



**Program Intervensi dengan Pendekatan *Cognitive Behavior Therapy* pada penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 yang Mengalami Depresi**

*Intervention Programme with Cognitive Behavior Therapy Approach for Diabetes Mellitus Type 2 Patients Who Has Depression*

**TESIS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Profesi Psikologi

**Hapsarini Nelma**  
**1006796235**

**FAKULTAS PSIKOLOGI**  
**PROGRAM MAGISTER PROFESI PSIKOLOGI**  
**PEMINATAN PSIKOLOGI KLINIS DEWASA**  
**Depok**  
**Agustus, 2012**

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar**

**Depok,**



**(Hapsarini Nelma)  
NPM : 1006796235**

## LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Hapsarini Nelma  
 NPM : 1006796235  
 Program Studi : Magister Profesi Psikologi  
 Judul Tesis : Program Intervensi dengan Pendekatan *Cognitive Behavior Therapy* pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Yang Mengalami Depresi

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

## DEWAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Dra. Yudiana Ratna Sari, M.Si

(*Yudiana*)

Pembimbing 2 : Grace Kilis M.Psi

(*Grace*)

Penguji : Dr. Adriana S. Ginanjar M.S.

(*Adriana*)

Dini Rahma Bintari M.Psi

(*Dini Rahma*)

## DISAHKAN OLEH:

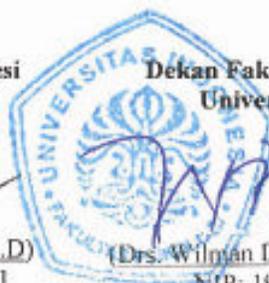
Ketua Program Studi Psikologi Profesi  
 Fakultas Psikologi  
 Universitas Indonesia

Dekan Fakultas Psikologi  
 Universitas Indonesia

(*Dharmayati*)

(Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, M.A., Ph.D)

NIP: 195103271976032001



(*Wahman*)

(Drs. Wilman Dahlan Mansoer, M.Org.Psy.)

NIP: 194904031976031002

Universitas Indonesia

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam mencapai gelar Magister Profesi pada Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Tesis ini dapat selesai dengan bantuan banyak pihak. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dra. Yudiana Ratna Sari, M.Si dan Grace Kilis M.Psi sebagai pembimbing tesis yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan tesis.
2. Papa, Mama, Rani, Iman yang telah memberikan bantuan, dukungan dan doa yang tiada putus-putusnya.
3. Kepada seluruh keluarga besar yang telah memberikan bantuan pada saat pengambilan data dilapangan.
4. Teman-teman Magister Profesi Peminatan Klinis Dewasa angkatan 17 atas dukungan yang diberikan selama ini.
5. Mba Ika Malikha yang telah banyak memberikan dukungan emosional selama pengerjaan tesis ini.
6. Rumah Sehat Masjid Agung Sunda Kelapa yang telah memberikan izin pengumpulan data pada penelitian ini.
7. Kepada semua pihak yang telah membantu terlaksananya penelitian ini.

Akhir kata penulis berharap semoga Tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan pihak-pihak yang membutuhkan.

Depok, Agustus 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS  
(Hasil Karya Perorangan)**

---

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

Nama : Hapsarini Nelma  
NPM : 1006796235  
Program Studi : Magister Profesi  
Fakultas : Psikologi  
Jenis Karya : Tesis

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

“Program Intervensi dengan Pendekatan *Cognitive Behavior Therapy* pada penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 yang Mengalami Depresi”

beserta instrumen/disain/perangkat. Berdasarkan persetujuan Hak Bebas Royalti Nonekklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihkan bentuk, mengalihmediakan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, serta mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan juga sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, Depok  
Pada tanggal : 16 Agustus 2012

Yang menyatakan,



(Hapsarini Nelma)

## ABSTRAK

Nama : Hapsarini Nelma  
Program Studi : Magister Profesi Psikologi  
Judul Tesis : Program Intervensi dengan Pendekatan *Cognitive Behavior Therapy* pada penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 yang Mengalami Depresi

**Latar Belakang** Penyakit kronis Diabetes Mellitus merupakan penyakit yang banyak ditemui pada masyarakat Indonesia. Penderita penyakit ini membutuhkan penanganan jangka panjang yang tidak hanya meliputi pengobatan namun juga perubahan gaya hidup. Perubahan gaya hidup membutuhkan adaptasi yang terkadang menimbulkan stress bagi penyandang penyakit ini. Stress yang tidak dikelola dengan baik dapat menyebabkan penderita masuk dalam kondisi depresi.

**Metode** Penelitian dilakukan dengan menggunakan desain *single subject design* dan pengambilan sample menggunakan metode *purposive sampling*. Partisipan terdiri dari 2 subjek yang memiliki kriteria GDS>150, divonis menyandang Diabetes Mellitus, dan hasil ukur berdasarkan *Beck's Depression Inventory* berada pada golongan depresi berat atau golongan depresi ringan-sedang. Pertemuan berjalan 6 kali ditambah 1 pertemuan untuk asesmen awal. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *cognitive behavior therapy*.

**Hasil** Berdasarkan hasil pengukuran sebelum dan sesudah intervensi diperoleh hasil partisipan mengalami penurunan tingkat depresi yang diindikasikan dengan partisipan yang lebih tenang setelah intervensi dan penurunan skor pada *Beck's Depression Inventory* serta adanya perubahan pada pikiran negatif.

**Kesimpulan** Penelitian ini membuktikan bahwa pendekatan *cognitive behavior therapy* efektif dalam menurunkan tingkat depresi dan mengubah pikiran negatif pada penderita Diabetes Mellitus tipe 2. Partisipan juga menyampaikan bahwa pendekatan ini memberikan manfaat karena dapat melatih partisipan mengendalikan isi pikirannya.

Key Words : Diabetes Mellitus tipe 2, *cognitive behavior therapy*, depresi.

## ABSTRACT

Nama : Hapsarini Nelma  
Program Studi : Profesional Psychology  
Judul Tesis : Intervention Programme with Cognitive Behavior Therapy Approach for Diabetes Mellitus Type 2 Patients Who Has Depression

**Background** Chronic illness Diabetes Mellitus has been found as big cases in our country. People who has this illness has to take a long time period of treatments, not only use drugs for long period but also change their life style. Changing life style sometimes stressful for people who has this illness. If they can't handle stress properly, they will down to depression. **Method** This research use single subject design and purposive sampling to take participants who can join this research. Criteria that use in this research are people who has Diabetes Mellitus type 2, GDS>150, and people in mild-moderate group or severe group of depression based on *Beck's Depression Inventory*. This research consist of 6 sessions and 1 session for assessment. Cognitive behavior therapy was used in this research. **Result** Based on before and after intervention measurement, participant showed decrease of depression and change negative thoughts. It can be seen by decrease of scores *Beck's Depression Inventory* and participant's reports. **Conclusion** This research has proven that cognitive behavioral therapy effective to decrease depression and change negative thoughts Diabetes Mellitus type 2 patients.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	
<b>I. PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
<b>I.1. Latar Belakang</b>	<b>1</b>
<b>I.2. Rumusan Masalah</b>	<b>6</b>
<b>I.3. Tujuan Penelitian</b>	<b>6</b>
<b>I.4. Manfaat Penelitian</b>	<b>6</b>
<b>I.5. Sistematika Penulisan</b>	<b>6</b>
<b>II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>8</b>
<b>II.1. Diabetes Mellitus</b>	<b>8</b>
<b>II.1.1. Definisi</b>	<b>8</b>
<b>II.1.2. Penanganan</b>	<b>8</b>
<b>II.2. Stress</b>	<b>9</b>
<b>II.2.1. Definisi Stress</b>	<b>9</b>
<b>II.2.2. <i>Cognitive Appraisal</i></b>	<b>10</b>
<b>II.2.2.1. <i>Primary Appraisal</i></b>	<b>11</b>
<b>II.2.2.2. <i>Secondary Appraisal</i></b>	<b>11</b>
<b>II.2.3. Aspek-Aspek Biospsikososial Stress</b>	<b>12</b>
<b>II.2.3.1. Aspek Biologis Stress</b>	<b>12</b>
<b>II.2.3.2. Aspek Psikososial Stress</b>	<b>13</b>
<b>II.2.4. Sumber-Sumber Stress</b>	<b>14</b>
<b>II.2.4.1. Sumber Stress Faktor Dalam Diri</b>	<b>14</b>
<b>II.2.4.2. Sumber Stress Dalam Keluarga</b>	<b>15</b>
<b>II.2.4.3. Sumber Stress Dari Komunitas</b>	<b>15</b>
<b>II.2.5. <i>Psychosocial Modifiers of Stress</i></b>	<b>16</b>
<b>II.2.5.1. Faktor Dukungan Sosial</b>	<b>16</b>
<b>II.2.5.2. Faktor <i>Personal Control</i></b>	<b>17</b>
<b>II.2.5.3. Faktor Kepribadian</b>	<b>19</b>
<b>II.2.6. Stress pada Penderita Penyakit Kronis</b>	<b>20</b>
<b>II.2.7. Depresi</b>	<b>21</b>
<b>II.3. <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i></b>	<b>24</b>
<b>II.3.1. Prinsip-Prinsip CBT</b>	<b>24</b>
<b>II.3.1.2. Prinsip Kognitif</b>	<b>25</b>
<b>II.3.2. Tahap-Tahap CBT</b>	<b>26</b>
<b>II.3.2.1. Proses <i>Assessment</i></b>	<b>26</b>
<b>II.3.2.2. Pengukuran dalam CBT</b>	<b>29</b>
<b>II.3.2.3. Mengajarkan Klien Menjadi Terapis</b>	<b>30</b>
<b>II.3.3. Teknik-Teknik dalam CBT</b>	<b>31</b>
<b>II.3.3.1. <i>Socratic Method</i></b>	<b>31</b>
<b>II.3.3.2. Teknik-Teknik Kognitif</b>	<b>32</b>
<b>II.3.4. <i>Cognitive Behavior Therapy</i> untuk Depresi</b>	<b>32</b>



**VII.2.2 Saran Praktis**  
**Daftar Pustaka**  
**Lampiran**

**82**  
**83**



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Item-item BDI.....	41
Tabel 5.1 Realisasi Pelaksanaan Intervensi dengan pendekatan <i>Cognitive Behavior Therapy</i> .....	55
Tabel 5.2 Perbandingan Pre-Test dan Post-Test N.....	75
Tabel 5.3 Perubahan NATs pada N.....	77



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### I.1 LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan hal yang penting dalam kehidupan. Kesehatan yang terganggu dapat mengganggu siklus kehidupan seseorang. Terkadang, terganggunya kesehatan mengakibatkan munculnya tuntutan-tuntutan tertentu bagi seseorang dalam rangka menjaga agar dirinya tetap sehat. Tuntutan ini dapat berupa pengobatan teratur, munculnya batasan-batasan dalam mengkonsumsi makanan, olahraga teratur, terapi fisik teratur, hingga mengubah gaya hidup. Salah satu penyakit yang menuntut penderitanya untuk mengubah gaya hidupnya yaitu Diabetes Mellitus (DM). DM merupakan penyakit yang disebabkan kelebihan kadar gula dalam darah akibat dari ketidakmampuan pankreas memproduksi hormon insulin (Sarafino, 2002). Kadar gula darah normal berkisar antara 70-145 mg/dL jika diukur setelah makan (<http://www.guladarah.com/2011/04/kadar-gula-darah-normal-2.html> pada 12 Juli 2012 14:30).

