



UNIVERSITAS INDONESIA

**MANAJEMEN STRES DAN KESEPIAN DENGAN  
*MULTICOMPONENT COGNITIVE BEHAVIORAL GROUP  
THERAPY (MCBGT) PADA LANSIA***

*Stress and Loneliness Management with Multicomponent Cognitive Behavioral  
Group Therapy on the Elderly*

**TESIS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister

**KRESNA ASTRI**

**1006796323**

**FAKULTAS PSIKOLOGI  
PROGRAM STUDI PSIKOLOGI PROFESI  
PEMINATAN KLINIS DEWASA  
DEPOK JULI 2012**

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa Tesis yang berjudul “*Manajemen Stres dan Kesenian dengan Multicomponent Cognitive Behavioral Group Therapy (MCBGT) pada Lansia*” adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

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

Depok, 5 Juli 2012

Yang menyatakan,



Kresna Astri

(NPM 1006796323)

## LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Kresna Astri  
NPM : 1006796323  
Program Studi : Psikologi Profesi  
Peminatan : Klinis Dewasa  
Judul Tesis : Manajemen Stres dan Kesepian dengan *Multicomponent Cognitive Behavioral Group Therapy* (MCBGT) pada Lansia

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

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, MA., Ph.D., Psikolog  
NIP: 195103271976032001

Penguji : Prof. Dr. Soesmalijah Soewondo, Psikolog  
NIP: 130096698

Disahkan oleh

Ketua Program Studi Psikologi Profesi  
Fakultas Psikologi Universitas Indonesia

Dekan Fakultas Psikologi  
Universitas Indonesia

  
Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, MA., Ph.D, Psikolog  
NIP : 195103271976032001

  
Dr. Wilman Dahlan Mansoer, M.Org.Psy  
NIP : 194904031976031002

Ditetapkan di : Fakultas Psikologi Universitas Indonesia  
Tanggal : 5 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Setelah dua tahun menempuh proses perkuliahan, peneliti akhirnya berhasil menyelesaikan tesis sebagai tugas akhir dan syarat kelulusan pada Program Magister Profesi Program Kekhususan Psikologi Klinis Dewasa. Perjalanan kuliah di program magister mengajarkan banyak hal yang tidak akan terlupakan, terutama saat menjalani studi kasus di berbagai institusi. Rasa syukur terutama peneliti ucapkan pada Tuhan YME. Selanjutnya, peneliti mengucapkan terima kasih yang sangat besar pada Ayah, Ibu, Bapak, Kakak, Adik, dan Reymanditya Poerwito untuk dukungannya yang begitu besar, hingga peneliti menempuh pendidikan ini.

Selanjutnya, peneliti mengucapkan terima kasih pada Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, M.A, Ph.D, Psi. selaku pembimbing tesis dan juga pembimbing payung penelitian lansia. Di tengah kesibukannya yang begitu banyak, Beliau selalu mendukung dan membimbing kami anak bimbingannya dengan memberikan banyak saran, pujian, dan juga dorongan yang membuat peneliti terus berusaha untuk memenuhi harapannya. Tidak jarang Beliau menggunakan waktu luangnya di akhir pekan, untuk membimbing peneliti dan anak bimbingan lainnya.

Ucapan terimakasih juga ingin peneliti sampaikan pada Prof. Dr. Soesmalijah Soewondo yang telah memberikan izinnya untuk menggunakan dan juga mendistribusikan CD relaksasi progresif pada partisipan penelitian. Peneliti juga berterima kasih pada 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.

Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada rekan sesama payung penelitian lansia angkatan 17. Terimakasih Maha Decha Dwi Putri, S.Psi, Lathifah Hanum, S.Psi, Retha Arjadi, S.Psi, dan Edo Sebastian, S.Psi. untuk kerjasama, dukungan, dan juga kebersamaan yang menyenangkan selama pengerjaan tesis ini. Terimakasih Haya Serena, S.Psi, Dewi Ashuro, S.Psi., dan Rudolf Valentino, S.Psi. yang telah membuat perkuliahan menjadi penuh warna.

Semoga sukses selalu bersama kita. Tidak lupa untuk seluruh penghuni angkatan 17 yang lain, sukses untuk kita semua.

Depok, 5 Juli 2012  
Peneliti

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

---

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

Nama : Kresna Astri  
NPM : 1006796323  
Program Studi : Psikologi Profesi  
Peminatan : Klinis Dewasa  
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:

**Manajemen Stres dan Kesepian dengan *Multicomponent Cognitive Behavioral Group Therapy* (MCBGT) pada Lansia**

berserta instrumen (jika ada). Berdasarkan persetujuan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih bentuk, mengalihmediakan, 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 : 5 Juli 2012

Yang membuat pernyataan,



**Kresna Astri**

NPM. 1006796323

## ABSTRAK

Nama : Kresna Astri  
Program Studi : Magister Profesi Psikologi Klinis Dewasa  
Judul : Manajemen Stres dan Kesepian dengan *Multicomponent Cognitive Behavioral Group Therapy* (MCBGT) pada Lansia

Tujuan dari penelitian ini adalah menginvestigasi efektivitas *Multicomponent Cognitive Behavioral Group Therapy* (MCBGT) sebagai intervensi manajemen stres dan kesepian pada lansia di Depok. MCBGT terdiri dari delapan sesi intervensi dengan berbagai macam teknik yang berbeda pada setiap sesi. Teknik-teknik yang digunakan adalah relaksasi pernapasan, relaksasi progresif, psikoedukasi, *self-monitoring*, *action planning*, pendekatan kognitif, komunikasi efektif, dan teknik pemecahan masalah. Terdapat tujuh lansia yang terdiri dari enam perempuan dan satu laki laki berpartisipasi dalam penelitian ini. Metode pengumpulan data dilakukan secara kuantitatif, yaitu menggunakan alat ukur stres berupa *Perceived Stress Scale* (PSS), *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ), dan *Subjective Units of Distress* (SUD), serta secara kualitatif menggunakan observasi dan juga wawancara. Pengukuran dilakukan pada sebelum dan sesudah dilaksanakan intervensi untuk menelaah perbedaan kondisi partisipan sebagai hasil dari intervensi. Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan tingkat stres dan kesepian pada saat sebelum dan sesudah intervensi, yang mengindikasikan bahwa intervensi secara efektif membantu peserta menangani stres dan kesepian. Efek intervensi diindikasikan lebih besar pada stres dibandingkan kesepian.

Kata kunci: Stres, kesepian, manajemen stres, manajemen kesepian, lansia, terapi kognitif perilaku, terapi kelompok, terapi multi-komponent.

## ABSTRACT

Name : Kresna Astri  
Study Program : Master of Adult Clinical Psychology  
Title : Stress and Loneliness Management with Multicomponent  
Cognitive Behavioral Group Therapy (MCBGT) on the  
Elderly

The aim of this research was to examine the effectiveness of stress and loneliness management using *Multicomponent Cognitive Behavioral Group Therapy* (MCBGT) with the elderly living in Depok. There were eight sessions in which involved several different techniques of MCBGT, with each session focusing on one technique. The techniques used were controlled breathing, progressive relaxation, psychoeducation, self-monitoring, action planning, cognitive approach, effective communication, and problem-solving. There were seven elderly people, six females and one male, that participated in this research. Data collection was through both quantitative and qualitative methods. The quantitative method used four measurements such as Perceived Stress Scale (PSS), Perceived Stress Questionnaire (PSQ), Subjective Units of Distress (SUD), and UCLA loneliness scale. On the other hand, qualitative method used observation and interview to collect additional information from participants. Pretest and posttest were assessed in order to investigate the differences that occur on the stress and loneliness level due to MCBGT. It was found through the posttest that there were decreased levels of stress and also loneliness. Furthermore, it is suggested through the research that MCBGT was more effective in dealing with stress compared to loneliness.

Keywords: Stress, loneliness, stress management, loneliness management, elderly, cognitive behavior therapy, group therapy, multicomponent.

## DAFTAR ISI

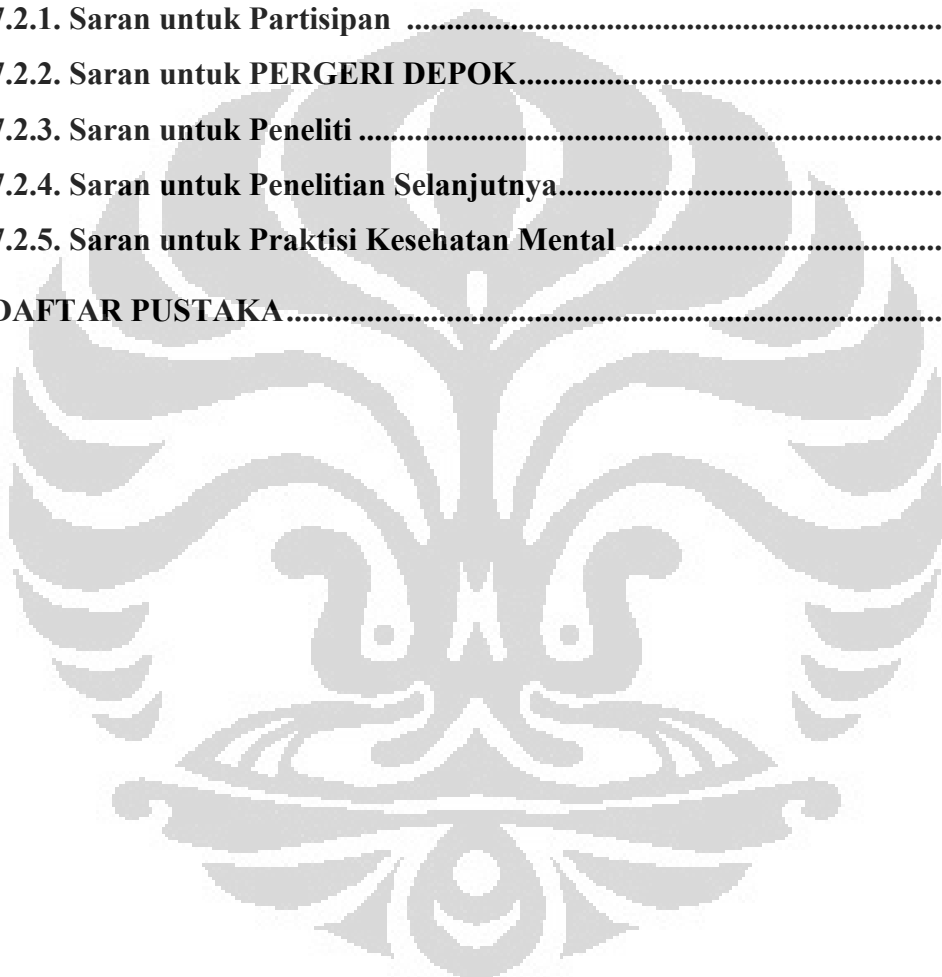
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xiii</b>
<b>1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Permasalahan .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3. Tujuan .....</b>	<b>7</b>
<b>1.4. Manfaat.....</b>	<b>8</b>
<b>1.4.1. Manfaat Teoritis.....</b>	<b>8</b>
<b>1.4.2. Manfaat Praktis.....</b>	<b>8</b>
<b>1.5. Metodologi Penelitian .....</b>	<b>9</b>
<b>1.6. Sistematika Penulisan .....</b>	<b>9</b>
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1. Lansia .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1.1. Pengertian Lansia .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1.2. Perubahan Biologis .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1.3. Perubahan Kognitif.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.4. Perkembangan Psikososial.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.5. Peranan Spiritualitas pada Lansia.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1.6. Intervensi Psikologis pada Lansia.....</b>	<b>18</b>



2.2. Stres .....	19
2.2.1. Definisi Stres .....	19
2.2.2. Tahapan Stres.....	20
2.2.3. Sumber Stres .....	22
2.2.4. Gejala Stres.....	24
2.2.5. Faktor yang Mempengaruhi Stres.....	25
2.2.6. Peranan Dukungan Sosial dan Religiusitas pada Stres.....	27
2.2.7. Stres pada Lansia .....	29
2.3. Kesepian.....	29
2.3.1. Definisi Kesepian .....	29
2.3.2. Sumber Kesepian .....	30
2.3.3. Dampak dari Kesepian .....	30
2.3.4. Faktor terkait dengan Kesepian.....	31
2.3.5. Kesepian pada Lansia .....	32
2.3.6. Penanganan Kesepian pada Lansia .....	32
2.4. <i>Cognitive Behavioral Therapy</i> (CBT).....	33
2.5. <i>Group Therapy</i> /Terapi Kelompok.....	36
2.6. Intervensi Multi-komponen.....	39
3. METODE PENELITIAN .....	43
3.1. Desain Penelitian .....	43
3.2. Partisipan Penelitian.....	43
3.2.1. Karakteristik Partisipan.....	43
3.2.2. Prosedur Pemilihan Partisipan.....	44
3.3. Metode Pengambilan Data .....	44
3.3.1. Observasi.....	44
3.3.2. Alat Ukur/Kuesioner.....	45
3.3.2.1. <i>Perceived Stress Scale</i> (PSS).....	45
3.3.2.2. <i>Perceived Stress Questionnaire</i> (PSQ).....	46
3.3.2.3. <i>Subjective Units of Distress</i> (SUD).....	47
3.3.2.4. <i>UCLA Loneliness Scale</i> .....	47
3.3.3. Wawancara .....	49
3.4. Tahap Penelitian .....	49

3.4.1. Tahap persiapan.....	49
3.4.2. Tahap pelaksanaan intervensi .....	50
3.4.3. Tahap evaluasi.....	52
3.5. Rancangan Intervensi.....	52
<b>4. HASIL DAN INTERPRETASI DATA PRA INTERVENSI.....</b>	<b>55</b>
4.1. Gambaran Umum Kelompok Partisipan.....	55
4.1.1. Deskripsi Partisipan Penelitian .....	55
4.1.2. Analisa Deskriptif Stres dan Keseharian.....	56
4.2. Gambaran Individual Partisipan Penelitian .....	57
4.2.1. Partisipan SB.....	58
4.2.2. Partisipan SM.....	60
4.2.3. Partisipan ZS.....	63
4.2.4. Partisipan MR.....	65
4.2.5. Partisipan SS.....	68
4.2.6. Partisipan KD.....	70
4.2.7. Partisipan IW.....	73
<b>5. HASIL DAN INTERPRETASI DATA PASKA INTERVENSI.....</b>	<b>76</b>
5.1. Pelaksanaan Intervensi Kelompok.....	76
5.1.1. Acara Pembukaan.....	77
5.1.2. Pelaksanaan Delapan Intervensi Kelompok.....	78
5.2. Pengukuran Paska Intervensi.....	113
5.2.1. Pengukuran Paska Intervensi pada Kelompok.....	113
5.2.2. Evaluasi Paska Intervensi Partisipan secara Individual.....	116
5.2.2.1. Partisipan SB.....	116
5.2.2.1. Partisipan SM.....	118
5.2.2.1. Partisipan ZS.....	119
5.2.2.1. Partisipan MR.....	121
5.2.2.1. Partisipan SS.....	122
5.2.2.1. Partisipan KD.....	123
5.2.2.1. Partisipan IW.....	124

<b>6. DISKUSI .....</b>	<b>126</b>
<b>6.1. Diskusi Pelaksanaan Intervensi .....</b>	<b>126</b>
<b>6.2. Diskusi Hasil Penelitian .....</b>	<b>128</b>
<b>6.3. Manfaat hasil penelitian .....</b>	<b>133</b>
<b>7. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>137</b>
<b>7.1. Kesimpulan .....</b>	<b>137</b>
<b>7.2. Saran .....</b>	<b>138</b>
<b>7.2.1. Saran untuk Partisipan .....</b>	<b>138</b>
<b>7.2.2. Saran untuk PERGERI DEPOK.....</b>	<b>138</b>
<b>7.2.3. Saran untuk Peneliti .....</b>	<b>138</b>
<b>7.2.4. Saran untuk Penelitian Selanjutnya.....</b>	<b>139</b>
<b>7.2.5. Saran untuk Praktisi Kesehatan Mental .....</b>	<b>139</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>140</b>

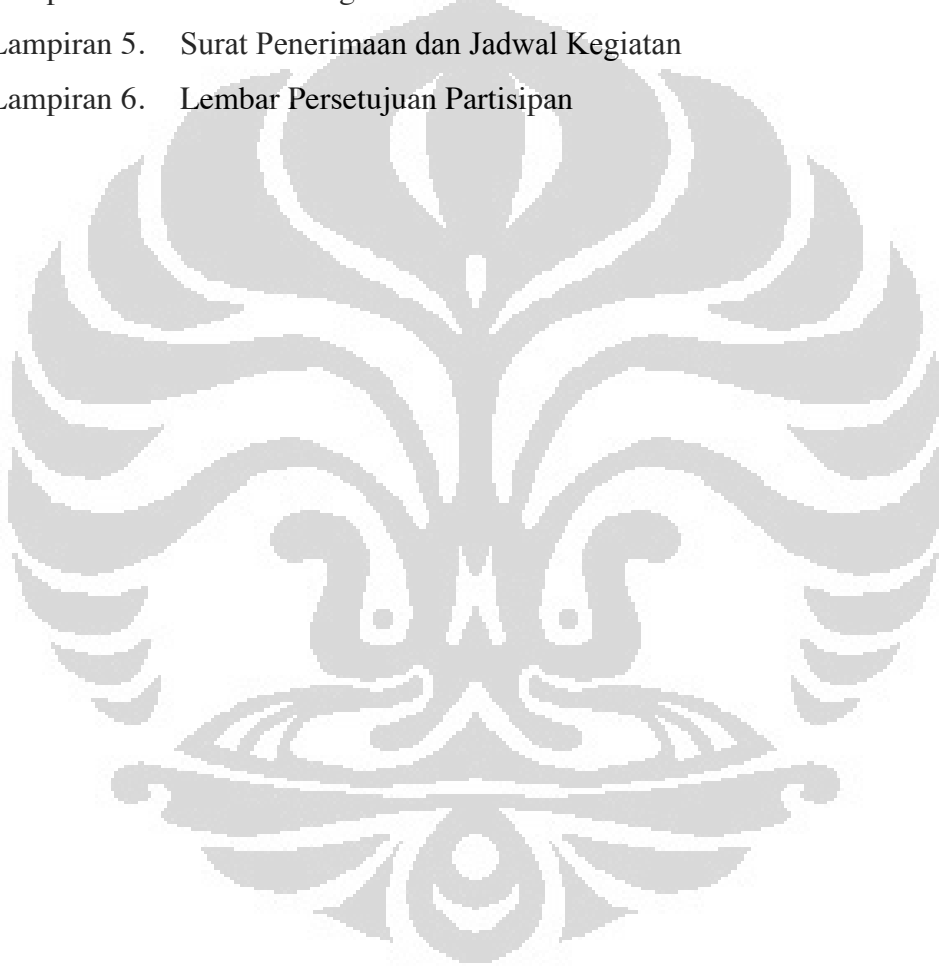


## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Hasil uji keterbacaan PSQ .....	47
Tabel 3.2. Interpretasi poin jawaban SUD .....	48
Tabel 3.3. Hasil uji keterbacaan UCLA Loneliness Scale .....	49
Tabel 3.4 Jadwal Pelaksanaan Intervensi.....	50
Tabel 4.1. Deskripsi partisipan penelitian.....	55
Tabel 4.2. Analisa deskriptif hasil pengukuran pra Intervensi .....	56
Tabel 4.3. Skor pengukuran pra intervensi partisipan penelitian.....	57
Tabel 5.1. Jadwal pelaksanaan program intervensi.....	77
Tabel 5.2. Gambaran evaluasi sesi 1 .....	80
Tabel 5.3. Gambaran evaluasi sesi 2.....	86
Tabel 5.4. Gambaran evaluasi sesi 3.....	90
Tabel 5.5. Gambaran evaluasi sesi 4.....	94
Tabel 5.6. Gambaran evaluasi sesi 5.....	97
Tabel 5.7. Gambaran evaluasi sesi 6.....	101
Tabel 5.8. Gambaran evaluasi sesi 7.....	105
Tabel 5.9. Gambaran evaluasi sesi 8.....	108
Tabel 5.10. Hasil diskusi teknik dalam sesi intervensi.....	110
Tabel 5.11. Analisa deskriptif pengukuran paska intervensi.....	113
Tabel 5.12. Perubahan nilai rata-rata antara pengukuran pra dengan paska intervensi.....	114
Tabel 5.13. Uji normalitas data.....	115
Tabel 5.14. Analisa <i>Wilcoxon Signed Rank</i> .....	116
Tabel 5.15. Hasil pengukuran paska intervensi partisipan SB.....	116
Tabel 5.16. Hasil pengukuran paska intervensi partisipan SM.....	118
Tabel 5.17. Hasil pengukuran paska intervensi partisipan ZS.....	119
Tabel 5.18. Hasil pengukuran paska intervensi partisipan MR.....	121
Tabel 5.19. Hasil pengukuran paska intervensi partisipan SS.....	122
Tabel 5.20. Hasil pengukuran paska intervensi partisipan KD.....	123
Tabel 5.21. Hasil pengukuran paska intervensi partisipan IW.....	124

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Contoh Alat Ukur *Perceived Stress Scale (PSS)*, *Perceived Stress Questionnaire (PSQ)*, *Subjective Units of Distress (SUD)*, *UCLA Loneliness Scale*
- Lampiran 2. Contoh Lembar Materi Partisipan
- Lampiran 3. Contoh Lembar Kerja Partisipan
- Lampiran 4. Denah Ruangan Intervensi
- Lampiran 5. Surat Penerimaan dan Jadwal Kegiatan
- Lampiran 6. Lembar Persetujuan Partisipan



## 1. PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Kesejahteraan individu lanjut usia (lansia) merupakan hal yang perlu ditelaah dalam penelitian di bidang psikologi. Telah terjadi peningkatan jumlah populasi lansia di dunia sebagai hasil dari peningkatan usia harapan hidup, termasuk di Indonesia (Papalia, Olds, & Feldman, 2007; Kantor Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, dalam Departemen Sosial, 2007). Di Indonesia, telah terjadi peningkatan jumlah populasi lansia secara dramatis, dengan perkiraan dapat mencapai 11,34 % dari keseluruhan populasi penduduk Indonesia pada tahun 2020 dan usia harapan hidup sebesar 71,1 tahun (Kantor Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, dalam Departemen Sosial, 2007). Populasi lansia yang terus meningkat dapat menimbulkan berbagai masalah, seperti banyaknya lansia yang tidak berdaya untuk melakukan pekerjaan sehingga tidak memiliki penghasilan, atau bergantung pada orang lain dalam kehidupannya sehari-hari (Departemen Sosial, 2007). Hal ini menjadi salah satu masalah yang umumnya terjadi pada lansia di Indonesia. Selain itu, kebanyakan lansia juga diperkirakan hidup dalam kemiskinan sehingga diasumsikan kualitas hidupnya tidak memadai. Masalah yang telah disebutkan sebelumnya hanya sebagian kecil dari berbagai permasalahan yang seringkali dialami pada lansia.

Saat berusia lanjut, individu mengalami berbagai permasalahan yang sifatnya kompleks dan dapat mengakibatkan dampak negatif bagi kualitas hidup (American Psychological Association, 2003). Kebanyakan masalah ditimbulkan oleh tantangan perkembangan berupa berbagai perubahan yang sifatnya major sehingga individu seringkali sulit beradaptasi (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Perubahan yang paling tidak terhindarkan dan juga sulit diterima adalah penurunan kondisi kesehatan fisik, seperti misalnya memiliki suatu penyakit, rasa sakit kronis, keterbatasan fisik seperti sulit berjalan, mendengar, dan lainnya, serta kendala fungsi kognitif seperti penurunan fungsi memori (American Psychological Association, 2003). Selain penurunan kesehatan, banyak lansia juga mengkhawatirkan kondisi finansialnya. Biasanya hal ini disebabkan oleh

hilangnya pekerjaan karena pensiun, pekerjaan dengan pendapatan terbatas, atau juga kesulitan untuk beradaptasi dengan kondisi ekonomi dalam lingkungannya (American Psychological Association, 2003).

Lansia juga memiliki kendala interpersonal, seperti misalnya perselisihan dengan teman atau keluarga, menurunnya dukungan sosial karena kematian orang terdekat, atau karena sulit untuk berinteraksi dengan orang lain karena suatu masalah (Bishop, 2008). Hal-hal yang telah disebutkan sebelumnya merupakan tantangan besar bagi setiap individu yang mengalami, terutama pada lansia yang biasanya mengalami berbagai masalah tersebut secara serentak. Maka, sangatlah penting untuk menginvestigasi suatu intervensi yang dapat mengembangkan kesejahteraan lansia untuk membantu mereka menghadapi masalah, sehingga kualitas hidupnya meningkat. Hal inilah yang menarik peneliti untuk mengadakan penelitian terkait intervensi psikologis yang aplikatif pada lansia di Indonesia agar kesehatan psikologisnya meningkat.

Peneliti tertarik untuk menelaah stres dan kesepian pada lansia karena terdapat banyak masalah lansia yang disebabkan oleh dua konsep tersebut. Kesepian merupakan perasaan yang sifatnya subjektif, di mana individu merasa sendirian, terpisah, atau berjarak dari orang lain (Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006). Selain pengertian tersebut, kesepian juga bisa dipahami sebagai rendahnya kontak sosial yang tidak sesuai dengan harapan individu (Ernst & Cacioppo dalam Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006). Kesepian merupakan masalah yang banyak sekali muncul pada lansia. Hal ini sesuai dengan perubahan pada lansia yang telah disebutkan sebelumnya, di mana biasanya dukungan sosial berkurang akibat kematian orang dekat, anak yang meninggalkan rumah, berpindah tempat tinggal, dan juga menurunnya keterampilan interpersonal (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999; American Psychological Association, 2003). Hal ini penting untuk diperhatikan, karena dukungan sosial merupakan hal yang sangat penting pada berbagai kalangan usia, terutama pada usia lanjut di mana kebutuhan akan kedekatan emosional semakin meningkat, namun tidak tersedia penyaluran yang adekuat (Hughes, Waite, Hawkley, & Cacioppo, 2004). Selain itu, kesepian dapat mengakibatkan stres yang berdampak negatif (*distress*) pada lansia dan juga

merupakan prediktor konsisten pada beberapa penyakit kronis sehingga diasumsikan memiliki peranan besar terhadap perkembangan penyakit (Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006). Pentingnya meneliti kesepian pada lansia juga diakibatkan oleh kurang tersedianya intervensi yang memadai untuk menangani kesepian (Cattan, White, Bond, & Learmouth, 2004).

Konsep yang kedua, yaitu stres (*distress*), juga merupakan masalah psikologis yang seringkali muncul pada lansia (Bishop, 2008). Kesepian merupakan salah satu sumber stres terbesar pada lansia, sehingga kedua konsep tersebut sulit untuk dipisahkan. Stres merupakan suatu konsep yang memperoleh perhatian besar dalam bidang psikologi klinis, karena banyaknya masalah psikologi yang terkait dengannya. Lazarus dan Folkman (1984: 21) mendeskripsikan stres sebagai suatu hasil dari hubungan antara individu dengan lingkungan, berupa tekanan yang dianggap oleh individu itu sendiri melebihi kemampuannya untuk mengatasi dan juga dapat membahayakan kesehatan psikologis dirinya. Selain itu, stres juga dapat terjadi saat manusia menghadapi suatu situasi atau kejadian yang tak diinginkan dan tak menyenangkan bagi diri mereka. Individu yang tidak mampu menanggulangi stres secara berkepanjangan dapat mengalami dampak negatif pada kesejahteraan psikologisnya, yang kemudian juga dapat menyebabkan turunnya kesehatan fisik (Rice, 1999).

Terdapat empat jenis gejala yang ditimbulkan sebagai hasil dari stres, yaitu gejala-gejala kognitif, fisik, emosi, dan perilaku (Vlisides, Eddy, & Mozzie dalam Rice, 1999). Gejala emosi yang disebabkan stres dapat menimbulkan rasa cemas yang berlebihan, rasa takut, frustrasi, menjadi lebih sensitif, dan keadaan emosi negatif lainnya. Pada aspek kognitif, stres dapat menyebabkan individu mengalami kendala seperti sulit berkonsentrasi, kehilangan motivasi, mudah lupa, sulit mengambil keputusan, dan juga hambatan pada kemampuan memecahkan masalah sehingga individu sulit untuk melakukan suatu kegiatan dengan sukses. Pada aspek fisik, stres dapat menimbulkan beberapa gangguan kesehatan seperti mudah lelah, sakit kepala, ketegangan, dan juga menjadi lebih mudah terserang penyakit. Pada aspek tingkah laku, individu dapat mengalami perubahan pola tingkah laku seperti *avoidance*, *withdrawal*, perubahan pola makan dan tidur,



menjadi tidak bertanggung jawab, kurang produktifitas, dan lainnya. Gejala stres pada keempat aspek tersebut tentunya dapat menyebabkan individu mengalami kesulitan dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

Dampak dari stres seperti yang telah dijabarkan dalam keempat jenis gejala tersebut tentunya dapat mengganggu keberfungsian individu dalam kesehariannya. Secara lebih lanjut, stres yang berkepanjangan dapat berkontribusi terhadap munculnya gangguan psikologis yang lebih berat seperti depresi, gangguan tidur, gangguan kecemasan, dan juga berbagai macam gangguan lainnya (Bishop, 2008). Maka, penanganan stres sejak dini penting dilakukan untuk mengurangi risiko munculnya masalah psikologis yang sifatnya akut. Hal ini sangat penting untuk dilakukan pada lansia yang banyak terpapar oleh berbagai sumber stres, seperti berbagai tantangan perkembangan yang telah dijelaskan sebelumnya (Bishop, 2008). Selain itu, stres pada lansia perlu diperhatikan sejak awal, mengingat dampak negatif stres pada kesehatan, sedangkan lansia telah memiliki berbagai macam kendala kesehatan fisik.

Hal-hal yang telah dijabarkan sebelumnya mendukung pentingnya untuk menelaah suatu intervensi berupa manajemen stres dan kesepian, karena kedua konsep tersebut saling berkesinambungan, banyak terjadi pada lansia, dan menyebabkan dampak yang sifatnya negatif. Maka dari itu, penting untuk menginvestigasi suatu intervensi yang dapat menangani kedua konsep tersebut secara bersamaan pada lansia. Masalah yang bervariasi pada lansia memunculkan kebutuhan terhadap suatu intervensi yang mampu ditujukan pada berbagai target berbeda. Pendekatan manajemen stres dan kesepian menggunakan terapi multi-komponen menyediakan solusi menarik karena sifatnya fleksibel dan juga mampu mengurangi berbagai masalah psikologis secara sekaligus (Rybarczyk, DeMarco, DeLaCruz, Lapidus, & Fortner, 2001). Intervensi semacam ini sebelumnya dikembangkan oleh Rybarczyk, DeMarco, DeLaCruz, Lapidus, dan Fortner (2001) dan disebut dengan *General Multicomponent Wellness* (GMW). GMW menggunakan instruksi mengenai hubungan antara *mind/body*, pelatihan relaksasi, pendekatan kognitif-perilaku untuk mengatasi rasa nyeri (*pain*), kecemasan, dan depresi, pemecahan masalah, komunikasi efektif, informasi mengenai nutrisi,

tidur, latihan fisik, dan topik mengenai kondisi penyakit tertentu. Selain itu, GMW dilakukan dengan menggunakan teknik *self-help* untuk mendorong individu mengelola kesehatan fisik maupun psikologis secara aktif. Pada penelitian sebelumnya, GMW dinyatakan mampu secara efektif meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi gejala pada lansia dengan berbagai kondisi penyakit (Rybarczyk, DeMarco, DeLaCruz, Lapidos, & Fortner, 2001).

Intervensi multi-komponen dikembangkan menggunakan pendekatan kognitif-perilaku, yang merupakan pendekatan yang paling sesuai untuk lansia (Satre, Knight & David, 2006). Pendekatan ini dapat diadaptasikan sesuai dengan kebutuhan sehingga dapat diaplikasikan secara efektif pada lansia. Selain pendekatan kognitif-perilaku, intervensi multi-komponen juga menggunakan pendekatan kelompok yang memiliki beberapa keunggulan untuk digunakan pada lansia (Cordioli et al., 2002). Pertama, pendekatan kelompok dapat berperan sebagai sarana untuk katarsis, di mana mengekspresikan berbagai macam keluhan merupakan hal yang sangat terapeutik bagi lansia. Kedua, lansia memiliki kesempatan untuk bertemu dengan lansia lainnya dan mengembangkan rasa kebersamaan, altruisme, dan saling mendukung sehingga dapat meningkatkan dukungan sosial, yang kebanyakan berkurang secara dramatis pada lansia dibandingkan dengan kalangan usia yang lebih muda. Ketiga, pendekatan kelompok juga memberikan kesempatan pada lansia untuk saling berbagi masalah masing-masing, dan menemukan universalitas dari masalah yang dimiliki. Dengan demikian, mereka memperoleh pemahaman bahwa banyak individu lain memiliki masalah serupa, dan mereka dapat saling mempelajari solusi yang kiranya tepat untuk digunakan dalam keseharian. Dengan kombinasi antara berbagai macam pendekatan tersebut, intervensi ini dinamakan *Multicomponent Cognitive Behavior Group Therapy* dalam penelitian ini, yang selanjutnya disebut dengan MCBGT.

Intervensi yang digunakan dalam penelitian ini (MCBGT) terdiri dari delapan sesi dengan setiap sesi memiliki fokus pada suatu teknik tertentu. MCBGT menggunakan beberapa teknik yang diperkirakan sesuai untuk diaplikasikan pada lansia di Indonesia untuk membantu mereka menangani stres

dan kesepian. Teknik-teknik tersebut terdiri dari psikoedukasi, relaksasi, *self-monitoring*, pendekatan kognitif, komunikasi efektif, dan pemecahan masalah. Psikoedukasi tergolong dalam teknik kognitif, yang melibatkan pembelajaran atau pemberian informasi tertentu dari terapis pada individu, di mana informasi yang diberikan ditujukan untuk meningkatkan kesehatan mental individu tersebut (Lukens & McFarlane, 2004). Relaksasi merupakan suatu teknik fisik yang melibatkan pernapasan dan juga pelepasan tubuh, bertujuan untuk mengurangi ketegangan (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007).

Selanjutnya, teknik *self-monitoring* akan diberikan untuk meningkatkan kesadaran lansia mengenai kondisi diri dalam keseharian, terutama terkait stres yang dialami (Spiegler & Guevermont, 2010). Pendekatan kognitif bertujuan untuk mengoreksi persepsi individu guna meningkatkan kondisi emosi yang lebih positif dan juga realistis (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Teknik komunikasi efektif ditujukan untuk meningkatkan keterampilan komunikasi individu, sehingga keterampilan interpersonalnya juga meningkat (Rybarczyk, DeMarco, DeLaCruz, Lapidus, & Fortner, 2001). Pemecahan masalah merupakan teknik kognitif yang bertujuan untuk melatih daya analisa lansia terhadap permasalahan, sehingga mampu untuk menemukan solusi yang memadai dalam keseharian (D'Zurilla & Nezu, 2010). Secara lebih spesifik, teknik-teknik tersebut diambil dari beberapa ahli, dan dimodifikasi kembali agar sesuai dengan masalah penelitian, yaitu stres dan kesepian.

Pendekatan multi-komponen penting digunakan karena stres dan kesepian banyak terkait dengan masalah psikologis lainnya. Melalui pandangan tersebut, penggunaan intervensi multi-komponen merupakan hal yang perlu dipertimbangkan untuk menelaah lebih lanjut efektivitas dari intervensi ini, karena penggunaannya masih jarang (Rybarczyk, DeMarco, DeLaCruz, Lapidus, & Fortner, 2001), terutama di Indonesia. Peneliti tidak berhasil menemukan suatu penelitian yang menggunakan intervensi semacamnya di Indonesia. Maka, hasil penelitian dapat memberikan sumbangan mengenai efektivitas dari teknik semacam ini. Selain itu, peneliti juga bertujuan untuk menyediakan suatu intervensi yang aplikatif dan juga dapat digunakan untuk berbagai lansia dengan

karakteristik berbeda, tidak hanya yang bermasalah. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup lansia, dengan mengurangi stres dan kesepian yang dialami.

Penelitian ini merupakan bagian dari “Payung Penelitian Lansia” yang dipimpin oleh Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, MA, Ph.D, Psi sebagai pembimbing. Penelitian pada payung ini memiliki tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan psikologi lansia, yang telah dijalankan setiap tahun oleh berbagai anggota kelompok berbeda. Masalah pada fokus penelitian setiap anggota kelompok berbeda-beda, yang pada tahun ini berupa stres dan kesepian, depresi, kecemasan, gangguan tidur, dan juga rasa nyeri. Penelitian ini ditujukan pada lansia yang bertempat tinggal di Depok, dengan arahan dari Perkumpulan Gerontologi (PERGERI) kota Depok. “Payung Penelitian Lansia” telah membangun kerjasama dengan PERGERI Depok selama bertahun-tahun, sehingga penelitian kali ini juga diadakan di Depok. Partisipan penelitian diperoleh dengan rekomendasi dari PERGERI Depok, sesuai dengan karakteristik yang telah ditentukan oleh peneliti. Dalam penelitian ini, karakteristik partisipan yang dapat bergabung adalah individu baik pria maupun wanita berusia paling tidak 60 tahun, dan masih mampu untuk mengikuti jalannya sesi secara efisien (mampu baca tulis dan mobilitas tergolong baik). Intervensi akan dilaksanakan selama kurang lebih satu bulan, dengan dua sesi dalam setiap minggu.

## **1.2. Permasalahan**

Masalah yang akan dijawab dalam penelitian ini adalah:

*“Apakah manajemen stres dan kesepian menggunakan Multicomponent Cognitive Behavioral Group Therapy (MCBGT) dapat secara efektif mengurangi tingkat stres dan kesepian pada lansia?”*

Masalah ini akan dijawab dengan menelaah perbedaan kondisi partisipan antara sebelum (pra) dengan sesudah (paska) dilaksanakannya intervensi.

### **1.3. Tujuan**

Tujuan penelitian adalah menguji efektivitas penerapan manajemen stres dan kesepian dengan MCBGT untuk mengurangi stres dan kesepian pada lansia. Hasil penelitian diharapkan dapat menyediakan suatu intervensi yang secara efektif mampu menangani berbagai masalah yang sifatnya beraneka ragam pada lansia, sehingga kemudian dapat meningkatkan kesejahteraan psikologisnya yang diindikasikan dengan tingkat stres dan kesepian yang menurun. Selain itu, diharapkan juga terjadi peningkatan produktivitas pada lansia dalam kehidupan sehari-harinya.

### **1.4. Manfaat**

#### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

Manfaat teoritis penelitian adalah untuk memberikan sumbangan pada ilmu pengetahuan pada bidang psikologi klinis mengenai gambaran stres dan kesepian pada lansia, gambaran penerapan intervensi MCBGT, gambaran modul dan materi MCBGT yang cocok untuk digunakan pada lansia di Indonesia, dan juga gambaran efektivitas manajemen stres dan kesepian dengan menggunakan MCBGT. Kemudian, penelitian juga diharapkan dapat merangsang bidang psikologi klinis di Indonesia untuk meneliti penggunaan, efektivitas, dan juga pengembangan MCBGT.

#### **1.4.2. Manfaat Praktis**

Manfaat praktis dari penelitian ini adalah menyediakan informasi yang dapat digunakan oleh masyarakat mengenai intervensi yang dapat dilakukan secara mandiri dalam menanggulangi stres. Selain itu, penelitian diharapkan menyediakan intervensi untuk membantu mengurangi stres dan kesepian yang kemudian meningkatkan kesejahteraan psikologis lansia di Depok. Penelitian juga menyediakan modul yang aplikatif dalam bentuk *self-help* supaya lansia dapat secara mandiri menangani masalahnya. Selain untuk digunakan secara mandiri, bila terbukti efektif, modul intervensi dapat dijadikan suatu alternatif dalam penanganan masalah pada lansia, karena sifatnya yang ditujukan pada beberapa

masalah secara bersamaan. Hasil penelitian juga diharapkan menyediakan intervensi menarik yang hemat waktu dan biaya untuk digunakan pada komunitas lansia.

### **1.5. Metode Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode kuesioner untuk menjawab permasalahan. Empat alat ukur digunakan dalam penelitian yaitu tiga ukur yang melihat persepsi subjektif terhadap stres yang dialami, dan satu alat ukur yang melihat persepsi subjektif kesepian pada individu. Selain metode kuantitatif, peneliti juga menggunakan metode kualitatif berupa observasi dan wawancara pada partisipan untuk mengumpulkan data tambahan. Partisipan dalam penelitian ini adalah lansia, atau dengan kata lain individu berusia 60 tahun ke atas. Peneliti mengumpulkan sampel dengan meminta rekomendasi dari PERGERI Depok, dan juga menggunakan penilaian tersendiri untuk menentukan lansia yang sesuai dengan karakteristik penelitian. Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan perangkat lunak SPSS 19.00, yaitu suatu program analisa statistik dengan komputer. Metode analisis yang digunakan adalah korelasi dengan metode *Wilcoxon Signed Rank* untuk melihat perbedaan antara kondisi partisipan saat pra dengan paska intervensi. Analisa kualitatif juga dilakukan dengan menyimpulkan data yang telah diperoleh, dan juga menggunakan intuisi klinis dari peneliti.

### **1.6. Sistematika Penulisan**

Terdapat tujuh bab dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

#### **BAB I: PENDAHULUAN**

Bab satu berisi pendahuluan yang menjelaskan latar belakang di balik ketertarikan peneliti untuk menginvestigasi topik yang bersangkutan serta pentingnya pengetahuan mengenai topik tersebut di Indonesia. Bab ini juga akan mengulas latar belakang masalah secara umum, perumusan masalah, tujuan, dan manfaat yang diharapkan dari penelitian.

**BAB II: TINJAUAN PUSTAKA**

Bab dua berisi teori, konsep, serta penelitian terdahulu yang relevan dengan topik penelitian ini. Teori yang digunakan adalah teori mengenai lansia, stres, kesepian, *cognitive behavioural therapy*, *group therapy* (terapi kelompok), serta hubungan antara variabel penelitian (lansia dan stress, lansia dan kesepian, stress dan kesepian).

**BAB III: METODE PENELITIAN**

Bab tiga berisi metode penelitian, di mana dijabarkan permasalahan, partisipan, pendekatan, metode pengumpulan data, prosedur yang digunakan dalam penelitian, serta gambaran lengkap intervensi yang digunakan.

**BAB IV: HASIL DAN INTERPRETASI DATA PRA INTERVENSI**

Bab empat akan mengulas hasil penelitian berupa data-data yang diperoleh sebelum intervensi diberikan (*pre-test*/pra intervensi) yang telah diolah secara sistematis.

**BAB V: HASIL DAN INTERPRETASI DATA PASKA INTERVENSI**

Bab lima akan mengulas hasil penelitian berupa data-data yang diperoleh setelah intervensi diberikan (*post-test*/paska intervensi) yang telah diolah secara sistematis.

**BAB VI: DISKUSI**

Bab enam berisi diskusi mengenai hasil yang ditemukan dalam penelitian, termasuk diskusi mengenai efektivitas intervensi dan hal lainnya yang ditemukan dalam penelitian.

**BAB VII: KESIMPULAN DAN SARAN**

Bab tujuh merupakan kesimpulan penelitian, serta saran yang berkaitan dengan penelitian ini dan juga untuk penelitian selanjutnya.

## 2. TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini berisi penjelasan mengenai latar belakang teori dari beberapa konsep yang digunakan sebagai acuan dalam penelitian ini. Latar belakang teori terdiri dari pengertian, aspek, dan juga hasil penelitian terdahulu. Penjelasan diawali dengan mengulas latar belakang teori dari lansia yang merupakan target partisipan penelitian, stres dan kesepian sebagai target perubahan yang diharapkan. Setelah itu, ulasan diikuti dengan pembahasan mengenai *cognitive behavior therapy*, terapi kelompok, dan juga terapi multikomponen yang menjadi acuan dari intervensi penelitian ini. *Multicomponent Cognitive Behavioral Group Therapy* (MCBGT) merupakan program intervensi yang ditelaah dalam penelitian, dengan latar belakang gabungan dari teori terapi yang akan dijabarkan dalam bab ini.

