dari berbagai sisi.

Pada akhirnya, dengan melihat kebutuhan penanganan psikologis terhadap kasus-kasus depresi yang dialami para lansia di Depok, peneliti akan merancang dan menjalankan sebuah intervensi berupa Terapi Kognitif-Perilaku untuk lansia yang mengalami depresi di Depok. Komponen-komponen Terapi Kognitif-Perilaku yang digunakan adalah yang sesuai untuk menangani depresi, antara lain berupa psikoedukasi mengenai depresi serta Terapi Kognitif-Perilaku itu sendiri, memonitor perasaan, merancang rencana kegiatan harian, latihan relaksasi, latihan memecahkan masalah, mengenali pikiran negatif dan latihan restrukturisasi kognitif atau pikiran (Oei, 2011; Rosenvald, Oei & Schmidt, 2007).

Pemberian Terapi Kognitif-Perilaku ini diharapkan dapat menurunkan tingkat depresi lansia, dan secara tidak langsung berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup mereka selanjutnya. Untuk melihat efektivitas intervensi yang diberikan, akan diadakan asesmen sebelum dan sesudah intervensi (*pre-test* dan *post-test*) dengan tiga alat ukur psikologis. Selain itu, asesmen juga akan dilakukan pada pertengahan intervensi (*mid-test*) untuk mendeteksi perubahan yang mungkin terjadi saat proses intervensi masih berlangsung. Hasil asesmen

pada pertengahan ini dapat menjadi dasar dilakukannya perubahan atau antisipasi dalam program terapi apabila ada hal-hal tidak terduga yang terjadi pada diri partisipan. Sebaliknya, apabila asesmen di pertengahan intervensi menunjukkan hasil yang baik, data ini akan dicatat sebagai bagian dari rekaman kemajuan setiap partisipan.

Asesmen dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode wawancara, observasi, pemeriksaan status mental, serta pengisian alat ukur. Alat ukur yang pertama adalah *Beck Depression Inventory* yang sudah diadaptasi ke dalam versi Bahasa Indonesia oleh Suwantara, Lubis, dan Rusli (2005). *Beck Depression Inventory* merupakan alat ukur depresi yang dapat digunakan pada populasi dari segala golongan usia, termasuk lansia (Gallagher, Nies, Thompson, 1982; Lynch, Morse, Mendelson & Robins, 2003; Hoth, Christensen, Ehlers, Raichle & Lawton, 2007; Segal, Coolidge, Cahill & O'Riley, 2008). Alat ukur kedua yang digunakan adalah *Geriatric Depression Scale* (Yesavage, Brink, Rose & Leirer, 1983) yang sengaja dikembangkan untuk mengukur depresi pada lansia dan digunakan dalam penelitian depresi pada lansia (Montorio & Izal, 1996; Lightner, 2010). Alat ukur yang terakhir adalah panduan observasi klinis khusus depresi, yaitu *Brief Depression Rating Scale* (Kellner, 1986) yang digunakan untuk melihat perubahan-perubahan dari sisi observasi pada individu dengan depresi (Fava, Kellner, Lisansky & Park, 1986; Crogan, Evans & Bendel, 2008; Dzeielewski, 2010).

1.2 Permasalahan

Permasalahan yang akan dijawab dalam penelitian ini adalah:

“Apakah Terapi Kognitif-Perilaku dapat menurunkan tingkat depresi pada lanjut usia?”

1.3 Tujuan

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat efektivitas penggunaan Terapi Kognitif-Perilaku, yang diharapkan mampu menurunkan tingkat depresi pada lansia. Hal ini dilakukan sebagai usaha agar para lansia dapat tetap

mempertahankan keberfungsian dalam kehidupan sehari-hari, serta dapat memiliki kualitas hidup yang lebih baik di hari tuanya.

1.4 Manfaat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat, baik yang bersifat teoritis maupun praktis.

1.4.1 Manfaat Teoritis

- a. Memperkaya temuan ilmiah mengenai penggunaan Terapi Kognitif-Perilaku, meliputi psikoedukasi mengenai depresi dan Terapi Kognitif-Perilaku itu sendiri, cara memonitor perasaan dan merancang kegiatan harian, relaksasi, latihan teknik memecahkan masalah, mengenali pikiran negatif, dan melakukan restrukturisasi kognitif atau pikiran.
- b. Memperkaya temuan ilmiah mengenai intervensi psikologis yang diberikan kepada lansia sebagai partisipan, khususnya lansia yang mengalami depresi.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Menyajikan gambaran menyeluruh mengenai pelaksanaan intervensi bagi para psikolog dalam menangani lansia yang mengalami depresi.
- b. Memberi bantuan nyata bagi para lansia yang mengalami depresi untuk dapat melakukan usaha-usaha mengatasi depresinya secara menyeluruh, mulai dari memahami informasi mengenai depresi dan mengaplikasikan cara-cara praktis guna mengatasi depresinya tersebut.
- c. Membantu para lansia yang mengalami depresi mengatasi depresinya tersebut agar tetap dapat menjalankan fungsinya sehari-hari, sehingga kualitas hidupnya terjaga dengan baik.

1.5 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan tesis ini terdiri dari 7 (tujuh) bab, sebagai berikut:

Bab 1 (satu) berisi pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, permasalahan, tujuan dan manfaat penelitian serta sistematika penulisan.

Bab 2 (dua) berisi tinjauan pustaka, yang terdiri dari teori-teori yang akan digunakan untuk mendukung penelitian. Teori yang dicantumkan adalah teori-teori yang terkait dengan lansia, depresi, dan Terapi Kognitif-Perilaku.

Bab 3 (tiga) berisi gambaran metode penelitian yang digunakan dalam pelaksanaan intervensi, mulai dari desain penelitian, partisipan penelitian, alat ukur sebagai alat bantu asesmen sebelum dan sesudah pemberian intervensi, serta penjabaran setiap tahapan penelitian yang dilakukan.

Bab 4 (empat) berisi paparan hasil pengukuran awal. Paparan akan mencakup hasil asesmen awal, yang meliputi hasil pengukuran dengan alat ukur, panduan observasi, dan wawancara serta kesimpulan awal dari hasil-hasil tersebut.

Bab 5 (lima) berisi hasil pelaksanaan intervensi yang dijabarkan secara detail, mencakup hasil pengukuran dengan alat ukur, panduan observasi, dan wawancara setelah intervensi berakhir.

Bab 6 (enam) berisi diskusi mengenai hasil pelaksanaan intervensi dan kondisi partisipan yang terkait dengan teori dan hasil penelitian-penelitian sebelumnya.

Bab 7 (tujuh) berisi kesimpulan yang menjawab permasalahan penelitian dan saran yang berguna untuk penelitian selanjutnya.

2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Depresi

2.1.1 Pengertian Depresi

Secara umum, Gilbert (2000) mendefinisikan depresi sebagai gangguan perasaan yang dialami individu dari berbagai usia dan dapat mengganggu berbagai aspek fungsi kehidupan, mulai dari motivasi, emosi, kognitif, tingkah laku, dan biologis.

Sementara itu, tidak jauh berbeda dengan definisi di atas, Rosenvald, Oei, dan Schmidt (2007) menjelaskan depresi sebagai munculnya perubahan dalam diri individu dalam segi (1) suasana hati, misalnya merasa tidak berharga, (2) tingkah laku, misalnya mudah marah, menarik diri dari interaksi dengan orang lain, (3) fungsi diri, misalnya sulit berpikir dan berkonsentrasi, dan (4) kondisi fisik, misalnya sulit tidur atau terlalu banyak tidur, perubahan berat badan.

2.1.2 Jenis-jenis Depresi

Berdasarkan kriteria DSM IV-TR, terdapat dua jenis gangguan depresi yang bersifat klinis, yaitu (American Psychiatric Association, 2000; Rosenvald, Oei & Schmidt, 2007):

a. Gangguan Depresi Mayor

Gangguan depresi mayor merupakan gangguan depresi yang paling umum terjadi. Individu dengan gangguan depresi mayor akan mengalami episode-episode depresi dan normal/remisi yang terlihat cukup kontras. Diagnosis untuk gangguan depresi mayor dapat diberikan jika individu mengalami setidaknya lima dari delapan kriteria berikut selama setidaknya dua minggu berturut-turut, dan hal ini mengganggu keberfungsian sehari-hari:

- 1) Adanya suasana hati/ *mood* depresif hampir sepanjang hari
- 2) Kehilangan minat melakukan hal-hal yang disukai
- 3) Mengalami penurunan atau kenaikan berat badan yang disertai perubahan selera makan
- 4) Mengalami masalah tidur yang muncul hampir setiap hari

- 5) Mengalami agitasi/ kegelisahan psikomotor
- 6) Mengalami rasa lelah yang berlebihan
- 7) Merasa tidak berdaya, sulit berpikir dan konsentrasi
- 8) Adanya kemunculan pikiran-pikiran buruk mengenai kematian, termasuk keinginan bunuh diri

b. Gangguan Distimik

Gangguan distimik merupakan jenis gangguan depresi yang ditandai dengan perasaan murung dalam jangka waktu yang lama dan pengidapnya seringkali menerima perasaan tersebut sebagai bagian dari kehidupannya sehari-hari. Diagnosis ini diberikan jika individu mengalami simptom-simptom depresi hampir sepanjang hari dan hampir setiap hari, paling tidak selama dua tahun untuk orang dewasa dan satu tahun untuk anak-anak dan remaja. Simptom-simptom depresi yang muncul setidaknya dua dari tujuh simptom berikut:

- 1) Tidak ada selera makan atau makan berlebihan
- 2) Insomnia atau hipersomnia
- 3) Tidak ada tenaga atau lelah
- 4) Merasa harga diri rendah
- 5) Konsentrasi buruk
- 6) Sulit membuat keputusan
- 7) Merasa tidak memiliki harapan

Ciri yang ditampilkan oleh individu dengan gangguan distimik pada dasarnya mirip dengan ciri gangguan depresi mayor. Bedanya, pada gangguan depresi mayor, individu mengalami perubahan episode yang sangat kontras antara depresi dan penyembuhan, sementara pada gangguan distimik, perubahan suasana hati tidak terjadi dengan ekstrim, tetapi justru cenderung konstan.

Di luar jenis gangguan depresi yang tercatat dalam DSM IV-TR, ada pula masalah depresi yang terbilang ringan dan dikenal dengan istilah depresi minor (Gellis & McCracken, 2008). Depresi ringan pada umumnya ditandai dengan

kemunculan kriteria depresi mayor, tetapi belum cukup untuk dapat didiagnosis ke arah gangguan tersebut, misalnya tidak sampai memenuhi lima kriteria, tetapi sudah terjadi selama dua minggu. Sama seperti depresi mayor, depresi minor juga biasanya sudah mengganggu keberfungsian individu yang mengalaminya, sehingga perlu ditangani secara komprehensif pula (Gellis & McCracken, 2008).

2.1.3 Simptom-siptom dan Tanda-tanda Depresi

Secara umum, kemunculan depresi dapat ditandai dengan simptom-siptom yang sifatnya mudah dikenali oleh individu yang mengalaminya atau orang-orang yang ada di sekitarnya. Simptom-siptom tersebut terdiri dari simptom motivasi, emosi, kognitif atau fungsi diri, tingkah laku, dan biologis (Blazer, 1982; Gilbert, 2000; Rosenvald, Oei & Schmidt, 2007).

1) Simptom motivasi

Simptom motivasi tampil dalam bentuk kehilangan tenaga dan minat melakukan sesuatu, termasuk yang biasanya disukai. Simptom ini juga dapat muncul dalam bentuk usaha menghindar dari pekerjaan atau kegiatan lain yang menuntut tanggung jawab dalam pelaksanaannya.

2) Simptom emosi atau suasana perasaan

Simptom emosi atau suasana perasaan tampil dalam bentuk munculnya kekosongan di dalam diri yang disertai dengan menurunnya emosi-emosi positif yang dirasakan sehari-hari. Selain itu, dapat muncul juga *mood/* suasana hati depresif dan perasaan murung serta perasaan tidak berharga di dalam diri.

3) Simptom kognitif

Simptom kognitif tampil dalam bentuk penurunan konsentrasi, atensi, kemampuan berpikir, serta fungsi ingatan. Selain itu, dapat pula muncul pikiran-pikiran negatif berisi pesimisme mengenai masa depan, hingga pemikiran untuk mengakhiri hidup.

4) Simptom tingkah laku

Simptom tingkah laku tampil dalam bentuk penghentian aktivitas, termasuk yang biasa disukai, menarik diri dari interaksi sosial, atau justru

ingin selalu ditemani oleh orang lain. Simptom ini biasanya sangat terkait dan mencerminkan bentuk nyata dari simptom motivasi.

5) Simptom biologis atau kondisi fisik

Simptom biologis atau kondisi fisik tampil dalam bentuk kesulitan tidur atau justru terlalu banyak tidur, berkurang atau bertambahnya nafsu makan yang disertai dengan penurunan atau penambahan berat badan, serta minat seksual yang menurun.

Depresi juga dapat ditandai dengan munculnya tanda-tanda yang dapat diobservasi, sebagai berikut (Blazer, 1982; Blazer, 2003):

1) Penampilan

Tanda-tanda penampilan tampak dari ekspresi wajah yang sedih atau menyimpan kemarahan, hingga menangis dengan frekuensi yang cukup sering. Selain itu, bisa juga terjadi penurunan atau penambahan berat badan yang signifikan hingga jelas terlihat.

2) Retardasi psikomotor atau fisik

Tanda-tanda retardasi psikomotor antara lain tampak dari tempo bicara yang menjadi lebih lambat, gerakan yang juga melambat, penggunaan gestur yang minim. Individu yang mengalami depresi juga biasanya menjadi lebih pendiam, atau bahkan tidak mau bicara sama sekali.

3) Agitasi psikomotor

Tanda-tanda agitasi psikomotor biasanya tampak dari tidur yang tidak tenang karena individu banyak bergerak saat tidur. Tanda lain yang mungkin muncul, tetapi jarang adalah kebiasaan memegang orang lain terus-menerus atau muncul masalah saat berjalan karena terburu-buru atau terlalu lambat.

4) Tingkah laku yang *bizarre* atau tidak sesuai

Tanda tingkah laku ini bisa muncul dalam bentuk percobaan bunuh diri dan penolakan untuk makan atau minum. Tanda lain yang dapat muncul adalah adanya luapan agresi yang ditampilkan kepada orang lain.

2.2 Lansia

Terdapat beberapa pendekatan berbeda mengenai kriteria usia individu yang tergolong ke dalam kelompok lansia. Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, yang dimaksud dengan lanjut usia adalah penduduk berusia 60 tahun ke atas (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2009).

Sementara itu, Quadagno (2002) menggolongkan kelompok Lanjut Usia menjadi tiga berdasarkan usia kronologisnya, yaitu 65-74 tahun (*young-old*), 75-84 tahun (*old-old*), dan 85 tahun ke atas (*oldest-old*). Kriteria yang sedikit berbeda diungkapkan oleh Black (1994) yang menjelaskan usia *young-old* berada pada rentang pertengahan usia 50 tahunan sampai pertengahan usia 70 tahunan, tanpa menyebutkan angka yang pasti. Dari berbagai kategori yang berbeda ini, setidaknya dapat diperkirakan bahwa masa lansia dimulai sekitar usia pertengahan 50 tahun sampai 60 tahun, dan berakhir pada akhir hayat masing-masing individu. Di dalam penelitian ini sendiri, kriteria usia yang digunakan sebagai partisipan adalah lansia yang berada pada kategori usia *young-old* dan *old-old*, yaitu dari pertengahan usia 50 tahun sampai 84 tahun.

2.2.1 Gambaran Perkembangan Lansia

Menurut Santrock (2006), ketika memasuki usia lanjut, kondisi fisik individu akan mengalami penurunan, misalnya dalam hal fungsi penglihatan atau pendengaran. Selain itu, ketahanan fisik mereka pun akan mengalami penurunan, sehingga meningkatkan kemungkinan mengidap penyakit atau masalah kesehatan tertentu. Masalah kesehatan yang biasanya muncul di usia lanjut adalah penyakit kronis seperti kanker, serta osteoporosis. Pengelolaan diri dan kesehatan yang baik pada dasarnya dapat membuat lansia terhindar dari masalah-masalah kesehatan ini, atau setidaknya memperlambat penurunan kondisi fisik yang terjadi pada dirinya (Black, 1994).

Selain penurunan kondisi fisik, lansia juga biasanya akan mengalami perubahan dalam hal kognitif, serta kondisi sosio-emosional. Dari sisi kognitif, individu yang memasuki usia lansia mengalami kemunduran kemampuan kognitif, misalnya dalam hal memori, atensi, dan kecepatan berpikir (Black,

1994). Hal ini membuat lansia kehilangan sumber daya dalam dirinya untuk memecahkan masalah atau menghadapi tekanan sehari-hari, meskipun secara tingkat kedewasaan, mereka sudah relatif lebih bijaksana di usia tersebut. Terkait dengan kemampuan kognitif ini, lansia yang tidak memiliki masalah kesehatan fisik, aktif dalam berbagai kegiatan, memiliki pendidikan yang tinggi, dan memiliki kehidupan sosial yang baik biasanya akan mengalami penurunan fungsi kognitif yang lebih sedikit atau lebih lambat dibandingkan dengan lansia dengan kondisi sebaliknya (Santrock, 2006).

Sementara itu, terkait dengan perkembangan sosio-emosional, individu yang memasuki usia lanjut biasanya sudah kurang memiliki kesempatan untuk menjalin relasi yang luas dengan orang-orang baru karena sudah tidak bekerja atau karena alasan sejenis. Para lansia ini biasanya akan lebih banyak berelasi dengan mereka yang berasal dari golongan lansia juga atau dengan anggota keluarga yang memang sudah mereka kenal sebelumnya. Keterbatasan sosial ini pada akhirnya dapat mempengaruhi dukungan sosial (*social support*) yang mereka miliki sebagai lansia. Lansia yang aktif berkegiatan diketahui memiliki kepuasan hidup dan usia yang lebih panjang dibandingkan dengan yang tidak. Begitu pula, lansia yang memiliki dukungan sosial dari keluarga atau teman biasanya lebih mungkin terhindar dari masalah-masalah kesehatan, baik fisik, kognitif, maupun psikologis (Black, 1994). Dengan demikian, lansia dengan dukungan sosial yang lemah pada umumnya rentan mengalami masalah-masalah kesehatan tersebut di hari tuanya (Santrock, 2006).

2.3 Depresi pada Lansia

2.3.1 Gambaran Data Depresi pada Lansia

Sebagai gambaran data, kasus gangguan depresi berat pada lansia di Amerika kurang lebih mencapai 6%-24% dari populasi lansia keseluruhan. Sementara itu, kasus-kasus depresi ringan yang menampilkan simptom depresi pada lansia dilaporkan berjumlah 12%-50% dari populasi lansia keseluruhan (Gellis & McCracken, 2008).

2.3.2. Penyebab Depresi pada Lansia

Terdapat beberapa faktor penyebab depresi pada lansia, yaitu faktor biologis, psikologis, dan sosial (Blazer, 1982; Blazer, 2003).

1) Faktor Biologis Terkait dengan Kesehatan Fisik

Depresi pada lansia biasanya *comorbid* dengan kondisi fisik dan kejiwaan. Sebagai contoh, depresi biasanya berkaitan dengan diabetes, gangguan pernapasan, gangguan ginjal, alzheimer, dan masalah-masalah kesehatan lainnya. Kemunculan depresi sendiri dapat disebabkan oleh adanya masalah kesehatan tersebut. Hal ini dapat berlaku sebaliknya, yaitu depresi berkepanjangan dapat pula mencetuskan munculnya masalah kesehatan pada lansia, misalnya karena depresi, mereka tidak makan dengan baik hingga kesehatannya terganggu.

2) Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang dapat menyebabkan depresi pada lansia salah satunya adalah pikiran negatif yang mereka miliki ketika menghadapi suatu masalah dalam hidupnya. Lansia yang mempersepsikan masalah secara negatif akan memiliki tendensi mengembangkan depresi yang levelnya lebih tinggi daripada yang tidak mempersepsikan masalah secara negatif. Kemampuan *coping* dengan masalah juga menentukan daya tahan yang dimiliki lansia untuk tidak mengalami depresi berkelanjutan. Kemampuan *coping* yang buruk akan membuat lansia sulit menghadapi masalahnya, hingga berpotensi memunculkan depresi.

3) Faktor Sosial

Faktor ini khususnya bicara mengenai keberadaan dukungan sosial (*social support*). Ketika memasuki usia lansia, individu akan meninggalkan lingkungan pekerjaan, tidak lagi aktif seperti dahulu, hingga mengalami perubahan dalam sistem sosialnya. Ketika sudah tidak aktif berhubungan dengan orang lain, lansia dapat merasa kesepian, dan hal ini memiliki potensi untuk berkembang menjadi depresi, terlebih jika mereka tidak memiliki kegiatan apapun dan teman beraktivitas sehari-hari.

2.3.3 Dampak Depresi pada Lansia

Depresi pada lansia dapat membawa dampak sebagai berikut (Blazer, 1982; Blazer, 2003):

1) Bunuh diri

Sama seperti dampak depresi yang dapat muncul pada populasi lain, lansia pun dapat melakukan aksi bunuh diri akibat tekanan depresi. Depresi pada lansia seringkali tidak dapat dideteksi dan diantisipasi sejak dini. Keluarga para lansia depresi yang melakukan aksi bunuh diri melaporkan bahwa mereka tidak terlihat ataupun mengatakan keinginannya untuk bunuh diri. Faktor resiko yang dapat membuat lansia depresi memutuskan bunuh diri antara lain adanya penyakit fisik yang mereka alami, ditinggalkan pasangan karena kematian, merasa kesepian, dan mengonsumsi alkohol secara berlebihan.

2) Penurunan Fungsi Keseharian yang Dapat Mempercepat Kematian

Lansia yang mengalami depresi biasanya akan mengalami penurunan fungsi keseharian karena mereka tidak bersemangat untuk beraktivitas. Kondisi ini akan semakin mengganggu fungsi keseharian mereka karena lansia yang depresi dan malas beraktivitas biasanya mengisi kesehariannya dengan kegiatan-kegiatan yang tidak menyenangkan. Penurunan fungsi keseharian yang terjadi terus-menerus dapat berdampak buruk bagi kondisi lansia tersebut selanjutnya, termasuk dapat mempercepat kematian.

3) Peningkatan Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Depresi pada lansia meningkatkan kebutuhan penggunaan pelayanan kesehatan, termasuk penggunaan obat-obatan anti-depresan. Selain untuk menangani depresi itu sendiri, para lansia pun biasanya membutuhkan pelayanan kesehatan karena masalah kesehatan lain yang muncul terkait depresi yang mereka alami. Misalnya saja, depresi dapat memperparah kondisi kesehatan lansia yang mengalami *comorbid* dengan penyakit diabetes. Dalam kasus ini, lansia dapat datang ke dokter untuk mengeluhkan kondisi diabetesnya, bukan kondisi depresinya secara langsung. Kondisi diabetes yang bertambah parah lebih lanjut dapat

kembali meningkatkan level depresi, sehingga lingkaran masalahnya menjadi terus berkesinambungan dan sulit ditangani.

2.4 Terapi Kognitif-Perilaku

2.4.1 Gambaran Terapi Kognitif-Perilaku

Terapi Kognitif-Perilaku merupakan intervensi psikologis yang mengkombinasikan terapi kognitif serta terapi perilaku untuk menangani masalah psikologis. Terapi Kognitif-Perilaku mengajarkan individu untuk mengenali pengaruh pola pikir tertentu dalam memunculkan penilaian yang salah mengenai pengalaman-pengalaman yang ia temui, hingga memunculkan masalah pada perasaan dan tingkah laku yang tidak adaptif (Rosensvald, Oei & Schmidt, 2007; Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007). Prinsip dasar dari Terapi Kognitif-Perilaku antara lain (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007):

- 1) Prinsip kognitif: masalah psikologis merupakan hasil interpretasi dari sebuah kejadian, bukan kejadian itu sendiri.
- 2) Prinsip perilaku: perilaku individu dapat sangat mempengaruhi pikiran dan emosinya.
- 3) Prinsip kontinum: gangguan bukanlah suatu proses mental yang berbeda dengan proses mental normal, melainkan proses mental normal yang berlebihan hingga menjadi masalah.
- 4) Prinsip *here-and-now*: lebih baik berfokus pada proses masa kini daripada masa lalu.
- 5) Prinsip sistem yang saling berinteraksi: melihat masalah sebagai interaksi dari pikiran, emosi, perilaku, fisiologi, dan lingkungan yang dimiliki individu.
- 6) Prinsip empiris: penting untuk mengevaluasi teori dan terapi secara empiris.

2.4.2 Komponen-komponen dalam Terapi Kognitif-Perilaku untuk Depresi

Terapi Kognitif-Perilaku untuk depresi memiliki berbagai komponen berupa teknik-teknik di dalamnya yang mengkombinasikan pendekatan kognitif dan

perilaku. Dalam penelitian ini, yang akan digunakan adalah psikoedukasi, monitor perasaan, merancang kegiatan harian, relaksasi, latihan memecahkan masalah, mengenali pikiran negatif dan melakukan restrukturisasi kognitif atau pikiran.

Berikut adalah pembagiannya berdasarkan jenis teknik perilaku dan kognitif (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003):

Tabel 2.1 Teknik Perilaku dan Kognitif dalam Terapi Kognitif-Perilaku untuk Depresi

Teknik perilaku	Psikoedukasi
	Monitor perasaan
	Merancang kegiatan harian
	Relaksasi
	Teknik memecahkan masalah
Teknik kognitif	Mengenali pikiran negatif
	Restrukturisasi kognitif atau pikiran

Berikut ini penjabaran untuk masing-masing teknik yang digunakan:

1) Psikoedukasi

Psikoedukasi merupakan program terapi yang berfokus pada penyampaian informasi sebagai bagian dari pendekatan kognitif-perilaku. Informasi yang diberikan akan tergantung pada jenis masalah yang ingin ditangani oleh terapis. Dalam menangani depresi, maka psikoedukasi yang diberikan adalah seputar depresi. Melalui pemberian psikoedukasi, individu yang menjadi klien didorong untuk memahami masalahnya dengan baik (Bäumel, Froböse, Kraemer, Rentrop & Pitschel-Walz, 2006). Dalam psikoedukasi juga penting untuk menyampaikan esensi Terapi Kognitif-Perilaku itu sendiri agar klien memahami prinsip-prinsip terapi yang akan ia jalani (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003).

Selain itu, psikoedukasi juga berfungsi mengembangkan pemahaman mengenai pentingnya terapi yang dilakukan kepada klien, sehingga dapat meningkatkan kepatuhan klien dalam menjalankan terapi yang diberikan (Gebretsadik, Jayaprabhu & Grossberg, 2006).

2) Monitor Perasaan

Monitor perasaan dilakukan untuk membantu klien mengenali hubungan antara kegiatan yang ia lakukan dengan perasaan yang muncul ketika

melakukannya. Dengan cara ini, klien akan dapat mengetahui kegiatan-kegiatan yang bisa membuat perasaannya menjadi positif dan negatif atau depresif. Kegiatan yang meningkatkan perasaan positif dapat dipertahankan, sementara yang menghasilkan perasaan negatif dan depresif dapat dihindarkan (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003).

3) Pembuatan Rencana Kegiatan Harian

Pembuatan rencana kegiatan harian merupakan salah satu teknik Terapi Kognitif-Perilaku yang didasarkan pada ide pentingnya memperbaiki lingkaran masalah dari kegiatan yang dilakukan individu sehari-hari. Pembuatan rencana kegiatan harian ini dapat berfungsi sebagai sarana merancang kegiatan yang lebih sehat secara psikologis, dalam arti meminimalkan kemungkinan munculnya perasaan yang depresif. Kegiatan yang dimasukkan dalam rancangan kegiatan adalah kegiatan-kegiatan yang dapat meningkatkan perasaan positif dalam kehidupan klien sehari-hari (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007).

4) Relaksasi

Ketegangan fisik merupakan salah satu faktor yang dapat berkontribusi membuat masalah psikologis tetap bertahan dalam diri individu, termasuk depresi. Ketegangan fisik ini misalnya bisa ditandai dengan peningkatan detak jantung, pusing pada kepala, dan lain-lain. Gejala-gejala ketegangan fisik ini dapat diredakan dengan menggunakan teknik relaksasi (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007).

Ada beberapa pendekatan relaksasi yang berkembang untuk diberikan pada kasus-kasus depresi, misalnya relaksasi progresif dan relaksasi pernapasan perut dengan penjelasan sebagai berikut (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003):

a. Relaksasi progresif

Relaksasi progresif merupakan teknik relaksasi yang memanfaatkan kumpulan otot tubuh untuk ditegangkan dan

dilemaskan. Perbedaan antara otot yang tegang dan lemas menjadi esensi dari relaksasi yang dilakukan.

b. Relaksasi pernapasan perut

Relaksasi pernapasan perut dapat membantu klien menyadari perubahan dalam pernapasan ketika merasakan ketegangan tertentu. Oleh karena itu, mengatur pernapasan saat sedang mengalami gejala psikologis tertentu penting untuk dilakukan agar klien dapat menenangkan dirinya dengan sesegera mungkin.

Pemilihan pendekatan relaksasi yang digunakan dalam terapi didasarkan pada kecocokan dengan klien. Hal yang penting untuk diperhatikan dalam pendekatan relaksasi apapun adalah (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007):

- a. Menjelaskan kepada klien bahwa belajar menjadi rileks sama seperti belajar keahlian baru, sehingga membutuhkan latihan
- b. Belajar relaksasi sebaiknya dimulai saat klien sedang merasa tenang atau tidak terlalu tegang
- c. Lebih baik mulai mengajari klien relaksasi dengan kondisi yang dekat dengan kondisi sehari-hari, misalnya dengan duduk di kursi daripada berbaring.
- d. Belajar relaksasi sambil menutup mata akan lebih mudah karena dapat mengurangi kemungkinan klien mengalami distraksi
- e. Memonitor munculnya tanda-tanda masalah psikologis penting untuk dilakukan agar relaksasi dapat digunakan melawan tanda-tanda tersebut sebelum berkembang terlalu kuat
- f. Pilih tempat yang tenang untuk melakukan relaksasi
- g. Relaksasi sebaiknya tidak dilakukan saat lapar karena dapat menyebabkan munculnya ketegangan, juga tidak segera setelah makan karena dapat mendatangkan kantuk.

5) Latihan Memecahkan Masalah

Dalam teknik pemecahan masalah, klien yang mengalami depresi dibantu untuk belajar mengatasi masalah yang dapat menjadi penyebab depresinya secara lebih objektif dan produktif (Rosenvald, Oei & Schmidt, 2007). Secara umum, langkah-langkah dasar yang perlu dilakukan dalam latihan pemecahan masalah antara lain (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003; Spiegler & Guevremont, 2010; Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007):

- a. Mengadaptasi pendekatan latihan pemecahan masalah, yaitu memahami bahwa mengidentifikasi masalah perlu dilakukan dengan baik agar solusi yang tepat dapat ditemukan, masalah merupakan bagian dari kehidupan dan individu bisa belajar dari masalah yang ia alami, serta pentingnya memikirkan alternatif solusi untuk menghasilkan pemecahan masalah yang efektif.
- b. Mengidentifikasi masalah, yaitu menentukan masalah secara jelas dan spesifik, sehingga individu dapat mencari solusi yang sifatnya spesifik pula.
- c. Menyusun tujuan, yaitu tujuan yang spesifik untuk mengubah situasi yang bermasalah itu sendiri, serta untuk mengubah reaksi individu terhadap masalah yang dialaminya.
- d. Membuat berbagai solusi, yaitu memikirkan sebanyak mungkin alternatif solusi yang mungkin dilakukan guna memperbesar kemungkinan keberhasilan usaha pemecahan masalah.
- e. Memilih solusi yang paling baik, yaitu menentukan solusi terbaik dari seluruh alternatif solusi yang ada. Kemudian, memikirkan sisi positif dan negatif dari solusi yang dipilih, serta rintangan yang mungkin muncul saat mencoba mengimplementasikannya.
- f. Mengimplementasikan solusi yang dianggap paling baik, yaitu mencoba mempraktekkan solusi yang sudah dipilih. Hal ini perlu didukung dengan kemampuan, kesempatan, dan motivasi individu untuk mempraktekkannya.

- g. Mengevaluasi efek dari solusi yang diambil, yaitu menilai kesuksesan dari implementasi solusi yang sudah dilakukan. Jika masalah belum terpecahkan, individu perlu melakukan upaya lain, misalnya mencoba solusi lain. Jika masalah berhasil dipecahkan, maka proses pemecahan masalah sudah selesai dilakukan.

6) Mengenali Pikiran-pikiran Negatif

Pikiran-pikiran negatif muncul secara otomatis dan dapat mempengaruhi perasaan serta perilaku klien yang mengalaminya. Pikiran-pikiran negatif yang biasanya dimiliki oleh klien depresi antara lain (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003):

- a. *Arbitrary inference* (Berprasangka buruk)

Membuat kesimpulan yang spesifik berdasarkan ketiadaan bukti. Contoh: Saat tidak disapa oleh seorang teman di jalan, klien berpikir bahwa temannya sengaja tidak menyapanya.

- b. *Selective abstraction* (Pikiran selektif)

Memfokuskan diri pada detail di luar konteks dan mengabaikan informasi yang lebih positif. Contoh: Klien memberi apresiasi hanya pada pekerjaan yang sangat positif menurut dirinya. Ia mengabaikan pujian kecil yang ia terima, dan hanya fokus kepada kritik.

- c. *Dichotomous reasoning* (Berpikir hitam-putih)

Kecenderungan untuk mengkategorikan seluruh pengalaman ke dalam satu atau dua kategori saja. Contoh: Klien berpikir dirinya benar-benar gagal ketika tidak mendapat hasil yang memuaskan bagi dirinya.

- d. *Overgeneralization* (Overgeneralisasi)

Membuat kesimpulan berdasarkan tidak munculnya bukti tertentu. Contoh: Klien menganggap seluruh temannya tidak menyukainya karena salah seorang temannya mengatakan tidak suka kepadanya.

e. *Catastrophizing* (Katastropisasi)

Kecenderungan untuk berpikir mengenai kemungkinan terburuk yang dapat muncul dari situasi tertentu. Contoh: Klien mengatakan dirinya terkena serangan jantung dan akan meninggal karena merasakan debaran agak keras pada jantungnya.

f. *Negative imperatives* (Keharusan)

Ide yang tegas mengenai keharusan akan segala sesuatu yang ditemui dalam kehidupan. Contoh: Klien memecahkan barang di rumah dan menyalahkan dirinya bahwa ia seharusnya berhati-hati, seharusnya tidak beraktivitas di dekat barang tersebut, dan lain-lain.

7) Restrukturisasi Kognitif atau Pikiran

Dalam restrukturisasi kognitif atau pikiran, individu diajak memikirkan kembali pikiran-pikiran negatif yang ada dalam dirinya dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan berupa *Socratic questioning* yang ditanyakan oleh terapis. Setelah itu, individu diajarkan untuk berlatih mencari bukti-bukti yang dapat digunakan untuk melawan pikiran negatif tersebut, serta mencari alternatif pemikiran lain yang lebih sesuai (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007). Restrukturisasi kognitif atau pikiran biasanya dilakukan dengan strategi A-B-C-D-E, yaitu (Beck, 1995 dalam Oei, 2011; Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003):

- a. A (*Antecedent*) merupakan peristiwa aktual yang mendasari munculnya perasaan dan atau pikiran tertentu.
- b. B (*Beliefs*) merupakan keyakinan yang muncul sebagai hasil dari pikiran, biasanya berupa pikiran negatif.
- c. C (*Consequences*) merupakan konsekuensi berupa perasaan yang muncul dari suatu pikiran tertentu.
- d. D (*Dispute*) merupakan usaha menantang pikiran yang sudah muncul sebelumnya dengan menggunakan pikiran alternatif tertentu.
- e. E (*Evaluation*) merupakan evaluasi yang dilakukan terhadap perasaan setelah menantang pikiran negatif.

2.7 Penerapan Terapi Kognitif-Perilaku pada Lansia yang Mengalami Depresi

Penggunaan Terapi Kognitif-Perilaku bagi lansia yang mengalami depresi membutuhkan penyesuaian-penyesuaian, terutama dalam kecepatan memberikan terapi. Terapi Kognitif-Perilaku untuk lansia yang mengalami depresi biasanya diberikan dalam tiga fase besar, yaitu (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003):

1) Fase awal

Pada fase ini, terdapat lima komponen yang perlu dipenuhi, yaitu (1)membangkitkan harapan lansia terhadap terapi yang akan ia dapatkan, (2)menjelaskan karakteristik Terapi Kognitif-Perilaku yang bersifat kolaboratif, sehingga membutuhkan partisipasi aktif lansia sebagai klien, (3)mengklarifikasi bahwa Terapi Kognitif-Perilaku memiliki batasan waktu dan sesi-sesi yang sudah tersusun dengan jelas, (4)menekankan fokus Terapi Kognitif-Perilaku untuk membahas masalah yang sifatnya *“here-and-now”*, serta (5)membangun tujuan-tujuan yang akan dicapai selama sesi-sesi selanjutnya. Seluruh komponen ini dikaitkan dengan masalah depresi yang dialami oleh lansia. Fase ini akan diisi dengan perkenalan dan pengantar mengenai proses terapi, sekaligus penjelasan mengenai Terapi Kognitif-Perilaku itu sendiri yang dikaitkan dengan depresi.

2) Fase pertengahan

Pada fase ini, isi dari Terapi Kognitif-Perilaku mulai diberikan dan lansia diperkenalkan dengan alat-alat bantu dalam terapi, misalnya alat untuk mencatat kegiatan sehari-hari, lembar kerja saat sesi, dan lain-lain. Pada fase ini juga, terapis dapat memberi pekerjaan rumah kepada lansia yang terkait dengan tujuan sesi. Di fase ini, lansia diajak untuk menjalankan peran aktifnya dalam mengatasi depresi dalam kesehariannya. Fase ini akan berisi pemberian terapi berupa teknik monitor perasaan, rencana kegiatan harian, relaksasi, teknik memecahkan masalah, mengenali pikiran negatif, hingga restrukturisasi kognitif atau pikiran, termasuk pemberian

tugas yang perlu dikerjakan secara mandiri oleh lansia yang menjadi partisipan.

3) Fase akhir

Pada fase akhir, lansia dipersiapkan untuk mengakhiri terapi bersama terapis dan membuat rencana untuk mencegah terjadinya kekambuhan masalah depresi dalam dirinya (*relapse prevention*). Lansia perlu diajak untuk membahas materi-materi yang pernah diberikan dalam terapi dan membuka catatan untuk dapat mengingatnya dengan mudah. Cara ini bisa membuat lansia merasa dihargai dan percaya diri bahwa ia masih bisa belajar dari terapi yang diberikan walaupun usianya sudah tua. Fase ini berisi upaya membahas dan mengerjakan ulang seluruh teknik yang sudah diberikan dalam proses terapi menjelang terminasi, agar lansia yang menjadi partisipan semakin memahami teknik-teknik yang sudah diberikan dan terdorong untuk mencegah kekambuhan depresi dalam dirinya.

Walaupun memerlukan penyesuaian dalam penerapannya, Terapi Kognitif-Perilaku terbukti efektif menangani depresi pada lansia karena dapat mengurangi tendensi berpikir negatif pada lansia yang dianggap berkontribusi besar terhadap kemunculan depresi dalam diri mereka (Blazer, 2003). Efek dari Terapi Kognitif-Perilaku pada lansia yang mengalami depresi pun tercatat dapat bertahan sampai 2 tahun untuk mengurangi kecenderungan depresi pada diri lansia, hingga dinilai cukup efektif untuk jangka panjang (Mackin & Arean, 2005).

3. METODE PENELITIAN

Sebelum masuk pada penjelasan metode penelitian, perlu diinformasikan bahwa penelitian ini merupakan bagian dari payung tesis penelitian mengenai lansia di bawah bimbingan Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, M.A, Ph.D, dengan anggota 5 (lima) orang mahasiswa Program Magister Profesi Psikologi Program Kekhususan Psikologi Klinis Dewasa angkatan 17.

Pada bab ini, peneliti akan menjelaskan metode penelitian yang digunakan dalam penerapan Terapi Kognitif-Perilaku untuk mengatasi depresi pada lansia. Penjelasan yang akan dipaparkan mencakup desain pelaksanaan penelitian, karakteristik partisipan penelitian, teknik pemilihan partisipan, alat ukur yang digunakan untuk asesmen, serta tahap-tahap yang dijalankan dalam penelitian. Selain itu, peneliti juga akan menjabarkan rancangan terapi yang akan dilakukan.

3.1 Desain Penelitian

Penelitian berupa pemberian intervensi psikologis untuk meningkatkan kesehatan mental individu merupakan hal yang penting dilakukan di bidang psikologi klinis. Desain penelitian atau pemberian intervensi yang empiris dalam hal ini perlu dilakukan agar efektivitas intervensi dapat terukur dengan baik (Clark-Carter & Marks, 2004).

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain *single-subject repeated measures*. Dengan desain ini, peneliti akan memberikan intervensi secara individual kepada setiap partisipan penelitian. Asesmen berulang dilakukan oleh peneliti untuk melihat perubahan yang terjadi pada masing-masing partisipan, mulai dari sebelum intervensi diberikan (*baseline*) atau sering disebut asesmen pra-intervensi, dan setelah intervensi selesai diberikan (McCormick, 1995). Desain ini memiliki kelebihan berupa kemampuan untuk melihat perubahan secara mendalam pada masing-masing partisipan (Kerlinger & Lee, 2000), sehingga cocok digunakan untuk menguji efektivitas intervensi psikologi klinis seperti yang dilakukan pada penelitian ini.

Lebih lanjut, pada desain ini, asesmen perlu dilakukan secara berkesinambungan mulai sebelum intervensi dilakukan, saat intervensi dilakukan, dan setelah intervensi selesai diberikan. Melalui cara ini, peneliti dapat benar-benar memantau perubahan yang terjadi dalam diri masing-masing partisipan (McCormick, 1995). Berdasarkan pemikiran tersebut, dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan tiga kali asesmen, yaitu asesmen pra-intervensi (*pre-test*), pertengahan intervensi (*mid-test*), dan pasca-intervensi (*post-test*). Pada penelitian yang bersifat intervensi di bidang psikologi klinis ini, asesmen pertengahan intervensi juga penting dilakukan agar dapat membantu peneliti mengantisipasi munculnya perubahan berupa kemunduran yang mungkin terjadi pada diri partisipan selama intervensi psikologis diberikan.

3.2 Partisipan Penelitian

3.2.1 Kriteria Partisipan

Jumlah partisipan yang direncanakan dalam penelitian ini adalah 4 (empat) orang partisipan. Kriteria partisipan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Laki-laki atau perempuan yang berada pada kategori usia “*young-old*” dan “*old-old*”, yaitu antara pertengahan 50 tahun sampai 84 tahun.

Kriteria ini didasarkan pada pentingnya menangani masalah psikologis lansia kedua golongan usia tersebut. Lansia dalam kategori usia *young-old* dan “*old-old*” dianggap masih memiliki kemampuan kognitif yang memadai walaupun sudah mengalami penurunan kemampuan kognitif secara umum (Santrock, 2006). Oleh karena itu, kedua golongan usia lansia tersebut masih dapat dilibatkan dalam penelitian ini.

- 2) Mengalami depresi yang ditandai dengan skor BDI versi Indonesia hasil pengembangan Suwantara, Lubis dan Rusli (2005) mencapai 10 atau lebih, tetapi tidak memenuhi kriteria gangguan depresi mayor pada DSM IV-TR. Skor 10 dipilih sebagai *cut-off* partisipan karena berada di tengah kategori depresi ringan hingga sedang, yang berkisar antara 6-14. Jika depresi yang ditemukan tergolong gangguan depresi mayor berdasarkan DSM IV-TR, penanganan tidak dapat langsung diberikan dalam bentuk Terapi Kognitif-

Perilaku, tetapi dibutuhkan pemeriksaan serta penanganan yang lebih mendalam.

3) Memiliki pendidikan terakhir minimal SMA.

Individu yang telah lulus SMA diasumsikan memiliki kemampuan penalaran yang cukup baik. Hal ini diperlukan sebagai syarat menjalani terapi kognitif, sehingga dijadikan sebagai kriteria partisipan.

4) Mau terlibat aktif dalam proses terapi.

Kriteria ini dibutuhkan karena dalam pelaksanaan intervensi berupa Terapi Kognitif-Perilaku, para partisipan akan diajak melakukan tugas-tugas mandiri dalam bentuk mempraktekkan teknik-teknik yang diberikan dalam terapi, baik saat bertemu dengan terapis maupun sebagai tugas rumah. Untuk itu, lansia yang telah bersedia menjadi partisipan perlu menyepakati hal ini dengan menandatangani lembar persetujuan partisipan.

3.2.2 Prosedur Pemilihan Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini dipilih menggunakan teknik *non-probability* atau *non-random sampling*, tepatnya *accidental sampling*. Menurut Kumar (1999), teknik *non-probability sampling* digunakan saat jumlah populasi yang diteliti tidak diketahui secara pasti, sehingga setiap individu dalam populasi tersebut tidak memiliki kesempatan yang sama untuk dipilih menjadi partisipan penelitian. Dengan *accidental sampling*, peneliti turun langsung ke lapangan untuk mencari partisipan sesuai kriteria-kriteria yang dibutuhkan (Kumar, 1999).

Untuk dapat memperoleh partisipan, peneliti bersama dengan peneliti lain di bawah payung penelitian menghubungi pihak Perhimpunan Gerontologi Indonesia cabang Kota Depok (PERGERI Depok) dan menanyakan informasi mengenai lansia di Depok yang memiliki ciri-ciri depresi. Peneliti kemudian diberikan informasi oleh seorang aktivis PERGERI Depok mengenai 4 (empat) orang lansia yang memiliki ciri depresi dan diberikan izin untuk mengadakan pemeriksaan serta memberikan intervensi jika memang sesuai dengan kriteria. Dari hasil pemeriksaan, akhirnya peneliti menentukan 3 (tiga) orang sebagai partisipan yang memenuhi kriteria, sementara 1 (satu) orang tidak dapat ikut serta dalam terapi karena tidak memenuhi kriteria.

3.3 Alat Ukur

3.3.1 *Beck Depression Inventory (BDI)*

Peneliti menggunakan alat ukur psikologis *Beck Depression Inventory (BDI)* untuk mengukur tingkat depresi yang dialami oleh partisipan penelitian. Alat ukur ini merupakan jenis *inventory* yang memiliki beberapa pilihan jawaban, dan diisi sendiri oleh masing-masing partisipan sesuai kondisi yang mereka rasakan. Alat ukur ini dikembangkan pertama kali oleh Beck, Ward dan Mendelson (1961) untuk mengukur tingkat depresi pada populasi yang bersifat general. Suwantara, Lubis dan Rusli (2005) sudah mengadaptasi alat ukur ini ke dalam Bahasa Indonesia dengan beberapa penyesuaian, misalnya jumlah pilihan jawaban pada setiap *item* dan norma yang dianggap lebih sesuai untuk partisipan di Indonesia.

Beck Depression Inventory yang sudah diadaptasi oleh Suwantara, Lubis dan Rusli (2005) terdiri dari 21 nomor kelompok pernyataan. Masing-masing nomor harus diisi dengan memilih salah satu pilihan jawaban yang dianggap partisipan sebagai pilihan jawaban yang paling sesuai dengan dirinya. Ada kelompok pernyataan yang terdiri dari 4 pilihan jawaban (a, b, c, d), 5 pilihan jawaban (a, b, c, d, e), hingga 6 pilihan jawaban (a, b, c, d, e, f). Setelah semua nomor diisi oleh partisipan, skor dapat diberikan dan dijumlahkan hingga diperoleh skor total. Skor 0 sampai 5 tergolong tidak depresi, skor 6-14 tergolong dalam depresi ringan dan sedang, sementara skor 15 ke atas tergolong ke dalam depresi berat (Suwantara, Lubis & Rusli, 2005).

Lebih lanjut, alat ukur ini diketahui memiliki 3 (tiga) dimensi dalam depresi (Shafer, 2006), yaitu dimensi 'sikap negatif terhadap diri sendiri' (11 *item*), 'penurunan performa' (7 *item*), dan 'gejala somatis' (3 *item*). Rentang skor keseluruhan BDI ini adalah 0 sampai 63. Sementara itu, skor tertinggi untuk dimensi 'sikap negatif terhadap diri sendiri' adalah 33, untuk dimensi 'penurunan performa' adalah 21, dan untuk 'gejala somatis' adalah 9.

Perinciannya dapat dilihat pada tabel berikut (*contoh alat ukur dapat dilihat pada lampiran*).

Tabel 3.1 Dimensi Beck Depression Inventory (BDI)

Dimensi	No item	Isi Item
Sikap negatif terhadap diri sendiri	1	Kesedihan
	2	Pesimisme
	3	Perasaan gagal
	4	Ketidakpuasan
	5	Perasaan bersalah
	6	Perasaan dihukum
	7	Perasaan membenci diri sendiri
	8	Kritik terhadap diri
	9	Pemikiran bunuh diri
	10	Menangis
Penurunan performa	14	Citra diri
	11	Mudah marah
	12	Menarik diri
	13	Kesulitan memutuskan
	15	Kesulitan bekerja
	17	Kelelahan
	20	Kepedulian pada kesehatan
Gejala somatis	21	Kehilangan gairah seksual
	16	Kesulitan tidur
	18	Perubahan selera makan
	19	Penurunan berat badan

3.3.1.2 Hasil Pengujian Alat Ukur Beck Depression Inventory (BDI)

Peneliti tidak melakukan uji keterbacaan terhadap alat ukur ini karena peneliti menggunakan alat ukur yang sudah diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia milik Suwantra, Lubis dan Rusli (2005). Lebih lanjut, reliabilitas dan alat ukur ini dilaporkan mencapai koefisien *Cronbach's alpha* 0,86 saat diujikan pada populasi psikiatrik dan 0,81 saat diujikan pada populasi non-psikiatrik. Sementara itu, validitas alat ukur ini pun terbukti baik karena berkorelasi signifikan dengan *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)* sebesar 0,73 (Beck, Steer & Carbin, 1988).

3.3.2 Geriatric Depression Scale (GDS)

Geriatric Depression Scale (GDS) merupakan alat ukur yang dikembangkan untuk mengukur depresi pada lansia melalui 30 pertanyaan yang dijawab dengan pilihan “Ya” dan “Tidak” (Yesavage, Brink, Rose & Leirer, 1983). Administrasi alat ukur ini dilakukan dengan ditanyakan secara lisan oleh peneliti sebagai terapis kepada masing-masing partisipan. Skor 0 sampai 10 menunjukkan tidak adanya depresi, sementara skor 11 sampai 20 menunjukkan depresi sedang, dan skor 21 sampai 30 menunjukkan depresi yang tergolong berat. Alat ukur ini diketahui memiliki 4 (empat) dimensi, yaitu sikap tidak acuh, *dysphoria*, menarik diri, dan penurunan fungsi kognitif (Havins, 2011). Rentang skor GDS ini adalah 0 sampai 30, dengan skor tertinggi 12 untuk dimensi ‘sikap tidak acuh’, skor tertinggi 13 untuk dimensi ‘*dysphoria*’, skor tertinggi 2 untuk dimensi ‘menarik diri’, dan skor tertinggi 3 untuk dimensi ‘penurunan fungsi’. Berikut ini perinciannya (contoh alat ukur dapat dilihat pada lampiran).

Tabel 3.2 Dimensi Geriatric Depression Scale (GDS)

Dimensi	No item	Isi Item
Sikap tidak acuh	1*	Secara umum puas dengan kehidupan
	2	Tidak lagi melakukan kegiatan dan minat
	3	Merasakan kekosongan dalam hidup
	5*	Penuh harapan mengenai masa depan
	7*	Bersemangat hampir sepanjang waktu
	9*	Bahagia hampir sepanjang waktu
	15*	Bersyukur hidup sampai sekarang
	19*	Merasa hidup menyenangkan
	20	Sulit memulai kegiatan baru
	21*	Merasa penuh energi
<i>Dysphoria</i>	27*	Menikmati bangun pagi
	29*	Mudah membuat keputusan
	4	Sering merasa bosan
	6	Memiliki pikiran yang mengganggu
	8	Takut sesuatu yang buruk terjadi
	10	Merasa tidak berdaya
	11	Risau dan gelisah
	13	Khawatir mengenai masa depan
	16	Merasa putus asa dan sedih
	17	Tidak berharga dengan kondisi sekarang
	18	Khawatir mengenai masa lalu
	22	Merasa tidak ada harapan
	23	Kebanyakan orang lebih baik

	24	Sering merasa kesal
	25	Sering merasa ingin menangis
Menarik diri (<i>Social withdrawal</i>)	12	Memilih tinggal di rumah
	28	Menghindari pertemuan sosial
Penurunan fungsi kognitif	14	Masalah ingatan
(<i>Cognitive impairment</i>)	26	Masalah konsentrasi
	30*	Pikiran jernih

* *Item unfavorable*

3.3.2.1 Hasil Pengujian Alat Ukur *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Alat ukur ini pada dasarnya sudah terbukti memiliki reliabilitas dan validitas yang baik untuk mengukur depresi pada lansia. Koefisien *Cronbach's alpha* reliabilitas *Geriatric Depression Scale (GDS)* adalah 0,94. Sementara itu, validitas alat ukur ini dilihat dari korelasinya dengan *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)*, yaitu sebesar 0,84 (Yesavage, Brink, Rose & Leirer, 1983).

Selain melaporkan hasil reliabilitas dan validitas alat ukur asli, peneliti juga dalam hal ini melakukan uji keterbacaan untuk melihat kesesuaian alih bahasa dari Bahasa Inggris menjadi Bahasa Indonesia, termasuk kemudahan bahasa agar mudah dipahami oleh lansia saat pengisian. Uji keterbacaan ini dilakukan kepada pembimbing dan satu orang dosen Psikologi Klinis Dewasa di Universitas Indonesia. Dari hasil uji keterbacaan secara kualitatif, berikut beberapa perbaikan yang dilakukan oleh peneliti.

Tabel 3.3 Uji Keterbacaan *Geriatric Depression Scale (GDS)*

No	Asli	Adaptasi awal	Adaptasi revisi
14	<i>Do you feel you have more problems with memory than most?</i>	Apakah Bapak/ Ibu merasa memiliki masalah ingatan dibandingkan biasanya?	Apakah Bapak/ Ibu merasa memiliki masalah daya ingat dibandingkan biasanya?
19	<i>Do you find life very exciting?</i>	Apakah Bapak/ Ibu merasa hidup sangat menyenangkan?	Apakah Bapak/ Ibu merasa hidup ini sangat menyenangkan?
30	<i>Is your mind as clear as it used to be?</i>	Apakah pikiran Bapak/ Ibu sejenih dulu?	Apakah Bapak/ Ibu memiliki pikiran yang jernih?

3.3.3 *Brief Depression Rating Scale (BDRS)*

Brief Depression Rating Scale (BDRS) merupakan alat ukur yang terdiri dari 8 *item* dengan pilihan pengisian berupa skala antara 1 sampai 9 dan digunakan

untuk mengukur depresi dengan metode observasi klinis (Kellner, 1986). Pengisian alat ukur ini dilakukan oleh peneliti sebagai terapis melalui observasi terhadap setiap partisipan, dan dapat disertai dengan wawancara jika dibutuhkan. Alat ukur ini direkomendasikan untuk melihat perubahan simptom pada individu yang mengalami depresi. Menurut Kellner (1986), alat ini terbilang sensitif untuk menangkap perubahan kecil sekalipun yang terjadi dalam diri individu depresi, terutama dalam usaha melihat efek dari terapi tertentu yang diberikan kepadanya.