Diabetes Mellitus merupakan penyakit yang sering muncul di seluruh dunia (Sarafino, 2002). Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS), Indonesia menempati urutan ke-4 penderita DM terbanyak di dunia setelah Amerika Serikat, China, dan India. Penderita DM di Indonesia pada tahun 2003 sebanyak 13,7 juta orang dan diperkirakan akan meningkat mencapai 20,1 juta orang pada 2030. Prevelensi penderita DM mencapai 14,7 % untuk daerah urban dan 7,2 % untuk daerah rural (<http://www.pdpersi.co.id/content/news.php?mid=5&nid=618&catid=23> pada 30 maret 2012 14:31).

Penyakit DM ini terdiri dari 2 jenis yaitu DM tipe 1 (*insulin-dependent Diabetes Mellitus*) dan DM tipe 2 (*Non-Insulin Diabetes Mellitus*). Pada DM tipe 1, proses autoimun merusak sel-sel dalam pankreas yang memproduksi insulin dan orang yang mengalami hal ini membutuhkan suntikan insulin untuk mencegah komplikasi serius dan akut. Komplikasi akut yang terjadi pada DM tipe 1 disebut *ketoacidosis*, dimana tingkat *fatty acids* tinggi dalam darah dan membuat malfungsi pada ginjal. Malfungsi pada ginjal ini menyebabkan tumpukan racun dalam tubuh. Simtom awal dari *ketoacidosis* yaitu munculnya rasa haus dan urinasi berlebih. Bila *ketoacidosis* dibiarkan dapat memicu koma dan kematian (Sarafino, 2002).

Jenis DM lainnya yaitu DM tipe 2 lebih sering ditemukan pada penderita DM secara umum. Pada DM tipe 2 ini, pankreas masih memproduksi insulin dalam jumlah sedikit sehingga tidak membutuhkan suntikan insulin. Kebanyakan, penderita DM tipe 2 dapat mengatur level glukosa mereka dengan mengikuti diet khusus dan pengobatan. Pada beberapa kasus, penderita DM tipe 2 juga mengalami kelebihan berat badan. Hal ini disebabkan karena tubuh tetap memproduksi insulin hanya saja insulin tersebut menolak menyerap glukosa sehingga terjadi *hyperglycemia* (Sarafino, 2002). Implikasi secara umum dari penyakit DM yaitu dapat menyebabkan kematian akibat dari komplikasi akut DM dengan penyakit lainnya.

Penanganan yang diberikan biasanya berupa program yang cukup ketat dan membutuhkan kemampuan *self-care* yang baik. Penanganan yang dilakukan terhadap penderita DM 1 biasanya meliputi banyak tahap dan banyak tuntutan seperti mengontrol berat badan, mengikuti tes darah secara berkala, minum obat, bertemu dengan dokter secara rutin dan sebagainya. Sedangkan, penanganan penderita DM tipe 2 biasanya meliputi intervensi perilaku seperti olahraga teratur dan diet khusus. Penderita DM tipe 2 tidak membutuhkan suntikan insulin secara berkala sehingga penanganan yang diberikan dititik beratkan pada upaya untuk mengontrol kadar gula dalam darah (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993).

Penanganan dalam menjaga kadar gula dalam darah pada pasien diabetes tidak hanya memiliki dampak pada kesehatan fisik namun juga memiliki dampak terhadap kondisi psikologis pasien. Berdasarkan penelitian, perubahan kadar gula dalam darah mengakibatkan perubahan mood pada pasien diabetes. Perubahan mood yang terjadi bervariasi pada setiap pasien (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993). Selain perubahan mood, stress juga ditemukan muncul pada kebanyakan penderita DM, terutama berkaitan dengan proses perubahan gaya hidup.

Pada pasien penyakit kronis seperti DM, dampak dari penyakit tersebut meliputi banyak aspek. Perubahan gaya hidup meliputi adanya tuntutan-tuntutan baru yang harus dipenuhi. Misalnya, pada pasien DM adanya jenis makanan tertentu yang tidak boleh dimakan, olahraga teratur dan cek gula darah teratur. Perubahan-perubahan yang terjadi tidak hanya melibatkan diri penderita penyakit kronis namun juga terkadang memberikan dampak perubahan terhadap lingkungan. Misalnya, bila penderita penyakit kronis adalah kepala keluarga, maka kemungkinan akan berdampak pada penurunan pendapatan keluarga (Sarafino, 2002). Selain itu, orang dewasa yang memiliki sakit fisik juga membuat waktu untuk bercengkrama dengan keluarga semakin sempit dan membatasi kebebasan personal

serta berdampak pada perubahan yang sangat penting dalam hubungan interpersonal (Sarafino, 2002). Dalam kondisi penyakit kronis, terkadang memaksa penderita untuk berhenti dari pekerjaannya. Kondisi ini justru menimbulkan simtom-simtom stress baik secara fisiologis maupun psikologis yang ditandai dengan kehilangan harga diri dan tingginya tekanan darah (Sarafino, 2002). Hal-hal inilah yang membuat penderita penyakit kronis lebih rentan mengalami stress, frustrasi, dan kemarahan terutama bila penyakit yang diderita diluar perkiraan dan kekhawatiran akan pemenuhan kebutuhan hidup di masa depan (Sarafino, 2002).

Dampak dari stress yang dialami oleh penderita DM muncul melalui 2 cara. Pertama, stress dapat membuat produksi epinephrine dan cortisol yang masuk ke dalam darah meningkat. Epinephrine menyebabkan pankreas mengurangi produksi dalam darah sedangkan cortisol menyebabkan liver meningkatkan produksi glukosa. Dampak biochemical dari stress ini tentunya membuat kondisi pengontrolan gula dalam darah memburuk. Kedua, stress dapat mempengaruhi kadar gula dalam darah secara tidak langsung karena stress dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam mematuhi aturan program.

Stress adalah kondisi dimana transaksi antara manusia dengan lingkungannya mengalami diskrepansi antara tuntutan fisiologis maupun psikologis dalam menghadapi situasi tertentu dengan sumber daya sistem fisiologis, psikologis, dan sosial yang dimiliki manusia tersebut (Sarafino, 2002). Pada penderita penyakit kronis, stress memberikan kontribusi tertentu terhadap kesehatan. Beberapa faktor psikososial yang pada umumnya mempengaruhi kondisi stress penderita penyakit kronis yaitu dukungan sosial (*social support*), *personal control*, dan kepribadian. Berdasarkan penelitian, dukungan sosial memiliki hubungan yang positif dengan tingkat kematian. Orang yang memiliki dukungan sosial yang baik lebih lama bertahan hidup dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki dukungan sosial yang baik. Selain itu, penelitian juga menunjukkan bahwa orang yang memiliki dukungan sosial yang baik dapat lebih cepat dalam proses pemulihan dari penyakit. Sedangkan, *personal control* adalah tingkatan dimana seseorang merasa memiliki kontrol terhadap kehidupannya. *Personal control* juga merupakan kondisi dimana seseorang merasa dirinya memiliki kemampuan untuk membuat keputusan dan tindakan yang efektif untuk mencapai hasil yang diinginkan dan menghindari hasil yang tidak diinginkan. Ketika seseorang merasa dirinya kurang dalam *personal control*, kemungkinan ia dapat mengalami *learned helplessness* yaitu kondisi dimana ia seseorang merasa tidak memiliki kontrol terhadap hal-hal yang terjadi dalam kehidupannya dan pada akhirnya membuat orang tersebut

berhenti berusaha untuk mencapai tujuan hidupnya. Perasaan tidak berdaya ini tidak hanya meliputi hal-hal yang tidak dapat dikontrol oleh dirinya namun juga meliputi hal-hal yang sebenarnya dapat ia kontrol. Dalam hubungannya dengan kesehatan, *personal control* mempengaruhi kesehatan melalui dua cara yaitu pertama, orang yang memiliki *personal control* yang kuat cenderung lebih mampu mengontrol kesehatan mereka dan melakukan usaha-usaha untuk mencegah penyakit. Kedua, ketika seseorang mengalami sakit serius, orang yang memiliki *personal control* kuat dapat menyesuaikan diri dengan penyakit dan melakukan rehabilitasi lebih baik daripada orang yang memiliki *personal control* lemah (Sarafino, 2002).