### 2.1. Lansia

#### 2.1.1. Pengertian Lansia

Lansia adalah individu yang berada dalam tahapan usia *late adulthood* atau yang dimaksud dengan tahapan usia dewasa akhir, dengan kisaran usia dimulai dari 60 tahun ke atas (Santrock, 2006). Setiap individu mengalami proses penuaan (*aging*), yang terbagi menjadi dua yaitu penuaan primer dan sekunder (Papalia, Olds, & Feldman, 2007; Hoyer & Roodin, 2003). Penuaan primer adalah proses deteriorasi tubuh yang sifatnya bertahap, tidak terhindarkan, dan umum dialami manusia (Hoyer & Roodin, 2003). Penuaan sekunder mengarah pada proses yang mempengaruhi tingkat penuaan primer, sebagai akibat dari suatu kondisi penyakit, pemaparan pada lingkungan fisik yang tidak sehat, dan juga penyalahgunaan yang termasuk di dalam kontrol manusia seperti misalnya stres di tempat kerja, pemaparan pada racun dari lingkungan, dan lainnya (Hoyer & Roodin, 2003). Proses penuaan pada usia lansia, menyebabkan perubahan signifikan pada fungsi biologis maupun perilaku (Hoyer & Roodin, 2003). Berikut ini, peneliti akan menjabarkan perubahan-perubahan tersebut guna memperoleh pemahaman yang mendalam mengenai kondisi psikologis lansia.



### 2.1.2. Perubahan Biologis

Dengan meningkatnya usia, lansia mengalami berbagai macam perubahan yang sifatnya biologis (Hoyer & Roodin, 2003). Beberapa perubahan psikologis dapat terlihat dengan jelas seperti misalnya rambut yang menipis dan kerutan pada kulit, beberapa perubahan lainnya tidak begitu jelas terlihat seperti yang terjadi pada organ dan sistem internal (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Berikut adalah penjabaran dari perubahan biologis yang dialami lansia:

#### 1. Perubahan Penampilan Fisik

Salah satu manifestasi dari proses penuaan adalah penampilan kulit individu, seperti munculnya kerutan dan noda hitam (Hoyer & Roodin, 2003). Meskipun demikian, tidak terdapat perubahan pada fungsinya yang melindungi organ internal maupun mengatur suhu tubuh. Lansia juga mengalami perubahan pada struktur wajah, perkembangan lapisan telinga maupun hidung, penipisan rambut, dan juga tumbuhnya rambut putih. Lansia juga mengalami pengurangan tinggi badan, yang kemudian menyebabkan perubahan postur tubuh, penekanan pada lapisan tulang belakang, dan juga pengurangan kepadatan tulang. Pengurangan kepadatan tulang biasanya semakin cepat terjadi pada wanita setelah *menopause*, dan hal ini dapat mengakibatkan *osteoporosis*, yaitu penyakit yang melibatkan penurunan signifikan pada kalsium tulang, dan menimbulkan kerapuhan pada tulang.

#### 2. Perubahan Organ dan Sistemis

Penuaan yang disertai dengan stres kronis dapat mengganggu fungsi imun sehingga menyebabkan kerentanan pada infeksi saluran pernapasan (Kiecolt-Glaser & Glaser, dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Meskipun demikian, sistem pencernaan masih dapat berfungsi dengan baik pada lansia. Ritme jantung lansia biasanya menjadi lebih lambat atau tidak beraturan, dibandingkan pada tahapan usia sebelumnya. Penyimpanan lemak yang menumpuk pada area jantung dapat mengganggu fungsi jantung dan meningkatnya tekanan darah. Selain itu, lansia juga mengalami penurunan pada *reserve capacity/organ reserve*, atau yang

dimaksud dengan kapasitas cadangan yang biasanya membantu fungsi sistem tubuh pada saat stres. Hal ini menyebabkan berkurangnya kemampuan lansia untuk menghadapi tuntutan fisik, berbeda dengan sebelumnya.

### 3. Penuaan pada Otak

Lansia yang kondisinya sehat biasanya tidak mengalami perubahan berarti pada fungsi otaknya (Kemper, dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Meskipun begitu, terdapat faktor perbedaan individual yang sangat mempengaruhi perubahan pada otak (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Individu biasanya mengalami penurunan berat pada otak yang biasanya dimulai pada usia 30 tahun. Penurunan berat tersebut awalnya terjadi secara perlahan tetapi kemudian semakin cepat. Penurunan berat ini berdampak pada pengurangan ukuran neuron, dimulai dari korteks frontalis yang berperan dalam fungsi memori dan performa kognitif (West; Wickelgren, dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Bila hal ini disertai dengan berkurangnya lapisan otak, maka dapat menyebabkan penurunan kecepatan pada koordinasi fisik dan kognitif. Meskipun demikian, lansia juga mengalami perkembangan sel otak baru.

### 4. Perubahan Fungsi Sensoris dan Psikomotor

Banyak lansia mengalami penurunan fungsi sensoris seperti adanya masalah visual dan pendengaran (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Masalah visual yang biasanya terjadi adalah rabun dekat (*presbyopia*), sensitifitas terhadap cahaya, berkurangnya kemampuan beradaptasi dalam kegelapan, pengecilan lapang pandang, dan berkurangnya kecepatan memproses informasi visual (Hoyer & Roodin, 2003). Penyakit mata yang paling banyak muncul pada lansia adalah katarak dan *glaucoma* (Fozard & Gordon-Salant, dalam Hoyer & Roodin, 2003). Katarak adalah kondisi lensa mata yang buram sehingga cahaya tidak bisa menuju pada retina, dan penyakit ini bisa diatasi dengan operasi. *Glaucoma* mengarah pada kerusakan retina dan *optic nerve* yang disebabkan oleh meningkatnya

tekanan pada mata. Kendala ini juga dapat diatasi dengan obat tetes mata, meskipun bila tidak teratasi dapat mengakibatkan kebutaan.

Kemampuan pendengaran biasanya mulai menurun pada tahapan usia dewasa menengah, yaitu mulai usia 40 tahun (Hoyer & Roodin, 2003). Masalah pendengaran yang biasa terjadi adalah kehilangan fungsi mendengar karena rusaknya *cochlea* atau yang dimaksud dengan reseptor syaraf primer, kesulitan untuk mendengar suara bernada tinggi (*presbycusis*), dan juga munculnya suara berdengung secara kontinu (*tinnitus*). Pada kebanyakan lansia yang mengalami, *tinnitus* merupakan kendala yang sulit untuk diterima karena sangat mengganggu, terus-menerus, dan juga tidak diketahui sebabnya.

Kendala pada fungsi visual dan pendengaran dapat mengganggu hubungan sosial dan juga kemandirian individu (Desai, Pratt, Lentzner, & Robinson, dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Fungsi sensoris lain yang kepekaannya menurun seiring dengan usia adalah kemampuan merasa (*taste*), mencium bau (*smell*), sentuhan, temperatur, rasa sakit, dan juga kinestetik (Hoyer & Roodin, 2003). Meskipun demikian, hal tersebut tidak seintens kendala pada fungsi visual dan pendengaran.

Gangguan pada fungsi motoris juga dapat membatasi aktivitas sehari-hari, seperti misalnya performa psikomotor yang menjadi lambat (Hoyer & Roodin, 2003). Meskipun begitu, faktor perbedaan individu memiliki peranan yang kuat, sehingga banyak juga lansia dengan fungsi sensoris dan psikomotor yang masih sangat baik. Selain itu, saat ini telah banyak tersedia alat bantu untuk mengatasi keterbatasan sensoris, sehingga pada beberapa kasus, lansia tidak lagi menjadi masalah yang signifikan pada fungsi sensorisnya (Hoyer & Roodin, 2003).

#### 5. Perubahan Pola Tidur

Jam tidur lansia biasanya lebih sedikit, dan juga jadi lebih jarang bermimpi dibandingkan pada tahapan usia sebelumnya (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Mereka menjadi lebih mudah terbangun karena adanya kendala fisik dan juga lebih sensitif terhadap pemaparan cahaya. Masalah

tidur yang dialami lansia dapat menyebabkan kendala berarti, karena mungkin berkembang menjadi depresi.

#### 6. Perubahan Fungsi Seksual dan Reproduksi

Lansia pria biasanya membutuhkan waktu lebih lama untuk ereksi dan ejakulasi, hingga membutuhkan stimulasi manual, dan juga mengalami interval yang lebih lama antara ereksi (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Pada wanita, rangsangan seksual juga berkurang intensitasnya dan juga vaginanya menjadi kurang fleksibel hingga membutuhkan lubrikasi tambahan. Wanita biasanya mengalami penurunan dramatis pada fungsi reproduksinya, terutama setelah *menopause* (Hoyer & Roodin, 2003). Laki-laki pada umumnya tidak mengalami perubahan berarti pada kesuburannya, namun setelah semakin tua dapat mengalami impotensi dan berkurangnya level *testosterone* atau yang dimaksud dengan hormon seksual yang menstimulasi perkembangan organ seksual laki-laki (Hoyer & Roodin, 2003).

#### 7. Kesehatan Fisik dan Mental

Banyak lansia yang memiliki kondisi penyakit kronis dan juga keterbatasan fisik. Kondisi kronis yang biasa dialami adalah penyakit jantung, kanker, *stroke*, dan gangguan kronis pada fungsi pernapasan (NCHS, dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Hipertensi dan diabetes juga menjadi kendala kesehatan yang umumnya terjadi pada lansia (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Keterbatasan fisik yang dialami berupa kesulitan untuk melakukan aktivitas harian seperti berjalan, mandi, berpakaian, dan sebagainya. Terkait dengan kesehatan mental, lansia biasanya memiliki kondisi psikologis yang lebih baik seiring dengan meningkatnya usia. Meskipun begitu, beberapa masalah yang biasa terjadi adalah depresi, demensia, dan *Alzheimer's disease*. *Alzheimer's disease* adalah suatu bentuk dari kepikunan, yang melibatkan deteriorasi dari fungsi mental yang sebenarnya (Hoyer & Roodin, 2003). Penyakit ini bukan merupakan dari proses penuaan primer, melainkan sekunder.

### 2.1.3. Perubahan Kognitif

Lansia biasanya memperoleh skor pada test inteligensi yang lebih rendah dibandingkan saat tahapan usia sebelumnya (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Meskipun demikian, potensi inteligensi pada lansia diasumsikan tidak berbeda jauh, hanya banyak dipengaruhi oleh penurunan kecepatan proses mental dan penalaran abstrak (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Beberapa faktor yang mempengaruhi penurunan fungsi inteligensi adalah kesehatan yang menurun sehingga lansia memiliki kendala dalam berkonsentrasi dan juga penurunan proses pengelolaan informasi (Hoyer & Roodin, 2003). Fungsi inteligensi yang menurun pada lansia adalah inteligensi *fluid*, yaitu kemampuan individu untuk mempersepsikan, mengingat, dan berpikir mengenai ide, tanpa terpengaruh oleh budaya tertentu. Fungsi inteligensi *crystallized* yang melibatkan kemampuan individu mengintegrasikan informasi dan pengetahuan yang terkait dengan pengalaman, pengertian komunikasi, perkembangan daya nilai, dan juga pemikiran terkait kebutuhan kehidupan sehari-hari semakin meningkat pada lansia. Daya kreatifitas dan juga kemampuan pemecahan masalah dalam kehidupan sehari-hari pada lansia tidak berubah seperti pada tahapan usia sebelumnya. Hal lain yang meningkat adalah *wisdom* atau kebijaksanaan, yaitu kemampuan individu untuk memberikan penilaian dan saran terkait individu dan lingkungannya. Lansia terus mengakumulasi pengetahuan dan semakin berkembang seiring dengan usia dan pengalaman sehingga banyak yang menjadi seorang ahli dalam bidang yang ditekuni. Terkait dengan memori, lansia biasanya mengalami penurunan pada fungsi tersebut. Lansia juga mengalami penurunan pada kemampuan berbicara, hingga seringkali salah saat menyebutkan suatu hal.

### 2.1.4. Perkembangan Psikososial

Lansia biasanya mengalami banyak perubahan terkait faktor psikososial (Hoyer & Roodin, 2003). Saat anak-anak telah berpindah rumah dan hidup mandiri, orangtua biasanya mengalami rasa kehilangan yang mendalam atau yang disebut dengan *empty nest syndrome*. Meskipun demikian, orangtua yang ditinggalkan memiliki waktu yang lebih banyak untuk diri sendiri, pasangan, dan

juga *hobby* sehingga bisa melakukan *self-enhancement*. Bagi lansia yang berpasangan dan mengalami pensiun, mereka menjalani gaya hidup yang berbeda dengan sebelumnya dan perlu beradaptasi, terutama bila suami yang pensiun dan istri seorang ibu rumah tangga. Suami tersebut biasanya mengalami kebingungan apa yang harus dilakukan, dan istri merasa tidak terbiasa dengan keberadaan suami secara terus-menerus.

Pada umumnya, lansia yang berpasangan cenderung lebih sejahtera kondisi psikologisnya dibandingkan lansia yang tidak berpasangan, terutama pada wanita (Hoyer & Roodin, 2003). Bagi lansia yang kehilangan pasangan, mereka akan mengalami masa berduka yang panjang meskipun cenderung lebih dapat beradaptasi dibandingkan individu yang lebih muda. Lansia wanita lebih dapat beradaptasi dengan fase kehilangan dibandingkan dengan lansia laki-laki. Lansia yang kehilangan pasangan juga biasanya melakukan beberapa hal untuk *coping* seperti misalnya mempelajari keterampilan baru, berkenalan dan membina hubungan baru yang berarti dengan orang lain.

Lansia yang memiliki cucu biasanya berinteraksi dengan cucu dan banyak mengajarkan keterampilan serta tradisi budaya (Hoyer & Roodin, 2003). Peran sebagai kakek atau nenek dapat memberikan suatu *self-fulfillment*, rasa kebersamaan, dan kepuasan hubungan yang biasanya kurang diperoleh melalui hubungan orangtua dengan anak bagi lansia. Meskipun demikian, beberapa lansia juga mengalami permasalahan yang berarti seperti misalnya kelelahan atau juga perselisihan dengan anak mengenai pola asuh cucu yang berbeda. Bagi para cucu, kakek atau nenek juga merupakan suatu figur yang cukup penting perannya dalam hidup. Terkait dengan dukungan sosial, lansia biasanya memiliki hubungan sosial yang semakin sedikit, meskipun kedekatan emosional biasanya meningkat (Hoyer & Roodin, 2003). Kehilangan orang terdekat juga merupakan suatu hal yang biasa terjadi pada lansia. Lansia juga biasanya semakin jarang berinteraksi dengan teman-teman, karena kebanyakan menghabiskan waktu dalam rumah akibat dari kondisi penyakit atau lainnya, dan juga karena dukungan sosial yang tidak lagi memadai (Bishop, 2008).

### 2.1.5. Peranan Spiritualitas pada Lansia

Kondisi spiritual dan keagamaan biasanya semakin meningkat seiring dengan usia (Bishop, 2008). Spritualitas atau religiusitas dijadikan suatu kompensasi pada hal-hal yang terjadi sejalan dengan proses penuaan. Hubungan dengan Tuhan juga dijadikan suatu pelindung kondisi emosi lansia saat memperoleh masalah atau mengalami kehilangan. Selain itu, Tuhan juga dianggap sebagai figur pengganti dari orang terdekat yang biasanya sudah tidak lagi dimiliki lansia, misalnya sebagai akibat dari kehilangan.

### 2.1.5. Intervensi Psikologi pada Lansia

Intervensi psikologi pada lansia merupakan hal yang penting untuk dilakukan, mengingat lansia dilibatkan dengan banyak sekali perubahan yang berarti terkait fungsi biologis, kognitif, dan juga perilakunya (Hoyer & Roodin, 2003). Perubahan tersebut dapat menyebabkan kendala yang mengganggu bagi lansia. Meskipun demikian, sebaiknya lansia tidak memperoleh intervensi bila tidak membutuhkan, karena dapat menghilangkan rasa otonomi dan kontrol terhadap diri dan hidupnya. Lansia perlu untuk melakukan sejumlah aktivitas yang berarti bagi dirinya, supaya menghasilkan moral dan kesejahteraan yang lebih baik. Hal-hal yang sebaiknya dilakukan oleh lansia adalah memberikan waktunya untuk melakukan aktivitas sukarela, mengembangkan spiritualitas, meningkatkan edukasi, melakukan *hobby*, rekreasi, *traveling*, dan melakukan pekerjaan paruh waktu.

Beberapa strategi intervensi dapat diberikan pada fase pencegahan untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental guna menghindari kendala psikologis berat (Hoyer & Roodin, 2003). Intervensi tersebut dapat melibatkan edukasi, latihan fisik, nutrisi, menghilangkan perilaku yang menurunkan kesehatan, dan meningkatkan perilaku yang baik untuk kesehatan. Target intervensi adalah aleviasi, kompensasi, *enrichment*, dan pencegahan. Secara lebih lengkap, intervensi dilakukan untuk menghilangkan permasalahan, mengkompensasi suatu kehilangan yang dialami, meningkatkan fungsional seperti penerimaan diri, self-fulfillment, dan aktualisasi diri, serta yang terakhir mencegah masalah untuk

muncul kembali. Intervensi dapat menggunakan *behavior therapy*, *cognitive behavior therapy*, terapi ekspresif seperti terapi seni dan musik, dan juga terapi menggunakan hewan atau *pet therapy*.

## 2.2. Stres

### 2.2.1. Definisi Stres

Menurut Selye, stres merupakan sebuah konsep yang mungkin telah sangat dimengerti, namun juga sulit untuk didefinisikan dengan tepat (Rice, 1999). Berikut di bawah ini beberapa definisi stres yang berasal dari beberapa ahli psikologi:

*“Stress is the negative emotional experience that occurs when demands on a person are greater than his or her response capabilities”*

(Kaplan dalam Matlin, 1999: 576)

*“Stress is an orchestrated set of bodily defenses against any form of noxious stimulus (including psychological threats), a reaction called the General Adaptation Syndrome. Stress was, in effect, not an environmental demand (stressor), but a universal physiological set of reactions and processes created by such demands”.*

(Selye dalam Lazarus & Folkman, 1984: 2)

*“Stress is a relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being”.*

(Lazarus & Folkman, 1984: 21)

*“Stress occurs when the functioning of one or more of these systems results in discrepancy between any stressor and the carrying or resistance capacity available”.*

(Trumbull & Appley, 1986:21)

Melalui beberapa definisi di atas, stres dapat disimpulkan sebagai suatu kondisi emosi negatif yang muncul sebagai akibat dari tuntutan dari dalam maupun luar diri yang melebihi kemampuan untuk mengatasi, sehingga kemudian dapat mengganggu kesejahteraan psikologis. Stres merupakan konsep yang sangat umum sehingga memiliki beberapa hal yang tercakup di dalamnya.



### 2.2.2. Tahapan Stres

Lazarus dalam *cognitive appraisal process* menyatakan ada dua tahapan dalam stres yaitu *primary appraisal* dan *secondary appraisal* (Lazarus & Folkman, 1984). Menurut *cognitive appraisal process*, proses kognitif dalam diri manusia sangat berperan dalam menentukan munculnya stres (Lazarus & Folkman, 1984). Bila manusia berpikir dan menganggap suatu peristiwa sebagai suatu hal yang penuh tekanan, maka manusia tersebut akan mengalami stres. Sebagai contoh, saat manusia menjalani pernikahan, ada beberapa dari mereka yang merasa bahagia, sedangkan yang lainnya justru merasa tertekan. Kemudian,  *coping* juga dikemukakan sebagai tahapan stres yang ketiga setelah *secondary appraisal* (Lazarus dalam Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

Maka, ketiga tahapan stres tersebut akan dijabarkan sebagai berikut:

#### 1. *Primary Appraisal*

*Primary appraisal* adalah suatu tahap saat individu membuat suatu penilaian atau evaluasi mengenai situasi yang dapat berpotensi untuk menyebabkan stres (Lazarus & Folkman, 1984). Penilaian yang dimaksud pada tahap ini adalah, apakah individu menganggap situasi tersebut sebagai suatu situasi yang penuh tekanan atau tidak. Sehingga, penilaian dapat menentukan kemungkinan munculnya stres. *Primary appraisal* dapat dibedakan menjadi tiga tipe, yaitu sebagai berikut:

#### 2. *Secondary Appraisal*

Saat individu menghadapi ancaman atau tantangan dalam hidupnya, biasanya individu berpikir mengenai apa yang akan dilakukan selanjutnya. Definisi dari *secondary appraisal* adalah suatu proses kognitif dalam melakukan evaluasi kompleks mengenai pilihan respon untuk menghadapi ancaman, dan juga evaluasi mengenai kemungkinan individu untuk dapat mengaplikasikan respon secara efektif. Saat melakukan evaluasi tersebut, biasanya individu memiliki *expectancy* (ekspektansi) atau yang dimaksud dengan perkiraan mengenai hasil dari pilihan respon yang tersedia. Bandura mengemukakan dua tipe dari *expectancy* (ekspektansi), yaitu *outcome expectancy* yang mengarah pada evaluasi individu mengenai kemampuan

suatu perilaku untuk mencapai hasil yang diinginkan, dan *efficacy expectation* yang mengarah pada keyakinan individu bahwa dirinya mampu untuk melakukan sejumlah perilaku yang dibutuhkan dengan sukses guna mencapai tujuan (Lazarus & Folkman, 1984). *Secondary appraisal* merupakan suatu proses yang penting karena pada proses kognitif inilah individu memiliki keinginan untuk melakukan *coping*, yang merupakan tahapan selanjutnya.

### 3. *Coping*

*Coping* merupakan suatu usaha untuk menunjukkan respon yang muncul pada tahapan sebelumnya, *secondary appraisal*. Definisi *coping* adalah suatu usaha berbentuk kognitif maupun tingkah laku yang dilakukan guna mengatur tuntutan-tuntutan penyebab stres (Lazarus dan Folkman, 1984). Maka dapat dikatakan proses *coping* merupakan proses di mana individu melakukan segala sesuatu yang ditujukan untuk menanggulangi stres dan mengurangi atau menghilangkan dampak negatif dari stres. *Coping* ada beberapa macam, yang kemudian dibagi menjadi dua kategori (Lazarus & Folkman, 1984). Dua kategori *coping* ini membedakan keduanya berdasarkan target dari proses *coping* yang dilakukan, yaitu pada emosi saat mengalami stres dan juga pada masalah yang menyebabkan stres (Lazarus & Folkman, 1984).

#### a. *Problem-Focused Coping*

*Problem-focused coping* menggunakan strategi yang sama dengan strategi yang digunakan *problem solving*, yaitu fokus pada masalah penyebab stres dan juga pada pemecahan masalah yang mungkin dapat dilakukan. Usaha *coping* pada kategori ini sangatlah spesifik dan bergantung pada situasi. Strategi-strategi yang digunakan dapat ditentukan dengan melihat dahulu masalah dan situasi dari individu yang mengalami stres.

Menurut Carver, Scheier, dan Weintraub (1989), beberapa strategi dalam *problem-focused coping* adalah (1) *active coping*: melakukan tindakan atau usaha untuk menghilangkan atau menghindari *stressor*, atau untuk mengurangi efek negatif dari *stressor*, (2) *planning*: individu memikirkan suatu strategi yang kiranya dapat mengatasi *stressor*,

misalnya strategi apa yang dapat dilakukan dan bagaimana cara mengatasi *stressor*, (3) *suppression of competing activities*: membatasi diri dari kegiatan lain yang tidak berhubungan dengan masalah, dan (4) *seeking social support for instrumental reasons*: mencari dukungan sosial berupa saran, bantuan, atau informasi yang berkaitan dengan masalah.

*b. Emotion-Focused Coping*

Sesuai dengan istilahnya, proses ini memfokuskan usaha *coping* untuk menghilangkan respon atau emosi negatif yang disebabkan oleh *stressor*. *Emotion-focused coping* adalah suatu kategori *coping* yang menggunakan proses kognitif maupun tingkah laku yang ditujukan untuk menanggulangi tekanan emosional. Beberapa jenis strategi dalam *emotion-focused coping* adalah (1) *seeking social support for emotional reasons*: mencari dukungan moral, simpati, dan pengertian dari orang lain, (2) *positive reinterpretation and growth*: melihat dan mencari adanya sisi-sisi positif dari permasalahan yang sedang dialami, (3) *denial*: *coping* yang dilakukan dengan menyangkal untuk mempercayai kenyataan mengenai keberadaan *stressor*, (4) *acceptance*: menerima kenyataan mengenai situasi penuh tekanan yang sedang dialami, dan (5) *turning to religion*: mendekati diri pada agama guna mendapatkan rasa aman dan nyaman, atau dengan kata lain menggunakan religiusitas sebagai strategi *coping* (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

### 2.2.3. Sumber Stres

Beberapa ahli psikologi menggunakan definisi stres yang mengarah pada stimulus (Lazarus & Folkman, 1984). Yang dimaksud dengan stres sebagai stimulus adalah segala stimulus yang memiliki potensi untuk menyebabkan stres. Stimulus yang dapat menyebabkan stres merupakan segala situasi atau kejadian pada individu dan juga dapat berupa stimuli yang ada pada diri manusia, seperti *drive stimuli* (rasa lapar, seksualitas, dan lainnya) ataupun stimuli yang muncul dari karakteristik neurologi. Hal-hal yang menjadi sumber dari stres tersebut disebut sebagai *stressor*, atau yang dimaksud dengan hal tidak diharapkan yang

berpotensi memunculkan stres. Sumber dari stres ada yang bersifat eksternal atau *environmental* dan ada juga yang bersifat internal. Namun sumber stres yang bersifat internal diperdebatkan sebagai faktor yang mempengaruhi individu dalam mengalami stres, bukan hanya sebagai penyebab stres (Reich, Parella, & Filstead, 1988). Maka, sumber stres yang akan dibahas pada bagian ini hanya difokuskan pada yang bersifat eksternal.

Berikut di bawah ini adalah kategori dari sumber stres yang bersifat eksternal (Matlin, 1999):

### 1. *Catastrophes*

*Catastrophes* adalah bencana berskala besar yang menimpa sejumlah besar manusia dan menyebabkan kerugian yang sangat besar (Matlin, 1999). Bencana yang termasuk dalam kategori *catastrophes* adalah gempa bumi besar, banjir besar, badai, perang, kontaminasi racun, bencana nuklir, dan bencana berskala besar lainnya. *Catastrophes* dapat menyebabkan besarnya jumlah korban jiwa dan juga hilangnya harta benda, maka tidak heran bila kategori ini dapat menyebabkan stres kronis.

### 2. *Important Life Events*

Peristiwa dan kejadian penting dalam hidup dapat menyebabkan stres (Matlin, 1999). Tidak hanya peristiwa negatif saja yang dapat membuat manusia mengalami stres, peristiwa yang bernilai positif atau bahkan menyenangkan juga dapat menjadi *stressor*. Hal ini bergantung pada penilaian masing-masing individu dan juga pada ketahanan individu saat menjalaninya. Tetapi sudah tentu mayoritas dari peristiwa penting dalam hidup yang menyebabkan stress merupakan peristiwa negatif dan tidak diharapkan.

### 3. *Daily Hassles*

*Daily hassles* mengarah pada suatu kejadian minor dalam hidup yang sering terjadi pada kehidupan sehari-hari, yang perlahan-lahan dapat berkembang menjadi *stressor* (Lazarus & Folkman, 1984). Contohnya adalah kemacetan, masalah dalam hubungan romantis, kesulitan akademik, masalah dalam kehidupan sosial, dan sebagainya. Yang menarik, *daily hassles* dikemukakan dapat menjadi prediktor dari penyakit-penyakit fisik lebih

daripada *important life events*. Akan tetapi, hal ini mungkin dikarenakan tingginya frekuensi *daily hassles* dibandingkan dengan *important life events* (Matlin, 1999).

Sumber-sumber stres yang telah disebutkan di atas dapat menyebabkan dua jenis stres yang berbeda, yaitu *eustress* dan *distress* (Selye dalam Rice, 1999). *Eustress* memiliki arti stres yang baik, yaitu munculnya stres yang masih dapat diatasi oleh individu yang mengalami. Stres tersebut juga dapat menjadi suatu tantangan yang kemudian memotivasi individu untuk meraih suatu hal. Contoh dari *eustress* adalah individu yang akan menjalani ujian merasakan ketegangan dan ketakutan akan kegagalan yang mungkin muncul. Tetapi individu tersebut berusaha lebih keras untuk mencapai hasil yang lebih baik. Sebaliknya, *distress* berarti stres yang buruk, yaitu stres yang dialami individu secara berlebihan sehingga individu tersebut mengalami dampak-dampak negatif dari stres. Contohnya adalah seorang individu dalam situasi ujian yang serupa, mengalami stres berupa rasa takut akan kegagalan. Tetapi sebaliknya, individu tersebut menjadi depresi dan tidak mampu belajar sehingga mengalami kegagalan.

#### 2.2.4. Gejala Stres

Saat para individu mengalami stres yang berkelanjutan, biasanya mereka juga mengalami beberapa gejala atau perubahan pada empat aspek dalam diri (Vlisides, Eddy, & Mozzie dalam Rice, 1999). Gejala-gejala tersebut biasanya digunakan sebagai landasan dalam pengukuran stres.

Keempat gejala stres tersebut adalah:

##### 1. Gejala Emosi

Stres juga dapat menyebabkan perubahan emosi atau perasaan yang konstan pada diri manusia (Vlisides, Eddy, & Mozzie dalam Rice, 1999). Gejala emosi yang biasanya muncul saat manusia mengalami stres adalah kecemasan, depresi, *irritable*, rasa takut, rasa frustrasi, perasaan tidak pasti, perasaan tidak terkontrol, perasaan tidak tertolong, dan *denial*. Dalam pekerjaan, stres dapat juga menyebabkan hilangnya moral dan rendahnya kepuasan kerja.

## 2. Gejala Kognitif

Stres dapat mempengaruhi proses kognitif manusia, sehingga menyebabkan individu sulit untuk melakukan suatu kegiatan dengan sukses (Vlisides, Eddy, & Mozzie dalam Rice, 1999). Kemungkinan hal ini disebabkan oleh kelelahan dalam berpikir pada manusia saat mengalami stres. Individu terlalu banyak menggunakan sumber daya kognitif untuk memikirkan situasi yang penuh tekanan dan juga dalam berusaha menanggulangi stres. Hal ini menyebabkan rendahnya energi yang tersisa untuk menjalani kegiatan dalam kehidupan sehari-hari. Gejala kognitif yang biasa terjadi adalah hilangnya motivasi dan sulit berkonsentrasi. Gejala lainnya adalah rasa khawatir yang berlebihan, hilang ingatan atau menjadi mudah lupa, salah persepsi dan atribusi, kebingungan, berkurangnya kemampuan untuk mengambil keputusan, rendahnya kemampuan untuk memecahkan masalah terutama saat mengalami krisis, mengasihani diri sendiri, dan kehilangan harapan.

## 3. Gejala Fisik

Stres dapat menyebabkan manusia mengalami gangguan fisik dan kesehatan (Vlisides, Eddy, & Mozzie dalam Rice, 1999). Gejala fisik yang sering dialami oleh penderita stres adalah kelelahan, kelemahan fisik, migren, *tension headaches* (sakit kepala), sakit punggung termasuk sakit di bawah pinggang, dan ketegangan otot seperti *tremor* dan *spasm*. Stres juga dapat diperlihatkan dengan meningkatnya detak jantung, darah tinggi, dan gangguan fisik lainnya. Beberapa gangguan kesehatan kronis juga dapat muncul sebagai gejala fisik dari stres. Namun perlu diingat juga bahwa penyakit kronis yang disebabkan oleh stres jarang terjadi, dan juga perlu mempertimbangkan sejarah kesehatan individu.

## 4. Gejala Perilaku

Manusia yang mengalami stres dapat memperlihatkan gejala yang dapat diobservasi oleh orang lain, yaitu perubahan pola tingkah laku. Tingkah laku yang menjadi gejala stress adalah prokrastinasi, *avoidance* (menghindar), *withdrawal* (menarik diri) dari teman dan keluarga, kehilangan nafsu makan

dan energi, *emotional outburst* (mudah emosi), agresi, penggunaan obat-obatan terlarang, perubahan pola tidur (*insomnia* dan *hypersomnia*), melepas tanggung jawab, kurangnya produktifitas dalam kehidupan pribadi maupun dalam kehidupan profesional, membolos dari sekolah atau kerja, sering menangis, dan mudah mengalami kecelakaan.

#### 2.2.5. Faktor yang Mempengaruhi Stres

Beberapa hal diketahui memiliki pengaruh pada stres, misalnya faktor-faktor internal di dalam diri ataupun faktor lainnya. *Self-esteem* atau yang dimaksud dengan harga diri, merupakan suatu hal yang sangat berpengaruh pada risiko munculnya stres (Holahan & Moose dalam Trocki & Orioli, 1994). Individu dengan *self-esteem* yang tergolong rendah biasanya mudah putus asa sehingga lebih mudah mengalami stres. Individu dengan *self-esteem* yang rendah cenderung mudah putus asa, sehingga menyebabkan terbatasnya keberhasilan dalam melakukan *coping*. Keterampilan untuk melakukan *coping* juga sangat berpengaruh pada stres. Individu dengan keterampilan *coping* yang tinggi biasanya dapat terhindar dari stres, atau setidaknya hanya memiliki tingkat stres yang rendah (Holt dalam Trocki & Orioli, 1994).

Selain itu, stres dikemukakan memiliki pengaruh pada jenis kelamin yang berbeda. Penelitian sebelumnya telah mengemukakan bahwa perempuan memiliki tingkat stres yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki (Kessler & McRae dalam Trocki & Orioli, 1994). Hal ini mungkin disebabkan oleh kecenderungan perempuan yang lebih terbuka dalam menyatakan permasalahannya, sehingga stres dapat lebih mudah diukur. Kemungkinan lainnya adalah karena peran laki-laki yang sejak kecil dituntut untuk menunjukkan diri yang kuat, sehingga mereka terbiasa dalam menghadapi permasalahan. Leung dan Moore (2003) dalam penelitiannya menemukan bahwa laki-laki cenderung memiliki keterampilan *coping* yang lebih tinggi daripada perempuan. Maka, tak heran bila laki-laki cenderung terhindar dari stres atau setidaknya dapat menghindari dampak negatif dari stres.

### 2.2.6. Peranan Dukungan Sosial dan Religiusitas terhadap Stres

Dukungan sosial dan juga religiusitas merupakan dua faktor yang dapat berperan sebagai pelindung dari stres. Hal ini akan dijelaskan dalam teori yang dijabarkan berikut ini. *The Stress Buffering Hypothesis* yang pertama kali dikemukakan secara formal oleh John Cassel (1976) dan Sidney Cobb (1976). Keduanya mengemukakan mengenai pentingnya dukungan sosial untuk menghindari efek-efek negatif dari situasi yang penuh dengan tekanan. Transisi besar dalam hidup dan juga krisis menyebabkan individu mengalami stres yang berakibat buruk pada dirinya (Cobb, 1976). Akan tetapi, komunikasi yang bersifat positif dengan orang lain, terutama yang membuat individu merasa diperhatikan, dihargai, dan memiliki dukungan sosial dapat berperan sebagai pelindung dari stres. Selain itu, persepsi mengenai adanya dukungan sosial tersebut merupakan hal yang penting sebab bila individu tidak menyadari adanya dukungan sosial maka hal tersebut menjadi percuma. Kemudian, persepsi mengenai perlindungan tersebut dapat memudahkan individu untuk melakukan *coping* dan juga untuk beradaptasi.

Memang teori ini pada dasarnya lebih diarahkan pada dukungan sosial sebagai pelindung dari stres. Namun, teori ini juga dapat digunakan untuk menjelaskan mengenai pentingnya hal-hal yang bersifat positif yang dapat berperan sebagai pelindung dari stres, tidak hanya dukungan sosial. Religiusitas dapat dikatakan salah satu hal yang bersifat positif bagi para individu. Penelitian terdahulu dari Bishop (2008) mengemukakan bahwa religiusitas memiliki peran yang serupa dengan dukungan sosial dan bahkan lebih kuat daripada dukungan sosial. Pada dasarnya, agama merupakan suatu petunjuk dalam menjalani kehidupan sehari-hari, yang sifatnya positif (Sarwono, 2005). Telah disebutkan sebelumnya religiusitas dapat memberikan rasa nyaman saat individu mengalami situasi penuh tekanan (Post, 1998). Kemudian, mendekati diri kepada Tuhan juga dapat memberikan suatu kondisi yang disertai dengan harapan, yang dapat melindungi manusia dari stres (Bishop, 2008). Maka, religiusitas dapat menjadi pelindung dari stres, yang berperan serupa dengan dukungan sosial, seperti yang dikemukakan dalam *the stress buffering hypothesis*. Hal ini sangatlah menarik



mengingat dukungan sosial yang sifatnya terbatas dibandingkan dengan religiusitas yang dapat digunakan setiap waktu, tanpa membutuhkan bantuan dari orang lain.

Teori kedua adalah teori kelekatan (*attachment theory*) dari Bowlby (Kirkpatrick, 2005). Teori kelekatan Bowlby mengemukakan bahwa sejak kecil manusia secara insting memiliki kebutuhan akan kelekatan emosional dengan paling tidak seorang figur kelekatan, biasanya pada orangtua (Kirkpatrick, 2005). Figur kelekatan berperan sebagai tempat untuk berlindung (*secure base*) dan sebagai wilayah aman (*safe haven*) saat manusia menelusuri lingkungan sekitar di mana manusia mendapatkan respon mengenai segala aksi yang mereka lakukan. Hubungan kelekatan yang baik dengan figur kelekatan merupakan suatu hal yang sangat penting untuk memiliki perasaan dan emosional yang nyaman dan sehat. Sebaliknya, terbatasnya kelekatan dengan figur kelekatan dapat mengganggu keadaan psikologis pada individu. Individu yang memiliki hubungan yang baik dengan figur kelekatan juga dapat terhindar dari kerentanan pada permasalahan psikologis.

Melalui penjelasan yang telah diberikan sebelumnya, dapat dilihat bahwa teori kelekatan mengarah pada pentingnya hubungan interpersonal antar manusia dengan manusia lainnya yang merupakan seorang figur kelekatan. Hal ini menandakan bahwa hubungan kelekatan yang baik, atau dalam hal ini dukungan sosial memiliki peranan yang dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis, dengan melindungi diri dari stres. Kemudian, Kirkpatrick (2005) mengemukakan bahwa Tuhan (atau figur agama lainnya) dapat berperan sebagai suatu figur kelekatan bagi individu. Bahkan, Cicirelli berpendapat bahwa Tuhan dapat menjadi suatu figur kelekatan utama pada lansia (Bishop, 2008). Kemungkinan hal ini disebabkan oleh banyaknya individu pada kalangan dewasa tua yang sudah tidak memiliki orangtua ataupun figur kelekatan lainnya.

Selain dari teori yang telah diulas di atas, penjelasan lain yang juga mendukung adanya hubungan antara stres dan dukungan sosial ataupun dengan religiusitas adalah penggunaan kedua faktor tersebut sebagai salah satu strategi *coping* (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Dalam hal ini, *coping* dengan

dukungan sosial tergolong dalam *problem-focused* dan juga *emotion-focused*, dan religiusitas tergolong dalam *emotion-focused coping* yang dapat memunculkan harapan dan rasa optimis supaya manusia mampu menanggulangi stres yang dialami ataupun untuk meningkatkan keberanian dalam mengatasi masalah penuh tekanan yang dialami. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial dan religiusitas dapat mengurangi risiko munculnya stres dan juga mengurangi atau menghilangkan dampak negatif dari stres.

### 2.2.6. Stres pada Lansia

Stres memiliki pengaruh jangka panjang dalam tahapan kehidupan (Pearlin & Skaff dalam Bishop, 2008). Lansia mengalami berbagai macam *stressor* dari dalam diri dan lingkungan, berupa perubahan kesehatan fisik seiring bertambahnya usia, kehilangan orang yang dicintai, dan juga obligasi keluarga (Aldwin; Pearlin & Skaff dalam Bishop, 2008). Hubungan sosial juga menjadi salah satu pengalaman yang dapat mempengaruhi tingkat stres lansia. Kebanyakan lansia memiliki penurunan hubungan sosial yang berarti (Bishop, 2008). Paparan stres secara jangka panjang dapat menyebabkan depresi, dan juga dapat berdampak negatif pada kesejahteraan psikologis lansia. Hal ini kemudian mempengaruhi kualitas hidupnya, dan juga dapat mengakibatkan peningkatan kondisi penyakit yang dialami.

## 2.3. Kesepian

### 2.3.1. Definisi Kesepian

Berikut di bawah ini adalah beberapa definisi dari kesepian:

*“A complex set of feelings when one’s intimate and social needs are not adequately met, that motivates one to seek the fulfillment of these needs”.*

(Baumeister & Leary, dalam Hughes, Waite, Hawkley, & Cacioppo, 2004: 656).

*“Loneliness refers to the more subjective feeling state of being alone, separated, or apart from others.”*

(Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006: 360).

*“Loneliness has also been conceptualized as an unfavorable balance between actual and desired social contact.”*

(Ernst & Cacioppo, dalam Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006: 360).

Berdasarkan ketiga definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa kesepian adalah kondisi subjektif individu saat merasa kebutuhan sosialnya tidak terpenuhi seperti yang diharapkan. Manusia dinyatakan sebagai makhluk sosial, sehingga hubungan emosional dengan orang lain merupakan hal yang penting bagi kebanyakan individu (Hughes, Waite, Hawkey, & Cacioppo, 2004). Bila individu secara subjektif mempersepsikan bahwa hubungannya dengan orang lain terbatas, mereka biasanya merasakan kesepian. Kesepian melibatkan rasa terisolasi dan minimnya keterhubungan secara relasional dan juga kolektif (Russell, Peplau, & Cutrona, dalam Hughes, Waite, Hawkey, & Cacioppo, 2004). Rasa kesepian tidaklah berarti merasa sendiri, namun melibatkan rasa terisolasi, tidak terhubung, dan minimnya kebersamaan. Perasaan tersebut merefleksikan perbedaan antara harapan dan juga hubungan sosial yang dimiliki. Beberapa individu akan tetap merasa kesepian meskipun sebenarnya memiliki *network* sosial yang besar, hal inilah yang disebut dengan konsep alienasi (Brennan & Shaver, dalam Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006).

### **2.3.2. Sumber Kesepian**

Kesepian biasanya diakibatkan oleh kondisi penyakit, kematian pasangan, dan juga kurangnya teman (Savikko, 2008). Kehidupan yang kurang bermakna juga dinyatakan sebagai salah satu penyebab dari kesepian. Penyebab lainnya adalah tidak memiliki relatif, kondisi tempat tinggal, penyakit yang dimiliki pasangan, proses penuaan, hubungan tidak harmonis dengan orang terdekat, kondisi kehidupan anak-anak, dan juga lingkungan tempat tinggal baru. Secara lebih lanjut, kurangnya kesepian biasanya diakibatkan oleh kurangnya dukungan sosial yang memadai (Savikko, 2008).

### **2.3.3. Dampak dari Kesepian**

Kesepian memiliki dampak negatif pada individu yang mengalami. Beberapa penelitian sebelumnya menemukan bahwa kesepian memiliki

keterkaitan kuat dengan beberapa fase sosio-emosional seperti *self-esteem*, *mood*, kecemasan, kemarahan, optimisme, ketakutan pada evaluasi negatif, rasa malu, dan keterampilan sosial (Hughes, Waite, Hawkley, & Cacioppo, 2004). Kesepian juga ditemukan sebagai salah satu faktor risiko dari stres, hostilitas tinggi, kurangnya independensi dalam keseharian, alkoholisme, meningkatnya tekanan darah, terganggunya pola tidur, dan kecenderungan bunuh diri pada individu dewasa menengah dan atas (Russell, Cutrona, de la Mora, & Wallace; Akerlind & Hornquist; Bell; Cacioppo, Hawkley, Crawford, et al.; Cacioppo, Hawkley, Berntson, et al.; Cacioppo, Hawkley, Crawford, et al.; Goldsmith, Pellmar, Kleinman, & Bunney; Wenz, dalam Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006). Lebih lanjut, kesepian juga dinyatakan meningkatkan risiko munculnya depresi pada individu kalangan usia dewasa (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006). Pada individu berusia lanjut (lansia), kesepian dapat mengakibatkan kendala kognitif dan menurunnya kualitas hidup (Savikko, 2008).