Pengisian skala 1 sampai 9 dilakukan berdasarkan panduan yang ada pada alat ukur. Lebih lanjut, dalam mengisi alat ukur ini, peneliti juga menggunakan patokan jumlah hari, banyaknya gejala, dan tingkat keparahan gejala yang dialami partisipan. Misalnya, indikator tertentu akan diberi nilai 1 (tidak ada) atau 2 apabila partisipan benar-benar tidak mengalami atau hampir tidak mengalami gejala dari indikator tersebut selama satu minggu terakhir, nilai 3 (sedikit) diberikan apabila partisipan mengalami gejala dari indikator tersebut selama satu hari dalam satu minggu terakhir, sementara nilai 5 (cukup) akan diberikan apabila partisipan mengalami gejala dari indikator tersebut selama tiga hari dalam satu minggu terakhir. Demikian seterusnya hingga nilai 9.

Ada 8 (delapan) aspek yang diukur melalui observasi oleh alat ukur ini, yaitu:

- 1) *Mood* depresif, perasaan putus asa (hilang harapan)
- 2) Gejala somatis psiko-fisiologis
- 3) Kehilangan minat, inisiatif, dan kegiatan
- 4) Gangguan tidur
- 5) Cemas, khawatir, tegang
- 6) Penampilan
- 7) Keyakinan depresif
- 8) Pemikiran atau perilaku bunuh diri

(contoh alat ukur dapat dilihat pada lampiran).

3.3.3.1 Hasil Pengujian Alat Ukur *Brief Depression Rating Scale (BDRS)*

Brief Depression Rating Scale (BDRS) dilaporkan memiliki reliabilitas antar observer (*interobserver/ interrater*) yang tinggi, yaitu 0,91 sampai 0,94. Selain itu, dari sisi validitas pun, alat ukur ini terbukti memiliki korelasi yang tinggi

dengan *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)*, yaitu sebesar 0,83 (Kellner, 1986).

Peneliti juga melakukan uji keterbacaan pada alat ukur ini dengan meminta bantuan dari pembimbing dan satu orang dosen Psikologi Klinis Dewasa di Universitas Indonesia. Uji keterbacaan dilakukan untuk melihat kesesuaian alih bahasa dari Bahasa Inggris ke Bahasa Indonesia, serta cara memberikan penilaian yang tepat saat mengambil data di lapangan sesuai *rating* yang digunakan. Dari hasil uji keterbacaan secara kualitatif, tidak ada perbaikan yang perlu dilakukan karena alat ukur ini dianggap sudah cukup dapat dipahami.

3.4 Tahapan Penelitian

3.4.1 Tahap Persiapan

Tahap persiapan yang dilakukan peneliti mencakup beberapa hal. Pertama, peneliti melakukan studi literatur dengan mengumpulkan dan membaca berbagai buku, serta jurnal dan artikel hasil penelitian mengenai depresi, khususnya depresi pada lansia, intervensi psikologis untuk lansia yang mengalami depresi, Terapi Kognitif-Perilaku beserta berbagai komponen di dalamnya untuk menangani depresi pada lansia, hingga penerapan intervensi tersebut.

Kedua, peneliti juga mendatangi pihak pengurus Perhimpunan Gerontologi Indonesia cabang Kota Depok (PERGERI Depok) untuk mencari informasi mengenai masalah-masalah psikologis yang dialami lansia di Depok, dan menemukan depresi sebagai salah satunya yang kurang dipahami sekaligus sulit diungkapkan oleh lansia yang mengalaminya karena mereka menganggap kondisi depresi merupakan gangguan jiwa yang berat. Setelah itu, sebagai langkah ketiga, peneliti mencari alat ukur depresi yang akan digunakan untuk asesmen.

Langkah keempat yang dilakukan peneliti selanjutnya adalah mengintegrasikan studi literatur dan informasi faktual yang sudah didapatkan, hingga memutuskan untuk mengadakan intervensi berupa Terapi Kognitif-Perilaku bagi lansia yang mengalami depresi. Kemudian, langkah kelima dalam tahap persiapan ini adalah mencari partisipan yang sesuai dengan kriteria, baik

dari segi usia, tingkat pendidikan, kemauan mengikuti terapi secara aktif, serta hasil wawancara awal yang menggambarkan kecenderungan depresi.

Langkah terakhir yang dilakukan dalam tahap persiapan adalah mempersiapkan segala peralatan yang dibutuhkan untuk pelaksanaan intervensi. Peralatan yang disiapkan antara lain alat tulis, lembar materi dan lembar kerja untuk para partisipan, panduan relaksasi progresif dan relaksasi pernapasan perut, ditambah CD relaksasi progresif yang disusun oleh Prof. Dr. Soesmalijah Soewondo (Soewondo, 2012) beserta CD *player* untuk memutarinya.

3.4.2 Tahap Pelaksanaan

Terapi Kognitif-Perilaku untuk menangani lansia yang mengalami depresi ini dirancang terdiri dari 8 (delapan) kali sesi pertemuan yang berisi rangkaian terapi, diawali dengan 1 pertemuan untuk *initial interview* dan 1 pertemuan sesi pra-intervensi, serta diakhiri dengan 1 pertemuan sesi pasca-intervensi. Jumlah pertemuan 8 (delapan) sesi disesuaikan dengan jumlah sesi Terapi Kognitif-Perilaku singkat yang dapat diberikan dalam 6 (enam) sampai 12 (dua belas) pertemuan (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003). Selain itu, jumlah sesi tersebut juga disesuaikan dengan kebutuhan peneliti untuk menyampaikan teknik-teknik yang akan diberikan dalam rangkaian terapi secara keseluruhan. Perinciannya adalah sebagai berikut.

Tabel 3.4 Rancangan Umum Pelaksanaan Intervensi

Pertemuan	Rancangan Kegiatan
<i>Initial Interview</i>	<i>Perkenalan dan penjelasan mengenai maksud kedatangan oleh peneliti kepada calon partisipan; identifikasi keluhan dan masalah awal calon partisipan terkait depresi; konfirmasi kesediaan calon partisipan untuk berpartisipasi dalam penelitian</i>
<i>Sesi pra-intervensi</i>	<i>Pelaksanaan asesmen pra-intervensi (pre-test) menggunakan alat ukur BDI, GDS, BDRS, dan wawancara; penjelasan rancangan intervensi kepada partisipan</i>
Sesi 1	Psikoedukasi mengenai Terapi Kognitif-Perilaku dan depresi; pengantar monitor perasaan
Sesi 2	<i>Review</i> sesi pertama; monitor perasaan; pengantar rencana kegiatan harian
Sesi 3	<i>Review</i> sesi kedua; evaluasi rencana kegiatan harian; pengantar relaksasi
Sesi 4	<i>Review</i> sesi ketiga; relaksasi; pengantar teknik memecahkan masalah
Sesi 5	Asesmen pertengahan intervensi (<i>mid-test</i>); <i>review</i> sesi

	keempat, teknik memecahkan masalah; pengantar materi pikiran negatif
Sesi 6	<i>Review</i> sesi kelima; pikiran negatif (Memperkenalkan jenis-jenis pikiran negatif yang tidak adaptif dan mengajarkan cara mengenali pikiran negatif dan efeknya yang tidak adaptif); pengantar restrukturisasi pikiran
Sesi 7	<i>Review</i> sesi keenam; restrukturisasi pikiran (Mengajarkan cara melakukan restrukturisasi pikiran dengan teknik ABCDE untuk mengubah pikiran negatif menjadi lebih adaptif); evaluasi seluruh sesi
Sesi 8	Tahap 2 Evaluasi seluruh sesi; <i>relapse prevention</i>
<i>Sesi pasca-intervensi</i>	<i>Asesmen pasca-intervensi (post-test) menggunakan alat ukur BDI, GDS, BDRS, dan wawancara; terminasi</i>

Untuk menjalankan pelaksanaan intervensi, peneliti merancang modul Terapi Kognitif-Perilaku dan menggunakannya sebagai panduan dari sesi pertama hingga sesi terakhir. Intervensi dilakukan dengan durasi 60-90 menit setiap kali sesi pertemuan. Sementara itu, jarak antar sesi pertemuan adalah 2 sampai 3 hari untuk memberikan waktu kepada partisipan untuk mengerjakan tugas rumah dan mencoba teknik-teknik yang sudah diajarkan peneliti dalam sesi pertemuan. Sementara itu, jarak antara sesi terakhir ke asesmen pasca-intervensi adalah satu minggu dengan tujuan memberi lebih banyak jeda waktu untuk melihat efektivitas keseluruhan intervensi yang sudah diberikan kepada para partisipan.

Setiap pertemuan sesi selalu dilakukan secara individual berdua saja antara peneliti sebagai terapis dengan partisipan. Dua orang partisipan penelitian yang merupakan pasangan suami istri pun menjalani pertemuan dengan peneliti secara terpisah dan bergantian. Tempat pelaksanaan intervensi adalah di tempat tinggal partisipan. Tempat ini dipilih karena partisipan pada umumnya enggan pergi ke luar rumah atau memiliki keterbatasan fisik yang membuatnya tidak dapat ke luar rumah untuk menemui peneliti.

3.4.3 Tahap Evaluasi

Tahap evaluasi akan dilakukan untuk melihat perubahan tingkat depresi yang dialami para lansia yang menjadi partisipan dari sebelum menjalani intervensi (*pre-test*), pertengahan intervensi (*mid-test*), dan setelah selesai menjalani intervensi (*post-test*) berdasarkan hasil asesmen melalui wawancara, observasi, pemeriksaan status mental, serta pengisian alat ukur *Beck Depression Inventory*,

Geriatric Depression Scale, dan *Brief Depression Rating Scale*. Peneliti akan membandingkan hasil asesmen pra-intervensi, pertengahan intervensi, dan pasca-intervensi masing-masing partisipan untuk melihat perubahan yang terjadi, dalam hal ini diharapkan muncul dalam bentuk penurunan tingkat depresi. Peneliti juga akan melakukan evaluasi mendalam terhadap hasil asesmen pertengahan intervensi untuk mengantisipasi apabila ada kemunduran yang terjadi, sehingga dapat segera melakukan penyesuaian terkait proses terapi.

Di samping itu, peneliti juga akan melakukan wawancara yang diarahkan untuk mengevaluasi sesi-sesi yang dianggap favorit oleh masing-masing partisipan beserta alasannya, sehingga peneliti dapat mengarahkan partisipan untuk mengatasi depresinya melalui cara favoritnya tersebut jika memang memungkinkan.

3.5 Rancangan Intervensi

Pada bagian ini, akan dijabarkan tujuan dan bentuk kegiatan pada setiap isi sesi intervensi (*contoh detail rancangan intervensi dapat dilihat pada lampiran*).

1. Sesi 1: Psikoedukasi Mengenai Terapi Kognitif-Perilaku dan Depresi; Pengantar Monitor Perasaan

Tujuan

- a. Membuat partisipan memahami teknik Kognitif-Perilaku
- b. Membuat partisipan memahami konsep Depresi
- c. Mengantarkan partisipan menuju pembahasan materi sesi 2 lebih lanjut, mengenai monitor perasaan

Kegiatan yang dilakukan

- a. Peneliti menjelaskan prinsip-prinsip Terapi Kognitif-Perilaku kepada partisipan, dan mempersilakan partisipan bertanya apabila ada yang belum dimengerti
- b. Peneliti mengajak partisipan berdiskusi mengenai depresi yang ia alami, dalam hal ini ciri-ciri yang muncul dalam diri partisipan
- c. Bersama dengan peneliti, partisipan menuliskan ciri-ciri depresi yang ada dalam dirinya pada lembar kerja “Mengenali Depresi”

- d. Peneliti menjelaskan pengantar materi “Monitor Perasaan” dan cara mengerjakan tugas rumah mengenai “Monitor Perasaan” untuk dibahas pada sesi 2.

2. Sesi 2: Monitor Perasaan; Pengantar Rencana Kegiatan Harian

Tujuan

- a. Membuat partisipan memahami pentingnya mengenali perubahan perasaan dalam kesehariannya, terutama yang menyebabkan munculnya depresi dalam diri partisipan
- b. Membuat partisipan mampu membuat rencana kegiatan yang lebih adaptif untuk memerangi depresi
- c. Mengantarkan partisipan menuju pembahasan materi sesi 3 lebih lanjut, mengenai rencana kegiatan harian

Kegiatan yang dilakukan

- a. Peneliti membahas tugas rumah “Monitor Perasaan” yang sudah dikerjakan oleh partisipan
- b. Peneliti menjelaskan materi “Monitor Perasaan” secara lengkap kepada partisipan, termasuk kaitannya untuk mengenali depresi, dan mempersilakan partisipan bertanya apabila ada yang belum dimengerti
- c. Peneliti menjelaskan dan mengajarkan partisipan membuat “Rencana Kegiatan Harian” sebagai usaha menangani depresi
- d. Peneliti meminta partisipan mencoba menjalankan “Rencana Kegiatan Harian” yang sudah dibuat untuk dibahas pada sesi 3

3. Sesi 3: Rencana Kegiatan Harian; Pengantar Relaksasi

Tujuan

- a. Membuat partisipan memahami pentingnya mengenali perubahan perasaan dalam kesehariannya, dan membuat rencana kegiatan yang bersifat adaptif untuk memerangi depresi
- b. Membuat partisipan mampu mencapai kondisi rileks untuk menenangkan diri saat mengalami depresi

- c. Mengantarkan partisipan menuju pembahasan materi sesi 4 lebih lanjut, mengenai relaksasi

Kegiatan yang dilakukan

- a. Peneliti membahas hasil tugas rumah “Rencana Kegiatan Harian” yang sudah dilaksanakan selama beberapa hari oleh partisipan
- b. Peneliti menjelaskan materi “Rencana Kegiatan Harian” secara lengkap kepada partisipan, termasuk kaitannya untuk mengenali depresi, dan mempersilakan partisipan bertanya apabila ada yang belum dimengerti
- c. Peneliti menjelaskan dan mengajarkan teknik “Relaksasi Pernapasan” dan “Relaksasi Progresif” kepada partisipan
- d. Peneliti meminta partisipan mencoba menjalankan latihan “Relaksasi Pernapasan” dan “Relaksasi Progresif” untuk dibahas pada sesi 4

4. Sesi 4: Relaksasi; Pengantar Teknik Memecahkan Masalah

Tujuan

- a. Membuat partisipan semakin terbiasa melakukan relaksasi dalam kesehariannya
- b. Membuat partisipan mampu memecahkan masalah dengan efektif dalam kesehariannya
- c. Mengantarkan partisipan menuju pembahasan materi sesi 5 lebih lanjut, mengenai teknik memecahkan masalah

Kegiatan yang dilakukan

- a. Peneliti membahas hasil pelaksanaan latihan “Relaksasi Pernapasan” dan “Relaksasi Progresif” selama beberapa hari oleh partisipan, memberi penjelasan lanjutan, dan mempersilakan partisipan bertanya jika masih ada yang belum dimengerti
- b. Bersama dengan peneliti, partisipan diajak untuk mencobakan kembali latihan “Relaksasi Pernapasan” dan “Relaksasi Progresif”
- c. Peneliti memberi pengantar materi “Teknik Memecahkan Masalah” untuk partisipan, dan memberikan tugas rumah “Teknik Memecahkan Masalah” untuk dibahas pada sesi 5

5. Sesi 5: Teknik Memecahkan Masalah; Pengantar Materi Pikiran Negatif

Catatan: Di awal sesi 5 ini, dilakukan asesmen tengah intervensi (mid-test) untuk melihat pengaruh intervensi yang sudah diberikan sejauh ini, sehingga peneliti bisa memantau perubahan yang terjadi, baik yang positif maupun yang negatif, serta melakukan penyesuaian dalam intervensi jika memang dibutuhkan.

Tujuan

- a. Membuat partisipan semakin memahami dan terbiasa memecahkan masalah dengan efektif dalam kesehariannya
- b. Membuat partisipan menyadari adanya pikiran-pikiran negatif di dalam dirinya
- c. Mengantarkan partisipan menuju pembahasan materi sesi 6 lebih lanjut, mengenai pikiran negatif

Kegiatan yang dilakukan

- a. Peneliti membahas hasil pengerjaan tugas rumah “Teknik Memecahkan Masalah” yang dikerjakan oleh partisipan
- b. Peneliti menjelaskan lebih lanjut mengenai materi “Teknik Memecahkan Masalah”, dan kaitannya untuk menangani depresi
- c. Peneliti mengajak partisipan berlatih mengerjakan “Teknik Memecahkan Masalah” kembali bersama dengan peneliti sebagai pendamping
- d. Peneliti meminta partisipan mencobakan pemecahan masalah yang sudah dibuat, dan mengevaluasi hasilnya sendiri jika sudah dilakukan
- e. Peneliti menjelaskan pengantar materi “Pikiran Negatif” untuk partisipan, dan memberikan tugas rumah “Pikiran Negatif” untuk dibahas pada sesi 6

6. Sesi 6: Pikiran Negatif; Pengantar Restrukturisasi Pikiran

Tujuan

- a. Membuat partisipan menyadari adanya pikiran-pikiran negatif yang berkontribusi terhadap kemunculan depresi dalam dirinya

- b. Membuat partisipan memahami cara melawan pikiran negatifnya agar menjadi lebih adaptif dan melawan depresi
- c. Mengantarkan partisipan menuju pembahasan materi sesi 7 lebih lanjut, mengenai restrukturisasi pikiran

Kegiatan yang dilakukan

- a. Peneliti membahas hasil pengerjaan tugas rumah “Pikiran Negatif” yang sudah dikerjakan oleh partisipan
- b. Peneliti menjelaskan lebih lanjut mengenai materi “Pikiran Negatif”, terutama yang khas muncul terkait dengan depresi
- c. Peneliti memberikan pengantar materi “Restrukturisasi Pikiran” kepada partisipan, lalu mengajarkan partisipan menggunakan teknik ABCDE dengan bimbingan peneliti
- d. Peneliti memberi tugas rumah “Restrukturisasi Pikiran” untuk dibahas lebih lanjut pada sesi 7

7. Sesi 7: Restrukturisasi Pikiran; Evaluasi Seluruh Sesi

Tujuan

- a. Membuat partisipan semakin mampu mengembangkan pikiran-pikiran yang adaptif dan tidak memperkuat depresinya
- b. Membuat partisipan kembali mengingat materi-materi yang telah diberikan dari sesi 1 sampai sesi 7

Kegiatan yang dilakukan

- a. Peneliti membahas hasil pengerjaan tugas rumah “Restrukturisasi Pikiran” yang sudah dikerjakan oleh partisipan
- b. Peneliti memberi penjelasan secara lengkap mengenai materi “Restrukturisasi Pikiran” dan manfaatnya untuk memerangi depresi, mendiskusikannya bersama partisipan dengan membuat contoh kembali, serta mempersilakan partisipan bertanya apabila masih ada yang belum dimengerti
- c. Peneliti mengulang isi sesi 1 sampai 7 secara garis besar untuk mengingatkan partisipan akan teknik-teknik yang sudah diberikan sepanjang terapi

- d. Peneliti meminta partisipan menjalankan kembali seluruh tugas dari sesi 1 sampai sesi 7 untuk dibahas pada sesi 8

8. Sesi 8: Tahap 2 Evaluasi Seluruh Sesi; *Relapse Prevention*

Tujuan

- a. Membuat partisipan menyadari kesulitan-kesulitan yang menghambatnya memerangi depresi
- b. Membuat partisipan menyadari bahwa kegagalan di tengah usaha memerangi depresi merupakan hal yang wajar, sehingga tidak dijadikan alasan untuk berputus asa
- c. Membuat partisipan semakin termotivasi untuk mengatasi depresi yang ia alami dengan teknik-teknik yang sudah diajarkan

Kegiatan yang dilakukan

- a. Peneliti membahas hasil pengerjaan tugas integrasi dari sesi 1 sampai sesi 7 yang sudah dikerjakan oleh partisipan, dan menanyakan pengalaman partisipan terkait hal tersebut
- b. Peneliti mengajak partisipan berdiskusi mengenai hambatan-hambatan atau kesulitan-kesulitan yang ia alami saat mencoba menjalankan teknik-teknik dari terapi, termasuk mendiskusikan cara-cara mengatasi hambatan tersebut
- c. Peneliti meminta partisipan menjalankan kembali seluruh tugas dari sesi 1 sampai sesi 7 sebagai persiapan terminasi yang akan dilakukan pada pertemuan pasca-intervensi

4. HASIL ASESMEN AWAL

Pada bab ini, peneliti akan menjabarkan hasil asesmen awal (asesmen pra-intervensi/ *pre-test*) yang telah dilakukan kepada 3 (tiga) orang partisipan dalam penelitian ini. Asesmen awal yang dilakukan oleh peneliti mencakup gambaran data diri partisipan, hasil observasi, pemeriksaan status mental, hasil wawancara, dan hasil pengisian alat ukur *Beck Depression Inventory* (BDI), *Geriatric Depression Scale* (GDS), serta *Brief Depression Rating Scale* (BDRS) untuk masing-masing partisipan.

4.1 Hasil Asesmen Pra-Intervensi Partisipan 1

4.1.1 Data Diri Partisipan 1

Inisial partisipan : SA
Jenis kelamin : Perempuan
Usia : 66 tahun
Alamat : Depok
Agama : Islam
Suku bangsa : Jawa
Pendidikan terakhir : S1 Ekonomi
Status pernikahan : Menikah
Pekerjaan : Pensiunan pegawai negeri, pengajar PAUD, penjual pakaian
Status sosial ekonomi : Menengah
Keluhan saat ini : Suami SA mengidap *diabetes mellitus* sejak kurang lebih 10 tahun lalu, dan divonis mengalami gagal ginjal pada bulan Desember 2011 lalu. Sekarang, SA harus membagi kegiatannya sehari-hari dengan merawat suaminya. Sejak pensiun, SA menjadi sumber biaya hidup keluarga karena suaminya tidak memiliki dana pensiun. Ia memakai

dana pensiun dan berjualan baju untuk mendapat penghasilan. Sekarang ini, SA merasa tertekan karena beban pengeluaran hidup bertambah dengan biaya pengobatan suaminya. Ia juga merasa kegiatannya menjadi terbatas karena harus menjaga suaminya.

4.1.2 Hasil Observasi Umum Partisipan 1

Untuk melakukan asesmen pra-intervensi, peneliti menemui SA di rumahnya. Saat peneliti datang, SA menyambut peneliti dengan ramah. Sebelumnya, peneliti memang sudah pernah menemui SA untuk melakukan *initial interview*. Pada pertemuan asesmen pra-intervensi ini, SA mengenakan daster panjang yang terkesan santai dan mengikat rambutnya. SA memiliki tinggi badan sekitar 160cm dan berat badan sekitar 45kg. Rambut SA tampak sudah banyak yang memutih dan kulit wajahnya sudah dipenuhi oleh kerutan. Setelah menyambut dan mempersilakan peneliti duduk, SA meminta izin untuk masuk ke kamar, dan tidak lama kemudian, ia keluar kembali dengan pakaian yang lebih formal, serta mengenakan kerudung.

Pada awal pertemuan asesmen, SA tidak terlalu banyak bicara kepada peneliti. Ia hanya menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diberikan oleh peneliti seperlunya saja. Ia hanya mengaku tertekan karena kondisinya saat ini, dan ingin mendapat bantuan terapi psikologis dari peneliti. Kontak mata terjalin dengan baik antara SA dengan peneliti saat bicara. Sese kali ia tampak menerawang ke atas, tetapi tidak lama kemudian akan kembali melihat ke arah peneliti yang duduk di sampingnya.

Setelah berbincang-bincang selama 30 menit, SA mulai menjadi lebih terbuka dan banyak bicara. Ia menceritakan beberapa penyebab tekanan yang ia alami. Sese kali, mata SA tampak berair, tetapi tidak sampai menangis. Jika matanya sudah mulai berair, biasanya SA akan mengkhiri ceritanya dan tersenyum ke arah pemeriksa, lalu mengalihkan pembicaraan ke topik yang tidak terkait.

Ketika sampai pada pengisian alat ukur, SA tampak serius mengisi alat ukurnya. Ia hanya sesekali bertanya kepada peneliti mengenai maksud kalimat di alat ukur yang kurang dapat ia pahami. Setelah proses asesmen pra-intervensi selesai, peneliti pamit kepada SA. SA menyambut baik janji yang dibuat oleh peneliti untuk pertemuan intervensi yang sudah direncanakan.

4.1.3 Status Mental Partisipan 1

A. Deskripsi Umum

1. Penampilan

SA memiliki tinggi badan sekitar 160cm dan berat badan sekitar 45kg. Tubuhnya terkesan kurus secara umum. Ia berpakaian sopan dan formal saat menemui pemeriksa. Rambutnya sudah banyak yang beruban, dan kulit wajah serta tubuhnya sudah dipenuhi oleh kerutan.

2. Kesadaran

SA tampak memiliki kesadaran penuh saat menjalani pertemuan dengan pemeriksa. Walaupun sesekali terlihat menerawang atau melamun, tetapi SA tetap dapat mengikuti pembicaraan dengan lancar, dan tampak berada dalam tingkat kesadaran yang penuh.

3. Perilaku dan aktivitas psikomotor

SA memiliki postur tubuh yang tidak terlalu tegap, terkesan lunglai dan kurang bersemangat. *Muscle tone* SA tergolong lemah, demikian pula dengan level energinya yang tampak rendah. Ketika berjalan, ia cenderung menyeret kakinya dan berjalan dengan lambat.

4. Pembicaraan

SA dapat berbicara dengan lancar selama pertemuan dengan peneliti. Intonasi bicaranya bervariasi, bergantung pada bahan pembicaraan yang sedang dibahas. Tempo bicaranya cenderung lambat, dan SA seringkali berhenti bicara di tengah-tengah, baru kemudian melanjutkan kembali isi pembicaraannya. Dari sisi kuantitas, isi pembicaraan SA terbilang sedikit. Ia cenderung menjawab pertanyaan peneliti seperlunya, dan mengulang-ulang pembicaraan yang sama.

5. Sikap terhadap peneliti

SA menampilkan sikap yang kooperatif kepada peneliti. Ia menyambut peneliti dengan baik dan bersedia menanggapi semua pertanyaan yang peneliti ajukan hingga akhir pertemuan.

B. Keadaan Afektif (*Mood*), Perasaan, Ekspresi Afektif Serta Empati

1. Keadaan afektif (*mood*)

Keadaan afektif (*mood*) SA tampak cenderung depresif. Ia sesekali terlihat melamun dan murung, walaupun masih dapat menampilkan ekspresi lain yang sifatnya positif.

2. Ekspresi afektif

SA mampu menampilkan ekspresi afektif yang variatif, bergantung pada isi pembicaraan yang sedang diangkat. Ketika isinya gembira, SA akan tersenyum atau tertawa. Ia juga bisa menampilkan ekspresi kesal ketika menceritakan sesuatu. Ekspresi murung tampak mendominasi, terutama jika SA sedang berdiam diri dan tidak membicarakan apapun.

3. Keserasian

Keserasian yang ditampilkan SA selama pertemuan tergolong dalam *appropriate affect*. Ekspresi yang ia tampilkan sesuai dengan isi pembicaraan, dan tidak tampak berlebihan.

4. Empati

Peneliti mampu berempati pada SA melalui semua cerita yang ia sampaikan. Hal ini didukung oleh cerita SA yang tampak disampaikan dengan apa adanya.

C. Fungsi Intelektual (Kognitif)

1. Taraf pendidikan, pengetahuan umum dan kecerdasan

SA merupakan lulusan S1 jurusan Ekonomi. Di luar cerita mengenai keluhan dan masalahnya, SA pun dapat berbicara mengenai topik-topik lain dengan baik, seperti pendidikan. Hal ini mencerminkan tingkat pengetahuan dan kecerdasannya yang tergolong baik.

2. Daya konsentrasi

Secara umum, SA memiliki konsentrasi yang baik. Hal ini terlihat dari kesinambungannya dalam berbicara dengan peneliti.

3. Orientasi (waktu, tempat, orang)

SA memiliki orientasi yang baik mengenai waktu, tempat, dan orang-orang yang ada di sekitarnya. Ia dapat menyebutkan dan menggambarkan semuanya dengan tepat.

4. Daya ingat

a. Jangka panjang.

SA memiliki ingatan jangka panjang yang baik. Ia mampu mengingat hal-hal yang terjadi di masa lalu, termasuk masa kecilnya.

b. Jangka pendek.

SA mampu mengingat pengalaman-pengalaman yang tergolong dalam ingatan jangka pendek, misalnya kejadian kemarin atau semalam.

c. Segera.

SA juga memiliki ingatan segera yang baik. Ia mampu mengulangi nama peneliti dan dapat menyebutkan isi penelitian kembali setelah peneliti menjelaskannya.

5. Pikiran abstrak

SA mampu berpikir abstrak dengan menganalisis sesuatu dan membuat perencanaan-perencanaan untuk kehidupannya sehari-hari.

D. Gangguan Persepsi

1. Halusinasi dan ilusi

SA tidak memiliki halusinasi dan ilusi.

2. Depersonalisasi dan derealisasi

SA tidak mengalami depersonalisasi maupun derealisasi.

E. Proses Berpikir

1. Arus pikiran

a. Produktivitas

SA memiliki arus pikiran yang produktif. Isi pembicaraannya relatif mendalam dan berisi, untuk setiap topik yang dibicarakan.

b. Kontinuitas

SA mampu menyampaikan isi pikirannya secara berkesinambungan dan koheren. Ia tidak memiliki masalah dalam hal ini.

c. Hendaya berbahasa

SA tidak memiliki hendaya berbahasa. Ia mampu merangkai kata dan kalimat dengan baik dan mudah dimengerti.

2. Isi pikiran**a. Preokupasi**

SA memiliki preokupasi pikiran terhadap hal-hal yang menjadi masalah atau penyebab tekanan yang ia alami saat ini. Ia membicarakannya berulang-ulang saat bertemu dengan peneliti.

b. Gangguan pikiran, waham, gagasan mirip waham

SA tidak memiliki gangguan pikiran atau waham.

F. Pengendalian Impuls

SA tampak dapat mengendalikan impuls dalam dirinya dengan baik. Semua perilakunya terencana dengan baik dan sesuai dengan konteks.

G. Daya Nilai**1. Norma sosial**

SA memiliki pemahaman norma sosial yang baik. Ia juga menampilkan norma melalui tindakannya, yaitu dengan menyambut dan menawarkan suguhan kepada peneliti.

2. Uji daya nilai (*judgement*)

SA memiliki uji daya nilai yang baik. Ia mampu menilai tindakan yang baik dan membedakannya dari yang buruk. Hal ini tampak dari pengalaman-pengalaman yang ia ceritakan terkait pengalamannya sehari-hari.

3. Daya nilai realita

SA tidak memiliki masalah dalam hal daya nilai realita. Ia dapat menilai realitanya dengan baik.

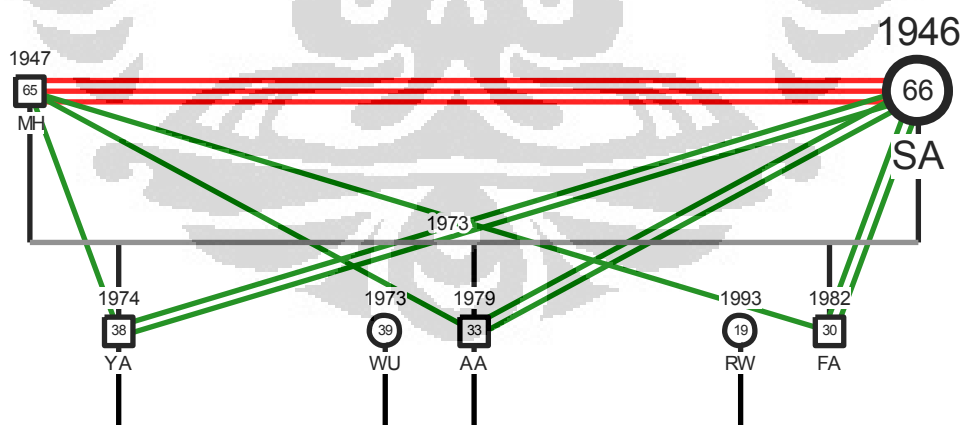
H. Tilikan (*Insight*)

SA tampak mengenali bahwa dirinya sedang merasa tertekan. Hanya saja, SA kurang dapat menerima sebutan depresi pada kondisinya saat ini. Ia juga kurang mengenali gejala-gejala terkait depresi yang ada pada dirinya. Ia belum memahami bahwa depresi dapat menimbulkan gejala tertentu, misalnya menurunkan semangat beraktivitas, dan lainnya.

I. Taraf Dapat Dipercaya

Secara umum, seluruh isi pembicaraan SA dapat dipercaya. Ia terkadang tampak ragu-ragu saat bicara, tetapi hal itu tampak lebih dipengaruhi oleh kebingungan dan rasa tidak nyaman untuk membuka diri, bukan sesuatu yang sifatnya mengada-ada atau kebohongan.

4.1.4 Genogram Keluarga Partisipan 1



Gambar 4.1 Genogram Keluarga Partisipan 1 (SA)

4.1.5 Hasil Wawancara Partisipan 1

SA adalah seorang istri dan seorang ibu dari tiga orang anak. Sejak muda, SA aktif bekerja dan selalu memiliki banyak aktivitas. Ia bekerja sebagai pegawai negeri di bidang penelitian Departemen Agama sebelum akhirnya pensiun di tahun 2002. Setelah pensiun, ia pun memilih untuk aktif di berbagai kegiatan, seperti mengikuti kegiatan senam, pengajian, dan berjualan pakaian. Kegiatan terbarunya adalah mengajar Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) di lingkungan tempat tinggalnya semenjak tahun 2007.

Menurut SA, semenjak menginjak usia pensiun, seluruh penghasilan keluarga menjadi bersumber pada dirinya. Hal ini terjadi karena suami SA tidak memiliki gaji pensiun karena bukan pegawai negeri. Untungnya, SA tidak perlu lagi terlalu memikirkan anak-anaknya karena anak-anaknya sudah mulai mandiri dan memiliki penghasilan sendiri. Hanya saja, ia pun tidak pernah mendapat bantuan materi dari anak-anaknya. Ia mengaku tidak keberatan dengan hal tersebut, karena menurutnya, anak-anaknya pun harus menabung untuk keluarga mereka masing-masing.

Sebagai konsekuensi dari perannya sebagai tulang punggung keluarga, SA harus pandai-pandai mengatur uang untuk seluruh kebutuhan rumah, seperti listrik, gas, air, dan lain-lain. Menurut SA, gaji pensiun saja tidak cukup untuk memenuhi harga kebutuhan yang semakin meningkat. Itulah sebabnya, SA memilih untuk menambah penghasilan dengan berjualan pakaian. Dengan uang tambahan ini, SA merasa kebutuhannya dapat tercukupi dengan baik. Sementara itu, kegiatannya sebagai pengajar PAUD hanya dijalankannya sebagai pengisi waktu, karena gaji yang ia dapatkan hanya sedikit, sukarela dari para orangtua siswanya yang rata-rata tergolong kurang mampu. Ia mengaku senang melakukan kegiatan semacam itu sebagai bentuk ibadah.

Selama kurang lebih satu tahun terakhir, SA mengaku mulai merasakan tekanan yang tidak biasa dalam hidupnya. Ia menilai hidupnya menjadi lebih berat dari sebelumnya. Ia mengatribusikan hal ini pada tekanan ekonomi yang semakin tinggi dan kondisi suaminya yang mulai sakit-sakitan. Suami SA sudah sekitar 10 tahun diketahui mengidap *diabetes mellitus*. Menurut SA, selama ini suaminya tidak pernah menjaga pola makan ataupun meminum obat. Kebiasaan tersebut

pada akhirnya memunculkan komplikasi berupa gagal ginjal yang baru diketahui pada bulan November 2011.

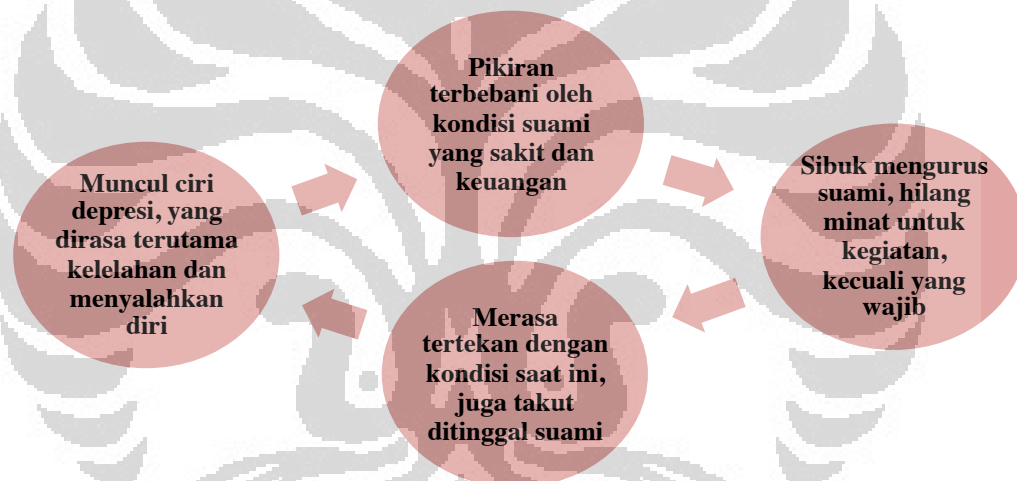
Semenjak saat itu, beban pikiran SA pun bertambah. Ia harus memikirkan biaya pengobatan suaminya, dan pernah harus mengeluarkan sejumlah uang untuk biaya rawat inap suaminya di rumah sakit di bulan November 2011 tersebut. Saat ini, ia menyisihkan penghasilannya untuk biaya pengobatan alternatif yang dijalani oleh suaminya setiap minggu. Setelah suaminya diketahui mengidap gagal ginjal pun, SA mengalami perubahan lain dalam hidupnya sehari-hari. Ia kini tidak bisa lagi menjalani kehidupannya dengan bebas karena tidak bisa terlalu sering atau terlalu lama meninggalkan suaminya di rumah. Ketika sudah membuat janji dengan orang lain pun, SA seringkali tidak dapat mematuminya karena kondisi suaminya sedang tidak memungkinkan untuk ditinggal di rumah sendirian. SA tidak memiliki orang lain yang dapat ia percaya menjaga suaminya, kecuali jika anaknya sedang tidak bekerja dan mau menjaga suaminya di rumah. Kondisi ini diterima SA dengan pasrah, karena ia merasa tidak memiliki pilihan lain.

SA mengaku mengalami beberapa perubahan dalam dirinya selama setidaknya lima bulan terakhir ini. Ia sedikit kehilangan minatnya pada hal-hal yang ia senangi, seperti berjualan pakaian. Ia merasa kegiatannya tersebut terhambat karena kini ia tidak bisa lagi terlalu sering meninggalkan rumah untuk pergi ke Tanah Abang membeli pakaian untuk dijual kembali. Ia pun mulai sering mengeluhkan sikap para pelanggannya yang suka berhutang, padahal sebelumnya ia merasa tidak terlalu bermasalah dengan hal tersebut. SA menduga dirinya kini menjadi merasa lebih terbebani karena memikirkan pengeluaran yang bertambah.

Masih terkait dengan kondisi suaminya, SA juga mengaku memiliki ketakutan terkait kehidupannya di masa depan. Ia seringkali memikirkan kemungkinan terburuk bahwa suaminya akan meninggal mendahului dirinya. SA tidak bisa membayangkan kondisinya kelak jika suaminya sudah meninggal. Perasaan ini membuat SA seringkali tidak tega memarahi atau membatasi suaminya untuk tidak makan makanan yang dilarang oleh dokter sekalipun. Ia mengaku takut menyesal di kemudian hari jika ternyata suaminya meninggal, dan ia sempat tidak mengabaikan permintaan suaminya yang sangat sederhana.

Walaupun merasa cukup tertekan, secara umum, SA masih dapat menjalani kehidupannya dengan baik. Ia pun menyadari bahwa dirinya membutuhkan kegiatan-kegiatan tertentu agar tidak bosan dan tidak terlalu banyak memikirkan hal-hal yang tidak perlu ia pikirkan. Itulah yang mendorong SA untuk tetap pergi mengajar PAUD, aktif senam, dan mengikuti pengajian. Sayangnya, kegiatan-kegiatan ini yang pada awalnya dirasa menyenangkan oleh SA, saat ini ikut dirasa sebagai beban yang membuatnya lelah. Hal ini dikarenakan ia tetap harus mengerjakan banyak pekerjaan rumah setelah pulang dari kegiatannya di luar. Dahulu, sebelum suaminya sakit seperti sekarang, pekerjaan rumah biasanya akan dikerjakan berdua oleh suaminya. Sementara, sekarang SA harus mengerjakan semuanya sendiri, termasuk mengurus suaminya.

Berikut ini gambaran skema perkembangan depresi dalam diri SA:



Gambar 4.2 Skema Perkembangan Depresi Partisipan 1 (SA)

4.1.6 Hasil Asesmen Alat Ukur Pra-Intervensi Partisipan 1

4.1.6.1 Beck Depression Inventory (BDI)

Hasil asesmen pra-intervensi partisipan 1 dengan alat ukur BDI menunjukkan hasil yang dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.1 Skor Pra-Intervensi BDI Partisipan 1 (SA)

Dimensi	No item	Isi Item	Skor	Persentase skor
Sikap negatif terhadap diri sendiri	1	Kesedihan	1	9 dari 33 (27%)
	2	Pesimisme	1	
	3	Perasaan gagal	0	
	4	Ketidakpuasan	0	

	5	Perasaan bersalah	2	
	6	Perasaan dihukum	1	
	7	Perasaan membenci diri sendiri	1	
	8	Kritik terhadap diri	2	
	9	Pemikiran bunuh diri	0	
	10	Menangis	0	
	14	Citra diri	1	
Penurunan performa	11	Mudah marah	3	10 dari 21 (48%)
	12	Menarik diri	1	
	13	Kesulitan memutuskan	0	
	15	Kesulitan bekerja	2	
	17	Kelelahan	2	
	20	Kepedulian pada kesehatan	0	
Gejala somatis	21	Kehilangan gairah seksual	2	2 dari 9 (22%)
	16	Kesulitan tidur	2	
	18	Perubahan selera makan	0	
	19	Penurunan berat badan	0	
TOTAL			21	21 dari 63 (33%)

Dari skor di atas, terlihat bahwa SA mengalami depresi berat karena total skornya lebih dari 15 (>15). Lebih lanjut, gejala depresi dalam diri SA paling terlihat pada dimensi ‘penurunan performa’, dengan persentase 48% skor (skor 10) dari skor total tertinggi yang dapat diperoleh pada dimensi tersebut (skor 21). Gejala ‘penurunan performa’ ini antara lain muncul dalam bentuk mudah marah, kesulitan bekerja, kelelahan, dan kehilangan gairah seksual, disusul dengan menarik diri dari lingkungan sosial.

Sementara itu, dari dimensi ‘sikap negatif terhadap diri sendiri’, ditemukan bahwa SA memiliki persentase skor 27% (skor 9) dari skor total tertinggi yang dapat diperoleh pada aspek tersebut (skor 33). Gejala pada dimensi ini nampak dalam bentuk perasaan bersalah dan kritik terhadap diri, yang disusul dengan kesedihan, pesimisme, perasaan dihukum, membenci diri sendiri, serta citra diri. Terakhir, pada dimensi ‘gejala somatis’, SA mendapat persentase 22% (skor 2) dari skor total tertinggi yang dapat diperoleh (skor 9).

4.1.6.2 Geriatric Depression Scale (GDS)

Hasil pengisian alat ukur GDS pada asesmen pra-intervensi partisipan 1 menunjukkan hasil yang dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.2 Skor Pra-Intervensi GDS Partisipan 1 (SA)

Dimensi	No item	Isi Item yang mendapat skor 1	Skor	Persentase skor
Sikap tidak acuh	5*	Penuh harapan mengenai masa depan	5	5 dari 12 (42%)
	9*	Bahagia hampir sepanjang waktu		
	19*	Merasa hidup menyenangkan		
	21*	Merasa penuh energi		
	29*	Mudah membuat keputusan		
Dysphoria	6	Memiliki pikiran yang mengganggu	8	8 dari 13 (62%)
	8	Takut sesuatu yang buruk terjadi		
	11	Risau dan gelisah		
	13	Khawatir mengenai masa depan		
	18	Khawatir mengenai masa lalu		
	23	Kebanyakan orang lebih baik		
	24	Sering merasa kesal		
25	Sering merasa ingin menangis			
Menarik diri	12	Memilih tinggal di rumah	1	1 dari 2 (50%)
Penurunan fungsi kognitif	30*	Pikiran jernih	1	1 dari 3 (33%)
TOTAL			15	15 dari 30 (50%)

* *Item unfavorable*

Dari tabel di atas, diketahui bahwa SA mengalami depresi sedang karena total skornya berada antara 11-20, yaitu 15. Gejala depresi dalam diri SA paling menonjol tampak pada dimensi 'dysphoria', dengan persentase 62% dari total 13 item pada dimensi tersebut. Lebih lanjut, pada dimensi 'menarik diri', SA memperoleh persentase 50%, yaitu 1 dari 2 item yang ada di dalamnya. Sementara, untuk dimensi 'sikap tidak acuh', SA memperoleh persentase 42% dari total 12 item yang terdapat pada dimensi tersebut. Terakhir, untuk dimensi 'penurunan fungsi kognitif', SA mendapat persentase 33% dari total 3 item pada dimensi tersebut.

4.1.6.3 Brief Depression Rating Scale (BDRS)

Hasil asesmen pra-intervensi partisipan 1 melalui observasi dengan alat ukur BDRS menunjukkan hasil yang dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.3 Skor Pra-Intervensi BDRS Partisipan 1 (SA)

No	Aspek	Skor	Makna skor	Keterangan
1.	<i>Mood</i> depresif, perasaan putus asa (hilang harapan)	5	Cukup mengganggu	Cukup banyak mengeluh
2.	Gejala somatis psiko-fisiologis	3	Sedikit	Memiliki masalah pada perut
3.	Kehilangan minat, inisiatif, dan kegiatan	5	Minat dan inisiatif cukup terganggu	Hanya menjalankan kegiatan rutin karena tidak bisa meninggalkannya
4.	Gangguan tidur	4	Antara sedikit gangguan tidur dengan tidur 4-5 jam	Terbangun lebih pagi dan sulit tidur kembali
5.	Cemas, tegang, khawatir	5	Cukup tegang atau cemas	Memikirkan kemungkinan-kemungkinan buruk yang dapat terjadi
6.	Penampilan	5	Terlihat sedih, tetapi bisa tersenyum	Secara umum terlihat sedih, tetapi bisa tersenyum
7.	Keyakinan depresif	4	Antara kadang-kadang dengan sering muncul keyakinan depresif	Meyakini bahwa kesulitan yang dialami sulit untuk diatasi, setidaknya untuk saat ini
8.	Pemikiran atau perilaku bunuh diri	1	Tidak ada pemikiran bunuh diri	Tidak ada pemikiran maupun percobaan bunuh diri dalam bentuk apapun

Secara umum, SA tampak tidak memiliki gejala depresi yang terbilang parah, karena skor tertinggi yang ia peroleh dari setiap aspek pada BDRS ini adalah 5. Gejala depresi dalam hal ini paling terlihat pada aspek '*mood* depresif', 'kehilangan minat', 'kecemasan', dan 'penampilan'.

4.1.7 Kesimpulan Asesmen Pra-Intervensi Partisipan 1

Dari pengisian alat ukur dan hasil wawancara, diketahui bahwa gejala depresi yang menonjol dialami oleh SA adalah menurunnya ketertarikan untuk menjalankan minat serta adanya perasaan-perasaan tidak nyaman berupa kekhawatiran mengenai banyak hal, kekesalan, keinginan untuk menangis, dan

pikiran-pikiran yang mengganggu. Sementara, dari Status Mental, tidak ditemukan adanya gangguan yang berarti pada fungsi kognitif.

Dari seluruh rangkaian asesmen pra-intervensi partisipan 1 (SA) dapat disimpulkan bahwa SA mengalami depresi yang dapat digolongkan ke dalam kategori depresi sedang sampai berat. Gejala depresi yang terlihat dalam diri SA secara umum terkait dengan kondisi penyakit yang diidap oleh suaminya. Kondisi suaminya tersebut membuat SA terbebani, karena mempengaruhi kondisi ekonomi, kegiatannya sehari-hari, dan juga hubungannya dengan suami.

4.2 Hasil Asesmen Pra-Intervensi Partisipan 2

4.2.1 Data Diri Partisipan 2

Inisial partisipan : RL
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Usia : 78 tahun
 Alamat : Depok
 Agama : Islam
 Suku bangsa : Sunda
 Pendidikan terakhir : SMA
 Status pernikahan : Menikah (*partisipan 2 merupakan suami dari partisipan 3*)
 Pekerjaan : Menerima pekerjaan lepas untuk membuat perabot, lukisan, memperbaiki barang rusak, dan lain-lain.
 Status sosial ekonomi : Menengah
 Keluhan saat ini : RL mengaku tertekan karena sejak dua tahun yang lalu, istrinya (*partisipan 3*) kehilangan 70% fungsi penglihatan akibat *ablasio* (retina lepas), dan ia harus menjaganya. RL mengeluhkan kondisi ini terjadi di masa tuanya, sehingga ia tidak bisa menikmati masa tuanya. Selain itu, RL juga mengeluhkan kondisi ekonominya yang terbatas,

karena ia tidak memiliki pensiun dan sudah lama berhenti bekerja.

4.2.2 Hasil Observasi Umum Partisipan 2

Peneliti melakukan asesmen pra-intervensi terhadap RL di rumahnya. RL menyambut peneliti dengan ramah saat tiba di rumahnya. RL saat itu mengenakan baju koko dan celana panjang bahan. RL memiliki tinggi badan sekitar 170cm dan berat badan sekitar 60kg. Kulit tubuhnya agak gelap dan sudah dipenuhi kerutan. Rambutnya pun sudah putih semua, dan ditutup dengan peci. Ia menyambut peneliti ke dalam rumah dan memperkenalkan istrinya kepada peneliti. Setelah itu, peneliti meminta untuk bicara secara personal satu per satu dengan RL, baru kemudian bergantian dengan istrinya yang menjadi partisipan peneliti juga.

RL tampak banyak bercerita semenjak awal pertemuan dengan peneliti. Ia banyak bicara sambil mengangguk-anggukan kepalanya dan menjaga kontak mata dengan peneliti. Sese kali ia berbisik, terutama ketika sedang membahas mengenai kondisi istrinya. Ia tidak segan bertanya jika tidak memahami pertanyaan yang diajukan oleh peneliti. Pada saat-saat tertentu, mata RL tampak berair, tetapi ia tidak sampai menangis. Ia mengatakan dirinya sedih karena hal-hal yang sedang ia alami sampai saat ini, dan hanya bisa pasrah menghadapinya. Sese kali, RL terlihat melamun setelah selesai menceritakan suatu hal, kemudian menanyakan kepada peneliti mengenai pertanyaan selanjutnya yang perlu ia jawab.

Saat mengisi alat ukur, RL melakukan pengisian dengan serius. Ia tidak bicara sama sekali dan terlihat tekun mengerjakan alat ukurnya. Begitu pula, saat diajukan pertanyaan oleh peneliti dari alat ukur yang lain, RL menyimak pertanyaan peneliti dan menjawabnya dengan lugas dan cepat.

4.2.3 Status Mental Partisipan 1

A. Deskripsi Umum

1. Penampilan

Tinggi badan RL kurang lebih 170cm dan berat badannya kurang lebih 60kg. Secara umum, tubuhnya tampak kurus dan kurang berisi. Kerutan pun sudah memenuhi tubuh dan wajahnya. Urat-urat pada tangannya terlihat menonjol, dan warna kulitnya terlihat gelap. RL mengenakan kaca

mata dan pakaian formal saat bertemu peneliti. Ia juga mengenakan peci pada kepalanya. Rambut putihnya terlihat dari bagian kepala yang tidak tertutup peci.

2. Kesadaran

RL memiliki kesadaran penuh saat bertemu dengan peneliti. Walaupun sesekali tertangkap sedang melamun, tetapi ia berada dalam kondisi sadar.

3. Perilaku dan aktivitas psikomotor

Postur tubuh RL cukup tegap, walaupun gerakannya cenderung lambat. *Muscle tone* RL tidak terlalu kuat, sehingga gerakannya nampak kurang bersemangat. Level energinya tergolong sedang. Ia tidak banyak bergerak, tetapi seringkali menggunakan gestur tubuhnya saat bicara.

4. Pembicaraan

Kemampuan RL untuk berbicara tergolong baik. Kuantitas pembicaraannya cukup banyak dan beragam. Intonasi bicaranya pun bervariasi, sesuai dengan isi pembicaraan. Tempo bicaranya cenderung lambat. Ia seringkali berhenti bicara dan terlihat berpikir terlebih dahulu, sebelum melanjutkan isi pembicaraannya.

5. Sikap terhadap peneliti

RL bersikap kooperatif terhadap peneliti. Ia cukup antusias menanggapi isi pembicaraan dan pertanyaan-pertanyaan yang diajukan oleh peneliti.

B. Keadaan Afektif (*Mood*), Perasaan, Ekspresi Afektif Serta Empati

1. Keadaan afektif (*mood*)

Keadaan afektif (*mood*) RL secara umum dapat digolongkan dalam kategori depresif. Ia tampak serius dan murung, hanya akan tersenyum atau menampilkan ekspresi lain saat menceritakan hal-hal tertentu.

2. Ekspresi afektif

RL tergolong cukup ekspresif dalam menampilkan afeknya. Walaupun secara umum terlihat serius dan murung, RL masih dapat menampilkan ekspresi lain sesuai topik yang sedang dibicarakan.

3. Keserasian

RL memiliki *appropriate affect* dalam menampilkan ekspresinya. Ia akan tersenyum saat membicarakan sesuatu yang menyenangkan, dan bisa terlihat sedih hingga matanya berair saat menceritakan kesusahan hatinya.

4. Empati

Isi pembicaraan RL yang cukup sesuai dengan afek yang ia tampilkan membuat peneliti dapat merasakan empati terhadap RL.

C. Fungsi Intelektual (Kognitif)

1. Taraf pendidikan, pengetahuan umum dan kecerdasan

Sebagai lulusan SMA yang memiliki cukup banyak pengalaman hingga usia lansia, RL tampak memiliki pengetahuan yang luas seputar topik sehari-hari dan politik. Ini mencerminkan kecerdasannya yang cukup baik.

2. Daya konsentrasi

RL memiliki konsentrasi yang baik. Ia memperhatikan peneliti dengan baik saat peneliti bicara, dan dapat mengikuti isi pembicaraan peneliti.

3. Orientasi (waktu, tempat, orang)

RL memiliki orientasi yang baik terkait waktu, tempat, dan orang. Ia dapat menyebutkan semuanya dengan tepat.

4. Daya ingat

- a. **Jangka panjang.** Ingatan jangka panjang RL tergolong baik. Ia mampu mengingat hal-hal yang sudah lama terjadi.
- b. **Jangka pendek.** Ingatan jangka pendeknya pun tergolong baik. Ia dapat menceritakan pengalamannya yang belum lama berlalu.
- c. **Segera.** Ingatan segera yang dimiliki RL juga tergolong baik. Ia dapat menyebutkan nama peneliti setelah peneliti memperkenalkan diri dan mengulang hal-hal yang disampaikan oleh peneliti dalam jangka waktu yang pendek.