Selain *personal control*, kepribadian juga memiliki kontribusi terhadap kesehatan seseorang. Salah satu karakter kepribadian yang memberikan kontribusi terhadap kesehatan seseorang yaitu *hardiness*. *Hardiness* seseorang dapat membedakan orang yang mudah jatuh sakit dan orang yang tidak mudah jatuh sakit di bawah tekanan stress. *Hardiness* terdiri dari 3 karakteristik yaitu kontrol, komitmen, dan tantangan. Orang yang memiliki tingkat *hardiness* yang kuat cenderung lebih sehat ketika berada dalam kondisi tertekan dibandingkan dengan orang yang memiliki tingkat *hardiness* lemah. Hal ini terjadi karena orang yang memiliki tingkat *hardiness* tinggi cenderung untuk dapat beradaptasi dengan tuntutan situasi menekan dibandingkan dengan orang yang memiliki tingkat *hardiness* rendah sehingga mereka tidak mudah merasa depresi dan cemas terhadap kejadian-kejadian di sekitarnya (Sarafino, 2002).

Pada orang dengan penyakit kronis, pada umumnya mengalami perubahan dalam berbagai aspek dalam kehidupannya yang menuntut adanya penyesuaian diri yang besar. Orang dengan penyakit kronis dapat mengalami perubahan dalam lingkungan sosial yang dapat memberikannya dukungan berupa adanya keterpisahan dari keluarga, teman, dan pihak lain yang menjadi sumber kepuasan bagi dirinya serta kehilangan peran penting yang selama ini disandangnya. Selain itu, orang dengan penyakit kronis juga dapat kehilangan *autonomy* dan kontrol terhadap dirinya karena penyakit yang dideritanya. Hal ini memberikan pengaruh terhadap *self-image* dan *self-esteem* yang memburuk (Nicassio & Smith, 1996). Perubahan-perubahan yang terjadi pada pasien kronis menyebabkan emosi-emosi distress seperti kecemasan, depresi, ketidakberdayaan, dan kemarahan (Nicassio & Smith, 1996).

Banyak penderita DM yang tidak dapat mengatasi stressnya dengan baik sehingga masuk dalam kondisi depresi (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993). Semakin mereka merasa bahwa kondisi penyakit mereka mengganggu kehidupan sehari-hari mereka dan merasa

kurangnya kemampuan mereka dalam mengontrol diri mereka, maka mereka akan semakin merasa depresi (Sarafino, 2002).

Dalam kondisi depresi biasanya orang cenderung merasa tidak dapat melakukan apapun dalam menghadapi masalahnya, cenderung berpikir “apa yang salah dengan saya?”, hal buruk apa yang akan terjadi berikutnya, dan tidak menemukan jalan keluar dari masalahnya. Hal ini membuat harapan bahwa akan ada jalan keluar, semakin lama harapan tersebut akan semakin redup (DePaulo, 2002).

Penelitian yang untuk mengembangkan teknik yang efektif dalam mengurangi stress pada pasien DM tipe 2 belum banyak dilakukan. Beberapa penelitian yang telah dilakukan untuk mengurangi stress pada pasien DM tipe 2 yaitu intervensi *mindfulness* dan *cognitive behavior therapy (CBT)*. Intervensi *mindfulness* pada pasien DM tipe 2 terbukti efektif dalam mengurangi *psychological distress* pada pasien DM tipe 2 (Son, Nyklicek, Pop, & Pouwer, 2011). Meskipun demikian, teknik ini hanya berfokus pada sisi emosional dari distress yang terjadi. Padahal, pada orang dengan penyakit kronis, stress yang terjadi tidak hanya berada pada level emosional namun juga melibatkan kognitif yang berimplikasi pada perilaku. Pada penderita penyakit kronis seperti DM tipe 2 dimana penderita harus melakukan pengobatan seumur hidup, stress tidak hanya menimbulkan perasaan tertekan namun juga melibatkan persepsi mengenai penyakit dan *personal control* yang dimiliki. Selain itu, tuntutan untuk melakukan *self-care* seumur hidup menjadikan intervensi perilaku dalam proses penyesuaian penderita DM tipe 2 perlu dilakukan.

Di satu sisi, pendekatan *cognitive behavior therapy* terbukti efektif untuk mengurangi stress pada penderita DM tipe 2 (Lustman, Griffith, & Freedland, 1998). Pendekatan ini tidak hanya berfokus pada sisi emosional pada distress yang terjadi namun juga mencoba memodifikasi kognisi dan perilaku DM tipe 2. Intervensi kognisi yang dilakukan dapat berupa memodifikasi pikiran negatif (*negative thought*) pada pasien DM tipe 2 terkait sumber-sumber stress yang dihadapinya. Selain itu, pendekatan ini juga memberikan intervensi perilaku yang dapat membantu pasien DM tipe 2 untuk beradaptasi dengan tuntutan gaya hidup yang baru serta perubahan-perubahan lain dalam hidupnya. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai stress dengan pendekatan *cognitive behavior therapy* pada penderita DM tipe 2 di Indonesia karena pendekatan ini meliputi banyak aspek psikologis sehingga diharapkan intervensi dapat lebih efektif dalam menangani stress pada penderita DM tipe 2. Salah satu teknik yang dapat

digunakan untuk membantu penderita DM dalam mengontrol stress yaitu dengan pendekatan *cognitive behavioral therapy* (CBT) (Mitra, 2008). Pendekatan CBT ini membantu penderita DM untuk mengubah perilakunya dan membentuk sudut pandang baru terhadap kehidupan yang lebih realistis, memecahkan permasalahan, serta melihat apa yang penderita pikirkan mengenai kondisinya (Mitra, 2008). Penelitian ini lebih memfokuskan pada penderita DM tipe 2 karena penelitian melibatkan proses kognisi dan pemberian tugas rumah sehingga lebih memungkinkan untuk dilakukan pada pasien DM tipe 2 yang tidak menggunakan suntikan insulin untuk mengikuti penelitian ini.

## **I.2 PERMASALAHAN**

Apakah pendekatan *Cognitive Behavior Therapy* mampu mengubah pikiran negatif pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2 yang mengalami depresi ?

## **I.3 TUJUAN PENELITIAN**

Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat efektifitas pendekatan *Cognitive Behavior Therapy* dalam mengubah pikiran negatif pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2.

## **I.4 MANFAAT PENELITIAN**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran efektifitas *cognitive behavior therapy* dalam konteks penurunan tingkat depresi melalui perubahan pikiran negatif pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2..

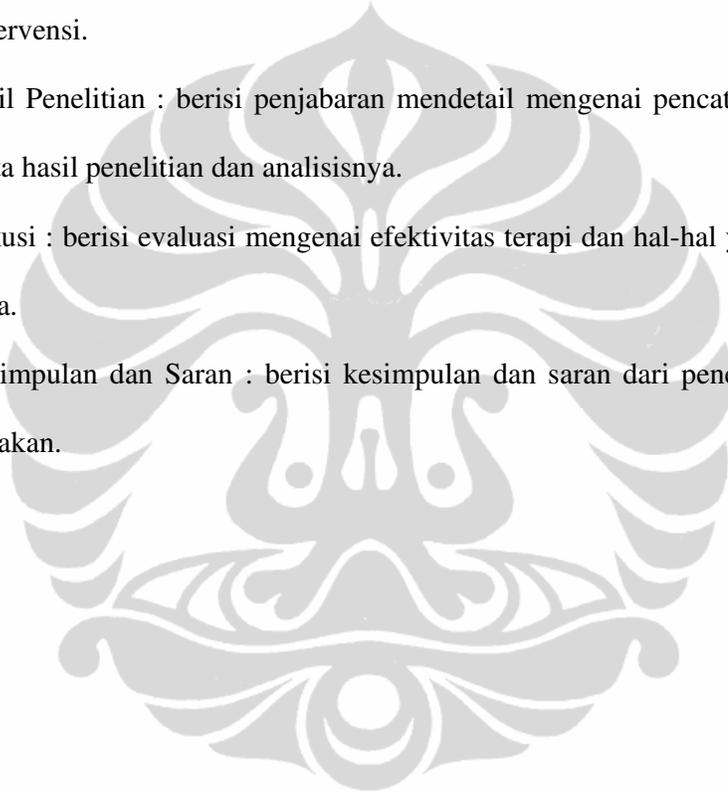
### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Manfaat praktis dari penelitian ini adalah untuk mengembangkan metode intervensi stress yang efektif bagi pasien Diabetes Mellitus tipe 2 sehingga diharapkan metode ini dapat menjadi referensi dalam penanganan pasien Diabetes Mellitus tipe 2 secara keseluruhan.

## **I.5 SISTEMATIKA PENELITIAN**

1. Bab 1 Pendahuluan : berisi latar belakang, permasalahan penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian serta sistematika penulisan.

2. Bab 2 Tinjauan Pustaka : berisi landasan teori yang digunakan dalam penelitian. Teori yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teori mengenai Diabetes Mellitus tipe 2, stress, dan *cognitive behavior therapy*.
3. Bab 3 Metode Penelitian : berisi desain penelitian, partisipan penelitian, metode pelaksanaan, metode pencatatan proses, alat ukur dan tahapan penelitian.
4. Bab 4 Hasil Pre Assesment : berisi latar belakang kasus, data partisipan, dan rancangan intervensi.
5. Bab 5 Hasil Penelitian : berisi penjabaran mendetail mengenai pencatatan proses intervensi serta hasil penelitian dan analisisnya.
6. Bab 6 Diskusi : berisi evaluasi mengenai efektivitas terapi dan hal-hal yang terjadi di luar rencana.
7. Bab 7 Kesimpulan dan Saran : berisi kesimpulan dan saran dari penelitian yang telah dilaksanakan.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### II.1 Diabetes Mellitus

##### II.1.1 Definisi

Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyakit yang disebabkan kelebihan kadar gula dalam darah akibat dari ketidakmampuan pankreas memproduksi hormon insulin (Sarafino, 2002). Penyakit DM ini terdiri dari 2 jenis yaitu DM tipe 1 (*insulin-dependent Diabetes Mellitus*) dan DM tipe 2 (*Non-Insulin Diabetes Mellitus*). Pada DM tipe 1, proses autoimun merusak sel-sel dalam pankreas yang memproduksi insulin dan orang yang mengalami hal ini membutuhkan suntikan insulin untuk mencegah komplikasi serius dan akut. Komplikasi akut yang terjadi pada DM tipe 1 disebut *ketoacidosis*, dimana tingkat *fatty acids* tinggi dalam darah dan membuat malfungsi pada ginjal. Malfungsi pada ginjal ini menyebabkan tumpukan racun dalam tubuh. Simtom awal dari *ketoacidosis* yaitu munculnya rasa haus dan urinasi berlebih. Bila *ketoacidosis* dibiarkan dapat memicu koma dan kematian (Sarafino, 2002).