Penelitian lainnya secara konsisten menemukan bahwa kesepian memiliki korelasi positif dengan kondisi kesehatan yang negatif (Gupta & Korte, dalam Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006). Individu dengan rasa kesepian yang lebih besar, biasanya memiliki kondisi kesehatan yang lebih buruk. Secara lebih spesifik, beberapa penelitian menemukan kontribusi kesepian terhadap peningkatan tensi darah seperti yang telah disebutkan sebelumnya, meningkatnya level kortisol, pola tidur yang kurang teratur, dan juga kendala *coronary* (Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006).

#### **2.3.4. Faktor Terkait dengan Kesepian**

Dukungan sosial merupakan faktor utama yang melawan kesepian (Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006). Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, individu yang merasa kesepian diakibatkan oleh kurangnya dukungan sosial yang memadai. Maka, individu dengan dukungan sosial yang besar kemungkinan besar memiliki tingkat kesepian yang lebih sedikit. Dukungan sosial mengarah pada pengalaman subjektif maupun objektif di mana individu

merasa terhubung secara sosial, memiliki sumber daya sosial yang memadai, kedekatan dengan orang lain, atau juga suatu rasa kebersamaan dalam kelompok. Dukungan sosial juga dinyatakan berkaitan dengan kondisi kesehatan yang lebih baik, dan juga memiliki kemampuan untuk berperan sebagai pelindung dari dampak negatif stres, seperti yang telah dijelaskan sebelumnya pada sub-bab stres.

### **2.3.5. Kesepian pada Lansia**

Kesepian merupakan masalah yang banyak terjadi pada lansia (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999; Savikko, 2008). Integrasi sosial merupakan suatu hal yang kritis pada perkembangan di setiap tahapan usia, tetapi menjadi semakin penting di fase dewasa akhir. Hal ini juga didukung oleh meningkatnya kedekatan emosional seiring dengan meningkatnya usia, tetapi, jumlah hubungan sosial biasanya menurun karena disrupsi berarti pada ikatan sosial seperti kematian orang dekat, anak meninggalkan rumah, dan relokasi (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999; American Psychological Association, 2003). Banyak juga individu yang tinggal sendirian. Beberapa hal tersebut dapat mengakibatkan jarak antara hubungan sosial yang sebenarnya dengan yang diharapkan, dan dalam hal ini memunculkan kesepian. Kesepian pada lansia dapat mengurangi kesejahteraan psikologi dan kemudian juga mengganggu kualitas hidupnya. Hal ini dapat menjadi masalah yang berarti karena lansia sedang mengalami banyak perubahan.

### **2.3.6. Penanganan Kesepian pada Lansia**

Intervensi pada kesepian biasanya dilakukan dengan meningkatkan keterampilan sosial, meningkatkan dukungan sosial, meningkatkan kesempatan pada kontak sosial, dan menantang kognisi sosial yang sifatnya maladaptif (Masi, Chen, Hawkey, & Cacioppo, 2011). Intervensi untuk meningkatkan dukungan sosial menekankan keterampilan komunikasi, bicara melalui telepon, memberikan dan menerima pujian, menghadapi situasi terdiam (*moment of silence*), meningkatkan penampilan fisik, metode komunikasi non-verbal, dan pendekatan pada kedekatan fisik. Intervensi semacam ini ditemukan mampu mengurangi

kesepian, *self-consciousness*, dan juga rasa malu. Intervensi dengan meningkatkan dukungan sosial pada individu yang sedang berduka, atau juga pada lansia yang tali sosialnya berkurang karena relokasi ditemukan mengurangi kesepian. Intervensi menggunakan CBT dalam menantang kognisi sosial juga terbukti efektif dalam mengurangi kesepian. Caranya adalah dengan mengajarkan individu mengidentifikasi pemikiran negatif dan menyadari bahwa hal tersebut sebagai hipotesa, bukan fakta.

Intervensi kesepian dengan pelatihan keterampilan sosial (*social skills training*), memberi kesempatan untuk interaksi sosial, dan juga CBT secara potensial efektif mengurangi kesepian. Pelatihan keterampilan sosial sebenarnya ditujukan untuk menangani kecemasan dan rasa malu, namun diadaptasikan dengan sukses dan berhasil untuk mengurangi kesepian, karena kedua target tersebut terkait dengan kesepian. Secara lebih lanjut, CBT yang dikombinasikan dengan pelatihan keterampilan sosial dapat lebih efektif dalam menangani kesepian pada lansia, dibandingkan suatu *treatment* tertentu saja (Glass, Gottman, & Shmurak, dalam Masi, Chen, Hawkley, & Cacioppo, 2011). Beberapa pendekatan intervensi kesepian yang paling efektif melibatkan aktivitas kelompok, *self-help*, dukungan saat berkabung, kelompok spesifik sebagai target (contohnya wanita dan janda), menggunakan lebih dari satu strategi intervensi, memiliki evaluasi yang beriringan dengan intervensi, dan juga memberikan partisipasi rasa kontrol (Glass, Gottman, & Shmurak, dalam Masi, Chen, Hawkley, & Cacioppo, 2011). Selain itu, intervensi yang cocok untuk kesepian juga melibatkan aktivitas terstruktur dan juga komponen edukasi.

#### **2.4. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)**

*Cognitive behavioral therapy* merupakan terapi yang menggunakan pendekatan kognitif dan perilaku (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Dalam terapi semacam ini, fokus diutamakan pada perubahan pola pikir yang kemudian dapat berpengaruh pada perubahan emosi dan juga perilaku. CBT memperoleh pengaruh dari *behavioral therapy* dari Wolpe dan juga *cognitive therapy* yang dikembangkan oleh Beck. *Behavioral therapy* berfokus pada stimulus (fitur atau

kejadian pada lingkungan) dan juga respon (reaksi individu yang terlihat dan terukur). Terapi ini mengabaikan proses ketidaksadaran, motivasi tersembunyi, dan juga struktur pemikiran lainnya. *Behavioral therapy* sangat sukses dalam menangani berbagai gangguan mental, terutama gangguan kecemasan. Meskipun begitu, beberapa hal menimbulkan ketidakpuasan terhadap *behavioral therapy*, yaitu pengabaian pada proses mental penting seperti pemikiran, keyakinan, interpretasi, *imagery*, dan lainnya. Proses mental tersebut merupakan bagian penting dalam kondisi psikologis manusia. Ketidakpuasan ini mengakibatkan Beck dan beberapa tokoh lainnya melibatkan proses kognitif dan mengembangkan *cognitive therapy*, yang menekankan pada proses pemikiran manusia. Kedua terapi inilah yang menjadi dasar pemikiran dari CBT. Berikut adalah penjabaran dari prinsip dasar CBT (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007):

#### 1. Prinsip Kognitif

Dasar pemikiran dari pendekatan kognitif adalah bahwa reaksi emosi dan perilaku individu dipengaruhi dengan kuat oleh kognisi, yang berupa pemikiran, keyakinan, dan interpretasi mengenai diri atau situasi yang dialami individu (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Kognitif juga dapat dipersepsikan sebagai makna yang diberikan pada suatu kejadian dalam hidup manusia. Individu seringkali menginterpretasikan emosi berdasarkan situasi yang dialami. Tetapi, lebih dari itu, pemikiran merupakan mediator antara situasi atau kejadian dengan emosi. Inilah yang menyebabkan adanya perbedaan respon pada individu yang berbeda.

#### 2. Prinsip Perilaku

Perilaku merupakan aspek yang penting untuk mempertahankan atau mengubah kondisi psikologis manusia (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Seperti saat manusia memiliki pemikiran negatif, perilakunya biasanya justru mendukung dan kemudian mengkonfirmasi pemikiran tersebut. Maka, perubahan perilaku diasumsikan mampu turut mengubah pemikiran dan emosi.

### 3. Prinsip Kontinum

CBT percaya bahwa masalah kesehatan mental berasal dari proses normal yang berlebihan, sehingga sifatnya unidimensional (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Maka, masalah psikologis dapat terjadi pada setiap orang, dan prinsip CBT juga dapat diterapkan pada terapis, tidak hanya pada klien.

### 4. Prinsip “Di Sini dan Sekarang”

CBT berfokus pada gejala yang muncul, dan tidak banyak menekankan pada masa lalu (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Hal ini sesuai dengan prinsip terapi perilaku, yaitu memperhatikan kejadian di masa kini dan juga menekankan proses yang mempertahankan masalah.

### 5. Prinsip Sistem yang Saling Berinteraksi

CBT juga menekankan bahwa masalah kesehatan mental berasal dari interaksi antara beberapa sistem sekaligus, dalam diri dan juga lingkungannya (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Sistem tersebut termasuk kognisi, afek atau emosi, perilaku, dan kondisi fisiologis.

### 6. Prinsip Empiris

CBT juga menekankan pentingnya bukti empiris yang mendukung teori dan juga teknik terapi yang digunakan (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Hal inilah yang membuat CBT tergolong sebagai terapi yang *scientific*, etis, dan juga ekonomis dengan berbagai bukti yang memadai.

Teknik-teknik yang digunakan dalam CBT mengacu pada beberapa prinsip tersebut, yang kemudian digolongkan menjadi metode kognitif, perilaku, dan fisik (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Metode kognitif ditujukan untuk mengidentifikasi pemikiran yang maladaptif, dan kemudian meningkatkan pemikiran yang lebih tepat. Hal ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, dan biasanya melibatkan tugas tertulis, termasuk pekerjaan rumah. Teknik perilaku ditujukan untuk mengurangi perilaku yang sifatnya maladaptif, misalnya *exposure* yaitu dengan mendorong klien mengalami hal yang sangat ditakutinya (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Teknik fisik ditujukan untuk mengatasi gejala yang sifatnya fisiologis, misalnya dengan relaksasi guna mengurangi



ketegangan klien. Dalam CBT, peranan aktif klien merupakan faktor penentu keberhasilan terapi, karena CBT bersifat kolaboratif, yaitu membutuhkan kerjasama antara terapis dan klien dalam prosesnya agar berjalan secara efektif.

## **2.5. Terapi Kelompok**

Terapi kelompok merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang sangat efektif, bahkan setara dengan psikoterapi individual dalam menyediakan keuntungan yang berarti (Yalom, 2005). Selain efektif, terapi menggunakan pendekatan kelompok juga membutuhkan biaya yang rendah dan juga waktu yang digunakan secara lebih efektif. Terdapat banyak faktor yang berperan dalam terapi dengan pendekatan kelompok ini, yang menyediakan efek terapeutik yang kuat dalam prosesnya. Berikut ini adalah faktor-faktor yang menyediakan pengalaman terapeutik dalam terapi (Yalom, 2005):

### **1. Penanaman harapan**

Memunculkan dan mempertahankan harapan merupakan faktor penting dalam psikoterapi (Yalom, 2005). Harapan merupakan hal yang dibutuhkan untuk mempertahankan klien dalam terapi supaya faktor terapeutik lainnya dapat terjadi. Selain itu, harapan memberikan keyakinan pada suatu terapi yang dilakukan sehingga dapat berjalan secara efektif. Beberapa penelitian sebelumnya menemukan bahwa ekspektasi yang tinggi dari subjek mengindikasikan keberhasilan terapi (Sullivan, dalam Yalom, 2005).

### **2. Universalitas**

Kebanyakan individu merasa bahwa masalahnya unik dan tidak terjadi pada orang lain (Yalom, 2005). Hal ini membuatnya merasa sendirian dalam menghadapi permasalahan yang sedang dialami. Dengan pendekatan kelompok, individu dapat saling membagi masalahnya dan menemukan bahwa orang lain juga memiliki masalah, dan terkadang masalahnya sama. Hal inilah yang disebut isu secara universal yang biasanya muncul saat melakukan terapi kelompok.

Universalitas memberikan individu perasaan lega serta memunculkan rasa kebersamaan (*sense of belongingness*).

### 3. Pertukaran Informasi

Terapi kelompok mendorong terjadinya pertukaran informasi yang mengembangkan proses psikoedukasi secara tidak disadari oleh peserta (Yalom, 2005). Peserta dapat saling mempelajari berbagai fakta mengenai kondisi diri dan juga cara-cara yang tepat maupun tidak tepat untuk dilakukan. Hal ini mendorong dan memotivasi peserta untuk mengembangkan diri dan juga untuk melakukan perilaku yang lebih tepat dalam menanggapi masalah.

### 4. Altruisme

Peserta terapi dapat mengembangkan rasa saling peduli dan memberikan dukungan pada orang lain. Dalam terapi ini, individu memiliki kesempatan untuk membantu orang lain, sehingga merasa dirinya sebagai individu yang lebih berguna. Selain itu, individu juga secara bergantian melakukan peran sebagai penerima pertolongan dan juga penyedia pertolongan, yang kemudian memunculkan kedekatan antar individu.

### 5. Rekapitulasi korektif dari kelompok keluarga primer

Kebanyakan individu yang bergabung dengan kelompok sebelumnya mengalami ketidakpuasan pada keluarga primernya (Yalom, 2005). Mengikuti terapi kelompok memberikan kesempatan untuk mengatasi masalah dalam keluarga yang belum teratasi. Hal ini didukung oleh bentuk terapi kelompok yang menyerupai keluarga, karena terdapat berbagai peran yang mencerminkan figur dalam keluarga seperti figure otoritatif, figur sebaya seperti pada kakak atau adik. Emosi intens juga muncul dalam terapi kelompok, seperti layaknya dalam keluarga. Dengan menyalurkan emosi tersebut, individu dapat memperoleh kelegaan yang sifatnya konstruktif.

#### 6. Pengembangan teknik sosial

Individu dalam terapi kelompok memiliki kesempatan untuk mempelajari teknik interpersonal yang tepat dan juga untuk mencoba mempraktekannya dalam kelompok. Hal ini membuatnya mengembangkan keterampilan interpersonalnya untuk kemudian digunakan dalam kehidupan sehari-hari.

#### 7. Perilaku imitatif

Individu dapat mempelajari dan mengikuti cara berpikir atau perilaku peserta lain dalam kelompok, guna mengatasi permasalahan (Yalom, 2005). Hal ini dapat mengembangkan berbagai macam keterampilan para peserta.

#### 8. Kohesivitas kelompok

Terapi kelompok yang berjalan efektif akan menciptakan kelompok yang kohesif (Yalom, 2005). Hal ini berarti individu memperoleh dukungan sosial antar peserta, dan juga memunculkan rasa kebersamaan. Dengan demikian, individu memperoleh pengalaman emosional yang lebih positif dan juga menjadi faktor protektif dari distres.

#### 9. Katarsis

Individu dalam terapi ini memiliki kesempatan untuk saling berbagi masalah, dan didengarkan oleh orang lain (Yalom, 2005). Banyak individu yang tidak dapat berbagi masalah dalam kesehariannya karena malu, atau khawatir dinilai orang lain. Terapi kelompok memunculkan rasa aman pada individu untuk saling berbagi karena terbentuknya rasa kebersamaan yang besar. Individu yang telah berbagi akan merasa lebih lega dan kemudian diharapkan dapat menerima masalahnya.

Berdasarkan faktor-faktor terapeutik yang telah dijabarkan sebelumnya, terapi menggunakan pendekatan kelompok merupakan suatu bentuk intervensi yang dapat mengembangkan kesehatan mental individu. Terapis dalam terapi kelompok memiliki peranan yang penting untuk memandu terbentuknya dinamika

dalam kelompok (Yalom, 2005). Terapis juga perlu secara aktif dan intuitif untuk memandu setiap individu peserta terapi untuk mengikuti prinsip-prinsip yang dilakukan dalam terapi.

## 2.6. Intervensi Multikomponen

Intervensi muti-komponen dinyatakan mampu secara efektif meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi gejala pada individu dengan berbagai kondisi kesehatan (Rybarczyk, DeMarco, DeLaCruz, Lapidus, & Fortner, 2001). Intervensi ini memiliki kombinasi antara pendekatan kognitif-perilaku dan juga pendekatan kelompok. Teknik yang digunakan ada bermacam-macam, sehingga diasumsikan dapat mengatasi berbagai masalah psikologis secara bersamaan. Intervensi semacam ini pada umumnya menggunakan instruksi mengenai hubungan antara *mind/body*, pelatihan relaksasi, pendekatan kognitif-perilaku untuk mengatasi rasa sakit, kecemasan, dan depresi, pemecahan masalah, komunikasi efektif, informasi mengenai nutrisi, tidur, dan *exercise*, dan topik mengenai penyakit spesifik. Berbagai teknik tersebut juga ditujukan sebagai *self-help*, yaitu menekankan individu untuk secara aktif berusaha menangani masalahnya dengan mengaplikasikan teknik dalam terapi.

Berbagai teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

### 1. Psikoedukasi

Psikoedukasi tergolong pada teknik kognitif, yang melibatkan pembelajaran pada partisipan secara aktif, dengan informasi yang diberikan oleh terapis (Lukens & McFarlane, 2004). Teknik ini dilakukan untuk membantu individu dengan gangguan mental, atau juga pada individu yang tertarik untuk mengembangkan kesehatan mentalnya. Hal ini dilakukan dengan cara menyediakan pembelajaran fakta terkait kesehatan mental secara jelas dan lengkap. Informasi yang diberikan termasuk strategi untuk mengatasi gangguan mental serta juga efeknya terhadap berbagai aspek kehidupan. Psikoedukasi bukan merupakan *treatment* yang berdiri sendiri, namun merupakan bagian dari perencanaan *treatment* secara keseluruhan. Teknik ini penting untuk meningkatkan

kontrol dari individu terkait, dengan munculnya kesadaran mengenai gangguan yang dimiliki dan bagaimana efeknya terhadap diri dan juga orang lain. Pengetahuan yang tepat dapat memunculkan kesehatan mental yang lebih baik. Selain pada individu terkait, psikoedukasi juga dapat diberikan pada keluarga atau kerabat lainnya guna meningkatkan kemampuan untuk membantu mengatasi masalah yang dialami.

## 2. Relaksasi

Relaksasi merupakan teknik fisik yang ditujukan untuk mengurangi ketegangan fisik dan mental (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Gejala fisik dapat berperan sebagai faktor yang mempertahankan berbagai masalah psikologis seperti stress, kecemasan, depresi, dan gangguan tidur. Selain itu, relaksasi juga dapat mengurangi rangsangan yang berlebihan berupa gejala fisik, seperti misalnya detak jantung yang meningkat, sakit kepala, gemetar, dan kejang-kejang. Rangsangan berlebih tersebut dapat menyebabkan tegangannya keberfungsian individu, serta berperan dalam mengembangkan gangguan lainnya. Bila kondisi fisik menjadi lebih tenang, individu dapat berpikir dengan lebih jernih, sehingga mampu mengatasi masalah dalam keseharian dengan lebih baik (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007).

Teknik relaksasi diharapkan dapat mengurangi ketegangan atau rangsangan yang berlebihan, sehingga lansia dapat meningkatkan kemampuan untuk mengatasi masalah sehari-hari. Biasanya teknik ini dilakukan bergabung dengan teknik lainnya. Beberapa teknik relaksasi adalah relaksasi pernapasan (*controlled breathing*), relaksasi progresif, meditasi, atau bentuk lainnya. Relaksasi pernapasan dilakukan dengan mengatur cara bernapas menggunakan diafragma dan hitungan tertentu. Pada teknik relaksasi progresif, individu menegangkan dan kemudian melemaskan beberapa kumpulan otot tubuh, memperhatikan perasaan yang diasosiasikan dengan ketegangan dan rasa lemas yang muncul selama proses, merasakan perbedaan antara rasa tegang dan rasa relaks yang muncul.

### 3. *Self-monitoring*

*Self-monitoring* merupakan suatu teknik mengobservasi dan mencatat perilaku yang dilakukan (Spiegler & Guevermont, 2010). Perilaku yang dimonitor dapat berupa *covert* seperti hal yang kita lakukan atau gejala fisik seperti misalnya berkeringat, atau juga *overt* yaitu yang berupa emosi dan kognisi. Hal-hal yang dimonitor bergantung pada tujuan *self-monitoring* itu sendiri. Teknik ini biasanya dilakukan untuk meningkatkan kesadaran individu mengenai suatu hal. Metode ini biasanya digunakan untuk mengurangi kebiasaan buruk yang sulit dihilangkan. Dengan meningkatkan kesadaran individu terhadap kondisi dirinya, diasumsikan kontrolnya juga dapat meningkat sehingga mampu untuk mengatasi masalahnya.

### 4. *Action Planning/Rencana Aktivitas*

Rencana aktivitas adalah suatu teknik perilaku yang dilakukan dengan membuat suatu jadwal perencanaan aktivitas yang akan dilakukan (McKay, Davis, & Fanning, 2007). Hal ini cenderung mendorong dan memotivasi individu untuk melakukan aktivitas yang sebelumnya telah dijadwalkan. Aktivitas yang telah dijadwalkan tentunya merupakan aktivitas yang positif, yaitu yang perlu dilakukan untuk meningkatkan kesehatan mental individu. Aktivitas tersebut bisa merupakan hal yang menyenangkan untuk dilakukan oleh individu, atau juga hal yang harus dilakukan untuk meningkatkan produktivitas individu.

### 5. Pendekatan Kognitif

Teknik dengan pendekatan kognitif berbentuk pendekatan logis dan intelektual terkait proses dan solusi dari masalah atau kesulitan klien (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Fokus dari teknik tersebut adalah mengidentifikasi penalaran dan kepercayaan, menantanginya dengan logika dan bukti-bukti, serta mengoreksi penalaran dan merubah kepercayaan yang menimbulkan masalah. Hal ini penting dilakukan, karena kebanyakan permasalahan psikologis disebabkan oleh pemikiran yang kurang rasional. Asumsi yang mendasari teknik ini adalah bahwa

cara individu mempersepsikan sesuatu, mempengaruhi kondisi emosi. Sehingga, merubah pemikiran dapat menghasilkan perubahan perilaku.

#### 6. Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif merupakan suatu keterampilan yang perlu untuk dimiliki pada setiap individu, karena komunikasi merupakan suatu metode pertukaran informasi yang penting untuk berfungsi dalam kehidupan sehari-hari. Rendahnya suatu keterampilan dapat menjadi suatu faktor yang mempertahankan masalah psikologis (Spiegler & Guevermont, 2010). Salah satu bentuk komunikasi efektif adalah komunikasi asertif, yaitu kemampuan individu untuk menyampaikan pendapatnya dengan cara tepat, tidak agresif pada orang lain. Selain itu, bentuk komunikasi efektif juga perlu disesuaikan dengan budaya, karena setiap budaya memiliki pandangan tersendiri mengenai komunikasi yang tepat. Teknik ini dilakukan dengan berbagai cara, seperti misalnya psikoedukasi, *modeling* atau memberikan contoh perilaku yang tepat dan meminta individu untuk menirunya, dan juga pekerjaan rumah.

#### 7. Teknik Pemecahan Masalah

Masalah merupakan hal yang menyebabkan dan juga mempertahankan kendala psikologis (Spiegler & Guevermont, 2010). Kebanyakan individu cenderung untuk terpaku pada satu solusi tertentu dalam menghadapi masalahnya atau juga mudah putus asa. Dengan teknik pemecahan masalah, individu dapat secara kreatif menganalisa masalahnya dan menemukan beberapa solusi yang dapat diterapkan untuk mengatasi masalah yang dimiliki. Individu kemudian diminta untuk memilih solusi utama yang akan dicoba, dan menganalisa sisi positif dan negatif dari solusi tersebut. Individu selanjutnya didorong untuk secara aktif mencoba melakukan solusi tersebut dan menelaah kembali efektivitas dari solusi yang sudah dilakukan. Bila kiranya kurang efektif dalam mengatasi masalah, individu dapat menggunakan solusi alternatif yang sebelumnya sudah ditemukan (Spiegler & Guevermont, 2010).

### 3. METODE PENELITIAN

Bab 3 menyediakan penjelasan mengenai metode yang digunakan dalam penelitian. Hal-hal yang akan dijabarkan meliputi desain penelitian, karakteristik partisipan, teknik pemilihan partisipan, alat ukur untuk asesmen, dan juga prosedur penelitian. Selain itu, bab ini juga menjabarkan rancangan program intervensi manajemen stres dan kesepian menggunakan pendekatan *Multicomponent Cognitive Behavioral Group Therapy* (MCBGT) yang akan dilakukan dalam penelitian ini.

#### 3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kuasi-eksperimental *before-after study* atau yang disebut juga dengan desain *pre-test/post-test* (Kumar, 1999). Desain ini dapat mengukur suatu perubahan pada situasi, fenomena, isu, masalah, atau juga sikap dan merupakan desain yang sesuai untuk menelaah efektivitas dari suatu program. Penelitian ini menggunakan desain tersebut karena bertujuan untuk menginvestigasi efektivitas dari program manajemen stres dan kesepian dengan MCBGT pada lansia di Depok. Maka, peneliti melakukan pengukuran pada awal sebelum intervensi dilakukan (*pre-test*/pra intervensi), dan satu pengukuran lainnya pada saat setelah intervensi (*post-test*/paska intervensi). Pada penelitian ini, pengukuran dilakukan untuk menelaah tingkat stres dan kesepian. Kedua pengukuran tersebut (pra dan paska) akan dibandingkan untuk melihat adanya pengaruh dari intervensi yang dilakukan terhadap stres dan kesepian partisipan.

#### 3.2. Partisipan Penelitian

##### 3.2.1. Karakteristik Partisipan

Karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian adalah lansia, atau yang dimaksud dengan individu pada rentang usia *late adulthood*. Secara lebih spesifik, usia lansia yang termasuk dalam karakteristik adalah antara 60 hingga 70 tahun. Peneliti menggunakan batasan usia tersebut agar usia partisipan dalam kelompok tidak jauh berbeda, guna menjaga homogenitas kelompok. Pria maupun wanita termasuk dalam karakteristik partisipan penelitian. Karakteristik lainnya adalah adanya *subjective complaint* partisipan terhadap stres dan kesepian. Partisipan juga



harus memiliki mobilitas yang baik, agar tidak terjadi kesulitan dalam menjalani sesi kelompok, serta memiliki tingkat pendidikan paling tidak setaraf SMP. PERGERI Depok yang telah bekerja sama dengan payung penelitian lansia membantu merekomendasikan beberapa lansia yang tinggal di Depok dan berada di bawah naungan lembaga tersebut. Merekalah yang kemudian menjadi partisipan penelitian. Partisipan juga diharapkan memiliki waktu luang pada hari kerja di pagi hari, atau dengan kata lain tidak memiliki pekerjaan tetap, supaya bisa mengikuti sesi intervensi.

### 3.2.2. Prosedur Pemilihan Partisipan

Peneliti menggunakan metode *non-probability* atau *non-random sampling* sebagai metode *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini. Metode *non-probability sampling* digunakan saat jumlah dari populasi tidak diketahui secara pasti sehingga individu yang berada dalam populasi tersebut tidak memiliki kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dalam penelitian (Kumar, 1999). Metode ini dipilih karena tidak semua populasi lansia memperoleh kesempatan untuk berpartisipasi.

Secara lebih spesifik, jenis *non-probability sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *judgmental* atau *purposive sampling* (Kumar, 1999), yakni memilih partisipan berdasarkan penilaian peneliti terkait individu yang kiranya memiliki informasi yang dibutuhkan dan bersedia membaginya. Oleh karena itu, pemilihan partisipan juga didasarkan pada faktor ketersediaan partisipan dan kemampuan peneliti dalam menjaring partisipan yang memenuhi kriteria penelitian. Peneliti mencari partisipan di beberapa tempat yang disarankan oleh PERGERI Depok, seperti misalnya di beberapa tempat senam lansia sekitar Depok, kelompok paduan suara lansia, dan Posyandu. Seluruh tempat pengambilan partisipan berada di wilayah Depok, untuk memudahkan jangkauan partisipan menuju tempat pelaksanaan intervensi.

## 3.3. Metode Pengambilan Data/Asesmen

### 3.3.1. Observasi

Observasi merupakan salah satu metode asesmen yang digunakan dalam penelitian ini. Metode ini dilakukan dengan cara mendengarkan dan juga

memperhatikan secara sistematis dan terarah suatu fenomena yang ingin ditelaah (Kumar, 1999). Observasi merupakan metode yang penting digunakan dalam penelitian ini, untuk menginvestigasi efektivitas program intervensi dengan lebih mendalam. Dengan metode ini, peneliti diharapkan dapat lebih memahami kondisi setiap partisipan, dan juga perubahan yang muncul sebagai efek dari intervensi, meskipun tidak disampaikan secara verbal oleh partisipan.

### 3.3.2. Alat Ukur/Kuesioner

Instrumen yang digunakan sebagai asesmen awal dan akhir (pra dan paska intervensi) dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner merupakan sejumlah daftar pertanyaan tertulis yang kemudian dijawab oleh responden (Kumar, 1999). Peneliti menggunakan kuesioner dengan pertimbangan mengenai kemampuannya untuk merepresentasikan suatu populasi, biaya yang relatif murah, kemudahan untuk memperoleh jumlah sampel yang besar, dan terbatasnya kontak langsung partisipan sehingga merasa kepercayaannya terjaga (Kumar, 1999). Penelitian ini menggunakan empat alat ukur, yaitu tiga alat ukur stres berupa *Perceived Stress Scale (PSS)*, *Perceived Stress Questionnaire (PSQ)*, dan *Subjective Units of Distress (SUD)*, serta satu alat ukur kesepian yaitu *UCLA Loneliness Scale*. Meskipun sama-sama mengukur persepsi subjektif individu terhadap stres, PSS, PSQ, dan SUD mengarah pada karakteristik stres yang berbeda-beda. Stres yang diukur pada PSS mengarah pada rendahnya kontrol individu pada segala situasi yang terkait dengan stres. PSQ mengukur stres sebagai rasa khawatir, tegang, rasa tidak menikmati diri dan situasi, serta tuntutan dari diri individu maupun dari lingkungan. SUD mengukur rasa tidak nyaman yang sifatnya sangat bergantung pada situasi “masa kini”, sehingga cukup sensitif untuk mengukur perubahan tingkat stres yang terjadi.

#### 3.3.2.1. *Perceived Stress Scale (PSS)*

Salah satu alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Perceived Stress Scale (PSS)* yang bertujuan untuk melihat kecenderungan individu merasakan adanya persepsi stres sebagai akibat dari situasi negatif selama satu

bulan terakhir (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983). Persepsi stres pada alat ukur ini ditandai dengan rendahnya kontrol individu terhadap diri, masalah, atau lingkungannya. PSS merupakan alat ukur yang paling sering digunakan untuk mengukur persepsi terhadap stres. Terdapat empat pertanyaan dalam alat ukur ini, di mana pilihan jawaban menggunakan skala Likert yang berkisar antara 0 (tidak pernah) hingga 4 (sangat sering). Dua pertanyaan mengukur persepsi stres secara langsung dan dua lainnya dihitung secara terbalik (*reversed score*). PSS bukan merupakan alat diagnostik, maka tidak memiliki *cut-off* yang membedakan kelompok level stres. Semakin tinggi skor PSS menandakan tingkat stres yang semakin tinggi. PSS telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh peneliti, dan kemudian memperoleh *expert judgment* dari dosen pembimbing payung lansia dan juga seorang dosen psikologi klinis Universitas Indonesia yang merupakan ahli dalam konsep stres. Tidak terdapat perubahan pada keempat item PSS pada *expert judgment*, yang menandakan bahwa item-item cukup dapat dipahami.

### 3.3.2.2. *Perceived Stress Questionnaire (PSQ)*

Penelitian juga menggunakan *Perceived Stress Questionnaire (PSQ)*, yang berbentuk skala Likert berkisar antara 1 (hampir tidak pernah) hingga 4 (sangat sering). Definisi stres dalam alat ukur berfokus pada reaksi subjektif pada kejadian eksternal atau tuntutan dari lingkungan (Levenstein, Prantera, & Varvo, 1993). PSQ mengukur stres berdasarkan definisi tersebut, yang berfokus pada persepsi subjektif dan respon emosional. Dengan tujuan tersebut, kata-kata dalam item dibuat untuk merepresentasikan perspektif subjektif individu. Pengalaman stres yang dipresentasikan dari alat ukur cukup abstrak sehingga dapat diaplikasikan pada orang dewasa dari berbagai usia, pada berbagai tahapan kehidupan, jenis kelamin, dan pekerjaan. Pada sisi lainnya, PSQ juga dapat diinterpretasikan secara cukup spesifik pada bermacam-macam situasi hidup yang sesungguhnya. Terdapat empat dimensi di dalamnya yaitu rasa khawatir (*worry*), rasa tegang (*tension*), rasa bahagia (*joy*), dan tuntutan (*demand*). Setiap dimensi terdiri dari lima item, dengan jumlah 20 item pada alat ukur. Dimensi *joy*

mengindikasikan rasa bahagia yang menandakan rendahnya tingkat stres, sehingga itemnya yang dihitung secara terbalik (*reversed score*). Pada item-item dalam alat ukur ini, terdapat persepsi terhadap *stressor* dan juga respon dari stres, dengan mayoritas merupakan reaksi pada stres.

PSQ versi asli (bahasa Inggris) diterjemahkan oleh peneliti, dan kemudian diberikan pada seorang penerjemah tersumpah untuk memperoleh *back translation* (menerjemahkan kembali). Tidak terdapat perubahan pada item PSQ dari hasil *back translation*, karena telah sesuai dengan versi asli. Peneliti juga meminta dua orang dosen psikologi senior Universitas Indonesia yang memiliki banyak pengalaman dengan penelitian lansia, untuk memberikan *expert judgment*. Salah satu dari dosen tersebut adalah pembimbing payung thesis lansia. Penggunaan kata Anda disarankan untuk diganti dengan Bapak/Ibu, mengingat partisipan penelitian merupakan lansia, yang dalam budaya Indonesia perlu memperoleh kata panggilan yang sopan. Delapan item mengalami perubahan melalui proses uji keterbacaan. Berikut adalah perubahan item dari hasil uji keterbacaan yang telah dilakukan:

**Tabel 3.1.** Hasil uji keterbacaan PSQ

Item Awal	Item Akhir
Anda takut pada masa depan.	Bapak/Ibu takut menghadapi masa depan.
Masalah yang Anda miliki rasanya menumpuk.	Bapak/Ibu memiliki banyak masalah.
Anda takut tidak mampu untuk mencapai tujuan/keinginan.	Bapak/Ibu takut tidak bisa mencapai tujuan/keinginan
Anda memiliki kesulitan untuk bersantai.	Bapak/Ibu sulit untuk bisa merasa rileks.
Anda menikmati diri sendiri.	Bapak/Ibu menikmati kehidupan.
Anda merasa tertekan karena tenggat waktu.	Bapak/Ibu merasa ditekan waktu yang terbatas.
Anda merasa tergesa-gesa	Bapak/Ibu merasa dikejar waktu.
Anda merasa terlalu banyak tuntutan yang diberikan pada diri Anda.	Bapak/Ibu merasa ada banyak sekali tuntutan yang ditujukan pada diri Bapak/Ibu.

### 3.3.2.3. Subjective Units of Distress (SUD)

SUD digunakan untuk menelaah indikasi dari tingkat *distress* yang diakibatkan oleh gambaran mental individu (Wolpe, 1969). SUD terdiri dari 11

poin jawaban yang merupakan skala Likert, dimulai dari 0 hingga 10. Alat ukur ini telah terbukti memiliki korelasi yang tinggi dengan indikator fisiologis dari stres (Thyer, Papsdorf, Davis, & Vallecorsa, 1984). Berikut adalah interpretasi terhadap setiap poin jawaban:

**Tabel 3.2.** Interpretasi poin jawaban SUD

Poin Jawaban	Interpretasi
0	Tidak ada stres sama sekali, relaksasi secara menyeluruh
1	Merasa sangat relaks dan nyaman
2	Kondisi bersantai seperti sedang menikmati situasi
3	Memiliki tingkat stres yang tidak mengganggu
4	<i>Mild distress</i> : memiliki rasa tegang, khawatir, takut, atau cemas yang kecil dan dapat ditoleransi
5	<i>Mild-moderate distress</i> : terasa tidak menyenangkan namun tidak menghasilkan gejala fisiologis
6	<i>Moderate distress</i> : rasa takut, cemas, marah, khawatir yang tidak menyenangkan. Individu masih dapat berfungsi baik pada tahap ini
7	<i>Moderate high distress</i> : sulit berkonsentrasi, terasa cukup intens
8	<i>High distress</i> : rasa takut, cemas, khawatir tingkat tinggi. Tidak bisa ditoleransi secara terus-menerus. Pemikiran dan pemecahan masalah terganggu.
9	<i>High-extreme distress</i> : di mana proses berpikir telah terganggu
10	<i>Extreme distress</i> : panik terror ekstrim. Tingkat maksimal dari ketakutan, kecemasan, dan kegelisahan.

#### 3.3.2.4. UCLA Loneliness Scale

Penelitian menggunakan *UCLA Loneliness Scale* yang mengukur persepsi individu terhadap rasa kesepian (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980). Alat ukur ini pada awalnya berjumlah 20 item namun telah mengalami revisi hingga jumlahnya menjadi empat item, yang dipilih berdasarkan *face validity* (Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006). Pilihan respon merupakan skala Likert yang berkisar antara 1 (tidak pernah) hingga 4 (selalu). Tidak terdapat dimensi dalam alat ukur ini, dan semua item dihitung berdasarkan angka pada pilihan jawaban, tidak ada item yang dihitung terbalik (*reversed score*). Alat ukur ini telah digunakan dalam penelitian yang menginvestigasi kesepian pada lansia, dan terbukti memiliki reliabilitas dan validitas yang baik. Alat ukur hanya melewati proses penerjemahan dan juga *expert judgment* sesuai saran dari dosen pembimbing dan juga seorang dosen psikologi Universitas Indonesia lainnya. Dari empat item keseluruhan, hanya dua

item yang mengalami perubahan dari uji keterbacaan.

**Tabel 3.3.** Hasil uji keterbacaan *UCLA Loneliness Scale*

Item Awal	Item Akhir
Seberapa sering Bapak/Ibu merasakan kurangnya kebersamaan?	Seberapa sering Bapak/Ibu merasa kurang punya teman/orang lain yang dapat menemani?
Seberapa sering Bapak/Ibu merasa sepi?	Seberapa sering Bapak/Ibu merasa kesepian?

### 3.3.4. Wawancara

Peneliti juga menggunakan wawancara sebagai salah satu metode pengambilan data. Wawancara dilakukan dengan bertanya secara langsung pada partisipan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan (Kumar, 1999). Metode ini dapat menjadi sumber data tambahan yang komperhensif, karena kemampuannya untuk memperoleh informasi yang lebih lengkap dan mendalam. Metode wawancara yang digunakan tidak terstruktur, di mana peneliti memberikan pertanyaan secara fleksibel sesuai dengan kebutuhan, namun terkait dengan konsep stres dan kesepian yang dialami partisipan. Selain itu, peneliti juga melakukan evaluasi keberhasilan program dengan menanyakan kepuasan dan perubahan yang muncul setelah mengikuti program intervensi.

## 3.4. Tahap Penelitian

Tahapan penelitian terbagi menjadi tiga, yaitu tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap evaluasi. Berikut di bawah ini akan dijelaskan mengenai tiga tahapan tersebut.

### 3.4.1. Tahap Persiapan

Peneliti telah melakukan berbagai hal dalam rangka mempersiapkan penelitian ini. Pada awalnya, peneliti beserta pembimbing dan anggota lain kelompok payung penelitian lansia mendiskusikan mengenai gambaran besar dari penelitian lansia, dan juga berdiskusi dengan anggota PERGERI Depok yang telah menjalin kerjasama selama bertahun-tahun dengan payung serupa. Setelah menemukan beberapa masalah yang banyak terjadi pada lansia di Depok, peneliti menentukan topik penelitian secara cukup spesifik, yaitu manajemen stres dan kesepian dengan pendekatan MCBGT

pada lansia di Depok. Peneliti kemudian melakukan studi literatur untuk memperdalam pemahaman terkait dengan lansia, stres, kesepian, dan MCBGT. Setelah itu, peneliti memperdalam kembali pemahaman dengan mendiskusikan informasi tentang topik penelitian dengan beberapa dosen Psikologi Universitas Indonesia yang mendalami konsep-konsep dalam penelitian ini. Secara lebih lanjut, peneliti menggali informasi mengenai lansia di Indonesia, terutama Depok melalui PERGERI Depok dan juga dosen Universitas Indonesia.

Setelah memahami kebutuhan dan karakteristik partisipan, peneliti merancang kembali program intervensi yang kiranya efektif untuk menangani stres dan kesepian pada lansia di Depok. Peneliti lalu dibantu oleh PERGERI Depok hingga disediakan tempat dan direkomendasikan beberapa tempat berkumpulnya para lansia di Depok untuk mencari calon partisipan. Peneliti kemudian menentukan alat ukur yang sesuai dengan topik penelitian, dan kemudian disesuaikan untuk digunakan pada lansia di Indonesia.

### 3.4.2. Tahap Pelaksanaan Intervensi

Intervensi akan dilaksanakan sebanyak delapan kali pertemuan, dengan dua pertemuan setiap minggunya, dengan rincian sesi sebagai berikut:

**Tabel 3.4.** *Jadwal pelaksanaan intervensi*

<b>Waktu Pertemuan</b>	<b>Rencana Kegiatan</b>
Pertemuan pertama	Perkenalan, promosi, pembinaan rapor, <i>pre-test</i> /pra intervensi.
Pertemuan kedua	Acara pembukaan program.
Pertemuan ketiga	Pelaksanaan sesi 1: perkenalan kelompok, penjelasan program yang dilaksanakan, <i>sharing</i> masalah, relaksasi pernapasan, dan relaksasi progresif.
Pertemuan keempat	Pelaksanaan sesi 2: Praktek relaksasi, psikoedukasi <i>mind-body</i> , <i>CBT</i> , stres, kesepian.
Pertemuan kelima	Pelaksanaan sesi 3: Praktek relaksasi, <i>self-monitoring</i> pada stres dan kesepian
Pertemuan keenam	Pelaksanaan sesi 4: Praktek relaksasi, <i>self-monitoring</i> , dan <i>action planning</i> .

Pertemuan ketujuh	Pelaksanaan sesi 5: Praktek relaksasi, pendekatan kognitif (identifikasi <i>negative automatic thought</i> , restrukturisasi kognitif dengan metode ABCDE).
Pertemuan kedelapan	Pelaksanaan sesi 6: Praktek relaksasi, pelatihan komunikasi efektif.
Pertemuan kesembilan	Pelaksanaan sesi 7: Praktek relaksasi, teknik pemecahan masalah (identifikasi masalah, harapan, solusi yang tersedia, dan kemudian menentukan solusi yang kiranya paling sesuai), kemudian pekerjaan rumah untuk mencobakan solusi terpilih.
Pertemuan kesepuluh	Pelaksanaan sesi 8: Praktek relaksasi, <i>sharing, feedback</i> untuk peserta, dan penutupan program intervensi.

Rancangan intervensi menggunakan acuan dari program *General Multicomponent Wellness* yang dikembangkan oleh Rybarczyk, DeMarco, DeLaCruz, Lapidus, dan Fortner (2001). Intervensi tersebut dimodifikasi agar lebih sesuai untuk diterapkan pada lansia di Indonesia, serta untuk menangani stres dan juga kesepian. Durasi setiap sesi diperkirakan 2,5 jam, dan program berlangsung selama satu bulan dengan dua kali sesi pertemuan setiap minggunya. Jarak antara sesi satu dengan lainnya berkisar antara dua sampai tiga hari. Jangka waktu antara sesi ketujuh dengan sesi delapan yang merupakan sesi terakhir adalah satu minggu, untuk melihat efektivitas dari program intervensi yang dijalankan pada saat *post-test*. Intervensi akan dilaksanakan di Rumah Sakit Grha Permata Ibu Depok, sebagai salah satu mitra kerjasama dari PERGERI Depok, yang sejak awal banyak menyediakan dukungan moril maupun jasa pada penelitian ini.