5. Pikiran abstrak

RL memiliki kemampuan berpikir abstrak yang baik. Ia dapat melakukan analisis sederhana mengenai hal-hal yang terjadi di sekitarnya, baik yang sudah berlalu maupun yang masih dalam bentuk rencana.

D. Gangguan Persepsi

1. Halusinasi dan ilusi

RL tidak memiliki halusinasi dan ilusi.

2. Depersonalisasi dan derealisasi

RL tidak mengalami depersonalisasi maupun derealisasi.

E. Proses Berpikir

1. Arus pikiran

a. Produktivitas

Arus pikiran RL tergolong produktif karena berisi. Ia menyampaikan ide-ide yang beragam dalam pikirannya kepada peneliti.

b. Kontinuitas

Kontinuitas dalam arus pikiran RL terjaga dengan baik. Ia menyampaikan ide-ide dalam pikirannya secara berkesinambungan.

c. Hendaya berbahasa

RL tidak memiliki hendaya dalam berbahasa. Penggunaan kalimat dan kata-kata dalam Bahasa Indonesia tertata rapi dan dapat dilontarkan dengan baik.

2. Isi pikiran

a. Preokupasi

RL memiliki preokupasi pikiran terhadap kesulitannya meninggalkan rumah dan beraktivitas seperti dahulu sebelum istrinya kehilangan 70% penglihatan.

b. Gangguan pikiran, waham, gagasan mirip waham

RL tidak memiliki gangguan pikiran atau waham.

F. Pengendalian Impuls

Secara umum, RL dapat mengendalikan impulsnya dengan baik, tetapi ia terkadang memotong pembicaraan peneliti tanpa izin.

G. Daya Nilai

1. Norma sosial

Pengertian RL terhadap norma sosial dapat dikatakan baik. Ia bicara dan bersikap sopan kepada peneliti. Akan tetapi, ia seringkali memotong peneliti saat bicara.

2. Uji daya nilai (*judgement*)

RL tampak mampu membedakan hal-hal yang baik dan buruk. Hal ini tergambar dari pengalaman-pengalaman yang ia ceritakan.

3. Daya nilai realita

Penilaian RL terhadap realita tergolong baik dan tidak terganggu.

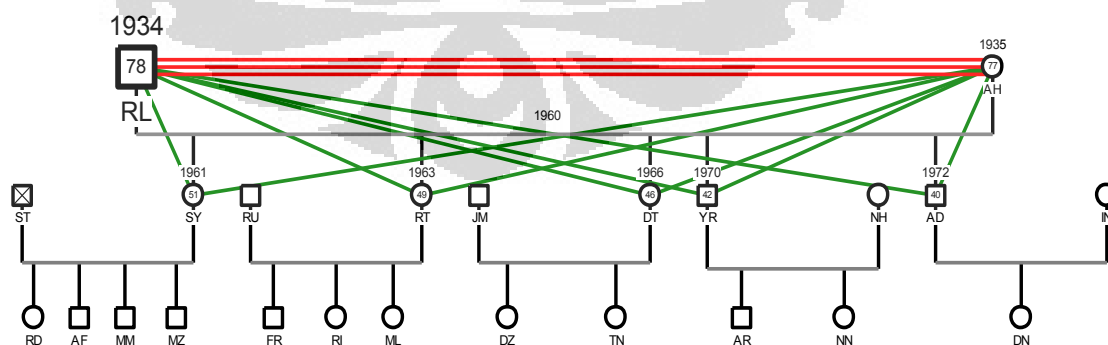
H. Tilikan (*Insight*)

RL menyadari bahwa dirinya sedang berada dalam kondisi tertekan dan sudah memendamnya cukup lama. Konsep depresi dapat ia terima dengan baik, walaupun ia belum memahami bahwa depresi dapat memunculkan gejala-gejala tertentu yang mungkin ia alami.

I. Taraf Dapat Dipercaya

Peneliti menilai RL dapat dipercaya. Cerita-cerita yang ia sampaikan tampak apa adanya dan bukan bentuk kebohongan.

4.2.4 Genogram Keluarga Partisipan 2



Gambar 4.3 Genogram Keluarga Partisipan 2 (RL)

4.2.5 Hasil Wawancara Partisipan 2

Di masa tuanya, RL tinggal bersama dengan istrinya di rumah kediaman mereka. RL merupakan suami dari AH yang menjadi partisipan 3 dalam penelitian ini. RL dan istrinya bersedia menjadi partisipan dalam pertemuan terpisah dengan alasan memang benar-benar ingin ditangani secara serius. RL dan istrinya merasa sudah terbuka dan membicarakan ini satu sama lain, tetapi tidak juga mendapat pemecahan atas beban yang masing-masing mereka alami.

Semenjak muda, RL selalu aktif dalam berbagai kegiatan, seperti organisasi-organisasi kemasyarakatan. Saat sudah menginjak usia lanjut pun, RL selalu aktif dalam kegiatan lansia di daerah tempat tinggalnya, seperti menjadi pengurus perkumpulan senam dan pengurus perkumpulan paduan suara. RL juga sering diberi pekerjaan berupa membetulkan barang-barang yang rusak sebagai keahliannya. Ia banyak mendapat penghasilan dari situ, di samping dari pemberian anak-anaknya.

Sayangnya, kondisi hidupnya saat ini tidak lagi memungkinkan baginya untuk berkegiatan seperti dahulu. RL mengeluhkan kondisi istrinya yang kehilangan 70% penglihatan semenjak dua tahun yang lalu. Kondisi istrinya ini membuat ia tidak dapat meninggalkan istrinya berlama-lama di rumah sendirian, karena istrinya saat itu tidak mau sering ditinggal dan karena ia pun selalu khawatir ketika meninggalkan istrinya di rumah. Kekhawatiran RL ini disebabkan oleh beberapa kali kecelakaan kecil yang pernah terjadi pada istrinya di rumah karena penurunan fungsi mata tersebut. Misalnya saja, istrinya pernah menjatuhkan kuah berisi minyak panas ketika sedang berusaha menggoreng makanan. Istrinya juga seringkali menubruk barang-barang yang ada di dalam rumah ketika sedang berjalan, hingga kakinya terluka atau memar.

Pada awalnya, RL mengaku tidak keberatan menjaga istrinya di rumah terus-menerus. Kemudian, RL sempat merasa tertekan karena jika terus berada di rumah, ia tidak dapat bersosialisasi dengan teman-temannya lagi, dan juga kehilangan pekerjaan yang biasanya ditawarkan kepadanya. Untuk mengatasi hal ini, RL terkadang masih bisa memaksakan diri meninggalkan rumah untuk ikut senam ataupun mengambil pekerjaan dengan seizin istrinya. Hanya saja, ketika berada di luar rumah pun, ia merasa tidak tenang, sehingga ia seringkali memilih

untuk cepat pulang. Saat ini, RL justru menjadi tidak berminat dan malas ke luar rumah, walaupun menurutnya, istrinya sudah mulai tidak keberatan dengan hal tersebut sejak setahun terakhir. Ia pun mengaku heran dengan perubahan yang terjadi pada dirinya tersebut.

Seluruh beban yang dirasakan RL membuatnya sedih dan seringkali menyesali keadaannya. Ia sempat mengungkapkan ketidakpuasannya mengenai masa tuanya yang dipenuhi beban. Ia berharap di masa tua dapat diurus oleh istrinya, tetapi sekarang yang terjadi malah sebaliknya. Ia juga sempat mengungkapkan pertanyaan kepada dirinya sendiri, "*Apa lebih baik dulu saya menikah dengan gadis kampung tetapi sehat, daripada gadis pandai tetapi masa tuanya sakit begini?*". Pikiran-pikiran seperti itu semakin menambah beban RL.

Setahun belakangan ini, RL pun merasa menjadi lebih sering membandingkan kondisinya dengan kondisi teman-temannya. Ia mengaku merasa kurang beruntung karena tidak menjadi pegawai negeri sehingga tidak memiliki pensiun. Ia berpikir bahwa kalau saja ia memiliki pensiun, maka beban ekonomi tidak perlu terlalu ia pikirkan seperti sekarang. RL pun mungkin tidak perlu lagi memikirkan usaha mencari pekerjaan jika memiliki pensiun seperti teman-temannya yang pegawai negeri. Ditambah lagi di usianya yang sudah lanjut ini, RL mulai mengalami masalah kesehatan, seperti batu ginjal yang seharusnya dioperasi. Usaha operasi itu tidak bisa segera dilakukan karena hambatan biaya. Hal ini membuat RL menjadi semakin menyesali kondisi ekonominya.

Selain itu, selama setahun belakangan ini, RL pun mengaku seringkali mengingat masa-masa saat ia masih bekerja sebagai pengusaha yang cukup sukses. Ia menyesali kejatuhan yang ia alami saat ia berusia sekitar 50 tahun sampai harus kehilangan rumah dan pindah ke rumah yang lebih kecil, kehilangan mobil, dan berbagai harta kekayaannya yang lain. Pengalaman-pengalaman ini pernah membuat RL tertekan. Saat melalui pengalaman-pengalaman tersebut pada waktu yang berbeda-beda, RL mengaku mengalami gejala-gejala depresi, seperti menjadi murung, menyalahkan diri, malas berkegiatan, dan sulit tidur. Dari cerita tersebut, peneliti menduga RL sudah pernah mengalami kecenderungan depresi sebanyak lebih dari satu kali, tetapi tidak dapat memastikan lebih lanjut karena informasi yang tidak memadai.

Di satu sisi, RL mengaku merasa tertekan dengan kondisinya, tetapi di sisi lain, RL merasa dirinya tidak boleh banyak mengeluh sebagai kepala keluarga. Sayangnya, justru pemikiran seperti ini membuatnya semakin tertekan dari hari ke hari. Ia merasakan perubahan-perubahan yang terjadi dalam dirinya, mulai dari merasa kurang bahagia, tidak dapat menikmati hidupnya seperti dulu, dan pemikiran-pemikiran lain yang berisi ketidakpuasan mengenai hidupnya.

Berikut ini gambaran skema perkembangan depresi dalam diri RL:



Gambar 4.4 Skema Perkembangan Depresi Partisipan 2 (RL)

4.2.6 Hasil Asesmen Alat Ukur Pra-Intervensi Partisipan 2

4.2.6.1 Beck Depression Inventory (BDI)

Pada tabel berikut ini dapat dilihat hasil asesmen pra-intervensi partisipan 2 dengan alat ukur BDI.

Tabel 4.4 Skor Pra-Intervensi BDI Partisipan 2 (RL)

Dimensi	No item	Isi Item	Skor	Persentase skor
Sikap negatif terhadap diri sendiri	1	Kesedihan	1	12 dari 33 (36%)
	2	Pesimisme	1	
	3	Perasaan gagal	2	
	4	Ketidakpuasan	2	
	5	Perasaan bersalah	2	
	6	Perasaan dihukum	1	
	7	Perasaan membenci diri sendiri	1	
	8	Kritik terhadap diri	2	
	9	Pemikiran bunuh diri	0	

	10	Menangis	0	
	14	Citra diri	0	
Penurunan performa	11	Mudah marah	1	7 dari 21 (33%)
	12	Menarik diri	0	
	13	Kesulitan memutuskan	1	
	15	Kesulitan bekerja	1	
	17	Kelelahan	1	
	20	Kepedulian pada kesehatan	2	
	21	Kehilangan gairah seksual	1	
Gejala somatis	16	Kesulitan tidur	1	3 dari 9 (33%)
	18	Perubahan selera makan	1	
	19	Penurunan berat badan	1	
TOTAL			22	22 dari 63 (35%)

Dari tabel di atas, dapat dilihat bahwa RL mengalami depresi yang dapat dikategorikan ke dalam depresi berat karena total skornya mencapai lebih dari 15 (>15). Persebaran skornya menunjukkan bahwa gejala depresi dalam diri RL paling menonjol pada dimensi 'sikap negatif terhadap diri sendiri', dengan persentase 36% skor (skor 12) dari skor total tertinggi yang dapat diperoleh pada dimensi tersebut (skor 33). Sikap negatif yang terlihat menonjol dalam hal ini misalnya muncul dalam bentuk perasaan gagal, ketidakpuasan, perasaan bersalah, dan kritik terhadap diri, yang kemudian disusul oleh kesedihan, pesimisme, perasaan dihukum, dan benci pada diri sendiri.

Di sisi lain, dimensi 'penurunan performa' dan 'gejala somatis' memiliki persentase yang sama, yaitu 33% dari total skor maksimal pada masing-masing dimensi, yaitu 21 pada 'penurunan performa' dan 9 pada 'gejala somatis'. Gejala pada dimensi 'penurunan performa' paling terlihat dalam hal kepedulian terhadap kesehatan, dilanjutkan dengan mudah marah, sulit memutuskan, sulit bekerja, kelelahan, dan penurunan gairah seksual. Terakhir, pada dimensi 'gejala somatis', gejala yang nampak dalam diri RL cukup merata dalam hal kesulitan tidur, perubahan selera makan, dan penurunan berat badan.

4.2.6.2 Geriatric Depression Scale (GDS)

Berikut ini hasil pengisian asesmen pra-intervensi alat ukur GDS partisipan 2.

Tabel 4.5 Skor Pra-Intervensi GDS Partisipan 2 (RL)

Dimensi	No item	Isi Item yang mendapat skor 1	Skor	Persentase skor
Sikap tidak acuh	1*	Secara umum puas dengan kehidupan	8	8 dari 12 (67%)
	2	Tidak lagi melakukan kegiatan dan minat		
	5*	Penuh harapan mengenai masa depan		
	9*	Bahagia hampir sepanjang waktu		
	19*	Merasa hidup menyenangkan		
	20	Sulit memulai kegiatan baru		
	21*	Merasa penuh energi		
Dysphoria	29*	Mudah membuat keputusan	5	5 dari 13 (38%)
	6	Memiliki pikiran yang mengganggu		
	13	Khawatir mengenai masa depan		
	18	Khawatir mengenai masa lalu		
	23	Kebanyakan orang lebih baik		
24	Sering merasa kesal			
Menarik diri	12	Memilih tinggal di rumah	1	1 dari 2 (50%)
Penurunan fungsi kognitif	30*	Pikiran jernih	1	1 dari 3 (33%)
TOTAL			15	15 dari 30 (50%)

* *Item unfavorable*

RL terlihat mengalami depresi sedang karena total skor GDS yang ia peroleh adalah 18, antara 11-20 yang merupakan rentang kategori depresi sedang. Gejala depresi yang paling menonjol dalam diri RL adalah dimensi 'sikap tidak acuh' dengan persentase 67% dari total 12 *item* pada dimensi tersebut. Setelah itu, disusul oleh dimensi 'menarik diri' sebanyak 50% dari 2 *item*, Sementara, untuk dimensi 'dysphoria', RL mendapat persentase skor sebesar 38% dari total 13 *item*. Persentase terendah diperoleh pada dimensi 'penurunan fungsi kognitif', yaitu 33% dari total 3 *item* pada dimensi tersebut.

4.2.6.3 Brief Depression Rating Scale (BDRS)

Hasil asesmen pra-intervensi partisipan 2 melalui observasi dengan alat ukur BDRS dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.6 Skor Pra-Intervensi BDRS Partisipan 2 (RL)

No	Aspek	Skor	Makna skor	Keterangan
1.	<i>Mood</i> depresif, perasaan putus asa (hilang harapan)	6	Antara cukup mengganggu dengan sangat mengganggu	Banyak mengeluh dan menyesali kondisi saat ini
2.	Gejala somatis psiko-fisiologis	2	Antara tidak ada dengan sedikit	Mengeluhkan sedikit penurunan kondisi kesehatan, tetapi tidak serius
3.	Kehilangan minat, inisiatif, dan kegiatan	5	Minat dan inisiatif cukup terganggu	Merasa repot jika harus meninggalkan rumah, walaupun biasanya senang dan sebenarnya perlu
4.	Gangguan tidur	2	Antara tidur nyaman dengan sedikit gangguan tidur	Kadang-kadang terbangun di malam hari, terutama jika sedang banyak pikiran
5.	Cemas, tegang, khawatir	5	Cukup tegang atau cemas	Merasa tidak sebebas dulu
6.	Penampilan	5	Terlihat sedih, tetapi bisa tersenyum	Ekspresi dasarnya terlihat sedih, tetapi tetap bisa tersenyum
7.	Keyakinan depresif	4	Antara kadang-kadang dengan sering muncul keyakinan depresif	Memiliki keyakinan bahwa hari tua tidak menyenangkan
8.	Pemikiran atau perilaku bunuh diri	1	Tidak ada pemikiran bunuh diri	Tidak ada pemikiran maupun percobaan bunuh diri dalam bentuk apapun

Skor tertinggi pada alat ukur ini diperoleh RL dari aspek '*mood* depresif' dengan skor 6, tetapi itu pun belum termasuk kategori yang sangat mengganggu. Sementara itu, aspek lain yang terlihat cukup terganggu antara lain 'kehilangan minat', 'kecemasan', 'penampilan' dengan skor 5, disusul oleh aspek 'keyakinan depresif' dengan skor 4.

4.2.7 Kesimpulan Asesmen Pra-Intervensi Partisipan 2

Berdasarkan asesmen pra-intervensi ditemukan bahwa RL mengalami gejala depresi yang menonjol dalam hal munculnya pikiran-pikiran negatif terhadap diri

sendiri, terkait kondisi yang sedang dialami, termasuk dalam bentuk penyesalan dan ketidakpuasan. Masalah pada fungsi kognitif yang dilihat melalui Status Mental tampak terlihat, tetapi tidak signifikan sehingga tidak terlalu mengganggu.

Kesimpulan yang dapat dibuat dari hasil asesmen pra-intervensi RL adalah RL mengalami depresi yang dapat digolongkan pada depresi sedang sampai berat. Penyebab depresi yang menonjol terlihat dalam diri RL adalah kondisi istrinya yang kehilangan 70% penglihatan, sehingga membuatnya menyesali keadaan tersebut yang muncul di masa tuanya. Kondisi ini diperparah dengan alasan lain, yaitu kondisi ekonomi yang kurang baik karena RL tidak memiliki penghasilan tetap dan kesulitannya meninggalkan rumah.

4.3 Hasil Asesmen Pra-Intervensi Partisipan 3

4.3.1 Data Diri Partisipan 3

Inisial partisipan : AH
 Jenis kelamin : Perempuan
 Usia : 77 tahun
 Alamat : Depok
 Agama : Islam
 Suku bangsa : Sunda
 Pendidikan terakhir : SGKT (Sekolah Guru Taman Kanak-kanak)
 Status pernikahan : Menikah (*partisipan 3 merupakan istri dari partisipan 2*)
 Pekerjaan : Tidak bekerja
 Status sosial ekonomi : Menengah
 Keluhan saat ini : Dua tahun yang lalu, AH kehilangan 70% fungsi penglihatannya karena *ablasio* (retina lepas) yang disebabkan oleh penuaan serta anemia. Semenjak saat itu, AH tidak lagi bisa menjalankan kegiatannya seperti biasa. Ia jarang mau ke luar rumah karena malu dan takut merepotkan orang yang harus menjaganya. AH memilih tinggal di rumah, dan tidak mau meninggalkan kegiatan

memasak serta membersihkan rumah. Ia seringkali mengalami kecelakaan kecil di rumah yang membuatnya menjadi semakin tertekan dan merasa gagal melakukan kegiatannya.

4.3.2 Hasil Observasi Umum Partisipan 3

AH merupakan istri dari RL (partisipan 2). Proses asesmen awal terhadap AH dilakukan di rumahnya, dalam pertemuan yang terpisah dengan RL. AH memiliki keterbatasan penglihatan karena kerusakan mata yang disebut *ablasio* (retina lepas), hingga penglihatannya kini hanya sekitar 30% saja. Ia dapat melihat situasi sekitarnya dalam bentuk bayang-bayang yang tidak jelas. Di luar penglihatan, semua kemampuan inderanya masih berfungsi dengan normal. Kemampuan komunikasinya pun masih lancar. Saat ditemui oleh peneliti, AH mengenakan setelan blus dan rok selutut. Tinggi badan AH sekitar 155cm, dan berat badannya sekitar 45kg. Tubuhnya tampak cukup berisi, walaupun banyak sisa lemak pada tangan, leher, dan kakinya yang menunjukkan bahwa ia menjadi lebih kurus dari kondisinya sebelumnya. Kerutan pada tubuhnya pun sudah tampak jelas, dibarengi dengan rambutnya yang sudah didominasi oleh rambut putih.

AH bersikap ramah kepada peneliti di pertemuan ini. Sebelumnya, AH pernah bertemu dengan peneliti saat *initial interview*. Ia beberapa kali meminta maaf karena tidak bisa melihat dengan jelas, tetapi ia berusaha meyakinkan peneliti bahwa ia akan mengikuti terapi dengan serius sesuai kemampuannya. AH menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan peneliti seperlunya saja. Ia lebih banyak mengalihkan pembicaraan kepada hal lain yang tidak terkait dengan pertanyaan peneliti. Ia terus menatap ke depan, dan hanya sesekali menghadap ke arah peneliti saat bicara. Peneliti beberapa kali kesulitan menghentikan AH bicara sebelum beranjak mengajukan pertanyaan selanjutnya.

Untuk pengisian alat ukur, karena keterbatasan penglihatan, maka peneliti membacakan isi alat ukurnya satu per satu. AH mendengarkan peneliti dengan seksama, lalu menjawab sambil menjelaskan satu per satu jawaban yang ia berikan. Tidak jarang, pengisian alat ukur berakhir pada cerita tertentu yang cukup panjang dari mulut AH.

4.3.3 Status Mental Partisipan 3

A. Deskripsi Umum

1. Penampilan

AH memiliki tinggi badan sekitar 155cm dan berat badan sekitar 45kg. Ia memakai pakaian formal ketika bertemu dengan peneliti dan mengikat rambutnya yang sudah hampir dipenuhi rambut putih. Perawakannya tampak cukup berisi, walaupun pada beberapa bagian, lemaknya tampak berlebih seolah ia belum lama mengalami penurunan berat badan. Kerutan pun sudah memenuhi tubuh dan wajahnya.

2. Kesadaran

Kesadaran AH saat bicara dengan peneliti tampak berada dalam kondisi sadar penuh. Ia dapat terkoneksi dengan peneliti dari awal hingga akhir pertemuan.

3. Perilaku dan aktivitas psikomotor

Postur tubuh AH tampak cenderung lunglai dan kurang bersemangat. *Muscle tone* AH pun tergolong lemah, dibarengi dengan level energinya yang cenderung rendah. Ia banyak bergerak saat bicara, tetapi gerakannya cenderung lambat dan lemas.

4. Pembicaraan

Pembicaraan AH terlontar dengan lancar selama pertemuan berlangsung. Intonasinya pun beragam, sesuai dengan isi pembicaraannya. Tempo bicara AH cenderung cepat, dan sulit dihentikan ketika sedang bicara. Kuantitas pembicaraannya cukup banyak dan bervariasi, tetapi isinya kurang mendalam.

5. Sikap terhadap peneliti

Secara umum, AH memiliki sikap yang kooperatif terhadap peneliti. Ia menyambut dan menanggapi peneliti dengan ramah sepanjang pertemuan.

B. Keadaan Afektif (*Mood*), Perasaan, Ekspresi Afektif Serta Empati

1. Keadaan afektif (*mood*)

Keadaan afektif (*mood*) AH secara umum tampak cenderung depresif. Ekspresi murung seringkali ia tampilkan, tetapi ia sering berusaha

menutupinya dengan tersenyum atau menceritakan hal-hal tertentu yang tidak terkait dengan pertanyaan peneliti.

2. Ekspresi afektif

AH dapat menampilkan ekspresi murung dan senang selama pembicaraan berlangsung. Ia cenderung menghindari afek yang depresif dan murung dengan mengalihkan pembicaraan ke hal-hal yang menyenangkan. Akan tetapi, saat sedang terdiam, AH terlihat kembali murung.

3. Keserasian

AH memiliki keserasian antara isi pembicaraan dengan ekspresi (*appropriate affect*). Hanya saja, kecenderungannya untuk menghindari topik yang tidak menyenangkan membuatnya seringkali menampilkan ekspresi bingung saat bicara.

4. Empati

Peneliti agak sulit berempati dengan cerita AH karena ia lebih banyak membicarakan hal-hal yang tidak terkait dengan pertanyaan peneliti. Ia mengaku memiliki tekanan dan ingin dibantu, tetapi hanya mau membahas sedikit mengenai keluhannya.

C. Fungsi Intelektual (Kognitif)

1. Taraf pendidikan, pengetahuan umum dan kecerdasan

Sebagai lulusan SGTK (Sekolah Guru Taman Kanak-kanak), AH memiliki pengalaman bekerja yang cukup baik. Pengetahuannya mengenai topik tertentu, seperti lansia dan kesehatan pun tergolong baik. Hal ini dapat mencerminkan tingkat kecerdasannya yang tergolong baik pula.

2. Daya konsentrasi

Konsentrasi AH pada dasarnya tergolong baik dalam pertemuan ini. Hal ini tampak dari kemampuannya mengikuti topik-topik pembicaraan yang dibawa oleh peneliti. Hanya saja, AH terkadang tidak dapat fokus pada topik pembicaraan tertentu dalam waktu lama, terutama jika peneliti membahas keluhannya.

3. Orientasi (waktu, tempat, orang)

AH memiliki orientasi yang baik mengenai waktu, tempat, dan orang-orang yang ada di sekitarnya.

4. Daya ingat

- a. **Jangka panjang.** AH memiliki ingatan jangka panjang yang baik. Ia dapat menceritakan hal-hal yang terjadi di masa kecilnya.
- b. **Jangka pendek.** Ingatan jangka pendek AH pun tergolong baik. Ia dapat mengingat hal-hal yang belum lama terjadi, seperti kemarin.
- c. **Segera.** Ingatan segera yang dimiliki AH tergolong baik, karena ia bisa mengulang isi pembicaraan peneliti secara langsung.

5. Pikiran abstrak

AH mampu berpikir abstrak, misalnya membuat perencanaan sederhana mengenai kegiatannya sehari-hari dan analisis terhadap hal-hal yang pernah ia alami.

D. Gangguan Persepsi

1. Halusinasi dan ilusi

AH tidak memiliki halusinasi dan ilusi.

2. Depersonalisasi dan derealisasi

AH tidak mengalami depersonalisasi maupun derealisasi.

E. Proses Berpikir

1. Arus pikiran

a. Produktivitas

Arus pikiran AH tergolong kurang produktif. AH banyak mengulang cerita yang tidak terkait dengan pertanyaan peneliti. Selain itu, walaupun banyak topik yang dibahas, tetapi tidak ada yang dibahas secara benar-benar mendalam.

b. Kontinuitas

Pada saat-saat tertentu, AH kurang mampu menjaga kontinuitas pembicaraan, terutama dengan mengalihkan pembicaraan pada hal

lain yang tidak terkait dengan masalahnya. Kendati demikian, pada dasarnya ia dapat berpikir dengan koheren.

c. Hendaya berbahasa

AH tidak memiliki hendaya berbahasa. Ia mampu menggunakan kalimat dalam Bahasa Indonesia dengan baik dan jelas.

2. Isi pikiran

a. Preokupasi

AH memiliki preokupasi pikiran terkait pengalaman dan keberhasilannya di masa lalu, saat ia masih aktif dan belum mengalami masalah penglihatan. AH mengulang-ulang pengalamannya ini terus-menerus dengan menceritakannya kepada peneliti.

b. Gangguan pikiran, waham, gagasan mirip waham

AH tidak memiliki gangguan pikiran atau waham.

F. Pengendalian Impuls

AH tampak memiliki sedikit kesulitan mengendalikan impuls, terutama dalam hal menahan diri untuk tidak menceritakan pengalaman dan keberhasilan masa lalunya terus-menerus. Peneliti seringkali kesulitan menghentikan AH saat bicara mengenai hal tersebut.

G. Daya Nilai

1. Norma sosial

AH memiliki pemahaman akan norma sosial yang baik. Ia mengetahui norma yang baik di mata sosial dan mempraktekkan norma yang baik pula kepada peneliti.

2. Uji daya nilai (*judgement*)

Dari cerita mengenai pengalamannya, AH tampak memiliki uji daya nilai yang baik. Ia mampu membedakan hal-hal yang baik dan yang buruk.

3. Daya nilai realita

AH memiliki pemahaman mengenai realita yang baik dan tidak terganggu.

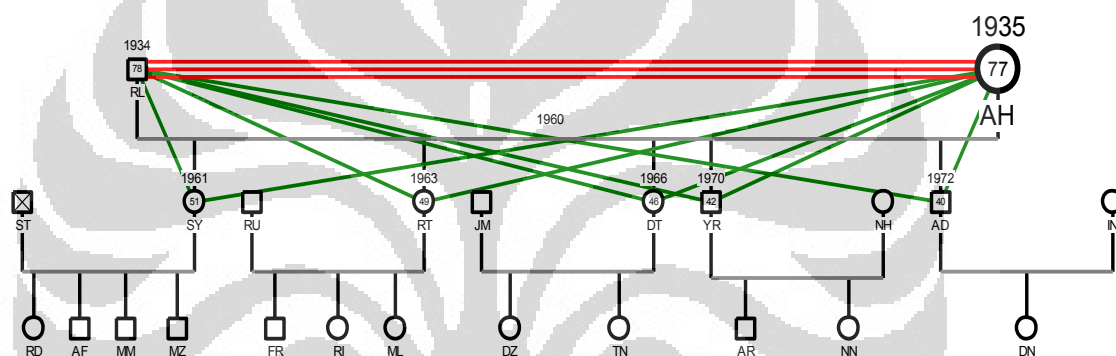
H. Tilikan (Insight)

AH mengakui bahwa dirinya merasa tertekan dengan kondisinya saat ini, tetapi porsinya hanya sedikit dan ia tidak mengetahui penyebabnya. Ia juga tampak belum mau membicarakannya dengan peneliti.

I. Taraf Dapat Dipercaya

Isi pembicaraan AH pada dasarnya dapat dipercaya. Hanya saja, ia cenderung menghindari pembicaraan yang menurutnya tidak menyenangkan, karena mungkin dapat membuatnya tidak nyaman.

4.3.4 Genogram Keluarga Partisipan 3



Gambar 4.5 Genogram Keluarga Partisipan 3 (AH)

4.3.5 Hasil Wawancara Partisipan 3

AH adalah istri dari RL yang merupakan partisipan 2 dalam penelitian ini. Semenjak dua tahun lalu, AH kehilangan 70% penglihatannya karena *ablasio* (retina lepas) akibat penuaan serta kekurangan darah. Kondisi tersebut tidak dapat disembuhkan, melalui jalan operasi sekalipun. Hal ini dikarenakan usia AH yang sudah terlalu tua. Akhirnya, AH hanya diberikan vitamin mata untuk diminum setiap hari.

AH mengaku sangat sedih saat kehilangan 70% penglihatannya secara tiba-tiba. Hidupnya berubah semenjak saat itu. Ia yang tadinya aktif berkegiatan bersama para lansia di sekitar tempat tinggalnya, kini menjadi tidak bisa melakukannya lagi. AH mengaku aktif bekerja dan berkegiatan sejak muda. Ia terus-menerus mengulang cerita mengenai pencapaian-pencapaian dan kegiatan-kegiatan yang pernah ia lakukan dengan bangga, tetapi sekarang sudah tidak bisa

melakukannya lagi. Ia mengaku langsung meninggalkan kegiatannya karena terganggu dengan pertanyaan para kenalannya mengenai kondisi matanya. Baginya, kehilangan 70% penglihatan hampir tidak ada bedanya dengan menjadi tunanetra karena ia hampir tidak bisa melihat apapun.

AH menyesal karena saat muda tidak memperhatikan kesehatan, karena dokter menilai kerusakan penglihatan yang ia alami disebabkan oleh kekurangan darah dan kelelahan yang terus-menerus tidak ditangani. AH mengaku memang sering memaksakan diri untuk bekerja dan tidak terlalu mepedulikan kesehatannya, termasuk melupakan makan dan minum teratur.

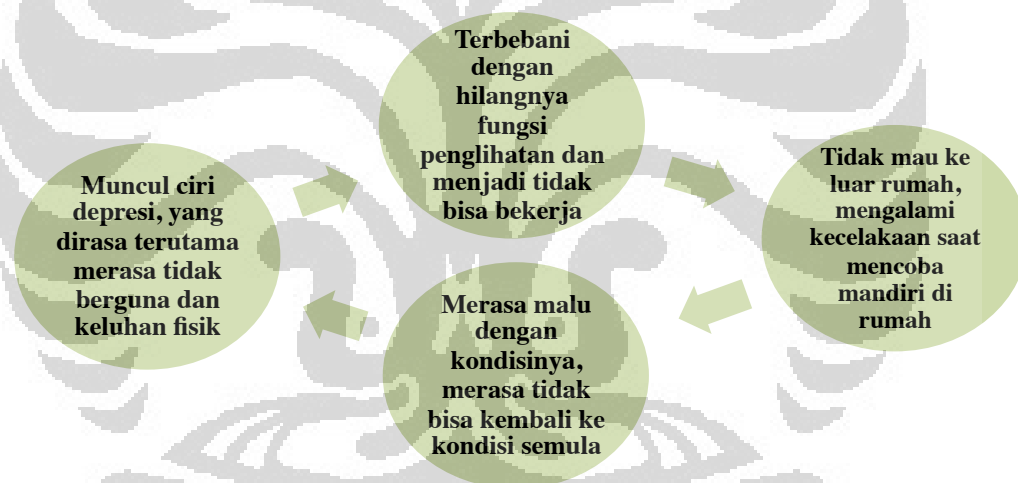
Walaupun sudah hampir tidak bisa melihat, AH mengaku tidak mau menyerah dengan kondisi tersebut. Awalnya, AH agak memaksa dirinya untuk tetap bisa menjalankan kegiatan sehari-hari, seperti membersihkan rumah dan memasak. Dalam kondisi belum terbiasa dengan minimnya kemampuan penglihatan, AH seringkali mengalami kecelakaan-kecelakaan di rumahnya sendiri, misalnya kena tumpahan minyak panas saat sedang memasak atau kejatuhan barang-barang karena tidak melihatnya ketika jatuh. Lama-kelamaan, AH berhasil melakukan kegiatan-kegiatannya dengan lebih baik, walaupun kecelakaan tetap tidak terhindarkan. Ia pernah disuruh berhenti berkegiatan oleh suami dan anak-anaknya, tetapi ia menolak karena hal itu akan membuatnya merasa semakin tidak berguna.

Walaupun sudah lebih terbiasa, AH tidak dapat memungkiri bahwa ia masih merasa terbebani dengan kondisinya saat ini. AH seringkali merasa terganggu saat suaminya atau teman-temannya mengajaknya keluar rumah. Ia mengaku malu karena tidak bisa melihat dengan jelas, dan menganggap suami maupun teman-temannya tidak memahami hal tersebut. Ia juga khawatir terjatuh saat berjalan karena tidak mengenal lingkungan di luar lingkungan rumahnya.

Kondisi AH ini membuatnya menjadi lebih pemurung dan sensitif dengan orang-orang dan kejadian-kejadian yang terjadi di sekitarnya. Ia merasa orang-orang tidak memahami dirinya, dan merasa dirinya tidak lagi berguna seperti dulu. Kecelakaan yang ia alami terus-menerus saat mencoba melakukan sesuatu membuat AH seringkali merasa frustrasi dengan kondisinya. Ia pun belum bisa menerima bahwa matanya tidak bisa disembuhkan dengan cara apapun.

Beban lain yang dialami oleh AH terkait dengan kondisi ekonomi dan kondisi kesehatannya secara umum. Dari sisi kondisi ekonomi, AH mengeluhkan kondisi keuangannya yang terbatas karena baik dirinya maupun suaminya sudah tidak bekerja lagi. Sese kali suaminya hanya mendapat penghasilan dari usahanya membetulkan barang-barang milik tetangga mereka. Selebihnya, penghasilan sehari-hari mereka peroleh dari pemberian anak-anak mereka. Sementara itu, dari sisi kesehatan, AH mengeluhkan kondisi kesehatannya yang semakin menurun dari waktu ke waktu. Selama dua tahun terakhir, AH sering mengalami keluhan fisik, seperti sakit maag, pegal-pegal pada badan, mudah berkeringat, lemas, dan lain-lain. Menurutnya, penurunan kondisi ini disebabkan oleh penurunan aktivitas yang ia alami. Ia juga mengalami kesulitan tidur karena kepalanya dipenuhi oleh pikiran-pikiran mengenai kondisi kesehatan dan kondisi ekonominya.

Berikut ini gambaran skema perkembangan depresi dalam diri AH:



Gambar 4.6 Skema Perkembangan Depresi Partisipan 3 (AH)

4.3.6 Hasil Asesmen Alat Ukur Pra-Intervensi Partisipan 3

4.3.6.1 Beck Depression Inventory (BDI)

Berikut ini hasil asesmen pra-intervensi partisipan 3 dengan alat ukur BDI.

Tabel 4.7 Skor Pra-Intervensi BDI Partisipan 3 (AH)

Dimensi	No item	Isi Item	Skor	Persentase skor
Sikap negatif terhadap diri sendiri	1	Kesedihan	1	12 dari 33 (36%)
	2	Pesimisme	2	
	3	Perasaan gagal	1	
	4	Ketidakpuasan	3	

	5	Perasaan bersalah	1	
	6	Perasaan dihukum	0	
	7	Perasaan membenci diri sendiri	1	
	8	Kritik terhadap diri	2	
	9	Pemikiran bunuh diri	0	
	10	Menangis	1	
	14	Citra diri	0	
Penurunan performa	11	Mudah marah	2	10 dari 21 (48%)
	12	Menarik diri	2	
	13	Kesulitan memutuskan	0	
	15	Kesulitan bekerja	1	
	17	Kelelahan	1	
	20	Kepedulian pada kesehatan	2	
Gejala somatis	21	Kehilangan gairah seksual	2	3 dari 9 (33%)
	16	Kesulitan tidur	1	
	18	Perubahan selera makan	1	
	19	Penurunan berat badan	1	
TOTAL			25	25 dari 63 (40%)

Depresi yang dialami oleh AH dapat dikategorikan sebagai depresi berat karena skor yang didapatkannya berada di atas 15 (>15). Dimensi yang paling besar skornya adalah dimensi ‘penurunan performa’, yaitu sebesar 48% dari total skor tertinggi 21 pada dimensi tersebut. Gejala yang paling menonjol dari dimensi ini adalah mudah marah, menarik diri, kepedulian pada kesehatan, kehilangan gairah seksual, disusul oleh kesulitan bekerja dan kelelahan. Pada dimensi ‘gejala somatis’, AH mendapat persentase 33% dari total skor maksimal 9 pada dimensi tersebut. Semua *item* pada aspek ini, yaitu kesulitan tidur, perubahan selera makan, dan penurunan berat badan mendapatkan skor 1.

Terakhir, pada dimensi ‘sikap negatif terhadap diri sendiri’, AH mendapatkan persentase 36% dari total skor maksimal 33 yang mungkin dicapai pada dimensi ini. Gejala yang menonjol adalah ketidakpuasan, disusul oleh pesimisme, kritik terhadap diri sendiri, kesedihan, perasaan gagal, perasaan bersalah, membenci diri sendiri, dan menangis.

4.3.6.2 Geriatric Depression Scale (GDS)

Pada tabel berikut dapat dilihat hasil pengisian GDS dari partisipan 3.

Tabel 4.8 Skor Pra-Intervensi GDS Partisipan 3 (AH)

Dimensi	No item	Isi Item yang mendapat skor 1	Skor	Persentase skor
Sikap tidak acuh	1*	Secara umum puas dengan kehidupan	7	7 dari 12 (58%)
	2	Tidak lagi melakukan kegiatan dan minat		
	9*	Bahagia hampir sepanjang waktu		
	19*	Merasa hidup menyenangkan		
	20	Sulit memulai kegiatan baru		
	21*	Merasa penuh energi		
	27*	Menikmati bangun pagi		
Dysphoria	4	Sering merasa bosan	10	10 dari 13 (77%)
	6	Memiliki pikiran yang mengganggu		
	10	Merasa tidak berdaya		
	11	Risau dan gelisah		
	13	Khawatir mengenai masa depan		
	16	Merasa putus asa dan sedih		
	17	Tidak berharga dengan kondisi sekarang		
	18	Khawatir mengenai masa lalu		
Menarik diri	23	Kebanyakan orang lebih baik	2	2 dari 2 (100%)
	24	Sering merasa kesal		
Penurunan fungsi kognitif	12	Memilih tinggal di rumah	2	2 dari 3 (67%)
	28	Menghindari pertemuan sosial		
TOTAL	26	Masalah konsentrasi	20	20 dari 30 (67%)
	30*	Pikiran jernih		

* *Item unfavorable*

Skor yang diperoleh AH pada alat ukur ini adalah 20, tergolong ke dalam batas atas kategori depresi sedang (antara 11-20). Gejala depresi yang paling menonjol tampak pada dimensi 'menarik diri', yaitu 100%, atau seluruh *item* mendapat skor 1. Disusul oleh dimensi 'dysphoria' sebesar 77% dari total 13 *item*. Sementara itu, dimensi 'penurunan fungsi kognitif' menempati posisi ketiga dengan persentase 67% dari total 3 *item*, disusul oleh dimensi 'sikap tidak acuh' dengan persentase 58% dari keseluruhan 12 *item* pada dimensi tersebut.

4.3.6.3 Brief Depression Rating Scale (BDRS)

Hasil asesmen pra-intervensi partisipan 3 menggunakan alat ukur BDRS dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.9 Skor Pra-Intervensi BDRS Partisipan 3 (AH)

No	Aspek	Skor	Makna skor	Keterangan
1.	<i>Mood</i> depresif, perasaan putus asa (hilang harapan)	6	Antara cukup mengganggu dengan sangat mengganggu	Banyak mengeluh dan menceritakan penyesalan terkait kondisi masa lalu dan masa kini
2.	Gejala somatis psiko-fisiologis	6	Antara cukup dan parah	Mengeluhkan beberapa gangguan fisik, mulai dari masalah perut, rasa lemas, gatal-gatal, dan pegal-pegal
3.	Kehilangan minat, inisiatif, dan kegiatan	6	Antara cukup terganggu dengan sangat apatis	Mau berkegiatan, tetapi hanya kegiatan wajib di rumah
4.	Gangguan tidur	5	Tidur 4-5 jam	Rata-rata jumlah jam untuk tidur semalam 4-5 jam, dengan sesekali terbangun di malam hari
5.	Cemas, tegang, khawatir	6	Antara cukup tegang atau cemas dengan sangat mengganggu	Cukup banyak ketegangan mengenai kondisi-kondisi yang dialami saat ini dan membandingkan dengan masa lalu
6.	Penampilan	3	Kadang-kadang terlihat sedih	Secara umum tidak terlalu tampak sedih, hanya sesekali terlihat sedih
7.	Keyakinan depresif	5	Sering muncul	Merasa dirinya tidak berguna di masa tua karena penglihatan yang terbatas
8.	Pemikiran atau perilaku bunuh diri	1	Tidak ada pemikiran bunuh diri	Tidak ada pemikiran maupun percobaan bunuh diri dalam bentuk apapun

AH mendapat skor tertinggi pada aspek '*mood* depresif', 'gejala somatis', 'kehilangan minat', dan 'kecemasan' dengan skor 6. Hal ini perlu mendapat perhatian serius karena cukup banyak aspek yang mendapat skor tinggi ini. Selanjutnya, aspek lain dengan skor 5 adalah 'gangguan tidur' dan 'keyakinan depresif'. Aspek 'penampilan' menempati skor 3 sehingga AH tidak terlalu terlihat bermasalah dari segi penampilan.

4.3.7 Kesimpulan Asesmen Pra-Intervensi Partisipan 3

Dari asesmen pra-intervensi, AH tampak mengalami depresi dengan gejala yang menonjol terutama pada hilangnya minat untuk berkegiatan dan bersosialisasi dengan orang lain. Fungsi diri AH juga mengalami penurunan yang cukup terlihat, hingga membuatnya kurang berminat untuk menjalankan kegiatan-kegiatan di luar kegiatan rutinnnya sehari-hari. Selain itu, gejala somatis juga tampak cukup banyak dalam diri AH, terkait dengan depresi yang ia alami. Dari Status Mental terlihat bahwa AH memiliki sedikit masalah pada produktivitas arus pikiran, karena ia terus-menerus mengulangi isi cerita yang sama mengenai masa lalu. Hal ini terkait pula dengan preokupasi pikiran AH dengan hal tersebut.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa AH mengalami depresi yang tergolong dalam depresi sedang sampai berat. Depresi yang dialami AH terkait dengan kondisi penglihatannya yang sudah hilang 70% semenjak dua tahun lalu. Keluhan ini akhirnya memunculkan banyak tekanan dalam diri AH, yang berujung pada berkembangnya depresi hingga saat ini pada dirinya.

4.4 Kesimpulan Asesmen Pra-Intervensi Antar Partisipan

Berdasarkan seluruh data asesmen pra-intervensi tiga partisipan yang sudah dijabarkan di atas, peneliti akan membuat kesimpulan berisi perbandingan antar partisipan yang dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.10 Kesimpulan Pra-Intervensi antar Partisipan

Aspek	Partisipan 1 (SA)	Partisipan 2 (RL)	Partisipan 3 (AH)
Jenis kelamin	Perempuan	Laki-laki	Perempuan
Usia	66 tahun	78 tahun	77 tahun
Tingkat pendidikan	S1	SMA	SGTK (setingkat SMA)
Pekerjaan	Pengajar PAUD, Penjual pakaian	Menerima pekerjaan lepas	Tidak bekerja
Status sosial ekonomi	Menengah	Menengah	Menengah
Situasi utama penyebab depresi	Suami mengidap gagal ginjal semenjak enam bulan lalu	Istri kehilangan 70% penglihatan, kesulitan ekonomi	Kehilangan 70% penglihatan semenjak dua tahun lalu
Masalah fungsi kognitif (Status Mental)	Perasaan cenderung depresif, kecenderungan preokupasi pada keluhan depresi	Perasaan cenderung depresif, preokupasi pada keluhan depresi, memotong pembicaraan (impuls)	Perasaan depresif, sedikit masalah produktivitas dan preokupasi pikiran berupa pengulangan cerita
BDI	Skor 21 (depresi berat) Paling menonjol pada dimensi 'penurunan performa'	Skor 22 (depresi berat) Paling menonjol pada dimensi 'sikap negatif terhadap diri sendiri'	Skor 25 (depresi berat) Paling menonjol pada dimensi 'penurunan performa'
GDS	Skor 15 (depresi sedang) Paling menonjol pada dimensi 'dysphoria'	Skor 15 (depresi sedang) Paling menonjol pada dimensi 'sikap tidak acuh'	Skor 20 (depresi sedang) Paling menonjol pada dimensi 'menarik diri'
BDRS	Skor tertinggi (skor 5) pada aspek 'mood depresif', 'kehilangan minat', 'kecemasan', dan 'penampilan'	Skor tertinggi (skor 6) pada aspek 'mood depresif'	Skor tertinggi (skor 6) pada aspek 'mood depresif', 'gejala somatis', 'kehilangan minat', dan 'kecemasan'

5. HASIL INTERVENSI

Pelaksanaan Terapi Kognitif-Perilaku pada tiga orang partisipan dalam penelitian ini direncanakan berlangsung sebanyak 10 pertemuan, dengan 1 sesi pra-intervensi, 8 sesi intervensi, dan 1 sesi pasca-intervensi. Sebelum menjalankan 10 pertemuan tersebut, peneliti sudah melakukan 1 pertemuan di awal untuk *initial interview*. Pertemuan dilakukan sebanyak dua kali dalam seminggu, masing-masing memakan waktu sekitar 60 (1 jam), dengan jadwal yang disesuaikan dengan kesediaan masing-masing partisipan.

5.1 Hasil Intervensi Partisipan 1 (SA)

5.1.1 Gambaran Pelaksanaan Intervensi Partisipan 1 (SA)

Sebelum memasuki penjabaran setiap sesi pertemuan, berikut adalah tabel realisasi jadwal pertemuan dengan partisipan 1.

Tabel 5.1 Realisasi Pertemuan dengan Partisipan 1 (SA)

Sesi	Realisasi Jadwal
<i>Initial interview</i>	Jumat, 13 April 2012
Pra-intervensi	Selasa, 17 April 2012
1	Sabtu, 21 April 2012
2	Selasa, 24 April 2012
3	Sabtu, 28 April 2012
4	Selasa, 1 Mei 2012
5	Sabtu, 5 Mei 2012
6	Selasa, 8 Mei 2012
7	Sabtu, 12 Mei 2012
8	Selasa, 15 Mei 2012
Pasca-intervensi	Selasa, 22 Mei 2012

Berikut ini rincian pelaksanaan intervensi pada partisipan 1 (SA):

Sesi 1

Isi sesi : Psikoedukasi Mengenai Terapi Kognitif-Perilaku dan Depresi;
Pengantar Monitor Perasaan

Waktu : Sabtu, 21 April 2012

Tempat : Ruang tamu rumah kediaman SA

Keterangan : Ruang tamu SA memiliki suasana yang tenang, sehingga kondusif untuk dijadikan tempat pelaksanaan intervensi. Suaminya yang saat itu ada di rumah sedang tidur di dalam kamar.

Observasi : SA mengenakan pakaian yang cukup formal beserta kerudung dan sudah menunggu kedatangan peneliti. Ia tampak antusias menyambut kedatangan peneliti. Sepanjang menjalani sesi hari ini, secara umum suasana perasaan SA tampak agak murung, tetapi ia dapat menjalani sesi dengan konsentrasi yang baik.

Gambaran Hasil Sesi:

Pada saat peneliti menjelaskan prinsip-prinsip dari Terapi Kognitif-Perilaku, SA menyimak dengan seksama. Ia mengaku dapat memahami dasar terapi yang melibatkan pikiran, perasaan, dan tingkah laku serta keterkaitan tiga aspek tersebut. Ketika diminta, SA juga mampu memberikan contoh pengalaman yang melibatkan hubungan pikiran, perasaan, dan tingkah laku. Misalnya, ia mengaku seringkali marah dengan mendiamkan suaminya apabila ia sedang kesal atau banyak pikiran.

Lebih lanjut, ketika membahas prinsip-prinsip Terapi Kognitif-Perilaku, SA dapat memahami prinsip “edukatif”, “masa sekarang”, “terstruktur”, dan “bertujuan”. Sementara itu, SA banyak bertanya mengenai prinsip “kolaboratif” dan “meningkatkan keterampilan”. Pada prinsip “kolaboratif”, peneliti menjelaskan pentingnya peran SA sebagai klien di dalam terapi ini. Terapi tidak akan dapat berjalan dengan baik apabila SA tidak mau berperan aktif bersama dengan peneliti selama proses terapi. Di sisi lain, untuk prinsip “meningkatkan keterampilan”, peneliti menjelaskan bahwa dalam terapi ini, peneliti akan mengajarkan keterampilan-keterampilan psikologis untuk SA, yang dapat digunakan dalam kehidupan sehari-hari. Nantinya, efek terapeutik akan diperoleh SA saat sudah mempraktekkan keterampilan-keterampilan tersebut. Peneliti juga memberi analogi bahwa jika dokter memberikan obat untuk terapi, maka peneliti akan memberikan keterampilan yang dapat membantu SA mengatasi tekanannya sehari-hari.

Setelah itu, peneliti masuk ke bagian selanjutnya, yaitu membahas materi depresi, mulai dari gejala-gejala depresi, contoh skema perkembangan depresi, hingga tips menangani depresi. Peneliti mengajak SA membahas materi mengenai depresi yang ada di lembar materi. SA beberapa kali menolak bahwa dirinya disebut depresi. Ia mengaku memiliki gejala-gejala depresi yang disebutkan dalam materi, tetapi tidak parah sehingga tidak mau disebut depresi. Peneliti membiarkan SA berpendapat demikian, kemudian meminta SA mengisi lembar kerja “Mengenali Depresi”. SA bersedia mengisi lembar tersebut, dan memikirkannya cukup lama. Setelah selesai mengisi, peneliti kembali mengajak SA berdiskusi mengenai ciri depresi yang ia alami. Setelah mengisi lembar tersebut, SA menjadi lebih mudah mengakui bahwa dirinya mengalami depresi. Ia pun langsung membahas ciri-ciri yang ia miliki, mulai dari gejala motivasi yaitu enggan keluar rumah, gejala emosi yaitu mudah marah, gejala kognitif yaitu sulit bekerja, gejala tingkah laku yaitu tidak keluar rumah jika tidak terlalu perlu, dan gejala fisik yaitu mudah lelah dan sulit tidur.

SA beberapa kali mengkonfirmasi kepada peneliti mengenai kemungkinannya mengalami depresi karena adanya ciri-ciri tersebut. Peneliti menjelaskan bahwa depresi adalah hal yang wajar dialami oleh semua orang. Lebih lanjut, SA menambahkan bahwa mungkin dengan mengakui depresi yang ada di dalam dirinya, peneliti menjadi lebih dapat membantunya mengatasi depresinya tersebut.

Dari hasil pertemuan ini, peneliti melihat bahwa SA sudah cukup memahami prinsip Terapi Kognitif-Perilaku dan depresi, baik secara teoritis maupun memahami ciri depresi yang ada dalam dirinya. SA juga tampak bersemangat menanti pertemuan selanjutnya, untuk memperoleh keterampilan-keterampilan dari peneliti.

Kesimpulan Sesi 1:

1. SA mampu memahami prinsip-prinsip Terapi Kognitif-Perilaku yang akan dijalaninya
2. SA mampu memahami ciri depresi secara teoritis serta mengenali ciri-ciri depresi yang ada di dalam dirinya

Tugas untuk Sesi 2:

1. SA diminta terus memperhatikan ciri-ciri depresi yang muncul dalam dirinya.
2. Peneliti menjelaskan materi “Monitor Perasaan”, yaitu memonitor perasaan setiap harinya untuk mengetahui hal-hal atau kegiatan-kegiatan yang membuat perasaan menjadi positif dan negatif, termasuk depresif setiap hari. Kemudian, peneliti meminta SA melakukan tugas “Monitor Perasaan” setiap harinya sampai pertemuan sesi 2.

Sesi 2

Isi sesi	: Monitor Perasaan; Pengantar Rencana Kegiatan Harian
Waktu	: Selasa, 24 April 2012
Tempat	: Ruang tamu rumah kediaman SA
Keterangan	: Ruang tamu SA memiliki suasana yang tenang, sehingga kondusif untuk dijadikan tempat pelaksanaan intervensi. Suaminya sedang berada di kamar menonton televisi.
Observasi	: Seperti pertemuan sebelumnya, SA mengenakan pakaian formal dan kerudung. Ia menerima kedatangan peneliti dengan antusias. Suasana perasaan SA hari ini tampak tidak semurung sebelumnya. Konsentrasi SA pun terjaga dengan baik selama sesi berlangsung.

Gambaran Hasil Sesi:

Pada sesi 2 ini, SA sudah mengerjakan tugas di lembar kerja “Monitor Perasaan” selama dua hari, yaitu hari Minggu dan Senin yang terletak antara pertemuan sesi 1 dan sesi 2 hari ini. Untuk itu, peneliti membuka sesi ini dengan membahas hasil pengerjaan tugas tersebut. SA mengaku cukup kesulitan mengerjakan tugas “Monitor Perasaan” tersebut. Ia kesulitan menentukan peristiwa-peristiwa atau kejadian-kejadian yang perlu dimasukkan ke dalam lembar kerja tersebut, sehingga ia memilih memasukkan dengan cukup detail dan banyak. Pemeriksa melihat hasil pengerjaan tugas SA dan membahasnya bersama dengan SA.