Jenis DM lainnya yaitu DM tipe 2 lebih sering ditemukan pada penderita DM secara umum. Pada DM tipe 2 ini, pankreas masih memproduksi insulin dalam jumlah sedikit sehingga tidak membutuhkan suntikan insulin. Kebanyakan, penderita DM tipe 2 dapat mengatur level glukosa mereka dengan mengikuti diet khusus dan pengobatan. Pada beberapa kasus, penderita DM tipe 2 juga mengalami kelebihan berat badan. Hal ini disebabkan karena tubuh tetap memproduksi insulin hanya saja insulin tersebut menolak menyerap glukosa sehingga terjadi *hyperglycemia* (Sarafino, 2002). Implikasi secara umum dari penyakit DM yaitu dapat menyebabkan kematian akibat dari komplikasi akut DM dengan penyakit lainnya.

##### II.1.2 Penanganan

Penanganan yang dapat diberikan kepada penderita DM diantaranya berupa medikasi dengan pemberian obat, suntikan insulin (bagi penderita DM tipe 1), serta intervensi perilaku penderita DM. Intervensi perilaku sangat dibutuhkan baik pada penderita DM tipe 1 maupun penderita DM 2 (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993). Pada penderita DM tipe 1, penanganan yang diberikan biasanya berupa diet khusus, olahraga, dan suntikan insulin. Kegagalan dalam mengikuti program penanganan ini dapat menimbulkan meningkatnya faktor resiko berupa

komplikasi, simptom-simtom, dan kematian. Penanganan yang diberikan biasanya berupa program yang cukup ketat dan membutuhkan kemampuan *self-care* yang baik.

Penanganan yang dilakukan terhadap penderita DM 1 biasanya meliputi banyak tahap dan banyak tuntutan seperti mengontrol berat badan, mengikuti tes darah secara berkala, minum obat, bertemu dengan dokter secara rutin dan sebagainya. Sedangkan, penanganan penderita DM tipe 2 biasanya meliputi intervensi perilaku seperti olahraga teratur dan diet khusus. Penderita DM tipe 2 tidak membutuhkan suntikan insulin secara berkala sehingga penanganan yang diberikan dititik beratkan pada upaya untuk mengontrol kadar gula dalam darah (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993).

## **II.2 Stress**

Banyak penelitian yang telah dilakukan untuk meneliti mengenai stress. Pengertian stress pun telah banyak berkembang dari waktu ke waktu. Definisi stress pada awalnya merujuk pada penderitaan, kesulitan, kesengsaraan atau kemalangan (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993). Perkembangan definisi lainnya meminjam dari bidang fisika dan teknik melibatkan persepsi fisik sehingga menghasilkan term seperti *stress*, *strain*, *load* untuk mendefinisikan stress.

Stress dapat dilihat dalam tiga perspektif. Pertama, stress dapat dilihat sebagai pemicu respon. Pada perspektif ini, stress dipandang sebagai penyebab dari timbulnya respon yang sering disebut sebagai stressor. Kedua, stress juga dapat dilihat sebagai efek yang disebut sebagai respon stress. Respon stress merupakan pola-pola reaksi psikologis dan biologis yang relatif terjadi pada manusia (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993). Pendekatan ketiga yaitu pendekatan yang tidak hanya melihat stress sebagai sebuah proses yang melibatkan stressor dan respon stress, namun juga melihat hubungan antara manusia dengan lingkungan. Proses ini melibatkan interaksi dan penyesuaian yang terus menerus dalam transaksi antara manusia dengan lingkungannya. Dalam pandangan ini, stress tidak hanya dilihat sebagai stimulus dan respon namun juga sebagai proses dimana seseorang sebagai agen aktif yang dapat mempengaruhi dampak dari pengaruh stressor dengan perilakunya (Sarafino, 2002).

### **II.2.1 Definisi**

Beberapa definisi mengenai stress diantaranya yang dikemukakan oleh Baum (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993) stress sebagai sebuah proses dimana kejadian-kejadian dalam lingkungan yang disebut stressor mengancam eksistensi atau kesejahteraan manusia. Menurut Lazarus dan Folkman (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993) stress adalah hubungan

tertentu antara manusia dengan lingkungan yang dinilai menghabiskan sumber daya milik mereka atau mengancam kesejahteraan mereka. Bila seseorang tidak dapat bertahan dalam hubungan yang menghabiskan sumber daya miliknya ini, kesejahteraan fisik dan psikologis orang tersebut akan berkurang. Kejadian-kejadian yang menimbulkan tekanan menuntut agar orang tersebut menyesuaikan diri. Dalam proses menyesuaikan dirinya, seseorang dapat berhasil menyesuaikan diri dengan tuntutan lingkungan atau tidak. Bila ia tidak berhasil menyesuaikan diri dengan lingkungan dapat menyebabkan timbulnya penyakit psikologis maupun fisik.

Stressor merupakan semua stimulus yang menuntut seseorang untuk beradaptasi dan menyesuaikan diri. Definisi lain stress menurut Sarafino (2002) yaitu kondisi dimana transaksi antara manusia dengan lingkungannya mengalami diskrepansi antara tuntutan fisiologis maupun psikologis dalam menghadapi situasi tertentu dengan sumber daya sistem fisiologis, psikologis, dan sosial yang dimiliki manusia tersebut.

Berdasarkan definisi tersebut, terdapat 4 komponen yang terlibat didalamnya yaitu :

1. Stress membebani sumber daya biopsikososial seseorang untuk melakukan coping dalam menghadapi kondisi yang sulit.
2. Tuntutan situasi merupakan jumlah sumber daya yang harus dikeluarkan untuk memenuhi tuntutan stressor.
3. Ketika terjadi ketidaksesuaian antara tuntutan situasi dengan sumber daya seseorang maka diskrepansi terjadi. Diskrepansi yang terjadi dapat berupa ketidaksesuaian yang nyata terjadi atau ketidaksesuaian yang hanya diyakini oleh orang yang bersangkutan. Stress sering terjadi sebagai hasil dari persepsi yang tidak akurat antara tuntutan lingkungan dengan sumber daya yang nyata.
4. Dalam transaksi yang terjadi antara manusia dengan lingkungannya, kami menilai tuntutan, sumber daya, dan diskrepansi yang terjadi. Transaksi yang terjadi di pengaruhi oleh banyak faktor meliputi pengalaman sebelumnya dan aspek-aspek pada situasi saat ini.

### ***II.2.2 Cognitive Appraisal***

Transaksi yang terjadi dalam stress melibatkan penilaian kognitif dimana orang biasanya menilai dua faktor yaitu pertama, apakah tuntutan yang ada mengancam

kesejahteraan fisik dan mental mereka. Kedua, apakah sumber daya yang mereka miliki dapat memenuhi tuntutan dari situasi yang dihadapi.

### **II.2.2.1 Primary Appraisal**

Ketika seseorang menghadapi kejadian yang berpotensi menimbulkan stress, hal pertama yang akan dilakukan yaitu menilai arti dari kejadian yang dialami terhadap kondisi kesejahteraan diri. Proses penilaian ini disebut *primary appraisal*. *Primary appraisal* ini menghasilkan tiga kategori penilaian yaitu :

1. *irrelevant* : ketika seseorang menilai bahwa kondisi tersebut tidak akan menimbulkan rasa sakit atau tidak nyaman.
2. *good* : Ketika seseorang menilai positif kejadian yang dialami.
3. *stressful* : Ketika seseorang menilai situasi yang dihadapinya mengancam seperti penyakit yang serius yang mengancam kelangsungan hidup.

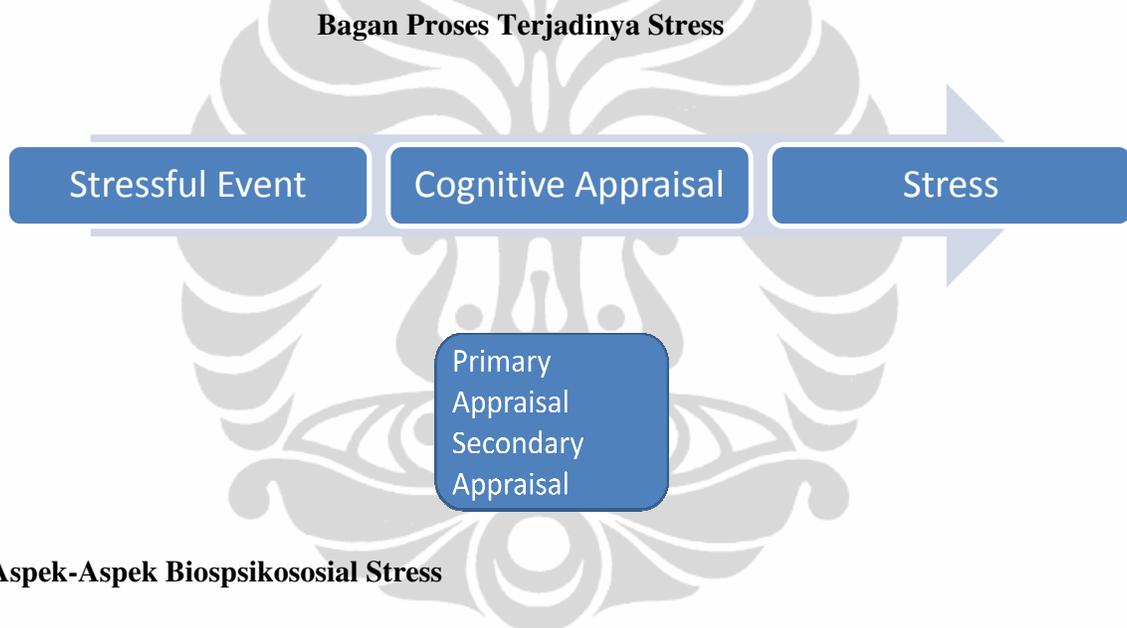
Ketika seseorang menilai kejadian yang dialaminya sebagai *stressful event*, orang tersebut juga akan melakukan penilaian terhadap dampak dari *stressful event* tersebut yaitu *harm-loss, threat, challenge*. *Harm-loss* merupakan penilaian terhadap sejumlah kerusakan yang telah terjadi sebagai akibat dari *stressful event* tertentu. *Threat* melibatkan perkiraan terhadap kondisi menyakitkan yang akan terjadi di masa depan. *Challenge* merupakan kesempatan untuk mencapai pertumbuhan, keahlian, atau keuntungan yang cenderung menggunakan sumber daya rutin untuk dapat memenuhi tuntutan situasi. Terkadang seseorang mengalami stress walaupun stressor tidak berhubungan langsung dengan orang tersebut. Dalam hal ini transaksi yang terjadi bersifat *vicarious*.