Pada sesi relaksasi, peneliti menggunakan CD relaksasi progresif (Soewondo, 2012) dan meminta partisipan untuk mengikuti instruksi dari CD tersebut. Sesi *self-monitoring* menggunakan lembar *stress-awareness diary* dari Davis, Eshelman, dan McKay (2008) untuk menelaah sumber stres dan juga gejala stres partisipan. Pada sesi *action planning*, peneliti menyediakan berbagai macam pilihan aktivitas (aktivitas menyenangkan/*pleasure activity* dan aktivitas produktif/*mastery activity*



untuk ditunjukkan, dipilih, dan dituliskan ke dalam lembar kerja rencana (Davis, McKay, & Fanning, 2007). Selanjutnya, sesi pendekatan kognitif menggunakan lembar ABC dan ABCDE dari Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson, dan Dick-Siskin (2003), begitu juga dengan teknik pemecahan masalah. Sesi komunikasi efektif menggunakan prinsip asertivitas dan juga tips-tips untuk meningkatkan keberhasilan berkomunikasi dengan orang lain (Maggio, 2005; Davis, Eshelman, & McKay, 2008).

### **3.4.3. Tahap Evaluasi**

Tahapan ini digabungkan dengan sesi kedelapan intervensi. Evaluasi dalam penelitian dilakukan dengan melihat perubahan pada tingkat stres yang dipersepsi oleh setiap partisipan. Perubahan tersebut akan ditelaah dengan membandingkan skor pada saat *pre-test* dengan skor *post-test*. Selain menggunakan alat ukur, evaluasi juga akan dilakukan menggunakan berbagai lembar kerja dan pekerjaan rumah selama intervensi berjalan. Peneliti juga akan mendiskusikan efek dari intervensi secara kualitatif dan berkelompok saat sesi terakhir, berupa kepuasan, perubahan yang muncul sebagai efek positif, dan juga efektivitas dari teknik yang digunakan. Evaluasi diharapkan menyediakan informasi mengenai efektivitas dari intervensi yang dijalankan terhadap tingkat stres pada lansia, serta pada kesejahteraan psikologisnya secara umum (emosi positif dan lainnya).

### **3.5. Rancangan Intervensi**

Pada bagian ini, peneliti menyediakan uraian mengenai gambaran kegiatan yang dilaksanakan pada seluruh sesi intervensi (detil uraian tersedia pada lampiran).

#### **Sesi 1: *Sharing* dan Relaksasi**

1. Peneliti memperkenalkan diri dan tujuan kedatangan, serta mempersilakan partisipan untuk saling memperkenalkan diri.
2. Peneliti menjelaskan gambaran program intervensi yang akan dijalankan, serta mengajak partisipan untuk berkomitmen bersama.
3. Partisipan diminta untuk membicarakan masalahnya.
4. Peneliti memberikan psikoedukasi mengenai relaksasi pernapasan dan progresif, serta mengajak partisipan untuk mempraktekkannya bersama.

**Sesi 2: Psikoedukasi hubungan *mind-body, cognitive behavioral therapy, group therapy, stres, dan kesepian***

1. Peneliti memberikan penjelasan mengenai hubungan antara pikiran dengan tubuh, *cognitive behavior therapy, group therapy, stres, dan kesepian*.
2. Partisipan diajak mendiskusikan hal-hal yang telah dijelaskan oleh peneliti.
3. Diskusi mengenai sumber stres dan juga kesepian yang dialami
4. Diskusi resep anti-stres
5. Partisipan diberikan pekerjaan rumah *self-monitoring* sebagai persiapan sesi selanjutnya.

**Sesi 3: *Self-monitoring***

1. Psikoedukasi mengenai *self-monitoring*, serta manfaatnya
2. Penjelasan cara melakukan *self-monitoring*
3. Pengisian lembar kerja

**Sesi 4: *Action Planning***

1. Psikoedukasi mengenai *action planning*, serta manfaatnya.
2. Pembahasan mengenai aktivitas yang menimbulkan emosi positif (*pleasure activities*/aktivitas menyenangkan) dan aktivitas penting dalam keseharian (*mastery activities*/aktivitas produktif).
3. Diskusi mengenai aktivitas lain yang kiranya perlu dilakukan
4. Penjelasan pengisian lembar kerja *action planning*
5. Pengisian lembar kerja

**Sesi 5: Pendekatan Kognitif**

1. Psikoedukasi mengenai pikiran negatif dan restrukturisasi kognitif.
2. Pembahasan mengenai sumber stres yang dialami partisipan.
3. Penjelasan mengenai konsep ABC
4. Pengisian lembar kerja ABC
5. Pembahasan mengenai sisi positif dalam diri, dan juga yang ingin dikembangkan
6. Pembahasan ABCDE dan pengisian lembar kerja

**Sesi 6: Komunikasi Efektif**

1. Penjelasan mengenai pentingnya komunikasi dalam keseharian
2. Penjelasan mengenai pentingnya untuk mempertahankan dukungan sosial,

sebagai salah satu pelindung dari stres

3. Penjelasan mengenai cara berkomunikasi yang efektif untuk mempertahankan dukungan sosial
4. *Role play* mengenai pola komunikasi, serta pengenalan emosi

#### **Sesi 7: Teknik Pemecahan Masalah**

1. Pembahasan mengenai dampak negatif dari masalah
2. Psikoedukasi mengenai gambaran dari teknik pemecahan masalah
3. Praktek pengisian lembar kerja

#### **Sesi 8: Penutup**

1. Diskusi mengenai materi yang telah dibahas pada sesi-sesi sebelumnya
2. Diskusi mengenai pengalaman, perasaan, dan pemikiran pada intervensi yang telah dilaksanakan
3. Pengukuran paska intervensi (*post-test*).
4. Penutupan program intervensi

## 4. HASIL DAN INTERPRETASI DATA PRA INTERVENSI

Pada bab ini, peneliti akan menguraikan hasil yang diperoleh dari proses pengukuran sebelum intervensi. Pengukuran pra intervensi yang dilakukan meliputi data diri partisipan, hasil observasi, dan hasil wawancara dengan partisipan. Hasil pengukuran menggunakan alat ukur *Perceived Stress Scale* (PSS), *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ), *UCLA loneliness scale*, dan juga *Subjective Units of Distress* (SUD) juga akan dijabarkan untuk memperoleh *baseline* masalah penelitian pada setiap partisipan.

### 4.1. Gambaran Umum Kelompok Partisipan

#### 4.1.1. Deskripsi Partisipan Penelitian

**Tabel 4.1.** *Deskripsi partisipan penelitian*

Inisial	Usia	JK	SES	Suku	Status	Penyakit
SB	60	P	Sedang	Jawa	Menikah	-
SM	67	P	Sedang	Jawa	Menikah	Osteoporosis Osteoarthritis
ZS	64	P	Sedang	Padang	Janda	Jantung Arthritis Osteoarthritis
MR	60	P	Sedang	Jawa	Janda	Hipertensi Kolestrol
SS	60	P	Sedang	Jawa	Menikah	Diabetes Hipertensi Asam Urut
KD	70	L	Sedang	Jawa	Menikah	Asam Urat Jantung
IW	61	P	Sedang - atas	Jawa	Janda	Kolestrol Nyeri Diabetes Hipertensi Persendian kaki

Penelitian ini terdiri dari tujuh partisipan. Dapat dilihat pada tabel di atas, seluruh partisipan merupakan lansia yang berada pada tahapan usia *late adulthood*, tepatnya antara 60 hingga 70 tahun. Mayoritas partisipan berjenis kelamin perempuan, hanya satu partisipan laki-laki. Hampir seluruh partisipan memiliki status sosio-ekonomi sedang, dan hanya satu partisipan yang tergolong

status menengah ke atas, yaitu IW. Empat orang partisipan memiliki pasangan hidup (suami/istri), dan tiga lainnya tidak memiliki pasangan karena kematian. Hanya satu partisipan, yaitu SB, yang mengaku tidak memiliki kondisi penyakit.

#### 4.1.2. Analisa Deskriptif Stres dan Kesepian

**Tabel 4.2.** *Analisa deskriptif hasil pengukuran pra intervensi*

Alat Ukur	Mean	SD	Minimum	Maksimum
PSS	7.29	2.21	4	11
PSQ	41.43	8.62	27	51
PSQ <i>worry</i>	12.00	2.71	7	16
PSQ <i>tension</i>	9.86	1.68	7	12
PSQ <i>joy</i>	8.14	3.72	5	16
PSQ <i>demand</i>	11.43	3.82	7	17
SUD	6.57	1.81	5	10
UCLA <i>loneliness scale</i>	8.71	2.14	6	12

Hasil pengukuran menunjukkan adanya kecenderungan stres pada partisipan penelitian dilihat dari skor PSS ( $M=7.29$ ,  $SD=2.21$ ) dengan skor minimum sebesar 4 dan maksimum 11. Ditinjau melalui PSQ, terdapat kecenderungan stres pada partisipan ( $M=41.43$ ,  $SD=8.62$ ), dengan skor minimum sebesar 27 dan maksimum 51. Ditinjau dari dimensi PSQ, mayoritas partisipan mengalami kekhawatiran ( $M=12.00$ ,  $SD=2.71$ ) dibandingkan dimensi lainnya. Rasa tidak menikmati (*joy*) paling sedikit dialami oleh partisipan penelitian ( $M=8.14$ ,  $SD=3.72$ ). Dilihat dari skor rata-rata SUD ( $M=6.57$ ,  $SD=1.81$ ), tingkat stres partisipan diperkirakan berada pada poin 6-7, yang dikategorikan sebagai *moderate* atau *moderate-high distress*, di mana kebanyakan partisipan mengalami tingkat stres yang cukup mengganggu. Partisipan juga menunjukkan rasa kesepian ( $M=8.71$ ,  $SD=2.14$ ).

## 4.2. Gambaran Individual Partisipan Penelitian

**Tabel 4.3.** Skor pengukuran pra intervensi partisipan penelitian

Alat Ukur	SB	SM	ZS	MR	SS	KD	IW
<b>PSS</b>	6	8	8	4	11	6	8
<b>PSQ</b>	47	41	43	36	45	27	38
<i>Worry</i>	12	13	16	11	12	7	13
<i>Tension</i>	12	9	11	9	10	7	11
<i>Joy</i>	6	9	8	5	16	6	7
<i>Demand</i>	17	10	15	11	13	7	7
<b>SUD</b>	5	7	7	5	10	5	7
<b>UCLA</b>	9	10	10	7	6	7	12

Hasil asesmen menunjukkan bahwa SS memiliki tingkat stres yang diperkirakan lebih besar dibandingkan partisipan lainnya, dilihat dari skor PSS dan SUD, meskipun pada PSQ SB memperoleh dua skor lebih tinggi daripada SS. Dimensi kekhawatiran pada PSQ menunjukkan bahwa ZS merupakan partisipan yang paling banyak mengalami kekhawatiran, dan KD paling sedikit. SB merupakan partisipan yang mengalami tingkat ketegangan paling besar, dan KD merupakan yang paling sedikit mengalami rasa tegang. Dimensi *joy* menunjukkan SS merupakan partisipan yang memiliki tingkat rasa tidak menikmati yang paling besar, dengan yang paling sedikit adalah MR. Individu yang mengalami paling banyak tuntutan adalah SB bila dibandingkan dengan partisipan lainnya. Terkait dengan rasa kesepian, IW merupakan partisipan dengan tingkat kesepian yang lebih besar dibandingkan dengan partisipan lainnya.

Berikut ini, akan dijabarkan mengenai observasi dan hasil wawancara pada setiap partisipan yang diperoleh saat sebelum intervensi dan juga saat pelaksanaan. Selain itu, kesimpulan mengenai hasil observasi, wawancara, dan pengukuran awal juga akan dibahas pada setiap partisipan.

#### 4.2.1. Partisipan SB

Nama	: SB
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Mandor Basyir, Beji, Depok
Tempat/Tanggal Lahir	: Jakarta, 12 Oktober 1952 (60 tahun)
Suku Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pendidikan Akhir	: SMP
Status Pernikahan	: Menikah
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Jumlah Anak	: Empat (LPPL)
Jumlah Cucu	: Tidak ada
Tinggal Bersama	: Suami dan anak

##### 1. Observasi Umum

SB merupakan wanita paruh baya yang berpenampilan rapi dan menonjol dibandingkan partisipan lainnya. Penampilannya tergolong modis untuk wanita seusianya. Wajahnya masih menampilkan kecantikan di masa lalu, dengan bulu matanya yang lentik dan sedikit kerutan pada bagian samping bibir. Kulitnya berwarna sawo matang, namun terang dan nampak terawat. Selain itu, ia selalu berpakaian dengan warna yang mencolok (merah, dan lainnya) dan juga serasi antara atasan, bawahan, dan jilbab yang ia kenakan. Ia mengenakan kacamata dengan *frame* keemasan yang berukuran besar, namun cocok dengan bentuk wajahnya. Secara umum, SB merupakan individu yang tidak banyak bicara, namun mampu mengungkapkan pendapatnya saat mengikuti sesi. Ia seringkali cukup responsif dalam menanggapi partisipan lain yang sedang bicara, serta juga cenderung ceria. Ia banyak menunjukkan senyum dan tawa saat bicara. Ia yang bertetangga dengan SM, nampak seringkali menunjukkan kedekatannya berdua, dengan sering duduk berdampingan dan bicara bersama. Ia juga selalu menunggu SM untuk pulang bersama.

##### 2. Autoanamnesa

SB merupakan anak kedua dari sepuluh bersaudara dalam keluarganya. Ia menikah pada tahun 1971, tepatnya saat berusia 19 tahun. Ia memiliki empat orang anak (LPPL) yang telah berusia dewasa. Ketiga anak tertua SB saat ini telah

berkeluarga dan tinggal sendiri, kecuali anak bungsunya yang belum menikah dan masih tinggal bersama SB. Kegiatan SB sehari-hari di rumah adalah mengurus kebutuhan rumah tangga dan juga berjualan baju pada orang-orang yang ia kenal. SB menggambarkan dirinya sebagai individu yang sabar dan seringkali menghindari konflik. Ia sesekali menghadapi konflik dengan suaminya seperti perbedaan pendapat terkait kebutuhan rumah tangga. Dalam menanggapi hal tersebut, ia seringkali berusaha menghindar seperti misalnya meninggalkan argumentasi dengan masuk kamar mandi untuk berdiam sejenak, guna melampiaskan kekesalan yang ia rasakan. Setelah keluar kamar mandi, ia biasanya tidak lagi membahas masalah dengan suami.

Selain konflik dengan suami, SB memiliki kekhawatiran karena anaknya yang berusia 30 tahun belum menikah. Ia sudah seringkali meminta anaknya tersebut untuk mencari pasangan namun anaknya belum juga menemukan pasangan yang sesuai. Ia khawatir bila anaknya mengalami kesulitan dalam menemukan pasangan dan kemudian tidak akan menikah. SB juga mengkhawatirkan anak pertamanya yang saat ini memiliki jasa penyewaan *game* di rumah. SB mengharapkan anaknya untuk memiliki pekerjaan yang lebih jelas dan terstruktur, yaitu dengan bekerja pada orang lain. Anaknya tersebut dahulu bekerja sebagai supir suatu perusahaan namun kemudian dipecat setelah beberapa waktu, dan setelah itu memutuskan untuk membuka bisnis penyewaan *game*. Salah satu rekan anaknya telah menawarkan pekerjaan namun anaknya belum memberikan lamaran. SB ingin anaknya dapat dengan segera melamar pekerjaan dan kemudian menjadikan bisnis sewa *game* sebagai pekerjaan sampingan.

### 3. Kesimpulan

SB merupakan partisipan dengan skor stres pada PSQ yang paling besar dibandingkan dengan partisipan lainnya. Hal ini perlu diperhatikan, dan ia perlu untuk diperhatikan selama sesi intervensi dijalankan. Dilihat dari skor SUD yang sebesar 5, ia mengalami *mild moderate distress*, di mana ia memiliki tingkat stres yang cukup mengganggu, namun tidak menghasilkan gejala yang berarti. Bila dilihat dari hasil observasi dan wawancara, ia merupakan individu yang sulit



terbuka secara mendalam, meskipun ia cukup banyak bicara dan aktif dalam berpartisipasi.

#### 4.2.2. Partisipan SM

Nama	: SM
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Mandor Basyir, Beji, Depok
Tempat/Tanggal Lahir	: Solo, 9 April 1945 (67 tahun)
Suku Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pendidikan Akhir	: D3 Ilmu Sosial Politik
Status Pernikahan	: Menikah
Pekerjaan	: Pensiun (sebelumnya sekretaris)
Jumlah Anak	: Empat (LLPP)
Jumlah Cucu	: Tidak ada
Tinggal bersama	: Suami

##### 1. Observasi

SM merupakan wanita paruh baya yang bertubuh kecil, kurus, dan tidak tinggi. Tingginya diperkirakan 152 cm dan beratnya kurang lebih 45 kg. Kulitnya berwarna sawo matang, dengan sedikit kerutan di wajahnya. Suaranya serak, basah, bergetar, dan melengking. Meskipun demikian, ia merupakan individu yang sangat ceria dan banyak bicara. Ia seringkali menunjukkan canda dan tawa selama pertemuan. Ia gemar bercerita dan senang menunjukkan pendapatnya. Saat peneliti tidak memimpin sesi, ia biasanya berbicara dengan para partisipan lain disertai penuh canda. Saat menceritakan masalahnya, wajahnya menjadi lebih serius namun seringkali diselingi humor, terutama saat menceritakan kendala yang ia alami dengan suami. SM menunjukkan kondisi diri yang cukup tertekan karena masalahnya, namun ia memiliki semangat untuk mengatasi.

##### 2. Autoanamnesa

SM merupakan anak kelima dari delapan bersaudara dalam keluarganya. SM saat ini tinggal hanya berdua dengan suaminya (inisial SD) yang telah dua kali mengalami *stroke*. SM memiliki empat anak (LLPP) yang telah berkeluarga dan hidup mandiri. Kegiatannya sehari-hari adalah mengurus kebutuhan rumah

tangga atau suami, mengikuti pengajian, dan juga membuat kerajinan tangan untuk kemudian dijual. Aktivitas yang ia gemari adalah olahraga, melakukan *teawalk*, dan juga bersepeda. SM mengaku sebagai individu yang aktif dan juga gesit dalam kesehariannya. Ia memperoleh tekanan berupa masalah dalam hubungannya dengan suami, rasa kesepian, dan juga kekecewaan pada anak. Tekanan-tekanan tersebut membuatnya ingin berpartisipasi dalam intervensi psikologi yang diadakan peneliti.

Dahulu ia bekerja dengan posisi sebagai sekretaris di tiga perusahaan koran ternama. Di salah satu perusahaan tempatnya bekerja, ia bertemu dengan SD dan kemudian menikah di tahun 1971. SD merupakan individu yang sabar, tidak banyak bicara, dan seringkali pasrah terhadap keadaannya. Hal ini merupakan suatu hal yang terkadang dibanggakan oleh SM, namun juga terkadang membuat SM merasa gemas karena menganggap SD terlalu sabar. Pekerja di perusahaan koran tidak menerima uang pesangon saat pensiun, dan hal ini mengakibatkan munculnya masalah finansial pada keluarga SM. SD dahulu memiliki pekerjaan sampingan sebagai pelukis, dan sesekali berhasil menjual hasil lukisannya pada beberapa kenalan yang tertarik. Tetapi, hasil penjualan lukisan merupakan hal yang tidak selalu dapat dilakukan.

Pada pertengahan tahun 2000an, SD jatuh sakit (*stroke*) hingga memiliki beberapa keterbatasan fisik yang signifikan. SD sejak itu menjadi mudah lelah dan tidak lagi dapat beraktivitas seperti sebelumnya. Selain itu, SD juga memiliki kesulitan pada gerakan motoriknya, terutama untuk melukis. Keterbatasan yang lebih mengganggu SM adalah kecenderungan SD yang sulit berkonsentrasi serta mudah lupa. Seringkali SD lupa menyiram toilet setelah digunakan, lupa mematikan air, atau juga mematikan kompor. Hal ini membuat SM merasa lelah dan sesekali kesal karena SD tidak juga menunjukkan perubahan yang lebih baik. SD juga menjadi individu yang mudah tersinggung, sehingga seringkali marah bila SM memberikan nasehat. Pada sisi lainnya, SM merasa telah mengusahakan yang terbaik untuk suami, namun kurang dihargai. SD yang diwajibkan untuk membatasi makanan yang dikonsumsi karena kondisi kesehatannya, seringkali mengkonsumsi makanan yang tidak sesuai dengan anjuran dokter secara diam-

diam. Hal ini membuat SM sering memarahi SD, dan kemudian biasanya SD justru semakin tersinggung. Hal ini masih berlanjut hingga sekarang.

SM juga mengalami tekanan yang berarti sewaktu mau menikahkan anaknya. Anak perempuannya memiliki hubungan romantis dengan seorang pria yang lebih muda dan kemudian berniat untuk menikah. SM sebagai pihak orangtua dari anak perempuan, memiliki tugas untuk mengurus acara pernikahan anaknya. Saat itu, terjadi perselisihan antara pihak keluarga suami anak dengan SM, karena masalah biaya dan perbedaan keinginan terkait acara pernikahan. Keluarga suami anak hanya memberikan biaya yang tidak menutupi seluruh kebutuhan hingga SM terpaksa menyumbang uang untuk mencukupi kebutuhan acara. SM merasa sangat tertekan saat itu, ditambah dengan anak yang memaksakan SM menuruti keinginan pihak keluarga suami anak karena khawatir pernikahan dibatalkan bila terjadi masalah. Anak SM saat itu memang telah berusia hampir 30 tahun hingga khawatir bila tidak jadi menikah karena usianya. Menurut SM, kejadian tersebut membuat suaranya berubah hingga menjadi bergetar dan melengking saat bicara. SM sudah mendatangi dokter namun suaranya tidak juga kembali seperti dahulu.

### 3. Kesimpulan

Hasil pengukuran mengindikasikan adanya stres dan kesepian yang dialami SM. Sumber stres adalah kondisi penyakit suami yang kemudian berkontribusi pada konflik yang seringkali muncul antara mereka. Rasa kesepian juga muncul karena konfliknya dengan suami tersebut, dan merasa bahwa hubungannya tidak lagi sehangat dahulu. Skor SUD sebesar 7 menandakan adanya *moderate-high distress*, di mana ia memiliki tingkat stres yang intens dan mengganggu konsentrasinya.

### 4.2.3. Parisipan ZS

Nama	: ZS
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Jl Durian, Depok Jaya
Tempat/Tanggal Lahir	: Bukittinggi, 4 Juli 1948 (64 tahun)
Suku Bangsa	: Jawa
Agama	: Minang
Pendidikan Akhir	: SAA
Status Pernikahan	: Janda (suami meninggal tahun 2006)
Pekerjaan	: Pensiun (sebelumnya sebagai apoteker di RSCM)
Jumlah Anak	: 1 (L)
Jumlah Cucu	: Tidak ada
Tinggal Bersama	: Anak

#### 1. Observasi Umum

ZS seorang wanita yang berkulit gelap dan bertubuh sedikit gemuk. Tingginya diperkirakan 158 cm dengan berat kurang lebih 58-60 kg. Ia memiliki mata yang menarik perhatian, karena warnanya cenderung terang kecoklatan. Bibir ZS tebal dan lebar, yang nampak mencolok saat ia tersenyum dan tertawa. Suaranya sedikit serak dan juga kencang saat bicara. Ia nampak sebagai individu yang pandai, tegas, dan juga dominan dibandingkan dengan anggota kelompok lain. Ia banyak menyampaikan pengetahuan yang ia miliki, terutama terkait kesehatan medis. Saat orang lain bicara, ia seringkali memotong pembicaraan untuk menyampaikan pendapat pribadinya. Meskipun demikian, ia sebenarnya merupakan individu yang hangat karena seringkali mengajak bicara, meskipun sesekali menyampaikan pendapat yang cenderung memojokkan orang lain. Sebenarnya ia seringkali ingin memberikan saran pada partisipan lain, namun seringkali terkesan memaksakan pendapat.

#### 2. Autoanamnesa

ZS merupakan anak ketujuh dari sembilan bersaudara dalam keluarganya. Ia telah menikah pada tahun 1974 dan memiliki seorang anak laki-laki, namun suaminya telah meninggal karena sakit. Saat ini ZS tinggal berdua dengan anak, namun anaknya jarang ada di rumah sehingga ia sering merasa kesepian. Ia memiliki minat pada memasak dan olahraga. Dalam kesehariannya, ia biasanya

mengurus rumah, mengurus keperluan anak, berolahraga, dan juga mengikuti pengajian.

ZS mulai bekerja pada tahun 1966, langsung setelah ia menyelesaikan sekolah farmasinya, saat ia masih berusia 18 tahun. Pada saat itu, masih sedikit individu yang memiliki latar belakang sekolah farmasi, sehingga ZS sangat dibutuhkan dalam bidang pekerjaannya. Selain itu, ZS mengaku tergolong sebagai anak yang pandai di sekolah. ZS menikah dengan suaminya yang berinisial HD. Hubungan ZS dan suami cukup harmonis, dan tidak pernah mengalami kendala yang berarti. Pada awal tahun 2000an, ZS sempat ditugaskan di Arab, dan saat itulah suaminya memiliki penyakit jantung. Saat mengetahui hal tersebut, ZS sangat khawatir dan ingin cepat pulang namun khawatir tidak diperkenankan karena memiliki kontrak kerja selama beberapa waktu. Meskipun demikian, atasan ZS mengizinkannya untuk pulang sebelum kontrak yang berlaku, karena pengalaman bekerja ZS yang hampir selalu memuaskan. Setelah pulang dan bertemu suami, ZS merasa lebih tenang dan kemudian selalu berusaha mengurus suami.

Pada tahun 2006, HD meninggal saat ZS menemani. ZS berpendapat saat itu ia tidak banyak menangis dan mampu untuk bersikap kuat. Ia mengaku tidak terlalu merasa sedih menghadapi kepergian suami karena telah berusaha sebaik-baiknya dalam melayani suami hingga tidak memiliki penyesalan. Meskipun demikian, ia sesekali merasa kesepian saat anaknya tidak ada di rumah. Ia seringkali menghabiskan waktunya dengan MN, yang merupakan sahabat dekatnya sejak kecil. Namun kemudian, MN juga jatuh sakit dan kemudian meninggal. Ia merasa lebih terpukul saat menghadapi kepergian MN dibandingkan HD. Ia merasa sedih sekali saat itu karena kehilangan individu yang sangat berarti baginya.

Setelah itu, ia menghabiskan kebanyakan waktunya untuk mengurus anak. Mungkin karena terlalu dimanjakan, anaknya sangat bergantung pada ZS. Bila ZS tidak membantunya, anak biasanya tidak mau melakukan pekerjaan rumah. Anaknya pernah berhubungan romantis dengan seorang janda, dan menurutnya saat itu anaknya menjadi seringkali melawan, tidak seperti biasanya.

Perasaan ZS bercampur aduk saat itu, yaitu sedih, kecewa, kesal, marah, dan juga takut. Bila mengamuk, anaknya melakukan hal-hal yang membuat ZS merasa ketakutan seperti misalnya membanting barang. ZS berpendapat anaknya digunakan oleh pacarnya hingga berperilaku demikian. ZS kemudian mendoakan anaknya agar dapat kembali seperti sedia kala, dan menurutnya saat ini anaknya berubah menjadi lebih baik. Meskipun demikian, anaknya masih sangat bergantung pada ZS dan juga tidak memiliki pekerjaan tetap, meskipun memiliki gelar sarjana di bidang Kriminologi dari universitas ternama di Depok. Harapan ZS adalah agar anaknya dapat menjadi lebih mandiri dan menemukan pasangan yang sesuai harapan ZS. ZS sulit mengkomunikasikan harapannya tersebut karena khawatir terhadap perilaku anak yang sering mengamuk saat merasa tersinggung.

### 3. Kesimpulan

ZS memiliki stres dan kesepian yang cukup menggangu. Hal ini diperoleh dengan menyimpulkan hasil pengukuran awal yang dilakukan. Skor 7 pada SUD menandakan adanya *moderate-high distress* yaitu merasakan tingkat stres yang intens dan menyebabkan sulitnya berkonsentrasi. Hal ini diakibatkan oleh rasa kesepian karena seringkali sendiri di rumah dan juga mengkhawatirkan anaknya yang belum bisa mandiri. ZS memiliki skor *worry* PSQ yang paling tinggi dalam kelompok, yang menandakan bahwa stres tersebut didominasi oleh rasa khawatir, kemungkinan disebabkan oleh anaknya.

#### 4.2.4. Partisipan MR

Nama	: MR
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Gria Musthofa, Kukusan Depok
Tempat/Tanggal Lahir	: Demak, 10 Oktober 1952 (60 tahun)
Suku Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pendidikan Akhir	: SMP
Status Pernikahan	: Janda (suami meninggal tahun 1976)
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Jumlah Anak	: Empat (LPLP)
Jumlah Cucu	: 13
Tinggal Bersama	: Anak keempat

## 1. Observasi Umum

MR merupakan wanita paruh baya yang bertubuh tinggi. Tingginya lebih dari 160 cm dan beratnya diperkirakan kurang lebih 55 kg, hingga ia nampak kurus. Pada wajahnya terdapat bekas luka seperti kulit terkelupas berukuran cukup besar. Giginya tidak lagi lengkap dengan satu buah gigi depan yang maju hingga tetap terlihat meskipun saat bibirnya tertutup. Ia mengenakan jilbab dan juga kacamata saat mengikuti kegiatan yang melibatkan baca tulis. Secara umum, MR nampak sebagai partisipan yang kooperatif dan menunjukkan penerimaannya dengan cepat terhadap peneliti. Ia juga cepat mengerti hal-hal yang dijelaskan dalam sesi. Ia merupakan individu yang hangat dan terkesan menyenangkan, meskipun ia tidak banyak bicara. Saat diberikan kesempatan untuk bicara, MR mampu bercerita dengan lengkap. Ia cukup ekspresif dilihat dari ekspresi wajah dan juga gerakan tangan saat mendemonstrasikan isi ceritanya.

## 2. Autonomnesa

MR merupakan anak keempat dari lima bersaudara dalam keluarga. Ia sudah menikah pada tahun 1969 namun suaminya meninggal pada tahun 1976. MR memiliki empat anak, dengan ketiga anaknya sudah berkeluarga. Kegiatannya sehari-hari adalah berolahraga, membuat kerajinan tangan untuk dijual, olahraga, dan mengurus cucu yang seringkali dititipkan pada MR. Ia memiliki kemampuan menjahit yang sangat baik, karena pernah mengikuti kursus selama tiga bulan.

Sewaktu masih bayi, MR dititipkan pada rekan orangtuanya karena kondisi finansial keluarga yang tidak memadai. Orangtua angkat MR merupakan kepala desa dengan status sosial ekonomi menengah ke atas. Orangtua angkat yang tidak memiliki anak, menganggap MR sebagai anaknya sendiri hingga memperlakukannya dengan sangat baik. Ibu angkatnya sangat menyayangi MR dan memberikan MR berbagai kemewahan, hingga MR sejak kecil hingga usia remaja tidak pernah melakukan pekerjaan kasar. MR mendeskripsikan kehidupannya saat itu dengan kondisi yang sangat dimanja. Ibu angkatnya memiliki kondisi kesehatan yang kurang baik hingga meminta MR untuk menikah di usia remaja, karena ingin cepat memiliki cucu. MR menuruti keinginan ibunya, hingga kemudian ia menikah pada tahun 1969 dan memiliki anak yang sangat

membahagiakan ibu angkat. Ibu angkatnya tiba-tiba meninggal dunia karena sakit, dan hal ini membuat MR merasa sangat terpukul saat itu. Setelah itu, ayah angkat memiliki istri lain yang mengambil semua harta yang sebenarnya diwariskan ibu angkat untuk MR. Meskipun memahami haknya, MR tidak mau meributkan perihal uang, karena menurutnya Tuhan telah mengatur segala sesuatu hingga ia hanya perlu menyerahkan dirinya pada Tuhan. Setelah itu, MR mencari ibu kandungnya dan berhasil bertemu, yang sebelumnya sama sekali belum pernah ditemui MR sejak bayi. Ibu kandung menerima MR dengan hangat hingga MR merasa sangat bersyukur pada Tuhan.

Pada tahun 1976, suami MR meninggal karena sakit yang diderita. Pada awalnya, MR merasa sangat terpukul dengan kepergian suami. Salah satu kekhawatirannya yang terbesar adalah cara menghidupi dirinya dan keluarga, sedangkan ia tidak bekerja. Meskipun demikian, MR kemudian bangkit dari kesedihannya dan melakukan berbagai macam usaha, seperti misalnya menjadi pembantu rumah tangga, menjual kerajinan tangan, dan melakukan pekerjaan lainnya yang bisa ia lakukan. Saat ini, dua anak laki-lakinya sudah berkeluarga dan juga memiliki pekerjaan dengan penghasilan yang baik. Kedua anaknya tersebut telah mempersiapkan kenaikan haji MR yang akan dilakukan pada tahun 2013. MR saat ini sangat bersyukur hidupnya, meskipun memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan. Tetapi, MR terkadang merasa kesepian karena anak-anaknya telah memiliki kesibukan sendiri, sedangkan ia tidak memiliki pasangan dan ini membuat MR berminat untuk berpartisipasi dalam intervensi psikologi untuk mengurangi rasa kesepian yang membuatnya merasa tidak nyaman.

### 3. Kesimpulan

Skor yang ia peroleh dalam pengukuran awal tergolong rendah bila dibandingkan dengan partisipan lainnya, yang mengindikasikan bahwa stres dan kesepian yang ia miliki tidak sebesar partisipan lain. Meskipun demikian, ia juga memiliki stres dan kesepian meskipun tidak memiliki kendala yang berarti. Ia memperoleh skor pada dimensi PSQ *joy* yang paling rendah, mengindikasikan bahwa ia menikmati diri dan situasi lebih besar daripada partisipan lain. Skor



SUDnya adalah 5, yang menunjukkan adanya stres namun tidak menghasilkan gejala yang berarti.

#### 4.2.5. Partisipan SS

Nama	: SS
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Jl Gelatik, Depok Jaya
Tempat/Tanggal Lahir	: Banyumas, 20 Desember 1952 (59 tahun)
Suku Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pendidikan Akhir	: SMP
Status Pernikahan	: Menikah
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga (sempat bekerja administrasi)
Jumlah Anak	: 4 (LPLP, anak 1 meninggal usia 9 bulan)
Jumlah Cucu	: 1
Tinggal Bersama	: Suami dan anak

##### 1. Observasi

SS merupakan seorang wanita paruh baya yang bertubuh kurus dan mungil. Tingginya diperkirakan 157 cm dan beratnya 47 kg. Ia memiliki kulit yang putih bersih, dengan wajah yang terkesan sayu dan pucat. Matanya kecil, sayu, dan sedikit berair. Saat berdekatan dengan SS, peneliti dapat mencium bau yang menusuk hidung. SS saat bicara biasanya sedikit mengatupkan matanya dan juga disertai dengan anggukan. Ia mengenakan penutup kepala yang terbuat dari rajutan, dengan pakaian olahraga berupa kaos tangan panjang, celana panjang, lengkap dengan sepatu olahraga. Ia tidak banyak bicara namun cukup responsif saat ditanya. Level energinya cenderung rendah bila dibandingkan dengan partisipan lainnya. Bicaranya cenderung lambat dan sesekali ia bengong dan tidak memperhatikan peneliti saat sesi intervensi. Ia cenderung membutuhkan stimulasi dari peneliti seperti panggilan atau lainnya, agar ia bisa memberikan respon yang memadai.

##### 2. Autonomnesa

SS merupakan anak kedua dari tiga bersaudara dalam keluarganya. Ia menikah pada tahun 1972 dan kemudian memiliki empat orang anak (LPLP). Saat

ini SS tinggal bersama dengan suami (inisial ST) dan salah satu anak yang belum menikah. Kegiatannya sehari-hari adalah mengurus kebutuhan rumah tangga, mengikuti senam yang diadakan di lingkungan, dan juga ikut pengajian. Aktivitas yang ia gemari adalah memasak, sehingga hampir setiap hari ia memasak untuk keluarganya.

SS menikah dengan pria pilihan orangtuanya, sehingga sebelum menikah ia tidak terlalu mengenal pasangannya. Setelah menikah, baru SS menyadari bahwa ST seorang pria yang keras, mudah tersinggung, dan pemaarah. Seringkali hubungannya dengan ST membuatnya tertekan, namun lama pernikahannya juga membuat SS mampu beradaptasi dengan perilaku ST yang seringkali tidak terduga. Meskipun begitu, SS yang mendeskripsikan dirinya sebagai penyabar, sesekali mengatakan bahwa “sabar juga ada batasnya” dalam mendeskripsikan kekesalannya pada ST.

SS memiliki berbagai kondisi penyakit yang menyulitkannya. Salah satu yang paling perlu diperhatikan adalah level gula darahnya yang beberapa kali melebihi 400. Bila level gula darahnya tinggi, SS mengalami pingsan karena rasanya pusing sekali. SS yang kondisi tubuhnya kurang sehat, harus melakukan usaha untuk menjaga kesehatannya, seperti mengatur makanan, minum obat secara teratur, juga dengan olahraga. ST juga memiliki kondisi penyakit yang memprihatinkan, sehingga SS juga selain menjaga kesehatan diri, juga harus memperhatikan kondisi kesehatan suami. Berbeda dengan SS, ST merupakan individu yang sulit diatur dan tidak berkomitmen untuk menjaga kesehatan. Hal ini membuat SS cenderung lelah dan kesal dalam berusaha meningkatkan kesehatan ST. Bila pergi ke rumah sakit, SS merupakan pihak yang mengajak dan menuntun ST. Saat berjalan, ST tergolong lambat bila dibandingkan dengan SS dan hal ini membuat SS terkadang merasa gemas karena tidak sabar.

Akhir-akhir ini, perilaku ST yang sebelumnya keras dan pemaarah, berubah menjadi pendiam dan seringkali mengacuhkan SS. Bahkan, seringkali saat SS bicara, ST tidak memberikan jawaban. Hal ini membuat SS merasa bingung, tetapi SS selalu berusaha tetap sabar dan tidak mengatakan apa-apa dengan tujuan menghindari konflik yang lebih besar. Hal ini membuat hubungan SS dengan ST

semakin tidak menyenangkan, dan SS seringkali merasa kesepian. Meskipun seringkali diam, ST tetap seringkali memarahi SS dengan keras saat ada masalah kecil yang menurut SS tidak signifikan. Misalnya, ST akan sangat marah karena sendalnya terjatuh masuk selokan, padahal bukan kesalahan SS. SS sebenarnya sangat kesal, namun tetap bisa menghadapi karena dukungan dari anak-anaknya. Anak-anak SS selalu mendukung SS dan juga memihak pada SS dibandingkan pada ST. Hal ini karena anak-anak juga tidak menyukai perilaku ST yang cenderung sulit dimengerti.

### 3. Kesimpulan

SS memperoleh skor yang tergolong tinggi pada pengukuran awal. Hal ini menandakan bahwa ia memiliki gejala yang lebih berarti dibandingkan dengan partisipan lainnya, terkait dengan stres. Dilihat dari dimensinya PSQ, SS memperoleh skor *joy* yang lebih tinggi dibandingkan dengan partisipan lainnya, sehingga dapat dikatakan bahwa ia merasa tidak menikmati diri dan situasi lebih daripada partisipan lainnya. Skor SUD SS merupakan yang paling tinggi dalam kelompok, yaitu 10, yang berarti ia memiliki tingkat stres yang tidak lagi dapat ditoleransi (*extreme distress*). Meskipun demikian, ia memperoleh skor UCLA sebesar 6, yang merupakan skor terkecil dalam kelompok. Dapat diasumsikan bahwa kesepian bukan merupakan masalah utama bagi SS. Sumber stres utama pada SS adalah konflik dalam hubungannya dengan suami.

#### 4.2.6. Partisipan KD

Nama	: Kandari (KD)
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	: Jl Salada, Depok Utara
Tempat/Tanggal Lahir	: Yogyakarta, 17 Maret 1942 (70 tahun)
Suku Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pendidikan Akhir	: Akademi
Status Pernikahan	: Menikah
Pekerjaan	: Pensiun
Jumlah Anak	: 2 (PL)
Jumlah Cucu	: Tidak ada
Tinggal bersama	: Istri dan anak kedua

## 1. Observasi Umum

KD nampak sebagai pria paruh baya dengan tinggi diperkirakan mencapai 163 dan berat 55-60 kg. Kulitnya berwarna sawo matang, namun nampak terang dan terawat. KD memiliki mata yang nampak berkilau karena seringkali berair. Rambutnya keriting dan beruban, dan lebih tipis pada bagian ubun-ubun dibandingkan bagian tengkuknya. Pada awalnya, ia nampak sebagai individu yang sulit didekati. Namun, semakin lama ia menjadi lebih ramah dan hangat, dengan banyak memberikan pertanyaan. Ia secara umum nampak lebih bugar bila dibandingkan dengan individu lain seusianya. Dalam sesi, ia merupakan individu yang kooperatif dan responsif. Ia juga seringkali memberikan tanggapan pada partisipan lainnya.

## 2. Autonomnesa

KD merupakan anak keempat dari lima bersaudara dalam keluarganya. KD telah menikah dan memiliki dua orang anak. Saat ini KD tinggal bersama istri dan juga anak bungsunya. Kegiatannya sehari-hari adalah bertugas sebagai pengurus masjid yang terletak di depan rumahnya, mengikuti senam yang diadakan di lingkungan tempat tinggal, dan juga mengikuti pengajian. Aktivitas yang ia gemar lakukan adalah melukis, menggambar, dan hal lainnya yang terkait dengan kesenian.

KD lahir di Jogjakarta dan menghabiskan masa kecilnya di tanah kelahirannya tersebut. Masa kecilnya dideskripsikan cukup membahagiakan baginya, dengan beberapa kisah berharga yang ia miliki sewaktu remaja. Ia pernah memiliki cinta pertama sewaktu SMP, namun tidak berlanjut karena sekolahnya berbeda sewaktu SMU. Sejak kecil ia tertarik dengan kesenian, sehingga ia memperdalam ketertarikannya tersebut di suatu akademi seni ternama. Ia kemudian memiliki keterampilan yang membanggakan dalam bidang seni, sehingga ia seringkali dicari untuk menyediakan suatu karya. Ia juga sempat bekerja sebagai pengajar dalam bidang seni, namun kemudian ia pindah ke Jakarta untuk mencari pekerjaan lain.

Ia menikah pada usianya yang ke-36 tahun, tepatnya pada tahun 1978. Melalui pernikahannya tersebut, ia memiliki seorang anak perempuan dan seorang

anak laki-laki. Setelah menikah, hubungannya dengan istri cukup harmonis namun istrinya ia rasa lebih dominan dibandingkan dirinya. Saat ini, KD sudah pensiun dan kegiatannya adalah mengurus masjid yang terletak di depan rumahnya. Ia sudah tidak lagi memiliki kesibukan yang seperti dahulu ia miliki, sehingga terkadang ia merasa kesepian. Anak pertamanya (perempuan) telah menikah dan tinggal di Malang. sedangkan anak keduanya (laki-laki) sibuk bekerja dan seringkali pulang malam. Hal ini terkadang membuat KD merasa khawatir, namun ia memiliki kesulitan untuk menyampaikan kekhawatirannya pada anaknya saat pulang terlambat.

### 3. Kesimpulan

Dilihat dari PSQ, KD memperoleh skor total yang paling rendah dalam kelompok. Kemungkinan ia mempersepsikan stres yang lebih rendah dibandingkan dengan partisipan lain. Dari dimensi PSQ, KD juga memperoleh skor pada *worry*, *tension*, dan *demand* yang lebih rendah dibandingkan kelompok. Hal ini menandakan bahwa ia memiliki kekhawatiran, ketegangan, dan tuntutan yang kurang dari partisipan lain. Skor SUD sebesar 5 menandakan bahwa stres yang ia alami tidak mengganggu atau tidak menimbulkan gejala yang berarti. Skor kesepian yang ia alami sebesar 6 merupakan yang kedua terendah dalam kelompok. Sumber stres KD adalah perubahan yang terjadi saat sebelum dan sesudah pensiun. Ia dahulu memiliki lebih banyak kegiatan, dan juga hubungan yang lebih harmonis dengan istri. Hal ini membuatnya cenderung stres dan merasa sepi.