Di hari Minggu, SA mengantar suaminya ke dokter, dan kejadian sepanjang perjalanan ke dokter banyak membuatnya merasa tidak nyaman. Ia

menceritakan bahwa hari itu, suaminya banyak meminta makan makanan yang tidak sehat yang ia lihat di jalan, seperti soto ayam, bakmi, baso, ketoprak, dan lainnya. Saat suaminya meminta makanan-makanan tersebut, SA langsung kuatir karena ia tidak kuasa menolak tetapi juga takut suaminya akan menjadi sakit jika dibiarkan makan makanan tersebut. Awalnya, SA mencoba membujuk suaminya untuk makan di rumah saja, tetapi suaminya memaksa. Ia kemudian membujuk suaminya lagi untuk boleh makan hanya satu jenis makanan, yaitu soto ayam, tetapi tidak sampai habis, tetapi ternyata suaminya menghabiskan makanannya. Ia pun menjadi kesal kepada suaminya, tetapi tidak bisa marah juga karena ia tidak mau suaminya menjadi terbebani. Ketika sampai di rumah, ia kembali bertambah kesal sekaligus sedih karena suaminya menjadi lemas dan tidur seharian. SA menjadi merasa bersalah dan menyalahkan dirinya sendiri karena telah membiarkan suaminya makan sembarangan. Untungnya, di malam harinya, suami SA sudah kembali segar, sehingga perasaan ini tidak bertahan lama dalam diri SA. Ia memberi nilai perasaan di hari itu adalah 4, karena cenderung tidak menyenangkan. Sementara, untuk perinciannya, sebagai contoh, SA memberi nilai 3 untuk peristiwa melihat suaminya menghabiskan soto ayam yang ia makan.

Sementara itu, di hari Senin, SA mengaku cukup senang karena bertemu dengan saudara-saudaranya yang datang berkunjung ke rumah untuk menjenguk suaminya. SA banyak mengobrol dengan saudara-saudaranya, dan banyak tertawa dengan mereka. Saudara-saudaranya memang kadang datang berkunjung, terutama semenjak suami SA mengidap gagal ginjal. Pengalaman hari itu menghasilkan perasaan yang ia beri nilai 7 secara umum. Untuk salah satu pengalaman, yaitu makan bersama dengan saudara-saudaranya sambil mengobrol dinilainya 7 pula.

Saat peneliti menanyakan mengenai hal yang didapatkan SA dari pengalaman mengerjakan tugas ini, SA mengaku tugas ini bisa membuatnya lebih memperhatikan diri sendiri, sekaligus membuatnya bisa mengungkapkan perasaannya setiap hari. Khusus untuk pengalaman dua hari tersebut, SA merasa pengalamannya sangat berbeda, sehingga mudah dibandingkan. Ia semakin tahu bahwa ia merasa sangat tidak nyaman ketika menghadapi suaminya yang ingin

melanggar pantangan makan, sementara ia merasa nyaman saat bisa bertemu dengan saudara-saudaranya.

Dari pembahasan tugas ini, peneliti kemudian mengaitkan pendapat yang diutarakan oleh SA dengan materi mengenai “Monitor Perasaan” itu sendiri. Lewat tugas ini, peneliti menjelaskan bahwa SA akan dapat mengenali peristiwa ataupun kegiatan yang membuatnya memiliki emosi positif dan negatif. Setelah itu, SA sendiri yang dapat mengendalikan kegiatannya sehari-hari agar lebih banyak diisi oleh hal yang positif daripada yang negatif. SA tampak dapat menangkap hal ini dengan mudah. SA kemudian bertanya mengenai langkah yang harus ia lakukan jika ternyata ada hal-hal negatif yang tidak dapat ia hindari. Untuk menghadapi hal tersebut, peneliti menjelaskan bahwa SA dapat menggunakan tips-tips mengatasi depresi yang sudah pernah dibahas pada sesi 1, karena memang tidak semua hal negatif bisa dihindari dalam kehidupan sehari-hari. SA pun mengangguk tanda mengerti.

Setelah selesai membahas “Monitor Perasaan”, peneliti melanjutkan sesi dengan pembahasan selanjutnya, yaitu membuat “Rencana Kegiatan Harian”. Peneliti memberikan lembar materi dan menjelaskan isinya kepada SA. Peneliti menjelaskan bahwa “Rencana Kegiatan Harian” merupakan kelanjutan dari “Monitor Perasaan”, karena rencana yang dibuat didasarkan pada hasil yang didapatkan dari monitor terhadap perasaan. Misalnya saja, karena SA senang mengobrol, maka dalam “Rencana Kegiatan Harian”, SA dapat memasukkan kegiatan bertemu teman atau saudara dan berusaha merealisasikannya.

SA tampak dapat memahami materi ini dengan mudah. Ia tidak bertanya karena mengaku sudah memahami isi materi. Setelah itu, peneliti memutuskan untuk melanjutkan dengan latihan membuat rencana kegiatan. Peneliti memberikan lembar kerja “Rencana Kegiatan Harian” kepada SA dan mengajarkan cara mengisinya. SA menyimak dan mampu mengisi lembar kerja tersebut sesuai instruksi yang diberikan peneliti, serta yang ia baca sendiri di lembar kerja. SA mencatat kegiatan-kegiatan yang menyenangkan, positif, serta bermanfaat baginya di lembar catatan “Rencana Kegiatan Harian”, kemudian dapat memindahkannya dengan mudah ke lembar kerja “Rencana Kegiatan

Harian”. Kegiatan-kegiatan yang ia ambil misalnya senam, menelepon saudara, teman atau anak, berjalan-jalan ke pusat perbelanjaan, dan menonton televisi.

Di sesi ini, peneliti melihat bahwa SA mendapat manfaat dari tugas “Monitor Perasaan” yang sudah ia kerjakan berdasarkan pengalamannya sendiri. SA juga sudah memahami pentingnya membuat rencana kegiatan dan mau mencoba mempraktekkan rencana yang ia buat selama beberapa hari ke depan sampai bertemu kembali di sesi 3.

Kesimpulan Sesi 2:

1. SA mampu memahami pentingnya melakukan monitor terhadap perasaan setiap hari, agar lebih mengenal hal-hal yang dapat memunculkan emosi positif dan negatif, termasuk yang sifatnya depresif. Lebih lanjut, SA juga menyadari bahwa hal-hal yang membawa emosi negatif tidak selalu bisa dihindari, sehingga ia tetap perlu melakukan sesuatu untuk menangani depresi, yaitu dari tips-tips yang sudah diberikan oleh peneliti pada sesi 1.
2. SA mampu menentukan kegiatan-kegiatan yang sifatnya positif, menyenangkan, dan bermanfaat untuk dilakukan dan dimasukkan ke dalam “Rencana Kegiatan Harian”. Kegiatan-kegiatan yang ia pilih misalnya senam, dan menelepon saudara, teman atau anak.

Tugas untuk Sesi 3:

1. SA diminta mempraktekkan “Rencana Kegiatan Harian” yang sudah ia buat untuk tiga hari ke depan (Rabu, Kamis, Jumat), sebelum bertemu kembali dengan peneliti di sesi 3 hari Sabtu. Selain mempraktekkannya, SA juga diminta melakukan evaluasi setiap akhir hari mengenai perasaannya hari itu dikaitkan dengan kegiatan-kegiatan positif, menyenangkan, dan bermanfaat yang sudah ia lakukan. Dalam evaluasi, SA diminta menghitung jumlah kegiatan yang sudah dilakukan dan memilih angka yang sesuai untuk menggambarkan perasaannya setiap harinya.

Sesi 3

- Isi sesi : Rencana Kegiatan Harian; Pengantar Relaksasi
- Waktu : Sabtu, 28 April 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman SA
- Keterangan : Rumah SA saat itu sedang kedatangan anak sulung SA. Selama sesi berlangsung, anak SA dan suami SA berdiam di ruang makan, sementara sesi dilangsungkan di ruang tamu.
- Observasi : Saat peneliti datang, SA baru saja selesai sholat, dan ia meminta peneliti menunggu sebentar. Ia menemui peneliti dengan mengenakan pakaian formal dan kerudung. Hari ini, suasana perasaan SA tampak positif karena tidak murung. Konsentrasi SA terjaga dengan baik. Ia pun tampak lebih banyak bertanya dibanding pertemuan sebelumnya.

Gambaran Hasil Sesi:

Sesi 3 ini dibuka dengan pembahasan tugas rumah dari sesi sebelumnya, yaitu praktek “Rencana Kegiatan Harian”. Peneliti menanyakan pengalaman SA selama mempraktekkan tugas tersebut, termasuk kesulitan-kesulitan yang ia alami. SA mengaku tidak memiliki kesulitan berarti dalam memilih kegiatan-kegiatan yang positif, menyenangkan, dan bermanfaat. Sayangnya, ia sudah menduga sejak awal bahwa kemungkinannya untuk melakukan kegiatan-kegiatan tersebut sangat kecil. Seringkali alasan tidak melakukannya pun bukan hanya sekedar karena tidak ada waktu, tetapi karena ada rasa malas dan tidak terlalu tertarik untuk melakukannya. Di hari Rabu, dari 7 rencana kegiatan yang dibuat oleh SA, ada 2 yang tidak bisa dilakukan karena tidak ada waktu, mengingat ia memiliki jadwal pengajar PAUD di hari itu hingga siang. Sementara itu, di hari Kamis, dari 8 rencana kegiatan yang ada, ada 3 yang tidak dikerjakan karena SA merasa malas. Di hari terakhir, dari 7 rencana kegiatan yang ada, SA berhasil melakukan semuanya karena memaksakan dirinya.

Dari antara ketiga hari ini, SA mengaku merasa paling nyaman di hari Rabu, dengan nilai perasaannya hari itu adalah 7. Sementara itu, yang paling tidak nyaman adalah hari Jumat, padahal di hari itu, ia berhasil melakukan semua

kegiatannya. SA mengaku tidak terlalu senang karena walaupun berhasil melakukan semua rencananya di hari Jumat, tetapi ia merasa justru menjadi terlalu memaksakan dirinya. Jadi, SA menyimpulkan bahwa rencana kegiatan harusnya dibuat realistis, sehingga benar-benar bermanfaat, bukan malah menjadi membebani.

Setelah selesai membahas tugas “Rencana Kegiatan Harian”, peneliti mengajak SA untuk memasuki materi selanjutnya, yaitu “Relaksasi”. Pertama-tama, peneliti menjelaskan mengenai relaksasi dari lembar materi relaksasi yang juga diberikan kepada SA. Saat membaca dan mendengar penjelasan mengenai materi relaksasi, SA bisa memahaminya dengan cukup mudah. Ia memiliki kebingungan pada penjelasan prinsip relaksasi yang berbunyi “Belajar relaksasi adalah belajar untuk ‘melepaskan’ ketegangan, bukan ‘berjuang’ untuk menjadi rileks”. Untuk menjawab kebingungan ini, peneliti menjelaskan dengan contoh apabila sedang mengalami susah tidur, biasanya orang berusaha menyuruh atau memaksa dirinya untuk tidur, tetapi cara tersebut justru tidak akan membuatnya jatuh tertidur. Begitu pula dengan relaksasi, jika dipaksakan, justru malah menjadi tidak bisa rileks. Setelah dijelaskan demikian, SA mengaku sudah mengerti dan setuju dengan prinsip tersebut.

Setelah itu, peneliti membacakan materi berupa instruksi relaksasi pernapasan dan mengajarkan latihan relaksasi pernapasan kepada SA dengan menunjukkannya di hadapan SA. SA sempat kesulitan saat mempraktekkan pernapasan perut. Ia terus-menerus memegang dada dan perutnya untuk mempertahankan dadanya tidak mengembang saat menarik napas. Setelah mencoba berkali-kali, SA akhirnya bisa melakukannya. Peneliti kemudian memandunya melakukan latihan relaksasi pernapasan sebanyak 10 kali menarik dan membuang napas. Setelah selesai latihan relaksasi pernapasan, SA mengatakan adanya kelegaan di bagian dada. Ia menyebutnya sebagai “*plong*”.

Setelah latihan relaksasi pernapasan, peneliti menjelaskan relaksasi progresif kepada SA dari lembar materi. Kemudian, peneliti mengajarkan kepada SA cara melakukan relaksasi progresif, yaitu gerakan pada setiap kelompok otot. SA tidak mengalami kesulitan saat mencoba mempraktekkannya bersama peneliti, kecuali untuk bagian otot bibir. SA beberapa kali mengulangi gerakan otot

bibirnya dan memastikan bahwa gerakannya sudah benar kepada pemeriksa. Setelah selesai mempraktekkan seluruh gerakan otot, peneliti memutarakan panduan relaksasi dari CD player untuk mempraktekkan seluruh rangkaian latihan relaksasi progresif. Selama latihan, SA tampak fokus. Ia sempat meminta latihan dipotong pada bagian otot dada karena menurutnya instruksi menahan napasnya terlalu lama. Peneliti pun menjelaskan bahwa ia dapat menahan napas semampunya saja. Setelah selesai latihan relaksasi progresif, SA mengaku masih belum merasa rileks, tetapi malah agak tegang karena memikirkan gerakan. Peneliti menjelaskan bahwa latihan yang dilakukan terus-menerus akan dapat mengurangi kecenderungan tersebut. SA menyanggupi untuk menjalani latihan sendiri.

Kesimpulan Sesi 3:

1. SA dapat menarik manfaat dari pelaksanaan “Rencana Kegiatan Harian”, termasuk bahwa memaksakan kegiatan yang terlalu banyak justru bisa menjadi beban tersendiri. Sebaliknya, jika direncanakan dengan realistis, ketika dilaksanakan efeknya pun menjadi baik.
2. SA sudah memahami manfaat dan prinsip-prinsip relaksasi secara teoritis, serta mampu mempraktekkan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif.

Tugas untuk Sesi 4:

1. SA diminta untuk tetap memperhatikan perasaan dan memilih kegiatan-kegiatan yang positif, menyenangkan serta bermanfaat setiap harinya, walaupun tidak mencatatnya di lembar kerja.
2. SA diberi tugas untuk mempraktekkan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif, masing-masing dua kali dalam sehari dan mencatatnya di lembar kerja “Latihan Relaksasi Pernapasan” dan “Latihan Relaksasi Progresif”. Hal yang perlu dicatat adalah waktu melakukan relaksasi dan tingkat rileks sebelum dan sesudah menjalani latihan relaksasi.

Sesi 4

- Isi sesi : Relaksasi; Pengantar Teknik Memecahkan Masalah
- Waktu : Selasa, 1 Mei 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman SA
- Keterangan : Ruang tamu SA sepi dan kondusif untuk pertemuan dengan peneliti karena saat itu hanya ada suami SA di rumah, dan suami SA sedang berada di kamar.
- Observasi : SA menerima kedatangan peneliti dengan baik. Ia menemui peneliti dengan pakaian formal dan kerudung seperti biasa. SA dapat berkonsentrasi sepanjang pertemuan. Ia juga terlihat sudah lebih banyak tersenyum dari sesi-sesi sebelumnya.

Gambaran Hasil Sesi:

Peneliti membuka pertemuan sesi 4 dengan membahas hasil latihan relaksasi SA di rumah, baik relaksasi pernapasan maupun relaksasi progresif. Dari hasil pengerjaan tugas tersebut, SA tampak sudah menjalankan latihan dengan rutin sebanyak dua kali setiap harinya, masing-masing relaksasi dilakukan terpisah. Dari tingkat rileks sebelum dan sesudah relaksasi yang dilaporkan oleh SA, SA tampak lebih mendapatkan manfaat relaksasi dari relaksasi pernapasan. Di latihan relaksasi pernapasan, terjadi peningkatan tingkat rileks dalam diri SA. Sementara, pada latihan relaksasi progresif, ada beberapa yang dilaporkan tidak mengalami peningkatan tingkat rileks, bahkan ada yang menurun. Ia mengaku memang tidak terlalu menyukai relaksasi progresif karena memakan waktu yang lama. SA merasa dirinya terlalu sulit fokus jika harus berlatih relaksasi progresif dalam waktu yang lama. Ia tetap menjalankan latihan relaksasi progresif, tetapi lebih menyukai relaksasi pernapasan.

Terkait manfaat relaksasi, SA merasakan manfaatnya benar-benar membuat rileks. SA mengaku senang melakukan relaksasi, terutama relaksasi pernapasan dan ketika sedang bersiap tidur. Relaksasi ini menurutnya memudahkannya untuk tidur. Sementara itu, untuk relaksasi progresif, di luar latihan yang dicatat, SA senang melakukan hanya beberapa gerakan, yaitu tangan

dan dada menjelang tidur. Menurutnya, itu juga membantunya untuk lebih mudah jatuh tertidur, melengkapi relaksasi pernapasan yang ia lakukan.

Setelah selesai membahas relaksasi dan manfaatnya, peneliti beralih pada latihan relaksasi kembali. Peneliti memandu SA melakukan latihan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif bersama dengan peneliti. Kemudian, peneliti langsung menanyakan komentar SA setelah selesai. SA mengatakan pendapatnya tidak berubah, tetapi jika ada peneliti, ia merasa lebih bersemangat, kemungkinan karena ada yang seolah mengawasinya. Peneliti menjelaskan bahwa latihan relaksasi ini akan bermanfaat bagi SA sendiri, sehingga peneliti tidak akan memaksakan SA untuk melakukannya dan menjadikannya beban. SA menyetujui pendapat peneliti. Ia mengatakan tetap akan latihan, dan berharap akan mendapat efek positif dari latihan tersebut, terutama dari relaksasi progresif yang masih belum dirasa bermanfaat olehnya.

Setelah selesai membahas relaksasi, peneliti memandu sesi beralih ke bagian selanjutnya, yaitu materi pengantar “Teknik Memecahkan Masalah”. Peneliti memberikan lembar materi kepada SA, dan membacakan sambil menjelaskan isi materi tersebut kepada SA. Peneliti menjelaskan kepada SA bahwa teknik memecahkan masalah ini mungkin sebenarnya sudah biasa dilakukan oleh SA dan orang-orang lain pada umumnya, tetapi peneliti mencoba menjelaskan teknik memecahkan masalah yang sifatnya lebih detail dan terencana, serta mempertimbangkan berbagai hal yang biasanya mungkin tidak terlalu dipikirkan.

Ketika dijelaskan mengenai teknik memecahkan masalah, SA mengaku heran karena dirinya seringkali tidak memikirkan hal-hal yang perlu dipertimbangkan ketika berusaha memecahkan masalah, misalnya keuntungan dan kerugian dari pemecahan masalah tersebut, serta alternatif yang mungkin diambil jika solusi yang dikira berhasil ternyata tidak membuahkan hasil. Menurut SA, materi yang diajarkan oleh peneliti kali ini sebenarnya cukup sederhana, tetapi seringkali tidak terpikir, sehingga jarang dilakukan. Ketika peneliti memberikan contoh, SA menyimak dengan baik. Ia mengaku sedang memiliki masalah, yaitu seputar kondisi kesehatan suaminya. Ia ingin mencoba teknik yang diajarkan oleh peneliti untuk memecahkan masalah tersebut. Peneliti tidak langsung membahas

masalah tersebut di pertemuan ini dan sengaja membiarkan SA mengerjakannya sendiri terlebih dahulu. Hasilnya baru akan dibicarakan lagi pada sesi selanjutnya.

Kesimpulan Sesi 4:

1. SA merasakan dan memahami manfaat melakukan relaksasi, terutama untuk memudahkannya tertidur. Ia juga mengenali bahwa dirinya lebih menyukai dan cocok dengan relaksasi pernapasan daripada relaksasi progresif karena relaksasi progresif memakan waktu yang lebih banyak dan caranya pun lebih rumit daripada sekedar relaksasi pernapasan.
2. SA mengetahui hal-hal yang perlu dipertimbangkan dan dipikirkan untuk memecahkan masalah. Ia menganggap hal tersebut sebagai sesuatu yang sebenarnya sederhana, tetapi seringkali tidak terpikir untuk dilakukan. SA juga bersemangat ingin mencoba teknik ini untuk memecahkan masalah yang sedang ia alami.

Tugas untuk Sesi 5:

1. SA diminta untuk tetap melakukan latihan relaksasi pernapasan dan progresif secara rutin setiap hari dan memperhatikan tingkat rileks yang ia rasakan sebelum dan sesudah relaksasi, walaupun tidak perlu lagi mencatatnya di dalam lembar kerja.
2. Tugas dari sesi 4 untuk dibahas di sesi 5 adalah mengisi lembar kerja “Teknik Memecahkan Masalah” untuk berusaha memecahkan masalah yang benar-benar sedang dialami oleh SA saat ini. SA diminta memikirkan dan mengerjakannya sendiri tanpa panduan dari peneliti, sebelum dibahas bersama pada sesi 5.

Sesi 5

Isi sesi : Teknik Memecahkan Masalah; Pengantar Materi Pikiran Negatif
 Waktu : Sabtu, 5 Mei 2012
 Tempat : Ruang tamu rumah kediaman SA
 Keterangan : Saat itu, ruang tamu SA sepi seperti biasanya. Di dalam rumah hanya ada suami SA, dan ia sedang berada di dalam kamar.

Observasi : Saat peneliti datang, SA sedang menonton televisi di ruang tengah rumahnya. Setelah membukakan pintu untuk peneliti, SA meminta izin untuk mengganti bajunya dan keluar kamar dengan mengenakan pakaian formal beserta kerudung. Suasana perasaan SA tampak sudah cukup stabil dan tidak murung. Ia dapat menjalani sesi dengan konsentrasi yang baik.

Gambaran Hasil Sesi:

Di awal pertemuan sesi 5 ini, peneliti pertama-tama melakukan *mid-test* menggunakan alat ukur yang dipakai saat *pre-test*, serta melakukan wawancara singkat seputar depresi yang dialami SA. Setelah itu, peneliti baru masuk ke isi dari sesi ini.

Sesi 5 dibuka dengan membahas tugas rumah dari sesi sebelumnya, yaitu mengenai teknik memecahkan masalah. Peneliti membaca lembar kerja “Teknik Memecahkan Masalah” yang sudah diisi oleh SA. Ada satu lembar kerja yang diisi oleh SA. SA membahas masalah kondisi fisik suami SA yang tidak dapat disembuhkan sekaligus membutuhkan pengobatan yang terus-menerus. SA mengaku tidak tenang memikirkan kondisi suaminya tersebut, karena ia ingin suaminya sembuh, tetapi tidak bisa. Inti dari masalahnya adalah suaminya seringkali melanggar makan dan tidak minum obat, padahal hal itu buruk bagi dirinya. Jika suaminya sakit, SA yang akan menjadi repot, sehingga ia ingin sekali dapat menuntaskan masalah ini. Dari mencoba mencari pemecahan atas masalah ini, SA mengaku mendapatkan beberapa alternatif yang sebelumnya tidak terpikir olehnya, seperti membuat makanan yang berbeda setiap hari agar suaminya tidak bosan dan tidak minta makan di luar yang tidak sehat. SA mengaku baru mulai mencobakan solusi tersebut hari ini, sehingga belum tahu hasilnya.

Dari pengerjaan tugas itu, peneliti dan SA membahas bahwa teknik memecahkan masalah yang diajarkan oleh peneliti dapat diterapkan SA karena membuat SA berpikir lebih rapi dan terarah, berbeda dengan cara memecahkan masalah yang biasa ia lakukan. SA mengaku merasakan manfaat dari teknik tersebut.

Untuk memperdalam pemahaman mengenai teknik ini, peneliti mengajak SA untuk mengisi satu lembar kerja lagi berisi usaha memecahkan masalah SA yang lain. SA memilih memecahkan masalah piutang yang sedang ia alami karena ada pelanggannya yang berhutang. Uang hasil penjualan baju merupakan salah satu bentuk penghasilannya sekarang, sehingga piutang ini menjadi masalah. SA mampu menjabarkan alternatif solusi dengan baik, walaupun hanya ada dua solusi yang ia temukan, yaitu menagih hutang dan merelakan hutang dan mencari alternatif keuntungan lain. Dari proses pembicaraan, SA menganggap alternatif kedua lebih cocok dilakukan karena ia sudah pernah menagih kepada orang yang sama, tetapi tidak berhasil. Dari sini terlihat bahwa SA sudah berusaha melihat pengalaman kegagalan solusi terdahulu untuk mengatasi masalah yang sama. Ia berniat mencoba solusi yang lain. Sayangnya, solusi alternatif yang ada hanya satu, sehingga SA tidak memiliki pilihan solusi yang bisa ia pilih. Peneliti melihat bahwa SA sudah mampu melakukan langkah-langkah dalam teknik memecahkan masalah ini dengan baik.

Kesimpulan Sesi 5:

1. SA memahami manfaat dari teknik memecahkan masalah yang sudah diajarkan.
2. SA sudah mampu memahami langkah-langkah yang diperlukan untuk memecahkan masalah, serta mencoba mempraktekannya untuk masalahnya sendiri.

Tugas untuk Sesi 6:

1. SA diminta mencoba mempraktekkan solusi yang sudah ia pilih dari teknik memecahkan masalah dalam kehidupannya sehari-hari.
2. Peneliti menjelaskan materi “Pikiran Negatif”, yaitu mengenai jenis-jenis pikiran yang tidak berguna serta tidak adaptif. Kemudian SA diminta untuk menemukan pikiran-pikiran negatif yang ia miliki, dan menuliskannya di lembar kerja “Mengenal Pikiran Negatif” sebagai tugas rumah.

Sesi 6

- Isi sesi : Pikiran Negatif; Pengantar Restrukturisasi Pikiran
- Waktu : Selasa, 8 Mei 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman SA
- Keterangan : Ruang tamu SA terbilang sepi untuk dijadikan tempat intervensi, karena hanya ada suaminya di rumah, dan suaminya sedang tidur di kamar.
- Observasi : Ketika peneliti datang, SA sudah menunggu dengan mengenakan pakaian formal dan kerudungnya. SA sedang berada dalam kondisi kurang sehat hari ini karena kepalanya pusing. Hal ini menyebabkan konsentrasinya agak menurun. Kendati demikian, ia tetap dapat menjalani sesi dengan baik. Suasana hatinya pun tampak positif.

Gambaran Hasil Sesi:

Sesi 6 dibuka dengan membahas pengerjaan tugas mengenai “Pikiran Negatif” yang sudah dilakukan oleh SA. SA tampak tidak mengalami kesulitan mengidentifikasi pikiran-pikiran negatif yang ia miliki. Contoh pikiran negatif yang ia kenali antara lain berprasangka buruk dan keharusan. Berprasangka buruk misalnya ia berpikir suaminya sengaja membentaknya jika diberi makanan yang tidak enak untuk menyakiti hatinya atau ia pernah berpikir temannya membencinya karena SA pernah tidak diundang saat membuat hajjat. Sementara, contoh dari keharusan adalah SA berpikir bahwa ia seharusnya tidak memberi hutang kepada pelanggannya hingga tidak dibayar seperti sekarang. Ia juga menyesali sakit yang diidap suaminya dan berpikir seharusnya ia tidak membiarkan suaminya makan sembarangan serta tidak menjaga kadar gula darahnya sejak dulu.

Setelah membahas pengerjaan tugas pikiran negatif, peneliti kemudian membahas materi pikiran negatif lebih lanjut, yang terkait dengan depresi. Peneliti membahas satu per satu jenis pikiran negatif yang ada di dalam materi, yaitu berprasangka buruk, pikiran selektif, berpikir hitam putih, overgeneralisasi, katastrofisasi, dan keharusan. SA dapat memahami seluruh jenis tersebut, dan

menurutnya pikiran-pikiran tersebut memang biasanya muncul, tetapi ia tidak menyadarinya sebagai sesuatu yang buruk. Artinya, SA sudah memahami bahwa pikiran negatif muncul secara otomatis.

Setelah selesai membahas pikiran negatif, peneliti beralih pada materi selanjutnya, yaitu melakukan restrukturisasi terhadap pikiran negatif. Peneliti memberikan lembar materi “Restrukturisasi Pikiran” kepada SA, dan menjelaskan bahwa restrukturisasi pikiran dapat diartikan sebagai menata kembali pikiran menjadi lebih sehat. Peneliti menekankan pentingnya melakukan restrukturisasi pikiran untuk pikiran negatif karena pikiran negatif muncul secara otomatis, sehingga tidak dapat dicegah. Oleh karena itu, setelah muncul, pikiran otomatis ini bisa dilawan atau ditata ulang. Lebih lanjut, peneliti beralih menjelaskan teknik ABCDE untuk melakukan restrukturisasi pikiran tersebut. SA agak kebingungan saat dijelaskan mengenai konsep D, yaitu mencari pikiran alternatif untuk melawan pikiran negatif. Menurutnya, jika sedang mumet, pasti sulit sekali mencari pikiran alternatif itu. Peneliti mengiyakan bahwa pikiran negatif biasanya akan lebih mendominasi ketika individu sedang tertekan, tetapi pikiran alternatif tetap dapat dicari apabila ia mau berusaha. SA sepakat dengan hal tersebut.

Setelah menjabarkan materi dan cukup dimengerti oleh SA, peneliti melanjutkan dengan latihan melakukan restrukturisasi pikiran. Awalnya, peneliti memberi contoh di luar pengalaman SA, dan meminta SA mencoba mengerjakannya bersama-sama dengan peneliti. SA mampu mengisi lembar kerja ini dengan baik bersama dengan peneliti. Peneliti kemudian memberikan lembar kerja baru dan meminta SA mengisinya dengan pikiran negatif yang benar-benar ia miliki. Contoh yang ia pilih adalah pikiran negatif bahwa ia berpikir suaminya sengaja menyakiti hatinya dengan membentak saat diberi makanan yang tidak enak, padahal SA memberikan makanan tersebut untuk alasan kesehatan. Melalui latihan ini, SA diajak untuk mengenali pikiran negatif yang muncul dari situasi tertentu, perasaan yang muncul, dan cara untuk melawannya menggunakan pikiran alternatif. Pikiran alternatif yang dipilih oleh SA adalah berpikir bahwa suaminya juga mungkin merasa kesal karena setiap hari selalu diberi makanan yang tidak enak semenjak mengidap gagal ginjal. Dengan berpikir demikian, ia mengaku tetap merasakan sakit hati, dan menanyakan hal tersebut kepada peneliti.

Peneliti kemudian memancingnya untuk merasakan kadar sedih dan sakit hati yang ia rasakan. Menurut SA, kadar sakit hati dan sedihnya berubah, tetapi tidak menghilang. Peneliti kemudian menjelaskan bahwa tidak mudah untuk menghilangkan sakit hati, tetapi pikiran tersebut sudah membuat SA lebih sehat karena rasa sedih dan sakit hatinya sudah berkurang. Lama kelamaan, SA akan mampu mengendalikannya lebih baik lagi, sehingga dapat mengatasi emosi-emosi negatif yang ia rasakan.

Kesimpulan Sesi 6:

1. SA memahami materi dan jenis-jenis pikiran negatif, serta mampu mengenai pikiran negatif yang ada di dalam dirinya, yaitu terutama berupa berprasangka buruk dan berpikir mengenai keharusan.
2. SA sudah memahami materi dan pentingnya melakukan restrukturisasi pikiran untuk menghasilkan emosi yang lebih sehat.

Tugas untuk Sesi 7:

1. SA diminta untuk terus memperhatikan pikiran-pikiran negatif yang seringkali muncul dalam dirinya, walaupun tidak mencatatnya.
2. SA ditugaskan untuk memilih 2 pikiran negatif lagi untuk dituliskan dalam lembar kerja sebagai tugas rumah. Walaupun memiliki lebih dari 2 pikiran negatif, maka SA dapat mencoba melakukan restrukturisasi pikiran juga walaupun tidak mencatatnya.

Sesi 7

- Isi sesi : Restrukturisasi Pikiran; Evaluasi Seluruh Sesi
- Waktu : Sabtu, 12 Mei 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman SA
- Keterangan : Rumah SA saat itu sedang sepi seperti biasanya. Ruang tamunya sepi, dan suaminya sedang berada di ruang makan bersama anak sulungnya yang sedang datang berkunjung.
- Observasi : SA meminta izin untuk sholat terlebih dahulu saat peneliti datang. Ia mengatakan belum sempat sholat sebelumnya. Suasana perasaan

SA tampak positif seperti sebelumnya. Ia dapat konsentrasi selama menjalani sesi.

Gambaran Hasil Sesi:

Peneliti membuka sesi 7 dengan membahas tugas “Restrukturisasi Pikiran” yang sudah dikerjakan oleh SA. SA tampak sudah tidak memiliki kesulitan yang berarti saat mengerjakan 2 restrukturisasi pikiran pada lembar kerja. Hanya saja, peneliti melihat adanya kecenderungan SA untuk hanya menuliskan kemungkinan sebagai pikiran alternatif. Untuk itu, peneliti menjelaskan kepada SA bahwa ada cara lain untuk membuat pikiran alternatif, misalnya mencari fakta yang terkait, bukan hanya mencari kemungkinan. Misalnya saja, pada pikiran negatif yang muncul terkait kondisi suaminya yang sakit, SA mengatakan bahwa ia seringkali menyesal karena ia tidak menjaga pola makan suaminya sejak dulu. Kemudian, peneliti bertanya mengenai usaha yang pernah SA lakukan untuk menjaga kesehatan suaminya. SA kemudian terlihat berpikir, dan ia ingat beberapa kali mengajak suaminya ke dokter untuk kontrol gula darah, tetapi suaminya selalu menolak. Ia juga mengaku sering mengingatkan suaminya minum obat, tetapi suaminya juga selalu menolak dengan alasan repot. Setelah menjelaskan hal tersebut, SA langsung tersadar dan mengatakan, “*Iya ya, saya udah pernah usaha sih ya, tapi ya tetap aja kenapa sekarang harus sakit?*”. Walaupun masih ada kata “*tapi*” yang dilontarkan oleh SA, tetapi peneliti melihat bahwa SA sudah dapat melawan pikiran negatifnya dengan lebih kreatif berdasarkan fakta-fakta yang ada.

Sementara itu, untuk restrukturisasi pikiran yang kedua, SA melakukan restrukturisasi pada pikiran negatifnya terhadap teman yang tidak mengundang dirinya ketika mengadakan hajatan. Di sini, awalnya ia berpikir bahwa ia dibenci oleh temannya tersebut, lalu ia berpikir ulang bahwa mungkin temannya tersebut lupa sehingga tidak sengaja tidak mengundang dirinya. Untuk memuaskan rasa penasarannya, SA kemudian menanyakan langsung hal ini kepada temannya, dan temannya meminta maaf karena benar-benar lupa. Kejadian ini menurut SA sudah berlalu cukup lama, sekitar satu bulan yang lalu. Akan tetapi, ia sangat lega

karena akhirnya bisa memikirkan ulang dan bahkan mengkonfirmasi hal tersebut secara langsung sehingga tidak lagi berpikir negatif mengenai temannya.

Setelah selesai membahas restrukturisasi pikiran, peneliti menutup sesi dan mengajak SA untuk membahas semua materi yang sudah diberikan sejak awal. Peneliti tidak menemukan kesulitan saat membahas ulang semua materi. SA masih mengingat semua materi yang diberikan dengan baik. Ketika membahas satu per satu materi dan tugas rumah yang sudah ia kerjakan, SA mengaku tidak memiliki pertanyaan apapun lagi. Akhirnya, peneliti hanya berusaha mendorongnya untuk terus berlatih dan mempraktekkan semua materi tersebut dalam kehidupan sehari-hari.

Peneliti memberikan satu paket lembar kerja untuk diisi kembali oleh SA sampai bertemu dengan peneliti di sesi 8. Penekanan tugas terutama diberikan kepada tugas-tugas yang perlu dipraktekkan setiap hari, yaitu monitor perasaan, rencana kegiatan harian, dan latihan relaksasi. Sementara, untuk mengenali depresi, teknik memecahkan masalah, mengenali pikiran negatif, dan restrukturisasi pikiran hanya diberikan lembar baru yang bisa diisi sesuai kebutuhan. SA memahami instruksinya dengan mudah karena sifatnya mengulang.

Kesimpulan Sesi 7:

1. SA sudah mampu melakukan restrukturisasi pikiran terhadap pikiran-pikiran negatif yang ia miliki menggunakan kemungkinan berpikir yang lebih sehat dan fakta-fakta yang ada.
2. SA sudah memahami seluruh materi yang diberikan pada setiap sesi, dan akan melakukannya kembali sampai bertemu dengan peneliti di sesi 8.

Tugas untuk Sesi 8:

1. SA diminta untuk mengulang mengerjakan semua tugas dari seluruh sesi selama 2 hari sampai pertemuan sesi 8. Tugas yang perlu dikerjakan per hari adalah monitor perasaan, rencana kegiatan harian, dan latihan relaksasi. Sementara sisanya adalah tugas yang tidak perlu dikerjakan

harian, yaitu mengenali depresi, teknik memecahkan masalah, mengenali pikiran negatif dan melakukan restrukturisasi pikiran.

Sesi 8

Isi sesi : Evaluasi Seluruh Sesi; *Relapse Prevention*

Waktu : Selasa, 15 Mei 2012

Tempat : Ruang tamu rumah kediaman SA

Keterangan : Suasana rumah SA saat itu sepi, karena hanya ada suaminya di rumah, dan suaminya berdiam di kamar.

Observasi : SA sudah menunggu kedatangan peneliti saat peneliti datang dengan pakaian formal dan kerudungnya seperti biasa. Suasana perasaannya terlihat positif, kemurungannya tidak lagi tampak. Ia dapat berkonsentrasi sepanjang berjalannya sesi hari ini.

Gambaran Hasil Sesi:

Peneliti membuka pertemuan dengan menanyakan kesulitan yang dialami SA saat mencoba menjalankan kembali tugas-tugas yang sudah diberikan. SA mengaku tidak mengalami kesulitan. Kemudian, peneliti membahas satu per satu pengalaman SA. Untuk tugas mengenali depresi, SA mengaku terkadang masih mengalami ciri-ciri yang ia tuliskan di lembar kerja sebelumnya, kecuali masalah susah tidur. Menurutnya, ia sangat terbantu dengan relaksasi sebelum tidur yang membuatnya mudah tidur. Ciri-ciri yang lain masih muncul, tetapi sudah tidak separah dulu.

Sementara itu, untuk tugas monitor perasaan dan rencana kegiatan harian, SA mengaku sudah berusaha membuat rencana kegiatan yang lebih realistis, dan perasaannya setiap hari yang ia monitor sangat dipengaruhi oleh rencana kegiatannya tersebut. Ia tidak lagi memaksakan banyak kegiatan dalam rencana kegiatan harian. Menurutnya, hanya empat kegiatan setiap hari sudah cukup untuk membuat perasaannya menjadi baik.

Untuk tugas relaksasi, SA melakukan latihannya secara rutin, baik untuk relaksasi pernapasan maupun relaksasi progresif. Ia mengaku masih tetap lebih menyukai relaksasi pernapasan daripada relaksasi progresif. Kalaupun melakukan

relaksasi progresif, SA mengaku memilih melakukan beberapa gerakan otot saja, yaitu otot tangan dan dada. Selebihnya, ia merasa tidak dapat menikmati relaksasinya dan malah menjadi tegang. Selain saat latihan, SA biasanya melakukan relaksasi menjelang tidur dan saat sedang menahan kesal, terutama kepada suaminya karena ia tahu suaminya tidak boleh terbebani oleh pikiran yang berat.

Untuk tugas teknik memecahkan masalah, SA mencoba memecahkan masalah yang ia temui dalam perannya sebagai guru di PAUD. Menurutnya, masalah yang terkait dengan kemampuan anak murid yang tidak memadai itu tidak terlalu berat, tetapi bisa coba diselesaikan menggunakan teknik ini. SA menambahkan pengalamannya menjalankan solusi masalah kesehatan suaminya, yaitu dengan memberi makanan yang berbeda namun sehat setiap harinya, sudah mulai menunjukkan efek yang positif. Ia tidak lagi disalahkan suaminya karena hanya memberi makanan yang itu-itu saja. Walaupun makanan yang disajikan tetap tidak enak, tetapi menurut SA, suaminya merasa tidak enak jika marah ataupun protes karena ia melihat SA sudah berusaha.

Untuk tugas mengenali pikiran negatif dan restrukturisasi pikiran, SA mencoba mengenali pikiran-pikiran negatifnya, dan melakukan restrukturisasi, tetapi tidak mencatatnya. SA menceritakannya kepada peneliti, dan peneliti menangkap tidak ada kesalahan dalam cara yang dilakukannya. Topik yang ia jadikan bahan masih seputar kesehatan suaminya.

Dari hasil pertemuan ini, peneliti melihat bahwa SA sudah mampu menemukan manfaat dari teknik-teknik yang diajarkan kepadanya dan mampu melakukannya dengan benar. Pembahasan yang dibuat secara menyeluruh oleh peneliti dengan SA ini dapat menjadi bentuk *relapse prevention*, yaitu untuk memastikan bahwa SA sudah mampu melakukannya dan mau melakukannya terus untuk mengatasi depresinya sendiri kapanpun ciri depresi tersebut muncul.

Kesimpulan Sesi 8:

1. SA sudah mampu mempraktekkan seluruh tugas yang sudah diajarkan oleh peneliti secara mandiri, serta dapat mempraktekkannya sesuai kebutuhan untuk mengatasi ciri depresinya dalam kehidupan sehari-hari.

Tugas untuk Penutup Rangkaian Sesi:

1. Peneliti menekankan pentingnya SA menjalankan teknik-teknik terapi yang sudah dipelajari dalam kehidupan sehari-hari, dan mendorongnya terus menjalankan teknik-teknik tersebut untuk seterusnya. Peneliti memberikan lembar kerja kosong yang bisa SA gunakan untuk latihan lebih lanjut setelah sesi terapi ini berakhir.

5.1.2 Status Mental Pasca-Intervensi Partisipan 1 (SA)

Berikut ini adalah gambaran perubahan yang terlihat dari status mental partisipan 1 (SA). Status mental ini akan dijabarkan secara keseluruhan, sehingga dapat menggambarkan perubahan umum yang terjadi dalam diri SA sepanjang terapi berlangsung hingga selesai.

A. Deskripsi Umum

1. Penampilan

Tidak ada yang berbeda dari penampilan SA saat menjalani terapi dengan peneliti. Ia selalu memakai pakaian yang sopan dan mengenakan kerudung saat bertemu peneliti, walaupun pertemuan dilakukan di rumahnya sendiri.

2. Kesadaran

Kesadaran SA tampak penuh selama menjalani terapi dengan peneliti. Melamun dan tidak fokus kadang-kadang terjadi, tetapi semakin berkurang semakin banyaknya pertemuan.

3. Perilaku dan aktivitas psikomotor

Muscle tone SA tampak menjadi semakin kuat, setidaknya setelah sesi 5. Ia tampak lebih bersemangat, termasuk dalam menyediakan suguhan untuk peneliti dan menunjukkan bagian-bagian rumahnya kepada peneliti. Hal ini juga mencerminkan level energi SA yang meningkat dibanding saat asesmen pra-intervensi.

4. Pembicaraan

Tidak ada masalah yang tampak dalam pembicaraan SA. Intonasinya beragam, dengan tempo bicara yang cenderung lambat. Topik pembicaraan SA pun menjadi lebih bervariasi, mulai dari suami, anak,

kegiatan berjualan, hingga kegiatannya di luar rumah yang lain. Seiring berjalannya waktu, ia semakin jarang mengulang-ulang topik pembicaraan yang sama.

5. Sikap terhadap peneliti

Sikap AS kooperatif dengan peneliti dari awal hingga akhir proses terapi.

B. Keadaan Afektif (*Mood*), Perasaan, Ekspresi Afektif Serta Empati

1. Keadaan afektif (*mood*)

Di awal pertemuan, keadaan afektif (*mood*) AS cenderung depresif. Keadaan afektif ini kadang-kadang masih tampil pada pertemuan-pertemuan selanjutnya, tetapi sudah lebih berkurang dan tampak positif hingga akhir.

2. Ekspresi afektif

Tidak ada masalah dalam diri SA terkait hal ini. Ia dapat menampilkan ekspresi afektif yang bervariasi sesuai isi pembicaraan. Ekspresi murung yang sering ia tampilkan di awal pertemuan berkurang seiring berjalannya jumlah sesi.

3. Keserasian

SA dapat menampilkan afek yang serasi (*appropriate affect*) dari awal hingga akhir sesi bersama peneliti. Tidak ada masalah dalam hal ini.

4. Empati

Peneliti dapat berempati pada SA sepanjang pertemuan. Peneliti menilai SA bercerita dengan apa adanya.

C. Fungsi Intelektual (Kognitif)

1. Taraf pendidikan, pengetahuan umum dan kecerdasan

Tingkat pendidikan SA tergolong tinggi karena ia lulusan S1. Hal ini juga mencerminkan kecerdasannya yang baik. Sepanjang terapi, SA sesekali bicara mengenai topik-topik harian yang mencerminkan bahwa ia memiliki pengetahuan yang luas.

2. Daya konsentrasi

Secara umum, SA dapat berkonsentrasi dengan baik selama menjalani terapi.

3. Orientasi (waktu, tempat, orang)

SA tidak memiliki masalah dalam hal ini sejak asesmen pra-intervensi.

4. Daya ingat

a. **Jangka panjang.** SA tidak memiliki masalah ingatan jangka panjang sejak awal asesmen pra-intervensi.

b. **Jangka pendek.** SA juga tidak memiliki masalah ingatan jangka pendek yang terlihat dari pengamatan peneliti sepanjang terapi.

c. **Segera.** SA memiliki ingatan segera yang baik sejak asesmen pra-intervensi.

5. Pikiran abstrak

SA tidak memiliki masalah dalam hal ini. Ia mampu berpikir abstrak, termasuk membuat perencanaan-perencanaan sehari-hari.

D. Gangguan Persepsi

1. Halusinasi dan ilusi

SA tidak memiliki halusinasi dan ilusi.

2. Depersonalisasi dan derealisasi

SA tidak mengalami depersonalisasi maupun derealisasi.

E. Proses Berpikir

1. Arus pikiran

a. Produktivitas

Arus pikiran SA tergolong produktif. Isi pembicaraan SA cukup mendalam dan berisi, untuk setiap topik yang dibicarakan.

b. Kontinuitas

SA tampak selalu mampu menyampaikan isi pikirannya secara berkesinambungan dan koheren. Walaupun di awal terkadang ia berhenti bicara di tengah-tengah, tetapi ia dapat melanjutkan pembicaraannya kembali.

c. Hendaya berbahasa

SA tidak memiliki hendaya berbahasa.

2. Isi pikiran

a. Preokupasi

Preokupasi pikiran SA terhadap hal-hal yang menjadi masalah atau penyebab tekanan yang ia alami saat ini tampak berkurang sepanjang berjalannya terapi. Ia tidak lagi membicarakan topik tersebut berulang-ulang.

b. Gangguan pikiran, waham, gagasan mirip waham

SA tidak tampak memiliki gangguan pikiran atau waham.

F. Pengendalian Impuls

SA dapat mengendalikan impuls dalam dirinya dengan baik sejak asesmen pra-intervensi hingga akhir terapi.

G. Daya Nilai

1. Norma sosial

SA tampak memiliki pemahaman norma sosial yang baik. Hal ini tidak terlihat bermasalah sejak awal asesmen pra-intervensi.

2. Uji daya nilai (*judgement*)

SA juga memiliki uji daya nilai yang baik. Hal ini tidak terlihat bermasalah sejak awal asesmen pra-intervensi.

3. Daya nilai realita

SA tidak memiliki masalah dalam hal daya nilai realita sejak awal asesmen pra-intervensi.

H. Tilikan (*Insight*)

SA sudah mulai dapat menerima konsep depresi sebagai bentuk kondisinya saat ini. Ia juga sudah mengenali gejala-gejala yang ia alami sebagai gejala depresi, seperti perasaan sedih, mudah lelah, sulit tidur, dan lain-lain, dan mau berusaha menanggulangnya.

I. Taraf Dapat Dipercaya

Peneliti menilai isi pembicaraan SA dapat dipercaya dari awal hingga akhir proses terapi.

5.1.3 Hasil Beck Depression Inventory (BDI) Pasca-Intervensi Partisipan 1 (SA)

Berikut ini perbandingan hasil asesmen pra-intervensi (*pre-test*), pertengahan intervensi (*mid-test*), dan pasca-intervensi (*post-test*) pada partisipan SA:

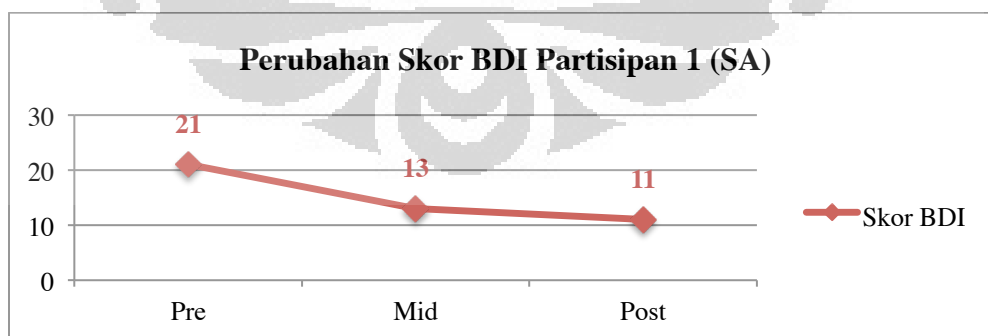
Tabel 5.2 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi BDI Partisipan 1 (SA)

Dimensi	No item	Isi Item	Skor pra	Skor mid	Skor pasca
Sikap negatif terhadap diri sendiri	1	Kesedihan	1	0	0
	2	Pesimisme	1	1	1
	3	Perasaan gagal	0	0	0
	4	Ketidakpuasan	0	0	0
	5	Perasaan bersalah	2	2	1
	6	Perasaan dihukum	1	0	0
	7	Perasaan membenci diri sendiri	1	0	0
	8	Kritik terhadap diri	2	1	1
	9	Pemikiran bunuh diri	0	0	0
	10	Menangis	0	0	0
	14	Citra diri	1	0	0
<i>Persentase 'Sikap negatif terhadap diri sendiri'</i>			9 dari 33 (27%)	4 dari 33 (12%)	3 dari 33 (9%)
Penurunan performa	11	Mudah marah	3	2	2
	12	Menarik diri	1	1	0
	13	Kesulitan memutuskan	0	0	0
	15	Kesulitan bekerja	2	2	1
	17	Kelelahan	2	1	2
	20	Kepedulian pada kesehatan	0	0	0
	21	Kehilangan gairah seksual	2	2	2
<i>Persentase 'Penurunan Performa'</i>			10 dari 21 (48%)	8 dari 21 (38%)	7 dari 21 (33%)
Gejala somatis	16	Kesulitan tidur	2	1	1
	18	Perubahan selera makan	0	0	0
	19	Penurunan berat badan	0	0	0
<i>Persentase 'Gejala somatis'</i>			2 dari 9 (22%)	1 dari 9 (11%)	1 dari 9 (11%)
TOTAL			21 dari 63 (33%)	13 dari 63 (21%)	11 dari 63 (17%)

Dari penjabaran di atas, terlihat bahwa SA mengalami penurunan skor depresi dari rentang depresi berat dengan skor pra intervensi 21 (>15) menjadi depresi ringan sampai sedang dengan skor pasca-intervensi 11 (5-14), dengan selisih persentase 16% dari skor total. Total penurunannya sendiri dari 21 menjadi 11 adalah sebesar 48%. Penurunan skor paling besar terjadi dari pra-intervensi ke pertengahan intervensi, yaitu dari 21 menjadi 13. Kemudian, dari asesmen pertengahan intervensi ke pasca-intervensi, penurunannya hanya 2 skor, dan kategorinya masih disebut depresi ringan hingga sedang.

Pada dimensi 'penurunan performa' yang paling tinggi persentasenya pada diri SA, skor SA menurun dari 48% menjadi 38%, kemudian menjadi 33% pada asesmen pasca-intervensi. Gejala yang masih menetap, tetapi sebagian besar menurun adalah mudah marah, kesulitan bekerja, kelelahan, dan kehilangan gairah seksual. Lebih lanjut, penurunan dalam diri SA paling nampak terjadi pada dimensi 'sikap negatif terhadap diri', yaitu dari 27% menjadi 12%, dan kemudian menjadi 9% pada pasca-intervensi. Pada dimensi ini terlihat gejala yang menetap, tetapi sebagian besar berkurang adalah pesimisme, perasaan bersalah, dan kritik terhadap diri. Untuk dimensi 'gejala somatis', SA mengalami penurunan dari asesmen pra-intervensi ke pertengahan intervensi, yaitu dari 22% menjadi 11%, kemudian menetap 11% pada asesmen pasca-intervensi. Gejala kesulitan tidur sebagai satu-satunya gejala yang dilaporkan oleh SA pada dimensi ini tidak menghilang tetapi berkurang.

Berikut ini grafik perubahan skornya:



Gambar 5.1 Grafik Perubahan Skor BDI Partisipan 1 (SA)

5.1.3 Hasil Geriatric Depression Scale (GDS) Pasca-Intervensi Partisipan 1 (SA)

Berikut ini merupakan hasil pengukuran menggunakan alat ukur GDS pada SA mulai dari pra-intervensi (*pre-test*), pertengahan intervensi (*mid-test*), dan pasca-intervensi (*post-test*):

Tabel 5.3 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi GDS Partisipan 1 (SA)

Dimensi	No item	Isi Item yang mendapat skor 1	Skor pra	Skor mid	Skor pasca
Sikap tidak acuh	5*	Penuh harapan mengenai masa depan	5	3 (5*,19*, 21*)	3 (5*,9*, 19*)
	9*	Bahagia hampir sepanjang waktu			
	19*	Merasa hidup menyenangkan			
	21*	Merasa penuh energi			
	29*	Mudah membuat keputusan			
<i>Persentase 'Sikap tidak acuh'</i>			5 dari 12 (42%)	3 dari 12 (25%)	3 dari 12 (25%)
Dysphoria	6	Memiliki pikiran yang mengganggu	8	5 (6, 8, 13, 23, 24)	4 (6, 8, 13, 24)
	8	Takut sesuatu yang buruk terjadi			
	11	Risau dan gelisah			
	13	Khawatir mengenai masa depan			
	18	Khawatir mengenai masa lalu			
	23	Kebanyakan orang lebih baik			
	24	Sering merasa kesal			
25	Sering merasa ingin menangis				
<i>Persentase 'Dysphoria'</i>			8 dari 13 (62%)	5 dari 13 (38%)	4 dari 13 (31%)
Menarik diri	12	Memilih tinggal di rumah	1	0	0
<i>Persentase 'Menarik diri'</i>			1 dari 2 (50%)	0 dari 2 (0%)	0 dari 2 (0%)
Penurunan fungsi kognitif	30*	Pikiran jernih	1	1	1
<i>Persentase 'Penurunan fungsi kognitif'</i>			1 dari 3 (33%)	1 dari 3 (33%)	1 dari 3 (33%)
TOTAL			15 dari 30 (50%)	9 dari 30 (30%)	8 dari 30 (27%)

* *Item unfavorable*

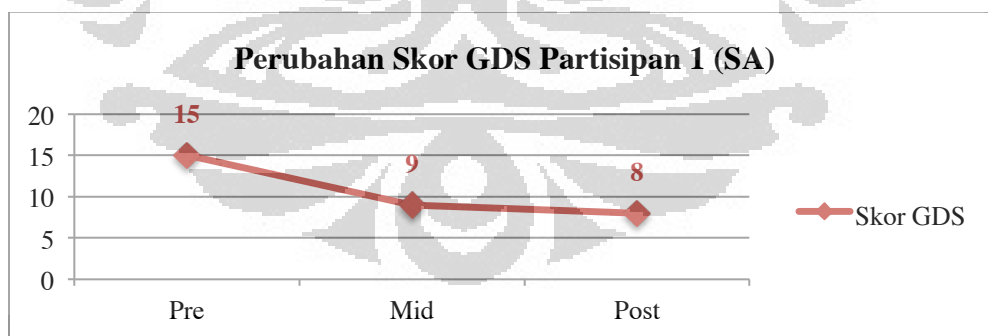
Dari hasil pengukuran yang dijabarkan di atas, terlihat bahwa SA mengalami penurunan kategori skor dari kategori depresi sedang dengan skor 15 (11-20) menjadi tidak mengalami depresi dengan skor 8 (0-10) pada asesmen pasca-intervensi. Selisih persentase skornya adalah 23% dari skor total.