### **II.2.2.2 Secondary appraisal**

*Secondary appraisal* yaitu penilaian seseorang terhadap sumber daya yang dimilikinya dalam upaya menghadapi *stressful event*. Tingkat stress yang dialami seseorang tergantung pada hasil dari penilaian orang tersebut terhadap transaksi yang terjadinya antara dirinya dengan lingkungannya. Ketika seseorang menilai sumber daya yang tersedia dapat memenuhi tuntutan situasi, orang tersebut cenderung tidak atau sedikit mengalami stress. Sedangkan, bila ia menilai adanya jarak antara ketersediaan sumber daya dengan tuntutan situasi yang dihadapi kemungkinan orang tersebut akan mengalami stress.

Meskipun demikian, stress dapat saja terjadi tanpa didahului penilaian kognitif terlebih dahulu. Hal ini terjadi biasanya pada situasi darurat. Dalam situasi ini, stress muncul sebagai reaksi yang melibatkan kondisi pingsan, tidak sadar ataupun disorientasi. Penilaian kognitif terhadap situasi yang membuat stress hanya terjadi pada situasi yang tidak darurat.

Penilaian terhadap situasi yang menimbulkan stress melibatkan dua faktor yaitu faktor-faktor yang melibatkan diri (faktor personal) dan faktor yang melibatkan situasi. Faktor personal melibatkan intelektual, motivasi, dan karakter. Faktor situasi melibatkan kuatnya tuntutan, transisi dalam fase kehidupan, ambiguitas dari situasi yang dihadapi, harapan terhadap situasi yang sedang dihadapi, dan penilaian terhadap kontrol seseorang dalam mengatasi situasi yang terjadi.



### II.2.3 Aspek-Aspek Biospsikososial Stress

#### II.2.3.1 Aspek Biologis Stress

Stress dapat menimbulkan reaksi fisiologis dalam tubuh. Respon fisiologis yang terjadi dalam tubuh seseorang dalam menghadapi stress disebut *reactivity*. *Reactivity* ini dapat berupa detak jantung lebih cepat, sesak nafas, dan sebagainya. Selye (dalam Sarafino, 2002) yang meneliti mengenai aspek-aspek fisiologis akibat stress yang terjadi pada orang yang sakit, mengembangkan *general adaptation syndrome* (GAS). GAS meliputi :

1. Reaksi alarm. Pada tahap ini reaksi berupa *flight-fight* dimana tubuh menyiapkan diri untuk melakukan mobilisasi sebagai bentuk reaksi awal. Meskipun demikian, tubuh tidak dapat berada dalam tahap ini dalam jangka waktu lama.
2. Fase resistan. Pada fase ini tubuh sudah lebih dapat bertahan terhadap stressor yang ada. Pada tahap ini tubuh mencoba untuk beradaptasi terhadap stressor.

3. *exhaustion*. Kondisi dimana fase resisten terlalu lama atau stressor baru muncul. Hal ini dapat melemahkan tubuh dan menurunkan sistem imun dalam tubuh sehingga dapat menimbulkan kerusakan pada organ tubuh dan juga kematian.

### **II.2.3.2 Aspek Psikososial Stress**

Stress yang dialami oleh seseorang tidak hanya memiliki dampak biologis pada tubuh seseorang namun juga melibatkan aspek psikososial. Aspek psikososial stress yang terkena dampak dari stress melibatkan sistem kognitif, emosi, dan sosial.

Pada aspek kognitif, stress sering menimbulkan gangguan berupa pecahnya perhatian seseorang. Orang yang mengalami stress biasanya akan memberikan perhatian lebih pada stressor sehingga mengabaikan hal-hal lain di luar stressor. Orang yang terus menerus merasakan stress dan menyimpan masalahnya dalam pikirannya terus menerus, cenderung akan mengulang ingatan mengenai stressor yang menimbulkan perasaan tertekan terus menerus sehingga membuat stress yang dialaminya semakin parah.

Aspek psikososial lain yang terkena dampak dari stress yaitu aspek emosi. Emosi seringkali mengiringi stress dan orang sering menggunakan istilah-istilah emosi untuk menggambarkan kondisi stress yang mereka alami. Penilaian kognitif juga dapat memberikan pengaruh terhadap stress dan pengalaman emosional.

Beberapa reaksi emosi yang cenderung mengiringi stress yaitu ketakutan, kecemasan, dan marah. Ketakutan merupakan reaksi emosi yang umum terjadi ketika seseorang merasa dirinya terancam. Reaksi ini melibatkan ketidaknyamanan psikologis maupun fisiologis.

Kecemasan merupakan perasaan sulit dan cenderung mendorong munculnya perilaku antisipatif serta sering melibatkan ancaman yang tidak spesifik dan tidak menentu. Selain itu, stress juga dapat mendorong seseorang masuk ke dalam kondisi sedih atau depresi. Walaupun dalam kehidupan sehari-hari, kondisi ini sering disebut dengan istilah sedih, tidak bahagia, dan lainnya. Kondisi ini normal terjadi baik dalam kehidupan orang dewasa maupun anak-anak. Reaksi emosi lainnya yang umum terjadi yaitu rasa marah. Reaksi ini biasanya muncul ketika situasi yang dihadapi sangat menekan dan menyakitkan.

Aspek psikososial lainnya yang juga terkena dampak stress yaitu aspek perilaku sosial. Stress dapat mengubah perilaku seseorang terhadap orang lain. Dalam situasi menekan, orang cenderung kurang sensitif dan lebih mudah untuk menyakiti orang lain. Ketika stress dan marah bersatu, perilaku negatif sosial cenderung meningkat. Perilaku agresif cenderung meningkat pada situasi stress yang menimbulkan kemarahan dan efek negatif ini cenderung berlanjut walaupun kondisi yang menekan sudah berlalu. Selain menimbulkan perilaku sosial negatif, terdapat faktor sosiokultural lain yang membuat

seseorang lebih rentan mengalami stress. Berdasarkan penelitian, wanita lebih mudah untuk mengalami stress dibandingkan dengan laki-laki (Davis, Mathews, Twamley dalam Sarafino, 2002). Selain itu, menjadi bagian dari kelompok minoritas atau berada dalam kelompok masyarakat miskin cenderung menyebabkan orang dihadapkan pada stressor-stressor yang lebih banyak (Johnson et al dalam Sarafino, 2002).

#### **II.2.4. Sumber-Sumber Stress**

Kondisi stress dapat dialami oleh semua orang dan pada waktu yang tidak dapat diperkirakan. Stress yang dialami oleh seseorang dapat berasal dari faktor dalam diri, keluarga, maupun dari lingkup komunitas.

##### **II.2.4.1 Sumber Stress Faktor Dalam Diri**

Terkadang sumber stress yang dialami oleh seseorang berasal dari dalam diri orang tersebut. Penyakit merupakan salah satu faktor stress yang ada dalam diri seseorang. Kondisi sakit menimbulkan tuntutan secara fisik maupun psikologis yang dialami orang tersebut. Tingkat stress yang dialami oleh orang yang sakit tergantung pada keseriusan penyakit yang dialaminya dan usia. Kemampuan tubuh untuk melawan penyakit, pada umumnya normal pada masa kanak-kanak namun menurun pada masa tua (Benjamin, Sunshine, Leskowitz dalam Sarafino, 2002). Hal ini dipengaruhi oleh pemaknaan terhadap sakit serius yang dialami dan perubahan individu yang terjadi dikarenakan faktor usia. Penilaian stress yang dilakukan oleh orang dewasa yang sakit meliputi kesulitan-kesulitan yang dialami pada saat ini dan kekhawatiran akan masa depan seperti apakah mereka akan mengalami cacat atau kematian.

Faktor lain dari dalam diri seseorang yang dapat memicu stress yaitu adanya konflik dorongan dalam diri. Konflik dalam diri merupakan sumber stress yang utama. Konflik yang terjadi dalam diri manusia pada umumnya menarik seseorang dalam kecenderungan yang berlawanan yaitu mendekati konflik (*approach conflict*) atau menghindari konflik (*avoidance conflict*). Kecenderungan yang berlawanan ini menjadi dasar dari 3 tipe konflik yang umumnya dihadapi oleh manusia :

1. *approach-approach conflict*. Pendekatan ini digunakan bila mana dua hal yang menimbulkan konflik *incompatible*. Semakin seseorang menganggap keputusan yang diambil dalam menghadapi konflik penting, semakin tinggi tingkat stress yang dirasakan.
2. *avoidance-avoidance conflict*. Pendekatan ini dilakukan manakala individu dihadapkan pada dua situasi yang tidak diinginkan.

3. *approach-avoidance conflict*. Pendekatan ini dilakukan ketika seseorang melihat hal yang menarik dan juga hal yang tidak diinginkan berada pada satu hal. Jenis konflik ini dapat menimbulkan stress dan sulit untuk dipecahkan.