#### 4.2.7. Partisipan IW

Nama	: Irawati (IW)
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Mekarsari, Depok
Tempat/Tanggal Lahir	: - (61 tahun)
Suku Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pendidikan Akhir	: SLTA
Status Pernikahan	: Janda (suami meninggal tahun 2009)
Pekerjaan	: Pensiun (sebelumnya pernah mengajar)
Jumlah Anak	: 2 (PP)
Jumlah Cucu	: 3
Tinggal Bersama	: Anak (beserta suami anak dan dua cucu)

##### 1. Observasi Umum

IW merupakan wanita paruh baya yang berkulit putih dan halus. Penampilannya rapi dan serasi, dengan jilbabnya yang seringkali sama warnanya dengan pakaian. Tingginya diperkirakan mencapai 160 cm, dan beratnya kurang lebih 53 kg. Ia mengenakan kacamata pada kegiatan yang melibatkan membaca dan menulis. IW memiliki mata yang kecil dan bulat, dengan bibir yang lebar dan tebal. Ia merupakan individu yang cukup ekspresif saat bicara, dan seringkali menunjukkan tawa, senyum, bahkan tangisan saat membicarakan pengalaman menyedihkan terutama saat membicarakan suami yang telah meninggal. Ia cukup hangat pada individu di sekitarnya, terutama pada peneliti dilihat dari seringnya ia memberikan hadiah berupa makanan, boneka, dan lainnya. Pada awal pertemuan, IW terus-menerus menanyakan waktu intervensi akan diadakan dan menunjukkan antusiasme yang besar untuk berpartisipasi. Ia nampak seringkali mendekati dirinya pada orang lain, seakan-akan mengharapakan kedekatan yang lebih.

##### 2. Autonomnesa

IW berasal dari keluarga yang terdiri dari delapan bersaudara. Ia telah menikah dan memiliki dua anak, tetapi suaminya sudah meninggal. Kedua anaknya telah berkeluarga dan saat ini IW tinggal di rumah salah satu anak, bersama dengan suami anaknya dan kedua cucunya. Kegiatan IW sehari-hari

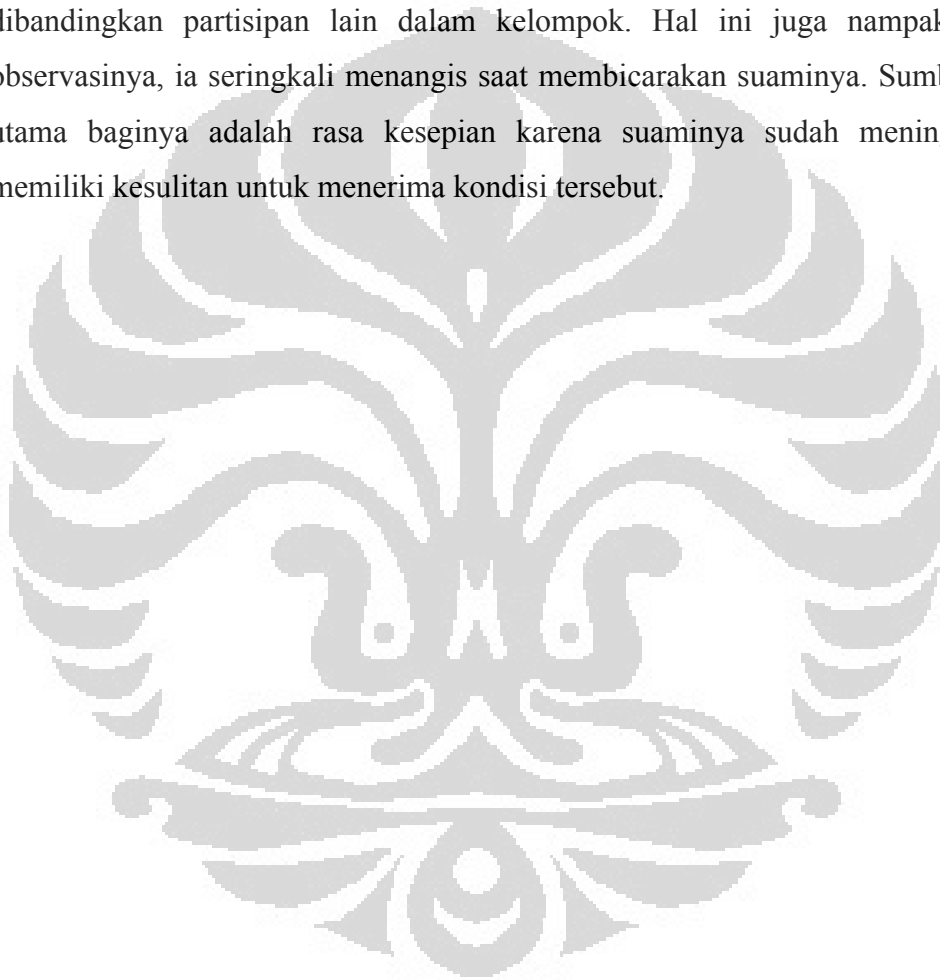
adalah mengikuti pengajian dan senam yang diadakan di lingkungan dekat tempat tinggal. Aktivitas yang digemari IW adalah berolahraga dan juga aktivitas seni.

IW menikah dengan pria pilihannya yang merupakan anggota TNI AD, yang berinisial MS. MS merupakan pria impian IW, dan menurutnya pernikahannya sangat bahagia. MS merupakan pria yang keras dan tegas memiliki prinsip yang kuat dan juga memberikan aturan tertentu pada IW untuk dijalankan. Meskipun demikian, aturan yang diberikan MS semuanya tidak berlebihan dan IW bersedia untuk mengikutinya. Meskipun keras dan tegas, MS juga memiliki sisi yang sangat lembut. Menurut IW, berbeda dengan suami-suami pada umumnya, MS tidak perhitungan bila terkait finansial, sehingga IW hidup dengan kondisi finansial yang tercukupi. Mereka memiliki rumah yang terletak di Laguna, dan kemudian tinggal berdua saat anak-anaknya sudah menikah. Rumah tangganya tidak pernah mengalami masalah yang berarti, karena hubungan antara keduanya yang selalu saling mendukung.

Suatu ketika, MS menderita penyakit jantung dan harus berobat. MS yang sebelumnya sangat aktif dan sehat sulit menerima penyakitnya sehingga seringkali susah untuk diajak mendatangi dokter. Kemudian pada tahun 2009, MS meninggal secara tiba-tiba, saat IW sedang tidur. Saat terbangun, IW menemukan suaminya telah meninggal dan hal ini sangat mengejutkan baginya. IW memiliki penyesalan yang sangat besar karena tidak menemani saat-saat terakhir MS, meskipun tidur berdampingan. IW kemudian terus menangis dan tidak dapat mengingat beberapa hal yang terjadi pada hari itu, karena masih terkejut. MS kemudian dimakamkan di tanah kelahirannya. Saat di rumah, IW tidak bisa tidur dan terus-menerus menangis dalam kesehariannya. Duka yang ia alami tidak dapat ia kelola. Setiap hal di rumahnya mengingatkan ia pada suami, hingga akhirnya anaknya yang khawatir mengajaknya pindah dan tinggal bersama. Meskipun demikian, ia hingga saat ini masih seringkali menangis bila teringat pada suami. Ia juga terus-menerus merasakan kesepian yang mendalam dan sulit dikelola. Maka dari itu, ia sangat berharap untuk dapat mengikuti intervensi psikologi yang akan dijalankan.

### 3. Kesimpulan

Skor pada alat ukur stres IW tergolong menengah dalam kelompok. Skor SUD sebesar 7 menandakan adanya *moderate-high distress* di mana ia memiliki tingkat stres yang intens dan mengakibatkan sulitnya konsentrasi. Terkait dengan kesepian, ia memperoleh skor UCLA yang lebih tinggi dibandingkan partisipan lain. Hal ini menandakan bahwa rasa kesepian yang ia miliki lebih intens dibandingkan partisipan lain dalam kelompok. Hal ini juga nampak dalam observasinya, ia seringkali menangis saat membicarakan suaminya. Sumber stres utama baginya adalah rasa kesepian karena suaminya sudah meninggal. Ia memiliki kesulitan untuk menerima kondisi tersebut.





## 5. HASIL DAN INTERPRETASI DATA PASKA INTERVENSI

Bab 5 menjabarkan proses pelaksanaan intervensi secara lengkap serta hasil yang dicapai dari intervensi. Pembahasan akan dimulai dengan menjabarkan acara pembukaan program, pelaksanaan delapan sesi intervensi, dan juga hasil pengukuran pra-intervensi menggunakan *Perceived Stress Scale (PSS)*, *Perceived Stress Questionnaire (PSQ)*, *Subjective Units of Distress (SUD)*, dan *UCLA Loneliness Scale (UCLA)*. Evaluasi pra intervensi pada setiap partisipan juga akan dijabarkan untuk memperoleh gambaran efektivitas program terhadap stres, kesepian, dan aspek-aspek lainnya pada partisipan.

### 5.1. Pelaksanaan Intervensi Kelompok

Intervensi terbagi dalam dua kelompok acara, yaitu acara pembukaan program intervensi dan juga acara pelaksanaan kedelapan sesi program intervensi. Acara pembukaan program intervensi dilakukan pada tanggal 18 April 2012. Pelaksanaan acara pembukaan dipengaruhi oleh kesediaan pihak rumah sakit sebagai penyedia ruang intervensi, serta juga pihak-pihak penting lainnya yang menghadiri acara pembukaan. Pihak-pihak penting tersebut antara lain adalah Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, MA., Ph.D. selaku pembimbing payung penelitian lansia, dr. Fakhurrozi selaku ketua PERGERI, dr. Paramita Puspasari, MARS selaku Direktur Rumah Sakit GPI, dan dr. Nami Djumijati, Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar Khusus Dinas Kesehatan Kota Depok.

Proses pelaksanaan intervensi dilakukan sesuai dengan waktu yang direncanakan, yakni pada tanggal 19 April 2012 hingga 16 Mei 2012. Penentuan waktu diusulkan oleh pihak rumah sakit sebagai pihak penyedia tempat pelaksanaan. Ruangan yang digunakan untuk intervensi memang tidak digunakan, sehingga peneliti dapat secara fleksibel dalam melaksanakan jadwal intervensi, sesuai dengan persetujuan dari pihak rumah sakit.

Sesi intervensi dilaksanakan sebanyak delapan kali pertemuan, sesuai dengan rancangan kegiatan yang direncanakan. Sesi intervensi dijadwalkan dimulai pada 08.00 hingga 10.30. Setiap sesi selalu dimulai tepat waktu sesuai

jadwal, yaitu pada pukul 08.00 namun seringkali selesai lebih lambat daripada rencana. Berikut adalah jadwal pelaksanaan program intervensi yang dilakukan:

**Tabel 5.1.** *Jadwal pelaksanaan program intervensi*

<b>Hari / Tanggal</b>	<b>Kegiatan</b>
Rabu, 18 April 2012	Acara pembukaan
Kamis, 19 April 2012	Sesi 1: <i>Sharing</i> dan relaksasi
Senin, 23 April 2012	Sesi 2: Psikoedukasi <i>mind-body</i> , CBT, terapi kelompok, stres, dan kesepian
Kamis, 26 April 2012	Sesi 3: <i>Self-monitoring</i> (memantau diri)
Senin, 30 April 2012	Sesi 4: <i>Action planning</i> (rencana aktivitas)
Kamis, 3 Mei 2012	Sesi 5: Pendekatan kognitif
Senin, 7 Mei 2012	Sesi 6: Komunikasi efektif
Kamis, 10 Mei 2012	Sesi 7: Teknik pemecahan masalah
Raby, 16 Mei 2012	Sesi 8: Penutupan

#### **5.1.1. Acara Pembukaan**

Enam partisipan menghadiri acara pembukaan yang diadakan di aula gedung lama RS Grha Permata Ibu. Partisipan yang tidak hadir adalah MR, karena memiliki acara pengajian yang harus dihadapinya. Acara pembukaan dilaksanakan bersamaan dengan partisipan kelompok lain dari payung lansia, sehingga observasi pada masing-masing anggota saat pelaksanaan acara sulit dilakukan. Para partisipan duduk secara terpencar, sehingga sulit untuk dipantau secara individual. Setelah acara pembukaan selesai dilaksanakan, setiap partisipan kelompok dipanggil untuk bertemu bersama dengan peneliti yang akan berperan sebagai pelaksana intervensi selama satu bulan ke depan, dan kemudian dijelaskan mengenai gambaran umum intervensi yang akan dilakukan bersama. Setiap partisipan kemudian diberikan surat yang berisi jadwal kegiatan harian, dan diperkenankan untuk saling berkenalan satu sama lain. Menanggapi penjelasan dari peneliti, semua partisipan nampak bersemangat dan antusias. Mereka secara serentak menanyakan nomor telepon peneliti, dan juga saling menanyakan nama peserta lainnya. Peneliti kemudian juga menjelaskan mengenai komitmen yang perlu dilakukan selama delapan sesi pertemuan, dan menanyakan apakah partisipan menyanggupinya. Seluruh partisipan memberikan respon positif menanggapi pertanyaan tersebut. Setelah itu, semua partisipan diajak untuk

mendatangi ruangan yang akan digunakan dalam pelaksanaan intervensi. Setelah itu, partisipan dipersilakan untuk pulang dan diingatkan kembali mengenai sesi yang akan diadakan keesokan harinya.

### **5.1.2. Pelaksanaan Delapan Sesi Intervensi**

Intervensi dilaksanakan di ruang rawat inap VIP gedung Rumah Sakit Grha Permata Ibu (RS GPI) Depok. Ruang tersebut terletak di lantai empat gedung lama, tepat pada bagian ujung dekat dengan tangga. Akses menuju ruangan melalui *elevator*, sehingga partisipan dapat dengan mudah dan praktis mendatangi ruangan. Di dalam ruangan, terdapat sebuah pendingin ruangan (AC), sebuah lemari yang menempel dengan tembok, sebuah laci yang juga menempel dengan tembok, meja kecil berkaki rendah, jendela berukuran besar tanpa tirai, kamar mandi dengan kloset, tempat cuci tangan, dan juga bak mandi. Sebagai fasilitas yang digunakan saat intervensi, ruangan diisi dengan kursi sebanyak jumlah peserta dan juga papan *flipchart*. Kursi disusun seperti huruf U, diarahkan pada papan *flipchart* dan juga kursi peneliti. Tembok ruangan menggunakan *wallpaper* berwarna krem cenderung *peach*, dengan sedikit bagian yang terkupas. Secara umum, ruangan cukup terang dan cerah meskipun tanpa menyalakan lampu, serta nyaman terutama untuk melaksanakan intervensi. Suhu ruangan pada setiap sesi sejuk menuju dingin, namun AC biasanya dinaikan suhunya bila memperoleh keluhan dingin dari partisipan. Denah ruangan tersedia pada lampiran.

#### **Sesi 1: *Sharing* Masalah dan Relaksasi (08.00 – 10.40)**

##### 1. Observasi Umum

Enam partisipan kecuali MR, memasuki ruangan secara bersamaan dan duduk di tempat yang disediakan. Saat masuk ruangan, mereka terlihat canggung dan bingung, sambil mengatakan salam pada peneliti. Saat disapa, mereka nampak lebih tenang dan tidak lagi terlihat canggung. Peneliti meminta partisipan untuk menunggu sebentar karena masih mempersiapkan perlengkapan sesi. Tepat pada pukul delapan, peneliti kemudian membuka sesi dan partisipan

memperhatikan hal-hal yang dibicarakan peneliti dengan seksama. Saat diminta untuk memperkenalkan diri, KD yang hanya diminta untuk menyebutkan nama, usia, dan asal, justru menceritakan pengalaman hidupnya sejak ia kecil. Peneliti beberapa kali mencoba memotong pembicaraan KD, namun ia terus bicara. Saat KD berhenti bicara, peneliti langsung memberikan kesempatan pada partisipan lain untuk memperkenalkan diri sambil meminta untuk melakukannya secara singkat saja. Kira-kira sepuluh menit setelah sesi berlangsung, MR mengetok ruangan dan menyatakan alasan keterlambatannya setelah dipersilakan untuk masuk. MR kemudian diminta untuk memperkenalkan diri, dan peneliti memperkenalkan partisipan lain kepada MR secara singkat. Saat diminta untuk menceritakan masalahnya, kebanyakan partisipan tidak enggan untuk bercerita. Namun, SB bercerita dengan lebih singkat dibandingkan dengan partisipan lainnya.

Saat peneliti memberikan penjelasan mengenai relaksasi pernapasan maupun progresif, partisipan menyimak dengan seksama dan memberikan respon verbal terhadap penjelasan peneliti. Bila ada yang tidak dimengerti, mereka tidak segan untuk bertanya. Peneliti juga terus mendorong partisipan untuk mengikuti sesi secara aktif, misalnya dengan cara memberikan beberapa pertanyaan (“Apa sih relaksasi itu Bapak/Ibu? Apakah relaksasi itu penting? Mengapa demikian?”). Partisipan secara bergantian memberikan jawaban dan aktif berpartisipasi. Hanya SS yang nampak menarik diri dari sesi, dan terkadang nampak bengong memandang ke arah jendela. Peneliti biasanya memanggil SS dan menanyakan sesuatu perihal relaksasi agar SS kembali berpartisipasi dalam sesi. Meskipun SS banyak bengong, ia menunjukkan respon yang cukup antusias saat diajak bicara oleh pemeriksa.

## 2. Evaluasi Sesi 1

**Tabel 5.2.** *Gambaran evaluasi sesi 1*

Kesimpulan Umum	Seluruh partisipan menghadiri sesi ini. Sesi 1 berjalan dengan cukup lancar dan sesuai dengan rencana. Secara umum, partisipan mengikuti sesi dengan sungguh-sungguh, dengan kebanyakan mencatat, menyimak, dan aktif memberikan pendapatnya selama sesi. Tujuan pada sesi 1 juga tercapai, di mana partisipan dapat saling memperkenalkan diri, membagi masalah, dan juga mampu melakukan relaksasi.
Perubahan Rencana	Saat sesi perkenalan, peneliti tidak meminta partisipan untuk menentukan nama kelompok karena keterbatasan waktu. Selain itu, peneliti juga memutuskan untuk mengajak partisipan melakukan gerakan relaksasi progresif bersama sebelum benar-benar melakukan praktek menggunakan CD. Hal ini untuk meningkatkan pemahaman partisipan mengenai metode yang dilakukan, supaya partisipan merasa memiliki kontrol terhadap sesi yang dijalankan. Hal ini penting untuk mendorong partisipan meningkatkan kesejahteraannya secara mandiri, atau dengan kata lain melakukan <i>self-help</i> . Peneliti juga banyak melakukan metode tanya-jawab selama sesi, untuk mendorong partisipan berpartisipasi secara aktif. Dengan demikian, partisipan lebih terdorong untuk berpikir aktif dan juga banyak memberikan pendapatnya selama sesi. Peneliti juga seringkali menekankan partisipan untuk bertanya bila ada yang tidak dimengerti. Hal ini supaya partisipan tidak enggan bertanya, dan dapat memahami materi sesi dengan lebih mendalam.
Kendala	Kesulitan untuk menghentikan partisipan saat bicara, karena partisipan gemar bercerita secara lengkap dan panjang. Dinamika kelompok tidak terbentuk pada sesi ini karena kecenderungan partisipan untuk bicara dengan peneliti, tidak berkelompok secara menyeluruh. SM dan SB juga seringkali menunjukkan kedekatannya, karena mereka tempat tinggalnya berdekatan dan memang sudah saling mengenal dekat sejak sebelumnya. Sehingga, terdapat kesan pembentukan kelompok kecil di dalam kelompok intervensi. Kendala lainnya adalah peneliti sedikit menunjukkan kecanggungan dalam membawakan sesi ini. Hal ini ditunjukkan dengan beberapa salah kata yang dilakukan. Pada sesi 1, peneliti memang mengalami kecemasan karena merupakan pengalaman baru bagi peneliti untuk membawakan sesi kelompok.
Hal yang Perlu Diperhatikan	SS cenderung menarik diri selama sesi, namun mampu memberikan respon yang sesuai bila didorong oleh peneliti. Pada sesi selanjutnya, sebaiknya peneliti memberikan lebih banyak kesempatan bicara pada SS agar tidak lagi menarik diri. MR juga tidak banyak bicara dibandingkan dengan partisipan lainnya, namun lebih aktif dibandingkan SS. Pada sesi selanjutnya, peneliti perlu untuk mendorong SS dan MR untuk lebih aktif berpartisipasi. Selain itu, peneliti perlu untuk lebih membuat

---

partisipasi merasa semakin nyaman dalam kelompok dan tidak seolah-olah membentuk kelompok kecil. Hal ini bisa dilakukan dengan mengatur posisi tempat duduk, dan mengajak partisipan untuk berdiskusi dengan anggota lain.

---

### 3. Penjabaran Proses Intervensi

#### Perkenalan

Peneliti membuka sesi dengan memperkenalkan diri, yaitu menyebutkan nama, asal, dan tujuan kedatangan peneliti. Peneliti lalu meminta partisipan memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama, usia, dan asal. Selain itu, peneliti meminta partisipan untuk mendeskripsikan diri menggunakan tiga kata yang paling cocok. Meskipun peneliti sudah memberikan contoh deskripsi diri tiga kata (ceria, pemalu, dan peduli), KD mendeskripsikan dirinya dengan tiga kata yang sifatnya religius, yaitu pasrah, berdoa, dan sabar. Partisipan lain kemudian mengikuti KD dan mendeskripsikan dirinya dengan kata-kata yang mirip. Hal ini menandakan tidak cocoknya metode deskripsi diri dengan tiga kata untuk digunakan pada partisipan.

MR yang terlambat, datang saat perkenalan telah dilakukan pada tiga orang (KD, SS, & SM). Kemudian, peneliti memberikan gambaran singkat pada MR mengenai hal-hal yang telah dilakukan dalam sesi sebelum MR datang. Pada awalnya, partisipan hanya mendengarkan tanpa menimpali partisipan lain yang sedang bicara. Peneliti kemudian mendorong partisipan untuk memberikan komentar atau pertanyaan pada partisipan lain yang sedang bicara. Setelah itu, beberapa partisipan memberikan pertanyaan bila partisipan lain memberikan perkenalan yang kurang lengkap. KD misalnya, menanyakan MR asalnya dari mana, atau juga menanyakan partisipan lain mengenai informasi pribadi yang lebih mendalam.

#### Penjelasan Kontrak Terapi

Selanjutnya, peneliti memberikan deskripsi singkat mengenai program intervensi yang diberikan, berikut dengan jadwal kegiatan yang akan dilakukan. Beberapa partisipan menimpali peneliti yang sedang menjelaskan, seperti dengan mengangguk atau respon verbal berupa tanda setuju. Peneliti juga memberikan

penjelasan secara lengkap mengenai pentingnya mengikuti manajemen stres dan kesepian, di mana kedua konsep tersebut merupakan masalah yang banyak terjadi pada lansia. Saat dijelaskan mengenai hak dan kewajiban, partisipan sangat mendukung mengenai kerahasiaan yang perlu dijaga agar mereka dapat membuka diri dengan tenang dan nyaman. SB lalu menyatakan kebutuhannya untuk melakukan *sharing* tanpa khawatir akan dinilai negatif oleh orang lain.

#### Sharing Masalah

Pada awalnya, partisipan nampak ragu-ragu untuk menceritakan masalahnya. Setelah didorong lebih lanjut oleh peneliti, ZS langsung berinisiatif untuk membuka masalahnya. ZS membahas bahwa ia seringkali merasa kesepian di rumah karena suami dan sahabat dekatnya sudah meninggal, dan anak satu-satunya jarang berada di rumah. Selain itu, ZS juga seringkali memiliki konflik dengan anak, karena anak masih sangat bergantung padanya dan juga seringkali mengamuk pada ZS bila keinginannya tidak dituruti. Hal ini membuat ZS seringkali merasa tidak nyaman, dan khawatir terhadap kehidupan anak nanti bila ia sudah meninggal. Setelah ZS selesai bercerita, peneliti mengajak partisipan lainnya bersama-sama memberikan penguatan pada ZS berupa tepukan yang kemudian diarahkan pada ZS. Hal ini terus dilakukan setiap partisipan melakukan *sharing*.

Partisipan kedua yang membagi masalah adalah IW, yang menyatakan bahwa dirinya seringkali merasa kesepian dan masih seringkali menangiis kepergian suaminya. Ia sampai menangiis saat bercerita, dan menyatakan bahwa ia tidak akan menemukan pengganti suami yang telah meninggal. Peneliti menepuk lembut pundak IW dan meminta partisipan yang duduk bersebelahan dengan IW (SM) untuk melakukan hal yang sama. Peneliti juga memberikan penguatan verbal dalam bentuk parafrase, serta menanyakan mengenai pengalaman IW saat suaminya meninggal. Partisipan selanjutnya adalah SM, yang menceritakan mengenai hubungan dengan suami yang seringkali berkonflik. Konflik diakibatkan oleh penyakit suami yang membuatnya harus menjaga makanan yang dikonsumsi, namun suami belum menerima penyakitnya hingga seringkali tidak menuruti anjuran SM. Hal ini membuat mereka seringkali bertengkar, karena SM

juga merasa lelah dalam mengurus suami sehari-hari. SM juga memiliki masalah keuangan, dan juga merasa terganggu dengan suaranya yang bergetar dan nyaring. Menurutnya, suara SM mulai berubah sejak merasa tertekan dalam mengurus pernikahan anak.

SB bercerita mengenai anaknya yang belum menikah dan juga bekerja di rumah. Hal ini menjadi sumber kekhawatiran terbesar bagi SB. Ia berharap agar anaknya mau mendengarkan nasihatnya, namun justru seringkali bertengkar saat mencoba menasehati. SB juga seringkali bertengkar dengan suami hanya karena masalah kecil yang biasa terjadi di rumah (contoh: kebersihan rumah, makanan, dan lainnya). SB sering tidak menampilkan kemarahannya sehingga seringkali memendam kekesalan sendiri. Meskipun tidak nyaman, ia merasa lebih baik menyendiri dan menghindari masalah dibandingkan melakukan konfrontasi dengan orang lain saat menemukan konflik. Masalah yang dimiliki SS adalah penyakit yang ia miliki, hingga terkadang ia terganggu dalam menjalani aktivitasnya sehari-hari. Tidak hanya SS, suaminya juga memiliki banyak penyakit sehingga SS harus berusaha menjaga kondisi kesehatan suami.

MR saat ini mengaku tidak memiliki permasalahan, namun masih terganggu dengan masalah yang dahulu terjadi. Ia masih belum bisa menyelesaikan pembagian harta warisan dari ibu angkatnya dahulu. Meskipun demikian, ia mencoba untuk menerima keadaan dan tidak mau memiliki emosi yang negatif. Ia saat ini seringkali merasa kesepian di rumah karena anaknya sibuk bekerja dan juga telah memiliki rumah tangga sendiri. Tetapi, MR mencoba mengisi waktu dengan membuat kerajinan tangan untuk dijual. KD menyatakan bahwa ia seringkali merasa dikejar waktu, meskipun sebenarnya ia tidak memiliki kesibukan yang berarti. Saat ia mendatangi suatu kegiatan dalam waktu yang sempit, ia merasa sangat tegang dan tidak nyaman. Selain itu, ia juga merasa kesepian di rumah karena aktivitasnya tidak lagi seperti dahulu kala.

Dalam agenda *sharing* masalah, partisipan mulai bisa membuka masalahnya dalam kelompok. Meskipun demikian, dinamika kelompok nampak masih belum terbentuk. Hal ini dilihat dari kecenderungan partisipan untuk



melakukan *sharing* hanya dengan memandang peneliti, namun tidak memandang partisipan lainnya.

#### Psikoedukasi dan Praktek Relaksasi Pernapasan dan Progresif

Peneliti menyatakan akan membawa ceramah mengenai relaksasi, dan kemudian peneliti bersama dengan partisipan akan berlatih untuk melakukannya. Peneliti membuka dengan menanyakan partisipan mengenai apa itu relaksasi, dan para partisipan memberikan jawaban pada peneliti. Menurut KD, relaksasi adalah cara untuk dapat terhindar dari stres. Peneliti kemudian menimpali dengan menanyakan lebih lanjut mengenai efek relaksasi terhadap stres. SM juga menyatakan bahwa relaksasi dapat membuat individu menjadi lebih tenang sehingga stres menjadi berkurang. Beberapa partisipan lain juga menambahkan informasi mengenai pengertian dari relaksasi dan kepentingannya, salah satunya adalah kemampuan relaksasi untuk meningkatkan kemampuan mengendalikan diri individu. Setelah itu, peneliti menjelaskan mengenai relaksasi pernapasan, fungsinya, dan juga cara melakukannya. Peneliti kemudian mengajak partisipan untuk melakukan relaksasi pernapasan bersama-sama, sambil berdiri. Peneliti memberikan instruksi relaksasi pernapasan dan kemudian meminta partisipan mengikutinya. Setelah itu, peneliti meminta partisipan terus melakukan relaksasi pernapasan sambil mendatangi setiap partisipan dan memeriksa bila relaksasi telah dilakukan secara tepat.

Setelah para partisipan mampu melakukan relaksasi pernapasan, peneliti membahas mengenai relaksasi progresif dan memberikan penjelasan mengenai perbedaannya dengan relaksasi yang sudah dilakukan sebelumnya. Setelah itu, peneliti memberikan instruksi relaksasi sambil melakukan, dan mengajak partisipan untuk mengikuti. Setelah partisipan telah mengenal relaksasi progresif, peneliti meminta partisipan untuk mencari posisi duduk yang nyaman, membuka alas kaki, dan memejamkan mata. Peneliti menyalakan CD relaksasi dan meminta partisipan untuk menyimak sambil mengikuti instruksinya. Selama proses relaksasi progresif, seluruh partisipan nampak mengikuti instruksi dengan sungguh-sungguh. Setelah selesai, mata partisipan nampak berair saat membuka mata, yang menandakan bahwa mereka cukup mencapai rasa relaks dalam

percobaan pertama. Menurut para partisipan, relaksasi secara umum cukup menyenangkan karena mereka merasa nyaman saat melakukannya. Beberapa partisipan menyatakan bahwa bagian relaksasi yang paling sulit dilakukan adalah pada bagian mulut. Selain itu, mereka merasa tidak nyaman saat mengatupkan gigi atas dan bawah rapat-rapat, karena merasa giginya tidak lagi kuat. Peneliti meminta para partisipan untuk tidak melakukannya dengan kencang, karena ketidaknyamanan yang muncul saat melakukan. Salah satu partisipan juga merasa masih belum bisa menghirup dan membuang nafasnya secara halus, dan merasa masih membutuhkan latihan lebih lanjut. Peneliti menyatakan akan terus mengulang latihan relaksasi pada setiap sesi yang dilakukan.

Secara umum, praktek relaksasi dilakukan dengan lancar, dan tidak terdapat kesulitan berarti bagi para partisipan saat melakukannya. Hal ini mungkin dikarenakan peneliti yang telah mengajak partisipan mendemonstrasikan gerakan-gerakan relaksasi progresif sebelum praktek.

#### Pemberian PR

Partisipan dibagikan lembar PR relaksasi dan *self-monitoring*. Beberapa partisipan mengatakan bahwa mereka merasa seperti menjalani sekolah kembali karena memperoleh PR. Peneliti memberikan tanggapan setuju pada partisipan dan kebanyakan tertawa. Partisipan lalu diberikan penjelasan cara pengisian lembar PR.

### **Sesi 2: Psikoedukasi *Mind-Body*, CBT, Terapi Kelompok, serta Stres dan Kesepian (08.00 – 11.30)**

#### 1. Observasi Umum

Partisipan memasuki ruangan bersama-sama, kecuali MR yang juga terlambat seperti pada sesi 1. Sesi belum dimulai karena belum waktunya, dan juga karena peneliti masih mempersiapkan kebutuhan proses intervensi. Para partisipan sempat berbicara satu sama lain selama beberapa menit, dan setelah itu sempat juga diam menunggu. Peneliti kemudian mengajak bicara para partisipan sambil mempersiapkan beberapa hal, dan partisipan memberikan respon dengan hangat. Saat relaksasi progresif sedang dilakukan, MR memasuki ruangan dan

langsung bergabung untuk melakukan relaksasi bersama. Pada sesi ini, SS masih nampak menarik diri bila dibandingkan dengan partisipan lain. Meskipun demikian, ia mampu memberikan respon yang tepat bila peneliti mendorongnya untuk berpartisipasi. Hubungan antar partisipan nampak menjadi lebih dekat dibandingkan pada sesi sebelumnya, di mana mereka mulai saling bercanda tawa antara satu sama lain. Selain itu, partisipan juga mulai berbicara antara satu sama lain saat sesi dilakukan, tidak hanya bicara dengan peneliti saja seperti pada sesi sebelumnya. Saat peneliti menghentikan sesi dan mengingatkan peserta saat itu sudah pukul 11.30, SB nampak panik karena memiliki janji dengan orang lain. MR kemudian menyatakan pada peneliti bahwa ia tidak keberatan dengan sesi yang berjalan lebih lama, karena sesi intervensi memberikan suasana yang berbeda namun dirasanya menyenangkan.

## 2. Evaluasi Sesi 2

**Tabel 5.3.** *Evaluasi sesi 2*

Kesimpulan Umum	Sesi 2 dimulai tepat waktu, namun selesai jauh lebih terlambat daripada rencana. Sesi selesai pukul 11.30, meskipun partisipan tidak menunjukkan keberatannya sesi selesai terlambat. Sesi ini berjalan dengan baik, dan partisipan mengikuti dengan sungguh-sungguh dan juga seringkali mencatat hal-hal yang dibicarakan peneliti. Tujuan dalam sesi juga tercapai, yakni partisipan memiliki pemahaman mengenai materi yang dibahas. Terdapat peningkatan dalam relaksasi progresif yang dilakukan, di mana partisipan mengaku merasa lebih nyaman dan relaks dibandingkan pada sesi 1. Partisipan juga memiliki <i>insight</i> mengenai pentingnya melakukan latihan agar tujuan relaksasi dapat tercapai sepenuhnya. Terdapat kesulitan saat memberikan penjelasan mengenai CBT, mungkin karena banyaknya konsep yang baru bagi para partisipan. Meskipun demikian, partisipan nampak antusias dan banyak bertanya, hingga akhirnya mereka memiliki pemahaman yang cukup. Seluruh PR dikerjakan yang menandakan motivasi cukup baik pada peserta dalam menjalani sesi. Dalam membawakan sesi ini, peneliti cenderung lebih relaks dibandingkan sesi sebelumnya. Pembagian dan penggunaan bola stress/ <i>stress ball</i> membuat partisipan merasa gembira dan bersemangat. Mereka mengaku memainkan bola stres merupakan hal yang menyenangkan.
Perubahan Rencana	Waktu pelaksanaan sesi yang lebih lama daripada biasanya. Pada saat melakukan <i>sharing</i> Si Bijak, para partisipan membutuhkan waktu yang lama untuk bercerita, hingga menghabiskan waktu hingga 30 menit. Seperti pada sesi sebelumnya, peneliti juga banyak

	menggunakan metode tanya-jawab karena partisipan nampak lebih berpartisipasi dengan metode tersebut. Selain itu, partisipan juga cenderung belajar lebih banyak dan berpikir kritis dalam menanggapi pertanyaan.
Kendala	Kesulitan peneliti untuk membagi waktu bicara partisipan secara merata, karena sulit menghentikan pembicaraan. Hal ini menyebabkan sesi berjalan jauh lebih terlambat dibandingkan rencana. Selain itu, SS sesekali nampak bengong sambil memandangi jendela saat membahas materi. Hal ini menunjukkan bahwa SS terkadang tidak berpartisipasi penuh dalam sesi. Kesulitan lainnya adalah saat psikoedukasi CBT, karena partisipan merasa bingung dengan beberapa konsep baru.
Hal yang Perlu Diperhatikan	Peneliti perlu untuk memperhatikan waktu yang terbatas dalam sesi, dan menjaganya agar tidak berjalan lebih lama dari jadwal yang direncanakan. Peneliti juga dapat mendorong SS untuk berpartisipasi secara lebih aktif, salah satunya dengan cara terus memberikan kesempatan SS bicara. Terkait dengan PR relaksasi, partisipan menyatakan kesulitannya untuk melakukan relaksasi progresif di rumah, karena tidak memiliki CD instruksi. Bila memungkinkan, akan menjadi sangat baik bila partisipan disediakan CD tersebut.

### 3. Penjabaran Proses Intervensi

#### Relaksasi Progresif

Para partisipan melakukan relaksasi progresif dengan sungguh-sungguh. Mereka bahkan tidak nampak terganggu saat ada telepon genggam milik salah satu partisipan yang berbunyi. Meskipun demikian, SS nampak tidak benar-benar menutup mata saat relaksasi dilakukan, tetapi ia mengikuti hampir seluruh gerakan relaksasi dengan tepat. Partisipan lain juga melakukan relaksasi sesuai dengan instruksinya. Saat selesai, partisipan ditanyakan pengalaman, perasaan, dan sensasi saat relaksasi. Partisipan menyatakan bahwa mereka merasa lebih nyaman pada sesi 2 dibandingkan dengan sesi sebelumnya. Salah satu partisipan menanyakan mengenai gerakan tangan yang tepat saat melakukan relaksasi. Ia kemudian mencoba lagi setelah memperoleh jawaban dari peneliti. Saat ditanyakan pada SS, kecenderungan SS tidak terus-menerus menutup mata saat relaksasi karena ia cenderung mengantuk hingga perlu sesekali membuka mata. Peneliti lalu meminta SS untuk melepaskan dirinya pada rasa relaks yang muncul saat proses.

### Review Sesi Sebelumnya

Partisipan mendengarkan ceramah peneliti dengan seksama, dan memberikan pertanyaan bila ada yang tidak dimengerti. Ceramah tidak hanya dilakukan secara satu arah, namun partisipan juga seringkali memberikan jawaban saat peneliti sedang membahas topik dari sesi sebelumnya. Seluruh partisipan mengerjakan PR yang diberikan, namun hampir semuanya melakukan relaksasi pernapasan (PR *diary* relaksasi). Partisipan mengaku telah mencoba melakukan relaksasi progresif namun merasa sulit bila harus membaca instruksi sendiri. Hanya dua partisipan yang melakukan relaksasi progresif hingga selesai di rumah (MR dan SM). Hal ini memunculkan kebutuhan untuk memberikan akses CD relaksasi pada partisipan supaya dapat dilakukan di rumah.

### Psikoedukasi Mind-Body

Saat peneliti memberikan edukasi mengenai hubungan antara pikiran dengan kesehatan fisik, partisipan nampak antusias saat menyimak. Mereka juga memberikan respon verbal untuk menyatakan kesetujuannya terhadap hal-hal yang disampaikan peneliti. Salah satu partisipan juga menyebutkan bahwa yang dibahas peneliti mirip dengan stres, yang juga bisa menimbulkan penyakit bila dimiliki secara terus-menerus. Peneliti membenarkan respon partisipan tersebut, dan kemudian menyatakan pentingnya untuk menjaga kesehatan pikiran serta tubuh, agar keduanya sehat secara sinambung. Partisipan juga menyampaikan kesetujuannya dengan pernyataan tersebut.

### Psikoedukasi CBT dan Terapi Kelompok

Saat peneliti membawakan topik CBT, partisipan nampak kebingungan pada awalnya. Mereka terus-menerus menanyakan makna dari kognitif, emosi, dan perilaku pada peneliti. Setelah beberapa kali dijelaskan menggunakan contoh, mereka mulai memahami maksud dari CBT. Antusiasme mulai muncul saat peneliti menjelaskan manfaat dari CBT, yaitu untuk mengubah pemikiran, perilaku, dan juga emosi. Partisipan juga memberikan pertanyaan yang lebih konkrit seperti “bagaimana melakukannya” dan lainnya. Peneliti menjelaskan mengenai teknik-teknik terapi yang akan digunakan pada intervensi, dan para partisipan nampak tertarik. Saat peneliti menjelaskan mengenai terapi kelompok,

partisipan nampaknya langsung memahami. Dengan ini, partisipan memiliki pemahaman mengenai gambaran intervensi yang dilakukan bersama selama satu bulan.

#### Psikoedukasi Stres dan Loneliness

Partisipan menunjukkan ketertarikan yang besar saat peneliti membahas stres dan rasa kesepian. Beberapa partisipan menyampaikan bahwa yang dijelaskan seringkali terjadi pada mereka. Agenda ini dilakukan dengan banyak diskusi sambil membaca materi bersama. Partisipan mampu memahami mengenai pengertian dari stres dan kesepian yang sesungguhnya, dilihat dari respon terhadap pertanyaan dari peneliti mengenai stres dan kesepian. IW menyatakan bahwa stres dapat muncul saat menghadapi masalah berat, yang mengartikan bahwa stres merupakan efek dari masalah yang dialami. Menurut KD, saat stres, pikiran bisa terasa buntu sehingga sulit menemukan jalan keluarnya. SS mengaku memahami sekali rasanya stres, karena masalah yang terjadi di rumahnya membuat SS kesal dan pikiran menjadi rumit. ZS menyatakan bahwa masalah dapat memunculkan pikiran yang sifatnya negatif, dan ini bisa juga dirasakan sebagai stres.

Partisipan juga mampu mengelompokkan sumber stres yang mereka miliki. ZS mengaku memiliki masalah keluarga, kesibukan yang berlebihan, dan kesepian sebagai sumber stresnya. Sumber stres MR adalah masalah keluarga, kesibukan, kehilangan, kesepian, dan juga perubahan yang mendadak. SB menyebutkan adanya masalah keluarga sebagai sumber stresnya, dan SM sumber stresnya adalah masalah keluarga dan juga perubahan mendadak. KD menganggap kesibukan dan juga rasa kesepian sebagai sumber stres yang ia miliki. Saat membahas resep lansia sejahtera atau resep anti-stres, partisipan juga nampak tertarik dengan tips-tips yang diberikan peneliti. Peneliti memberikan bola stres masing-masing satu pada setiap partisipan, dan mengajarkan cara penggunaannya. Partisipan mengikuti instruksi peneliti dengan seksama, dan nampak bersemangat saat melakukannya. Setelah itu, peneliti mengajak partisipan untuk melempar bola secara bergantian sebagai suatu penyegaran.

### Pemberian PR

Partisipan memperoleh PR *diary* relaksasi dan juga *diary* stres. Mereka menanyakan pada pemeriksa mengenai cara pengisian PR yang tepat secara mendalam. Partisipan nampak bersemangat saat menerima PR dari peneliti.

### Sesi 3: *Self-monitoring* (memantau diri) (08.00 – 10.30)

#### 1. Observasi Umum

Seluruh partisipan menghadiri sesi dengan tepat waktu pada hari itu. Saat memasuki kelas, partisipan langsung menyapa peneliti dengan hangat. Peneliti menanyakan kabar partisipan secara lebih lanjut dan mereka menjelaskan kondisinya dengan ramah. Saat sesi dimulai, partisipan menyimak jalannya sesi dengan sungguh-sungguh. Kebanyakan partisipan mencatat hal-hal yang dibahas dalam sesi pada buku catatan milik pribadi. Partisipan nampak menjalani sesi dengan lebih nyaman dan terbuka hari itu dibandingkan pada sesi sebelumnya. Mereka dapat berbicara dengan lebih santai antara satu dengan lainnya. Para partisipan tidak memberikan banyak pertanyaan terhadap materi pada sesi tersebut, kemungkinan karena mereka cukup paham terhadap materinya sejak awal. Agenda sesi selesai dilaksanakan lebih cepat daripada waktu yang dijadwalkan. Peneliti menggunakan sisa waktu untuk mengajak bicara para partisipan, guna meningkatkan kedekatan antar kelompok.

#### 2. Evaluasi Sesi 3

**Tabel 5.4.** *Evaluasi sesi 3*

Kesimpulan Umum	Sesi 3 berjalan dengan lancar dan selesai kurang lebih sesuai dengan jadwal. Materi <i>self-monitoring</i> tidak sulit dipahami oleh para partisipan, karena cukup umum untuk mereka. Hal ini juga dipengaruhi oleh PR <i>self monitoring</i> ( <i>diary</i> stres) yang sudah dipahami oleh para partisipan. Para partisipan menjalani sesi dengan kooperatif dan juga aktif. Peneliti memperoleh banyak pertanyaan pada hari itu terkait dengan materi. Partisipan juga telah memperoleh pemahaman mengenai sumber stres yang biasanya dialami.
Perubahan Rencana	Tidak terdapat perubahan rencana pada sesi 3, meskipun waktu pembahasan materi lebih cepat dari yang dijadwalkan.
Kendala	SS tidak mengerjakan PR pada hari itu dengan alasan kesibukan yang sulit ditinggalkan. Hal ini dapat mempengaruhi efektivitas intervensi.