Sementara, penurunan skor dari 15 menjadi 8 adalah sebesar 47%. Sejak asesmen pertengahan intervensi, SA sudah mengalami penurunan skor menjadi 9, sehingga sudah tergolong tidak mengalami depresi. Dari empat dimensi yang ada, SA mengalami penurunan pada seluruhnya, kecuali dimensi ‘penurunan fungsi kognitif’.

SA mendapat skor tertinggi saat asesmen pra-intervensi pada dimensi ‘*dysphoria*’. Pada dimensi ini, ia mengalami penurunan persentase dari 62% menjadi 38%, lalu menjadi 30% di pasca-intervensi. Gejala yang masih bertahan hingga akhir adalah memiliki pikiran yang mengganggu, takut sesuatu yang buruk terjadi, dan sering merasa kesal. Pada dimensi ‘sikap tidak acuh’, SA mengalami penurunan skor dari 42% menjadi 25%, baik pada asesmen pertengahan maupun pasca-intervensi. Walaupun sama-sama 25%, gejala yang dilaporkan menetap sampai akhir adalah tidak penuh harapan mengenai masa depan, tidak hampir sepanjang waktu merasa bahagia, dan merasa hidup tidak menyenangkan.

Untuk dimensi ‘penurunan fungsi kognitif’, SA tidak mengalami perubahan dari pra-intervensi sampai pasca-intervensi. Ia tetap merasa pikirannya tidak jernih dengan persentase 33%. Sementara, pada dimensi ‘menarik diri’, SA tidak lagi mengalami gejala memilih untuk tinggal di rumah, sehingga persentase pada dimensi ini menjadi menjadi 0%.

Berikut ini grafik perubahan skornya:



Gambar 5.2 Grafik Perubahan Skor GDS Partisipan 1 (SA)

5.1.4 Hasil *Brief Depression Rating Scale (BDRS)* Pasca-Intervensi Partisipan 1 (SA)

Pada bagian ini, peneliti akan menjabarkan hasil pengukuran melalui observasi terhadap SA menggunakan alat ukur BDRS, mulai dari pra-intervensi (*pre-test*), pertengahan intervensi (*mid-test*), hingga pasca-intervensi (*post-test*):

Tabel 5.4 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi BDRS Partisipan 1 (SA)

No	Aspek	Skor pra	Skor mid	Skor pasca	Makna skor pasca	Keterangan
1.	<i>Mood</i> depresif, perasaan putus asa (hilang harapan)	5	2	2	Antara bahagia dengan sedikit mengganggu	Sudah tidak banyak lagi terlihat murung
2.	Gejala somatis psiko-fisiologis	3	1	1	Tidak ada	Tidak lagi mengeluhkan masalah pada perut
3.	Kehilangan minat, inisiatif, dan kegiatan	5	2	2	Antara memiliki minat dengan sedikit kehilangan minat	Sudah tidak lagi menghindari kegiatan dan melakukannya dengan semangat
4.	Gangguan tidur	4	3	2	Antara tidur nyaman dengan sedikit gangguan	Sudah menjadi semakin nyaman tidur, keluhan tidur berkurang
5.	Cemas, tegang, khawatir	5	2	2	Antara tenang dengan sedikit mengganggu	Tidak terlalu banyak memikirkan kemungkinan buruk
6.	Penampilan	5	3	2	Antara terlihat bahagia dengan kadang sedih	Ekspresi murung berkurang drastis, tetapi sesekali muncul
7.	Keyakinan depresif	4	4	3	Kadang-kadang muncul keyakinan depresif	Sudah lebih optimis menghadapi masalah, tetapi terkadang ada rasa tidak bisa mengatasinya
8.	Pemikiran atau perilaku bunuh diri	1	1	1	Tidak ada pemikiran bunuh diri	Tidak ada pemikiran maupun percobaan bunuh diri dalam bentuk apapun

Peneliti melihat bahwa SA sudah tidak lagi mengalami gejala depresi yang mengkhawatirkan jika dilihat dari hasil observasi selama pertemuan saat pra-intervensi, pertengahan intervensi, dan pasca-intervensi. Dari seluruh gejala yang

diobservasi, gejala yang tampak perlu diwaspadai lebih lanjut terutama adalah ‘gejala keyakinan depresif’ dalam diri SA.

5.1.5 Kesimpulan Hasil Asesmen Pasca-Intervensi Partisipan 1 (SA)

Pengukuran pertengahan dan pasca-intervensi yang dilakukan terhadap SA menunjukkan hasil yang baik, berupa penurunan gejala depresi, baik dari sisi alat ukur, wawancara, maupun observasi. Dari semua gejala yang membaik, perubahan paling positif dari diri SA terdapat pada munculnya kembali ketertarikan untuk beraktivitas dan berinteraksi dengan orang lain. Selibhnya, SA juga mengalami peningkatan dalam hal ekspresi emosi yang tidak lagi sering murung, berkurangnya intensitas menyalahkan diri sendiri, dan lainnya.

Walaupun secara umum SA telah mengalami kemajuan yang besar dari terapi yang dijalannya, peneliti melihat masih ada gejala depresi yang perlu diwaspadai lebih lanjut dari diri SA, yaitu rasa mudah marah dan keyakinan depresifnya yang terkadang masih muncul. Hal ini dipicu terutama oleh kondisi suaminya yang sakit gagal ginjal dan tidak bisa disembuhkan. Setiap kali SA berusaha melawan depresi yang ia alami, kejatuhan akan ia rasakan ketika mengingat bahwa ia harus mengurus urusan rumah tangga dan keuangannya sendiri karena suaminya tidak bisa membantunya lagi. SA juga kadang-kadang masih terganggu dengan pikiran bahwa suaminya mungkin tidak akan berumur panjang, padahal ia tidak mau kehilangan suaminya tersebut.

Efek positif yang dialami oleh SA dalam hal ini peneliti atribusikan pada keseriusannya menjalani terapi, termasuk mengerjakan tugas-tugas dari peneliti di rumah. Lebih lanjut, SA mengaku tidak merasa keberatan menjalankan tugas-tugas tersebut karena merasakan manfaat yang baik dari situ. Manfaat yang dimaksud oleh SA adalah ia merasa menjadi lebih dapat mengendalikan pikirannya dan tidak memikirkan hal-hal negatif terus menerus dibandingkan dengan sebelum terapi. Ia menjadi yakin bahwa ia mampu mengendalikan diri dan pikirannya sendiri melalui terapi ini. Dari semua teknik yang diajarkan, SA paling menyukai teknik pemecahan masalah karena menurutnya hal tersebut paling dapat ia aplikasikan dan nyata hasilnya untuk memecahkan masalah. Sementara, teknik yang paling tidak ia sukai adalah relaksasi, terutama relaksasi progresif, karena

memakan banyak waktu sehingga tidak praktis. Ia masih menyukai relaksasi pernapasan karena lebih praktis dilakukan.

5.2 Hasil Intervensi Partisipan 2 (RL)

5.2.1 Gambaran Pelaksanaan Intervensi Partisipan 2 (RL)

Sebelum memasuki penjabaran setiap sesi pertemuan, berikut adalah tabel realisasi jadwal pertemuan dengan partisipan 2.

Tabel 5.5 Realisasi Pertemuan dengan Partisipan 2 (RL)

Sesi	Realisasi Jadwal
<i>Initial interview</i>	Jumat, 13 April 2012
Pra-intervensi	Selasa, 17 April 2012
1	Jumat, 20 April 2012
2	Selasa, 24 April 2012
3	Jumat, 27 April 2012
4	Selasa, 1 Mei 2012
5	Jumat, 4 Mei 2012
6	Selasa, 8 Mei 2012
7	Jumat, 11 Mei 2012
8	Selasa, 15 Mei 2012
Pasca-intervensi	Selasa, 22 Mei 2012

Sebagai catatan, pertemuan dengan RL selalu dilakukan secara individual, bergantian dengan istrinya (AH) yang merupakan partisipan ketiga dalam penelitian ini. Ketika sesi pertemuan antara peneliti dengan RL sedang berlangsung, AH akan berada di bagian dalam rumah atau kamarnya.

Berikut ini rincian pelaksanaan intervensi pada partisipan 2 (RL):

Sesi 1

- Isi sesi : Psikoedukasi Mengenai Terapi Kognitif-Perilaku dan Depresi;
Pengantar Monitor Perasaan
- Waktu : Jumat, 20 April 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman RL
- Keterangan : Rumah RL berada dalam keadaan sepi, hanya ada RL dan istrinya (AH-subjek ketiga). Saat intervensi berlangsung untuk RL, istri RL berada di dalam rumah mengerjakan hal lain.

Observasi : RL menyambut peneliti dengan antusias hari ini. Ia tampak bersemangat mulai menjalani sesi dengan peneliti. Ia mengenakan kemeja dan celana panjang yang terkesan formal, lengkap dengan peci dan kacamata. Secara umum, suasana hati RL terasa depresif, tetapi ia tampak sering berusaha tersenyum di hadapan peneliti. Ketika menjalani sesi, RL dapat berkonsentrasi dengan baik, dan banyak memotong pembicaraan peneliti.

Gambaran Hasil Sesi:

Saat dijelaskan mengenai Terapi Kognitif-Perilaku dan prinsip-prinsipnya, RL tampak kebingungan. Untungnya, ketika peneliti memberikan contoh hubungan ketiga hal tersebut yang ada di dalam lembar materi, RL menjadi memahami maksud peneliti. Saat peneliti meminta RL memberikan contoh dari kehidupannya sendiri, ia mengatakan bahwa mungkin ia pernah menjadi lebih mudah marah ketika sedang lelah. Peneliti memancing RL untuk menggambarkan pikiran, perasaan, dan tingkah lakunya terkait contoh tersebut. RL menyebutkan bahwa jika sedang lelah, maka pikirannya penuh dan tidak jernih, lalu perasaannya tidak nyaman, sehingga tingkah lakunya adalah marah-marah.

Kemudian, dalam pembahasan prinsip-prinsip Terapi Kognitif-Perilaku, RL tampak langsung memahami prinsip “edukatif”, “masa sekarang”, dan “bertujuan”. Sementara itu, SA banyak bertanya mengenai prinsip “terstruktur”, “kolaboratif” dan “meningkatkan keterampilan”. Untuk menjelaskan prinsip “terstruktur”, peneliti menjelaskan bahwa terapi akan dibawakan dalam sesi-sesi yang sudah terencana dengan baik oleh peneliti. Setiap materi yang diberikan sudah disesuaikan dengan kebutuhan dan diberikan bertahap sehingga disebut terstruktur. Untuk prinsip “kolaboratif”, peneliti membuat analogi dengan kolaborasi alat musik. Jika dalam sebuah kolaborasi dua alat musik, ada satu alat musik yang tidak dimainkan, maka musik yang dihasilkan akan menjadi tidak indah. Sementara, untuk menjelaskan prinsip “meningkatkan keterampilan”, peneliti menyampaikan bahwa RL akan mendapatkan keterampilan-keterampilan psikologis untuk dipraktikkan dalam kehidupan sehari-hari. Setelah dijelaskan lebih lanjut, RL dapat memahami seluruh prinsip terapi ini.

Bagian selanjutnya, peneliti mulai membahas materi mengenai depresi, mulai dari gejala-gejala depresi, contoh skema perkembangan depresi, hingga tips menangani depresi. RL menyimak penjelasan peneliti dengan seksama. Sesekali ia menyela peneliti dan bertanya mengenai gejala tertentu yang ia alami merupakan gejala depresi atau bukan. Peneliti melanjutkan dulu penjelasannya sampai selesai, kemudian meminta RL mengisi lembar kerja “Mengenali Depresi”. RL mengisi lembar kerja tersebut dengan lancar. Ia menuliskan gejala-gejala yang ia sebutkan tadi. Gejala depresi yang ia miliki, antara lain gejala motivasi yaitu menjadi tidak bersemangat berkegiatan, gejala emosi yaitu sering murung dan perasaan tidak tenang, gejala kognitif berupa sulit konsentrasi, gejala tingkah laku seperti tidak lagi menjalankan hobi melukis dan menulis, serta gejala fisik seperti selera makan berkurang dan susah tidur.

RL mudah mengakui gejala-gejala depresi yang ia alami. Menurutnya, ia memang sudah cukup lama mengalami hal tersebut, dan sulit menanggulangnya. Ia berharap terapi dengan peneliti dapat membuat gejala-gejala tersebut hilang, secepat mungkin. RL berulang kali meminta saran praktis dari peneliti. Peneliti menjelaskan struktur terapi yang akan diberikan. Yang terpenting, peneliti menekankan kepada RL untuk bisa aktif dalam terapi agar terapi bisa membuahkan hasil yang baik. RL menyanggupi hal tersebut. Ia berharap bisa berhasil menjalankan terapi dengan baik.

Kesimpulan Sesi 1:

1. RL sudah memahami prinsip-prinsip Terapi Kognitif-Perilaku yang akan dijalaninya, dan menyatakan bersedia mengikuti prinsip-prinsip tersebut.
2. RL mampu menyebutkan gejala depresi yang dialaminya dan mengakuinya sebagai depresi, sesuai dengan materi yang diberikan.

Tugas untuk Sesi 2:

1. RL diminta terus memperhatikan ciri-ciri depresi yang muncul dalam dirinya, dan mengenali jika ada gejala-gejala yang baru muncul, atau ada gejala yang menghilang.

2. Peneliti menjelaskan materi “Monitor Perasaan”, yaitu memonitor perasaan setiap harinya untuk mengetahui hal-hal atau kegiatan-kegiatan yang membuat perasaan menjadi positif dan negatif, termasuk depresi setiap hari. Kemudian, peneliti meminta RL melakukan tugas “Monitor Perasaan” setiap harinya sampai pertemuan sesi 2.

Sesi 2

- Isi sesi : Monitor Perasaan; Pengantar Rencana Kegiatan Harian
- Waktu : Selasa, 24 April 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman RL
- Keterangan : Ruang tamu RL terbilang sepi dan kondusif untuk dijadikan tempat pelaksanaan intervensi. Istri RL berada di dalam rumah melakukan aktivitas lain.
- Observasi : Pada pertemuan kali ini, RL kembali mengenakan kemeja dan celana panjang yang terkesan formal, disertai peci dan kacamata. RL masih tampak murung, tetapi cukup bersemangat menjalani sesi. Ia cenderung pendiam dibandingkan pertemuan sebelumnya, tetapi masih dapat fokus pada isi sesi yang dibawakan oleh peneliti.

Gambaran Hasil Sesi:

Di awal sesi 2, peneliti pertama-tama membahas tugas yang sudah dikerjakan RL selama tiga hari, mulai hari Sabtu, Minggu, dan Senin, yaitu tugas “Monitor Perasaan”. RL dapat mengisi monitor perasaan dengan tidak menemui kesulitan. RL mengatakan ketika menutup hari dan mengevaluasi perasaan setiap harinya, ia tidak mau perasaannya bernilai di bawah 5, sehingga ia selalu berusaha mencari-cari hal-hal yang baik untuk dituliskan. Untuk menanggapi hal tersebut, peneliti memastikan bahwa RL sudah melaporkan hasil monitor perasaan yang apa adanya. RL terdiam dan terlihat berpikir. Ia mengatakan mungkin itu bukan yang sebenarnya, tetapi ia tidak mau berpikir buruk. Akhirnya, peneliti mencoba mengarahkan RL untuk memahami bahwa tujuan dari monitor perasaan adalah untuk mengenali perasaan sehari-hari, sehingga perlu dilaporkan apa adanya. Hal

ini bukan berarti yang sebaiknya dilaporkan adalah yang negatif saja, tetapi juga yang positif, asalkan betul-betul apa adanya.

Di hari Sabtu, Minggu, dan Senin itu, RL tidak memiliki pengalaman yang jauh berbeda. Ia melakukan aktivitas harian sendirian atau bersama istri dan anaknya. Perasaannya terbilang biasa saja, tidak terlalu positif ataupun negatif, tetapi setelah ditilik ulang, RL mengakui bahwa ia merasa bosan dan cenderung tidak senang dalam kesehariannya tersebut.

Pengalaman mengerjakan tugas ini membuat RL menjadi lebih memperhatikan dan mengevaluasi hari-hari yang ia lalui. Sebelumnya, ia tidak pernah melakukan hal tersebut. Peneliti kemudian menjelaskan bahwa memang tujuan tersebutlah yang ingin dicapai dari pengerjaan tugas ini, ditambah dengan prinsip mencatat apa adanya. Peneliti pun melanjutkan penjelasan pada materi “Rencana Kegiatan Harian” yang merupakan kelanjutan dari “Monitor Perasaan”. RL diajarkan untuk membuat rencana kegiatan yang didasarkan pada hasil monitor perasaan. Misalnya saja, jika RL senang melukis, maka dalam “Rencana Kegiatan Harian”, RL dapat memasukkan kegiatan tersebut dan mencoba melakukannya walaupun hanya sebentar.

Peneliti kemudian mengarahkan RL untuk mengisi lembar kerja “Rencana Kegiatan Harian”. Sebelumnya, peneliti menjelaskan materinya terlebih dahulu, bahwa rencana kegiatan tersebut perlu diisi dengan kegiatan-kegiatan yang menyenangkan, positif, serta bermanfaat bagi RL agar membawa efek terapeutik yang baik baginya. Pertama-tama, RL mencatat kegiatan-kegiatan yang sudah dipilih tersebut di lembar catatan “Rencana Kegiatan Harian”, kemudian memindahkannya dengan mudah ke lembar kerja “Rencana Kegiatan Harian”. Kegiatan-kegiatan yang ia pilih misalnya menonton televisi dan berkunjung ke rumah temannya. Peneliti mendorong RL untuk mencoba memasukkan kegiatan yang ia sukai, seperti melukis. RL tidak menolak, tetapi juga tidak bersemangat melakukan hal tersebut. Ia tetap memasukkannya ke dalam rencana, walaupun tidak berjanji akan melakukannya.

RL mengatakan bahwa ia mau mencobakan rencana kegiatan yang sudah ia buat. Ia berharap bisa merasakan perasaan yang lebih positif pada pertemuan selanjutnya dengan peneliti.

Kesimpulan Sesi 2:

1. RL memahami konsep dasar pentingnya melakukan monitor terhadap perasaan, agar mengenal hal-hal yang dapat memunculkan emosi positif dan negatif, termasuk yang sifatnya depresif setiap harinya. RL perlu mewaspadaai kecenderungannya untuk tidak melaporkan hasil monitor perasaan apa adanya karena merasa tidak mau melaporkan hal-hal yang bersifat negatif, padahal hal itu pun penting untuk dilaporkan.
2. RL dapat memilih kegiatan-kegiatan yang sifatnya positif, menyenangkan, dan bermanfaat untuk dimasukkan ke dalam “Rencana Kegiatan Harian”, dan menyatakan berniat melakukannya. Kegiatan-kegiatan yang ia pilih adalah menonton televisi, melukis, dan berkunjung ke rumah teman.

Tugas untuk Sesi 3:

1. Peneliti menugaskan RL untuk mempraktekkan “Rencana Kegiatan Harian” yang sudah ia buat untuk beberapa hari ke depan sebelum bertemu kembali dengan peneliti (Rabu, Kamis). Di setiap akhir hari, RL diminta melakukan evaluasi mengenai perasaannya hari itu terkait kegiatan-kegiatan positif, menyenangkan, dan bermanfaat yang sudah ia lakukan. Evaluasinya mencakup menghitung jumlah kegiatan yang sudah dilakukan dan memilih angka yang sesuai untuk menggambarkan perasaannya setiap hari.

Sesi 3

- Isi sesi : Rencana Kegiatan Harian; Pengantar Relaksasi
- Waktu : Jumat, 27 April 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman RL
- Keterangan : Rumah RL saat itu sedang dikunjungi oleh anak keduanya. RL dan peneliti ditinggal berdua di ruang tamu untuk menjalani intervensi.
- Observasi : RL tampak kurang bersemangat saat menjalani pertemuan hari ini dengan peneliti. Ketika peneliti menanyakan hal tersebut, RL mengatakan bahwa ia sulit tidur dan suasana hatinya memang

sedang tidak enak tanpa alasan tertentu. Ia menemui peneliti dengan mengenakan pakaian sejenis dengan pertemuan sebelumnya. Ia tetap dapat berkonsentrasi sepanjang pertemuan dengan peneliti, tetapi sikapnya terasa kurang hangat. Ia juga sesekali memotong pembicaraan peneliti.

Gambaran Hasil Sesi:

Pertama-tama, peneliti membahas tugas rumah yang sudah dikerjakan oleh RL, yaitu mempraktekkan “Rencana Kegiatan Harian”. Peneliti menanyakan pengalaman RL terkait tugas tersebut, termasuk kesulitan-kesulitan yang mungkin dialami. Dalam memilih kegiatan yang perlu dimasukkan, RL tidak mengalami masalah. Begitu pula, saat mencoba memasukkannya ke dalam jadwal, RL pun tidak mengalami kesulitan. Hanya saja, RL tidak berhasil melakukan semua rencananya, terutama kegiatan yang sudah lama tidak ia lakukan. Untuk kegiatan melukis misalnya, RL mengaku menyukainya, tetapi tidak mencoba menjalankannya walaupun sudah menuliskan di rencana kegiatan, dengan alasan tidak berminat. Sayangnya, ketika peneliti mengkonfirmasi, RL mengaku bahkan belum mencoba melakukannya. Ia tidak mau melawan rasa malas yang ia rasakan untuk melakukan kegiatan melukis, padahal semua alat dan waktu sudah tersedia. Ia merasa kegiatan tersebut tidak akan membawa dampak positif kali ini, berbeda dengan dahulu.

Untuk menanggapi komentar RL tersebut, peneliti kembali menjelaskan prinsip hubungan antara pikiran, perasaan, dan tingkah laku, serta kaitannya dengan depresi. Peneliti menjelaskan bahwa untuk mengatasi gejala depresi, RL dapat memulai dari mengubah tingkah laku. Caranya adalah dengan mencoba melakukan kegiatan-kegiatan bermanfaat dan positif, sehingga perasaan menjadi tidak depresif. Dengan mencoba melakukan kegiatan-kegiatan tersebut, artinya RL akan mencoba memutus siklus depresi yang sedang ia alami. RL menyimak dan mengaku memahami penjelasan peneliti, serta ingin mencobakannya di lain kesempatan.

Setelah selesai membahas tugas “Rencana Kegiatan Harian”, peneliti memasuki materi selanjutnya, yaitu “Relaksasi”. Awalnya, peneliti menjelaskan

konsep relaksasi dari lembar materi relaksasi. RL bisa memahami materi relaksasi dengan mudah. Ia sepakat bahwa relaksasi bisa dipelajari seperti keahlian. Ia juga mengaku belajar relaksasi sebagai salah satu bagian dari senam lansia yang ia ikuti. Setelah selesai membahas materinya, peneliti mempraktekkan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif untuk ditunjukkan kepada RL, lalu meminta RL mengikutinya.

RL mengikuti gerakan peneliti saat mempraktekkan relaksasi pernapasan perut. RL tidak kesulitan melakukan pernapasan perut. Menurutnya, ia sudah biasa melakukan hal tersebut karena diajarkan di tempat senam. Lebih lanjut, RL tidak menduga bahwa pernapasan perut ini merupakan bagian dari relaksasi. Ia tidak pernah melakukannya di luar senam. Setelah latihan relaksasi pernapasan, peneliti menjelaskan relaksasi progresif dari lembar materi, lalu mempraktekannya juga. RL tidak mengalami kesulitan saat mencoba mempraktekannya bersama peneliti. Ia bisa meniru gerakan peneliti dengan baik. Setelah selesai mempraktekkan seluruh gerakan otot, peneliti memutarakan panduan relaksasi dari CD player untuk mempraktekkan seluruh rangkaian latihan relaksasi progresif. RL tampak fokus saat latihan. Ia tidak membuka matanya sampai instruksi dari CD player memberi instruksi untuk membuka mata. Setelah selesai berlatih, RL mengaku langsung merasa lebih rileks, dan tubuhnya menjadi enteng. Ketika ditanya mengenai perasaan dan pikiran, RL menyatakan ia merasa pikirannya menjadi “lepas”. Peneliti menjelaskan bahwa latihan relaksasi memang dapat membawa dampak positif tersebut. Untuk itu, peneliti mendorong RL untuk melakukannya secara rutin dan konsisten.

Kesimpulan Sesi 3:

1. RL kurang dapat menarik manfaat dari melaksanakan “Rencana Kegiatan Harian”. Kegagalannya mencoba melakukan kegiatan yang sudah direncanakan membuat RL tidak mendapat efek yang positif dari kegiatan tersebut. Lebih lanjut, RL sudah lebih memahami pentingnya mencoba melakukan rencana tersebut untuk mengurangi gejala depresi, hingga RL menyatakan mau berusaha melakukannya.

2. RL memahami manfaat dan prinsip-prinsip relaksasi secara teoritis, serta mampu mempraktekkan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif. Ia juga mengaku mendapat efek rileks yang terasa signifikan setelah selesai latihan relaksasi bersama peneliti.

Tugas untuk Sesi 4:

1. Peneliti meminta RL untuk mencoba menjalankan kegiatan-kegiatan yang positif, menyenangkan serta bermanfaat setiap harinya, walaupun tidak mencatatnya di lembar kerja. Selain itu, RL pun diminta melakukan evaluasi terhadap perasaannya setelah selesai melakukan hal-hal tersebut. Peneliti berharap RL dapat merasakan sendiri manfaatnya jika mau mencoba melakukannya.
2. RL diminta mempraktekkan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif, masing-masing dua kali dalam sehari dan mencatatnya di lembar kerja “Latihan Relaksasi Pernapasan” dan “Latihan Relaksasi Progresif”. Hal yang perlu dicatat adalah waktu melakukan relaksasi dan tingkat rileks sebelum dan sesudah menjalani latihan relaksasi.

Sesi 4

- Isi sesi : Relaksasi; Pengantar Teknik Memecahkan Masalah
- Waktu : Selasa, 1 Mei 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman RL
- Keterangan : Ruang tamu RL sepi dan kondusif untuk pertemuan dengan peneliti karena saat itu hanya ada istri RL yang berdiam di kamar menunggu giliran intervensi.
- Observasi : Ketika peneliti datang, RL sedang menunggu di ruang tamu rumahnya dengan mengenakan pakaian formal dan pecinya. Peneliti melihat suasana perasaan RL di pertemuan ini sudah membaik dibandingkan pertemuan sebelumnya, semangatnya pun sudah lebih baik, walaupun ia masih tampak murung secara umum. RL dapat menjalani sesi dengan konsentrasi yang baik.

Gambaran Hasil Sesi:

Pertemuan kali ini dibuka dengan pembahasan hasil latihan relaksasi RL di rumah, baik relaksasi pernapasan maupun relaksasi progresif. RL menjalankan latihan dengan rutin sebanyak dua kali setiap harinya. Relaksasi masing-masing dilakukan dengan latihan terpisah. Dari tingkat rileks sebelum dan sesudah relaksasi yang dilaporkan, RL memperoleh manfaat lebih besar dari relaksasi progresif. Pada kedua jenis latihan relaksasi, RL mengaku menjadi lebih rileks, tetapi efek relaksasi dari relaksasi progresif lebih terasa daripada relaksasi pernapasan. RL juga mengaku benar-benar bisa merasakan manfaat relaksasi ini dalam kesehariannya. Ia merasa tubuh dan pikirannya menjadi lebih enteng. Di luar latihan, RL mengaku beberapa kali melakukan relaksasi, terutama saat sedang merasa lelah atau kesal kepada istrinya di rumah. Efeknya cukup positif, RL merasa bisa mengalihkan kekesalannya ke latihan otot pada latihan relaksasi progresif.

Setelah selesai membahas relaksasi dan manfaatnya, peneliti mengajak RL latihan relaksasi kembali. Peneliti memandu RL melakukan latihan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif. Pendapat RL setelah selesai latihan tetap sama. Ia merasa lega dan bisa menikmati efek relaksasi pada tubuhnya. Ia mengaku sangat suka melakukan relaksasi ini.

Selanjutnya, peneliti memandu sesi ke bagian selanjutnya, yaitu materi pengantar “Teknik Memecahkan Masalah”. Peneliti memberikan lembar materi kepada RL, dan menjelaskan isi materi tersebut. Di awal, peneliti menjelaskan bahwa teknik memecahkan masalah pada dasarnya sudah biasa dilakukan oleh semua orang, tetapi yang akan dijelaskan kali ini oleh peneliti adalah teknik memecahkan masalah yang sifatnya lebih detail dan terencana, serta mempertimbangkan berbagai hal yang biasanya mungkin tidak terlalu dipikirkan.

RL hanya mengangguk-angguk ketika peneliti menjelaskan materi teknik memecahkan masalah. Ia mulai bertanya saat diberikan contoh. Ia memastikan bahwa solusi yang dibahas keuntungan serta kerugiannya hanya salah satu yang sudah dipilih terlebih dahulu. Setelah selesai membahas materi, peneliti menanyakan perihal masalah yang mungkin sedang dialami oleh RL. RL sempat terdiam, lalu mengatakan bahwa ia sedang memiliki masalah kesehatan, yaitu batu

ginjal yang seharusnya dioperasi, tetapi ia tidak punya uang. Ketika ditawarkan untuk mencoba melakukan pemecahan masalah dengan teknik yang baru diajarkan, RL terlihat sangat antusias. Peneliti menawarkan kepada RL untuk membahasnya bersama atau membiarkan RL mengerjakannya terlebih dahulu sendiri. RL memilih untuk mengerjakannya sendiri. Dengan demikian, hasilnya baru akan dibicarakan pada sesi selanjutnya.

Kesimpulan Sesi 4:

1. RL merasakan manfaat yang besar dari relaksasi. Ia sama-sama menyukai relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif, serta memperoleh efek yang baik dari kedua relaksasi tersebut. Menurutnya, relaksasi progresif lebih bermanfaat karena bisa mengalihkan ketegangan ke otot-otot fisik.
2. RL sudah memahami pertimbangan-pertimbangan yang perlu dipikirkan untuk memecahkan masalah. Ia ingin mencoba teknik ini untuk memecahkan masalah.

Tugas untuk Sesi 5:

1. Peneliti meminta RL tetap melakukan latihan relaksasi pernapasan dan progresif secara rutin setiap hari dan memperhatikan tingkat rileks yang ia rasakan sebelum dan sesudah relaksasi, walaupun tidak perlu lagi mencatatnya di dalam lembar kerja.
2. Peneliti juga meminta RL mengisi lembar kerja “Teknik Memecahkan Masalah” untuk berusaha memecahkan masalah yang benar-benar sedang dialami oleh RL. Hasil pengerjaannya akan dibahas pada sesi selanjutnya.

Sesi 5

Isi sesi : Teknik Memecahkan Masalah; Pengantar Materi Pikiran Negatif
 Waktu : Jumat, 4 Mei 2012
 Tempat : Ruang tamu rumah kediaman RL
 Keterangan : Saat itu, ruang tamu RL sedang sepi karena hanya ada RL dan istrinya. Istri RL sedang berada di kamar.

Observasi : Suasana perasaan RL hari ini tampak cukup stabil. Ia masih terlihat murung sesekali, tetapi ia menampilkan sikap semangat menjalani sesi dan ramah terhadap peneliti. Ia mengenakan jenis pakaian yang biasa ia kenakan saat itu. RL dapat menjalani sesi ini dengan konsentrasi yang baik. Kebiasaannya memotong pembicaraan beberapa kali muncul dan telah diingatkan oleh peneliti.

Gambaran Hasil Sesi:

Pada awal pertemuan sesi 5 ini, peneliti pertama-tama melakukan *mid-test* menggunakan alat ukur yang dipakai saat *pre-test*, serta melakukan wawancara singkat seputar depresi yang dialami RL. Setelah itu, peneliti baru masuk ke isi dari sesi ini.

Peneliti mengajak RL untuk membahas tugas rumah memecahkan masalah yang sudah coba dikerjakan oleh RL sendiri. Masalah yang dibahas oleh RL hanya satu, yaitu masalah kesehatan batu ginjal yang harus dioperasi tetapi RL tidak memiliki uang. RL menemukan tiga alternatif solusi untuk masalah ini, yaitu menjual barang-barang di rumah, meminta bantuan anak, dan membiarkannya saja. Dari ketiga alternatif ini, RL memilih untuk mempertimbangkan solusi kedua, yaitu meminta bantuan anak. Ia merasa tidak pernah merepotkan anaknya selama ini, dan menurutnya wajar bila ia meminta bantuan anak untuk biaya operasi saja kali ini, karena ia benar-benar membutuhkannya. RL mengaku sudah mencoba bicara dengan anak-anaknya, dan anak-anaknya tidak menolak, tetapi mengatakan akan berdiskusi terlebih dahulu satu sama lain karena mereka pun harus berusaha menyisihkan uang.

RL mengatakan bahwa teknik pemecahan masalah yang diajarkan oleh peneliti bermanfaat untuk mengarahkan pikirannya melihat masalah dari berbagai sudut pandang. Lebih lanjut, untuk memperdalam pemahaman mengenai teknik ini, peneliti mengajak RL mengisi satu lembar kerja lagi berisi usaha memecahkan masalah RL yang lain. RL memilih masalah sulitnya mendapat pekerjaan saat ini, karena ia memang selalu mendapat pekerjaan lepas dari para kenalan atau tetangga untuk membetulkan barang-barang. Untuk itu, RL ingin mencari solusi

lain untuk mengatasi kesulitan ekonominya. Ia menemukan dua solusi yang dapat dipilih, yaitu mencoba *menjemput bola* dengan menawarkan jasa ke rumah-rumah tetangganya, atau menjual barang-barang yang ada di rumah sedikit demi sedikit. Dari dua solusi tersebut, RL memilih solusi yang pertama untuk dipertimbangkan. Dari hasil pertimbangan yang dituliskan dan didiskusikan bersama peneliti, RL terpikir untuk membuat semacam brosur berisi jasa-jasa yang bisa ia tawarkan. Dengan demikian, tetangga-tetangganya akan terpancing mempekerjakannya lagi. Ia mengaku akan mencoba melakukannya. Peneliti melihat RL sudah mampu melakukan langkah-langkah dalam teknik memecahkan masalah ini dengan baik.

Kesimpulan Sesi 5:

1. RL sudah memahami manfaat dari teknik memecahkan masalah yang sudah diajarkan secara teoritis dan prakteknya. RL dapat mempraktekannya dari latihan-latihan yang sudah dikerjakan.
2. RL sudah mencoba mempraktekkan solusi yang ia peroleh dari latihan teknik memecahkan masalah, dan walaupun belum mendapat hasil yang jelas-jelas positif, tetapi ada kemungkinan ke arah positif. Pengalaman ini membuat RL terdorong untuk mencoba memecahkan masalah lain.

Tugas untuk Sesi 6:

1. Peneliti meminta RL untuk mencoba mempraktekkan solusi yang sudah ia pilih dari teknik memecahkan masalah dalam kehidupannya sehari-hari. Peneliti juga meminta RL mengevaluasi hasil solusi yang sudah dilakukan, yaitu untuk perihal meminta uang untuk operasi batu ginjal kepada anak-anaknya.
2. Peneliti menjelaskan materi “Pikiran Negatif”, yaitu mengenai jenis-jenis pikiran yang tidak berguna serta tidak adaptif kepada RL dari lembar materi yang sudah disiapkan. Kemudian RL diminta untuk menemukan pikiran-pikiran negatif yang ia miliki, dan menuliskannya di lembar kerja “Mengenal Pikiran Negatif” sebagai tugas rumah.

Sesi 6

- Isi sesi : Pikiran Negatif; Pengantar Restrukturisasi Pikiran
- Waktu : Selasa, 8 Mei 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman RL
- Keterangan : Ruang tamu RL saat itu sedang sepi, karena hanya ada istrinya di rumah, dan suaminya sedang melakukan aktivitas lain di dalam rumah.
- Observasi : Ketika peneliti datang, RL sedang berada di teras rumahnya. Ia menyambut peneliti dengan cukup antusias dan segera memulai sesi dengan peneliti. RL saat itu mengenakan pakaian sejenis dengan pertemuan-pertemuan sebelumnya. Konsentrasi RL terjaga dengan baik sepanjang pertemuan. Sesi ini secara umum berjalan dengan cukup lancar.

Gambaran Hasil Sesi:

Peneliti membuka sesi hari ini dengan membahas pengerjaan tugas mengenai “Pikiran Negatif” yang sudah dilakukan oleh RL. Pikiran-pikiran negatif yang ia kenali dari dirinya antara lain berprasangka buruk dan katastrofisasi. Berprasangka buruk misalnya RL merasa teman-temannya menjauhi dirinya karena ia tidak memiliki pekerjaan dan berasal dari golongan ekonomi cenderung rendah. Untuk contoh katastrofisasi, RL berpikir bahwa hari tuanya tidak akan menyenangkan hingga seterusnya karena istrinya nyaris buta, sehingga ia malah harus menjaganya terus-menerus, bukan dilayani oleh istrinya tersebut. Ia berpikir mungkin kondisi ini akan membuatnya meninggal lebih cepat.

Setelah melihat dan mendiskusikan sepintas mengenai pengerjaan tugas mengenali pikiran negatif milik RL, peneliti kemudian membahas materi pikiran negatif lebih lanjut, terutama terkait dengan depresi. Peneliti membahas satu per satu jenis pikiran negatif yang ada di dalam materi, yaitu berprasangka buruk, pikiran selektif, berpikir hitam putih, overgeneralisasi, katastrofisasi, dan keharusan. RL sempat bertanya kepada peneliti mengenai bentuk-bentuk pikiran negatif tersebut, karena sebelumnya tidak menyangka bahwa pikiran-pikiran semacam itu disebut negatif. Peneliti kemudian menjelaskan kepada RL bahwa

pikiran-pikiran itu disebut negatif karena tidak ada gunanya, malahan membuat orang menjadi tidak tenang, terbebani, atau depresi. Peneliti menambahkan bahwa hal tersebut bisa tidak disadari karena biasanya muncul secara otomatis. RL mengangguk dan mengaku memahami penjelasan peneliti.

Setelah membahas pikiran negatif, peneliti mengajak RL membahas restrukturisasi terhadap pikiran negatif. Pertama-tama, peneliti memberikan lembar materi “Restrukturisasi Pikiran” kepada RL, dan menjelaskan sebutan lain dari restrukturisasi pikiran adalah menata kembali pikiran agar menjadi lebih sehat. Restrukturisasi pikiran dilakukan untuk melawan pikiran negatif yang tadi dijelaskan biasanya muncul secara otomatis, sehingga tidak bisa dicegah untuk muncul, tetapi bisa dilawan. Peneliti kemudian menjelaskan teknik ABCDE untuk melakukan restrukturisasi pikiran ini. RL mengalami kebingungan saat diminta mencari pikiran alternatif pada poin D. Ia berkali-kali menanyakan perbedaan antara pikiran alternatif dengan mencari solusi untuk menghilangkan pikiran negatif yang dituliskan pada poin B. Peneliti menjelaskan bahwa pikiran alternatif bukanlah solusi, tetapi bisa berupa fakta-fakta atau kemungkinan-kemungkinan lain yang terpikirkan oleh RL. Tujuan dari mencari pikiran alternatif ini adalah untuk mengurangi perasaan negatif. Peneliti kemudian memberi gambaran lagi dengan menjelaskan bahwa mungkin ada kondisi-kondisi tidak menyenangkan yang tidak bisa diatasi, sehingga untuk bisa mengurangi perasaan negatif akibat kondisi tersebut, RL dapat berusaha mencari pikiran alternatif yang lebih sehat.

Untuk semakin memperjelas materi ini, peneliti melanjutkan dengan mengajak RL melakukan latihan restrukturisasi pikiran. Peneliti terlebih dahulu memberi contoh di luar pengalaman RL, dan mengajak RL mencoba mengerjakannya bersama-sama dengan peneliti. RL mampu melakukan latihan pertama ini dengan baik. Peneliti kemudian memberikan lembar kerja baru dan meminta RL mengisinya dengan pikiran negatif yang benar-benar ia miliki. RL membahas pikiran negatifnya berupa pemikiran bahwa masa tuanya akan tidak bahagia terus-menerus karena kondisi istrinya yang nyaris tidak bisa melihat, hingga ia pun merasa akan meninggal lebih cepat dari seharusnya. Situasinya dalam hal ini adalah kondisi istrinya yang kehilangan 70% penglihatan. Kondisi ini memunculkan pikiran bahwa RL tidak akan bahagia dan mungkin meninggal

lebih cepat dari seharusnya. Perasaannya sedih dan tidak puas sekali. Kemudian, untuk melawan pikiran tersebut, peneliti memandu RL menemukan fakta-fakta positif di hari tuanya di samping fakta bahwa istrinya kehilangan 70% penglihatan. RL tidak dapat mengeluarkan pikiran alternatif apapun. Akhirnya, di sini peneliti mencoba menggunakan *Socratic questioning* dengan bertanya, “Apakah benar-benar tidak ada lagi yang bisa Ibu lakukan dengan keterbatasan penglihatannya sekarang?” dan pertanyaan-pertanyaan lain semacam itu. Dari situ, RL akhirnya menemukan pikiran alternatif bahwa walaupun sudah kehilangan 70% penglihatan, istrinya tetap bisa berusaha membersihkan rumah dan bahkan memasak untuk dirinya. Sebenarnya, kehidupan hari tua RL tidak seburuk yang ia bayangkan terkait kondisi istrinya.

Setelah memiliki pikiran alternatif ini, peneliti menanyakan efeknya terhadap perasaan RL. RL mengatakan ia seketika menjadi lebih lega dan malah muncul rasa bersalah kepada istrinya. Ia merasa lebih bisa melihat sisi yang patut disyukuri dari kondisinya dan istrinya saat ini. Ia menilai mungkin istri orang lain tidak akan sekuat istrinya jika mengalami masalah penglihatan seperti itu. Sementara, istrinya masih bisa membersihkan rumah dan bahkan memasak walaupun seringkali mengalami kecelakaan saat melakukannya.

Kesimpulan Sesi 6:

1. RL sudah memahami materi dan jenis-jenis pikiran negatif, serta mampu mengenai pikiran negatif yang ada di dalam dirinya, dalam hal ini terutama dalam bentuk berprasangka buruk dan katastrofisasi.
2. RL juga sudah memahami materi dan pentingnya melakukan restrukturisasi pikiran untuk melawan pikiran negatif dan merasakan efek terhadap emosi yang menjadi lebih positif.

Tugas untuk Sesi 7:

1. Peneliti meminta RL untuk terus mengenali dan memperhatikan pikiran-pikiran negatif yang seringkali muncul dalam dirinya, walaupun tidak mencatatnya.

2. Peneliti meminta RL untuk memilih 2 pikiran negatif lagi untuk dituliskan dalam lembar kerja sebagai tugas rumah. Ini akan dibahas pada pertemuan selanjutnya.

Sesi 7

Isi sesi : Restrukturisasi Pikiran; Evaluasi Seluruh Sesi

Waktu : Jumat, 11 Mei 2012

Tempat : Ruang tamu rumah kediaman RL

Keterangan : Rumah RL saat itu sedang sepi seperti biasanya. Istrinya sedang berada di dalam rumah melakukan kegiatan lain.

Observasi : Peneliti melihat tidak ada yang berubah dari suasana hati RL dibandingkan pertemuan sebelumnya. Secara umum, suasana hati murung masih tampak mendominasi, walaupun ia sudah lebih bisa terlihat rileks dan lebih banyak tersenyum. Ia pun dapat berkonsentrasi selama sesi berlangsung. Kebiasaannya memotong pembicaraan cukup banyak muncul pada sesi ini, setelah sebelumnya sempat berkurang karena peneliti sudah mengingatkannya.

Gambaran Hasil Sesi:

Sesi 7 ini dibuka dengan pembahasan tugas “Restrukturisasi Pikiran” yang dikerjakan oleh RL. Ia hanya mencoba melakukan restrukturisasi pikiran untuk pikiran negatifnya terhadap teman yang ia anggap tidak mau berteman dengannya karena golongan ekonominya yang rendah. Situasi yang diangkat RL adalah situasi bahwa ia jarang diajak dalam pertemuan dengan para tetangga. Hal ini kemudian memunculkan perasaan yang tidak nyaman berupa marah dan sedih dalam diri RL. Pikiran alternatif yang terpikir oleh RL adalah mungkin teman-temannya tidak mengajak karena berpikir RL harus menjaga istrinya di rumah, karena pernah ada seorang teman yang berkata demikian kepadanya. Selain itu, pemikiran alternatif yang lain adalah ia tidak dijauhi karena kondisi ekonomi, karena teman-teman yang berkumpul pun berasal dari golongan ekonomi yang beragam. RL mengaku menjadi tidak terlalu memikirkannya lagi setelah pikiran

alternatif itu ia temukan. Menurutnya, restrukturisasi ini cukup berhasil membuatnya lebih tenang secara umum.

Setelah pembahasan restrukturisasi pikiran selesai, peneliti menutup sesi dan membahas semua materi yang sudah diberikan sejak awal bersama RL. RL tampak masih mengingat semua materi yang sudah pernah diberikan. Peneliti pun mencoba mengulang secara singkat semua materi yang ada dan mengingatkan RL akan tugas-tugas yang juga sudah pernah ia kerjakan sebelumnya.

Peneliti kemudian memberikan satu paket lembar kerja untuk diisi kembali oleh RL sampai pertemuan sesi 8. Penekanan tugas terutama diberikan kepada tugas-tugas yang perlu dipraktekkan setiap hari, yaitu monitor perasaan, rencana kegiatan harian, dan latihan relaksasi. Sementara, untuk mengenali depresi, teknik memecahkan masalah, mengenali pikiran negatif, dan restrukturisasi pikiran hanya perlu diisi sesuai kebutuhan.

Kesimpulan Sesi 7:

1. RL tampak sudah dapat melakukan restrukturisasi pikiran terhadap pikiran-pikiran negatif yang ia miliki, terutama menggunakan data-data berupa fakta sebagai bahan pikiran alternatifnya. Ia merasakan efek yang positif dari restrukturisasi pikiran yang dilakukannya ini.
2. RL juga sudah memahami seluruh materi yang diberikan pada setiap sesi, dan akan melakukannya kembali sampai bertemu dengan peneliti di sesi 8.

Tugas untuk Sesi 8:

1. Peneliti meminta RL untuk mengulang mengerjakan semua tugas dari seluruh sesi selama 3 hari sampai pertemuan sesi 8. Tugas yang perlu dikerjakan per hari adalah monitor perasaan, rencana kegiatan harian, dan latihan relaksasi. Sementara sisanya adalah tugas yang tidak perlu dikerjakan harian, yaitu mengenali depresi, teknik memecahkan masalah, mengenali pikiran negatif dan melakukan restrukturisasi pikiran.

Sesi 8

- Isi sesi : Evaluasi Seluruh Sesi; *Relapse Prevention*
- Waktu : Selasa, 15 Mei 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman RL
- Keterangan : Suasana rumah RL saat itu sepi seperti biasa. Istrinya berada di ruangan lain melakukan aktivitasnya.
- Observasi : Ketika peneliti datang, RL menyambut peneliti di ruang tamu dan masuk sebentar ke dalam rumah untuk mengambil peci dan kacamatanya. Di sesi ini, suasana perasaannya terasa membaik dari pertemuan sebelumnya, walaupun ia masih terlihat murung sesekali. Walaupun demikian, konsentrasinya tetap bisa terjaga dengan baik sepanjang pertemuan. Kebiasaan memotong pembicaraan terkadang masih muncul, walaupun tidak banyak.

Gambaran Hasil Sesi:

Pada sesi 8 ini, peneliti pertama-tama menanyakan komentar RL terkait pengalamannya mengerjakan lagi semua tugas dari materi terapi yang sudah pernah diberikan oleh peneliti. RL tidak merasa mengalami kesulitan yang berarti saat mengerjakannya. Hanya saja, ia tidak merasa semua tugas ini membawa manfaat yang setara. Untuk itu, peneliti mengajak RL membahas seluruh tugas secara umum.

Untuk tugas mengenali depresi, RL masih merasa mengalami gejala yang dituliskannya pada lembar kerja terdahulu. Saat ditanya mengenai kadarnya, RL mengaku bukan kadarnya yang berkurang, tetapi frekuensi kemunculannya yang sudah menjadi lebih jarang.

Selanjutnya, untuk tugas monitor perasaan dan rencana kegiatan harian, RL tetap tidak dapat melakukan kegiatan-kegiatan yang menurutnya positif. Ia merasa walaupun dilakukan tidak akan terlalu berguna. Hal yang ia catat pun masih cenderung yang positif-positif saja, walaupun ketika ditanya lebih lanjut, ia mengaku sebetulnya ada perasaan negatifnya juga. Lebih lanjut, RL merasa tidak menyukai materi ini. Menurutnya materi ini merepotkan dan paling tidak bermanfaat dibandingkan materi-materi lain.

Sementara itu, RL menganggap materi dan latihan relaksasi adalah materi yang paling bermanfaat dari rangkaian terapi ini. Untuk tugas relaksasi, RL melakukan latihannya secara rutin, baik untuk relaksasi pernapasan maupun relaksasi progresif. Ia sama-sama menyukai relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif, dan memakainya di luar latihan. Biasanya, relaksasi bermanfaat saat sedang lelah, membuat tubuh menjadi rileks. Selain itu, relaksasi juga bisa dilakukan saat kesal, sehingga menjadi lega.

Untuk tugas teknik memecahkan masalah, RL tidak menuliskan masalah baru untuk dibahas. Ia hanya melaporkan perkembangan dari pemecahan masalah yang sudah pernah ia coba buat sebelumnya, terkait batu ginjalnya yang harus segera dioperasi, tetapi tidak ada biaya. Ia mengatakan anak-anaknya sedang mulai mencarikan tempat operasi yang tidak terlalu mahal, dan sudah bersedia membayari operasinya. Ia mengaku senang dengan hal tersebut. Di sisi lain, untuk masalah pekerjaan yang minim, RL belum mendapat pencerahan dari pemecahan yang sudah coba ia lakukan.

Materi selanjutnya adalah mengenali pikiran negatif dan restrukturisasi pikiran. Pada materi ini, RL juga tidak membahas pikiran negatif yang baru dan menuliskannya pada lembar kerja yang baru. Ia mengaku mencoba melakukan restrukturisasi pikiran, walaupun tidak mencatatnya. Ia memberi contoh, kemarin anaknya menelepon ke rumah tetapi tidak mencari dirinya. Awalnya, RL berpikir anaknya tidak menghargai dirinya, tetapi ia berpikir kembali bahwa mungkin anaknya terburu-buru. Saat akhirnya mengkonfirmasi kepada istrinya, istrinya mengatakan bahwa anak mereka mengira RL tidak ada di rumah karena istri RL berkata demikian. Istri RL tidak tahu bahwa RL sudah pulang saat itu karena tidak bisa melihat.

Berdasarkan seluruh pembahasan ini, menurut peneliti, RL pada dasarnya mampu menjalankan teknik-teknik yang diajarkan kepadanya dan merasakan manfaatnya sendiri dari sana, kecuali untuk monitor perasaan dan rencana kegiatan harian. Pembahasan yang dibuat secara menyeluruh oleh peneliti dengan RL ini adalah bentuk *relapse prevention*, yang dilakukan untuk memastikan RL sudah benar-benar paham dan dapat mempraktekkan teknik-teknik tersebut seterusnya.

Sebagai catatan, peneliti dalam hal ini juga menangkap adanya kecenderungan RL yang agak malas mengerjakan tugas rumah yang sejak awal sudah tidak ia sukai. Ia mau melakukan relaksasi tetapi tidak mau melakukan monitor perasaan dan rencana kegiatan harian sesuai instruksi dengan alasan yang tidak kuat. Kecenderungan ini membuat RL dapat dikatakan tidak menjalankan terapi dengan lengkap.

Kesimpulan Sesi 8:

1. RL tampak sudah mampu memahami dan menjalankan tugas yang diajarkan oleh peneliti. Untuk tugas-tugas tertentu yang menurutnya membawa manfaat, RL akan bersedia mengerjakannya dengan rajin, misalnya relaksasi. Sementara, untuk tugas yang ia rasa kurang bermanfaat, RL memilih untuk tidak mengerjakannya dengan sungguh-sungguh, dalam hal ini terutama monitor perasaan dan rencana kegiatan harian.

Tugas untuk Penutup Rangkaian Sesi:

1. Peneliti menjelaskan kepada RL mengenai pentingnya menjalankan teknik-teknik terapi yang sudah dipelajari dalam kehidupan sehari-hari sebagai proses terapi yang sesungguhnya walaupun RL sudah tidak menjalani pertemuan dengan peneliti. Peneliti mendorong RL untuk terus menjalankan teknik-teknik tersebut dan memberikan lembar kerja kosong yang bisa digunakan untuk latihan RL seterusnya.

5.2.2 Status Mental Pasca-Intervensi Partisipan 2 (RL)

A. Deskripsi Umum

1. Penampilan

Dari segi penampilan, RL tampak selalu memakai pakaian yang sopan saat bertemu peneliti. Ia selalu memakai kacamata dan pecinya saat pertemuan.

2. Kesadaran

RL berada dalam kesadaran penuh sepanjang menjalankan terapi dengan peneliti. Walaupun sesekali terlihat termenung atau melamun, tetapi ia memiliki kesadaran yang penuh.

3. Perilaku dan aktivitas psikomotor

Sepanjang proses terapi berlangsung setiap sesinya, peneliti tidak melihat perubahan yang berarti pada diri RL. Ia tetap cenderung tampak kurang bersemangat. *Muscle tone* RL menjadi terlihat lebih kuat, tetapi secara umum ia tetap tampak kurang bersemangat. Begitu pula, level energi RL cenderung rendah sedari awal hingga akhir proses terapi.

4. Pembicaraan

RL dapat bicara dengan lancar, dan intonasinya pun cenderung beragam. Ia bicara dengan tempo yang lambat dan tampak kurang bersemangat. Hal ini terjadi dari awal proses terapi hingga akhir. Peningkatan terkadang tampak pada beberapa sesi, seperti sesi 5 dan 7, tetapi tidak menetap.

5. Sikap terhadap peneliti

Secara umum, RL bersikap kooperatif terhadap peneliti dari awal hingga akhir proses terapi karena selalu menerima kedatangan peneliti dengan baik. Akan tetapi, kadang-kadang mengeluarkan bantahan untuk hal-hal yang tidak sesuai dengan pendapatnya, seperti tidak mendengarkan pendapat peneliti mengenai manfaat melakukan rencana kegiatan harian karena merasa tidak akan merasakan manfaat dari sana.