#### **II.2.4.2 Sumber Stress Dalam Keluarga**

Perilaku, kebutuhan, dan kepribadian tiap anggota keluarga mempengaruhi bagaimana anggota dalam keluarga tersebut berinteraksi satu sama lain. Terkadang, interaksi yang terjadi menimbulkan konflik dan menghasilkan stress. Salah satu sumber stress dalam keluarga yaitu apabila terdapat anggota keluarga yang memiliki penyakit kronis. Bila terdapat anak yang memiliki penyakit kronis dalam suatu keluarga, maka keluarga tersebut harus melakukan adaptasi terus menerus dan berada dalam tekanan jangka panjang. Sedangkan, bila penyakit kronis atau kelumpuhan terjadi pada anggota keluarga yang berusia dewasa membuat batasan dalam waktu keluarga dan membuat perubahan penting dalam hubungan interpersonal antar anggota keluarga. Terutama bila penyakit kronis dan kelumpuhan menimpa kepala keluarga sehingga pada umumnya memiliki dampak yang luar biasa terhadap kondisi ekonomi keluarga. Penyakit kronis menimbulkan rasa frustrasi, distress, dan kemarahan yang kuat bila hal tersebut terjadi di luar perkiraan sebelumnya (Leventhal, Leventhal, & Van Nguyen dalam Sarafino, 2002).

#### **II.2.4.3 Sumber Stress Dari Komunitas**

Sumber stress yang berasal dari komunitas cukup banyak variasinya. Stress dapat muncul dari kontak interpersonal seseorang dengan orang lain di luar lingkungan keluarga. Salah satu sumber stress yang kerap dihadapi oleh orang dewasa bersumber dari pekerjaan yang dilakukan sehari-hari. Salah satu sumber stress yang dialami oleh orang yang bekerja yaitu kehilangan pekerjaan. Pada umumnya, orang akan merasa stress bila kehilangan pekerjaan atau merasa pekerjaan berada dalam kondisi terancam. Pada situasi ini, orang akan merasakan *job insecurity* yang pada akhirnya akan memunculkan stress terutama ketika ia merasa tidak memiliki prospek yang baik untuk memperoleh pekerjaan baru. Kondisi menganggur memiliki hubungan dengan tanda-tanda fisiologis dan psikologis seperti harga diri dan tekanan darah (Olafsson & Svensson dalam Sarafino, 2002).

Selain pekerjaan, faktor lingkungan juga dapat menjadi sumber stress seperti lingkungan yang padat sehingga membatasi ruang gerak orang-orang yang berada dalam lingkungan tersebut, bencana alam, atau kondisi lingkungan yang kurang aman.

## II.2.5 Psychosocial Modifiers of Stress

Reaksi manusia dalam menghadapi stress berbeda-beda. Variasi reaksi yang dialami manusia dalam menghadapi stressor merupakan hasil dari faktor psikologis dan sosial yang turut serta memodifikasi dalam proses reaksi manusia dalam menghadapi stressor. Beberapa faktor psikologis dan sosial yang turut mempengaruhi proses reaksi manusia dalam menghadapi stressor yaitu faktor dukungan sosial, *personal control*, dan kepribadian.

### II.2.5.1 Faktor Dukungan Sosial

Dukungan sosial (*social support*) merujuk pada kenyamanan, kepedulian, bantuan yang diterima seseorang dari orang lain atau kelompok. Dukungan sosial ini dapat diperoleh dari pasangan, teman, rekan sejawat atau organisasi dalam komunitas.

Beberapa jenis dukungan sosial yaitu :

1. *Emotional support* melibatkan ekspresi empati, kepedulian, dan perhatian terhadap kondisi seseorang. Dukungan ini memberikan perasaan nyaman, penerimaan, perasaan dicintai ketika sedang mengalami stress.
2. *Esteem support* diberikan melalui ekspresi penghargaan terhadap seseorang, persetujuan terhadap ide atau perasaan seseorang dan perbandingan yang positif seseorang dengan orang lain. Dukungan jenis ini membangun perasaan *self-worth*, kompeten, dan dihargai. *Esteem support* biasanya berguna ketika seseorang sedang berada dalam tahap penilaian situasi yang menimbulkan stress dimana seseorang menilai apakah sumber daya yang dimilikinya mencukupi untuk memenuhi tuntutan situasi.
3. *Tangible / instrumental support* berupa dukungan dengan memberikan bantuan langsung kepada orang yang sedang menghadapi situasi menekan.
4. *Informational support* meliputi pemberian saran, arahan, saran-saran, atau umpan balik terkait upaya yang dilakukan seseorang dalam mengatasi situasi yang menekan.

Dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dengan memodifikasi level stress seseorang melalui mekanisme tertentu. Terdapat dua teori yang menjelaskan bagaimana dukungan sosial mempengaruhi level stress yang pada akhirnya akan mempengaruhi kesehatan seseorang.

Teori pertama yaitu *buffering hypothesis* dimana dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dengan memproteksi seseorang dari efek negatif stress yang tinggi. Menurut teori ini, orang yang memiliki dukungan sosial yang baik, lebih tenang dalam menghadapi situasi tertekan dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki dukungan sosial yang baik karena mereka memiliki keyakinan dan harapan bahwa akan ada orang yang membantu mereka sehingga mereka cenderung menilai situasi menekan yang dihadapi dapat diatasi. Selain itu,

dukungan sosial dapat memodifikasi respon seseorang terhadap situasi menekan setelah penilaian terhadap situasi dilakukan. Orang yang memiliki dukungan sosial yang baik, terkadang mendapatkan saran dari orang lain untuk menyelesaikan masalahnya ataupun menenangkan dirinya.

Teori kedua yaitu *direct effects hypothesis* dimana menurut teori ini, dukungan sosial memberikan keuntungan secara langsung terhadap kesehatan dan kesejahteraan seseorang. Dukungan sosial yang baik dapat mendorong seseorang untuk memiliki gaya hidup sehat.

Pada penderita penyakit kronis, dukungan sosial memiliki peranan yang penting dalam proses adaptasi penderita dengan penyakit kronis (Cukor & Cohen, 2007). Dukungan sosial sebagai mediator bagi penderita penyakit kronis untuk mendapatkan akses fasilitas kesehatan lebih baik dan untuk mendapatkan '*stress buffering*' dalam beradaptasi dengan penyakitnya (Cukor & Cohen, 2007). Persepsi pasien penderita penyakit kronis terhadap dukungan sosial yang dimilikinya memberikan pengaruh terhadap kepatuhan dalam mengikuti *treatment* yang diberikan. Penderita penyakit kronis yang mempersepsi dirinya memiliki dukungan sosial yang tinggi cenderung lebih baik dalam menjaga kondisi kesehatannya dibandingkan dengan orang yang mempersepsi dirinya kurang memiliki dukungan sosial (Cukor & Cohen, 2007).

#### **II.2.5.2 Faktor *Personal Control***

Faktor psikososial lain yang mempengaruhi stress yang dialami oleh seseorang yaitu seberapa besar perasaan bahwa seseorang memiliki kontrol atas hidupnya. Pada umumnya, manusia membutuhkan perasaan dimana mereka merasa memiliki kontrol terhadap hal-hal yang terjadi di dalam hidupnya. Perasaan ini disebut *personal control* dimana manusia merasa dirinya memiliki kemampuan untuk membuat keputusan dan tindakan yang efektif untuk mendapatkan hasil yang diinginkan serta mencegah hasil yang tidak diinginkan (Rodin dalam Sarafino, 2002). Dengan melakukan tindakan-tindakan tertentu, manusia memiliki kontrol terhadap kejadian-kejadian dalam hidupnya yang mempengaruhi dirinya. Dalam usahanya melakukan kontrol terhadap kejadian-kejadian dalam hidupnya, pada umumnya manusia melakukan empat jenis kontrol yaitu :

1. *Behavioral control* melibatkan kemampuan untuk mengambil tindakan konkrit untuk mengurangi dampak dari stressor. Tindakan yang diambil dapat diharapkan dapat mengurangi tekanan yang ditimbulkan oleh stressor atau memperpendek waktu terjadinya stressor.

2. *Cognitive control* merupakan kemampuan untuk menggunakan proses berpikir atau mencari strategi dalam menghadapi dampak dari stressor. Strategi ini dapat berupa mencari cara baru dalam menghadapi dampak dari stressor atau memfokuskan pikiran pada hal-hal yang menyenangkan dan netral.

3. *Decisional control* merupakan kesempatan untuk memilih diantara alternative-alternatif tindakan yang dapat dilakukan.

4. *Informational control* melibatkan kesempatan untuk mendapatkan pengetahuan mengenai kejadian yang menimbulkan tekanan seperti apa yang akan terjadi selanjutnya, mengapa, dan dampak yang mungkin terjadi dari kejadian tersebut.

Orang yang meyakini bahwa mereka memiliki kontrol terhadap kesuksesan maupun kegagalan yang terjadi dalam hidup mereka merupakan orang yang memiliki internal locus of control. Orang yang memiliki internal locus of control meyakini bahwa kejadian-kejadian yang ada dalam hidupnya berada dalam kontrol dirinya cenderung bertanggung jawab terhadap tindakan-tindakannya. Sedangkan orang yang meyakini bahwa hidupnya dikontrol oleh kondisi-kondisi di luar dirinya seperti keberuntungan, memiliki eksternal locus of control (Phares, Rotter, dalam Sarafino, 2002). Meskipun demikian, memang tidak semua hal berada dalam kontrol manusia namun tingkatan seseorang untuk mau bertanggung jawab terhadap hal-hal yang terjadi di dalam hidupnya menentukan locus of control yang dimilikinya.