Hal yang Perlu Diperhatikan	Peneliti perlu melakukan pendekatan personal pada SS, karena nampaknya SS membutuhkan dorongan yang lebih besar dari peneliti. Selain itu, SS menyatakan pegal-pegal yang dirasakan saat melakukan relaksasi. Hal ini menandakan efek relaksasi yang kurang cocok pada SS. Perlu diperhatikan perkembangan SS dalam melakukan relaksasi progresif pada sesi selanjutnya. Bila efeknya negatif, peneliti perlu mendiskusikan hal ini pada ahli relaksasi progresif (Prof. Dr. Soesmalijah Soewondo) dan mempertimbangkan kemungkinan untuk menyarankan SS menghentikan latihan relaksasi.
-----------------------------	--

### 3. Penjabaran Proses Intervensi

#### Relaksasi Progresif

Peneliti memperoleh beberapa pertanyaan sebelum relaksasi progresif dilakukan. SB menanyakan mengenai relaksasi pada bagian mata, apakah perlu ditekan atau tidak. Peneliti kemudian menjelaskan kembali posisi mata yang tepat untuk dilakukan pada relaksasi. KD menanyakan mengenai posisi tangan, bila perlu ditekankan ke arah depan atau samping. Setelah partisipan memperoleh penyegaran kembali mengenai gerakan saat relaksasi, peneliti memulai memasang CD relaksasi dan meminta partisipan untuk mengikuti dengan senyaman mungkin. Seluruh partisipan kecuali SS nampak mengikuti relaksasi dengan sungguh-sungguh hari itu. SS sempat terlihat bengong dan tidak menutup mata, meskipun ia tetap mengikuti instruksi. IW sempat batuk-batuk selama beberapa menit saat relaksasi, namun tetap mengikuti gerakan relaksasi dengan tepat. Saat instruksi meminta untuk menarik napas panjang, IW kembali batuk dengan lebih kencang.

Setelah relaksasi selesai, peneliti kembali menanyakan perbedaan relaksasi pada sesi 3 dengan sesi sebelumnya. SS menyatakan ia memiliki pegal-pegal yang kembali ia rasakan, meskipun memang sudah ada sejak sebelumnya. SM menyatakan ia menjadi lebih relaks lagi dibandingkan sesi sebelumnya, karena ia sudah mengetahui cara melakukannya dengan benar, sehingga dapat melakukannya dengan mudah dan tenang, tidak lagi berpikir keras selama relaksasi dilakukan. IW menyatakan bahwa terdapat efek fisiologis yang muncul seperti misalnya tubuhnya terasa menjadi hangat setiap relaksasi dilakukan, sehingga rasanya sangat nyaman.



### Review Sesi Sebelumnya

Peneliti mengingatkan kembali mengenai hal-hal yang dibahas pada sesi sebelumnya, yaitu hubungan *mind-body*, CBT dan terapi kelompok, serta stres dan kesepian. Kebanyakan partisipan masih mengingat hal-hal yang dibahas, dilihat dari komunikasi dua arah yang muncul selama pembahasan topik. Peneliti kemudian meminta PR dikeluarkan untuk dibahas bersama. Relaksasi masih dilakukan oleh para partisipan di luar sesi, meskipun tidak semuanya melakukan setiap hari. Peneliti kembali mengingatkan efek relaksasi yang akan tercapai sepenuhnya bila dilakukan secara rutin.

PR *diary* stres juga dilakukan oleh semua partisipan kecuali SS. Partisipan diminta untuk menceritakan sumber dan gejala stres yang muncul dan telah dituliskan dalam *diary*. KD menuliskan pengalamannya saat pulang secara terburu-buru dan takut terlambat untuk menghadiri suatu acara. Saat itu, gejala yang muncul diklasifikasikannya sebagai gejala fisik yaitu detak jantung meningkat dan merasa sesak napas. Ia mengaku mudah panik saat dikejar waktu. SB juga mengalami pengalaman yang serupa dengan KD, dan juga muncul stres saat mengurus cucu setiap hari, dengan gejala emosi seperti khawatir dan cemas. SM tidak hanya menuliskan kejadian terkait stres, tetapi juga pengalaman yang terjadi dalam keseharian. Peneliti kemudian menjelaskan kembali bahwa yang dituliskan dalam *diary* stres adalah kejadian saat partisipan mengalami stres. Sumber stres yang dituliskan dalam *diary* SM adalah saat suami lupa mematikan air sewaktu pergi ke masjid. Gejala yang muncul adalah emosi negatif berupa kesal dan lelah.

IW menuliskan kejadian saat ia sendirian di rumah dan muncul gejala emosi seperti sedih, sepi, dan juga ingin menangis. MR menyatakan tidak memiliki kendala apa-apa namun menuliskan kejadian sehari-hari yang ia alami, peneliti kemudian menjelaskan mengenai cara pengisian *diary* stres dengan lebih mendalam pada MR. SS yang tidak mengerjakan PR, diminta untuk mengingat kejadian dalam tiga hari sebelumnya yang menimbulkan stres. SS menyatakan sempat merasa kesal saat suaminya memarahi SS untuk kesalahannya sendiri.

### Self-monitoring

Peneliti memberikan lembar materi dan menjelaskan hal-hal yang tertera dalam lembar tersebut. Partisipan memperhatikan dengan seksama lembar materi dan juga penjelasan dari peneliti. Peneliti menjelaskan pengertian dan juga manfaat dari *self-monitoring*. Partisipan memberikan pertanyaan berupa cara untuk melakukan *self-monitoring*. Peneliti kemudian menjelaskan secara lebih lanjut bahwa *self-monitoring* mirip dengan *diary*, namun lebih spesifik mengenai hal yang ingin dipantau. Peneliti kemudian menjelaskan kembali bahwa PR *diary* stres yang sudah dikerjakan oleh partisipan merupakan salah satu bentuk dari *self-monitoring*. Selanjutnya, peneliti menyampaikan harapannya agar partisipan dapat melakukan *self-monitoring* secara rutin setiap hari. Hal ini dilakukan agar partisipan dapat memahami sumber stres yang dimiliki, dan juga situasi yang menyebabkan rasa kesepian. Peneliti kemudian membagikan lembar *diary* stres yang baru untuk diisi bersama-sama. Hal ini untuk memastikan pemahaman partisipan mengenai cara pengisian yang tepat.

### Pemberian PR

Peneliti meminta partisipan untuk melanjutkan pengisian *self-monitoring* di rumah. Hal ini dilakukan agar partisipan terbiasa memahami situasi yang menimbulkan stres atau juga kesepian. Selain itu, PR relaksasi juga diberikan untuk mendorong partisipan terus berlatih. SS didatangi peneliti secara individual dan didorong untuk mengerjakan PR. Peneliti juga kembali menjelaskan pentingnya mengerjakan PR untuk memperoleh efek intervensi secara sepenuhnya.

### **Sesi 4: Action Planning/Rencana Aktivitas (08.00 – 10.42)**

#### 1. Observasi Umum

ZB datang mengenakan masker hari itu, ia mengaku sedang sakit sejak tiga hari sebelumnya. Meskipun demikian, ia menyatakan memaksakan ingin mengikuti sesi karena merasa sungkan dengan peneliti bila tidak masuk. Sesi 4 berjalan dengan lebih ceria dibandingkan dengan sesi sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh dinamika kelompok yang semakin terjalin, dan juga minat

partisipan pada materi yang dibawakan peneliti. Partisipan pada awalnya agak sulit memahami maksud dari rencana aktivitas, namun kemudian mereka mampu memahami setelah diberikan beberapa contoh oleh peneliti. Partisipan seperti biasanya mencatat hal-hal yang dibahas dalam sesi dan juga aktif berdiskusi bersama dengan peneliti. Partisipan juga semakin bersemangat saat diberikan lembar aktivitas produktif dan juga aktivitas menyenangkan. Mereka lalu memberikan pendapatnya pada daftar aktivitas yang tertera. Pada akhir sesi, peneliti mengajak partisipan bermain *game* mencari kata, sebagai salah satu contoh aktivitas menyenangkan yang dapat dilakukan dalam keseharian, agar stres dapat berkurang. Partisipan nampaknya sangat terhibur dengan *game* tersebut. Mereka bahkan meminta peneliti untuk memperpanjang waktu permainan karena masih belum puas. Saat bermain *game* tersebut, partisipan dibagi menjadi dua kelompok, dan saat itu menunjukkan sisi kompetitifnya. ZB nampak dominan dan asertif dalam menanggapi canda partisipan lain yang mengatakan bahwa kelompoknya berbuat curang. Peneliti lalu menenangkan para partisipan dan mengajaknya kembali bermain.

## 2. Evaluasi Sesi 4

**Tabel 5.5.** *Evaluasi sesi 4*

Kesimpulan Umum	Pada sesi ini, partisipan nampak lebih ceria dibandingkan pada sesi sebelumnya. Hal ini menandakan dinamika kelompok yang semakin terjalin dengan baik. Hubungan antar anggota juga menjadi lebih dekat, dan merata. Tujuan sesi 4 telah tercapai, di mana partisipan terdorong untuk melaksanakan aktivitas produktif atau menyenangkan yang telah mereka pilih. Dengan demikian, partisipan memiliki <i>insight</i> mengenai pentingnya secara kreatif menemukan aktivitas yang dapat mengurangi emosi negatif.
Perubahan Rencana	Peneliti membawakan lembar <i>game</i> mencari kata untuk dijadikan contoh aktivitas menyenangkan yang dapat dilakukan. Partisipan nampak menikmati permainan tersebut, dan terdorong untuk terus melakukan aktivitas yang baik untuk kesejahteraan psikologi.
Kendala	SS tidak mengerjakan PR pada hari itu dengan alasan kesibukan yang sulit ditinggalkan. Hal ini dapat berdampak pada efektivitas intervensi. Selain itu, ZB terkadang mendominasi pembicaraan karena ia memiliki pemahaman yang lebih mendalam terkait materi sesi dibandingkan partisipan lain.
Hal yang Perlu Diperhatikan	Peneliti perlu melakukan pendekatan personal pada SS, karena nampaknya SS membutuhkan dorongan yang lebih besar dari

---

peneliti. Selain itu, peneliti juga perlu untuk membantu ZB menahan diri dari mendominasi pembicaraan dalam sesi, dan juga untuk memberikan kesempatan lebih pada SS untuk bicara.

---

### 3. Penjabaran Proses Intervensi

#### Relaksasi Progresif

Relaksasi dilakukan seperti pada sesi-sesi sebelumnya. Tetapi, telepon genggam milik IW berbunyi terus-menerus saat relaksasi sedang dilakukan. Meskipun bunyinya sangat nyaring, semua partisipan terus berusaha mengikuti instruksi. SS juga nampak serius, namun ia seringkali membuka setengah matanya selama relaksasi. Posisi relaksasi seluruh partisipan sesuai dengan instruksi yang diberikan. Setelah relaksasi selesai, mata partisipan nampak berair dan mereka seperti mengantuk. Saat agenda selanjutnya segera dimulai kembali, KD sempat menuju kamar mandi untuk cuci muka agar tidak mengantuk. Para partisipan menyatakan sangat puas dan senang saat melakukan relaksasi.

#### Action Planning

Peneliti kemudian membagikan lembar materi *action planning* dan membahasnya bersama-sama. Menanggapi materi tersebut, partisipan memberikan banyak komentar dan juga pertanyaan. Mereka banyak menanyakan mengenai bagaimana cara kerjanya *action planning*, dan juga seringkali memberikan komentar mengenai kegiatan yang paling cocok dengan dirinya. Partisipan nampak senang dan ceria saat membaca lembar materi “rencana menyenangkan” dan “rencana produktif”. Mereka memberitahukan pada peneliti mengenai kegiatan yang seringkali mereka lakukan. Peneliti kemudian memberikan lembar kerja *action planning* dan memberitahukan cara pengisiannya. Partisipan beberapa lama sempat merasa bingung mengenai cara pengisiannya, meskipun sudah dijelaskan berulang kali. SM menyatakan bahwa ia sebenarnya memahami maksud peneliti, namun tabel-tabel dalam lembar kerja membuatnya bingung. Peneliti kemudian mengajak partisipan untuk mengisinya bersama-sama. Setelah itu, partisipan mulai memahami cara pengisiannya. Mereka kemudian menanyakan berapa buah rencana yang sebaiknya mereka pilih, dan peneliti meminta untuk menentukan sendiri jumlahnya secara realistis, di

mana yang terpenting adalah memilih beberapa rencana yang benar-benar dapat terlaksana meskipun hanya sedikit. Peneliti kemudian meminta partisipan untuk membawa satu buah hasil dari rencana yang kemudian akan dijalankan pada sesi berikutnya.

### Permainan Mencari Kata

Peneliti memberikan permainan mencari kata berupa lembar kertas yang diambil dari buku permainan, untuk memberikan penyegaran pada partisipan yang banyak diberikan berbagai materi dan tugas. Peneliti khawatir partisipan merasa lelah dan bosan karena banyaknya materi, maka memutuskan untuk memberikan suatu bentuk hiburan. Partisipan dibagi menjadi dua kelompok dan diberikan lembar kertas mencari kata. Kedua kelompok berkompetisi untuk menemukan sebanyak-banyaknya kata yang ditentukan. Kelompok satu beranggotakan ZS, IW, dan SS. Kelompok lainnya adalah MR, SM, SB, dan KD. Pada awalnya, partisipan mengerjakan permainan tersebut secara mandiri, namun kemudian menjadi ramai dan saling bertukar informasi. Kedua kelompok juga nampak kompetitif, namun mereka menunjukkan canda tawa selama permainan dilakukan. Saat peneliti menyatakan bahwa waktu bermain sudah habis, para partisipan meminta perpanjangan waktu karena masih ingin melanjutkan. Permainan tersebut nampaknya sangat menghibur bagi mereka. IW bahkan mengatakan bahwa rasanya sangat puas sekali saat menemukan kata yang dicari dalam permainan tersebut.

### Sesi 5: Pendekatan Kognitif (08.00 – 10.50)

#### 1. Observasi Umum

Seluruh partisipan menjalani sesi dengan sungguh-sungguh. Kebanyakan partisipan mencatat hal-hal yang dijelaskan dalam sesi. Bila diperhatikan, dinamika kelompok terbentuk dengan baik pada sesi ini, mungkin karena kedekatan antar partisipan yang mulai terbina secara merata. ZS terkadang nampak dominan saat menjalani sesi. Ia seringkali memberikan respon yang menunjukkan kepandaiannya dan pemahaman secara mendalam terhadap materi yang diberikan dalam sesi. Selain itu, ia seringkali mengaitkannya dengan

pengalaman sendiri. Meskipun demikian, ia seringkali memotong pembicaraan orang lain dan memberikan nasehat berdasarkan pengalamannya. Peneliti seringkali memotong pembicaraan ZS dengan sopan saat ia memberikan nasehat yang cenderung menyinggung partisipan lain.

## 2. Evaluasi Sesi 5

**Tabel 5.6.** *Evaluasi sesi 5*

Kesimpulan Umum	Sesi 5 juga berjalan dengan cukup lancar. Partisipan saat ini telah mampu mengenali konsep ABC, pentingnya untuk menantang pikiran negatif, dan juga untuk memunculkan pemikiran alternatif. Selain itu, partisipan juga mampu untuk mengenali sisi positif yang dimiliki, untuk memunculkan pemikiran yang seimbang dan juga emosi yang positif. Pada sesi ini, SS dapat lebih membuka diri dengan menunjukkan emosinya saat menceritakan pemikiran negatif yang dimiliki. Hal ini merupakan kemajuan yang baik dan perlu untuk dijaga serta ditingkatkan bila memungkinkan.
Perubahan Rencana	Tidak terjadi perubahan dari rencana pada sesi ini.
Kendala	ZS seringkali mendominasi pembicaraan dan juga memotong partisipan lain yang sedang bicara. Ia nampaknya melakukan hal tersebut secara tidak disengaja, karena ia cukup pandai hingga seringkali ingin mengungkapkan pendapatnya. Terkadang tanpa ia sadari, ia sering memberikan nasehat yang kurang sesuai dan cenderung dominan pada partisipan lain.
Hal yang Perlu Diperhatikan	Meskipun SS menunjukkan perubahan positif, peneliti perlu untuk terus memberikan perhatian dan dorongan pada SS untuk menjaga dan meningkatkan partisipasi aktif dari SS. Terkait dengan perilaku ZS, peneliti dapat secara tanggap memotong ZS dan mengatakan untuk memberikan kesempatan setiap partisipan untuk bicara hingga selesai, baru setelahnya diberikan masukan.

## 3. Penjabaran Proses Intervensi

### Relaksasi Progresif

Relaksasi berjalan dengan lancar seperti pada sesi-sesi sebelumnya. Para partisipan melakukan relaksasi dengan sungguh-sungguh dan nampak menikmati. Saat bagian menengadahkan kepala, MR tidak menengadahkan kepalanya seperti yang ia lakukan pada sesi-sesi sebelumnya. SS lagi-lagi tidak menutup matanya rapat-rapat, namun juga terlihat menikmati saat-saat relaksasi. Setelah selesai, SM membicarakan mengenai kakinya yang ia miringkan saat relaksasi, karena tubuhnya yang kecil hingga ia sulit mencapai lantai. Para partisipan lain tertawa

menanggapi komentar SM, dan mereka bercanda tawa mengenai tubuh SM yang kecil, seperti mengatakan “kecil-kecil bola bekel”, atau komentar lainnya.

#### Review Sesi Sebelumnya

Peneliti membuka sesi dengan membahas materi dari sesi sebelumnya, yaitu rencana aktivitas. Peneliti menanyakan mengenai pengertian dan manfaat dari rencana aktivitas. Para partisipan secara bergantian berinisiatif untuk memberikan jawaban pada peneliti. Peneliti kemudian membahas mengenai PR yang telah diberikan, yaitu *diary* relaksasi, *diary* stres, dan juga *action planning*. Peneliti menanyakan bila para partisipan telah mengerjakan PR yang diberikan, dan juga melakukan kegiatan sesuai dengan yang telah dituliskan dalam lembar *action planning*. Seluruh partisipan mengerjakan PR, terkecuali SS. SS memohon maaf pada peneliti karena memiliki kesibukan pergi ke rumah sakit dan sebagainya hingga tidak sempat mengerjakan.

Setelah itu, kelompok bersama-sama membahas PR *action planning* sambil memperlihatkan hasil dari rencana tersebut. ZB menceritakan bahwa ia tidak jadi melakukan bekam (pengobatan tradisional China) karena memiliki kesibukan secara tiba-tiba. Ia melakukan kegiatan lainnya, salah satunya adalah membuat kerajinan tangan (dompet dari plastik sampah) yang ia bawa dan diperlihatkan pada kelompok. Setelah ia menceritakan gambaran cara pembuatannya, ia lalu memberikannya pada peneliti sebagai hadiah. ZS membawakan dendeng balado khas Padang, yang merupakan masakan keahliannya. Ia lalu membagikannya pada para partisipan dan juga peneliti untuk mencoba. MR membawakan kerajinan tangan berupa jepit dan pin yang terbuat dari rajutan. Ia juga membawa alat untuk membuatnya dan menggambarkan secara singkat dalam kelompok cara pembuatannya, lalu memberikan dua buah untuk peneliti. SM memperlihatkan bunga yang terbuat dari sedotan, dan menunjukkan cara membuatnya. Ia lalu memberikannya pada peneliti sebagai kenang-kenangan. KD memperlihatkan beberapa hasil lukisan yang telah ia lakukan saat menuliskan *action planning*. Ia lalu membagikannya pada seluruh partisipan dan juga peneliti.

### Pemikiran Negatif

Peneliti membagikan lembar materi dan kemudian memberikan penjelasan mengenai pemikiran negatif. Saat peneliti menjelaskan mengenai perbedaan individu yang berbeda mengalami kejadian serupa namun responnya berbeda menggunakan contoh (“Si A ditinggal pacar lompat dari pohon cabe, si B justru cari pacar baru”), para partisipan tertawa dengan kencang. Saat dijelaskan dengan lebih mendalam mengenai pemikiran negatif, partisipan mendengarkan dengan aktif, sambil banyak memberikan pendapat dan juga menimpali pembicaraan peneliti. Pada awalnya, ZS menganggap pemikiran negatif sebagai pikiran yang buruk dan mengatakan “berarti kita harus mikirnya yang positif-positif saja ya”. Peneliti langsung menjelaskan kembali mengenai makna dari pemikiran negatif yang sesungguhnya, yaitu pemikiran yang realistik, tidak harus bersifat positif. Peneliti menjabarkan bahwa pemikiran negatif merupakan pikiran yang tidak seimbang, terkadang berpikir positif bisa merupakan pemikiran negatif. Maka, pemikiran yang tepat adalah yang didukung dengan bukti, bukan sekedar hipotesa individu.

Setelah memastikan bahwa partisipan telah memahami makna dari pemikiran negatif dan juga konsep ABC, peneliti membagikan lembar kerja ABC pada partisipan. Peneliti kemudian meminta partisipan untuk memberikan contoh ABC yang pernah dialami, kemudian menuliskannya dalam lembar kerja tersebut. SB membagi ABC-nya pada kelompok, yaitu pemikiran negatif yang muncul saat bertemu dengan kenalan namun tidak disapa. SB biasanya berpikir bahwa ia memiliki kesalahan hingga kenalannya tidak menyapa. Peneliti kemudian menggali kembali bila pemikiran negatifnya tersebut terbukti benar, dan SB kemudian mengaku hal itu hanya kekhawatirannya sendiri dan seringkali terbukti salah. Peneliti melakukan hal yang sama dengan partisipan lainnya dan menekankan partisipan untuk memunculkan pemikiran yang didukung dengan bukti. Peneliti kemudian membagikan lembar kerja baru, yaitu lembar ABCDE. Peneliti kemudian menjelaskan cara pengisiannya dan memandu partisipan untuk mengisi bersama. Pada awalnya, terdapat kesulitan yang berarti untuk mengisi lembar ini bagi partisipan, mungkin karena banyaknya tabel yang perlu diisi.



Partisipan juga sulit membedakan pemikiran alternatif dengan solusi, hingga peneliti perlu untuk menjelaskan kembali berkali-kali, dengan contoh yang dituliskan kembali di lembar *flipchart*.

### Pemberian PR

Partisipan dibagikan lembar PR ABCDE yang diminta untuk diisi bila muncul pemikiran negatif dalam kesehariannya. Partisipan kemudian memberikan beberapa pertanyaan mengenai kolom ABCDE, agar mereka dapat mengerjakannya dengan tepat. Selain PR ABCDE, partisipan juga diberikan PR *diary* relaksasi dan juga *diary* stres.

### **Sesi 6: Komunikasi Efektif (08.00 – 10.50)**

#### 1. Observasi Umum

Seluruh partisipan datang tepat waktu pada sesi ini. Partisipan menyimak jalannya sesi dengan sungguh-sungguh, terutama saat membahas materi komunikasi efektif. Kebanyakan partisipan mencatat dengan lengkap penjabaran yang dijelaskan peneliti. Menanggapi materi, partisipan aktif berdiskusi bersama dengan peneliti dan seringkali menyatakan kesetujuannya dengan penjelasan dari peneliti. Beberapa partisipan juga menambahkan penjelasan lain terkait dengan masalah komunikasi yang pernah dialami. Selain itu, partisipan juga memberikan tambahan mengenai tips-tips yang dapat digunakan dalam komunikasi efektif, terutama SM. SM hari itu banyak memberikan pendapatnya, dan cukup mendominasi pembicaraan. Meskipun demikian, partisipan lain tidak nampak terganggu dan seringkali tertawa saat menanggapi. ZS memberikan banyak nasehat pada SM terkait dengan hubungannya dengan suami, terutama terkait dengan kecenderungan suami SM untuk tidak bisa mengelola pola makan. ZS memiliki kecenderungan lebih dominan dibandingkan dengan anggota kelompok lainnya.

## 2. Evaluasi Sesi 6

**Tabel 5.7.** *Evaluasi sesi 6*

Kesimpulan Umum	Sesi 6 dianggap sangat menarik bagi para partisipan. Mereka nampak memberikan banyak komentarnya dalam menanggapi materi. Mereka juga berpendapat bahwa kemampuan berkomunikasi efektif sangatlah penting untuk digunakan dalam kehidupan sehari-hari. Partisipan memperoleh <i>insight</i> mengenai pentingnya komunikasi efektif, dan juga pentingnya dukungan sosial dalam kesejahteraan psikologis. Partisipan sangat bersemangat untuk mencoba teknik komunikasi dalam kesehariannya. Semangat terkait teknik dalam sesi ini paling banyak ditunjukkan oleh SM, yang kemudian mendatangi peneliti setelah sesi untuk berkonsultasi mengenai kendala komunikasinya dengan suami.
Perubahan Rencana	Tidak terdapat perubahan rencana pada sesi ini.
Kendala	ZS mendominasi pembicaraan dan membandingkan suami SM dengan suaminya yang telah meninggal. Peneliti kemudian meminta ZS untuk memberikan kesempatan pada SM untuk bicara hingga selesai.
Hal yang Perlu Diperhatikan	Pada sesi selanjutnya, perlu ditelaah mengenai aplikasi komunikasi efektif dalam kehidupan sehari-hari partisipan. SM mendatangi peneliti dan berkonsultasi mengenai hubungannya dengan suami, termasuk kendala dalam berkomunikasi. SM juga membicarakan mengenai hubungan seksualnya dengan suami, di mana suami seringkali masih ingin berhubungan seksual meskipun saat melakukannya sering menunjukkan gejala fisik negatif seperti sesak napas dan lainnya. Pada lain pihak, SM dalam kebanyakan waktu tidak ingin melakukan hubungan seksual, dan juga seringkali tegang saat terpaksa melakukannya karena khawatir kondisi suami memburuk. Hal ini tidak diceritakan dalam kelompok karena sungkan membicarakan kehidupan seksual SM dengan suami pada banyak orang. Peneliti telah mendiskusikan bersama SM mengenai strategi komunikasi yang akan dilakukan pada suami terkait hubungannya. Berikutnya, peneliti perlu memperhatikan perkembangan hubungan SM dengan suami untuk menelaah efek teknik intervensi yang dilakukan. Selain itu, partisipan lainnya juga menyatakan harapan untuk dapat berkonsultasi dengan peneliti pada lain waktu. Menanggapi hal ini, peneliti perlu melakukan konsultasi individual dengan partisipan untuk meningkatkan kesejahteraan psikologisnya secara lebih mendalam.

### 3. Penjabaran Proses Intervensi

#### Relaksasi Progresif

Relaksasi dilakukan seperti pada sesi sebelumnya. Sebelum diminta untuk membuka sepatu, para partisipan telah berinisiatif untuk membuka sepatunya. Partisipan menjalani relaksasi dengan sungguh-sungguh dan nampak menikmati. Setelah relaksasi selesai, partisipan menunjukkan mata yang berair, seperti mengantuk. Partisipan menyatakan sensasi yang dirasakan semakin nyaman setiap kali mengikuti relaksasi.

#### Review Sesi Sebelumnya

Partisipan diingatkan kembali mengenai materi pemikiran negatif. Peneliti kemudian kembali mengajak partisipan mendiskusikan hasil dari pengerjaan PR. Peneliti juga mendorong partisipan untuk mengembangkan pikiran alternatif dari pemikiran negatif yang muncul dalam lembar PR.

#### Permainan BINGO

Peneliti menggunakan permainan BINGO manusia sebagai pembuka sesi komunikasi efektif. Setiap partisipan memperoleh satu lembar kertas BINGO yang bertuliskan beberapa hal berbeda dalam setiap kotak (pintar melukis, rambutnya keriting, dan lainnya). Partisipan kemudian diminta untuk mendatangi partisipan lain secara bergantian dan menanyakan hal yang tertulis dalam kotak (contoh: rambut keriting) menggunakan cara berkomunikasi yang baik. Hal ini dilakukan hingga partisipan berhasil membuat BINGO sebanyak mungkin. Menjalani permainan tersebut, partisipan melakukannya dengan semangat dan juga mengikuti aturan yang berlaku. Partisipan yang paling banyak membuat BINGO adalah KD. Menurut para partisipan, permainan ini melatih kecepatan berpikir, daya analisa, dan juga cara komunikasi. Partisipan merasa senang bermain BINGO dan bersemangat untuk menjalani agenda selanjutnya.

#### Komunikasi Efektif

Partisipan dibagikan lembar materi komunikasi efektif dan kemudian peneliti mulai membuka pembahasan tersebut. Peneliti mengawali pembahasan dengan menanyakan pada partisipan mengenai pengertian dan juga pentingnya komunikasi. Para partisipan dengan bersemangat memberikan jawaban terhadap

pertanyaan dari peneliti. Setelah mendiskusikan komunikasi secara umum, peneliti melanjutkan dengan pembahasan pentingnya komunikasi efektif dalam kehidupan sehari-hari. Para partisipan antusias dalam membahas materi ini, terutama saat dijabarkan mengenai teknik berkomunikasi efektif yang dapat diikuti. Mendengarkan contoh dari peneliti, partisipan memberikan banyak respon verbal maupun non-verbal sebagai tanda setuju terhadap hal-hal yang dibahas di kelompok. Banyak juga partisipan yang memberikan contoh sesuai dengan topik pembahasan, berdasarkan pengalamannya.

Peneliti kemudian meminta partisipan untuk menceritakan lebih lanjut pengalaman pribadinya terkait pola komunikasi yang kurang efektif. SM kemudian menjelaskan kesulitan komunikasi dalam hubungannya dengan suami, yang mengakibatkan munculnya perselisihan. SM seringkali kurang memperhatikan sudut pandang suami dan menggunakan pola komunikasi agresif. SM kemudian ditanyakan mengenai solusi untuk komunikasi dengan suami, dan ia menyatakan ingin mengaplikasikan teknik-teknik komunikasi efektif yang telah dijabarkan sebelumnya. SS juga diminta untuk membagi pengalamannya, dan ditemukan bahwa ia seringkali berkomunikasi secara pasif dengan suami, guna menghindari konflik. Ia juga ingin mencoba untuk berkomunikasi dengan lebih asertif dengan suami, agar suami memahami sudut pandang dari SS.

Peneliti kemudian membagi kelompok menjadi dua berdasarkan kedekatan tempat duduknya, yaitu ZS, KD, dan IW sebagai satu kelompok, dan sisanya sebagai satu kelompok. Setiap kelompok ditugaskan untuk membuat suatu dialog, dengan menggunakan komunikasi efektif. Partisipan dibebaskan untuk membuat latar belakang cerita sesuai dengan keinginannya, dan juga untuk berdiskusi secara aktif. Saat berdiskusi, SM menyatakan bahwa ia terkadang menggunakan humor saat berkomunikasi dengan suami, dan biasanya memberikan hasil yang positif terhadap hubungan antara keduanya. Selesai berdiskusi, kedua kelompok secara bergantian bermain peran sesuai dengan dialog yang telah ditentukan. Peneliti bertugas sebagai penilai, dan bila dinilai kurang efektif komunikasinya, peneliti mendiskusikannya pada partisipan dan menyarankan untuk memperbaiki.

Kelompok ZS, KD, dan IW memainkan skenario berupa anak yang memperoleh nilai buruk pada ujian, dan orangtua yang sedang menasehati. Pada saat proses main peran, teknik komunikasi efektif cukup ditampilkan dengan baik oleh kelompok ini. Hal yang kurang dilakukan adalah penggunaan pesan saya (*I statement*) oleh orangtua, karena ZS yang berperan sebagai ibu banyak menggunakan kata-kata “kamu seharusnya bisa”. Setelah main peran selesai, peneliti menyampaikan pada kelompok mengenai kekurangan saat main peran, dan menyampaikan pentingnya untuk menyampaikan berdasarkan sudut pandang diri, seperti misalnya dengan “ibu ingin sekali kamu sukses dalam ujian, ibu pikir kamu perlu belajar lebih banyak”. Anggota kelompok juga ditanyakan perasaannya dalam menjalani peran masing-masing untuk memperoleh informasi mengenai sudut pandang dari perannya masing-masing. Hal ini untuk meningkatkan empati pada sudut pandang orang lain. Kelompok MR, SB, SM, dan SS menampilkan sebuah keluarga terdiri dari suami, istri, dan dua anak yang telah dewasa. Telah terjadi suatu pertengkaran karena masalah kecil yang menjadi besar saat suatu waktu berbelanja. Komunikasi efektif ditampilkan dengan sangat baik pada kelompok ini, karena berhasil menunjukkan komunikasi efektif saat menghadapi pertengkaran.

#### Pemberian PR

Partisipan diberikan lembar PR *diary* relaksasi dan stres untuk dikerjakan. Selain itu, partisipan diminta untuk mengaplikasikan pola komunikasi efektif dalam kesehariannya.

### **Sesi 7: Pemecahan Masalah**

#### 1. Observasi Umum

Para partisipan menghadiri sesi dengan tepat waktu. ZS, SB, dan SM nampak lebih segar pada hari itu. Saat diajak bicara oleh peneliti mengenai kabar para partisipan, SM dan ZS menyatakan bahwa mereka merasa segar dan gembira karena akan menjalani sesi intervensi hari itu. Menurut SM, ia seringkali merasa suntuk saat berada di rumah, namun lain halnya dengan saat mengikuti intervensi. Hal ini juga disetujui oleh partisipan lainnya. Saat membahas materi pemecahan

masalah, para partisipan kurang bersemangat bila dibandingkan dengan sesi sebelumnya, Meskipun demikian, mereka lebih aktif saat diminta berdiskusi dalam kelompok besar, untuk mencari beberapa solusi yang memadai.

## 2. Evaluasi Sesi 7

**Tabel 5.8.** *Evaluasi sesi 7*

Kesimpulan Umum	Tujuan dari sesi 7 tercapai dengan baik. Partisipan secara aktif saling mendukung dan menyumbangkan solusi untuk masalah berbeda. Para partisipan juga akhirnya termotivasi untuk terus mencari solusi secara kreatif, tidak cepat putus asa, dan juga tidak hanya terpaku dengan satu solusi. Terkait dengan sesi sebelumnya, semua partisipan mengerjakan PRnya termasuk SS. Hal ini merupakan perkembangan besar yang ditunjukkan oleh SS. Selain itu, SS juga telah mencobakan teknik komunikasi efektif dengan suaminya dan mencapai kemajuan dalam hubungannya.
Perubahan Rencana	Tidak terdapat perubahan rencana pada sesi ini.
Kendala	Tidak terdapat kendala berarti pada sesi ini.
Hal yang Perlu Diperhatikan	Partisipan menyampaikan bahwa emosi yang dirasakan saat di rumah dengan saat di sesi cenderung berbeda. Saat di rumah, partisipan seringkali mengalami emosi negatif, sedangkan saat di sesi hampir selalu merasa ceria dan gembira. Hal ini dapat mengindikasikan efek terapeutik yang hanya muncul saat menjalani sesi, namun tidak secara jangka panjang.

## 3. Penjabaran Proses Intervensi

### Relaksasi Progresif

Relaksasi progresif berjalan seperti pada sesi-sesi sebelumnya. Partisipan setelah itu menyampaikan bahwa mereka merasa nyaman dan tenang. Beberapa partisipan menyatakan bahwa rasa nyeri yang dimiliki semakin berkurang sejak melakukan relaksasi secara rutin.

### Review Sesi Sebelumnya

Peneliti meminta para partisipan menceritakan pengalamannya mencoba menggunakan komunikasi efektif yang telah dipelajari. SM menunjukkan antusiasme yang besar dalam mencobakan komunikasi efektif dalam berinteraksi dengan suami. Ia menceritakan cara ia berkomunikasi menggunakan prinsip yang sebelumnya telah diajarkan dalam sesi. Menurutnya, suami dapat lebih memahami maksud SM yang seringkali menasehati karena mengkhawatirkan kesehatan

suami. SM tidak lagi mengkomunikasikan maksudnya dengan suami secara emosional, namun dapat lebih mengelola pembicaraan yang relaks dan juga logis. Beberapa partisipan lainnya juga menggunakan komunikasi efektif saat berinteraksi dengan teman, tetangga, dan juga keluarga. Menurut mereka, komunikasi efektif menghasilkan pembicaraan yang lebih terarah dan juga jelas dengan orang lain.

#### Teknik Pemecahan Masalah

Peneliti membagikan lembar materi, lalu menjabarkan mengenai pengertian dari masalah, dan mengajak partisipan untuk berdiskusi bersama mengenai dampak dari masalah. Para partisipan menyatakan bahwa masalah dapat menyebabkan stres hingga kemudian menyebabkan kurangnya kesejahteraan diri. Peneliti kemudian menjelaskan mengenai pentingnya untuk tidak mengacuhkan masalah, karena masalah yang diacuhkan dapat menyebabkan berbagai dampak negatif seperti yang telah disebutkan para partisipan. Partisipan menyatakan kesetujuannya, dan juga menyatakan bahwa sangatlah penting untuk mencari solusi dari masalah. Peneliti kemudian menjabarkan metode dalam teknik pemecahan masalah, dan beberapa partisipan memberikan pertanyaan mengenai metode tersebut. Mereka meminta penjelasan yang lebih konkrit mengenai teknik pemecahan masalah.

Peneliti kemudian memilih untuk menjelaskan penggunaan teknik dengan praktek langsung, hingga kemudian membagikan lembar kerja pemecahan masalah. Peneliti meminta setiap partisipan untuk menemukan masalah yang hingga saat ini belum teratasi dan ingin diatasi. Partisipan diberikan waktu selama kurang lebih lima menit untuk berpikir, dan kemudian peneliti mendatangi setiap partisipan untuk bertanya. MR menyatakan masalah yang saat ini menggangukannya adalah tubuh lemas yang belum juga terobati, dan ia ingin untuk mengatasi masalah tersebut. Peneliti kemudian bertanya kembali, mengenai apa yang diharapkan oleh MR dari penyakitnya tersebut. Setelah mendiskusikan masalahnya, peneliti memandu MR untuk menuliskannya dalam lembar kerja. Hal ini juga dilakukan pada setiap partisipan. Setelah para partisipan mengenali masalah dan harapannya pada masalah, peneliti mengajak kelompok berdiskusi

bersama mengenai berbagai solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah pada setiap partisipan. SB kemudian menyadari maksud peneliti mengajak kelompok diskusi, yaitu untuk saling memberikan masukan terhadap masalah, dan juga untuk saling mendukung. Semua partisipan berdiskusi dengan aktif dan saling memberikan saran.

#### Pemberian PR dan Penutupan

Partisipan diberikan lembar PR *diary* relaksasi dan *diary* stres. Selain itu, partisipan juga diminta untuk melakukan praktek pemecahan masalah, dan menuliskan hasilnya pada lembar evaluasi pemecahan masalah. Beberapa partisipan menanyakan cara pengisian lembar evaluasi secara lebih jelas. Peneliti kemudian menanyakan partisipan waktu pertemuan selanjutnya, karena membutuhkan jeda satu minggu tidak seperti sesi-sesi sebelumnya yang hanya berjarak kurang lebih tiga hari. Saat mendiskusikan mengenai waktu pertemuan tersebut, partisipan juga mengusulkan acara perpisahan, dengan setiap orang membawa makanan yang berbeda-beda untuk makan siang bersama setelah sesi intervensi. Setelah diberikan persetujuan oleh peneliti, partisipan saling mendiskusikan makanan yang akan dibawa.

#### **Sesi 8: Penutupan**

##### 1. Observasi Umum

Seluruh partisipan menghadiri sesi dengan tepat waktu. Mereka bicara bersama sambil menunggu peneliti yang sedang mempersiapkan peralatan sesi. SM dan ZS mengajak bicara peneliti dan menyampaikan mengenai rasa senangnya untuk mengikuti sesi intervensi. Para partisipan hari itu nampak sangat ceria dan juga lebih dekat antara satu dengan lainnya. Banyak partisipan secara bergantian mendatangi, mengajak bicara peneliti dan menceritakan kondisinya sehari-hari, seolah-olah menemani peneliti yang sedang menyusun kertas. Saat sesi dimulai, partisipan juga nampak lebih antusias dibandingkan pada sesi-sesi sebelumnya. SM hari itu banyak bicara dalam sesi, menceritakan pengalamannya dengan suami. Kacamata SS tertinggal di rumah pada hari itu, sehingga peneliti banyak membantunya dalam pengisian berbagai lembar *post-test* atau lainnya. ZS,



SM, dan IW memberikan bingkisan pada peneliti sebagai kenang-kenangan. Para partisipan juga menyatakan kesedihannya karena sesi selesai, dan meminta peneliti untuk terus mengadakan acara perkumpulan kelompok, supaya kedekatan kelompok terus terjalin.

## 2. Evaluasi Sesi 8

**Tabel 5.9.** *Evaluasi sesi 8*

Kesimpulan Umum	Pada sesi ini, para partisipan menunjukkan kenyamanannya berada dalam kelompok. Hal ini menandakan dinamika kelompok yang telah terjalin setelah delapan kali mengikuti sesi bersama. Para partisipan tidak lagi terlihat canggung dalam berhadapan antara satu dengan lainnya. Tidak sedikit partisipan yang menggunakan sentuhan terhadap partisipan lain untuk menunjukkan kehangatan. Mereka nampak semakin akrab, dan tidak ingin menyudahi sesi dilihat dari permintaan para partisipan untuk mengadakan acara perkumpulan kembali meskipun sesi intervensi telah selesai. Seluruh partisipan menunjukkan emosi yang positif, dibandingkan pada sesi 1. Hal ini dapat menjadi salah satu penanda efektivitas intervensi yang dijalankan. Pada sesi ini, partisipan SM juga berinisiatif untuk menamakan kelompoknya “lansia ceria”. Hal ini menunjukkan besarnya rasa kesatuan/ <i>sense of belongingness</i> yang terbina di antara mereka.
Perubahan Rencana	Para partisipan membawa makanan untuk makan siang. Mereka saling membagi makanan yang dibawa, dan terlihat senang sekali saat makan siang bersama. Sesi selesai pada pukul 12.00, karena kelompok masih berbicara sambil makan sebagai acara penutupannya.
Kendala	Tidak terdapat kendala pada sesi ini.
Hal yang Perlu Diperhatikan	Kebanyakan partisipan terus mengajak peneliti untuk berkumpul kembali meskipun sesi telah selesai. Sebaiknya peneliti mengunjungi para partisipan untuk melakukan <i>follow-up</i> dan juga konseling lanjutan. Meskipun demikian, peneliti perlu menjaga batasan profesionalitas antara terapis dengan klien.

## 3. Penjabaran Proses Intervensi

### Relaksasi Progresif

Sesi relaksasi berjalan seperti biasanya, di mana para partisipan mengikuti instruksi dengan sungguh-sungguh. Bila diperhatikan seksama, partisipan melakukan relaksasi dengan lebih baik lagi. Mereka nampak merasa semakin nyaman saat melakukan relaksasi, dan hal ini menandakan mereka telah mampu mencapai kondisi relaksasi secara mendalam.

### Review Sesi Sebelumnya

Peneliti meminta partisipan menunjukkan PR-nya (*diary* relaksasi, *diary* stres, dan praktek pemecahan masalah). Peneliti kemudian menanyakan hasil dari praktek pemecahan masalah yang telah dilakukan partisipan. SM menyatakan keberhasilannya dalam mencoba memecahkan masalah (konflik dengan suami). Ia menggunakan pola komunikasi efektif dalam berhubungan dengan suami, sehingga suami dapat lebih memahami maksud SM. ZS berusaha menangani masalah dengan melakukan solusi utama yaitu mencoba berkomunikasi dengan anak terkait kebergantungan anak yang berlebihan pada ZS. Sayangnya, solusi utama tidak berhasil karena anaknya justru mengamuk saat ZS mengkomunikasikan harapan agar anak menjadi lebih mandiri.

### Sharing

Peneliti mengajak partisipan mendiskusikan jalannya sesi menurut sudut pandang partisipan. Secara umum, partisipan menyatakan kepuasannya terhadap program intervensi yang dilaksanakan. Menurut SM, ia merasakan perbedaan emosi yang signifikan saat berada di rumah, dengan saat berada di sesi intervensi. Emosinya jauh lebih positif dan ceria saat mengikuti sesi. Partisipan lain juga mengaku merasa senang sekali dapat mengikuti program intervensi, termasuk SS yang seringkali murung. SS menyatakan dirinya menjadi lebih ceria dan bersemangat sejak mengikuti sesi. Peneliti kemudian menanyakan mengenai kelebihan dan kekurangan dari intervensi yang telah dilakukan. Menurut para partisipan, intervensi yang telah dilakukan menyediakan banyak informasi penting mengenai kesehatan mental dan juga rancangan kegiatan yang menyenangkan dan tidak membosankan. Hal yang perlu ditingkatkan adalah kemampuan peneliti untuk memotong pembicaraan. Partisipan merasa peneliti kurang mampu membagi waktu bicara partisipan secara merata.