B. Keadaan Afektif (*Mood*), Perasaan, Ekspresi Afektif Serta Empati

1. Keadaan afektif (*mood*)

Keadaan afektif (*mood*) RL secara umum dapat digolongkan dalam kategori depresif. Hal ini tampak belum begitu berubah dari awal hingga akhir proses terapi. Ia hanya tidak tampak sering murung menjelang akhir proses terapi dibandingkan sebelumnya.

2. Ekspresi afektif

Walaupun didominasi oleh ekspresi murung, RL masih dapat menampilkan ekspresi afektif yang beragam, tergantung isi pembicaraan yang sedang diangkat.

3. Keserasian

RL memiliki *appropriate affect* dalam menampilkan ekspresinya dari awal hingga akhir proses terapi. Walaupun cenderung murung, RL tetap dapat mengeluarkan ekspresi yang serasi dengan topik yang sedang dibahas.

4. Empati

Peneliti tidak menemukan masalah dalam hal ini. Peneliti melihat bahwa RL dapat mengekspresikan cerita-ceritanya dengan baik dan apa adanya, sehingga peneliti dapat berempati padanya.

C. Fungsi Intelektual (Kognitif)

1. Taraf pendidikan, pengetahuan umum dan kecerdasan

Secara umum, kecerdasan RL tergolong baik sebagai lulusan SMA. Ia juga memiliki pengetahuan umum yang kadang-kadang dibicarakan bersama peneliti di sela-sela proses terapi.

2. Daya konsentrasi

Sepanjang proses terapi, RL memiliki konsentrasi yang baik. Ia dapat mengikuti arah pembicaraan peneliti dengan cukup baik.

3. Orientasi (waktu, tempat, orang)

RL tidak memiliki masalah orientasi, baik dalam hal waktu, tempat, dan orang.

4. Daya ingat

- a. **Jangka panjang.** Peneliti tidak melihat adanya masalah ingatan jangka panjang dalam diri RL.
- b. **Jangka pendek.** RL juga tidak terlihat memiliki masalah ingatan jangka pendek sejauh hasil pengamatan peneliti.
- c. **Segera.** RL juga memiliki ingatan segera yang tidak terganggu.

5. Pikiran abstrak

Pikiran abstrak RL berfungsi dengan cukup baik. Ia dapat melakukan perencanaan-perencanaan dalam kehidupannya sehari-hari, misalnya perencanaan mencari pendapatan.

D. Gangguan Persepsi

1. Halusinasi dan ilusi

RL tidak memiliki halusinasi dan ilusi.

2. Depersonalisasi dan derealisasi

RL tidak mengalami depersonalisasi maupun derealisasi.

E. Proses Berpikir

1. Arus pikiran

a. Produktivitas

RL memiliki arus pikiran yang cenderung produktif dari awal hingga akhir proses terapi bersama peneliti. Ia dapat menyampaikan ide-idenya kepada peneliti.

b. Kontinuitas

RL juga dapat menjaga kontinuitas pikirannya saat menyampaikannya kepada peneliti. Peneliti tidak menemukan adanya masalah dalam hal ini pada diri RL.

c. Hendaya berbahasa

RL tidak ditemukan mengalami hendaya bahasa dalam bentuk apapun.

2. Isi pikiran

a. Preokupasi

RL memiliki preokupasi pikiran yang bertahan hingga akhir terapi, yaitu mengenai kesulitannya meninggalkan karena istrinya kehilangan 70% penglihatan. Ia merasa belum bisa mengatasi pikirannya yang terganggu karena hal tersebut sampai akhir sesi.

b. Gangguan pikiran, waham, gagasan mirip waham

RL tidak memiliki gangguan pikiran atau waham.

F. Pengendalian Impuls

RL dapat mengendalikan impulsnya dengan baik, hanya saja kecenderungannya memotong pembicaraan kadangkala masih muncul hingga sesi terakhir.

G. Daya Nilai

1. Norma sosial

Secara umum, norma sosial dalam diri RL tampak cukup baik karena sikapnya sopan kepada peneliti. Sayangnya, kecenderungan memotong pembicaraan masih berlangsung sampai akhir proses terapi, walaupun peneliti sudah berusaha mengingatkannya.

2. Uji daya nilai (*judgement*)

RL mampu membedakan hal-hal yang baik dan buruk. Hal ini membuktikan uji daya nilainya tergolong baik.

3. Daya nilai realita

Penilaian RL terhadap realita tergolong baik dan tidak terganggu.

H. Tilikan (*Insight*)

Sejak awal, RL tampak menyadari bahwa dirinya sedang berada dalam kondisi tertekan. Ia juga sudah dapat menerima konsep depresi dengan baik. Pemahamannya mengenai gejala-gejala depresi dalam dirinya juga sudah meningkat sepanjang berjalannya terapi. Hanya saja, RL kurang menyadari pentingnya melakukan teknik-teknik yang diajarkan dalam terapi karena merasa tidak akan mendapat manfaat dari sana.

I. Taraf Dapat Dipercaya

Peneliti menilai RL dapat dipercaya. Ia tampak menyampaikan cerita-ceritanya secara apa adanya sepanjang proses terapi.

5.2.3 Hasil Beck Depression Inventory (BDI) Pasca-Intervensi Partisipan 2 (RL)

Berikut ini perbandingan hasil asesmen pra-intervensi (*pre-test*), pertengahan intervensi (*mid-test*), dan pasca-intervensi (*post-test*) pada partisipan RL:

Tabel 5.6 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi BDI Partisipan 2 (RL)

Dimensi	No item	Isi Item	Skor pra	Skor mid	Skor pasca
Sikap negatif terhadap diri sendiri	1	Kesedihan	1	1	1
	2	Pesimisme	1	1	1
	3	Perasaan gagal	2	1	1
	4	Ketidakpuasan	2	1	1
	5	Perasaan bersalah	2	2	1
	6	Perasaan dihukum	1	0	1
	7	Perasaan membenci diri sendiri	1	1	1
	8	Kritik terhadap diri	2	1	2
	9	Pemikiran bunuh diri	0	0	0
	10	Menangis	0	0	0
	14	Citra diri	0	0	0
<i>Persentase 'Sikap negatif terhadap diri sendiri'</i>			12 dari 33 (36%)	8 dari 33 (24%)	9 dari 33 (27%)
Penurunan performa	11	Mudah marah	1	1	1
	12	Menarik diri	0	0	0
	13	Kesulitan memutuskan	1	0	0
	15	Kesulitan bekerja	1	1	1
	17	Kelelahan	1	1	0
	20	Kepedulian pada kesehatan	2	1	1
	21	Kehilangan gairah seksual	1	1	1
<i>Persentase 'Penurunan Performa'</i>			7 dari 21 (33%)	5 dari 21 (24%)	4 dari 21 (19%)
Gejala somatis	16	Kesulitan tidur	1	1	1
	18	Perubahan selera makan	1	1	0
	19	Penurunan berat badan	1	0	0
<i>Persentase 'Gejala somatis'</i>			3 dari 9 (33%)	2 dari 9 (22%)	1 dari 9 (11%)
TOTAL			22 dari 63 (35%)	16 dari 63 (25%)	14 dari 63 (22%)

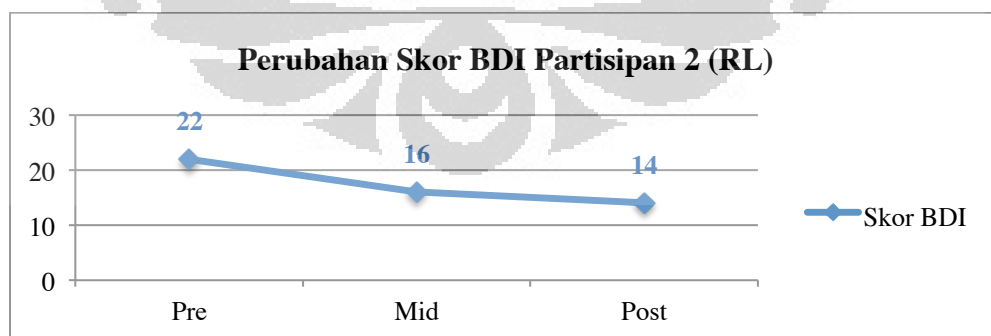
Dari pemaparan di atas dapat dilihat bahwa RL mengalami penurunan dalam hal keseluruhan skor depresi, yaitu dari 22 yang tergolong depresi berat (>15) menjadi 14 yang merupakan golongan depresi ringan sampai sedang (6-15).

Walaupun demikian, kecenderungan depresi dalam diri RL masih sangat perlu diwaspadai karena skor pasca-intervensinya masih berada pada batas atas kategori depresi ringan sampai sedang. Dari sisi persentase, selisih antara hasil pra-intervensi dengan pasca-intervensi adalah 13% dari skor total, sementara, total penurunan skor dari 22 menjadi 14 adalah sebesar 36%.

Skor depresi pada dimensi ‘sikap negatif terhadap diri sendiri’ yang merupakan dimensi tertinggi dalam diri RL tampak menurun dari 36% menjadi 27%. RL sempat mengalami penurunan menjadi 24% pada dimensi itu saat pertengahan intervensi, tetapi naik kembali satu skor saat pasca-intervensi. Skor yang kembali naik dalam hal ini adalah mengenai perasaan dihukum dan kritik terhadap diri sendiri. RL mengakui hal tersebut memang ia alami. Selebihnya, gejala yang masih ada tetapi sebagian besar sudah berkurang intensitasnya adalah kesedihan, pesimisme, perasaan gagal, ketidakpuasan, perasaan bersalah, dan perasaan membenci diri sendiri.

Sementara, untuk dimensi ‘penurunan performa’ dan ‘gejala somatis’ yang sama-sama mencapai 33% saat pra-intervensi, RL mengalami penurunan skor pada masing-masing dimensi. Skor pada dimensi ‘penurunan performa’ berkurang dari 33% menjadi 19%, dengan gejala yang masih nampak adalah mudah marah, kesulitan bekerja, kepedulian kepada kesehatan, dan kehilangan gairah seksual. Sementara itu, pada dimensi ‘gejala somatis’, skor RL menurun dari 33% menjadi 11%, dengan gejala yang menetap hanya kesulitan tidur.

Berikut ini grafik perubahan skornya:



Gambar 5.3 Grafik Perubahan Skor BDI Partisipan 2 (RL)

5.2.3 Hasil Geriatric Depression Scale (GDS) Pasca-Intervensi Partisipan 2 (RL)

Berikut ini merupakan hasil pengukuran menggunakan alat ukur GDS pada SA mulai dari pra-intervensi (*pre-test*), pertengahan intervensi (*mid-test*), dan pasca-intervensi (*post-test*):

Tabel 5.7 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi GDS Partisipan 2 (RL)

Dimensi	No item	Isi Item yang mendapat skor 1	Skor pra	Skor mid	Skor pasca
Sikap tidak acuh	1*	Secara umum puas dengan kehidupan	8	6 (1*, 2, 5*, 9*, 19*, 21*)	6 (1*, 2, 5*, 9*, 19*, 21*)
	2	Tidak lagi melakukan kegiatan dan minat			
	5*	Penuh harapan mengenai masa depan			
	9*	Bahagia hampir sepanjang waktu			
	19*	Merasa hidup menyenangkan			
	20	Sulit memulai kegiatan baru			
	21*	Merasa penuh energi			
	29*	Mudah membuat keputusan			
<i>Persentase 'Sikap tidak acuh'</i>			8 dari 12 (67%)	6 dari 12 (50%)	6 dari 12 (50%)
Dysphoria	6	Memiliki pikiran yang mengganggu	5	5	4 (6, 13, 18, 24)
	13	Khawatir mengenai masa depan			
	18	Khawatir mengenai masa lalu			
	23	Kebanyakan orang lebih baik			
	24	Sering merasa kesal			
<i>Persentase 'Dysphoria'</i>			5 dari 13 (38%)	5 dari 13 (38%)	4 dari 13 (31%)
Menarik diri	12	Memilih tinggal di rumah	1	0	0
<i>Persentase 'Menarik diri'</i>			1 dari 2 (50%)	0 dari 2 (0%)	0 dari 2 (0%)
Penurunan fungsi kognitif	30*	Pikiran jernih	1	1	1
<i>Persentase 'Penurunan fungsi kognitif'</i>			1 dari 3 (33%)	1 dari 3 (33%)	1 dari 3 (33%)
TOTAL			15 dari 30 (50%)	12 dari 30 (40%)	11 dari 30 (37%)

* *Item unfavorable*

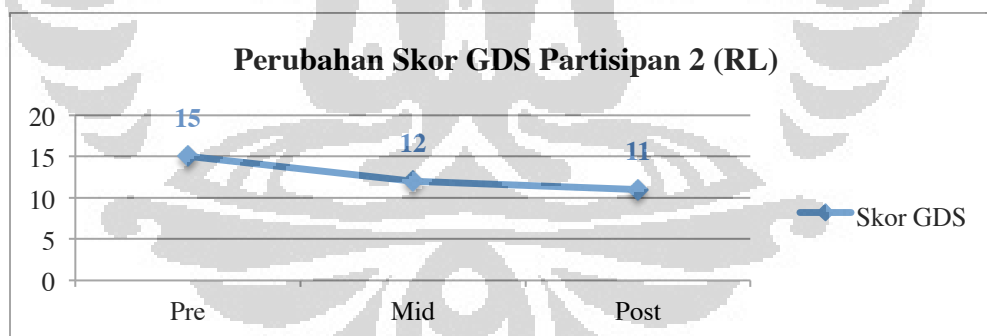
Dari tabel di atas, RL tampak mengalami penurunan tingkat depresi skor 15 menjadi 11. Walaupun mengalami penurunan skor, tetapi RL masih berada

dalam kategori depresi sedang (11-20). Selisih persentase pra-intervensi dan pasca-intervensi RL adalah 13% dari skor total. Sementara, persentase penurunan skor dari 15 ke 11 hanya sebesar 27%.

Lebih lanjut, pada dimensi ‘sikap tidak acuh’ yang memperoleh nilai tertinggi saat pra-intervensi, RL mengalami penurunan skor dari 67% menjadi 42%. Gejala yang menetap adalah adanya ketidakpuasan dengan kehidupan, tidak lagi melakukan kegiatan dan minat, kurang harapan mengenai masa depan, tidak merasa bahagia hampir sepanjang waktu, dan tidak merasa hidupnya menyenangkan.

Selanjutnya, pada dimensi ‘menarik diri’, RL sudah tidak lagi mengalami gejala apapun. Kecenderungannya memilih tinggal di rumah sudah tidak muncul. Untuk dimensi ‘*dysphoria*’, dari skor 38% saat pra-intervensi, RL mengalami penurunan skor menjadi 23%, dengan gejala yang menetap antara lain memiliki pikiran yang mengganggu, khawatir mengenai masa depan, dan sering merasa kesal. Untuk dimensi terakhir, yaitu ‘penurunan fungsi kognitif’, RL tetap mengalami gejala merasa pikirannya tidak jernih sejak pra-intervensi hingga pasca-intervensi.

Berikut ini grafik perubahan skornya:



Gambar 5.4 Grafik Perubahan Skor GDS Partisipan 2 (RL)

5.2.4 Hasil *Brief Depression Rating Scale (BDRS)* Pasca-Intervensi Partisipan 2 (RL)

Berikut ini hasil pengukuran terhadap RL menggunakan alat ukur BDRS, mulai dari pra-intervensi (*pre-test*), pertengahan intervensi (*mid-test*), hingga pasca-intervensi (*post-test*):

Tabel 5.8 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi BDRS Partisipan 2 (RL)

No	Aspek	Skor pra	Skor mid	Skor pasca	Makna skor pasca	Keterangan
1.	<i>Mood</i> depresif, perasaan putus asa (hilang harapan)	6	4	4	Antara sedikit mengganggu dengan cukup mengganggu	Secara umum masih terasa <i>mood</i> depresif
2.	Gejala somatis psiko-fisiologis	2	2	2	Antara tidak ada dengan sedikit	Mengeluhkan kondisi perut yang terasa tidak nyaman, walaupun sangat jarang terjadi
3.	Kehilangan minat, inisiatif, dan kegiatan	5	3	3	Sedikit kehilangan minat dan inisiatif	Mulai dapat melakukan minat ke luar rumah, walaupun tidak sering
4.	Gangguan tidur	2	2	2	Antara tidur nyaman dengan sedikit gangguan	Tetap bisa terbangun di malam hari, walaupun jarang terjadi
5.	Cemas, tegang, khawatir	5	3	4	Antara sedikit mengganggu dengan cukup tegang	Masih ada kecemasan terkait kondisi istrinya yang menghambat kesehariannya, dan kondisi lain, seperti keuangan
6.	Penampilan	5	4	3	Kadang-kadang terlihat sedih	Senada dengan <i>mood</i> depresif yang masih bertahan, ekspresi yang ditampilkan kadang-kadang masih tampak sedih
7.	Keyakinan depresif	4	4	4	Antara kadang-kadang dan sering muncul keyakinan depresif	Secara umum, keyakinan mengenai hari tua yang tidak menyenangkan masih menetap
8.	Pemikiran atau perilaku bunuh diri	1	1	1	Tidak ada pemikiran bunuh diri	Tidak ada pemikiran maupun percobaan bunuh diri dalam bentuk apapun

Dari hasil observasi, RL tampak masih mengalami gejala depresi. Secara umum, RL belum mengalami perubahan berarti, walaupun sudah tampak adanya sedikit perbaikan kondisi dibandingkan saat pra-intervensi. Perbaikan antara lain terjadi pada munculnya minat untuk ke luar rumah kembali, serta pada *mood* dan penampilan yang walaupun masih cenderung depresif, tetapi sudah terasa berkurang intensitasnya. Sementara itu, perhatian khusus perlu diberikan pada gejala kecemasan dan keyakinan depresif dalam diri RL yang diduga terkait dengan depresinya saat ini, yaitu mengenai pemikiran bahwa masa tuanya tidak menyenangkan. Untuk gejala psiko-fisiologis dan gangguan tidur, RL tidak mengalami perubahan apapun, tetapi ia tidak terlalu bermasalah dengan hal tersebut sehingga intensitas gangguan yang ia rasakan sejak pra-intervensi memang cenderung rendah.

5.2.5 Kesimpulan Hasil Asesmen Pasca-Intervensi Partisipan 2 (RL)

Kesimpulan yang dapat dibuat dari hasil asesmen RL dari pra-intervensi hingga pasca-intervensi adalah adanya penurunan tingkat depresi, tetapi tidak besar. Dari hasil pengukuran menggunakan BDI dan BDRS, RL tampak mengalami penurunan tingkat depresi, tetapi skornya masih berada pada kategori depresi ringan hingga sedang, sehingga perlu diwaspadai lebih lanjut. Pengukuran menggunakan wawancara, observasi, dan alat ukur menunjukkan bahwa secara umum, gejala yang menetap dalam diri RL adalah perasaan-perasaan dan keyakinan-keyakinan yang sifatnya negatif serta kecenderungan untuk mudah marah.

Lebih lanjut, dari hasil wawancara, peneliti mendapatkan bahwa RL merasa kondisinya sudah membaik dibandingkan saat pertama kali bertemu peneliti. Ia terutama merasa bahwa minatnya beraktivitas ke luar rumah sudah kembali saat pasca-intervensi. Hal ini juga terlihat dalam pengisian alat ukur. Menurutnya, perlahan-lahan hal ini akan membantunya menjadi lebih baik dan keluar dari kecenderungan depresi yang ia alami. Sementara, kondisi hidup RL yang dipenuhi kesulitan membuat RL merasa tekanannya tidak dapat terangkat. Ia tidak dapat memungkiri bahwa tekanan yang ia rasakan banyak disebabkan oleh pemikirannya akan kondisi keuangannya yang terbatas dan kondisi istrinya yang

kehilangan 70% penglihatan sehingga membutuhkan pendampingan hampir sepanjang waktu.

Dari terapi ini, RL merasa dapat lebih mengenali gejala depresi dan mencoba melawannya. Sayangnya, ketika mencoba melawan dengan teknik-teknik yang diajarkan oleh peneliti dalam terapi, RL seringkali sudah berpikir bahwa teknik apapun tidak dapat membantu mengatasi tekanan yang ia alami. Ini membuat RL terkadang tidak mencobakan teknik tersebut atau mencobanya dengan tidak serius. Pada akhirnya, dengan cara tersebut, RL pun tidak mendapat efek positif yang besar dari usaha yang ia lakukan. Hal ini kemungkinan juga disebabkan oleh adanya riwayat gejala depresi yang pernah dialami RL sebelumnya, yaitu saat kehilangan pekerjaan, dan lain-lain. Ia seolah sudah terlalu pesimis dapat mengatasi depresinya karena bukan baru satu kali mengalaminya. Teknik yang menjadi favorit RL adalah relaksasi, baik pernapasan maupun progresif, karena dapat membantunya mengendalikan emosi dan merasakan kenyamanan fisik. Sementara, teknik yang paling tidak ia sukai adalah rencana kegiatan harian karena ia nilai merepotkan dan tidak akan membawa pengaruh yang besar pada dirinya walaupun dilakukan.

5.3 Hasil Intervensi Partisipan 3 (AH)

5.3.1 Gambaran Pelaksanaan Intervensi Partisipan 3 (AH)

Berikut ini tabel realisasi jadwal pertemuan dengan partisipan 3.

Tabel 5.9 Realisasi Pertemuan dengan Partisipan 3 (AH)

Sesi	Realisasi Jadwal
<i>Initial interview</i>	Jumat, 13 April 2012
Pra-intervensi	Selasa, 17 April 2012
1	Jumat, 20 April 2012
2	Selasa, 24 April 2012
3	Jumat, 27 April 2012
4	Selasa, 1 Mei 2012
5	Jumat, 4 Mei 2012
6	Selasa, 8 Mei 2012
7	Jumat, 11 Mei 2012
8	Selasa, 15 Mei 2012
Pasca-intervensi	Selasa, 22 Mei 2012

Pertemuan dengan AH selalu dilakukan secara individual, bergantian dengan suaminya (RL) yang merupakan partisipan kedua dalam penelitian ini. Ketika sesi pertemuan antara peneliti dengan AH sedang berlangsung, RL akan berada di bagian dalam rumah atau pergi ke luar rumah.

Sebagai catatan, partisipan 3 memiliki masalah penglihatan sehingga penglihatannya hanya tersisa 30%. Ia tidak dapat melihat dengan jelas, tidak bisa lagi membaca dan menulis secara mandiri. Oleh karena itu, peneliti membuat rekaman berisi materi untuknya. Selain itu, tugas rumah pun tidak perlu dicatat, tetapi peneliti membuat rekaman instruksi tugas rumah yang dapat didengarkan olehnya, sehingga ia bisa tetap mengerjakan walaupun tanpa mencatat. Ketika membahas tugas rumah, peneliti memperdengarkan instruksi kembali agar AH dapat mengingat tugas yang sudah ia kerjakan.

Berikut ini rincian pelaksanaan intervensi pada partisipan 3 (AH):

Sesi 1

- Isi sesi : Psikoedukasi Mengenai Terapi Kognitif-Perilaku dan Depresi;
Pengantar Monitor Perasaan
- Waktu : Jumat, 20 April 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman AH
- Keterangan : Ruang tamu AH terbilang sepi. Di rumah saat itu ada AH dan suaminya (RL-subjek kedua), tetapi suaminya berada di ruang terpisah.
- Observasi : AH menemui peneliti dengan mengenakan pakaian formal berupa blus dan rok bahan. Ia menyambut peneliti dengan ramah. Suasana perasaan AH tampak murung, tetapi ia tetap dapat tersenyum. Ia dapat berkonsentrasi sepanjang pertemuan, walaupun peneliti perlu mengulang beberapa kali instruksi karena AH tidak dapat membacanya.

Gambaran Hasil Sesi:

AH mendengarkan dengan seksama saat peneliti menjelaskan Terapi Kognitif-Perilaku. Peneliti langsung memberi penjelasan disertai contoh agar tidak membingungkan bagi AH. AH tidak memiliki pertanyaan lebih lanjut mengenai

penjelasan hubungan antara pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang menjadi dasar terapi ini. Kemudian, AH pun tidak kesulitan saat diminta memberi contoh mengenai hal tersebut. Ia mengatakan bahwa ketika sedang pusing kepala, biasanya ia akan menjadi lebih mudah marah atau sulit tidur. Ia memastikan kepada peneliti bahwa contoh tersebut sudah benar, dan peneliti mengiyakan hal tersebut.

Selanjutnya, peneliti membacakan dan menjelaskan prinsip-prinsip Terapi Kognitif-Perilaku. Ia sempat mengatakan tidak memahami prinsip “meningkatkan keterampilan”, sementara untuk lima prinsip yang lain sudah dapat dipahami. Peneliti menjelaskan bahwa dalam terapi ini, peneliti akan memberikan bekal-bekal keterampilan untuk AH. Keterampilan ini yang kemudian akan dipraktikkan oleh AH sendiri, dan dari melakukan hal tersebut, AH akan memperoleh efek terapi. Setelah dijelaskan seperti itu, AH mengatakan bahwa ia sudah mengerti.

Setelah itu, peneliti beralih ke bagian selanjutnya, yaitu mengenai depresi. Peneliti menjelaskan gejala-gejala depresi, contoh skema perkembangan depresi, hingga tips menangani depresi. AH mendengarkan penjelasan peneliti dengan seksama. Ia mengangguk-angguk setiap kali peneliti menjelaskan masing-masing materi tersebut. Setelah itu, peneliti mengajak AH untuk mengisi lembar kerja “Mengenali Depresi”. Peneliti memandu AH untuk mengenali gejala-gejala depresi yang mungkin ada dalam dirinya. AH menyebutkan setiap gejala yang ia miliki dan peneliti menuliskannya pada lembar kerja sebagai catatan peneliti. Gejala depresi yang ia miliki, antara lain gejala motivasi seperti tidak ingin keluar rumah dan bertemu banyak orang, gejala emosi misalnya murung dan mudah marah, gejala kognitif yaitu lebih pelupa karena banyak pikiran, gejala tingkah laku seperti berdiam diri di rumah saja, serta gejala biologis seperti sakit maag, sulit tidur, berat badan menurun terkait selera makan yang rendah.

Walaupun sudah menyebutkan beberapa gejala depresi dan mengakuinya, pada akhirnya AH mengatakan bahwa ia tidak mau disebut depresi. Ia merasa hal tersebut masih sangat wajar untuk terjadi, dan tidak mau disebut depresi karena depresi terkesan parah. Lebih lanjut, peneliti menjelaskan bahwa depresi merupakan hal yang wajar terjadi pada semua orang, dan memiliki tingkatan

berbeda-beda, mulai dari yang ringan hingga yang parah. Selain itu, mengaku adanya gejala depresi dapat membantu AH untuk lebih menyadari bahwa ia perlu mengatasinya demi mencapai kesehatan psikologis yang lebih baik. AH tampak lebih tidak tegang setelah mendengarkan penjelasan peneliti tersebut. Ia menanyakan kepada peneliti mengenai pernah atau tidaknya peneliti mengalami depresi. Ketika peneliti menjawab bahwa peneliti juga pernah mengalami gejala-gejala depresi, AH mengatakan bahwa ia merasa tidak terlalu aneh lagi sekarang. Ia baru tahu bahwa depresi merupakan hal yang cukup umum terjadi.

Lebih lanjut, peneliti menjelaskan bahwa terapi yang akan diberikan ini diharapkan dapat membantu AH mengatasi depresinya. Peneliti meminta kerja sama AH dalam terapi ini, dengan menjalankan prinsip-prinsip yang sudah dijelaskan sebelumnya, dan AH menyanggupi hal tersebut.

Kesimpulan Sesi 1:

1. AH telah mampu memahami prinsip-prinsip Terapi Kognitif-Perilaku yang dijelaskan oleh peneliti, dan bersedia menjalankan prinsip-prinsip tersebut.
2. AH dapat menyebutkan gejala-gejala depresi yang ia kenali dari dirinya, sesuai dengan materi yang disampaikan oleh peneliti. Ia juga sudah mau mengakui bahwa dirinya mengalami depresi, tetapi tidak mau disebut parah.

Tugas untuk Sesi 2:

1. Peneliti meminta AH untuk terus memperhatikan ciri-ciri depresi yang muncul dalam dirinya, termasuk berusaha mengenali gejala-gejala yang baru muncul, atau gejala yang menghilang.
2. Peneliti menjelaskan materi “Monitor Perasaan”, yaitu memonitor perasaan setiap harinya untuk mengetahui hal-hal atau kegiatan-kegiatan yang membuat perasaan menjadi positif dan negatif, termasuk depresif setiap harinya. Setelah itu, peneliti meminta AH melakukan tugas “Monitor Perasaan” setiap harinya sampai pertemuan sesi 2. Selain menjelaskan materi dan instruksinya secara langsung, peneliti juga

memberikan rekaman berisi materi dan instruksi yang dapat diputar oleh AH ketika peneliti tidak ada. Rekaman ini yang akan memandu AH melakukan tugasnya, karena AH tidak bisa membaca dan menulis.

Sesi 2

- Isi sesi : Monitor Perasaan; Pengantar Rencana Kegiatan Harian
- Waktu : Selasa, 24 April 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman AH
- Keterangan : Rumah kediaman AH saat itu sedang dalam keadaan sepi. Suami AH saat itu sedang pergi ke luar rumah, sehingga hanya ada AH dan peneliti di dalam rumah.
- Observasi : Di pertemuan ini, AH mengenakan blus dan rok bahan seperti pertemuan sebelumnya. Ia menemui peneliti dengan cukup antusias. Suasana perasaannya hari ini masih cenderung murung, tetapi ia tetap dapat menanggapi isi pembicaraan peneliti dengan konsentrasi yang baik. Ia juga dapat tersenyum dan bercanda dengan peneliti. Ritme pertemuan hari ini masih tergolong lambat dan membutuhkan banyak pengulangan.

Gambaran Hasil Sesi:

Peneliti membuka sesi 2 dengan membahas tugas monitor perasaan yang sudah dikerjakan AH selama tiga hari, mulai hari Sabtu, Minggu, dan Senin. Pertama-tama, peneliti menanyakan proses pengerjaan tugasnya terlebih dahulu, karena AH tidak mencatatnya. AH menjelaskan bahwa ia mendengarkan instruksinya setiap sore hari, lalu memikirkannya. Instruksinya terkadang perlu diulang-ulang karena ia takut ada yang terlewat dari instruksi tersebut. Setelah mendengar penjelasan ini, peneliti mengajak AH untuk membahas hasil pengerjaan tugasnya. Untuk membahasnya, peneliti memutar kembali rekaman instruksi, lalu memberhentikannya untuk mendengar jawaban AH.

AH dapat menjabarkan hasil monitor perasaannya di hari Sabtu, Minggu, dan Senin dengan cukup jelas. Dari hasil monitor perasaan hari Sabtu dan Minggu, tidak ada perbedaan yang tampak berarti, karena AH hanya berada di

rumah. Ia memberi nilai 6 secara umum pada kedua hari tersebut. Sementara isi kegiatannya hanya kegiatan harian di rumah, seperti memasak dan membersihkan rumah. Ada salah satu kegiatan yang dinilai baik oleh AH di hari Sabtu, yaitu ia tertawa-tawa mendengarkan lawakan di televisi. Ia merasa terhibur walaupun tidak bisa melihat tayangannya, tetapi hanya mendengarkannya saja. Sementara itu, pada hari Senin, ia sempat merasa kesal karena suaminya pergi tanpa membawa telepon genggam, sehingga tidak bisa ditelepon padahal ia mau menitip dibelikan barang. Ia mendiamkan suaminya ketika pulang, dan di akhir hari ia menilai perasaannya secara umum bernilai 4 karena kejadian tersebut.

Dari pengalaman mengerjakan tugas ini, AH mengaku cukup kerepotan, karena ia harus mengingat-ingat pengalaman harian yang selama ini tidak pernah ia pikirkan. Untungnya, dari kerepotan itu, AH menyadari bahwa pengerjaan tugas ini membuatnya bisa lebih menyadari kekesalan ataupun rasa senang yang ia alami. Ketika peneliti bertanya mengenai pentingnya menyadari hal tersebut, AH mengatakan bahwa misalnya di hari Senin itu, saat memikirkan kembali, ia menjadi tertawa-tawa sendiri mengenai kekesalannya kepada suaminya. Ia merasa hal itu konyol setelah dipikir-pikir kembali. Kemudian, peneliti memancing AH untuk mengenali manfaat melakukan monitor perasaan guna mengetahui kegiatan positif yang dapat meningkatkan perasaan positif AH. AH sempat berpikir, lalu mengatakan bahwa ia memang menyukai kegiatan tertentu, seperti mendengarkan siaran lawakan di televisi, dan terhibur dengan hal tersebut. Akan tetapi, karena tidak pernah mengingatnya, ia memang tidak terlalu menyadari hal tersebut.

Dari sini, peneliti menilai AH sudah cukup memahami dan memperoleh manfaat dari pengerjaan tugas monitor perasaan. Peneliti kemudian beranjak pada pembahasan materi “Rencana Kegiatan Harian” yang masih terkait dengan “Monitor Perasaan”. Dalam hal ini, peneliti mengajarkan kepada AH untuk membuat rencana kegiatan yang didasarkan pada hasil monitor perasaan. Misalnya, karena AH menyadari dirinya terhibur mendengar lawakan di televisi, maka ia dapat memasukkan kegiatan tersebut dalam “Rencana Kegiatan Harian”.

Setelah memastikan AH mengerti materi tersebut, peneliti kemudian mengajak AH merancang rencana kegiatan hariannya bersama dengan peneliti. Peneliti mencatatkan kegiatan-kegiatan yang positif, bermanfaat, dan

menyenangkan hasil pilihan AH sendiri di lembar catatan “Rencana Kegiatan Harian”, kemudian memindahkannya dengan mudah ke lembar kerja “Rencana Kegiatan Harian” sesuai keinginan AH juga. Kegiatan-kegiatan yang ia pilih misalnya memasak, menelepon anak, dan mendengarkan lawakan di televisi.

Untuk kali ini, peneliti menyarankan kepada AH untuk meminta suaminya membacakan isi kegiatan harian yang sudah direncanakan setiap membuka hari, agar AH tidak lupa untuk melakukannya. Hal ini penting, karena AH kemungkinan tidak dapat mengandalkan ingatannya untuk mengingat semua kegiatan yang perlu ia lakukan. AH mengiyakan saran peneliti. Ia akan meminta bantuan suaminya membacakan kegiatan yang perlu ia lakukan setiap harinya.

Kesimpulan Sesi 2:

1. Peneliti melihat bahwa AH sudah mampu memahami pentingnya melakukan monitor terhadap perasaan setiap hari, agar mengenal hal-hal yang dapat memunculkan emosi positif dan negatif, termasuk yang sifatnya depresif. AH juga sudah dapat melakukan monitor perasaan dengan baik, walaupun tidak mencatatnya.
2. AH sudah mampu menentukan kegiatan-kegiatan yang sifatnya positif, menyenangkan, dan bermanfaat untuk disertakan dalam “Rencana Kegiatan Harian”, dan tampak bersemangat untuk melakukannya. Kegiatan-kegiatan yang ia pilih antara lain memasak, menelepon anak, dan mendengarkan lawakan di televisi.

Tugas untuk Sesi 3:

1. Tugas untuk AH kali ini adalah mempraktekkan “Rencana Kegiatan Harian” yang sudah ia buat dengan bantuan peneliti yang mencatatkan untuknya. Rencana ini dibuat untuk hari Rabu dan Kamis. Untuk membuatnya dapat mengingat kegiatan-kegiatan yang perlu dilakukan setiap hari, AH dapat meminta bantuan suaminya untuk membacakan karena kali ini peneliti tidak membuatkan rekaman yang bisa ia dengar. Selain menjalankannya, di setiap akhir hari, peneliti pun meminta AH untuk melakukan evaluasi mengenai perasaannya hari itu terkait kegiatan-

kegiatan positif, menyenangkan, dan bermanfaat yang sudah ia lakukan dengan menghitung jumlah kegiatan yang sudah dilakukan dan memilih angka yang sesuai untuk menggambarkan perasaannya setiap hari. Hal ini pun dapat AH lakukan dengan meminta bantuan suaminya.

Sesi 3

- Isi sesi : Rencana Kegiatan Harian; Pengantar Relaksasi
- Waktu : Jumat, 27 April 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman AH
- Keterangan : Rumah AH saat itu sedang dikunjungi oleh anak keduanya. Ketika menjalani intervensi, AH dan peneliti ditinggal berdua di ruang tamu, sementara anak dan suaminya berada di dalam rumah.
- Observasi : Pada pertemuan ini, suasana perasaan AH tampak lebih baik dari sebelumnya. Ia tampak lebih bersemangat menjalani sesi dan bercerita kepada peneliti mengenai tugas yang sudah ia kerjakan. Konsentrasinya pun terjaga dengan baik sepanjang sesi. Ritme pembicaraan dan pertemuan kali ini sudah berjalan dengan lebih cepat daripada sebelumnya. Hanya saja, peneliti melihat AH terkadang membicarakan hal-hal yang tidak terkait dengan terapi, sehingga cenderung tidak fokus.

Gambaran Hasil Sesi:

Pertemuan sesi 3 dibuka dengan membahas tugas rumah “Rencana Kegiatan Harian” yang sudah dipraktekkan oleh AH. AH mengaku tidak memiliki masalah untuk mempraktekkan kegiatan-kegiatan tersebut. Ia meminta bantuan suaminya untuk membacakan kegiatan yang ada dalam rencana setiap harinya, lalu mengingatnya untuk hari itu saja. Di akhir hari, AH meminta bantuan suaminya kembali untuk menghitung jumlah kegiatan yang sudah ia lakukan. Kemudian, ia memikirkan nilai perasaannya hari itu, tetapi tidak menuliskannya.

AH menjelaskan bahwa ia berhasil melakukan semua kegiatan yang ia rencanakan, karena kegiatan itu memang kegiatan-kegiatan yang biasanya ia lakukan. Kalaupun ada kegiatan yang tidak biasa ia lakukan, itu hanya dua

kegiatan, yaitu menelepon anak-anaknya karena merasa akan senang dengan kegiatan tersebut, serta olahraga pagi di rumah atas saran peneliti. Ketika peneliti menanyakan manfaat melakukan kegiatan-kegiatan tersebut pada gejala depresi yang dialami AH, AH mengatakan ketika melakukan kegiatan yang menyenangkan, seperti menelepon anaknya, AH akan bisa melupakan kepenatan dan tekanan-tekanan yang ia rasakan. Sayangnya, ketika kegiatan itu berakhir, bisa saja perasaan tertekan itu muncul kembali. Lebih lanjut, AH menjelaskan bahwa walaupun demikian, di akhir hari ketika melakukan evaluasi, biasanya AH akan bisa mengingat kembali bahwa hari ini cukup menyenangkan karena ada kegiatan menyenangkan yang ia lakukan.

AH juga mengaku kesulitan mencari kegiatan-kegiatan di luar kegiatan yang ia lakukan sehari-hari karena keterbatasan penglihatan yang ia miliki. Misalnya, ia tidak mau berkegiatan ke luar rumah karena merasa malu dan takut merepotkan orang lain yang harus menjaga atau menuntunnya. Peneliti mencoba memberikan pengarahan kepada AH mengenai hal tersebut. Peneliti menggunakan *Socratic questioning* untuk menanyakan pendapat AH mengenai pentingnya melakukan hal tersebut. AH mengatakan berkegiatan ke luar rumah sebenarnya baik untuk dilakukan karena bisa membuatnya bertemu dengan orang lain, tetapi ia malu dan takut merepotkan. AH berkali-kali mengatakan hal tersebut kepada peneliti. Akhirnya, peneliti meminta AH memikirkannya kembali dengan pesan bahwa interaksi dengan orang lain penting untuk kesehatan psikologisnya. Peneliti juga mencari tahu alasan AH tidak mau beraktivitas dengan orang lain. AH mengatakan bahwa ia tidak pernah mendapat pengalaman buruk atau dicemooh orang, ia hanya malu karena kondisinya sekarang berbeda dengan dulu. Oleh karena itu, peneliti menilai usaha AH untuk menghindar tidak didasarkan pada sesuatu yang realistis. Ia tidak pernah dianggap merepotkan oleh siapapun.

Setelah membahas tugas “Rencana Kegiatan Harian”, peneliti beralih pada materi mengenai “Relaksasi”. Peneliti membacakan dan menjelaskan materi relaksasi. Ia memahami materi relaksasi yang diberikan. Ia mengatakan sudah beberapa kali mendengar dan mencoba melakukan teknik serupa, seperti olahraga ringan. Ia mengaku tidak sabar menjalankan relaksasinya saja. Peneliti kemudian

menggerakkan otot-otot AH untuk mengajarkannya gerakan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif. Untuk relaksasi pernapasan, AH bisa dengan mudah melakukannya, karena ia pernah diajarkan saat mengikuti senam. Sementara untuk relaksasi progresif, AH menuruti gerakan-gerakan yang dibantu oleh peneliti, dan bisa melakukannya dengan baik. Ia hanya khawatir tidak bisa mengingat instruksi-instruksinya karena terlalu panjang. Peneliti menjelaskan bahwa AH dapat mendengarkan instruksinya dari CD yang akan diberikan oleh peneliti, sehingga AH tidak lagi khawatir.

Setelah selesai berlatih gerakan, peneliti memandu AH untuk menjalankan latihan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif. AH dua kali meminta peneliti menghentikan instruksi saat relaksasi progresif karena ingin memastikan gerakannya sudah benar. Peneliti melihat gerakannya sudah benar, sehingga dapat langsung dilanjutkan kembali. Setelah selesai berlatih, AH mengatakan ia merasa lebih santai dari sebelumnya, tetapi efek tersebut tidak terlalu besar. Ia bersemangat untuk berlatih sendiri di rumah untuk seterusnya.

Kesimpulan Sesi 3:

1. Peneliti melihat AH merasakan manfaat dari “Rencana Kegiatan Harian” yang sudah coba ia praktekan. Hambatannya terdapat pada kesulitan mencari kegiatan karena ia memiliki keterbatasan penglihatan. Ia berniat mencoba kegiatan yang lebih bervariasi pada kesempatan selanjutnya, termasuk kegiatan interaksi dengan orang lain.
2. AH juga sudah memahami manfaat dan prinsip-prinsip relaksasi secara teoritis, serta mampu mempraktekan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif dengan bantuan peneliti. Ia belum merasakan efek yang besar dari latihan relaksasi yang ia lakukan, tetapi bersemangat untuk berlatih terus-menerus.

Tugas untuk Sesi 4:

1. Untuk tugas di rumah, AH diminta terus melakukan kegiatan-kegiatan yang positif, menyenangkan serta bermanfaat setiap harinya, walaupun tidak mencatatnya di lembar kerja. Selain itu, RL pun diminta melakukan

evaluasi terhadap perasaannya setelah selesai seperti tugas sebelumnya. Secara khusus, peneliti memesankan AH untuk berusaha terlibat dalam interaksi sosial dengan orang lain.

2. Peneliti menugaskan AH mempraktekkan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif, masing-masing dua kali dalam sehari dan meminta suaminya untuk mencatatnya di lembar kerja “Latihan Relaksasi Pernasapan” dan “Latihan Relaksasi Progresif”. Hal yang perlu diukur oleh AH adalah tingkat rileks sebelum dan sesudah menjalani latihan relaksasi. Hal ini dapat ia catat dengan meminta bantuan suaminya.

Sesi 4

- Isi sesi : Relaksasi; Pengantar Teknik Memecahkan Masalah
- Waktu : Selasa, 1 Mei 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman AH
- Keterangan : Ruang tamu AH saat itu sepi. Suami AH yang berada di rumah sedang berada di ruangan lain.
- Observasi : Pada pertemuan kali ini, AH terlihat sama semangatnya dengan pertemuan yang lalu dalam menjalani sesi. Seperti biasa, ia mengenakan pakaian yang sopan saat menemui peneliti. Ia pun menjadi lebih banyak tersenyum daripada sebelumnya. Konsentrasi AH agak tidak terarah pada terapi kali ini karena ia banyak bercerita mengenai hal-hal yang tidak terkait dengan terapi.

Gambaran Hasil Sesi:

Peneliti membahas hasil latihan relaksasi yang sudah AH lakukan. Peneliti memfokuskan pertanyaan pada kesulitan dan manfaat yang diperoleh AH dari latihan tersebut. Peneliti melihat bahwa AH mencatat waktu hasil latihan relaksasinya dengan bantuan suaminya. AH menjalankan latihan relaksasi secara rutin sebanyak dua kali dalam sehari. Dari angka tingkat rileks terlihat bahwa AH merasakan tingkat rileks yang meningkat setelah melakukan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif. AH melakukan latihan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif secara terpisah, karena ingin merasakan perbedaan efeknya. AH

menyatakan ia lebih menyukai relaksasi progresif daripada relaksasi pernapasan karena efek rileksnya lebih besar dan ia merasa seperti melakukan olahraga. Walaupun demikian, ia mengaku tetap merasakan kenyamanan saat melakukan relaksasi pernapasan. Menurut AH, tubuhnya menjadi lebih ringan setelah melakukan relaksasi. Dengan relaksasi progresif, ia pun menjadi berkeringat sehingga merasa nyaman karena seolah usai berolahraga. Di luar itu, AH juga mengaku merasakan efek pada perasaannya. Relaksasi membuatnya merasa lebih lega dan tidak terlalu banyak memikirkan sesuatu.

Setelah selesai membahas latihan relaksasi, peneliti kemudian mengajak AH kembali menjalani latihan relaksasi di hadapan peneliti. Peneliti memandu RL melakukan latihan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif. Peneliti melihat bahwa gerakan yang dilakukan AH sudah tepat semuanya. Kemudian, setelah latihan selesai, AH mengatakan bahwa ia tetap merasakan efek yang sama seperti latihan-latihan sebelumnya. Ia tersenyum kepada peneliti menunjukkan betapa nyamannya ia setelah relaksasi.

Setelah itu, peneliti memandu AH menuju bagian selanjutnya, yaitu materi pengantar “Teknik Memecahkan Masalah”. Peneliti menjelaskan isi materi tersebut kepada AH. Peneliti awalnya menjelaskan bahwa teknik memecahkan masalah pada dasarnya sudah dimiliki oleh semua orang untuk memecahkan masalahnya sehari-hari, tetapi kali ini peneliti akan menjelaskan dan mengajarkan teknik memecahkan masalah yang sifatnya lebih detail dan terencana, mencakup pertimbangan akan berbagai hal yang biasanya mungkin tidak terpikir oleh AH.

AH tampak bersemangat saat peneliti menjelaskan materi tersebut. Ketika peneliti memberikan contoh, AH menyimakinya dengan seksama pula. Ia mengangguk-angguk tanda mengerti dengan contoh yang diberikan oleh peneliti. Setelah membahas contoh, peneliti meminta AH memberi contoh satu masalah yang sedang ia alami sekarang. AH menjawab pertanyaan peneliti dengan cepat. Ia mengatakan bahwa ia sangat memikirkan kondisi kesehatan matanya. Ia sangat ingin sembuh atau setidaknya membaik dan dapat melihat dengan baik seperti dulu. Sayangnya, dokter mengatakan ia tidak dapat sembuh seperti semula walaupun dioperasi karena usianya yang sudah lanjut.

Menanggapi hal ini, peneliti meminta AH untuk memikirkan masalah tersebut lebih lanjut. Peneliti menekankan pentingnya merumuskan masalah yang ingin dipecahkan secara realistis. Akhirnya, AH mengubah masalahnya menjadi penglihatannya yang bermasalah membuatnya tidak mampu beraktivitas seperti dulu. Dengan demikian, ia berharap dapat beraktivitas seperti dulu walaupun memiliki keterbatasan penglihatan seperti sekarang. Peneliti meminta AH untuk memikirkan dan berusaha memecahkan masalah tersebut. Peneliti sudah menyiapkan instruksi yang dapat didengarkan oleh AH untuk memecahkan masalahnya. Untuk itu, AH akan mencoba melakukannya sendiri, sebelum membahasnya bersama peneliti pada pertemuan selanjutnya.

Kesimpulan Sesi 4:

1. Peneliti melihat bahwa AH dapat merasakan manfaat dari relaksasi, baik dalam hal fisik maupun efeknya terhadap perasaan yang dapat membuatnya merasa lebih tenang. Walaupun sama-sama mendapat manfaat dari relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif, AH lebih menyukai relaksasi progresif karena membuatnya seperti berolahraga dan efek rileksnya terasa lebih besar.
2. Dari sisi teoritis, AH sudah memahami langkah-langkah dan pertimbangan-pertimbangan yang perlu dipikirkan untuk memecahkan masalah. Ia bersedia mencoba teknik tersebut untuk memecahkan masalah yang ia miliki.

Tugas untuk Sesi 5:

1. Untuk sesi selanjutnya, peneliti meminta AH untuk tetap melakukan latihan relaksasi pernapasan dan progresif secara rutin setiap hari. AH juga perlu memperhatikan tingkat rileks yang ia rasakan sebelum dan sesudah relaksasi, walaupun tidak lagi mencatatnya di dalam lembar kerja. Peneliti berharap AH dapat merasakan efek lebih mendalam dari relaksasi tersebut.
2. AH juga diminta mencobakan “Teknik Memecahkan Masalah” yang sudah diajarkan oleh peneliti untuk memecahkan masalah yang benar-benar sedang ia alami. Untuk mengerjakannya, AH dapat mendengarkan

panduan instruksi yang sudah dibuatkan oleh peneliti dalam bentuk rekaman suara. Peneliti akan membahas pengerjaan tugas ini di pertemuan selanjutnya.

Sesi 5

- Isi sesi : Teknik Memecahkan Masalah; Pengantar Materi Pikiran Negatif
- Waktu : Jumat, 4 Mei 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman AH
- Keterangan : Ruang tamu AH terbilang sepi karena suaminya sedang berada di luar rumah setelah menjalani sesi intervensi dengan peneliti.
- Observasi : Ketika menemui peneliti, AH tampak bersemangat dan menyapa peneliti dengan ramah. Dengan setelan pakaian yang biasa ia gunakan, ia menjalani sesi dengan lancar. Sese kali ia tampak murung karena mengingat masalah yang sedang ia alami, tetapi suasana perasaannya secara umum tidak lagi depresif dan murung. AH juga dapat berkonsentrasi dengan baik sepanjang sesi, hanya sese kali masih membahas hal-hal di luar isi sesi, yaitu cerita-cerita masa lalunya.

Gambaran Hasil Sesi:

Pada awal pertemuan sesi 5 ini, peneliti pertama-tama melakukan *mid-test* menggunakan alat ukur yang dipakai saat *pre-test*, serta melakukan wawancara singkat seputar depresi yang dialami AH. Setelah itu, peneliti baru beralih pada isi sesi.

Peneliti meminta AH menceritakan pengalamannya memecahkan masalah yang ia pilih. Masalah yang dipilih AH adalah penglihatannya yang tidak bisa disembuhkan, tetapi ia ingin dapat beraktivitas seperti dulu. AH memilih tiga solusi yang menurutnya dapat digunakan memecahkan masalah tersebut, yaitu meminta bantuan suami untuk beraktivitas, memaksakan operasi, dan hanya melakukan aktivitas-aktivitas di dalam rumah saja. Dari ketiga alternatif ini, AH memilih meminta bantuan suami untuk beraktivitas. Menurutnya, suaminya saat ini jarang membantunya melakukan kegiatan, termasuk kegiatan di dalam rumah.

Itu juga yang menurutnya membuatnya enggan untuk keluar rumah. Ia takut akan merepotkan suaminya dan orang lain, karena bahkan di rumah saja ia tidak bisa mandiri. Peneliti bertanya lebih lanjut mengenai usaha yang pernah ia lakukan. AH mengatakan tidak pernah mencoba meminta bantuan dari suaminya. Dengan demikian, hal ini diputuskan akan menjadi bentuk usaha AH memecahkan masalahnya. Pertimbangannya difokuskan pada kesulitan menyampaikan keinginan tersebut kepada suaminya. Ia mengaku belum mencoba menyampaikan hal tersebut kepada suaminya karena mau mendiskusikannya terlebih dahulu dengan peneliti. Peneliti mendorong AH untuk mencoba solusi tersebut.

Dari hasil pengerjaan tugas tersebut, AH melihat bawah teknik pemecahan masalah yang diajarkan peneliti dapat membantunya berpikir lebih sistematis atau terarah dalam memecahkan masalah. Ia selama ini mengaku sudah seringkali putus asa ketika memikirkan hal tersebut, karena tidak memikirkan pertimbangan, tetapi langsung berpikir bahwa usaha apapun tidak akan membuahkan hasil. Sementara, melalui tugas ini, AH merasa seolah dipaksa memilih dan mempertimbangkan solusi yang dipilih, sampai akhirnya ia terdorong sendiri untuk mencoba melakukannya.

Setelah pembahasan tersebut selesai, AH diajak mencoba memecahkan satu masalah lagi sebagai bentuk latihan. Untuk kali ini, AH mau mencoba memecahkan masalah keuangannya yang terbatas. Ia menemukan hanya ada dua solusi yang bisa dipikirkan, yaitu berusaha untuk semakin berhemat atau menjual barang-barang yang ada di rumah. AH memilih solusi yang pertama. Menurutny, ia mungkin masih dapat memikirkan usaha menghemat, seperti tidak menggunakan uang untuk pengeluaran di luar makan sehari-hari, biaya dokter dan obat untuk dirinya serta suaminya, ditambah kebutuhan bulanan, seperti listrik dan telepon. Selama ini, AH mengaku masih sering mengeluarkan uang untuk memberi hadiah atau memasak untuk para tetangganya. Dahulu ia bisa melakukannya dengan mudah karena memiliki cukup banyak pemasukan, tidak seperti saat ini. AH ingin mencoba menerapkan solusi tersebut, agar ia tidak perlu menjual barang-barangnya.

Kesimpulan Sesi 5:

1. Peneliti melihat bahwa AH sudah memahami manfaat teknik memecahkan masalah yang sudah diajarkan secara teoritis. Ia merasa terbantu karena teknik ini membuatnya bisa berpikir lebih sistematis untuk memecahkan masalah, karena biasanya ia langsung memikirkan kemungkinan ketidakberhasilan dan malas mencoba solusi apapun. Hanya saja, AH belum mencoba mempraktekkannya karena mau mendiskusikannya terlebih dahulu dengan peneliti. Setelah melalui diskusi dengan peneliti, AH mengatakan akan mencoba mempraktekkannya.

Tugas untuk Sesi 6:

1. AH mendapat tugas untuk mencoba mempraktekkan solusi yang sudah ia pilih terkait dua masalah yang coba ia pecahkan dengan teknik memecahkan masalah. Peneliti juga meminta AH untuk mengevaluasi hasil yang ia dapatkan dari mencoba solusi tersebut.
2. Peneliti menjelaskan materi “Pikiran Negatif” kepada AH, yaitu mengenai jenis-jenis pikiran yang tidak berguna serta tidak adaptif. AH juga memberikan rekaman berisi materi pikiran negatif yang dapat didengarkan oleh AH. Kemudian, peneliti meminta AH menemukan pikiran-pikiran negatif yang ia miliki sebagai tugas rumah untuk dibahas pada pertemuan selanjutnya.