Aspek lain dari *personal control* adalah *self-efficacy* keyakinan bahwa seseorang dapat sukses pada aktifitas yang sedang dijalani (Bandura dalam Sarafino, 2002). Meskipun demikian, ketika seseorang merasa sudah berupaya namun mengalami kegagalan terus menerus, kemungkinan akan timbul rasa ketidakberdayaan, terjebak, dan ketidakmampuan untuk menghindari hal yang tidak diinginkan. Bila hal ini terus menerus berlanjut maka rasa ketidakberdayaan tersebut tidak hanya terkait pada stressor tertentu namun juga meliputi segala hal dalam hidupnya. Kondisi seperti ini yang disebut Martin Seligman (dalam Sarafino, 2002) sebagai *learned helplessness* dan juga merupakan karakteristik utama dari depresi. Penelitian Seligman (dalam Sarafino, 2002) selanjutnya menemukan bahwa tidak semua orang yang mengalami kejadian negatif yang tidak dapat dikontrol akan mengalami *learned helplessness*. Disatu sisi, orang yang mengalami depresi cenderung lebih sering mengeluhkan kehilangan *self-esteem*. Hal ini terjadi karena orang yang mengalami kejadian negatif yang diluar kontrol diri mereka cenderung untuk menyalahkan dirinya sendiri. Ketika hal negatif yang tidak terkontrol terjadi, orang cenderung mencari alasan atas ketidakmampuannya mengontrol kejadian buruk yang menyimpannya. Orang cenderung

mencari jawaban dari pertanyaan tersebut dengan melakukan proses kognitif yang disebut *attribution* dimana mereka mencari jawaban dari penyebab kejadian negatif yang menimpa mereka atau membuat *judgement* terkait kejadian negatif yang menimpa mereka. *Attribution* dilakukan oleh manusia dengan mengevaluasi tiga dimensi yaitu :

1. Internal – eksternal. Orang yang merasa terjebak dalam situasi negatif cenderung untuk mengevaluasi apakah kejadian negatif yang menimpanya disebabkan oleh ketidakmampuan dirinya untuk melakukan kontrol atau disebabkan oleh faktor diluar dirinya yang tidak seorang pun dapat melakukan kontrol terhadap hal tersebut.
2. Stabil – tidak stabil. Orang yang mengalami situasi negatif cenderung melakukan penilaian apakah penyebab terjadinya kejadian buruk tersebut berasal dari penyebab yang akan berlangsung dalam jangka waktu lama atau jangka pendek. Bila situasi negatif diperkirakan akan berlangsung lama, misalnya ketika mereka mengalami sakit kronis atau kelumpuhan, cenderung untuk membuat orang merasa tidak berdaya dan depresi daripada ketika situasi negatif hanya akan berlangsung dalam jangka waktu pendek.
3. Global-Spesifik. Orang yang mengalami situasi negatif yang tidak dapat dikontrol, cenderung untuk menilai apakah situasi yang dihadapi berdampak luas atau sempit. Misalnya, orang yang sulit untuk berhenti merokok kemudian menilai bahwa dirinya lemah secara keseluruhan lebih cenderung mengalami ketidakberdayaan dan depresi dibandingkan orang yang menilai dirinya lemah hanya pada aspek kebiasaan merokok saja namun tidak meliputi keseluruhan aspek dalam diri.

*Personal control* mempengaruhi kesehatan melalui dua cara yaitu pertama, orang yang memiliki *personal control* yang baik cenderung lebih baik dalam upaya mencegah penyakit atau menjaga kesehatan. Kedua, bila seseorang mengalami penyakit serius, orang yang memiliki *personal control* yang tinggi cenderung beradaptasi lebih baik terhadap penyakitnya daripada orang yang memiliki *personal control* rendah.

### **II.2.5.3 Faktor Kepribadian**

Menurut Kobassa dan Maddi (dalam Sarafino, 2002) ada faktor lain yang mempengaruhi stress dan kesehatan seseorang selain *personal control*. Faktor yang turut mempengaruhi stress dan kesehatan tersebut yaitu salah satu faktor karakter kepribadian *hardiness*. Kepribadian ini membedakan antara orang yang mudah sakit dan tidak ketika mereka berada di bawah tekanan. *Hardiness* meliputi tiga karakteristik yaitu kontrol, komitmen, *challenge*. Kontrol merujuk pada kemampuan seseorang untuk mempengaruhi kejadian-kejadian dalam hidupnya. Komitmen merupakan *sense* seseorang terhadap tujuan hidupnya atau terhadap keterlibatannya pada suatu kejadian. *Challenge* kecenderungan untuk

melihat perubahan sebagai insentif atau kesempatan untuk berkembang serta tidak melihat perubahan sebagai sesuatu yang mengancam.

Menurut Kobasa (dalam Sarafino, 2002) orang yang memiliki *hardiness* tinggi cenderung lebih sehat ketika berada dalam situasi menekan karena mereka lebih baik dalam upaya menghadapi stressor dan tidak mudah menjadi cemas dalam menghadapi situasi yang menekan.

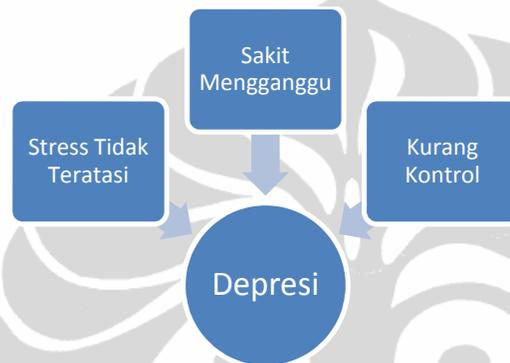
### II.2.6 Stress pada Penderita Penyakit Kronis

Penyakit kronis merupakan penyakit yang terjadi untuk jangka waktu yang lama atau sering kambuh dan bersifat konstan (<http://www.mgawpa.org/pdfs/Patient/Stress%20and%20Chronic%20Illness.pdf> 9:58 pada 30 juli 2012). Pada umumnya, penderita penyakit kronis memiliki tuntutan-tuntutan tertentu yang menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan dalam hidupnya. Orang dengan penyakit kronis dapat mengalami perubahan dalam lingkungan sosial yang dapat memberikannya dukungan berupa adanya keterpisahan dari keluarga, teman, dan pihak lain yang menjadi sumber kepuasan bagi dirinya serta kehilangan peran penting yang selama ini disandangnya. Selain itu, orang dengan penyakit kronis juga dapat kehilangan *autonomy* dan kontrol terhadap dirinya karena penyakit yang dideritanya. Hal ini memberikan pengaruh terhadap *self-image* dan *self-esteem* yang memburuk (Nicassio & Smith, 1996) . Perubahan-perubahan yang terjadi pada pasien kronis menyebabkan emosi-emosi distress seperti kecemasan, depresi, ketidakberdayaan, dan kemarahan (Nicassio & Smith, 1996). Salah satu penyakit kronis yang banyak ditemukan yaitu Diabetes Mellitus.

Diabetes Mellitus merupakan penyakit yang disebabkan kelebihan kadar gula dalam darah akibat dari ketidakmampuan pankreas memproduksi hormon insulin (Sarafino, 2002). Dalam proses penanganannya penderita Diabetes Mellitus perlu untuk mengikuti diet khusus dan pengobatan (Sarafino, 2002). Hal ini menuntut penderita Diabetes Mellitus untuk mengubah gaya hidupnya.

Pada umumnya, diagnosa Diabetes Mellitus akan mengejutkan pasien dan merupakan kejadian yang memicu stress (Mitra, 2008). Dampak dari stress yang dialami oleh penderita DM muncul melalui 2 cara. Pertama, stress dapat membuat produksi epinephrine dan cortisol yang masuk ke dalam darah meningkat. Epinephrine menyebabkan pankreas mengurangi produksi dalam darah sedangkan cortisol menyebabkan liver meningkatkan produksi glukosa. Dampak biochemical dari stress ini tentunya membuat kondisi pengontrolan gula dalam darah memburuk. Kedua, stress dapat mempengaruhi kadar gula dalam darah secara tidak

langsung karena stress dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam mematuhi aturan program. Banyak penderita DM yang tidak dapat mengatasi stressnya dengan baik sehingga masuk dalam kondisi depresi (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993). Salah satu teknik yang dapat digunakan untuk membantu penderita DM dalam mengontrol stress yaitu dengan pendekatan *cognitive behavioral therapy* (CBT) (Mitra, 2008). Pendekatan CBT ini membantu penderita DM untuk mengubah perilakunya dan membentuk sudut pandang baru terhadap kehidupan yang lebih realistis, memecahkan permasalahan, serta melihat apa yang penderita pikirkan mengenai kondisinya (Mitra, 2008).



### II.2.7 Depresi

Menurut Beck (dalam Nevid, Rathus, & Greene, 2006) seseorang mengalami depresi karena adanya pola pikir yang terdistorsi sehingga mengakibatkan bias negatif dalam mempersepsi sesuatu. Beck mengembangkan *cognitive triad of depression*. *Cognitive triad* ini melibatkan keyakinan negatif mengenai diri sendiri (“saya tidak baik”), keyakinan negatif mengenai lingkungan dan dunia disekitarnya (“sekolah ini payah”), dan keyakinan negatif mengenai masa depan (“tidak ada hal yang dapat berjalan baik untukku”). Orang yang mengembangkan pola pikir negatif ini memiliki resiko mengalami depresi lebih besar ketika menghadapi hal-hal yang mengecewakan dalam hidup.

Beck melihat bahwa konsep negatif mengenai diri dan dunia sebagai template mental atau skema kognitif yang dipelajari pada masa kecil. Keyakinan ini membuat orang yang memiliki konsep negatif tersebut akan menginterpretasikan hal-hal mengecewakan yang terjadi dalam hidupnya disebabkan karena adanya kesalahan mendasar pada dirinya. Beck menyebut pola pikir yang salah ini sebagai *cognitive distortion*. Berikut ini adalah distorsi kognitif yang memiliki hubungan dengan depresi :

1. pola pikir *all or nothing*. Menilai suatu kejadian sebagai baik keseluruhan atau buruk keseluruhan, sukses sempurna atau gagal total.
2. *overgeneralization*. Meyakini bila suatu hal buruk terjadi maka hal yang sama akan terjadi lagi di masa yang akan datang dalam situasi yang sama.
3. *mental filter*. Hanya berfokus pada detail hal-hal yang negatif dan menolak adanya hal-hal yang positif dalam menghadapi situasi tertentu.
4. *Disqualifying the positive*. Kecenderungan untuk mengingkari atau menetralkan hal-hal positif yang ada pada diri.
5. *Jumping to conclusion*. Membentuk interpretasi negatif dari suatu kejadian walaupun belum ada bukti-bukti yang mendukung.
6. *Magnification/catastrophizing and minimization*. Membesar-besarkan kejadian buruk yang terjadi dan meminimalkan hal-hal yang positif.
7. *emotional reasoning*. Meninterpretasikan perasaan dan kejadian berdasarkan emosi dan tidak memberikan perhatian kepada bukti-bukti yang ada.
8. *should statements*. Membuat perintah kepada diri sendiri seperti “harus” “seharusnya”. Hal ini dapat membuat seseorang masuk ke dalam depresi bila ia menemukan kegagalan.
9. *Labeling dan mislabeling*. Menjelaskan perilaku dengan melekatkan label negatif pada diri maupun orang lain.
10. *Personalization*. Berasumsi bahwa dirinya bertanggung jawab atau perilaku atau masalah orang lain.