Peneliti kemudian mengajak partisipan mendiskusikan kembali mengenai setiap sesi yang telah dilakukan, dimulai dari relaksasi. Relaksasi dinyatakan partisipan sebagai teknik yang sangat membantu, dan juga merupakan teknik favorit bagi mereka. Berikut adalah pendapat para partisipan mengenai teknik-teknik yang telah dilakukan dalam sesi intervensi:

**Tabel 5.10.** Hasil diskusi teknik dalam sesi intervensi

Teknik	Pendapat
<p><b>Relaksasi</b> → Partisipan mengaku paling menyukai teknik ini dan menganggapnya paling bermanfaat.</p>	<p>Menurut para partisipan, relaksasi merupakan teknik yang sangat bermanfaat dan juga menyenangkan. Hasil yang diperoleh dari relaksasi berupa rasa tenang, nyaman, dan juga emosi yang lebih terkontrol. Stres juga dirasa partisipan dapat diatasi dengan relaksasi. Rasa nyeri pada kaki SS dirasanya berkurang sebagai hasil dari relaksasi. Selain itu, partisipan juga merasa menjadi tidak lagi mudah marah atau tersinggung. Teknik ini merupakan teknik yang dirasakan kebanyakan partisipan paling disukai dan juga bermanfaat.</p>
<p><b>Psikoedukasi</b> → Teknik ini cukup disukai karena partisipan memperoleh banyak pengetahuan baru.</p>	<p>Menurut partisipan, informasi mengenai stres, kesepian, dan tips-tips meningkatkan kesejahteraan juga dirasa bermanfaat. Partisipan meningkatkan pemahamannya mengenai masalah yang dimiliki dan juga memperoleh informasi mengenai cara untuk mengelolanya. Dengan demikian, mereka bisa memperbaiki tingkah laku sehingga bisa mengendalikan diri dengan lebih baik lagi.</p>
<p><b>Self-monitoring</b></p>	<p>Hasil yang diperoleh dari <i>self-monitoring</i> adalah pemahaman diri dalam keseharian, dengan kesadaran mengenai stres yang dialami. Dengan begitu, partisipan merasa bisa melangkah dengan lebih hati-hati karena mengetahui sumber stres yang seringkali dialami. Emosi juga dapat lebih dikelola dan juga partisipan dapat lebih menyadari kondisi dirinya.</p>
<p><b>Action Planning</b> → Merupakan teknik yang juga sangat disukai partisipan selain relaksasi</p>	<p>Menurut MR, <i>action planning</i> membuat partisipan mengarahkan kegiatan yang dilakukan dalam keseharian. Selain kegiatan yang dipilih membuatnya merasa senang, ia merasa bahwa aktivitasnya juga menghasilkan serta bermanfaat.</p> <p>ZS berpendapat teknik <i>action planning</i> mengajarkan kedisiplinan, sehingga partisipan dapat berkomitmen terhadap jadwal yang telah dibuat. Kegiatannya dalam keseharian juga menjadi teratur dan terencana, sehingga tahu apa yang harus dilakukan.</p> <p>SB merasa <i>action planning</i> membuatnya melakukan kegiatan dalam keseharian</p>

secara teratur, karena sebelumnya telah memikirkan matang-matang kegiatan yang perlu dilakukan. SB juga menjadi tidak lagi gugup dalam menentukan kegiatannya sehari-hari.

SM merasa hasil dari *action planning* membuatnya merasa bangga dan puas, dengan menghasilkan karya sendiri yang telah direncanakan sebelumnya.

KD merasa menjadi lebih menghargai waktu, dan rasa senangnya sangat besar karena melakukan aktivitas yang disukai.

IW juga senang karena para partisipan didorong untuk saling membagi kegiatan yang dilakukan dan juga ilmu yang dimiliki dalam membuat sesuatu.

SD juga merasa puas dan memperoleh hasil yang nyata melalui *action planning* (namun sebenarnya SD tidak melakukan PR *action planning* yang diminta membawakan hasil aktivitas ke sesi)

---

#### **Pendekatan Kognitif**

→ Dianggap kebanyakan partisipan sebagai teknik yang sulit dipahami dan dilakukan. Cenderung kurang disukai para partisipan, kecuali KD.

Hanya sedikit partisipan yang berkomentar dalam pembahasan sesi ini. ZS berpendapat bahwa teknik ini memberanikan dirinya untuk menemukan pemikiran yang berupa jalan keluar dari pemikiran awal yang sifatnya maladaptif. IW merasa pikirannya menjadi lebih realistis, karena tidak langsung begitu saja mengikuti pemikiran negatif, namun mencari bukti-buktinya dahulu. Beberapa partisipan menganggap teknik ini sulit dilakukan, terutama lembar ABCDE karena terdapat banyak tabel di dalamnya. Hal ini cukup mengejutkan, karena dalam sesi tersebut partisipan diasumsikan peneliti dapat memahami materi dengan baik.

---

#### **Komunikasi Efektif**

→ Merupakan teknik yang juga digemari partisipan karena aplikatif dan sangat dibutuhkan dalam kehidupan sehari-hari.

Menurut ZS, komunikasi efektif membantunya menyampaikan pendapat pada anak yang selama ini menjadi kendala dalam hubungannya.

IW merasa teknik ini membuatnya menjadi lebih sabar dalam berinteraksi, dan juga ia menjadi bisa menyampaikan pendapatnya di rumah pada pembantu rumah tangga.

SB merasa dirinya menjadi lebih bisa menahan diri, yaitu menyampaikan maksudnya dengan lebih terarah dan tidak melibatkan emosi negatif.

SM merasa memperoleh kemudahan untuk

---

	<p>mengatasi konfliknya dengan suami. Ia juga lebih bisa mengontrol diri.</p> <p>MR menganggap teknik ini membuatnya lebih baik dalam berkomunikasi sehingga hubungan dengan orang lain berkembang.</p> <p>SS tidak lagi menunda-nunda masalahnya, dengan memberanikan diri berkomunikasi dengan suami.</p> <p>KD juga menambahkan bahwa komunikasi efektif membuat partisipan bisa mengungkapkan masalah yang sebenarnya.</p>
<p><b>Teknik Pemecahan Masalah</b></p> <p>→ Teknik yang dianggap penting oleh partisipan meskipun cukup sulit dalam pengerjaannya.</p>	<p>SM menyatakan bahwa dengan teknik ini, ia bisa menenangkan diri, introspeksi, serta bisa berpikir jernih mengenai masalahnya.</p> <p>KD juga menyatakan memang penting untuk menggunakan tahap-tahap guna mencapai tujuan akhir, yaitu penyelesaian masalah.</p> <p>IW merasa banyaknya solusi cadangan membuatnya dapat secara fleksibel dan kreatif. Ia juga menyadari pentingnya <i>cooling down</i> supaya bisa berpikir kembali mengenai masalahnya.</p> <p>SM merasa penting untuk menggunakan jeda waktu untuk menganalisa masalah secara keseluruhan, serta dengan sabar mencoba mengatasinya agar tidak mudah putus asa.</p> <p>SB juga merasa penting sekali untuk berpikir dan mencari jalan keluar dari masalah.</p> <p>KD juga memahami pentingnya menunda masalah secara sementara, untuk menganalisa solusi yang dapat digunakan.</p> <p>MR dan ZS menyatakan adanya perubahan positif dalam cara memandang permasalahan, yaitu tidak mudah putus asa dan juga tidak terpaku hanya pada satu sudut pandang saja.</p>

### Pengukuran Pra-intervensi (*post-test*) dan Evaluasi Lainnya

Peneliti membagikan alat ukur PSS, PSQ, UCLA *Loneliness Scale*, dan juga SUD pada para partisipan. Beberapa partisipan memberikan komentar mengenai banyaknya kuesioner yang diberikan, dan mereka sedikit lelah mengerjakannya. Meskipun demikian, mereka tetap mengerjakannya sambil menanyakan beberapa hal dalam kuesioner yang tidak dimengerti pada peneliti.

Selain itu, peneliti secara bergantian mewawancarai partisipan terkait beberapa penanda keberhasilan partisipan, yaitu kepuasan pada intervensi yang diberikan, *insight* terhadap stres dan kesepian yang dialami, perkembangan yang diperoleh melalui intervensi, dan juga teknik yang paling disukai oleh partisipan.

### Penutupan

Saat penutupan, partisipan nampak sangat gembira karena memperoleh bingkisan dari peneliti berupa CD relaksasi dan juga sertifikat kehadiran. Beberapa partisipan kemudian memberikan bingkisan pada peneliti untuk dijadikan kenang-kenangan. MR langsung mendatangi peneliti dan menyampaikan permintaan maafnya karena tidak membawakan hadiah untuk peneliti. Peneliti kemudian meyakinkan MR bahwa hal tersebut tidak perlu dilakukan, namun yang peneliti harapkan adalah MR mengaplikasikan hal-hal yang diajarkan dalam sesi pada kehidupan sehari-hari. Peneliti mengingatkan kembali seluruh partisipan untuk terus aktif mengaplikasikan hal-hal yang telah diajarkan dalam sesi. Beberapa partisipan lalu mendiskusikan mengenai rencana pertemuan selanjutnya setelah sesi terapi selesai. Mereka mengaku sedih dengan berakhirnya program intervensi dan berharap kelompok dapat terus berhubungan baik. Kemudian, para partisipan menyampaikan terima kasih pada peneliti untuk sesi intervensi yang telah dijalankan. Peneliti kemudian menyudahi sesi dan mengucapkan selamat berpisah pada partisipan.

## **5.2. Pengukuran Paska Intervensi**

### **5.2.1. Pengukuran Paska Intervensi pada Kelompok**

Berikut ini adalah penjabaran dari analisa deskriptif pra intervensi.

**Tabel 5.11.** *Analisa deskriptif pengukuran paska intervensi*

<b>Alat Ukur</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>
PSS	6.00	1.63	3	8
PSQ	37.86	5.90	26	44
PSQ <i>worry</i>	10.14	2.79	6	13
PSQ <i>tension</i>	9.57	1.62	7	11
PSQ <i>joy</i>	7.00	2.24	5	11
PSQ <i>demand</i>	11.14	4.34	6	18
SUD	2.00	1.83	0	5
UCLA <i>loneliness scale</i>	7.86	1.77	6	10

Tabel di atas memberikan gambaran mengenai hasil pengukuran stres dan kesepian pada paska intervensi (*post-test*). Selanjutnya, peneliti akan memberikan gambaran perubahan yang muncul antara hasil pengukuran pra dan paska intervensi.

**Tabel 5.12.** *Perubahan nilai rata-rata antara pengukuran pra dengan paska intervensi*

Alat Ukur	<i>M Pre-test</i>	<i>M Post-test</i>	Perbedaan	Persentase
PSS	7.29	6.00	1.29	14.61 %
PSQ	41.43	37.86	3.57	7.24 %
PSQ <i>worry</i>	12.00	10.14	1.86	14.09 %
PSQ <i>tension</i>	9.86	9.57	0.29	2.07 %
PSQ <i>joy</i>	8.14	7.00	1.14	9.82 %
PSQ <i>demand</i>	11.43	11.14	0.29	2.60 %
SUD	6.57	2.00	4.57	72.04 %
UCLA <i>loneliness scale</i>	8.71	7.86	0.85	8.33 %

Berdasarkan tabel 5.12, dapat dilihat bahwa seluruh nilai rata-rata mengalami penurunan pada pengukuran paska intervensi. Dilihat dari persentasenya, penurunan paling besar pada stres adalah melalui alat ukur SUD (72.04 %), diikuti dengan penurunan pada PSS (14.61 %), dan kemudian UCLA (8.33 %). Persentase terkecil adalah pada PSQ (7.24 %), dengan penurunan terbesar pada dimensi *worry* (14.09 %) diikuti oleh *joy* (9.82 %). Secara mengejutkan, persentase terkecil pada dimensi PSQ adalah pada *tension* (2.07 %), diikuti oleh *demand* (2.60 %).

Data akan diolah kembali secara statistik untuk menelaah perbedaan antara skor saat pengukuran pra intervensi dengan paska intervensi. Sebelumnya, uji normalitas dilakukan untuk menentukan metode pengolahan statistik yang tepat pada data penelitian ini.

**Tabel 5.13.** Uji normalitas data

Alat Ukur	Skewness	Signifikansi Kolgomorov-Smirnof
<b>Data Pre-test</b>		
PSS	.271	.200
PSQ	-.556	.200
PSQ worry	-.705	.200
PSQ tension	-.582	.200
PSQ joy	1.971*	.144
PSQ demand	.191	.162
SUD	1.132*	.264
UCLA loneliness scale	.231	.200
<b>Data Post-test</b>		
PSS	-.964	.200
PSQ	-1.474*	.057
PSQ worry	-.653	.031*
PSQ tension	-.674	.200
PSQ joy	1.127*	.200
PSQ demand	.740	.200
SUD	.920	.105
UCLA loneliness scale	.297	.179
<b>Perbedaan antara Skor Pre-test dan Post-test</b>		
PSS	-.256	.200
PSQ	1.214*	.184
PSQ worry	.647	.200
PSQ tension	-.706	.135
PSQ joy	1.559*	.000*
PSQ demand	1.809*	.111
SUD	-.222	.200
UCLA loneliness scale	2.143*	.000*

\* Indikator distribusi tidak normal

Bila dilihat dari *skewness*-nya, beberapa hasil pengukuran memiliki angka *skewness* yang berada di luar jarak *skewness* yang telah ditentukan, yaitu antara -1 dan 1. Maka, beberapa data tersebut diasumsikan distribusinya tidak merata, atau dengan kata lain tidak normal. Dilihat lebih lanjut menggunakan analisis Kolmogorov-Smirnov, beberapa data tergolong signifikan, yang menandakan bahwa distribusinya tidak merata. Maka, analisa statistik menggunakan metode *non-parametric* yang tidak membutuhkan distribusi normal. Selain itu, metode tersebut juga cocok digunakan pada sampel kecil, seperti pada penelitian ini. Metode analisis statistik yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *Wilcoxon Signed Rank*.



**Tabel 5.14.** *Analisa Wilcoxon Signed Rank*

Alat Ukur	Z	Signifikansi
PSS	-1.807	,071
PSQ	-1.612	.107
PSQ <i>worry</i>	-1.625	.104
PSQ <i>tension</i>	-.541	.589
PSQ <i>joy</i>	-1.342	.180
PSQ <i>demand</i>	.000	1.000
SUD	-2.379	.017*
UCLA <i>loneliness scale</i>	-1.414	.157

\* Signifikansi terdapat pada level .05 (2-tailed)

Hasil analisa *Wilcoxon Signed Rank* menunjukkan bahwa hanya SUD yang menunjukkan perbedaan signifikan antara pra dengan paska intervensi ( $Z=-2.379, p<.05$ ). Perbedaan yang diukur melalui alat ukur lainnya tidak signifikan.

### 5.2.2. Evaluasi Paska Intervensi Partisipan secara Individual

Evaluasi akan dilakukan secara individual untuk menginvestigasi efektivitas intervensi secara lebih mendalam. Peneliti akan menyediakan gambaran perubahan yang muncul sebagai hasil dari intervensi, melalui pengukuran pra dan paska intervensi, serta melakukan pembahasan terhadap gambaran tersebut.

#### 5.2.2.1. Partisipan SB

**Tabel 5.15.** *Hasil pengukuran paska intervensi partisipan SB*

Alat Ukur	Pra Intervensi	Paska Intervensi	Persentase
PSS	6	6	0 %
PSQ	47	44	6.38 %
<i>Worry</i>	12	9	25 %
<i>Tension</i>	12	11	8.33 %
<i>Joy</i>	6	6	0 %
<i>Demand</i>	17	18	- 5.88 %
SUD	5	1	80 %
UCLA	9	6	33.33 %

Berdasarkan hasil pengukuran, tidak terdapat perubahan pada skor PSS SB antara sebelum dengan sesudah melakukan intervensi (0 %). Meskipun demikian, terdapat perubahan yang cukup berarti pada skor PSQ (6.38 %), SUD (80 %), dan juga UCLA (33.33 %). Hal ini menandakan, intervensi secara efektif mampu

untuk mengurangi kecenderungan stres dan kesepian SB, yang ditandai oleh penurunan skor PSQ, SUD, dan UCLA. Partisipan SB mengaku merasa sangat nyaman saat pengukuran paska intervensi dilakukan, hingga ia menandakan skor 1 pada SUD, yang menandakan rasa nyaman secara mendalam. Menurutnya, perubahan yang muncul setelah menjalani delapan sesi intervensi adalah munculnya emosi positif berupa rasa senang, nyaman, dan tenang. Suasana hati SB menjadi jauh lebih nyaman, ditambah ia juga memiliki informasi yang membantunya untuk mengatasi masalah. Pemikiran SB juga menjadi lebih jernih sehingga ia mampu menghadapi masalah keluarganya dengan lebih baik. SB juga merasa sangat senang karena bertemu dengan teman kelompok dan juga peneliti, yang dirasanya sebagai dukungan bermakna.

Menelaah kepuasaannya terhadap intervensi, SB menilai bahwa intervensi yang dilakukan sangat baik. Ia juga secara umum merasa telah memperoleh program yang diinginkan, serta hampir semua kebutuhannya terpenuhi. Ia juga mungkin akan merekomendasikan program ini pada rekan yang membutuhkan, dan ingin sekali untuk datang kembali pada program bila suatu saat membutuhkan. Maka, dapat disimpulkan bahwa secara umum, kepuasan SB terhadap program tergolong cukup baik.

Terkait dengan teknik-teknik intervensi yang digunakan, SB berpendapat bahwa teknik yang paling disukai dan juga paling berguna adalah relaksasi. Ia juga menyukai teknik-teknik lainnya dan menganggap hampir semua teknik yang digunakan bermanfaat. Teknik yang menurutnya paling sedikit manfaatnya adalah pendekatan kognitif, karena sulit diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari.

### 5.2.2.2. Partisipan SM

**Tabel 5.16.** Hasil pengukuran paska intervensi partisipan SM

Alat Ukur	Pra Intervensi	Paska Intervensi	Persentase
PSS	8	7	12.5 %
PSQ	41	39	4.88 %
<i>Worry</i>	13	12	7.69 %
<i>Tension</i>	9	8	11.11 %
<i>Joy</i>	9	9	0 %
<i>Demand</i>	10	10	0 %
SUD	7	1	85 %
UCLA	10	10	0 %

Berdasarkan hasil pengukuran, dapat diasumsikan bahwa SM memiliki tingkat stres yang lebih rendah dibandingkan saat sebelum intervensi. Hal ini dilihat dari penurunan pada skor PSS, PSQ, dan juga SUD. Penurunan secara dramatis muncul pada skala SUD (85 %), di mana skornya setelah intervensi sebesar 1, yang menandakan rasa nyaman dan ketenangan secara sangat mendalam. Meskipun demikian, tidak terdapat perubahan pada skor UCLA, yang menandakan bahwa intervensi tidak efektif dalam mengatasi rasa kesepian pada diri SM.

Ditelaah lebih dalam, SM menyatakan banyaknya perubahan positif yang muncul sebagai hasil dari partisipasi dalam intervensi. Emosi SM menjadi jauh lebih positif setelah intervensi, yaitu ada rasa senang yang intens dalam dirinya. SM juga merasa puas karena memperoleh pengalaman baru selama intervensi, dan juga informasi yang menurutnya penting untuk menjaga kesehatan psikologis. SM juga saat ini memiliki pikiran yang lebih tenang dan tidak lagi emosional, padahal sebelumnya ia mengaku tergolong individu yang emosional. Ia saat ini mampu mengendalikan kemarahan, dan juga lebih bisa memahami diri dan juga suami. SM juga mengalami perbaikan dalam hubungannya dengan suami. Ia lebih mampu menyesuaikan pendapat, bertukar pikiran, saling mendengarkan, dan juga saling mengerti.

Dilihat dari kepuasannya terhadap intervensi, SM menilai kualitas program yang diberikan sangat baik, dan secara umum memperoleh program yang

diingin. Kebanyakan kebutuhannya juga telah terpenuhi, serta cukup puas dengan bantuan yang diberikan dalam program.

Saat diminta mengevaluasi teknik intervensi yang digunakan, SM menganggap teknik pemecahan masalah sebagai teknik yang paling ia sukai dan juga bermanfaat. SM menyukai teknik-teknik lainnya, terutama psikoedukasi, memantau diri, rencana aktivitas, dan juga komunikasi efektif. Teknik yang dianggap SM paling sedikit kegunaannya dibandingkan dengan yang lain adalah pendekatan kognitif. Menurutnya, teknik pendekatan kognitif sulit dilakukan dan diaplikasikan dalam keseharian, karena mengelola pemikiran merupakan hal yang terjadi secara otomatis.

### 5.2.2.3. Partisipan ZS

**Tabel 5.17.** Hasil pengukuran paska intervensi partisipan ZS

Alat Ukur	Pra Intervensi	Paska Intervensi	Persentase
PSS	8	6	25 %
PSQ	50	43	14 %
<i>Worry</i>	16	12	25 %
<i>Tension</i>	11	10	9.09 %
<i>Joy</i>	8	5	37.5 %
<i>Demand</i>	15	16	-6.67 %
SUD	7	4	42.86 %
UCLA	10	10	0 %

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perubahan pada skor PSS 25 %, PSQ (14 %), dan SUD (42.86 %). Hal ini menandakan bahwa ZS mengalami level stres yang menurun setelah menjalani intervensi. Bila ditelaah dari dimensi PSQ, hasil pengukuran menunjukkan bahwa terdapat penurunan skor pada dimensi *worry* (25 %), *tension* (9.09), dan juga *joy* (37.5 %). Hal ini menandakan bahwa ZS secara umum memiliki kekhawatiran yang lebih rendah, ketegangan yang berkurang, dan juga meningkatnya rasa menikmati diri dan situasi (*joyful*) sebagai hasil dari intervensi. Tetapi, ZS justru memperoleh skor *demands* yang lebih tinggi saat sesudah intervensi. Hal ini menandakan bahwa ZS memiliki tuntutan yang lebih besar dibandingkan saat pra intervensi. Skor SUD menunjukkan penurunan level stres dari 7 menjadi 4, yang menandakan bahwa

saat ini ZS masih memiliki *distress* ringan. Tetapi, skor paska intervensi tidak menunjukkan penurunan pada UCLA, yang berarti rasa kesepian ZS masih sama dengan pra intervensi (0 %).

ZS menyatakan bahwa partisipasinya dalam intervensi merupakan hal yang sangat berharga, yang ia katakan dengan “tidak dapat dinilai dengan uang”. Ia merasakan kehangatan yang mendalam selama mengikuti sesi dengan sesama partisipan. Ia juga merasa nyaman dengan dapat membagi masalahnya pada peneliti dan juga partisipan. ZS memiliki peningkatan emosi positif setelah melaksanakan intervensi, dan juga menjadi lebih optimis untuk mengatasi kendala dengan anaknya, meskipun hingga saat ini masalah dengan anaknya belum terpecahkan namun telah mengalami perkembangan seperti komunikasi yang terjalin dengan lebih baik.

Dilihat dari kepuasannya terhadap intervensi, ZS menilai intervensi yang dilakukan sebagai baik, dan secara umum memperoleh program yang diinginkan. Meskipun demikian, ZS beranggapan hanya sebagian kecil kebutuhannya yang terpenuhi dalam sesi. Hal ini disebabkan oleh perhatian peneliti yang terlalu banyak terbagi antara partisipan, tidak dapat berfokus padanya. Pada sisi lain, ZS merasa cukup puas dan terbantu dengan intervensi yang diberikan. ZS juga akan mendatangi kembali program serupa bila membutuhkan suatu hari nanti, dan akan merekomendasikan program intervensi pada kerabatnya bila membutuhkan. Terkait dengan teknik yang digunakan, ZS menyatakan bahwa semua teknik yang digunakan dalam intervensi dapat ia rasakan manfaatnya, dan semua teknik juga sangat ia sukai. Secara umum, ia memiliki pemahaman yang baik terhadap materi intervensi dan hal ini membuatnya termotivasi untuk mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari-hari.

#### 5.2.2.4. Partisipan MR

**Tabel 5.18.** Hasil pengukuran paska intervensi partisipan MR

Alat Ukur	Pra Intervensi	Paska Intervensi	Persentase
PSS	4	5	-25 %
PSQ	36	39	-8.33 %
<i>Worry</i>	11	12	-9.09 %
<i>Tension</i>	9	11	-22.22 %
<i>Joy</i>	5	5	0 %
<i>Demand</i>	11	11	0 %
SUD	5	0	100 %
UCLA	7	7	0 %

Hasil pengukuran menunjukkan adanya peningkatan skor PSS dan PSQ pada pengukuran paska intervensi MR. Meskipun demikian, terdapat penurunan skor SUD MR secara dramatis (100 %), yaitu dari 5 menjadi 0 (tidak ada stres sama sekali). Maka diasumsikan kontrol MR terhadap diri, masalah, dan lingkungan semakin berkurang, kekhawatiran dan ketegangannya semakin meningkat setelah intervensi. Meskipun demikian, perasaan nyaman secara umum meningkat pesat (SUD). Selain itu, tidak terdapat perubahan antara skor UCLA pada pra dan paska intervensi. Hal ini menandakan, bahwa MR memiliki rasa kesepian yang sama dengan sebelumnya.

Ditelaah lebih mendalam, MR mengaku adanya perubahan positif setelah mengikuti intervensi. Sebelum mengikuti intervensi, ia menggambarkan dirinya sebagai individu yang mudah marah dan seringkali merasa pusing. Ia juga seringkali bingung dalam memecahkan masalah, memiliki pola makan yang kurang baik (makan sedikit), susah tidur, dan kelelahan. Setelah mengikuti intervensi, MR menjadi individu yang lebih sabar dalam mengelola emosi, merasa lebih relaks, pusingnya berkurang, napsu makan lebih besar, tidur menjadi lebih nyenyak, dan juga memiliki pemahaman yang lebih baik dalam pemecahan masalah. MR juga senang menjalani intervensi karena merupakan suatu kegiatan yang menambah pengalamannya.

Terkait dengan kepuasan terhadap intervensi, MR menyatakan bahwa kualitas program yang dilakukan sangat baik, dengan pelayanan yang sangat tepat dengan keinginannya. Ia juga mengaku hampir semua kebutuhannya telah terpenuhi, dan akan merekomendasikan program intervensi pada kerabat yang

mebutuhkan. Ia juga merasa sangat terbantu dan sangat puas terhadap intervensi yang diberikan sehingga dengan pasti akan datang kembali bila memiliki kesempatan selanjutnya.

### 5.2.2.5. Partisipan SS

**Tabel 5.19.** Hasil pengukuran paska intervensi partisipan SS

Alat Ukur	Pra Intervensi	Paska Intervensi	Persentase
PSS	11	8	7.27 %
PSQ	51	37	27.45 %
<i>Worry</i>	12	6	50 %
<i>Tension</i>	10	11	-10 %
<i>Joy</i>	16	11	31.25 %
<i>Demand</i>	13	9	30.77 %
SUD	10	5	50 %
UCLA	6	6	0 %

Hasil pengukuran menunjukkan penurunan skor PSS (7.27 %), PSQ (27.45 %), dan SUD (50 %) pada partisipan SS. Hal ini menunjukkan bahwa SS memiliki tingkat stres yang lebih rendah setelah mengikuti intervensi, dibandingkan sebelumnya. Secara lebih spesifik, penurunan skala PSQ adalah pada dimensi *worry* (50 %), *joy* (31.25 %), dan *demand* (30.77 %). Meskipun demikian, terdapat peningkatan skor *tension* dan *demand* pada pengukuran paska intervensi. Hal ini menandakan SS mengalami ketegangan yang lebih besar saat pengukuran paska intervensi. Pada skala UCLA, tidak terdapat perubahan pada pengukuran pra dengan paska intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa rasa kesepian SS masih sama dengan sewaktu belum mengikuti intervensi.

SS mengaku sangat senang mengikuti sesi intervensi. Sewaktu memiliki konflik dengan suami di rumah, SS langsung membayangkan sesi intervensi yang membuatnya merasa lebih tabah. Ia juga sangat senang dapat menemukan teman-teman baru, yang sebelumnya kurang ia miliki. Hal-hal yang diajarkan dalam sesi juga bermanfaat baginya, sehingga ia tidak lagi merasa frustrasi dengan kondisinya. Ia merasa lebih bebas, lega, dan juga bahagia setelah mengikuti sesi. Perubahan positif lainnya adalah tubuh yang terasa lebih nyaman, dan rasa nyeri pada kaki yang berkurang.

Terkait dengan kepuasan pada intervensi, SS menilai kualitas intervensi baik, dengan pelayanan yang sangat tepat sesuai dengan keinginannya. Meskipun demikian, menurutnya hanya sebagian kecil kebutuhannya yang terpenuhi, karena ia mengaku masalahnya masih belum terselesaikan dengan menyeluruh. Selain itu, secara umum ia merasa cukup puas dan terbantu dengan intervensi yang dilakukan, dan akan merekomendasikannya pada kerabat yang membutuhkan. Ia juga akan datang kembali bila memiliki kesempatan selanjutnya untuk berpartisipasi. Teknik yang paling disukai SS adalah relaksasi dan psikoedukasi. Teknik yang kurang disukai adalah memantau diri, karena menurutnya sulit dilakukan bila harus mencatat pengalaman stres yang dialami.

#### 5.2.2.6. Partisipan KD

**Tabel 5.20.** Hasil pengukuran paska intervensi partisipan KD

Alat Ukur	Pra Intervensi	Paska Intervensi	Persentase
PSS	6	3	50 %
PSQ	27	26	3.7 %
<i>Worry</i>	7	7	0 %
<i>Tension</i>	7	7	0%
<i>Joy</i>	6	6	0%
<i>Demand</i>	7	6	14,28 %
SUD	5	2	60 %
UCLA	7	7	0 %

Hasil pengukuran menunjukkan adanya penurunan skor PSS (50 %), PSQ (3.7 %), dan SUD (60 %) pada KD. Hal ini menandakan efektivitas sesi yang cukup baik dalam mengurangi stres, ditunjukkan dengan kontrol (PSS) dan juga kenyamanan (SUD) yang mengalami peningkatan berarti. Selain itu, skor SUD setelah intervensi sebesar 2, menandakan bahwa KD berada pada kondisi sangat nyaman, hampir tidak ada stres. Tidak terdapat perubahan pada skala UCLA, yang menandakan bahwa KD memiliki rasa kesepian yang sama dengan saat sebelum intervensi.

KD menyatakan bahwa intervensi psikologi yang dilakukan menyediakan informasi dan pengetahuan yang dapat ia gunakan dalam kehidupan sehari-hari, dengan keluarga maupun lainnya. Ia juga memiliki emosi yang lebih positif, karena telah memiliki dukungan dari kelompok intervensi. Melihat kepuasan pada



intervensi, KD menyatakan kualitas intervensi baik, dan secara umum telah memperoleh intervensi yang diinginkan. Sebagian besar kebutuhannya juga terpenuhi dan ia juga merasa cukup puas setelah menjalani intervensi, sehingga akan merekomendasikan program pada kerabat, serta mungkin akan kembali berpartisipasi bila memiliki kesempatan. KD menyukai semua teknik intervensi, dan menurutnya semuanya sangat bermanfaat bagi individu yang mengalami stres.

#### 5.2.2.7. Partisipan IW

**Tabel 5.21.** Hasil pengukuran paska intervensi partisipan IW

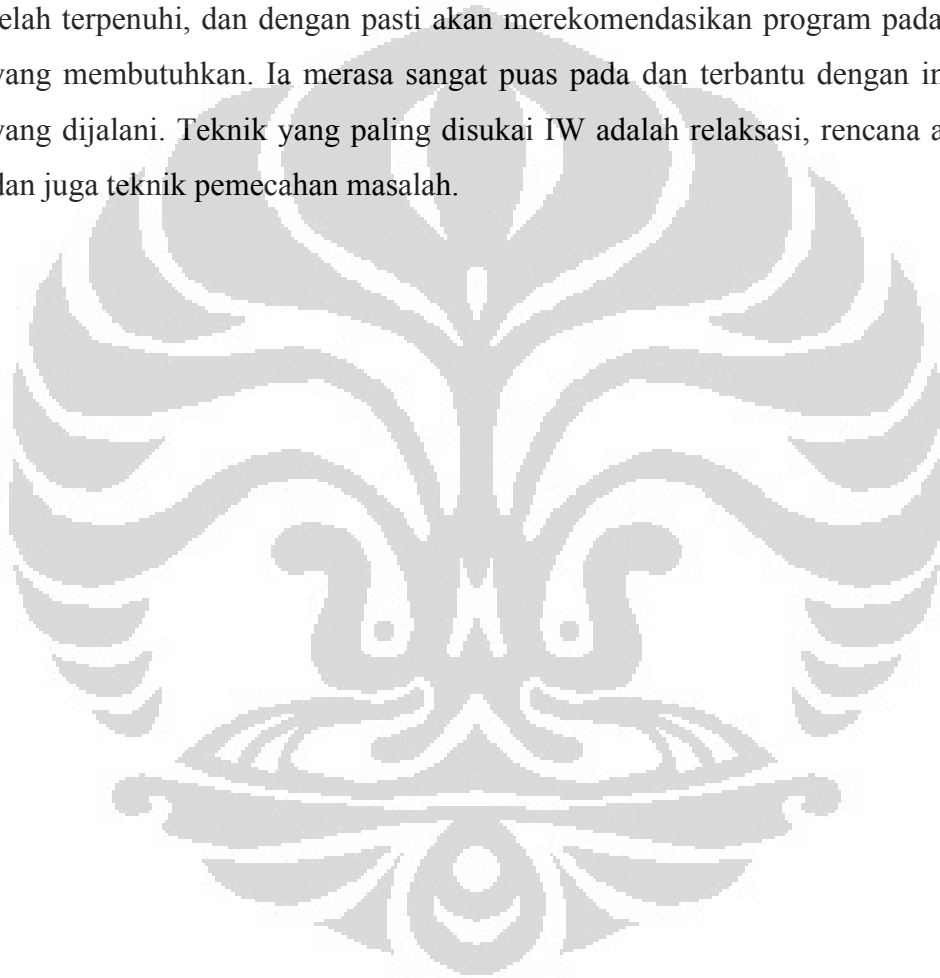
Alat Ukur	Pra Intervensi	Paska Intervensi	Persentase
PSS	8	7	12.5 %
PSQ	38	37	2.63 %
<i>Worry</i>	13	13	0 %
<i>Tension</i>	11	9	18.18 %
<i>Joy</i>	7	7	0 %
<i>Demand</i>	7	8	14.29 %
SUD	7	1	85.71 %
UCLA	12	9	25 %

Hasil pengukuran menunjukkan adanya penurunan skor PSS (12.5 %), PSQ (2.63 %), dan SUD (85.71 %) pada IW. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi memiliki pengaruh terhadap stres, di mana tingkat stres IW berkurang. Penurunan skor PSS dan PSQ hanya sedikit, namun terdapat penurunan secara dramatis pada skor SUD IW. Terkait skala UCLA, IW juga menunjukkan rasa kesepian yang berkurang dibandingkan saat pra intervensi. Hal ini menandakan intervensi memiliki pengaruh terhadap kesepian.

IW mengaku memiliki sebelum mengikuti intervensi, ia merasa sangat kesepian karena suaminya telah meninggal. Setelah intervensi, ia merasa memiliki dukungan dari kelompok intervensi sehingga seolah-olah rasa kesepian menjadi berkurang. Selain itu, ia juga memperoleh informasi penting melalui hal-hal yang diajarkan dalam intervensi, seperti misalnya cara menenangkan diri, cara meningkatkan kesejahteraan psikologi, mengenali masalah yang dimiliki, dan juga mengelola emosi dalam diri. IW juga mengalami perubahan dalam pola

komunikasinya, yakni ia mampu untuk berkomunikasi secara asertif lebih daripada sebelumnya. Dengan pembantu rumah tangga misalnya, ia mampu menegur dengan cara yang tidak menyinggung, sehingga tujuan komunikasi dapat tersampaikan.

Dilihat melalui kepuasannya, IW menilai kualitas program dengan sangat baik, dan sesuai dengan keinginan. Ia juga merasa sebagian besar kebutuhannya telah terpenuhi, dan dengan pasti akan merekomendasikan program pada kerabat yang membutuhkan. Ia merasa sangat puas pada dan terbantu dengan intervensi yang dijalani. Teknik yang paling disukai IW adalah relaksasi, rencana aktivitas, dan juga teknik pemecahan masalah.



## 6. DISKUSI

Bab 6 memaparkan diskusi yang diperoleh dari hasil penelitian ini. Diskusi dilakukan terhadap pelaksanaan intervensi, gambaran deskripsi hasil penelitian, serta efektivitas manajemen stres dan kesepian dengan *Multicomponent Cognitive Behavioral Group Therapy* (MCBGT) yang ditelaah melalui alat ukur *Perceived Stress Scale* (PSS), *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ), *Subjective Units of Distress* (SUD), dan *UCLA loneliness scale*. Selanjutnya, bab ini juga akan mendiskusikan kekuatan serta kelemahan dalam penelitian ini untuk dijadikan acuan dalam penelitian selanjutnya

### 6.1. Diskusi Pelaksanaan Intervensi

Terkait dengan pelaksanaan intervensi, dapat dikatakan bahwa setiap sesi intervensi berjalan dengan lancar, di mana para partisipan aktif berpartisipasi dan juga kooperatif saat mengikuti. Partisipan juga memiliki motivasi yang baik untuk meningkatkan kesejahteraannya, sesuai dengan karakteristik individu yang cocok mengikuti intervensi MCBGT, karena sifatnya cenderung *self-help*. Hal ini membuat partisipan terdorong untuk berpartisipasi aktif dan juga mengaplikasikan hal-hal yang dipelajari dalam sesi dengan mandiri. Hampir seluruh partisipan dengan mudah membuka informasi mengenai dirinya. Hanya sedikit yang memiliki kesulitan untuk terbuka, salah satunya adalah SB, yang cukup banyak bicara namun tidak menampilkan dirinya secara mendalam. SS merupakan satu-satunya partisipan yang seringkali nampak menarik diri dalam pelaksanaan sesi. Ia juga merupakan partisipan yang cenderung pasif dan membutuhkan dorongan dari peneliti untuk dapat berpartisipasi. Meskipun demikian, ia nampak lebih aktif saat materi sesi dianggapnya menarik atau juga saat melakukan permainan. Saat diminta bercerita dan direspon dengan empatik, ia juga mampu untuk mengekspresikan perasaannya secara mendalam. Selain itu, SS mampu bicara secara lebih terbuka saat bicara secara individual dengan peneliti. Kecenderungannya menarik diri saat sesi dilakukan kemungkinan memberikan pengaruh terhadap efektivitas intervensi pada SS.

Secara umum, partisipan puas terhadap jalannya intervensi serta juga terhadap peneliti. Kritik yang diberikan oleh partisipan adalah kecenderungan peneliti yang kurang tegas dalam mengelola waktu bicara partisipan, dan juga perhatian peneliti yang banyak terbagi antara partisipan, sehingga ada partisipan yang merasa kurang memperoleh perhatian yang diharapkan. Meskipun demikian, partisipan juga menyatakan rasa puas dan juga gembira untuk dapat bergabung dalam kelas peneliti.

Dinamika dalam kelompok juga nampak terjalin dengan baik antar anggota, di mana hal ini merupakan suatu faktor penentu keberhasilan intervensi kelompok secara umum (Yalom, 2005). Selain itu, setiap teknik yang digunakan menunjukkan keberhasilannya masing-masing dalam pandangan partisipan. Secara keseluruhan, teknik yang paling disukai dan dirasa bermanfaat bagi partisipan adalah teknik relaksasi progresif, karena partisipan mengaku memperoleh banyak perubahan secara nyata, termasuk respon fisiologis berupa rasa nyeri yang semakin berkurang, dan tubuh yang terasa hangat serta nyaman.

Teknik *self-monitoring* dianggap partisipan memberikan kesempatan dan juga dorongan untuk membantu mengidentifikasi sumber stres. Teknik tersebut juga memberikan kesempatan pada partisipan untuk mengekspresikan masalahnya secara mandiri. Teknik psikoedukasi juga sangat disukai partisipan karena memberikan banyak informasi baru sehingga pengetahuan partisipan semakin bertambah. Teknik *action planning* merupakan teknik yang juga disukai, karena mendorong partisipan untuk menjadi lebih produktif dan juga meningkatkan emosi positif. Teknik komunikasi efektif juga sangat disukai partisipan karena sifatnya aplikatif dan dibutuhkan dalam kehidupan sehari-hari. Partisipan juga telah menyadari pentingnya dukungan sosial untuk kesehatan mental sehingga dengan teknik komunikasi efektif, partisipan berharap untuk dapat meningkatkan dukungan sosialnya. Teknik pemecahan masalah dianggap partisipan cukup sulit namun mereka juga menyukainya karena memahami pentingnya untuk menangani permasalahan.

## 6.2. Diskusi Hasil Penelitian

Para partisipan memiliki sumber stres dan juga bentuk kesepian yang berbeda-beda. Meskipun demikian, kebanyakan masalah yang dimiliki terkait dengan keluarga, seperti misalnya kehilangan anggota keluarga, konflik dengan suami, anak, dan lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan sosial merupakan faktor yang penting dan dibutuhkan, terutama dukungan dari keluarga (Bishop, 2008). Selain itu, beberapa lansia juga memiliki kendala pada bidang finansialnya, karena tidak lagi memiliki pekerjaan tetap (American Psychological Association, 2003). Salah satu partisipan memiliki kendala karena tidak lagi memiliki kesibukan seperti dahulu, sehingga merasa kesepian dan menjadi stres. Penyakit dan keterbatasan fisik juga merupakan salah satu permasalahan yang dialami partisipan penelitian. Kebanyakan lansia memang telah mengalami penurunan pada kesehatan fisiknya, dan hal ini mengganggu keberfungsian mereka dalam keseharian (American Psychological Association, 2003).

Meskipun kebanyakan alat ukur yang digunakan (selain SUD) bukan merupakan alat diagnostik, peneliti memperoleh kesimpulan mengenai tingkat stres dan kesepian partisipan melalui informasi kuantitatif dan juga kualitatif. Secara keseluruhan, tingkat stres dan kesepian pada partisipan juga berbeda-beda dengan dua partisipan tergolong cukup rendah dalam perihal stres dan kesepian (KD & MR), dan lima orang partisipan lainnya memiliki tingkat stres dan kesepian yang cenderung lebih tinggi. KD memperoleh skor paling rendah dalam beberapa alat ukur. Hal ini dapat disebabkan karena ia lansia laki-laki. Menurut penelitian sebelumnya, tingkat stres cenderung lebih rendah pada laki-laki dibandingkan pada wanita (Kessler & McRae, dalam Trocki & Orioli, 1994). Lebih rendahnya stres pada laki-laki dapat disebabkan oleh kecenderungan sulit membuka masalah bila dibandingkan dengan perempuan, karena peran gender laki-laki biasanya menunjukkan diri yang kuat.

Kebiasaan laki-laki menunjukkan diri yang kuat bisa jadi membuatnya lebih terbiasa dalam menghadapi permasalahan bila dibandingkan perempuan. Leung dan Moore (2003) juga menemukan bahwa laki-laki biasanya memiliki keterampilan *coping* yang lebih baik daripada perempuan, sehingga cenderung

lebih terhindar dari stres dan dampak negatif dari stres. Meskipun demikian, hal ini sulit dikonfirmasi dalam penelitian ini karena jumlah partisipan laki-laki hanya satu orang. Peneliti juga berasumsi adanya kemungkinan KD sulit membuka masalah dalam kelompok, karena merupakan satu-satunya laki-laki dalam kelompok. Secara tidak disadari, mungkin KD terpengaruh peran gender yang ditunjukkan oleh kebutuhannya untuk bersikap lebih kuat dibandingkan para partisipan perempuan lainnya.