Sesi 6

- Isi sesi : Pikiran Negatif; Pengantar Restrukturisasi Pikiran
- Waktu : Selasa, 8 Mei 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman AH
- Keterangan : Ruang tamu AH saat itu sedang sepi. Suami AH berada di ruangan lain di dalam rumah.
- Observasi : Secara umum, suasana perasaan AH sudah terlihat mulai stabil dengan tingkat depresif yang berkurang. Peneliti melihat AH banyak tersenyum dan banyak bercerita mengenai pengalaman terapinya dengan bersemangat. Selama menjalani sesi ini, ia dapat

berkonsentrasi dengan baik. Pembicaraannya sudah menjadi semakin terfokus pada isi terapi.

Gambaran Hasil Sesi:

Sesi ini dibuka dengan pembahasan mengenai tugas terkait “Pikiran Negatif” yang sudah coba dikenali AH dari dalam dirinya. Pikiran-pikiran negatif yang dimiliki AH antara lain berupa berprasangka buruk, pikiran selektif, dan keharusan. Berprasangka buruk misalnya AH merasa suaminya tidak mau membantunya berkegiatan padahal kondisi penglihatannya sudah buruk. Untuk contoh pikiran selektif, AH berpikir bahwa semenjak penglihatannya bermasalah, ia tidak bisa lagi melakukan kegiatan-kegiatannya seperti dahulu. Sementara untuk contoh keharusan, AH seringkali berpikir bahwa ia seharusnya tidak sakit dan menjaga kesehatan matanya. Ia menyesalnya hingga saat ini.

Setelah mendiskusikan mengenai pengerjaan tugas mengenali pikiran negatif, peneliti kemudian membahas materi pikiran negatif lebih lanjut, terutama pikiran negatif yang terkait dengan depresi. Peneliti menjelaskan jenis-jenis pikiran negatif yang ada di dalam materi, yaitu berprasangka buruk, pikiran selektif, berpikir hitam putih, overgeneralisasi, katastrofisasi, dan keharusan. Peneliti juga menjelaskan bahwa hal tersebut biasanya muncul secara otomatis. AH memahami penjelasan peneliti.

Peneliti kemudian melanjutkan pembahasan ke “Restrukturisasi Pikiran”. Peneliti menjelaskan bahwa restrukturisasi pikiran dapat diartikan sebagai menata kembali pikiran agar menjadi lebih sehat. Restrukturisasi pikiran dilakukan untuk melawan pikiran negatif yang tadi dijelaskan biasanya muncul secara otomatis, sehingga tidak bisa dicegah untuk muncul, tetapi bisa dilawan. Peneliti kemudian menjelaskan teknik ABCDE untuk melakukan restrukturisasi pikiran. AH tampak cukup kesulitan melakukan setiap tahap ABCDE. Ia terutama sulit menemukan tahap B dan D, yaitu mencari pikiran yang mendasari munculnya perasaan tertentu dan pikiran alternatif yang bisa digunakan untuk melawannya.

Peneliti kemudian mengajak AH berlatih melakukan restrukturisasi pikiran. Pada awalnya, peneliti memberi contoh di luar pengalaman AH, dan meminta AH mencoba mengerjakannya bersama peneliti. AH kesulitan

menemukan B dan D karena menurutnya biasanya kedua hal tersebut memang sulit dicari. Dengan penjelasan dari peneliti, untungya AH akhirnya mampu memahami dan menemukan B dan D dari contoh berdasarkan pendapatnya sendiri.

Setelah itu, peneliti mengajak AH melakukan restrukturisasi pikiran untuk pengalamannya sendiri. AH memilih mencoba restrukturisasi pikiran untuk situasi matanya yang terganggu hingga kehilangan 70% kemampuan melihat. Kali ini, AH tidak kesulitan mencari B karena ia sudah mengerjakannya di tugas mengenali pikiran negatif. Ia mengatakan kondisi penglihatannya saat ini membuatnya berpikir selektif bahwa ia tidak mampu melakukan hal-hal yang biasanya bisa ia lakukan. Kemudian, pikiran ini membuatnya jadi sedih dan kecewa. Lebih lanjut, ia mengaku tidak bisa menemukan pikiran alternatifnya. Untuk itu, peneliti mencoba menggunakan *Socratic questioning* dengan bertanya, “*Bukankah masih ada kegiatan yang bisa Ibu lakukan sekarang?*”. AH sempat terdiam dan mengatakan bahwa ia memang masih bisa memasak untuk suaminya, tetapi ia tidak bisa keluar rumah seperti dahulu. Menanggapi hal ini, peneliti menjelaskan bahwa inti dari mengubah pikiran negatif dengan pikiran alternatif adalah untuk mengurangi perasaan yang sifatnya negatif. Kenyataannya, AH memang masih tetap bisa melakukan kegiatan-kegiatan walaupun tidak sebanyak dulu. AH menyetujui pendapat peneliti. Peneliti lalu menanyakan efek dari pemikiran alternatif tersebut, dan AH menjelaskan dirinya tidak cukup terbantu, tetapi hanya sekejap. Ia tidak bisa berhenti memikirkan hal-hal yang tidak bisa ia lakukan daripada melihat hal-hal yang masih bisa ia lakukan. AH sempat terlihat murung, tetapi ia berjanji akan berusaha melakukannya lagi untuk memperbaiki pikirannya.

Kesimpulan Sesi 6:

1. Peneliti menangkap bahwa AH sudah memahami materi dan jenis-jenis pikiran negatif, serta mampu mengenai pikiran negatif yang ada di dalam dirinya. Pikiran negatif yang ia miliki antara lain berupa berprasangka buruk, pikiran selektif, dan keharusan.

2. AH telah memahami materi restrukturisasi pikiran dan pentingnya melakukan hal tersebut untuk melawan pikiran negatif. Sayangnya, AH merasa belum mendapat manfaat dari usaha restrukturisasi pikiran tersebut. Ia merasa masih terlalu fokus pada hal-hal yang sifatnya negatif daripada positif dari dirinya.

Tugas untuk Sesi 7:

1. Tugas untuk AH adalah terus berusaha mengenali dan memperhatikan pikiran-pikiran negatif yang seringkali muncul dalam dirinya.
2. AH juga diminta untuk memilih 2 pikiran negatif lagi untuk dituliskan dalam lembar kerja sebagai tugas. Peneliti sudah menyiapkan rekaman instruksi agar AH dapat melakukannya sendiri di rumah. Tugas ini akan dibahas pada pertemuan selanjutnya.

Sesi 7

- Isi sesi : Restrukturisasi Pikiran; Evaluasi Seluruh Sesi
- Waktu : Jumat, 11 Mei 2012
- Tempat : Ruang tamu rumah kediaman AH
- Keterangan : Rumah AH terbilang sepi karena suaminya sedang ke luar rumah. Hanya ada AH dan peneliti di dalam ruang tamu.
- Observasi : Sama seperti sesi-sesi sebelumnya, AH menemui peneliti dengan mengenakan pakaian formal berupa blus dan rok bahan. Suasana perasaan AH hari ini tetap stabil dengan kecenderungan depresif yang tidak lagi terlihat. Konsentrasinya pun sudah semakin baik. Ia semakin tidak pernah bicara hal lain di luar terapi selama proses terapi berlangsung.

Gambaran Hasil Sesi:

Peneliti membuka sesi ini dengan membahas tugas “Restrukturisasi Pikiran” yang sudah dikerjakan oleh AH. AH memikirkan dua situasi yang sudah ia cobakan dalam hal ini. Situasi yang pertama adalah suaminya yang seringkali tidak membantunya melakukan pekerjaan rumah tangga bahkan ketika sedang berada di

rumah. Situasi ini membuat AH merasa kesal karena ia berpikir suaminya tidak perhatian sama sekali dan tidak mementingkan dirinya. Lebih lanjut, AH memiliki pikiran alternatif berupa kemungkinan suaminya sedang lelah setelah ke luar rumah. Setelah berpikir demikian, AH mengaku kekesalannya mereda. Ia lalu meminta suaminya membantunya. Di sini, peneliti melihat AH sudah dapat mengkombinasikan teknik pemecahan masalah dan restrukturisasi pikiran yang ia pelajari. Menurut AH, usahanya tersebut sudah cukup berhasil membuat suaminya mau membantunya. Selain itu, ia juga berhasil mengkonfirmasi bahwa suaminya justru berpikir bahwa AH tidak mau dibantu.

Situasi lain yang dibahas oleh AH adalah kondisi penglihatannya yang bermasalah. Ia merasa sedih dengan kondisinya saat ini, karena ia berpikir bahwa ia seharusnya dapat menjaga kesehatan matanya sedari muda. Ia masih terus menyesali hal ini sampai sekarang. Menanggapi hal ini, AH memikirkan alternatifnya, yaitu bahwa hal ini tidak dapat diubah dan merupakan ujian dari Tuhan. Ia tahu bahwa ia tidak dapat melawan kuasa Tuhan. Alternatif ini membuat AH merasa lebih ikhlas dalam menghadapi masalah kesehatan matanya. Sayangnya, menurut AH, hal ini biasanya tidak akan bertahan lama. Peneliti kemudian meminta AH untuk terus melakukannya secara konsisten agar efeknya bertahan. AH menyanggapi pesan dari peneliti.

Setelah pembahasan restrukturisasi pikiran selesai, peneliti kemudian membahas semua materi yang sudah diberikan dari sesi pertama. AH masih mengingat materi-materi tersebut dengan baik. Ia tidak memiliki pertanyaan terkait seluruh materi tersebut. Peneliti pun memberikan instruksi kepada AH untuk menjalankan semua tugas yang sudah pernah diberikan sampai bertemu peneliti kembali di sesi selanjutnya. Penekanan tugas diberikan kepada tugas-tugas yang perlu dipraktekkan setiap hari, yaitu monitor perasaan, rencana kegiatan harian, dan latihan relaksasi. AH diharapkan dapat mendengarkan instruksi dari rekaman yang sudah diberikan oleh peneliti dan meminta bantuan suaminya untuk mencatat jika diperlukan. Khusus untuk rencana kegiatan harian, peneliti membimbing AH untuk membuatnya bersama peneliti. Dengan demikian, AH hanya perlu meminta suaminya mengingatkan dan mencatat hal-hal yang dibutuhkan dalam pelaksanaannya nanti. Sementara itu, untuk mengenali depresi,

teknik memecahkan masalah, mengenali pikiran negatif, dan restrukturisasi pikiran, AH hanya perlu mengisinya sesuai kebutuhan saja.

Kesimpulan Sesi 7:

1. Peneliti melihat bahwa AH sudah mampu melakukan restrukturisasi pikiran terhadap pikiran negatif yang muncul dalam situasi-situasi tertentu. AH juga dapat mengkonfirmasi pikiran negatifnya agar perasaannya bisa menjadi lebih tenang. Efek yang dirasakan AH dari restrukturisasi pikiran ini cukup baik, tetapi tidak bertahan lama. AH mengatakan bahwa biasanya pikiran negatif itu akan muncul kembali, sehingga AH harus melakukan restrukturisasi pikiran terus-menerus pula.
2. AH sudah memahami seluruh materi yang diberikan pada setiap sesi, dan akan melakukannya kembali sampai bertemu dengan peneliti di sesi 8.

Tugas untuk Sesi 8:

1. Di sesi ini, tugas untuk AH adalah mengulang mengerjakan semua tugas dari seluruh sesi selama 3 hari sampai pertemuan sesi 8 bersama peneliti. Peneliti menjabarkan bahwa tugas yang perlu dikerjakan per hari adalah monitor perasaan, rencana kegiatan harian, dan latihan relaksasi. Sementara sisanya adalah tugas yang tidak perlu dikerjakan harian, yaitu mengenali depresi, teknik memecahkan masalah, mengenali pikiran negatif dan melakukan restrukturisasi pikiran. Dalam melaksanakan tugas ini, AH akan menggunakan rekaman instruksi yang diberikan peneliti dan meminta bantuan suaminya jika diperlukan.

Sesi 8

Isi sesi : Evaluasi Seluruh Sesi; *Relapse Prevention*

Waktu : Selasa, 15 Mei 2012

Tempat : Ruang tamu rumah kediaman AH

Keterangan : Suasana rumah AH saat itu sepi seperti biasa. Suaminya sedang berada di dalam rumah melakukan aktivitas lain sendiri.

Observasi : Peneliti melihat suasana perasaan AH tetap stabil dengan kecenderungan depresif yang rendah pada pertemuan ini. Ia sudah semakin banyak tersenyum alami dan tidak dipaksakan seperti pada sesi awal. Konsentrasinya pun sudah semakin baik. Ia semakin jarang bicara di luar konteks terapi, kecuali jika sesi terapi sudah berakhir. Ritme pertemuan dengan peneliti tampak sudah semakin lancar dan berjalan cepat. Pengulangan tidak lagi dibutuhkan terlalu banyak dalam proses terapi.

Gambaran Hasil Sesi:

Di sesi ini, peneliti membahas pengerjaan tugas yang sudah dilakukan AH selama tiga hari. AH mengatakan cukup terbebani dengan jumlah tugas yang banyak, tetapi tidak kesulitan melakukannya karena instruksinya sudah cukup ia pahami dengan jelas. Peneliti kemudian mengajak AH membahas tugas tersebut satu per satu. Mulai dari tugas mengenali depresi, AH mengaku gejala yang dulu dirasakannya sekarang sudah mulai menghilang. Perubahan terutama terjadi pada gejala tingkah laku. AH sudah beberapa kali mau diajak ke luar rumah oleh suami dan anaknya. Walaupun masih merasa malu dan merepotkan, AH berusaha melawannya. Peneliti menilai ini sebagai kemajuan besar dari diri AH. Sementara, untuk gejala yang lain, AH mengaku masih mengalaminya dengan frekuensi yang lebih jarang muncul.

Untuk tugas monitor perasaan dan rencana kegiatan harian, AH memang sudah mencoba memasukkan kegiatan-kegiatan yang lebih variatif dari sebelumnya, termasuk kegiatan bertemu dan berinteraksi dengan orang lain di luar rumah. Ia pun mengaku mendapat manfaat dan merasakannya dari penilaian harian yang ia lakukan. Ia lebih sering memberi nilai di atas 6 setiap kali melakukan evaluasi.

Selanjutnya, untuk materi relaksasi, AH tetap merasakan manfaat yang sama dari kedua jenis relaksasi yang diajarkan. Ia sudah semakin bisa mengaitkan rasa rileks yang ia rasakan secara fisik dengan kenyamanan perasaannya. Ketika sudah menjadi rileks, AH mengaku menjadi lebih senang dari biasanya, walaupun perasaan itu tidak bertahan lama. Ketika perasaan tidak nyaman muncul kembali,

AH biasanya akan melakukan relaksasi kembali. Ia tetap lebih menyukai relaksasi progresif karena bisa membuatnya lebih bergerak.

Untuk tugas teknik memecahkan masalah, AH tidak mencoba memecahkan masalah baru. Ia masih berusaha menerapkan solusi atas masalah-masalah yang sudah ia bahas terdahulu. Menurut AH, walaupun sesekali mau membantunya mengerjakan tugas rumah tangga, suaminya tetap jarang melakukan hal tersebut. Hal ini membuatnya seringkali merasa sedih dan tidak dipedulikan. Peneliti menjelaskan bahwa AH perlu membiasakan untuk bicara dengan suaminya agar suaminya pun menjadi lebih terbiasa membantu AH. AH menyetujui pendapat peneliti. Selain itu, usaha berhemat untuk mengatasi kondisi keuangan yang terbatas pun masih coba dilakukan oleh AH, tetapi hasilnya masih belum terlihat karena belum melewati satu bulan percobaan.

Sementara itu, untuk materi mengenali pikiran negatif dan restrukturisasi pikiran, AH juga tidak mencobakan restrukturisasi pikiran yang lain. AH mengaku masih berusaha mengurangi pikiran-pikiran negatif yang pernah dibahas sebelumnya dengan peneliti karena pikiran tersebut masih sulit dihilangkan. Peneliti memberi saran kepada AH untuk mencoba mencari pikiran alternatif lain jika pikiran alternatif yang ia pilih sebelumnya tidak berhasil membantunya. AH menyatakan akan mencobanya setelah ini. Ia mengaku tidak terpikir sebelumnya untuk melakukan hal tersebut, sehingga terus-menerus menanamkan pikiran alternatif yang sama pada dirinya.

Dari seluruh pembahasan yang sudah dilakukan, peneliti melihat bahwa AH sudah mampu menjalankan teknik-teknik yang diajarkan oleh peneliti. Ia pun sudah mampu merasakan manfaat dari penggunaan teknik-teknik tersebut, walaupun tidak besar. Peneliti melihat kesungguhan AH untuk tetap berusaha mencoba walaupun seringkali gagal dan merasakan manfaat dari hal-hal yang ia lakukan hanya bertahan sebentar. Usaha membahas seluruh tugas yang dilakukan oleh peneliti bersama AH ini merupakan bentuk *relapse prevention*, yang dilakukan peneliti untuk memastikan AH sudah benar-benar paham dan dapat mempraktekkan teknik-teknik tersebut setelah proses terapi bersama peneliti sudah berakhir.

Kesimpulan Sesi 8:

1. Peneliti melihat bahwa AH telah memahami dan menjalankan tugas yang diajarkan oleh peneliti. Ia dapat menemukan manfaat dari teknik-teknik yang sudah coba ia praktekkan, walaupun manfaat tersebut tidak bertahan lama. Lebih lanjut, peneliti juga melihat kesungguhan AH untuk berusaha menjalankan teknik-teknik tersebut terus-menerus agar bisa memperoleh hasil atau manfaat yang lebih baik dari waktu ke waktu.

Tugas untuk Penutup Rangkaian Sesi:

1. Peneliti menjelaskan kepada AH bahwa terapi yang sesungguhnya terjadi bukan saat AH menjalani pertemuan dengan peneliti, tetapi saat AH mencoba mempraktekkan teknik-teknik yang sudah diajarkan dalam kehidupan sehari-hari. Untuk itu, peneliti mendorong AH untuk terus mendengarkan rekaman yang diberikan oleh peneliti dan menjalankan latihan-latihan teknik-teknik tersebut serta meminta bantuan suaminya jika memang diperlukan ketika menjalankannya.

5.3.2 Status Mental Pasca-Intervensi Partisipan 3 (AH)

A. Deskripsi Umum

1. Penampilan

Tidak ada yang berubah dari penampilan AH sepanjang menjalankan terapi dengan peneliti. Ia selalu menggunakan pakaian yang sopan dan cenderung formal saat menemui peneliti.

2. Kesadaran

AH selalu berada dalam level kesadaran yang baik saat menjalani terapi dengan peneliti dari pertemuan pertama hingga terakhir.

3. Perilaku dan aktivitas psikomotor

Di dua sesi pertama, AH tampak lunglai dan kurang bersemangat terkait *muscle tone* yang lemah. Level energinya cenderung rendah. Hal ini mulai membaik di awal pertemuan ketiga sampai sesi terakhir. AH tampak lebih bersemangat dari gerakannya.

4. Pembicaraan

AH memiliki pembicaraan yang lancar sepanjang pertemuan sesi dengan peneliti. Tidak ada masalah yang terlihat sepanjang seluruh sesi terapi, baik dalam hal intonasi maupun tempo bicara. Hanya saja, terkadang peneliti menangkap adanya perpindahan topik pembicaraan yang cepat. Hal ini menunjukkan adanya kecenderungan AH untuk tidak fokus pada topik pembicaraan, tetapi tidak sampai memiliki pembicaraan yang kacau.

5. Sikap terhadap peneliti

Sejak sesi pertama hingga terakhir, AH selalu bersikap kooperatif kepada peneliti.

B. Keadaan Afektif (*Mood*), Perasaan, Ekspresi Afektif Serta Empati

1. Keadaan afektif (*mood*)

Di sesi awal, keadaan afektif AH tampak cenderung depresif. Ia sering menampilkan ekspresi murung, walaupun masih bisa tersenyum. Kecenderungan ini berkurang sepanjang bertambahnya perjalanan sesi dengan peneliti. Menjelang akhir rangkaian terapi, kecenderungan depresif dalam diri AH sudah jauh berkurang. Senyum yang ia tampilkan tidak lagi seperti dipaksakan atau dipakai untuk menutupi kemurungannya.

2. Ekspresi afektif

AH dapat menampilkan ekspresi afektif yang beragam saat menjalani terapi dengan peneliti. Kecenderungan depresifnya yang menurun membuat ekspresi afektif AH semakin lama semakin banyak dipenuhi oleh ekspresi positif.

3. Keserasian

Tidak ditemukan masalah dalam diri AH terkait hal ini. Ia dapat menyesuaikan isi pembicaraan dengan ekspresinya (*appropriate affect*). Ekspresi bingung yang seringkali ditampilkan di awal pertemuan dengan peneliti semakin berkurang seiring berjalannya sesi terapi.

4. Empati

Awalnya, peneliti agak sulit berempati dengan cerita AH karena ia lebih banyak membicarakan hal-hal yang tidak terkait dengan pertanyaan

peneliti. Untungnya, semenjak pertemuan ketiga dan seterusnya, AH sudah menjadi lebih terbuka mengenai masalahnya, sehingga peneliti lebih dapat memahami dan berempati terhadap AH terkait keluhan yang ia miliki.

C. Fungsi Intelektual (Kognitif)

1. Taraf pendidikan, pengetahuan umum dan kecerdasan

Dari sisi pendidikan, AH memiliki pendidikan yang setara dengan SMA. Pengalaman bekerja dan berorganisasi yang pernah ia ikuti beberapa kali membuat pengetahuannya cukup luas. Pemahamannya mengenai hal-hal yang diajarkan peneliti juga mencerminkan kecerdasannya yang setidaknya berada di tingkat rata-rata.

2. Daya konsentrasi

Pada awal-awal sesi, walaupun bisa konsentrasi dalam pertemuan, AH seringkali tidak fokus dan mengalihkan perhatian saat membahas keluhan dan masalahnya. Hal ini berkurang seiring berjalannya sesi terapi. Konsentrasinya pun membaik, sehingga ritme terapi dapat berjalan dengan lebih cepat dan fokus.

3. Orientasi (waktu, tempat, orang)

Tidak terlihat adanya masalah dalam diri AH terkait hal ini. AH memiliki orientasi yang baik mengenai waktu, tempat, dan orang-orang yang ada di sekitarnya.

4. Daya ingat

- a. Jangka panjang.** Tidak ada masalah dalam ingatan jangka panjang AH sepanjang sesi ini.
- b. Jangka pendek.** AH juga tidak memiliki masalah ingatan jangka pendek.
- c. Segera.** AH tidak memiliki masalah pada ingatan segera yang ia miliki sejak sesi awal hingga sesi akhir.

5. Pikiran abstrak

Pikiran abstrak AH dapat berjalan dengan baik. Selama menjalani sesi, hal ini terutama terlihat dari kemampuannya menangkap materi yang

disampaikan peneliti dan mengerjakan tugas yang diberikan. Keterbatasan penglihatan tidak membatasi AH untuk menangkap materi dan mengerjakan tugas-tugasnya walaupun tidak mencatatnya.

D. Gangguan Persepsi

1. Halusinasi dan ilusi

AH tidak memiliki halusinasi dan ilusi.

2. Depersonalisasi dan derealisasi

AH tidak mengalami depersonalisasi maupun derealisasi.

E. Proses Berpikir

1. Arus pikiran

a. Produktivitas

Di awal sesi dengan peneliti, arus pikiran AH tergolong kurang produktif karena banyak mengulang cerita yang tidak terkait pertanyaan peneliti dan pembahasannya tidak mendalam. Kecenderungan ini berkurang seiring berjalannya sesi. Produktivitas arus pikiran AH menjadi lebih baik dan bervariasi menjelang sesi akhir. Ia pun dapat membahas keluhannya secara mendalam.

b. Kontinuitas

Isi pikiran AH semakin berkesinambungan dan koheren seiring berjalannya sesi-sesi terapi. Ini terkait dengan kecenderungan mengalihkan isi pembicaraan yang berkurang pula dari diri AH.

c. Hendaya berbahasa

AH tidak memiliki hendaya berbahasa. Ia mampu menggunakan kalimat dalam Bahasa Indonesia dengan baik dan jelas.

2. Isi pikiran

a. Preokupasi

Preokupasi pikiran terkait pengalaman dan keberhasilannya di masa lalu terkadang masing dimunculkan oleh AH hingga sesi akhir, walaupun tidak sesering di sesi awal. Ia sudah lebih dapat

menempatkan cerita pengalaman tersebut sebagai topik sampingan, bukan topik utama pembicaraan.

b. Gangguan pikiran, waham, gagasan mirip waham

AH tidak memiliki gangguan pikiran atau waham.

F. Pengendalian Impuls

Pada sesi-sesi awal, AH sedikit kesulitan mengendalikan impuls untuk tidak menceritakan pengalaman dan keberhasilan masa lalunya terus-menerus. Kecenderungan ini menurun seiring berjalannya sesi. Ia sudah tampak lebih dapat mengendalikan dirinya untuk fokus pada isi terapi daripada membicarakan hal tersebut.

G. Daya Nilai

1. Norma sosial

AH memiliki pemahaman norma sosial yang baik. Hal ini tercermin dari caranya bersikap dan pengalaman-pengalaman yang ia ceritakan selama menjalani terapi dengan peneliti.

2. Uji daya nilai (*judgement*)

AH juga dapat dikatakan memiliki uji daya nilai yang baik. Ia mampu membedakan hal-hal yang baik dan yang buruk.

3. Daya nilai realita

AH memiliki pemahaman mengenai realita yang baik dan tidak terganggu.

H. Tilikan (Insight)

AH sudah lebih memahami tekanan yang dialaminya sebagai bentuk depresi. Hal ini membuatnya lebih terbuka kepada peneliti seiring berjalannya sesi terapi, dan membantunya lebih mudah belajar mengatasi depresinya tersebut.

I. Taraf Dapat Dipercaya

Peneliti menilai AH dapat dipercaya, baik dari cerita-cerita yang ia sampaikan maupun sikapnya.

5.3.3 Hasil Beck Depression Inventory (BDI) Pasca-Intervensi Partisipan 3 (AH)

Pada tabel berikut dapat dilihat perbandingan hasil asesmen pra-intervensi (*pre-test*), pertengahan intervensi (*mid-test*), dan pasca-intervensi (*post-test*) pada partisipan AH:

Tabel 5.10 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi BDI Partisipan 3 (AH)

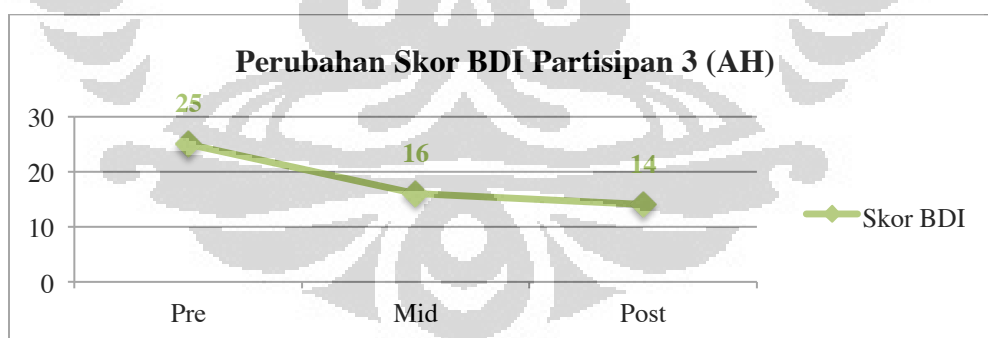
Dimensi	No item	Isi Item	Skor pra	Skor mid	Skor pasca
Sikap negatif terhadap diri sendiri	1	Kesedihan	1	0	0
	2	Pesimisme	2	1	1
	3	Perasaan gagal	1	1	1
	4	Ketidakpuasan	3	2	2
	5	Perasaan bersalah	1	1	1
	6	Perasaan dihukum	0	0	0
	7	Perasaan membenci diri sendiri	1	1	0
	8	Kritik terhadap diri	2	1	1
	9	Pemikiran bunuh diri	0	0	0
	10	Menangis	1	0	0
	14	Citra diri	0	0	0
<i>Persentase 'Sikap negatif terhadap diri sendiri'</i>			12 dari 33 (36%)	7 dari 33 (21%)	6 dari 33 (18%)
Penurunan performa	11	Mudah marah	2	1	0
	12	Menarik diri	2	1	1
	13	Kesulitan memutuskan	0	0	0
	15	Kesulitan bekerja	1	0	0
	17	Kelelahan	1	1	1
	20	Kepedulian pada kesehatan	2	1	1
	21	Kehilangan gairah seksual	2	2	2
<i>Persentase 'Penurunan Performa'</i>			10 dari 21 (48%)	6 dari 21 (29%)	5 dari 21 (24%)
Gejala somatis	16	Kesulitan tidur	1	1	1
	18	Perubahan selera makan	1	1	1
	19	Penurunan berat badan	1	1	1
<i>Persentase 'Gejala somatis'</i>			3 dari 9 (33%)	3 dari 9 (33%)	3 dari 9 (33%)
TOTAL			25 dari 63 (40%)	16 dari 63 (25%)	14 dari 63 (22%)

AH tampak mengalami penurunan skor depresi dari kategori depresi berat, yaitu 25 (>15) menjadi kategori depresi ringan sampai sedang dengan skor 14 (11-15). Selisih persentase pra-intervensi dan pasca-intervensi adalah 18% dari skor total. Total penurunan dari 25 ke 14 sendiri adalah 44%. Walaupun sudah mengalami penurunan skor dan kategori, skor pasca-intervensinya masih berada pada batas atas kategori depresi ringan sampai sedang, sehingga perlu diwaspadai lebih lanjut.

AH mendapat skor tertinggi pada dimensi ‘penurunan performa’ saat pra-intervensi. Pada pengukuran pasca-intervensi, skornya berkurang dari 48% menjadi 24%. Gejala yang menetap tetapi sebagian besar sudah berkurang intensitasnya adalah menarik diri, kelelahan, kepedulian pada kesehatan, dan penurunan gairah seksual.

Sementara, untuk dimensi ‘sikap negatif terhadap diri sendiri’, AH mengalami penurunan skor dari 36% menjadi 18%. Gejalanya yang menetap adalah pesimisme, perasaan gagal, ketidakpuasan, perasaan bersalah, dan kritik terhadap diri. Skor pada dimensi ‘gejala somatis’ bertahan pada 33% dari pra-intervensi hingga pasca-intervensi, dengan gejala yang muncul dalam bentuk kesulitan tidur, penurunan berat badan, dan selera makan.

Berikut ini grafik perubahan skornya:



Gambar 5.5 Grafik Perubahan Skor BDI Partisipan 3 (AH)

5.3.3 Hasil Geriatric Depression Scale (GDS) Pasca-Intervensi Partisipan 3 (AH)

Pada tabel berikut dijabarkan perubahan kondisi depresi dalam diri AH dari pra-intervensi (*pre-test*), pertengahan (*mid-test*), hingga pasca-intervensi (*post-test*):

Tabel 5.11 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi GDS Partisipan 3 (AH)

Dimensi	No item	Isi Item yang mendapat skor 1	Skor pra	Skor mid	Skor pasca
Sikap tidak acuh	1*	Secara umum puas dengan kehidupan	7	5 (1*, 9*, 19*, 21*, 27*)	4 (1*, 9*, 19*, 27*)
	2	Tidak lagi melakukan kegiatan dan minat			
	9*	Bahagia hampir sepanjang waktu			
	19*	Merasa hidup menyenangkan			
	20	Sulit memulai kegiatan baru			
	21*	Merasa penuh energi			
	27*	Menikmati bangun pagi			
<i>Persentase 'Sikap tidak acuh'</i>			7 dari 12 (58%)	5 dari 12 (42%)	4 dari 12 (33%)
Dysphoria	4	Sering merasa bosan	10	6 (6, 10, 11, 17, 18, 23)	6 (6, 10, 11, 18, 23)
	6	Memiliki pikiran yang mengganggu			
	10	Merasa tidak berdaya			
	11	Risau dan gelisah			
	13	Khawatir mengenai masa depan			
	16	Merasa putus asa dan sedih			
	17	Tidak berharga dengan kondisi sekarang			
	18	Khawatir mengenai masa lalu			
	23	Kebanyakan orang lebih baik			
24	Sering merasa kesal				
<i>Persentase 'Dysphoria'</i>			10 dari 13 (77%)	6 dari 13 (46%)	5 dari 13 (38%)
Menarik diri	12	Memilih tinggal di rumah	2	1 (12)	0
	28	Menghindari pertemuan sosial			
<i>Persentase 'Menarik diri'</i>			2 dari 2 (100%)	1 dari 2 (50%)	0 dari 2 (0%)
Penurunan fungsi kognitif	26	Masalah konsentrasi	2	2	1 (30*)
	30*	Pikiran jernih			
<i>Persentase 'Penurunan fungsi kognitif'</i>			2 dari 3 (67%)	2 dari 3 (67%)	1 dari 3 (33%)
TOTAL			20 dari 30 (67%)	14 dari 30 (47%)	10 dari 30 (33%)

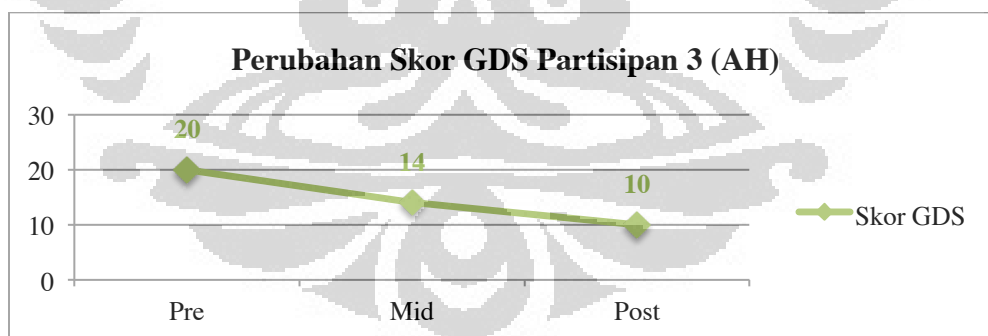
* Item unfavorable

AH mengalami penurunan skor depresi dari 20 yang tergolong depresi sedang (11-20) menjadi 10 yang tergolong tidak mengalami depresi (<11). Persentase penurunan dari 20 ke 10 adalah 50%, sementara jika dihitung dari skor total, penurunan persentasenya keseluruhan yang dialami oleh AH adalah sebesar 28%.

Pada dimensi 'menarik diri', AH mengalami penurunan dari 100% menjadi 0% atau benar-benar menghilang. Ia memang tidak lagi menghindari kegiatan sosial, walaupun tidak juga aktif seperti dahulu. Untuk dimensi 'dysphoria', AH mengalami penurunan dari 77% menjadi 38%, dengan gejala yang menetap antara lain memiliki pikiran mengganggu, merasa tidak berdaya, risau dan gelisah, khawatir mengenai masa lalu, dan merasa kebanyakan orang lebih baik darinya.

Selanjutnya, untuk dimensi 'penurunan fungsi kognitif', AH mengalami penurunan dari 67% menjadi 33%, dengan gejala yang menetap adalah pikiran tidak jernih. Terakhir, untuk dimensi 'sikap tidak acuh', terjadi penurunan pada diri AH dari 58% ke 33%, dengan gejala yang menetap adalah tidak puas dengan kehidupan, tidak merasa bahagia hampir sepanjang waktu, tidak merasa hidup menyenangkan, dan tidak menikmati bangun pagi.

Berikut ini grafik perubahan skornya:



Gambar 5.6 Grafik Perubahan Skor GDS Partisipan 3 (AH)

5.3.4 Hasil *Brief Depression Rating Scale (BDRS)* Pasca-Intervensi Partisipan 3 (AH)

Berikut ini hasil pengukuran terhadap AH dengan alat ukur BDRS, mulai dari pra-intervensi (*pre-test*), pertengahan intervensi (*mid-test*), hingga pasca-intervensi (*post-test*):

Tabel 5.12 Skor Pra-Intervensi hingga Pasca-Intervensi BDRS Partisipan 3 (AH)

No	Aspek	Skor pra	Skor mid	Skor pasca	Makna skor pasca	Keterangan
1.	<i>Mood</i> depresif, perasaan putus asa (hilang harapan)	6	3	3	Sedikit mengganggu	<i>Mood</i> AH sudah berubah menjadi tidak depresif seperti permulaan
2.	Gejala somatis psiko-fisiologis	6	4	4	Antara sedikit dengan cukup	Kondisi maag dan terkadang muncul gatal-gatal di kulit jika sedang memikirkan sesuatu
3.	Kehilangan minat, inisiatif, dan kegiatan	6	3	3	Sedikit kehilangan minat dan inisiatif	Sudah mulai berminat melakukan kegiatan, termasuk bersosialisasi yang selama ini ia hindari, walaupun baru sesekali
4.	Gangguan tidur	5	3	3	Sedikit gangguan tidur	Keluhan tidur sudah membaik, jumlah jam tidur sudah lebih banyak
5.	Cemas, tegang, khawatir	6	5	5	Cukup tegang atau cemas	Ada kecemasan terkait kondisi hidupnya ke depan, walaupun sudah lebih dapat menerima
6.	Penampilan	3	3	2	Antara bahagia dan kadang-kadang terlihat sedih	Penampilan mulai lebih banyak dipenuhi senyum, sudah jarang murung
7.	Keyakinan depresif	5	3	3	Kadang-kadang muncul keyakinan depresif	Sudah lebih positif memandang diri dan hidupnya, menghargai kemampuan diri walaupun terbatas
8.	Pemikiran atau perilaku bunuh diri	1	1	1	Tidak ada pemikiran bunuh diri	Tidak ada pemikiran maupun percobaan bunuh diri dalam bentuk apapun

Berdasarkan hasil pengamatan, AH mengalami kemajuan yang besar dalam hal penurunan gejala depresi. Perubahan positif terutama terjadi pada meningkatnya minat berkegiatan dan bersosialisasi, serta *mood* yang sudah semakin tidak depresif. Keyakinan depresif dalam diri AH juga sudah berkurang karena ia sudah dapat lebih menerima perubahan yang terjadi pada dirinya, terutama terkait penglihatannya. Perhatian masih perlu diberikan pada gangguan tidur, somatis psiko-fisiologis, dan kecemasan dalam diri AH, karena penurunannya masih terbilang kecil dari pra-intervensi sampai pasca-intervensi.

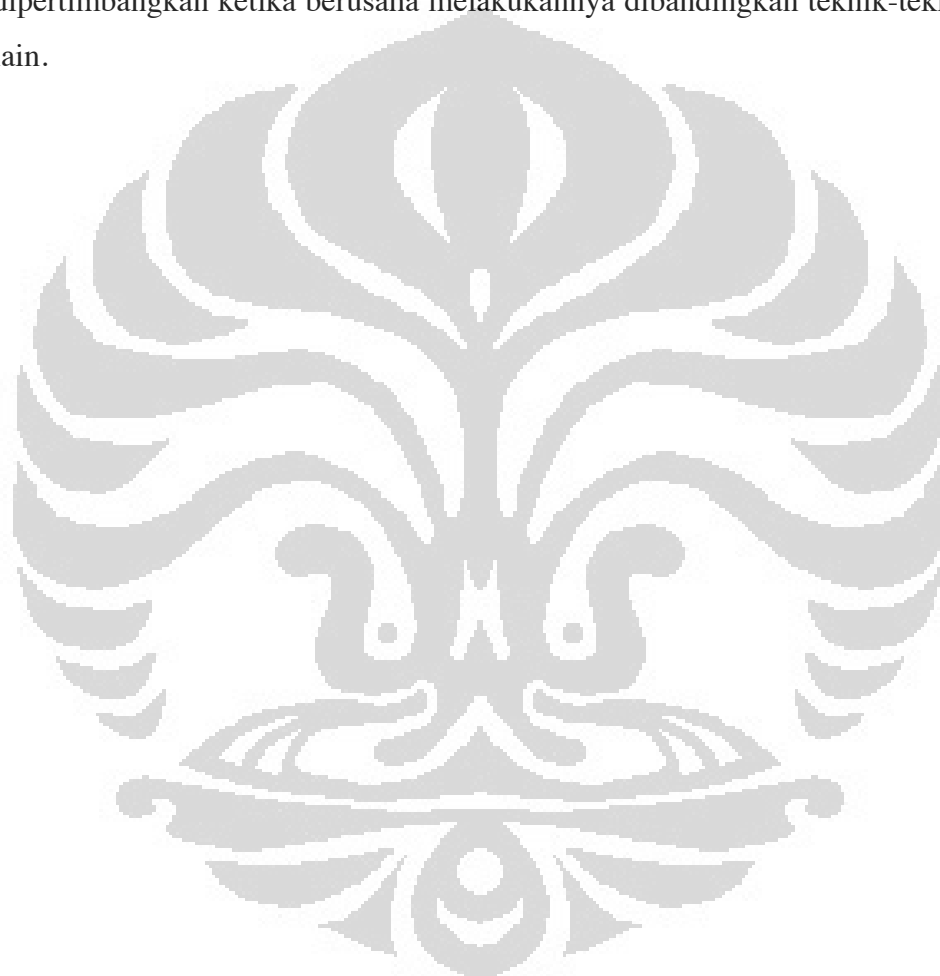
5.3.5 Kesimpulan Hasil Asesmen Pasca-Intervensi Partisipan 3 (AH)

Dari hasil asesmen pasca-intervensi secara keseluruhan, peneliti melihat bahwa AH mengalami penurunan tingkat depresi yang tergolong besar. Perubahan paling positif terutama tampak dalam bentuk munculnya kembali minat untuk beraktivitas, termasuk bersosialisasi ke luar rumah yang selama ini ia hindari karena malu dan merasa merepotkan. Dari wawancara diketahui bahwa AH sudah tiga kali mencoba menghadiri pertemuan sosial dan walaupun tidak dapat menikmatinya seperti dulu, ia tetap dapat merasakan sedikit kesenangan dari kegiatan tersebut. Ia pun berencana mengulanginya kembali di lain kesempatan. Gejala lainnya yang juga tampak membaik adalah suasana perasaan AH yang sudah tidak terlalu depresif. Ia sudah tampak lebih banyak tersenyum. AH mengaku dirinya memang sudah tidak sering murung seperti awal bertemu dengan peneliti.

Sementara itu, AH memiliki keluhan lain terkait dengan fisik yang perlu diperhatikan lebih lanjut, yaitu masalah tidur, psiko-fisiologis, dan selera makan. Gejala ini cukup menonjol pada diri AH sejak awal pra-intervensi, dan sudah mulai membaik seiring berjalannya terapi, walaupun belum sampai menghilang. Lebih lanjut, AH mengaku mendapat banyak manfaat dari terapi terhadap keluhan fisiknya tersebut, dan akan terus mencobanya sendiri walaupun sudah tidak bertemu peneliti.

Kemajuan yang dialami oleh AH dalam hal ini dapat diatribusikan pada kemauan dan ketekunan AH untuk memahami dan mengerjakan tugas-tugas yang diberikan dalam terapi. Walaupun memiliki keterbatasan untuk membaca dan

menulis, AH tetap tekun mengerjakan tugas terapinya dengan mendengarkan rekaman yang diberikan oleh peneliti atau meminta bantuan suaminya di rumah untuk sekedar membacakan atau menuliskan tugasnya. Dari semua materi yang diberikan dalam terapi, ia paling menyukai relaksasi, baik pernapasan maupun progresif, karena manfaatnya paling nyata terasa untuk membuat tubuhnya lebih sehat dan tidurnya lebih nyaman. Sementara, yang paling tidak ia sukai adalah teknik memecahkan masalah, semata-mata karena terlalu banyak hal yang perlu dipertimbangkan ketika berusaha melakukannya dibandingkan teknik-teknik yang lain.



5.4 Kesimpulan Asesmen Pasca-Intervensi Antar Partisipan

Berikut ini merupakan kesimpulan hasil asesmen pasca-intervensi terhadap tiga partisipan yang sudah dijelaskan satu per satu pada bagian sebelumnya. Dalam tabel ini, peneliti akan membuat perbandingan hasil antara ketiga partisipan.

Tabel 5.13 Kesimpulan Pasca-Intervensi antar Partisipan

Aspek	Partisipan 1 (SA)	Partisipan 2 (RL)	Partisipan 3 (AH)
Jenis kelamin	Perempuan	Laki-laki	Perempuan
Usia	66 tahun	78 tahun	77 tahun
Tingkat pendidikan	S1	SMA	SGTK (setingkat SMA)
Pekerjaan	Pengajar PAUD, Penjual pakaian	Menerima pekerjaan lepas	Tidak bekerja
Status sosial ekonomi	Menengah	Menengah	Menengah
Situasi utama penyebab depresi	Suami mengidap gagal ginjal semenjak enam bulan lalu	Istri kehilangan 70% penglihatan semenjak dua tahun lalu dan kesulitan ekonomi	Kehilangan 70% penglihatan semenjak dua tahun lalu
Masalah fungsi kognitif (Status Mental)	Suasana perasaan yang depresif sudah berkurang, preokupasi pikiran pada keluhan depresi juga sudah berkurang	Secara umum masih depresif, preokupasi pada keluhan depresi sudah berkurang, kebiasaan memotong pembicaraan masih muncul hingga sesi akhir walaupun sudah diingatkan (terkait pengendalian impuls)	Produktivitas meningkat, preokupasi berupa pengulangan cerita berkurang, perasaan cenderung membaik

Aspek	Partisipan 1 (SA)	Partisipan 2 (RL)	Partisipan 3 (AH)
BDI	Skor menurun 48% dari 21 menjadi 11 (depresi ringan sampai sedang)	Skor menurun 36% dari 22 menjadi 14 (depresi ringan sampai sedang)	Skor menurun 44% dari 25 menjadi 14 (depresi ringan sampai sedang)
	<p>Gejala yang menetap, tetapi berkurang:</p> <p>Sikap negatif: pesimisme, perasaan bersalah, kritik terhadap diri</p> <p>Penurunan performa: mudah marah, kesulitan bekerja, kelelahan, kehilangan gairah seksual</p> <p>Gejala somatis: kesulitan tidur</p>	<p>Gejala yang menetap, tetapi berkurang:</p> <p>Sikap negatif: kesedihan, pesimisme, perasaan gagal, ketidakpuasan, perasaan bersalah, perasaan membenci diri sendiri, perasaan dihukum, kritik terhadap diri</p> <p>Penurunan performa: mudah marah, kesulitan bekerja, kepedulian kepada kesehatan, kehilangan gairah seksual</p> <p>Gejala somatis: kesulitan tidur</p>	<p>Gejala yang menetap, tetapi berkurang:</p> <p>Sikap negatif: pesimisme, perasaan gagal, ketidakpuasan, perasaan bersalah, kritik terhadap diri</p> <p>Penurunan performa: menarik diri, kelelahan, kepedulian kepada kesehatan, kehilangan gairah seksual</p> <p>Gejala somatis: kesulitan tidur, penurunan berat badan, selera makan</p>
GDS	Skor menurun 47% dari 15 menjadi 8 (tidak mengalami depresi)	Skor menurun 27% dari 15 menjadi 11 (depresi sedang)	Skor menurun 50% dari 20 menjadi 10 (tidak mengalami depresi)
	<p>Gejala yang menetap:</p> <p>Sikap tidak acuh: tidak penuh harapan mengenai masa depan, tidak hampir sepanjang waktu merasa bahagia, merasa hidup tidak menyenangkan</p> <p>Dysphoria: memiliki pikiran mengganggu, takut sesuatu yang buruk terjadi, sering merasa kesal</p> <p>Menarik diri: -</p> <p>Penurunan kognitif: pikiran tidak jernih</p>	<p>Gejala yang menetap:</p> <p>Sikap tidak acuh: ketidakpuasan dengan kehidupan, tidak lagi melakukan kegiatan dan minat, tidak penuh harapan mengenai masa depan, tidak hampir sepanjang waktu merasa bahagia, merasa hidup tidak menyenangkan.</p> <p>Dysphoria: memiliki pikiran mengganggu, khawatir mengenai masa depan, sering merasa kesal</p> <p>Menarik diri: -</p> <p>Penurunan kognitif: pikiran tidak jernih</p>	<p>Gejala yang menetap:</p> <p>Sikap tidak acuh: ketidakpuasan dengan kehidupan, tidak hampir sepanjang waktu merasa bahagia, merasa hidup tidak menyenangkan, tidak menikmati bangun pagi.</p> <p>Dysphoria: memiliki pikiran mengganggu, merasa tidak berdaya, risau dan gelisah, khawatir mengenai masa lalu, merasa kebanyakan orang lebih baik</p> <p>Menarik diri: -</p> <p>Penurunan kognitif: pikiran tidak jernih</p>

Aspek	Partisipan 1 (SA)	Partisipan 2 (RL)	Partisipan 3 (AH)
BDRS	Secara umum gejala depresi sudah membaik. Gejala yang perlu diwaspadai lebih lanjut adalah gejala keyakinan depresif	Secara umum, belum terjadi perubahan yang berarti pada gejala depresi. Gejala yang perlu diwaspadai lebih lanjut adalah gejala kecemasan dan keyakinan depresif	Secara umum gejala depresi sudah membaik. Gejala yang perlu diwaspadai lebih lanjut adalah gangguan tidur, gejala somatis psiko-fisiologis, dan kecemasan karena penurunannya terbilang sedikit
Kemajuan paling terasa oleh partisipan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Munculnya kembali ketertarikan untuk beraktivitas dan berinteraksi dengan orang lain 2. Merasa lebih mampu mengendalikan pikirannya sendiri saat merasa tertekan daripada sebelumnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa sudah lebih mampu mengenali gejala depresi dan mencoba melawannya, tetapi seringkali tidak mencoba karena berpikir tidak akan terbantu dengan teknik apapun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan yang sudah tidak lagi depresif dan murung 2. Muncul minat mencoba beraktivitas ke luar rumah dan bersosialisasi, walaupun masih sesekali 3. Keluhan fisik berkurang, seperti masalah tidur, psiko-fisiologis (maag, gatal-gatal), dan selera makan
Teknik favorit	Teknik memecahkan masalah (paling dapat diaplikasikan dan nyata hasilnya untuk memecahkan masalah)	Relaksasi pernapasan dan progresif (membantu mengendalikan emosi dan memunculkan kenyamanan fisik)	Relaksasi pernapasan dan progresif (membuat tubuh sehat dan tidur lebih nyaman)
Teknik paling tidak disukai	Relaksasi, terutama relaksasi progresif (memakan banyak waktu, tidak praktis)	Rencana kegiatan harian (merepotkan dan tidak membawa pengaruh)	Teknik memecahkan masalah (terlalu banyak pertimbangan yang perlu dilakukan dibandingkan teknik lainnya)
Keterangan mengenai riwayat depresi	Tidak ada	Diduga kuat ada, saat usia sekitar 50 tahun karena kehilangan pekerjaan dan usaha, lalu menjual harta kekayaan	Tidak ada

6. DISKUSI

Pada bagian ini, peneliti akan menjabarkan diskusi mengenai hasil penelitian. Pembahasan akan difokuskan pada pelaksanaan intervensi, efektivitas hasil intervensi, hingga keterbatasan penelitian. Dalam pembahasan, peneliti akan menggunakan teori, informasi mengenai pelaksanaan, dan hasil-hasil penelitian sebelumnya yang terkait dengan penelitian ini.

6.1 Pelaksanaan Intervensi

Terkait dengan pelaksanaan intervensi, terdapat tiga fase pelaksanaan intervensi untuk lansia yang mengalami depresi, yaitu fase awal, fase pertengahan, dan fase akhir (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003). Pada fase awal, peneliti perlu memberi penjelasan mengenai prinsip-prinsip Terapi Kognitif-Perilaku yang akan diberikan dan kaitannya dengan depresi sebagai gangguan psikologis. Hal ini penting agar partisipan memahami karakteristik terapi dan gangguan yang ia alami sebelum benar-benar menjalani terapinya (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003). Peneliti melakukan ini di sesi pertama, dan berhasil membuat para partisipan memahami kedua hal tersebut dengan baik. Peneliti melihat pemahaman ini pun memudahkan ketiga partisipan untuk menjalani sesi-sesi selanjutnya, karena mereka sudah memahami dasar dari terapi dan gangguan yang ingin diatasi.

Selanjutnya, pada fase pertengahan, peneliti memberikan teknik-teknik dari aspek perilaku dan kognitif terhadap para partisipan. Pada dasarnya urutan pemberian sesi bukan merupakan masalah yang berarti dalam Terapi Kognitif-Perilaku. Hanya saja, untuk kasus-kasus depresi pada lansia, perlu dilakukan penyesuaian-penyesuaian terkait urutan sesi tersebut dengan mendahulukan sesi-sesi dari aspek perilaku, baru kemudian berlanjut ke aspek kognitif (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003).

Hal ini sesuai dengan cara yang dilakukan peneliti, yaitu mendahulukan pemberian teknik-teknik perilaku, mulai dari membuat dan merancang rencana

kegiatan harian, latihan relaksasi, dan memecahkan masalah. Setelah itu, terapi dilanjutkan dengan pemberian teknik dari aspek kognitif, yaitu mengenali pikiran negatif dan melakukan restrukturisasi terhadap pikiran negatif tersebut. Cara ini dapat memudahkan lansia yang menjadi partisipan untuk sukses menjalankan terapinya. Alasannya adalah karena aspek perilaku memang lebih mudah dilakukan, sehingga menumbuhkan keyakinan dalam diri lansia bahwa ia mampu menjalankan terapinya, serta karena aspek perilaku ini pada umumnya membawa perubahan yang dapat dirasakan lebih nyata daripada aspek kognitif (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003; Sorroco & Lauderdale, 2011). Peneliti sendiri melihat efek ini terjadi dengan baik pada dua partisipan, yaitu SA dan AH, sementara tidak terlalu terlihat pada partisipan RL. Hal ini disebabkan oleh ketidaksukaan RL terhadap salah satu teknik dari aspek perilaku, yaitu rencana kegiatan harian. Dengan demikian, selain urutan, maka preferensi partisipan juga mempengaruhi keberhasilan terapi yang diberikan.

Terkait dengan urutan teknik yang diberikan dalam sesi, peneliti juga menentukan urutan sesi dengan alasan tertentu. Peneliti menempatkan sesi “Monitor Perasaan” sebelum sesi-sesi selanjutnya agar para partisipan dapat mengamati diri dan perasaannya terlebih dahulu sebelum akhirnya mendapat bekal berupa teknik-teknik yang dapat digunakan untuk menangani depresi dalam diri mereka. Peneliti menilai hal ini pun perlu diperhatikan dalam perencanaan sesi, terutama untuk lansia, karena dengan cara ini partisipan akan mendapat manfaat bertahap dari yang sifatnya mengenali diri sampai mendapat keahlian-keahlian baru. Penerimaan yang bertahap seperti ini akan lebih memudahkan proses belajar dan terapi dari para partisipan itu sendiri.

Masih pada fase pertengahan, peneliti menyampaikan seluruh isi sesi, mulai dari “Monitor Perasaan”, “Rencana Kegiatan Harian”, “Relaksasi”, “Teknik Memecahkan Masalah”, “Mengenali Pikiran Negatif”, dan “Restrukturisasi Pikiran” dengan jarak antar sesi sebanyak dua sampai tiga hari. Peneliti memilih memperbanyak jumlah sesi dengan setiap sesi hanya diisi dengan pemberian satu teknik dan pengulangan atau *review* isi sesi sebelumnya sebagai sarana mengingatkan. Hal ini dilakukan sesuai dengan prinsip Terapi Kognitif-Perilaku untuk lansia yang mengalami depresi, yaitu penting untuk memberi informasi

secara perlahan, tidak terlalu banyak dalam satu waktu, serta ditambah pengulangan materi yang sudah pernah diberikan sebelumnya (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003).

Lebih lanjut, untuk fase akhir, tujuan yang perlu dicapai adalah melakukan terminasi dan *relapse prevention* (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003). Untuk melakukan fase akhir ini, peneliti sudah menjelaskan kepada ketiga partisipan sejak awal mengenai rencana pertemuan sesi terapi, dan menekankan kemandirian pada diri partisipan untuk mencobakan teknik-teknik yang diajarkan. Peneliti juga memberi jeda selama satu minggu dari sesi terakhir sampai pertemuan asesmen pasca-intervensi agar setiap partisipan dapat mencobakan sendiri seluruh teknik yang sudah diajarkan selama satu minggu penuh. Dalam memberi instruksi saat itu, peneliti menekankan bahwa terapi yang sesungguhnya bukanlah proses terapi saat mereka bertemu dengan peneliti, tetapi saat mereka mencoba menjalankan sendiri semua teknik yang sudah diajarkan. Peneliti melihat bahwa cara ini cukup mampu meyakinkan ketiga partisipan untuk mau menjalankan teknik-teknik yang diajarkan karena mereka tahu bahwa hanya diri merekalah yang bisa mengatasi depresinya, sementara peran peneliti adalah menjelaskan fungsi hingga cara melakukan teknik-teknik tersebut kepada mereka.

6.2 Efektivitas Hasil Intervensi

Penelitian-penelitian terdahulu menunjukkan efektivitas Terapi Kognitif-Perilaku untuk menangani depresi (Arean & Cook, 2002; Cuijiper, van Straten & Smit, 2006; Laidlaw, 2001; Pinquart & Soerensen, 2001; Zallaquett & Stens, 2006 dalam Gellis & McCracken, 2008; Bartels, Dums, Oxman, Schneider, Arean, Alexopoulos & Jeste, 2003; Pinquart, Duberstein & Lyness, 2007). Dengan demikian, hasil yang tertampil dari penelitian ini cukup sesuai dengan hasil yang didapat dari penelitian-penelitian sebelumnya. Terapi Kognitif-Perilaku dengan prinsip yang sama dapat diberikan dalam bentuk dan urutan sesi yang berbeda-beda, dan ini tidak mempengaruhi efektivitas terapi itu sendiri. Itulah sebabnya, berbagai penelitian dengan terapi ini terbukti berhasil mengurangi tingkat depresi, termasuk pada lansia. Lebih lanjut, depresi merupakan gangguan psikologis yang

jasas mempengaruhi aspek pikiran, emosi, dan tingkah laku (Beck, Ward & Mendelson, 1961; Rosenvald, Oei & Schmidt, 2007), sehingga sesuai untuk ditangani menggunakan prinsip Terapi Kognitif-Perilaku yang mengatakan bahwa tingkah laku, pikiran, dan emosi individu saling berpengaruh satu sama lain dalam diri individu (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007).

Pada penelitian ini, peneliti melakukan tiga kali asesmen, yaitu asesmen pra-intervensi (*pre-test*), pertengahan intervensi (*mid-test*) dan pasca-intervensi (*post-test*). Asesmen pertengahan intervensi pada dasarnya dilakukan sesuai ketentuan pada desain penelitian *single-subject repeated measures* untuk dapat melihat perubahan pada partisipan secara berkesinambungan. Lebih dari itu, peneliti juga melakukan asesmen pertengahan intervensi karena depresi yang menjadi sasaran intervensi dalam penelitian ini merupakan gangguan suasana perasaan atau *mood* yang sifatnya fluktuatif dan dapat membaik atau memburuk tanpa bisa diduga (Rosenvald, Oei & Schmidt, 2007). Dalam mengangani tiga partisipan yang mengalami depresi dalam penelitian, peneliti mengambil langkah berhati-hati untuk memantau tingkat depresi mereka, tidak hanya saat pra-intervensi dan pasca-intervensi agar bisa mengantisipasi jika ternyata ada penyesuaian yang perlu dilakukan.

Pada kenyataannya, peneliti tidak menemukan adanya hal-hal yang tidak diinginkan berupa kondisi depresi yang semakin memburuk dalam diri para partisipan saat asesmen pertengahan intervensi. Peneliti mendapat temuan lain berupa munculnya penurunan tingkat depresi dalam diri ketiga partisipan semenjak pertengahan intervensi yang cukup besar dari pra-intervensi. Sementara itu, dari pertengahan intervensi ke pasca-intervensi, penurunan yang terjadi cenderung lebih sedikit. Dari temuan ini, peneliti melihat bahwa Terapi Kognitif-Perilaku untuk menangani depresi pada dasarnya sudah dapat menunjukkan hasil selama prosesnya sedang berjalan. Hal ini didasarkan pada kenyataan bahwa saat asesmen pertengahan sesi dilakukan, partisipan baru mendapat materi pengantar dan teknik-teknik dari aspek perilaku. Peneliti belum memberikan teknik dari aspek kognitif yang merupakan bagian dari sesi selanjutnya. Artinya, temuan ini berhasil mendukung salah satu prinsip dari Terapi Kognitif-Perilaku, bahwa perubahan perilaku dalam diri individu sangat dapat mempengaruhi pikiran dan

perasaan atau emosinya (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007). Dengan demikian, efek terapeutik terhadap pikiran dan perasaan sudah dapat terjadi bahkan sebelum terapi benar-benar difokuskan pada kedua bagian tersebut.

Dari ketiga partisipan yang terlibat dalam penelitian ini, hasil akhir asesmen pasca-intervensi menunjukkan hasil yang konsisten untuk masing-masing partisipan. Semua partisipan mengalami penurunan tingkat depresi yang terlihat dari hasil wawancara, status mental, serta pengukuran dengan alat ukur BDI (*Beck Depression Inventory*), GDS (*Geriatric Depression Scale*), serta BDRS (*Brief Depression Rating Scale*). Hasil ini sangat memuaskan bagi peneliti dan membuat peneliti semakin yakin terhadap efektivitas Terapi Kognitif-Perilaku untuk menangani depresi pada lansia.

Lebih lanjut, kendati semua partisipan tercatat mengalami penurunan tingkat depresi, penurunan yang terjadi pada partisipan 2 (RL) secara umum relatif lebih rendah daripada penurunan yang terjadi pada partisipan 1(SA) dan partisipan 3 (AH). Misalnya saja, pada pengukuran menggunakan alat ukur GDS, partisipan SA dan AH mengalami penurunan dari kategori depresi sedang saat pra-intervensi menjadi kategori tidak mengalami depresi saat pasca-intervensi, sementara partisipan RL masih berada dalam kategori depresi sedang sejak asesmen pra-intervensi hingga pasca-intervensi. Begitu pula dari hasil asesmen lain secara keseluruhan, partisipan RL tampak sudah mengalami penurunan gejala depresi, tetapi tidak sebanyak dua partisipan lainnya.

Peneliti melihat perbedaan hasil ini menarik untuk dibahas lebih lanjut. Perbedaan hasil ini pada dasarnya dapat ditelaah dari beberapa sudut pandang. Hal yang membedakan RL dari dua partisipan lainnya adalah ia satu-satunya partisipan yang berjenis kelamin laki-laki pada penelitian ini, ia juga satu-satunya partisipan yang pernah terbuka mengaku dengan sengaja tidak mengerjakan salah satu teknik yang diberikan oleh peneliti (Rencana Kegiatan Harian) karena merasa teknik tersebut tidak akan bermanfaat. RL juga merupakan satu-satunya partisipan yang diduga kuat pernah memiliki riwayat depresi cukup berat sebelumnya.

Dari sisi jenis kelamin, Terapi Kognitif-Perilaku sudah berulang kali dibuktikan memberikan manfaat yang sama pada laki-laki dan perempuan (Watson & Nathan, 2008; Rosselló, Bernal & Rivera-Medina, 2008; Felmingham

& Bryant, 2012), sehingga tidak dapat dijadikan tolak ukur perbedaan. Partisipan RL diduga sulit mengalami penurunan tingkat depresi karena ketaatan menjalankan terapi (*adherence*) dan dugaan adanya riwayat depresi yang cukup parah saat usianya sekitar 50 tahun. Ketaatan merupakan faktor penting yang dapat menentukan keberhasilan Terapi Kognitif-Perilaku karena sifatnya yang menuntut kemandirian partisipan (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003; Minonne, 2008).

Sehubungan dengan ketaatan (*adherence*), RL adalah satu-satunya partisipan yang cenderung menolak menjalankan salah satu teknik dalam terapi karena tidak merasa akan mendapat manfaat dari situ, yaitu “Rencana Kegiatan Harian”. Hal ini secara tidak langsung menunjukkan bahwa RL tidak menjalankan salah satu bagian dari terapi yang sama pentingnya dengan bagian lain secara serius. Terlebih lagi, “Rencana Kegiatan Harian” merupakan teknik terapi yang bersifat perilaku serta dapat memberi efek yang nyata ketika dilakukan, tetapi RL tidak melakukannya. Walaupun peneliti sudah menjelaskan bahwa manfaatnya justru akan terasa ketika sudah coba dilakukan, RL tetap menolak dengan alasan menurutnya teknik tersebut tidak akan membawa manfaat bagi dirinya. Sikap RL ini sebetulnya wajar terjadi sebagai bagian dari ciri depresi, yaitu tidak adanya minat untuk melakukan kegiatan serta pesimisme. Oleh karena itu, peneliti tidak dapat memaksa RL untuk menjalankan tugas tersebut. Walaupun RL menolak melakukan kegiatan-kegiatan yang besar, seperti melukis atau menulis seperti hobinya dulu, peneliti tetap melihat langkah kecil yang diambil oleh RL dalam tugas rencana kegiatan harian ini, misalnya menyempatkan menonton televisi atau melakukan kegiatan ringan lainnya daripada menghabiskan waktu berdiam diri di rumah. Langkah kecil tersebut telah mencerminkan usaha RL dalam menjalankan terapi, sehingga peneliti tetap memberikan apresiasi kepada RL.

Beralih ke penjelasan selanjutnya, RL adalah satu-satunya partisipan yang peneliti duga kuat memiliki riwayat depresi yang cukup berat sebelumnya, yaitu saat ia kehilangan pekerjaan dan hartanya perlahan-lahan. Depresi merupakan salah satu jenis gangguan psikologis yang bersifat fluktuatif dan kesembuhannya tidak selalu mencerminkan kesembuhan total. Individu yang pernah mengalami depresi berat semasa hidupnya memiliki kemungkinan mengalami depresi

kembali di masa kehidupan selanjutnya. Kemunculan depresi kembali ini bisa menjadi lebih parah dari sebelumnya, dan lebih sulit ditangani karena individu tersebut sudah lebih pesimis mengenai kondisi depresinya (Nierenberg, Petersen, & Alpert, 2003).

Hal inilah yang kemungkinan terjadi pada diri RL. Walaupun dari asesmen pra-intervensi, tingkat depresi RL tidak terbilang terlalu parah, tetapi RL tampak pesimis menghadapi depresinya. Ia juga beberapa kali mengaitkan depresi yang ia alami kali ini dengan pengalaman yang hampir serupa saat ia kehilangan pekerjaannya di usia 50 tahunan. Ini menunjukkan bahwa penurunan tingkat depresi yang terbilang sedikit dalam diri RL kemungkinan dapat disebabkan oleh adanya riwayat depresi dalam diri RL. Terlebih lagi, depresi yang ia alami kali ini juga disebabkan oleh hal-hal yang sangat sulit untuk ditanggulangi, seperti masalah penglihatan istrinya dan kondisi ekonomi yang cenderung minim, sehingga ia semakin merasa tertekan karenanya. Perbaikan kondisi depresi yang terjadi pada istrinya pun tampak kurang berhasil menurunkan tingkat depresi dalam diri RL, sehingga peneliti menduga depresi yang dialami RL disebabkan oleh berbagai hal yang bersifat kompleks. Dengan demikian, pemeriksaan dan penanganan terhadap depresi yang diberikan pada RL sebaiknya perlu dibuat lebih komprehensif dan mendalam dari sisi perencanaan.

Isu lain yang juga akan dibahas dalam diskusi ini adalah keberhasilan Terapi Kognitif-Perilaku untuk menangani depresi pada lansia yang mengalami keterbatasan penglihatan hingga sudah tidak bisa menulis dan membaca sama sekali, yaitu AH. Terapi Kognitif-Perilaku merupakan jenis terapi yang mensyaratkan pengerjaan tugas secara mandiri oleh partisipan, biasanya dalam bentuk membaca dan menulis (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick-Siskin, 2003). Dalam penelitian ini, peneliti memperoleh pengalaman bahwa kemampuan membaca dan menulis ternyata tidak menjadi penentu utama keberhasilan terapi. Keberhasilan Terapi Kognitif-Perilaku tetap dapat tercapai jika partisipan mau berperan aktif menjalankan teknik-teknik yang diajarkan, walaupun tidak menuliskannya, seperti yang dilakukan oleh AH. Partisipan AH menjalankan teknik-teknik yang diberikan dengan bantuan rekaman yang diberikan oleh peneliti dan sesekali dengan bantuan suaminya di rumah. Pada

akhirnya, ia pun berhasil menurunkan tingkat depresinya dengan usaha menjalani terapi dengan keterbatasan penglihatan yang ia miliki.

Lebih lanjut, dalam penelitian ini, peneliti melihat bahwa keberhasilan terapi yang dialami oleh partisipan RL dan AH sedikit banyak didukung oleh kerja sama yang mereka lakukan sebagai suami istri di rumah, terutama ketika mengerjakan tugas rumah. Mereka dapat saling membantu dan mengingatkan isi materi serta pengerjaan tugas satu sama lain. Oleh karena itu, peneliti menduga efek terapeutik yang muncul dalam diri mereka bukan hanya berasal dari keikutsertaan mereka dalam terapi saja, tetapi juga dari proses saling memberi dukungan satu sama lain. Temuan ini dapat menunjukkan bahwa dukungan sosial (*social support*) berkontribusi untuk mendukung keberhasilan terapi pada individu yang mengalami depresi (Santrock, 2006). Hanya saja, efek tersebut pada dasarnya tidak diukur dengan sengaja pada penelitian ini, sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui kepastian mengenai hal ini.

Selain itu, masih terkait dengan dukungan sosial, peneliti juga melihat bahwa kehadiran peneliti sebagai terapis yang datang ke rumah dan memberikan terapi kepada para partisipan juga membawa efek terapeutik tersendiri bagi mereka. Efek terapeutik ini dapat terjadi karena kedatangan peneliti dapat menghadirkan dukungan sosial bagi mereka saat mereka merasa didengarkan dan diperhatikan oleh peneliti. Hal ini sejalan dengan karakteristik depresi pada lansia yang salah satunya dapat disebabkan oleh minimnya dukungan sosial, sehingga kehadiran dukungan sosial pun dapat membantu menurunkan tingkat depresi dalam diri mereka (Santrock, 2006). Dalam pelaksanaan terapi sendiri, isu ini menjadi catatan sekaligus tantangan sendiri bagi peneliti. Peneliti perlu pandai-pandai mengelola dan menyediakan waktu lebih untuk mendengarkan cerita para partisipan karena mereka ingin didengarkan di luar agenda pemberian terapi yang dilakukan oleh peneliti.

Terakhir, pada penelitian ini, peneliti juga mencari tahu teknik-teknik yang paling disukai dan paling tidak disukai oleh ketiga partisipan. Hal ini seperti yang dilakukan oleh Rybarczyk, DeMarco, Delacruz, Lapidoz dan Fortner (2001). Dari informasi ini, peneliti dapat mengetahui preferensi masing-masing partisipan dan mendorongnya untuk melakukan teknik tersebut lebih banyak, karena preferensi

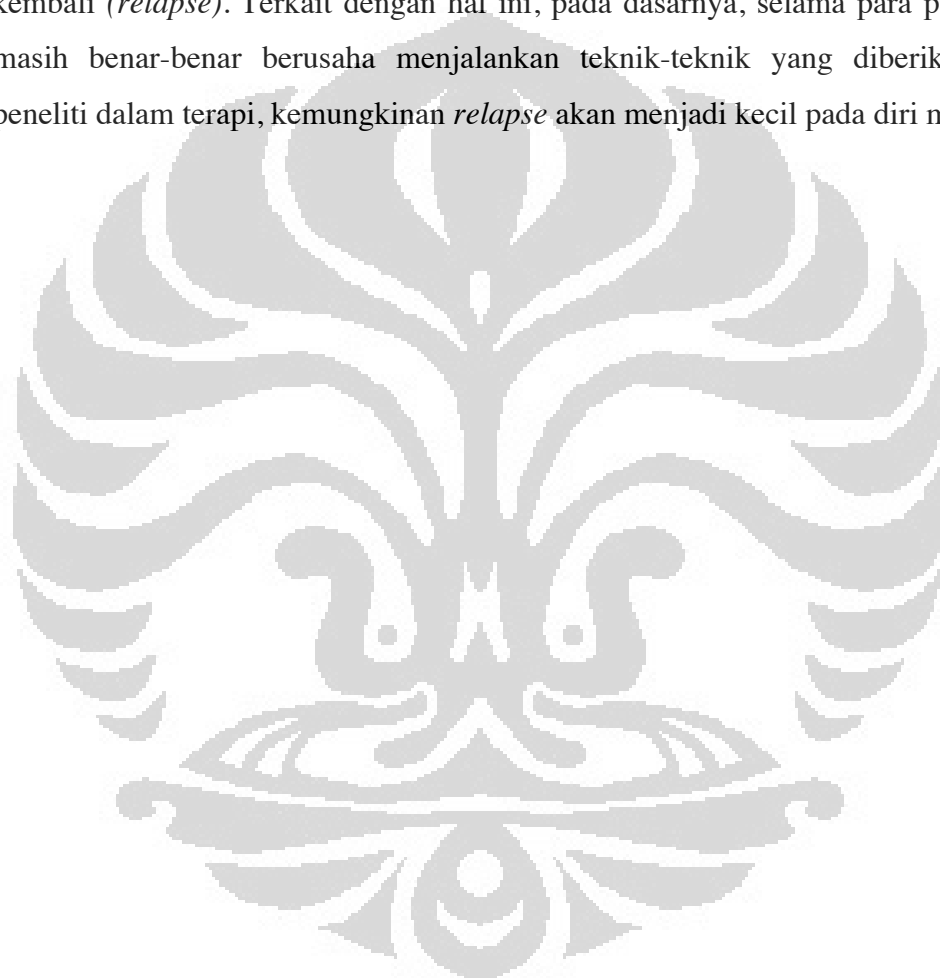
diyakini terkait dengan keyakinan partisipan ketika menjalankan teknik tersebut. Sementara, keyakinan yang kuat mengenai manfaat suatu teknik diprediksi mampu memperkuat tingkat keberhasilan teknik tersebut.

Begitu pula, peneliti perlu mengetahui teknik yang paling tidak disukai untuk dapat mendorong partisipan menemukan manfaat yang mau membuatnya melakukan teknik tersebut. Hal ini penting, karena walaupun tidak disadari oleh partisipan sendiri, menjalankan teknik-teknik yang tidak mereka sukai pun sedikit banyak akan membawa pengaruh positif kepada diri mereka. Misalnya saja, partisipan SA mengaku paling tidak menyukai relaksasi progresif karena tidak praktis dan memakan banyak waktu. Peneliti mencoba menjelaskan bahwa relaksasi progresif dapat membuat tidurnya lebih nyaman, karena ia memiliki keluhan tidur. SA pun mau melakukannya satu hari sekali menjelang tidur dan merasa tidurnya lebih nyaman. Hingga akhir terapi, SA mengaku tetap tidak terlalu menyukai relaksasi progresif, tetapi mau melakukannya karena percaya pada manfaatnya yang positif.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Keterbatasan yang pertama terletak pada alat ukur yang digunakan untuk asesmen. Dari ketiga alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu BDI, GDS, dan BDRS, hanya BDI yang sudah diadaptasi baik secara bahasa maupun secara budaya dari Bahasa Inggris ke Bahasa Indonesia. Sementara itu, alat ukur GDS dan BDRS baru melalui proses *expert judgement* dari segi adaptasi bahasa dari Bahasa Inggris menjadi Bahasa Indonesia, sehingga belum dapat dikatakan sesuai secara budaya untuk digunakan pada partisipan di Indonesia. Dengan fakta ini, peneliti perlu meningkatkan kewaspadaan, terutama dalam hal menentukan ambang batas (*cut-off*) depresi agar tidak salah menentukan kategori pada setiap partisipan. Setidaknya, dalam penelitian ini, peneliti telah berusaha menjelaskan alasan masing-masing partisipan masuk dalam kategori depresi tertentu berdasarkan gejala-gejala yang diketahui muncul dalam diri mereka.

Selain itu, keterbatasan yang lain dalam penelitian ini adalah waktu penelitian yang relatif terbatas. Keterbatasan waktu membuat peneliti tidak dapat melakukan pemantauan lebih jauh (*follow-up*) dengan jarak waktu setidaknya satu sampai tiga bulan setelah asesmen pasca-intervensi, padahal *follow-up* ini penting dilakukan untuk melihat keberhasilan intervensi, terutama bagian *relapse prevention*. Dalam menangani kasus depresi ini, pemantauan lanjutan setelah terminasi memang perlu dilakukan untuk memastikan depresi tidak memburuk kembali (*relapse*). Terkait dengan hal ini, pada dasarnya, selama para partisipan masih benar-benar berusaha menjalankan teknik-teknik yang diberikan oleh peneliti dalam terapi, kemungkinan *relapse* akan menjadi kecil pada diri mereka.



7. KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini, peneliti akan menjabarkan kesimpulan dan saran terkait hasil penelitian dan diskusi yang sudah dibahas sebelumnya.

7.1 Kesimpulan

Setelah penelitian ini dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian, dari hasil pelaksanaan intervensi dan diskusi dalam penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa Terapi Kognitif-Perilaku dapat digunakan untuk menangani lansia yang mengalami depresi di Depok, dalam hal ini menurunkan tingkat depresi yang mereka alami. Kesimpulan ini terlihat dari menurunnya tingkat depresi yang didapat dari perbandingan hasil asesmen pra-intervensi hingga pasca-intervensi.

7.2 Saran

Berikut ini saran yang dapat diberikan peneliti untuk praktisi maupun peneliti lain yang memiliki ketertarikan terhadap topik penelitian ini.

7.2.1 Saran Metodologis

Saran metodologis yang dapat diberikan antara lain:

1. Melakukan asesmen pra-intervensi dan pasca-intervensi lebih dari satu kali dalam waktu yang berdekatan, misalnya masing-masing tiga kali dalam satu minggu yang sama, agar dapat memperoleh gambaran skor *baseline* dan hasil intervensi yang lebih reliabel pada masing-masing partisipan (McCormick, 1995). Hal ini dapat semakin meningkatkan kekuatan hasil penelitian dengan desain *single-subject repeated measures*, bahwa partisipan memang memiliki tingkat depresi yang tinggi sebelum menjalani intervensi, dan tingkat depresinya benar-benar menurun setelah ia menjalani intervensi.
2. Menjalankan penelitian ini secara longitudinal untuk memantau terus efek jangka panjang dari Terapi Kognitif-Perilaku yang diberikan terhadap

depresi yang dialami oleh partisipan. Hal ini terutama penting dilakukan untuk memantau kemungkinan terjadinya kekambuhan atau *relapse*, agar dapat dilihat dinamikanya serta segera diantisipasi oleh peneliti dalam perjalanan penelitian.

3. Melakukan adaptasi terhadap seluruh alat ukur depresi yang digunakan secara komprehensif, baik dari segi bahasa maupun dari segi budaya, termasuk melakukan uji validitas dan reliabilitas sesuai prosedur psikometri yang berlaku seperti yang sudah dilakukan untuk alat ukur BDI (*Beck Depression Inventory*) yang dikembangkan oleh Suwantara, Lubis dan Rusli (2005). Dengan demikian, peneliti dapat menjadi lebih yakin bahwa alat ukur depresi yang digunakan sudah betul-betul sesuai untuk populasi di Indonesia, termasuk lansia.
4. Melakukan metode *interrater* untuk melakukan wawancara guna membuat anamnesa, dan observasi untuk membuat status mental dan mengisi alat ukur BDRS (*Brief Depression Rating Scale*). Pihak yang dapat dipilih sebagai *rater* lain selain peneliti adalah psikolog lain. Hasil asesmen antar *rater* dapat dibandingkan dan didiskusikan lebih lanjut jika ditemukan adanya perbedaan yang cukup besar. Cara ini dapat menambah reliabilitas hasil asesmen (Kerlinger & Lee, 2000).

7.2.2 Saran Praktis

Sementara itu, saran praktis yang dapat diberikan antara lain:

1. Menambah waktu pelaksanaan sesi, demi memastikan setiap partisipan memiliki lebih banyak waktu untuk memahami setiap materi dan teknik yang diajarkan dalam proses terapi. Hal ini penting karena partisipan dalam penelitian ini adalah golongan lanjut usia yang secara umum sudah mengalami penurunan kemampuan kognitif, sehingga membutuhkan waktu lebih untuk mempelajari sesuatu.
2. Mempersiapkan waktu penelitian yang memadai untuk melakukan *follow-up* pada setiap partisipan, dengan jarak satu sampai tiga bulan setelah asesmen pasca-intervensi dilakukan. Dengan demikian, peneliti dapat memantau dan melaporkan efek Terapi Kognitif-Perilaku yang diberikan

untuk jangka waktu yang lebih panjang, bukan hanya segera setelah intervensi selesai diberikan.

3. Menyediakan waktu lebih untuk setiap pertemuan dengan partisipan karena partisipan lansia pada umumnya senang menghabiskan waktu untuk bercerita ketika bertemu dengan peneliti. Walaupun demikian, peneliti tetap perlu memberi batasan waktu yang tegas untuk pemberian materi, dan menginformasikan kepada partisipan mengenai adanya waktu lain untuk bercerita. Hal ini penting agar waktu pemberian materi tidak terganggu dengan hal-hal yang pada dasarnya tidak terkait.
4. Memberi penekanan kepada para partisipan bahwa terapi yang sesungguhnya menuntut kemandirian partisipan menjalankan teknik-teknik yang sudah diajarkan oleh peneliti setelah proses terapi berakhir. Hal ini perlu ditekankan sepanjang proses terapi dan terutama pada dua sesi terakhir, sebagai usaha mencegah kekambuhan (*relapse prevention*) yang berkesinambungan menjelang dan setelah terminasi dilakukan.
5. Menyarankan pihak PERGERI Depok untuk menyediakan sarana penanganan masalah psikologis, termasuk depresi, agar para lansia di Depok dapat mencari bantuan ketika membutuhkannya. Sarana ini misalnya berupa ketersediaan psikolog dan kelompok dukungan (*support group*) untuk para lansia yang mengalami depresi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alexopoulos, G.S. (2005). Depression in elderly. *Lancet*, 365, 1961-1970.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition-Text Revision):DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bartels, S.J., Dums, A.R., Oxman, T.E., Schneider, L.S., Arean, P.A., Alexopoulos, G.S. & Jeste, D.V. (2003). Evidence-based practices in geriatric mental health care: An overview of systematic reviews and meta-analysis. *Psychiatr Clin N Am*, 26, 971-990
- Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (S1), 1-9.
- Beck, A. T., Steer, R.A., & Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8 (1), 77-100.
- Beck A.T., Ward, C., Mendelson, M. (1961). Beck Depression Inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4 (6), 561-571.
- Black, B.S. (1994). Growing Older: the young-old years. *West Virginia University Extension Service*. Diakses 4 Maret 2012 dari <http://www.wvu.edu/~exten/infores/pubs/fypubs/wl428.pdf>
- Blazer, D.G. (1982). *Depression in late life*. St. Louis: Mosby.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A (3), 249-265.
- Clark-Carter, D. & Marks, D.F. (2004). *Intervention studies: Design and analysis*. Dalam D.F. Marks & L. Yardley (Ed.), *Research Methods for Clinical and Health Psychology*. London: Sage.
- Croghan, N.L., Evans, B.C., & Bendel, R. (2008). Storytelling intervention for patients with cancer: Part 2-pilot testing. *Oncology Nursing Forum*, 35 (2), 265-272.
- Damanik, C. (2009). Wow, Tahun 2020 Lansia di Indonesia akan Capai 28,8 Juta. *Kompas.com*. Senin, 19 Oktober 2009. Diakses pada tanggal 11 Maret 2012 dari <http://nasional.kompas.com/read/2009/10/19/09344610/Wow..Tahun.2020.Lansia.di.Indonesia.Akan.Capai.28.8.Juta>
- Das, B., Greenspan, M., Muralee, S., Choe, C.J. & Tampi, R. R. (2007). Late-life depression: A review. *Clinical Geriatrics*, 15 (10), 35-44.
- Dziegielewska, S.F. (2010). *Social Work Practice and Psychopharmacology: A Person-In-Environment Approach*. New York: Springer.
- Fava, G.A., Kellner, R., Lisansky, J. & Park, S. (1986). Rating depression in normal and depressives: Observer versus self-rating scale. *Journal of Affective Disorders*, 11 (1), 29-33.
- Felmingham, K.L.; Bryant, R.A. (2012). Gender differences in the maintenance of response to cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 196-200.

- Frazer, C.J., Christensen, H. & Griffiths, K.M. (2005). Effectiveness of treatments for depression in older people. *Medical Journal of Australia*, 182 (12), 627-632.
- Gallagher, D., Nies, G. & Thompson, L.W. (1982). Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (10), 152-153.
- Gebretsadik, M., Jayaprabhu, S. & Grossberg, G.T. (2006). Mood disorders in the elderly. *Med Clin N Am*, 90, 789-805.
- Gellis, Z.D. & McCracken, S.G. (2008). *Introduction to mental health disorders in older adults*. Dalam S. Diwan (Ed.), *Mental Health and Older Adults Resource Reviews*. CWSE Gero-Ed Center, Master's Advance Curriculum Project. Publikasi online, diakses dari http://depts.washington.edu/geroctr/mas/1_5mental.html.
- Gilbert, P. (2000). *Counseling for depression* (2nd ed.). London: Sage.
- Hamid, A. (2007). *Penduduk Lanjut Usia di Indonesia dan Masalah Kesejahteraannya*. Diakses pada tanggal 11 Maret 2012 dari <http://www.depsos.go.id/modules.php?name=News&file=print&sid=522>
- Hapsari, T. (2009). Depok Berpeluang Menjadi Kota Ramah Lansia. *TempoInteraktif.com*. Diakses pada tanggal 4 Maret 2012, dari <http://www.tempointeraktif.com/share/?act=TmV3cw==&type=UHJpb>
- Havins, W. (2011). *Factor Structure of The Geriatric Depression Scale and Its Relationship to Cognition in Alzheimer's Disease*. Thesis. The Faculty of the Department of Psychology University of Houston.
- Hoth, K.F., Christensen, A.J., Ehlers, S.L., Raichle, K.A. & Lawton, W.J. (2007). A longitudinal examination of social support, agreeableness and depressive symptoms in chronic kidney disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 30 (1), 69-76.
- Kementrian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Menegpp). (2009). *Penduduk Lanjut Usia*. Diakses pada tanggal 9 November 2010. http://www.menegpp.go.id/aplikasidata/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=310&Itemid=114
- Kellner, R. (1986). *The brief depression rating scale*. Dalam N. Sartorius dan T.A. Ban (Ed.), *Assessment of Depression*. New York: Springer-Verlag.
- Kerlinger, F.N. & Lee, H.B. (2000). *Foundations of behavioral research*. Melbourne: Thompson Learning.
- Knight, B.G., Kaskie, B., Shurgot, G.R., & Dave, J. (2006). Improving mental health of older adults. Dalam Birren, J.E. & Schaie, K.W. (Ed.). *Handbook of the psychology of aging* (6th ed.). London: Elsevier Academic Press.
- Kumar, R. (1999). *Research methodology: A step-by-step guides for beginners*. London: Sage.
- Laidlaw, K., Thompson, L.W., Gallagher-Thompson, D. & Dick-Siskin, L. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Lightner, E. (2010). Effect of individual cognitive behavioral therapy on depression and anxiety in older adults with chronic obstructive pulmonary disease: A feasibility study. *Psychology Dissertations*, paper 81. Diakses pada tanggal 20 Februari 2012 dari http://digitalcommons.pcom.edu/psychology_dissertations/81

- Lynch, T.R., Morse, J.Q., Mendelson, T. & Robins, C.J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *Am J Psychiatry*, 11 (1), 33-45.
- Mackin, R.S. & Arean, P.A. (2005). Evidence-based psychotherapeutic interventions for geriatric depression. *Psychiatr Clin N Am*, 28, 805-820.
- Megarani, A.M. (2007). Pada 2025, seperlima penduduk Indonesia Lansia. *Tempo Interaktif*, Senin, 12 November 2007. Diakses pada tanggal 9 November 2010. <http://www.tempointeraktif.com/hg/nasional/2007/11/12/brk,20071112-111401.id.html>
- McCormick, S. (1995). *What is single-subject experimental research?*. Dalam Susan B.N. & Sandra M. (Ed.), *Single-subject experimental research: Application literacy*. Delaware: International Reading Association.
- Minonne, G.A. (2008). *Therapist Adherence, Patient Alliance, and Depression Change in the NIMH Treatment for Depression Collaborative Research Program*. Disertasi. Diakses pada tanggal 20 Mei 2012 <http://hdl.handle.net/2027.42/60744>.
- Montorio, A. & Izal, M. (1996). The Geriatric Depression Scale: A review of its development and utility. *International Psychogeriatrics*, 8 (1), 103-112
- Nierenberg, A.A, Petersen, T.J. & Alpert, J.E. (2003). Prevention of relapse and recurrence in depression: The role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *J Clin Psychiatry*, 64 [suppl 15],13-17.
- Oei, T.P. (2011). *A group cognitive behavioral therapy program for depression* (4th ed.). Depok: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi Universitas Indonesia.
- Pinquart, M., Duberstein, P.R. & Lyness, J.M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 11 (6), 645-657.
- Quadagno, J. (2002). *Aging and the life course: an introduction to social gerontology*. Boston: McGraw Hill.
- Rosselló, J., Bernal, G. & Rivera-Medina, C. (2008). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14 (3), 234-245.
- Rosenvald, T., Oei, T.P.S. & Schmidt, M. (2007). *Fight your dark shadow: managing depression with cognitive behavior therapy* (I. Saraswati, trans.). Brisbane: Depression Managed.
- Rybarczyk, B., DeMarco, G., DeLaCruz, M., Lapidos, S. & Fortner, B. (2001). A classroom mind/body wellness intervention for older adults with chronic illness: Comparing immediate and 1-year benefits. *Behavioral Medicine*, 27 (15).
- Santrock, J.W. (2006). *Life-span development* (10th ed.). Boston: McGraw Hill.
- Satre, D., Knight, B.G. & David, S. (2006). Cognitive behavioral interventions with older adults: Integrating clinical and gerontological research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 489-498.
- Segal, D.L., Coolidge, F.L., Cahill, B.S. & O'Riley, A.A. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification*, 32 (1), 3-20.

- Shafer, A.B. (2006). Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *J Clin Psychol*, 62, 123–146.
- Snaith, R.P. (1987). The concept of mild depression. *British Journal of Psychiatry*, 150, 387-393.
- Soewondo, S. (2012). *Panduan dan Instruksi Latihan Relaksasi Progresif* [CD]. Depok: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi Universitas Indonesia.
- Sorocco, K.H. & Lauderdale, S. (2011). *Cognitive behavior therapy with older adults: Innovations across care settings*. New York: Springer.
- Spiegler, M.D. & Guevremont, D.C. (2010). *Contemporary behavior therapy* (5th ed.). Belmont: Wadsworth.
- Sumardjuno, S. (2011). Lanjut Usia Alami Depresi. *Komnas Lansia*. 25 Maret 2011. Diakses pada tanggal 29 Februari 2012 dari <http://komnaslansia.or.id/modules.php?name=news&file=article&sid=67>.
- Suwantara, J.R., Lubis, D.U. & Rusli, E. (2005). Evaluasi *Beck Depression Inventory* sebagai sarana untuk mendeteksi depresi. *Jurnal Psikologi Sosial*, 12, 69-77.
- Taufiqurrahman, M. (2007). Depression affects most Indonesians, says study. *The Jakarta Post*. 21 Juni 2007. Diakses pada tanggal 15 November 2011 dari <http://www.thejakartapost.com/news/2007/06/21/depression-affects-most-indonesians-says-study.html-0>
- Watson, H.J & Nathan, P.R. (2008). Role of gender in depressive disorder outcome for individual and group cognitive-behavioral treatment. *J Clin Psychol*, 64(12), 1323-37.
- Westbrook, D., Kennerley, H. & Kirk, J. (2007). *An introduction to cognitive behaviour therapy: skills and application* (5th ed.). Los Angeles: Sage.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L. & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report, *Journal of Psychiatric Research*, 17, 34-49.



LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Persetujuan Partisipan

LEMBAR PERSETUJUAN PARTISIPAN

Selamat pagi/ siang/ sore/ malam,

Saya, Retha Arjadi, adalah mahasiswi Program Magister Profesi Psikologi Klinis Dewasa Universitas Indonesia. Saat ini, saya sedang mengerjakan tugas akhir tesis berupa intervensi berjudul “Terapi Kognitif-Perilaku untuk Menangani Depresi pada Lanjut Usia”.

Saya memohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk berpartisipasi sebagai partisipan dalam intervensi ini. Tujuan intervensi ini adalah untuk membantu Bapak/ Ibu mengenali dan mengatasi kecenderungan depresi yang Bapak/ Ibu alami. Dalam intervensi ini, Bapak/ Ibu akan melalui 1 sesi pra-intervensi, 8 sesi berisi teknik-teknik Terapi Kognitif-Perilaku, dan 1 sesi pasca-intervensi, dengan durasi sekitar 1 hingga 1,5 jam untuk setiap sesi.

Hasil dari intervensi ini akan dipublikasikan pada tugas akhir tesis saya, tetapi identitas lengkap Bapak/ Ibu tidak akan dicantumkan di dalam hasil intervensi. Semua data pribadi Bapak/ Ibu akan saya jaga kerahasiaannya dan saya simpan untuk keperluan-keperluan selanjutnya.

Jika Bapak/ Ibu sudah memahami dan menyetujui isi lembar persetujuan ini, silakan melengkapi keterangan berikut:

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama lengkap : _____
Alamat : _____

menyatakan bersedia menjadi partisipan dalam intervensi ini. Saya memahami bahwa partisipasi saya dalam intervensi ini dilakukan dengan sukarela, tanpa paksaan dari siapapun. Jika saya tidak ingin berpartisipasi dalam penelitian ini, maka tidak akan ada konsekuensi negatif yang saya terima.

Tanggal: _____

Tanda tangan Partisipan

Tanda tangan Peneliti

Lampiran 2. Contoh Alat Ukur *Beck Depression Inventory (BDI)*

BDI

Petunjuk Pengisian

Alat ukur ini terdiri dari **21 kelompok pernyataan** yang perlu Bapak/Ibu isi sendiri sebagai partisipan. Dalam tiap kelompok, Bapak/Ibu diminta untuk memilih pernyataan yang tepat menggambarkan perasaan Bapak/Ibu **saat ini** dengan cara melingkari huruf yang sesuai.

Bila dalam kelompok ada dua atau lebih pernyataan yang sama kuatnya dalam menggambarkan perasaan Bapak/Ibu, lingkarilah semua huruf di samping pernyataan tersebut. Sebelum memilih, pastikan bahwa Bapak/Ibu sudah membaca semua pernyataan di dalam kelompok tersebut.

NO.	PERNYATAAN
1.	<ul style="list-style-type: none">a. Saya merasa tidak merasa sedih.b. Saya merasa murung dan sedih.c. Saya murung atau sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar dari perasaan-perasaan itu.d. Saya begitu sedih atau tidak bahagia sehingga rasanya sangat menyakitkan.e. Saya begitu sedih atau tidak bahagia sehingga saya tidak dapat menahannya lagi.
2.	<ul style="list-style-type: none">a. Saya tidak amat pesimis atau kecil hati tentang masa depan.b. Saya merasa kecil hati tentang masa depan.c. Saya merasa tidak ada apapun juga yang bisa saya harapkan/nantikan.d. Saya merasa bahwa saya tidak akan pernah dapat mengatasi kesulitan-kesulitan saya.e. Saya merasa bahwa sama sekali tidak ada harapan di masa depan dan keadaan tidak dapat membaik.
3.	<ul style="list-style-type: none">a. Saya tidak merasa seperti orang gagal.b. Saya merasa telah lebih banyak gagal daripada rata-rata orang pada umumnya.c. Saya merasa bahwa saya hanya sedikit sekali menghasilkan sesuatu yang bermakna atau ada artinya.d. Bila saya melihat kembali kehidupan saya, semua yang dapat saya lihat adalah banyaknya kegagalan-kegagalan.e. Saya merasa orang yang gagal total sebagai pribadi (orang tua, suami, istri, dll).

Penggalan alat ukur ini hanya CONTOH. Alat ukur lengkap ada pada peneliti:

Retha Arjadi (retha.arjadi@gmail.com)

Lampiran 3. Contoh Alat Ukur *Geriatric Depression Scale (GDS)*

GDS

Petunjuk Pengisian

Alat ukur ini terdiri dari **30 pertanyaan**. Pengisian dilakukan oleh **psikolog/ terapis** dengan menanyakan setiap pertanyaan secara lisan kepada partisipan. Psikolog/ terapis memberi tanda centang (✓) pada salah satu kolom **Ya/ Tidak** untuk setiap nomor sesuai kondisi partisipan.

NO.	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
1.	Secara umum, apakah Bapak/ Ibu puas dengan kehidupan Bapak/ Ibu?*		
2.	Apakah Bapak/ Ibu tidak lagi melakukan banyak kegiatan dan minat Bapak/ Ibu?		
3.	Apakah Bapak/ Ibu merasakan kekosongan dalam hidup?		
4.	Apakah Bapak/ Ibu sering merasa bosan?		
5.	Apakah Bapak/ Ibu merasa penuh harapan mengenai masa depan?*		

*Item unfavourable

Penggalan alat ukur ini hanya **CONTOH**. Alat ukur lengkap ada pada peneliti:

Retha Arjadi (retha.arjadi@gmail.com)

Lampiran 4. Contoh Alat Ukur *Brief Depression Rating Scale (BDRS)*

BDRS

Petunjuk Pengisian

Alat ukur ini terdiri dari **8 indikator** yang perlu diobservasi. Pengisian dilakukan oleh **psikolog/ terapis** melalui proses observasi klinis dan wawancara terhadap partisipan jika diperlukan. Psikolog/ terapis melingkari salah satu angka yang sesuai untuk setiap indikator yang diobservasi.

I. Mood depresif. Perasaan putus asa (hilang harapan)	Menjadikan tidak mampu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Bahagia
II. Gejala somatic psiko-fisiologis	Menjadikan tidak mampu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Tidak ada/ normal
III. Kehilangan minat, inisiatif, dan kegiatan	Tidak aktif sama sekali	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Memiliki minat dan energik

Penggalan alat ukur ini hanya CONTOH. Alat ukur lengkap ada pada peneliti:

Retha Arjadi (retha.arjadi@gmail.com)

Lampiran 5. Contoh Rancangan Intervensi

SESI 1 : PSIKOEDUKASI MENGENAI TERAPI KOGNITIF-PERILAKU DAN DEPRESI, DAN PENGANTAR MONITOR PERASAAN

Waktu : 60 menit

Tujuan:

1. Membuat partisipan memahami teknik Kognitif-Perilaku
2. Membuat partisipan memahami konsep depresi
3. Mengantarkan partisipan menuju pembahasan materi sesi 2 lebih lanjut, mengenai monitor perasaan

JENIS KEGIATAN	TARGET	METODE	PERALATAN & MATERI	DETAIL KEGIATAN
1. Pengantar Teknik Kognitif-Perilaku (15 menit)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partisipan memahami prinsip-prinsip dasar Terapi Kognitif-Perilaku 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceramah ▪ Diskusi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lembar materi “Pengantar Terapi Kognitif-Perilaku” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peneliti menjelaskan prinsip-prinsip Terapi Kognitif-Perilaku kepada partisipan ▪ Peneliti mempersilakan partisipan bertanya apabila ada yang belum dipahami
2. Psikoedukasi mengenai depresi sebagai bentuk gangguan psikologis (15 menit)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partisipan memahami konsep depresi sebagai bentuk gangguan psikologis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceramah ▪ Diskusi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lembar materi “Depresi” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peneliti menjelaskan konsep depresi kepada partisipan ▪ Peneliti mempersilakan partisipan bertanya apabila ada yang belum dipahami
3. Latihan mengenali ciri depresi (15 menit)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partisipan mampu mengenali ciri depresi yang ia alami dengan menyebutkan dan menuliskannya 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskusi ▪ Latihan praktek 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lembar kerja “Mengenali Depresi” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peneliti mengajak partisipan berdiskusi mengenai depresi yang ia alami, dalam hal ini ciri-ciri yang muncul dalam diri partisipan ▪ Partisipan diminta menuliskan ciri-ciri tersebut bersama peneliti pada lembar kerja “Mengenali Depresi”

4. Rangkuman sesi 1 (5 menit)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partisipan mampu mengulang isi sesi 1 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wawancara terstruktur ▪ Diskusi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seluruh materi dan lembar kerja sesi 1 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peneliti mengajak partisipan berdiskusi mengenai isi sesi 1 ▪ Peneliti mempersilakan partisipan bertanya apabila ada hal yang belum dimengerti
5. Pemberian tugas rumah (10 menit)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partisipan membiasakan diri mengenali ciri depresi yang muncul dalam dirinya ▪ Partisipan dapat membaca dan mengerjakan tugas pengantar untuk sesi 2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceramah ▪ Penjelasan tugas rumah 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lembar materi dan lembar kerja “Monitor Perasaan” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peneliti menjelaskan kepada partisipan mengenai pentingnya mengenali ciri depresi untuk bisa menanganinya, seperti yang telah dibahas pada sesi 1 ini. Untuk itu, peneliti meminta partisipan untuk mengamati dirinya sehari-hari, terkait perubahan suasana perasaan (<i>mood</i>) yang ia alami secara detil. ▪ Peneliti memberikan lembar materi dan lembar kerja “Monitor Perasaan” yang menjadi tugas rumah partisipan. Peneliti menjelaskan garis besar materi “Monitor Perasaan” dan cara mengerjakan tugas rumah, yaitu mencatat setiap kegiatan yang menimbulkan perasaan tertentu, mulai dari yang menyenangkan sampai yang tidak menyenangkan. ▪ Peneliti meminta partisipan mengisi contoh di hadapan peneliti (bila perlu), sehingga partisipan bisa bertanya jika masih belum memahami cara pengerjaan tugas rumahnya.

Penggalan modul intervensi ini hanya CONTOH. Modul intervensi lengkap ada pada peneliti:

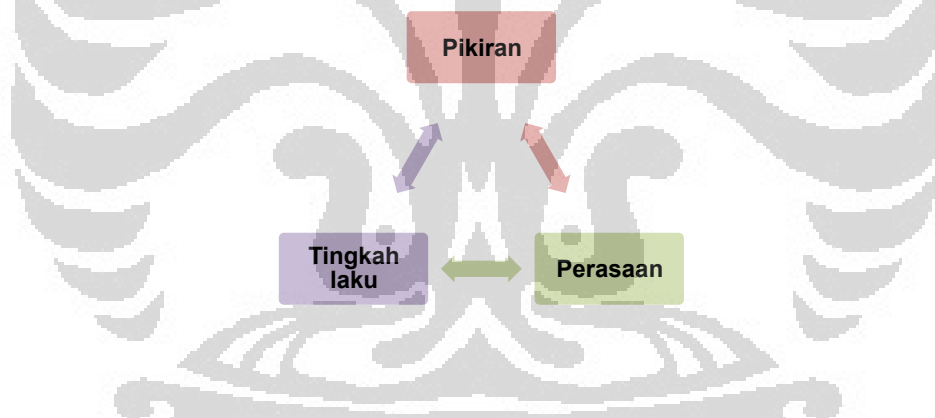
Retha Arjadi (retha.arjadi@gmail.com)

SESI 1

“TERAPI KOGNITIF-PERILAKU”

Terapi Kognitif-Perilaku adalah terapi psikologis yang menggabungkan penggunaan kognitif (pikiran) dan perilaku manusia. Terapi ini bertujuan mengubah pikiran dan perilaku guna menciptakan kondisi psikologis yang lebih baik, termasuk memerangi masalah-masalah psikologis, seperti depresi, dan lainnya.

Prinsip Terapi Kognitif-Perilaku adalah adanya hubungan antara pikiran, perasaan, dan tingkah laku. Dengan demikian, ketiganya akan dilibatkan dalam terapi.



Contoh cerita mengenai hubungan antara pikiran, perasaan, dan tingkah laku:

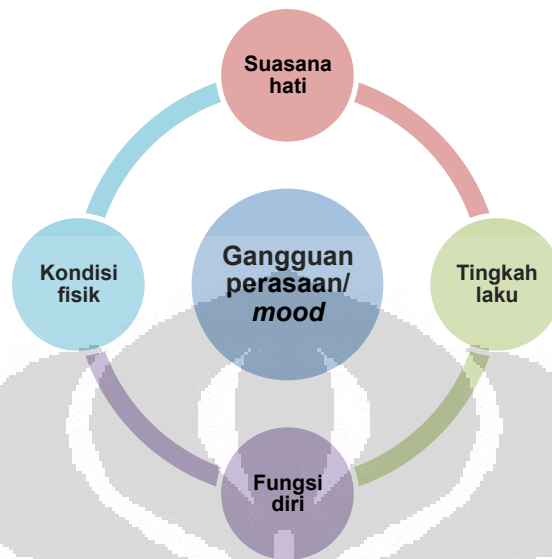
1. Ani sedang pusing memikirkan anaknya yang sakit, perasaannya menjadi tidak tenang, dan ia menjadi sering marah-marah kepada orang lain.
2. Ani merasa sedih karena anaknya tidak kunjung sembuh, hingga ia malas ke luar rumah, dan ini membuat pikirannya menjadi semakin mumet.
3. Ani memutuskan untuk menonton siaran televisi kesukaannya. Ia pun merasa lebih gembira dan pikirannya menjadi lebih jernih.

Terapi Kognitif-Perilaku bersifat:

1	2	3
<p>EDUKATIF dalam menjelaskan hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku sehari-hari</p>	<p>Berfokus pada MASA SEKARANG, bukan masa lalu</p>	<p>KOLABORATIF antara terapis dengan klien, sehingga klien diharapkan dapat mandiri serta aktif dalam proses terapi</p>
4	5	6
<p>Meningkatkan KETERAMPILAN KLIEN untuk mengendalikan masalah yang mengganggu dalam kehidupan sehari-hari</p>	<p>TERSTRUKTUR berdasarkan perencanaan yang jelas untuk setiap sesi pertemuan</p>	<p>Memiliki TUJUAN yang spesifik sebagai sasaran</p>

“DEPRESI”

Depresi dan Gejalanya:



- ✓ **Motivasi**, misalnya kehilangan minat melakukan kegiatan dan keluar rumah
- ✓ **Emosi atau suasana perasaan**, misalnya merasa tidak berharga, murung, sedih
- ✓ **Kognitif atau fungsi berpikir**, misalnya sulit berpikir dan berkonsentrasi
- ✓ **Tingkah laku**, misalnya menarik diri dari kegiatan dengan orang lain, berhenti melakukan aktivitas yang biasanya disukai
- ✓ **Biologis atau kondisi fisik**, misalnya sulit tidur atau terlalu banyak tidur, berat badan berubah



Tanda-tanda Depresi yang Terlihat Kasat Mata:

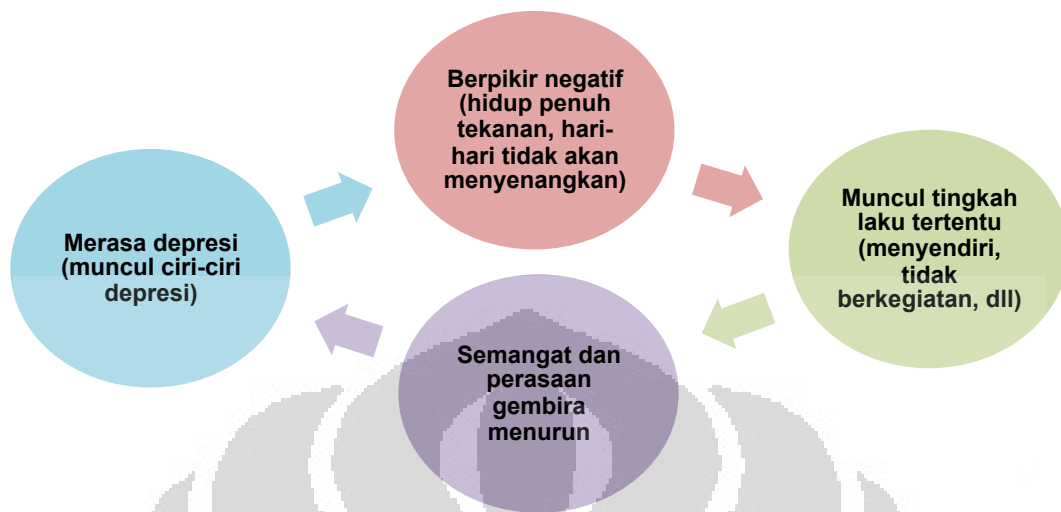
Ekspresi sedih, sering menangis, pendiam

(Kasus ekstrim: mencoba bunuh diri, menolak makan-minum)

Penyebab Depresi Menjelang Usia Lanjut:

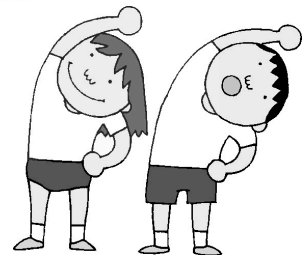
- ✓ **Kondisi biologis**, terkait dengan penyakit, seperti diabetes, jantung, dan lainnya
- ✓ **Kondisi psikologis**, terkait pikiran negatif saat menghadapi masalah
- ✓ **Kondisi sosial**, terkait perubahan dalam hal kegiatan sehari-hari, kesepian

Contoh Skema Perkembangan Depresi:



Tips Praktis Menghadapi Depresi:

- ✓ Kenali gejala-gejala depresi dalam diri Bapak/ Ibu
- ✓ Menjalankan hobi secara rutin
 - ✓ Melakukan kegiatan yang menyenangkan dan santai setidaknya sekali dalam sehari, atau ketika gejala depresi mulai muncul
 - ✓ Mencari orang lain sebagai tempat bercerita dan teman beraktivitas
- ✓ Pilih dan lakukan olahraga yang Bapak/ Ibu secara rutin, karena baik untuk membangun emosi positif dan menjaga kesehatan fisik 😊



**Penggalan lembar materi ini hanya CONTOH.
Lembar materi lengkap ada pada peneliti:**

Retha Arjadi (retha.arjadi@gmail.com)

Lampiran 7. Contoh Lembar Kerja Partisipan

**LEMBAR KERJA SESI 1
“MENGENALI DEPRESI”**

Tuliskan gejala depresi yang Bapak/ Ibu miliki...

1. Gejala motivasi, antara lain:

2. Gejala emosi atau suasana perasaan, antara lain:

3. Gejala kognitif atau fungsi berpikir, antara lain:

4. Gejala tingkah laku, antara lain:

5. Gejala biologis atau kondisi fisik, antara lain:

**Penggalan lembar kerja ini hanya CONTOH.
Lembar kerja lengkap ada pada peneliti:**

Retha Arjadi (retha.arjadi@gmail.com)