Secara lebih lanjut, SS dapat diasumsikan sebagai partisipan dengan tingkat stres tertinggi, dan IW dengan tingkat kesepian paling tinggi dibandingkan partisipan lain. Tidak seperti asumsi awal peneliti atau hasil penelitian sebelumnya, ternyata hanya sedikit keterkaitan antara stres dengan penelitian. Meskipun demikian, kesepian dikonfirmasi partisipan sebagai salah satu sumber stres yang dialami. Kecilnya hubungan antara stres dan kesepian dapat disebabkan oleh kemampuan *coping* yang berbeda-beda pada setiap partisipan. Maka, kemampuan *coping* perlu untuk dipertimbangkan sebagai variabel *extraneous* yang dapat mempengaruhi tingkat stres partisipan. Hampir semua partisipan penelitian seringkali menyatakan “*cenderung berpasrah diri pada Tuhan*”. Hal ini menandakan tingginya *coping* religius yang mereka lakukan, sesuai dengan penemuan Bishop (2008) di mana agama dan religiusitas merupakan hal yang penting bagi lansia.

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan pada tingkat stres dan kesepian partisipan pada saat sebelum intervensi, dengan saat sesudah diberikan intervensi. Lebih spesifik, tingkat stres dan kesepian berkurang saat paska intervensi, yang mengindikasikan bahwa intervensi memiliki pengaruh dan juga secara efektif mampu menangani stres dan kesepian. Maka, intervensi yang dilaksanakan pada penelitian ini perlu dipertimbangkan sebagai salah satu manajemen stres dan kesepian yang kiranya efektif untuk diaplikasikan pada lansia. Meskipun demikian, terdapat beberapa hal yang perlu didiskusikan terkait dengan efektivitas tersebut. Ditelaah secara lebih mendalam pada stres, penurunan tingkat stres ditemukan tidak signifikan secara statistik (PSQ & PSS). Tidak signifikannya tingkat penurunan antara pra dan paska intervensi dapat diakibatkan

oleh jumlah partisipan sebanyak tujuh orang, yang tergolong jumlah sampel kecil. Kemungkinan, signifikansi akan meningkat bila jumlah sampelnya lebih besar dalam penelitian (Kumar, 1999).

Bila ditelaah secara lebih mendalam pada dimensi PSQ, setiap dimensi mengalami penurunan meskipun tidak signifikan secara statistik. Ini dapat diartikan dengan berkurangnya rasa khawatir, ketegangan, dan tuntutan, serta meningkatnya rasa menikmati diri dan situasi (*joyful*) setelah mendapat intervensi. Penurunan tersebut sesuai dengan data kualitatif yang diperoleh, di mana partisipan menjadi lebih relaks dalam menghadapi diri dan juga lingkungan eksternal, serta lebih ceria dan juga bersemangat saat setelah menjalani intervensi. Rendahnya signifikansi dapat diakibatkan oleh faktor-faktor yang telah disebutkan sebelumnya, seperti jumlah misalnya partisipan yang terbatas. Menurut analisa tingkat stres pada SUD, terdapat perubahan yang signifikan secara statistik antara tingkat stres sebelum dengan sesudah intervensi. Setelah intervensi, skor rata-rata SUD partisipan penelitian sebesar 2, yang mengindikasikan hampir tidak adanya stres dengan kondisi relaksasi secara mendalam. Hal ini mengindikasikan efektivitas intervensi yang baik terhadap stres, bila ditinjau dari rasa nyaman (SUD). Dapat diasumsikan melalui penemuan ini bahwa efektivitas intervensi pada stres lebih besar pada rasa nyaman partisipan secara umum, dibandingkan pada kontrol pada diri atau lingkungan (PSS) dan juga dibandingkan pada respon atau tuntutan stres secara spesifik (PSQ). Meskipun demikian, signifikansi yang baik pada SUD dapat disebabkan oleh pilihan jawaban yang berkisar antara 1-10 sehingga partisipan dapat memberikan perkiraan yang lebih komprehensif mengenai tingkat stresnya. Selain itu, SUD cenderung mudah untuk dibaca sehingga bisa jadi merupakan gambaran yang lebih akurat terkait tingkat stres partisipan dibandingkan alat ukur stres lainnya.

Menelaah setiap partisipan secara individual, hampir semuanya menunjukkan penurunan pada skor PSS, PSQ, dan SUD sesudah intervensi. Meskipun demikian, beberapa partisipan menunjukkan peningkatan atau juga skor yang menetap antara pra dengan paska intervensi. SB tidak menunjukkan perubahan pada skor PSS dan juga pada dimensi *joy* PSQ, serta menunjukkan

peningkatan satu skor pada dimensi tuntutan PSQ (*demand*). Skor yang tetap pada PSS namun penurunan pada alat ukur lain memunculkan indikasi adanya ketidak-konsistenan pada alat ukur atau *bias* kuesioner. Padahal, penelitian sebelumnya menemukan bahwa korelasi yang tinggi antara PSS dengan PSQ (Levenstein dkk., 1993). Meskipun peneliti telah berkeliling untuk membandu, pengisian alat ukur dilakukan secara bersamaan dalam kelompok mungkin berpengaruh sehingga partisipan tidak memperoleh panduan secara intensif.

Skor yang tetap pada dimensi *joy* PSQ mengindikasikan adanya faktor eksternal yang membuatnya cenderung kurang menikmati diri dan situasinya. Skor yang menetap pada dimensi tuntutan PSQ dapat dipahami karena tuntutan merupakan faktor eksternal yang sulit dikelola melalui intervensi MCBGT. SM menunjukkan skor yang tetap pada dimensi *joy* dan tuntutan PSQ, serupa dengan yang ditunjukkan SB. Beberapa partisipan mengaku merasa sedih karena berakhirnya sesi intervensi, mungkin saja merupakan hal yang mempengaruhi kecenderungan *joy* partisipan. Pada ZS, terdapat peningkatan pada skor tuntutan PSQ, yang sebelumnya 15 menjadi 16. Hal ini sesuai dengan yang dibahas sebelumnya, di mana tuntutan merupakan faktor eksternal yang sulit dikontrol dalam intervensi ini. ZS memang mengaku masih memiliki masalah dengan anak pada akhir intervensi yang serupa dengan dimensi tuntutan.

MR mengalami peningkatan stres ditinjau dari alat ukur PSS dan PSQ, namun menurun secara dramatis pada alat ukur SUD. Hal ini menunjukkan adanya ketidak-konsistenan alat ukur. Meskipun demikian, adanya peningkatan dapat disebabkan oleh masalah yang dialami MR menjelang akhir intervensi, yaitu saudaranya yang hilang dalam kecelakaan pesawat Sukhoi. Meskipun demikian, SUD cenderung peka dalam mengukur kondisi emosi dan kenyamanan individu saat pemeriksaan, sehingga penurunannya dapat diasumsikan sebagai kondisi emosi MR yang sebenarnya, tanpa faktor eksternal seperti masalah tersebut. Terdapat peningkatan juga pada dimensi kekhawatiran dan ketegangan PSQ, serta skor yang tetap pada dimensi *joy* dan tuntutan PSQ. SS memperoleh skor yang meningkat pada dimensi ketegangan, *joy*, dan tuntutan PSQ. Hal ini dapat diakibatkan oleh variabel *extraneous* seperti misalnya penyakit fisik yang ia



miliki dan juga masalahnya dengan suami yang terus-menerus muncul dalam keseharian. Meskipun secara umum stres pada SS berkurang, beberapa masalah tersebut mungkin masih mengganggunya hingga tidak semua aspek stres mengalami penurunan.

Pada KD, skor pada dimensi kekhawatiran, ketegangan, dan *joy* PSQ tidak mengalami perubahan, dengan hanya dimensi tuntutan yang menurun satu skor. Hal ini berbeda dengan partisipan yang sebelumnya telah dibahas, di mana kebanyakan dimensi tuntutan yang tidak menurun. Hal ini dapat diakibatkan oleh tuntutan yang ditujukan pada dirinya memang berkurang. Terkait tiga dimensi lainnya yang tidak berubah, mungkin efek intervensi tidak terlalu kuat pada KD. IW mengalami skor yang tidak berubah pada dimensi kekhawatiran dan *joy* PSQ. Hal ini dapat diakibatkan oleh faktor eksternal, atau juga karena merasa sedih terhadap berakhirnya intervensi. Meskipun demikian, ditinjau dari sisi kuantitatif dan juga kualitatif, intervensi secara umum mampu mengurangi stres yang dimiliki partisipan. Setiap partisipan juga mengkonfirmasi hal tersebut, di mana menurut mereka menjadi tidak lagi stres seperti dahulu sebelum mengikuti intervensi.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, tingkat kesepian partisipan juga menurun sebagai hasil dari intervensi yang dilakukan. Tidak hanya melalui analisa kuantitatif, para partisipan juga menyatakan rasa kebersamaan yang besar dengan mengikuti intervensi ini, meskipun cenderung singkat. Selain itu, partisipan juga mengaku memperoleh dukungan sosial yang memadai melalui kelompok, sehingga merasa kesepiannya berkurang. Hal ini bisa diakibatkan oleh efek terapi kelompok, di mana partisipan memperoleh rasa kebersamaan, kesatuan, saling mengerti, dan lainnya (Yalom, 2005). Dinamika kelompok benar-benar telah terjalin dengan baik antar partisipan, sesuai dengan observasi dan intuisi klinis peneliti. Meskipun demikian, efektivitas intervensi lebih besar pada stres dibandingkan pada kesepian. Melalui analisa kualitatif, hanya sedikit tingkat kesepian yang berkurang pada partisipan melalui analisa kuantitatif, dan penurunannya pun tidak signifikan. Selain tidak signifikan, hanya dua partisipan yang mengalami penurunan kesepian antara pra dengan paska intervensi, yaitu SB

dan IW. IW merupakan partisipan dengan tingkat kesepian yang paling tinggi dibandingkan dengan partisipan lainnya. Sebelum melaksanakan intervensi, ia selalu mengeluhkan rasa kesepian yang alami secara intens, dan sering sekali menangis karenanya. Setelah mengikuti intervensi, ia menjadi jauh lebih ceria dan juga mengaku tidak lagi merasa kesepian seperti dahulu. Hal ini dapat disebabkan oleh fokus IW yang sejak awal untuk menangani kesepian yang ia alami, tidak pada stresnya, berbeda dengan partisipan lain. Asumsi ini dapat mempengaruhi efektivitas intervensi pada individu yang berbeda.

Kurang efektifnya intervensi terhadap kesepian dibandingkan pada stres dapat diakibatkan oleh sampel penelitian yang kurang homogen. Masalah yang dialami partisipan terlalu bermacam-macam, padahal intervensi kelompok pada kesepian lebih efektif bila terdiri dari partisipan dengan masalah serupa. Selain itu, kesepian memang merupakan suatu konsep yang sangat berkaitan dengan kesediaan dukungan sosial, terutama bagi lansia di Indonesia, karena budayanya yang bersifat kolektif. Kemungkinan, meskipun mereka saat intervensi tidak merasakan kesepian, namun sewaktu berada di rumah mereka tetap merasa membutuhkan dukungan sosial yang lebih memadai, sehingga tetap merasa kesepian. Dengan demikian, intervensi ini nampaknya tidak mampu menangani kesepian secara jangka panjang.

### **6.3. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian**

Penelitian ini memiliki beberapa kekuatan dan juga kelemahan yang perlu dipertimbangkan. Kekuatan utama penelitian adalah menyediakan sumbangan dalam bidang psikologi klinis terkait informasi mengenai intervensi yang masih jarang digunakan, terutama di Indonesia. Kedua, intervensi yang digunakan dapat digunakan pada komunitas lansia sehat maupun bermasalah, karena sifatnya cenderung aplikatif, dan juga dapat ditujukan pada berbagai target sekaligus karena merupakan multikomponen. Ketiga, penelitian ini juga menyediakan gambaran mengenai intervensi terhadap rasa kesepian, yang dinyatakan masih sedikit dan belum memadai (Cattan, White, Bond, & Learmouth, 2004). Pada sisi lain, kesepian merupakan salah satu masalah utama yang banyak terjadi pada

lansia. (Hughes, Waite, Hawkey, & Cacioppo, 2004). Kekuatan yang keempat, penelitian ini menggunakan metode campuran dalam pengambilan datanya, sehingga tidak hanya mempertimbangkan data kuantitatif, namun juga menggunakan data kualitatif. Dengan demikian, data yang dimiliki lebih mendalam dan juga cenderung lebih lengkap. Peneliti juga menggunakan beberapa alat ukur sekaligus, untuk mempertimbangkan efektivitas penggunaan alat ukur dalam komunitas lansia di Indonesia. Kekuatan selanjutnya, modul dan materi intervensi dipertimbangkan untuk diaplikasikan pada lansia, sehingga dibuat lebih menarik dan juga mudah. Peneliti juga menggunakan beberapa permainan sehingga partisipan lebih bersemangat dan termotivasi untuk menjalani intervensi secara terus-menerus.

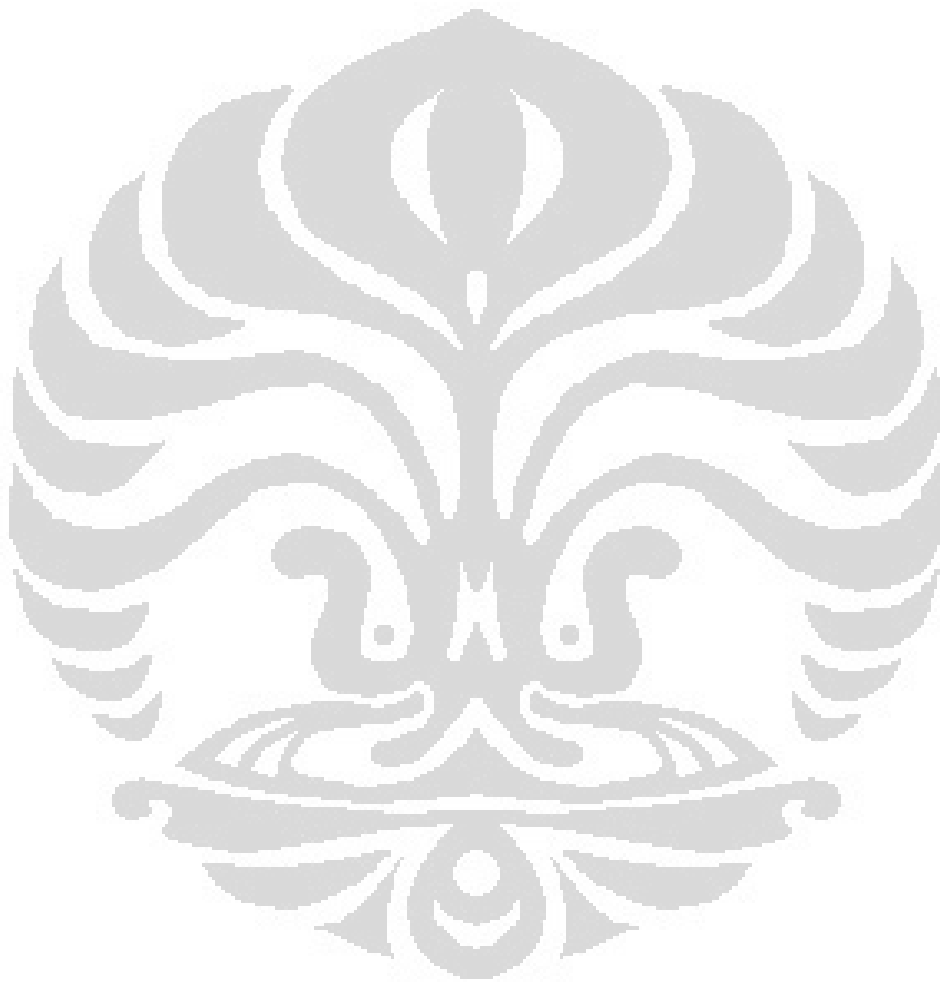
Selain kekuatan yang telah disebutkan di atas, penelitian juga memiliki kelemahan yang perlu dipertimbangkan untuk ditinjau dalam penelitian selanjutnya. Kelemahan yang pertama adalah penggunaan kuesioner sebagai metode pengumpulan data. Saat pelaksanaan pengukuran, partisipan menemukan kesulitan yang berarti dalam pengisian alat ukur, mungkin karena sedikit individu di Indonesia yang terbiasa menggunakan alat ukur, terutama lansia. Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, pengisian kuesioner dilakukan secara berkelompok, sehingga partisipan tidak memperoleh panduan yang intensif saat mengisi. Pada data yang diperoleh, terdapat juga indikasi adanya ketidak-konsistenan alat ukur, sehingga kemungkinan pengisian alat ukur menjadi kurang tepat. Selain itu, terdapat kemungkinan rendahnya validitas dan reliabilitas karena alat ukur tidak diujicobakan secara komprehensif. Penggunaan metode kuesioner juga memungkinkan adanya *social desirability bias*, di mana individu cenderung memberikan jawaban yang sesuai dengan norma lingkungannya. Sebaiknya penelitian menggunakan metode kualitatif sebagai metode pengambilan data utama untuk para partisipan lansia. Penelitian selanjutnya dapat menggunakan alat ukur yang lebih mudah seperti *checklist* gejala, atau juga menggunakan wawancara terstruktur.

Kelemahan kedua, penelitian tidak menggunakan manipulasi informasi penelitian pada saat pemberian intervensi. Hal ini dapat mengakibatkan

munculnya *Hawthorne Effect*, atau yang dimaksud dengan perubahan perilaku, kepatuhan, dan juga respon positif sebagai akibat dari kesadaran bahwa dirinya diobservasi dalam penelitian, memperoleh perhatian spesial dari peneliti, atau juga karena telah memahami hal yang sebenarnya diharapkan oleh peneliti (Wickstrom & Bendix, 2000). Adanya *Hawthorne Effect* serupa dengan *Placebo Effect*, di mana sebenarnya efek positif bukan merupakan akibat dari intervensi. Maka, penelitian selanjutnya sebaiknya memanipulasi partisipan mengenai informasi penelitian yang dilakukan. Kelemahan ketiga adalah data kualitatif yang kurang mendalam pada setiap partisipan. Keempat, penelitian dilakukan dengan desain *before-after*, di mana terdapat dua pasang studi *cross-sectional* pada saat sebelum dan sesudah intervensi. Hal ini menyebabkan informasi efektivitas intervensi hanya secara jangka pendek. Penelitian selanjutnya dapat menggunakan studi *longitudinal* atau melakukan beberapa *follow up* lanjutan untuk menelaah efektivitas intervensi secara jangka panjang.

Kelemahan kelima, penelitian tidak menggunakan *control group* dan juga tidak mempertimbangkan variabel *extraneous* yang mungkin berkontribusi pada efek penelitian. Kelemahan keenam, intervensi tidak mempertimbangkan kebutuhan besar lansia untuk melakukan *sharing*. Pada saat intervensi dilaksanakan, para partisipan seringkali menunjukkan keinginannya untuk melakukan *sharing* secara mendalam, sedangkan CBT merupakan terapi yang terstruktur sehingga sulit untuk menampung semua cerita partisipan selama sesi kelompok. Kelemahan ketujuh, jumlah partisipan sebanyak tujuh orang dalam penelitian kualitatif tergolong kecil, sehingga sulit melihat signifikansinya. Maka, penelitian selanjutnya dapat menggunakan jumlah partisipan yang lebih besar dalam beberapa kelompok terapi berbeda. Selain itu, jumlah partisipan lansia dalam terapi kelompok sebanyak tujuh orang mungkin terlalu besar sehingga peneliti sulit untuk membagi perhatiannya secara efektif. Kelemahan selanjutnya, sampel yang digunakan nampaknya kurang homogen karena masalah yang dikemukakan sangat heterogen. Hal ini dapat menyebabkan kendala dalam intervensi kelompok pada lansia. Kelemahan lainnya yang perlu dipertimbangkan adalah penelitian ini tidak menggunakan *manipulation check* untuk memastikan

efek intervensi terhadap stres dan kesepian, dan bukan pada konstruk serupa lain namun berbeda. Jumlah delapan sesi intervensi juga mungkin terlalu sedikit, karena partisipan dituntut untuk belajar secara cepat pada setiap sesinya. Hal tersebut dapat membuat pemahaman partisipan pada materi sesi kurang mendalam.



## 7. KESIMPULAN DAN SARAN

Bab tujuh berisi kesimpulan yang diperoleh dari hasil penelitian, serta saran yang terdiri dari saran untuk partisipan, PERGERI Depok, peneliti, penelitian selanjutnya, dan juga untuk praktisi kesehatan mental.

### 7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa manajemen stres dan kesepian dengan menggunakan *Multicomponent Cognitive Behavioral Group Therapy* merupakan suatu intervensi yang perlu dipertimbangkan untuk menangani stres dan kesepian pada lansia. Secara lebih lanjut, penelitian menemukan bahwa efektivitas intervensi tersebut lebih besar dalam menangani stres dibandingkan kesepian. Maka, intervensi ini dapat digunakan untuk menangani stres pada lansia, namun perlu ditelaah kembali efektivitasnya dalam menangani kesepian. Meskipun demikian, secara umum partisipan mengalami peningkatan positif sebagai hasil dari intervensi, yaitu berupa rasa nyeri yang berkurang, semangat yang meningkat, menjadi lebih ceria, lebih nyaman dan relaks, tidak lagi tegang, merasakan lebih banyak kebersamaan, dan berkurangnya rasa kesepian. Dengan demikian, dapat diasumsikan bahwa intervensi secara umum cukup berhasil untuk diterapkan dalam komunitas lansia di Depok.

Keberhasilan intervensi dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu material sesi, sikap partisipan, dinamika dalam kelompok, dan juga sikap peneliti. Materi yang digunakan dalam sesi dibuat sedemikian rupa agar mudah dipahami oleh lansia dan juga menarik agar partisipan tidak bosan dalam menjalani sesi. Aplikasi dan modifikasi sesi dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan secara kreatif, agar partisipan tidak mengalami kesulitan dan juga tetap termotivasi saat mengikuti. Partisipan yang kooperatif dan juga memiliki motivasi juga merupakan hal yang penting, karena sejak awal mereka memiliki sikap yang positif terhadap intervensi dan juga peneliti. Hubungan antar partisipan juga terjalin dengan baik, di mana mereka memperoleh dukungan sosial yang memadai dari kelompok sehingga dinamika kelompok saat sesi terjalin dengan baik. Sikap peneliti juga

menentukan keberhasilan sesi, di mana *rapport* merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan. Sikap *genuine* juga merupakan faktor penentu untuk menjalin hubungan klien-terapis yang kondusif.

## **7.2. Saran**

### **7.2.1. Saran untuk Partisipan**

Peneliti mengharapkan agar partisipan dapat terus mengaplikasikan hal-hal yang telah diajarkan dalam sesi intervensi. Dengan demikian, efek intervensi dapat berlaku secara jangka panjang, karena sifatnya yang memang membutuhkan kemampuan *self-help*. Selain itu, partisipan juga perlu secara aktif menyadari masalah yang dimiliki, dan meminta bantuan yang dibutuhkan bila perlu, salah satunya dengan melakukan konseling lanjutan dengan peneliti.

### **7.2.2. Saran untuk PERGERI Depok**

PERGERI Depok sebaiknya melanjutkan penyuluhan kesehatan psikologi kepada para lansia yang berada di bawah naungannya untuk meningkatkan kesehatan psikologis lansia di wilayah Depok. Selain itu, PERGERI Depok juga dapat memberikan penyuluhan mengenai pentingnya untuk memperhatikan kesehatan psikologis, tidak hanya kesehatan fisik. PERGERI Depok juga dapat menginformasikan tersedianya intervensi psikologis yang memadai untuk lansia, agar lansia yang membutuhkan dapat terjangkau untuk diajak berpartisipasi.

### **7.2.3. Saran untuk Peneliti**

Peneliti sebaiknya melakukan *follow up* untuk menelaah efek intervensi secara jangka panjang. Selain itu, peneliti juga dapat memberikan konseling lanjutan untuk meningkatkan kesejahteraan partisipan penelitian, serta untuk mempersiapkan partisipan menjadi lebih mandiri. Peneliti juga dapat terus mendorong partisipan untuk terus mengaplikasikan hal-hal yang dipelajari dalam intervensi.

#### 7.2.4. Saran untuk Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya sebaiknya mengembangkan suatu alat ukur stres dan kesepian yang kiranya sesuai untuk digunakan pada lansia di Indonesia. Selain itu, penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian serupa tetapi dengan mempertimbangkan kelemahan penelitian yang telah dibahas pada bab sebelumnya. Penelitian dapat menggunakan jumlah partisipan yang lebih besar, namun terbagi dalam beberapa kelompok terapi, sehingga partisipan dalam satu kelompok sebaiknya kurang dari tujuh supaya lebih efektif. *Control group* juga merupakan hal yang penting untuk dilakukan untuk meneliti efektivitas intervensi secara lebih komprehensif, serta juga untuk mempertimbangkan pengaruh variabel *extraneous*. Data kualitatif yang lebih memadai juga dapat digunakan agar memperoleh gambaran partisipan secara lebih lengkap. Partisipan penelitian pada suatu kelompok terapi juga sebaiknya lebih homogen, supaya topik dalam sesi dapat lebih spesifik. Informasi penelitian juga dapat dimanipulasi untuk meminimalisasi adanya *Hawthorne Effect*. Selain itu, pada akhir penelitian, partisipan dapat diberikan *manipulation check* untuk menelaah efek intervensi terhadap stres dan kesepian, bukan pada konstruk lain yang berhubungan namun berbeda.

#### 7.2.5. Saran untuk Praktisi Kesehatan Mental

Praktisi yang berkecimpung dalam bidang kesehatan mental lansia dapat mengaplikasikan hasil penelitian ini, untuk menjangkau banyak lansia yang memiliki masalah di Indonesia. Hal ini merupakan suatu sumbangan untuk meningkatkan kesejahteraan dan produktivitas lansia, karena usaha pemerintah belum cukup untuk menangani masalah-masalah lansia yang jumlah populasinya semakin meningkat.



## DAFTAR PUSTAKA

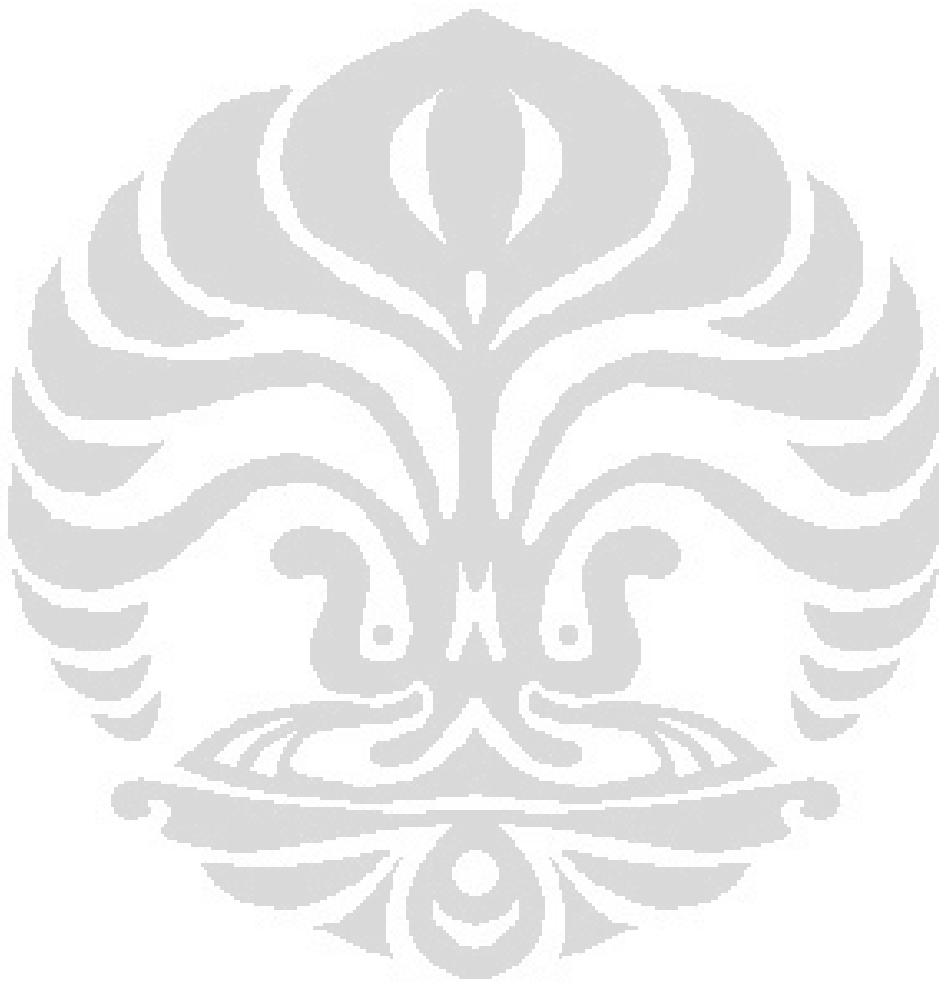
- American Psychological Association (2003). Stres and anxiety.  
[www.aarp.org/health/staying\\_healthy/stress/a2003-03-11-takingtime.html](http://www.aarp.org/health/staying_healthy/stress/a2003-03-11-takingtime.html)
- Bishop, A. J. (2008). Stress and depression among older residents in religious monasteries: Do friends and God matter? *International Journal of Aging and Human Development*, 67, 1-23.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151.
- Carstensen, L. L., Derek M. Isaacowitz, and Susan T. Charles. 1999. "Taking Time Seriously: A Theory of Socioemotional Selectivity." *American Psychologist* 54:165-81.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25, 41-67.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & M'Kay, M. (2008). *The relaxation and stress reduction workbook* (6<sup>th</sup> ed.). Canada: New Harbinger Publication, Inc.
- Departemen Sosial RI. (2007). Penduduk lanjut usia di Indonesia dan masalah kesejahteraannya. <http://www.depsos.go.id>.
- D'Zurrilla, T. J. (1990). Problem-solving training for effective stress management and prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4(4), 327-354.
- D'Zurrilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem solving therapy. In Dobson, K. S. (Ed.). *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*. New York: Guilford Press.

- Hoyer, W. J. & Roodin, P. A. (2003). *Adult development and aging* (5th ed.). New York: McGraw-Hills.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26(6), 633-672.
- Kirkpatrick, L. A. (2005). *Attachment, evolution, and the psychology of religion*. New York: The Guilford Press.
- Koenig, H. G. (1994). Religion, and hope for disabled elderly. In Levin, J. S. (Ed.). *Religion, aging, and health: Theoretical foundations and methodological frontiers* (pp. 18-51). CA: Sage Thousand Oaks.
- Kumar, R. (1999). *Research methodology: A step-by-step guide for beginners*. London: Sage Publications.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leung, C., & Moore, S. (2003). Individual and cultural gender roles: A comparison of Anglo-Australians and Chinese in Australia. *Current Research in Social Psychology*, 8, 21-24.
- Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Luzi C, Andreoli A. Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *J Psychosom Res* 1993;37:19–32.
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4, 205–225.
- Maggio, R. (2005). *The art of talking to anyone: Essential people skills for success in any situation*. New York: McGraw-Hill.
- Masi, C. M., Chen, H., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266
- Matlin, M. W. (1999). *Psychology* (3<sup>rd</sup> ed.). Orlando: Harcourt Brace College Publishers.
- McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (2007). *Thoughts and Feelings* (3<sup>rd</sup> Ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2007). *Human Development* (10th edition). USA: McGraw-Hill.

- Post, S. G. (1998). Ethics, religion, and mental health. In Koenig, H. G. (Ed.). *Handbook of religion and mental health* (pp. 22-28). San Diego: Academic Press.
- Rice (1999). *Stress and health*. Boston: Brooks/Cole Publishing.
- Russell, D., Peplau, L.A., & Cutrona, C.E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Rybarczyk, B., DeMarco, G., DeLaCruz, M., Lapidus, 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* (10<sup>th</sup> ed.). New York: Mc Graw Hill.
- Sarwono, S. W. (1999). *Psikologi sosial: Psikologi kelompok dan psikologi terapan*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Savikko, N. (2008). Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation. *Nursing Science*, 1-81.
- Soewondo, S. (2009). *Panduan dan Instruksi Latihan Relaksasi Progresif*. Dalam "Compact Disc" yang diproduksi oleh LPSP3. Depok : Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Spiegler, M. D. & Guevremont, D. C. *Contemporary behavior therapy* (5<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 18(3), 359-384.
- Thyer, B. A., Papsdorf, J. D., Davis, R., & Vallecorsa, S. (1984). Autonomic correlates of the subjective anxiety scale. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 3-7.
- Trocki, K. F., & Orioli, E. M. (1994). Gender differences in stress symptoms, stress-producing contexts, and coping strategies. In Puryear, K. G., & Joseph, H. J. (Ed.). *Job stress in a changing workforce: Investigating gender, diversity, and family issues* (pp 7-22).
- Trumbull, R., & Appley, M. H. (1986). *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives*. New York: Plenum Press.
- Westbrook, D., Kennerley, H. and Kirk, J. (2007). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: skills and applications*. London: Sage.

Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

Yalom, I. D. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5<sup>th</sup> ed.).  
New York: Basic Books.





# LAMPIRAN

**\*Lampiran hanya berisi contoh dari yang sebenarnya digunakan dalam penelitian. Peneliti dapat dihubungi pada *e-mail* [kresnaastri@yahoo.com](mailto:kresnaastri@yahoo.com)**

## Lampiran 1: Contoh Alat Ukur

### Perceived Stress Scale (PSS)

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Seberapa sering Bapak / Ibu merasa tidak bisa mengelola hal-hal penting dalam hidup?	0 = Tidak pernah 1 = Jarang 2 = Kadang-kadang 3 = Cukup sering 4 = Sering
2	Seberapa sering Bapak / Ibu merasa yakin pada kemampuan diri untuk menangani masalah?	0 = Tidak pernah 1 = Jarang 2 = Kadang-kadang 3 = Cukup sering 4 = Sering

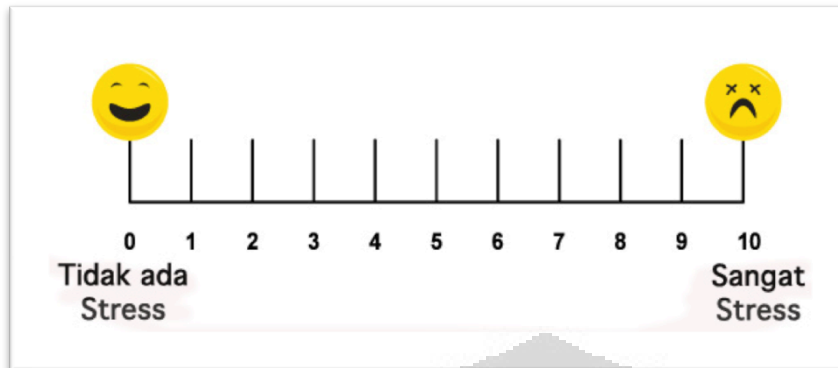
### Perceived Stress Questionnaire (PSQ)

Pada setiap kalimat, Bapak / Ibu dimohon melingkari angka yang paling mendeskripsikan seberapa sering hal tersebut terjadi selama sebulan terakhir. Pilihan jawaban adalah sebagai berikut:

- 1: Hampir tidak pernah
- 2: Kadang-kadang
- 3: Sering
- 4: Biasanya (sangat sering)

No	Pernyataan	Jawaban
1	Bapak/Ibu takut menghadapi masa depan.	1 2 3 4
2	Bapak/Ibu memiliki banyak kekhawatiran.	1 2 3 4
3	Bapak/Ibu memiliki banyak masalah.	1 2 3 4
4	Bapak/Ibu takut tidak bisa mencapai tujuan/keinginan.	1 2 3 4

### Subjective Units of Distress (SUD)



### UCLA Loneliness Scale

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Seberapa sering Bapak / Ibu merasa kurang punya teman / orang lain yang dapat menemani?	1 = Tidak Pernah 2 = Jarang 3 = Kadang-kadang 4 = Sering
2	Seberapa sering Bapak / Ibu merasa kesepian?	1 = Tidak Pernah 2 = Jarang 3 = Kadang-kadang 4 = Sering

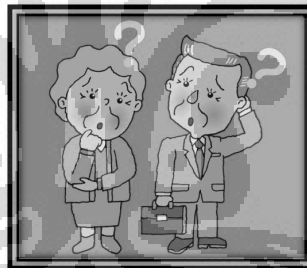
## Lampiran 2: Contoh Lembar Materi Partisipan

### “Teknik Pemecahan Masalah”



Masalah dapat membebani Bapak / Ibu sehingga mengakibatkan berkurangnya kesejahteraan psikologis. Maka, sangatlah penting untuk mengetahui cara pemecahan masalah yang efektif.

“Teknik Pemecahan Masalah” adalah sebuah cara untuk menangani masalah dengan menganalisa situasi terkait masalah yang dimiliki.



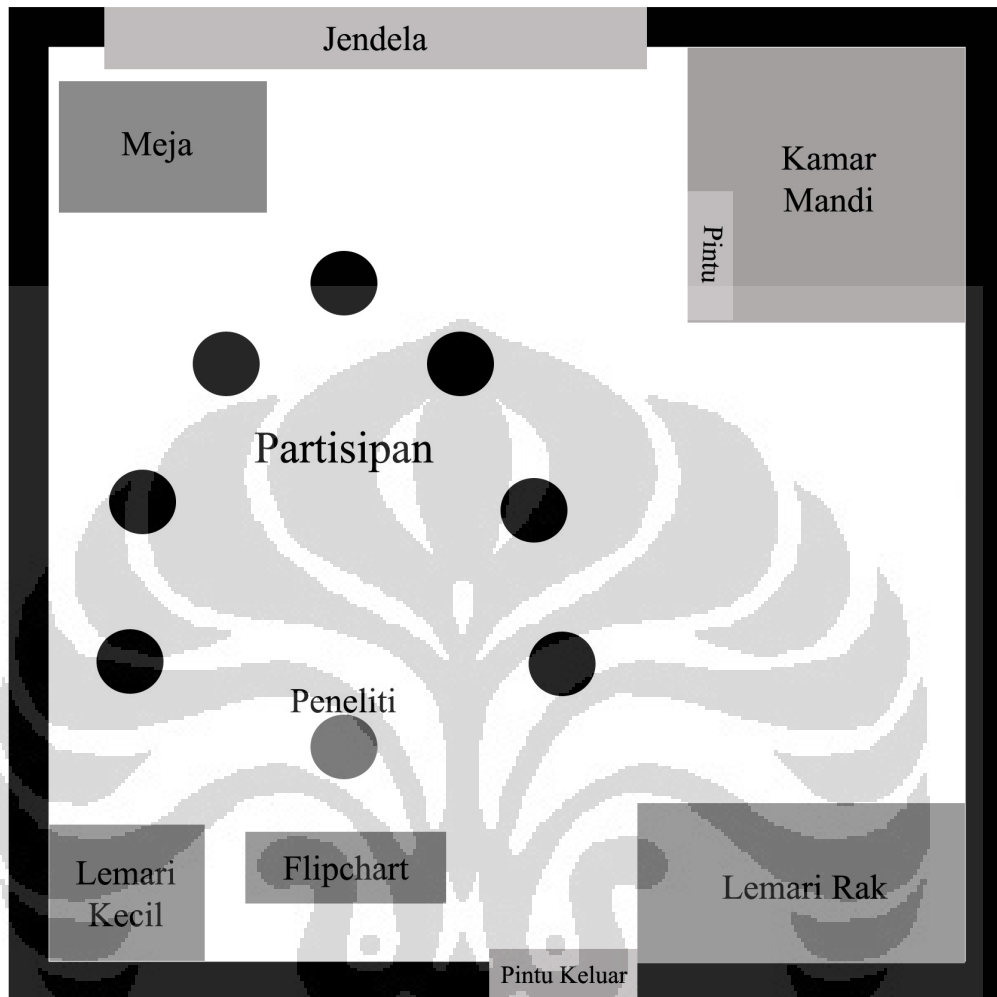
**Bagaimana Caranya?**



### Lampiran 3: Contoh Lembar Kerja Partisipan

<b>Lembar Kerja “Teknik Pemecahan Masalah”</b>	
Masalah saya adalah:	
Harapan saya pada pemecahan masalah adalah:	
Solusi yang dapat dilakukan adalah:	
Hal yang diperlukan untuk dapat melaksanakan solusi adalah:	
Keuntungan dari solusi terpilih:	Kerugian dari solusi terpilih:
Hambatan yang mungkin muncul:	

#### Lampiran 4: Denah Ruangan Intervensi



Catatan: Posisi peneliti dan partisipan dapat berpindah-pindah sesuai kebutuhan dan juga kegiatan yang dilakukan.

## Lampiran 5: Surat Penerimaan dan Jadwal Kegiatan

Kepada Bapak / Ibu \_\_\_\_\_ yang terhormat,

Kami ucapkan terima kasih atas kehadirannya pada acara pembukaan **Intervensi Psikologi Cognitive Behavioral Therapy** untuk meningkatkan **Kesejahteraan Psikologis Lansia di Depok**.

Dengan ini, kami ingin menginformasikan bahwa Bapak / Ibu terpilih untuk mengikuti terapi psikologi bersama dengan: **Kresna Astri, S.Psi, BA** yang akan bertugas sebagai pembawa sesi.

Berikut adalah **Jadwal Kegiatan** yang akan dilaksanakan:

No	Hari / Tanggal	Waktu	Kegiatan
1	Kamis, 19 April 2012	08.00 – 10.30	Pertemuan 1: <b>Sharing dan Relaksasi</b>
2	Senin, 23 April 2012	08.00 – 10.30	Pertemuan 2: Seminar " <b>Kesehatan Psikologi</b> " dan " <b>Resep Sejahtera</b> "
3	Kamis, 26 April 2012	08.00 – 10.30	Pertemuan 3: " <b>Memantau Diri</b> "
4	Senin, 30 April 2012	08.00 – 10.30	Pertemuan 4: " <b>Rencana Aktivitas</b> "
5	Kamis, 3 Mei 2012	08.00 – 10.30	Pertemuan 5: " <b>Diskusi Pikiran Negatif</b> "
6	Senin, 7 Mei 2012	08.00 – 10.30	Pertemuan 6: " <b>Menantang Pikiran Negatif, Restrukturisasi Kognitif</b> "
7	Kamis, 10 Mei 2012	08.00 – 10.30	Pertemuan 7: " <b>Pemecahan Masalah</b> "
8	Senin, 16 Mei 2012	08.00 – 10.30	Pertemuan 8: " <b>Penutupan</b> "

Demikian informasinya, terima kasih untuk perhatian dan kerjasama dari Bapak / Ibu.

Hormat kami,

Kresna Astri, S. Psi, BA

## Lampiran 6: Lembar Persetujuan Partisipan

### LEMBAR PERSETUJUAN KLIEN

Kepada Bapak/Ibu yang saya hormati,

Saya selaku mahasiswa S2 Profesi Psikologi Klinis Dewasa dari Universitas Indonesia mengadakan penelitian "**Manajemen Stres dan Kesepian dengan *Multicomponent Cognitive Behavioral Group Therapy* pada Lansia**", yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis Bapak/Ibu.

Dalam terapi ini, Bapak/Ibu dimohon untuk berpartisipasi secara sukarela, aktif, dan datang tepat waktu saat mengikuti seluruh pertemuan yang diadakan. Pertemuan sesi terapi berjumlah 8 (delapan) kali, yang diadakan bulan April sampai Mei 2012.

Bapak/Ibu selaku peserta terapi dan juga saya selaku pemberi terapi diwajibkan untuk menjaga kerahasiaan mengenai hal-hal yang dibicarakan dalam terapi. Maka, Bapak/Ibu dapat membicarakan masalah dengan bebas. Data yang saya peroleh dari penelitian ini akan saya gunakan hanya untuk kepentingan penelitian saja, dan segala bentuk publikasi tidak akan mencantumkan identitas Bapak/Ibu.

Bila Bapak/Ibu tidak bersedia untuk mengikuti terapi yang akan saya lakukan, tidak akan ada konsekuensi negatif yang akan Bapak/Ibu terima. Bila Bapak/Ibu bersedia mengikuti terapi yang akan saya lakukan, mohon mengisi identitas diri dan juga tanda tangan pada bagian di bawah ini.

Tanggal :

Nama :

Alamat :

Tanda Tangan

Nama peneliti :

Tanda Tangan

Akhir kata, saya ucapkan terima kasih untuk kesediaan dari Bapak/Ibu.