Berikut ini adalah pikiran otomatis yang diasosiasikan dengan depresi :

1. saya tidak berharga.
2. saya tidak pantas menerima perhatian atau afeksi dari orang lain.
3. saya tidak akan pernah sebaik orang lain.
4. saya gagal bersosialisasi.
5. saya tidak layak dicintai.

6. orang lain tidak menghormati saya lagi.
7. saya tidak akan pernah berhasil memecahkan masalah saya.
8. saya telah kehilangan iman saya satu-satunya.
9. hidup tidak lagi menyenangkan.
10. saya lebih buruk dari mereka.
11. tidak ada orang yang mau menolong saya.
12. tidak ada yang peduli apakah saya masih hidup atau mati.
13. tidak ada hal yang berjalan baik untuk saya.
14. saya tidak menarik secara fisik.

Banyak penderita DM yang tidak dapat mengatasi stressnya dengan baik sehingga masuk dalam kondisi depresi (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993). Semakin mereka merasa bahwa kondisi penyakit mereka mengganggu kehidupan sehari-hari mereka dan merasa kurangnya kemampuan mereka dalam mengontrol diri mereka, maka mereka akan semakin merasa depresi (Sarafino, 2002).

Dalam kondisi depresi biasanya orang cenderung merasa tidak dapat melakukan apapun dalam menghadapi masalahnya, cenderung berpikir “apa yang salah dengan saya?”, hal buruk apa yang akan terjadi berikutnya, dan tidak menemukan jalan keluar dari masalahnya. Hal ini membuat harapan bahwa akan ada jalan keluar semakin redup (DePaulo, 2002).

Berdasarkan kriteria pada Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) , orang yang mengalami depresi biasanya menunjukkan adanya perasaan sedih, putus asa, mati rasa, dan perasaan cemas. Beberapa orang mengeluhkan kondisi fisik yang menurun ketika mereka mengalami depresi. Banyak orang yang mengeluhkan adanya perasaan negatif yang terus menerus terjadi ketika mereka sedang berada dalam kondisi depresi seperti kemarahan yang terus menerus, menyalahkan orang lain, dan frustrasi dalam menghadapi hal-hal kecil sekalipun. Selain itu, terkadang orang yang mengalami depresi kehilangan minat untuk beraktifitas. Beberapa orang menunjukkan adanya perilaku menarik diri dan menolak lingkungan.

Perilaku orang yang mengalami depresi ini tidak hanya berdampak pada orang itu sendiri namun juga memiliki pengaruh terhadap orang-orang disekitarnya. Perilaku orang yang mengalami depresi dapat memicu hilangnya kepercayaan orang-orang di sekitarnya terhadap dirinya (DePaulo, 2002).

### **II.3 Cognitive Behavior Therapy (CBT)**

*Cognitive behavior therapy (CBT)* merupakan teknik terapi yang menggabungkan pendekatan *behavior therapy (BT)* dengan *cognitive therapy (CT)* (Westbrook, Kennerly, & Kirk, 2007). Pada pendekatan BT, fokus terapi yaitu perubahan perilaku dengan penerapan teori belajar tanpa melihat proses kognitif yang terjadi. Sedangkan CT, berfokus pada perubahan yang terjadi dalam proses mental seseorang. CBT mencoba menggabungkan dua pendekatan ini dan membangun pendekatan yang diharapkan lebih efektif untuk intervensi kasus psikologis.

#### **II.3.1 Prinsip-Prinsip CBT**

Berikut ini merupakan prinsip-prinsip yang digunakan dalam CBT (Westbrook, Kennerly, & Kirk, 2007) :

##### **1. Prinsip Kognitif**

Kognitif yang dimaksud disini yaitu reaksi emosi dan perilaku yang secara kuat dipengaruhi oleh kognisi (isi pikiran, keyakinan, dan interpretasi tentang diri mereka sendiri atau situasi tertentu) arti yang mereka berikan terhadap kejadian-kejadian dalam hidup mereka. Berdasarkan prinsip ini, kognisi yang berbeda menimbulkan emosi yang berbeda pula.

##### **2. Behavioral Principle**

Perilaku memiliki dampak yang kuat terhadap pikiran dan emosi. Dalam kondisi tertentu, merubah perilaku seringkali mempengaruhi perubahan dalam pikiran dan emosi.

##### **3. Prinsip 'Kontinum'**

Masalah – masalah kesehatan mental merupakan bentuk ekstrem dari proses normal dan bukan merupakan kategori terpisah dari proses normal. Dengan kata lain, masalah-masalah psikologis merupakan berada di ujung sebuah kontinum dan bukan merupakan dimensi terpisah. Berdasarkan hal ini, pendekatan CBT meyakini bahwa problem psikologis dapat terjadi kepada setiap orang dan CBT teori juga meletakkan klien sebagai terapis bagi dirinya sendiri.

#### 4. Prinsip ‘*here*’ dan ‘*now*’.

Fokus terapi dari CBT yaitu kondisi saat ini dan proses pemeliharaan (*maintaining process*) dari masalah yang dihadapi saat ini. CBT tidak berfokus pada kondisi perkembangan masalah di masa lalu.

#### 5. Prinsip ‘*interacting system*’

Dalam CBT, masalah harus dilihat sebagai interaksi yang melibatkan sistem yang bervariasi dalam diri manusia dan lingkungannya. Terdapat empat sistem yang dalam diri manusia yaitu kognisi, emosi, perilaku, dan fisiologi.

#### 4. Prinsip Empiris

CBT meyakini bahwa teori dan keberhasilan terapi harus dievaluasi menggunakan bukti-bukti empirik.

### **II.3.1.2 Prinsip Kognitif**

Salah satu level kognitif dalam CBT yang menjadi sasaran intervensi yaitu:

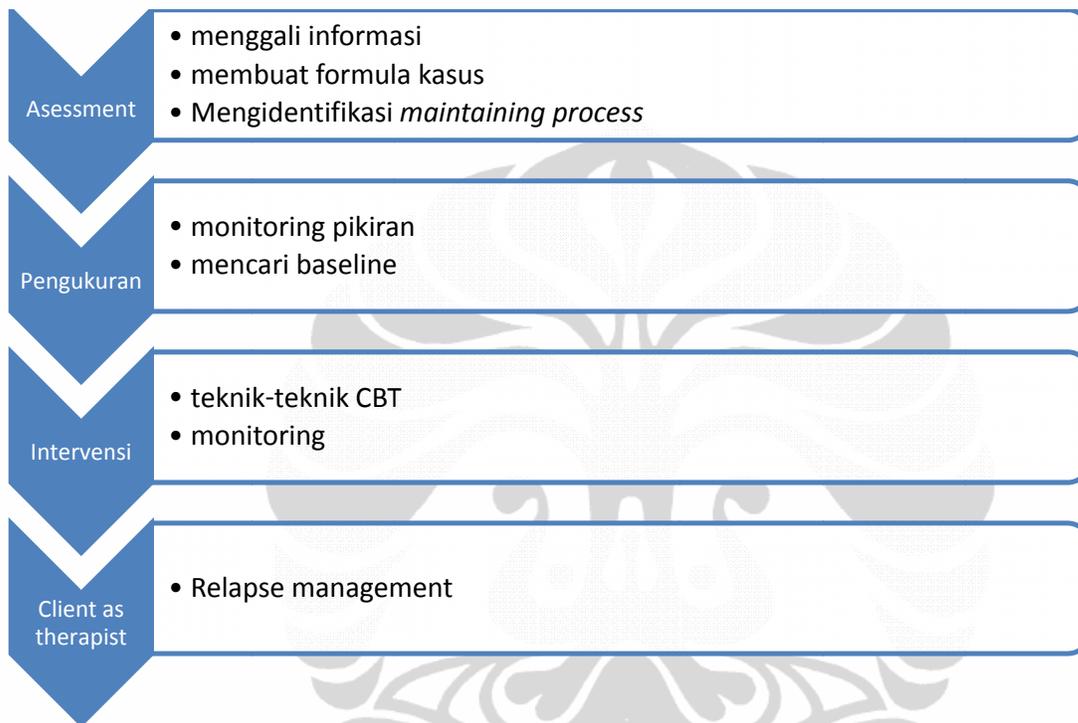
#### ***Negative Automatic Thoughts(NATs)***

NATs merupakan pikiran-pikiran yang muncul dan disadari oleh kebanyakan orang. Pikiran-pikiran tersebut cenderung berupa penilaian atau interpretasi negatif terhadap hal-hal yang terjadi dalam hidup. NATs mempengaruhi mood dari waktu ke waktu. Beberapa karakteristik dari NATs yaitu :

- a. Ketika suatu istilah disebut pikiran negatif muncul secara tiba-tiba.
- b. NATs merupakan pikiran yang spesifik mengenai situasi yang spesifik. Walaupun terkadang merupakan sebuah *stereotype*, namun terkadang muncul dalam bentuk bervariasi dari waktu ke waktu.
- c. NATs mudah untuk disadari.
- d. NATs sangat jelas dan dapat disadari namun bila tidak memfokuskan perhatian pada pikiran tersebut.
- e. NATs dianggap benar terutama ketika pengaruh emosi sangat kuat.
- f. Walaupun NATs lebih sering dimunculkan sebagai konstruk verbal namun tidak jarang NATs memiliki hubungan dengan gambaran tertentu.
- g. NATs memiliki efek yang cepat terhadap perubahan emosi dan menjadi hal pertama yang dibenahi dalam terapi.

### II.3.2 Tahap-Tahap CBT

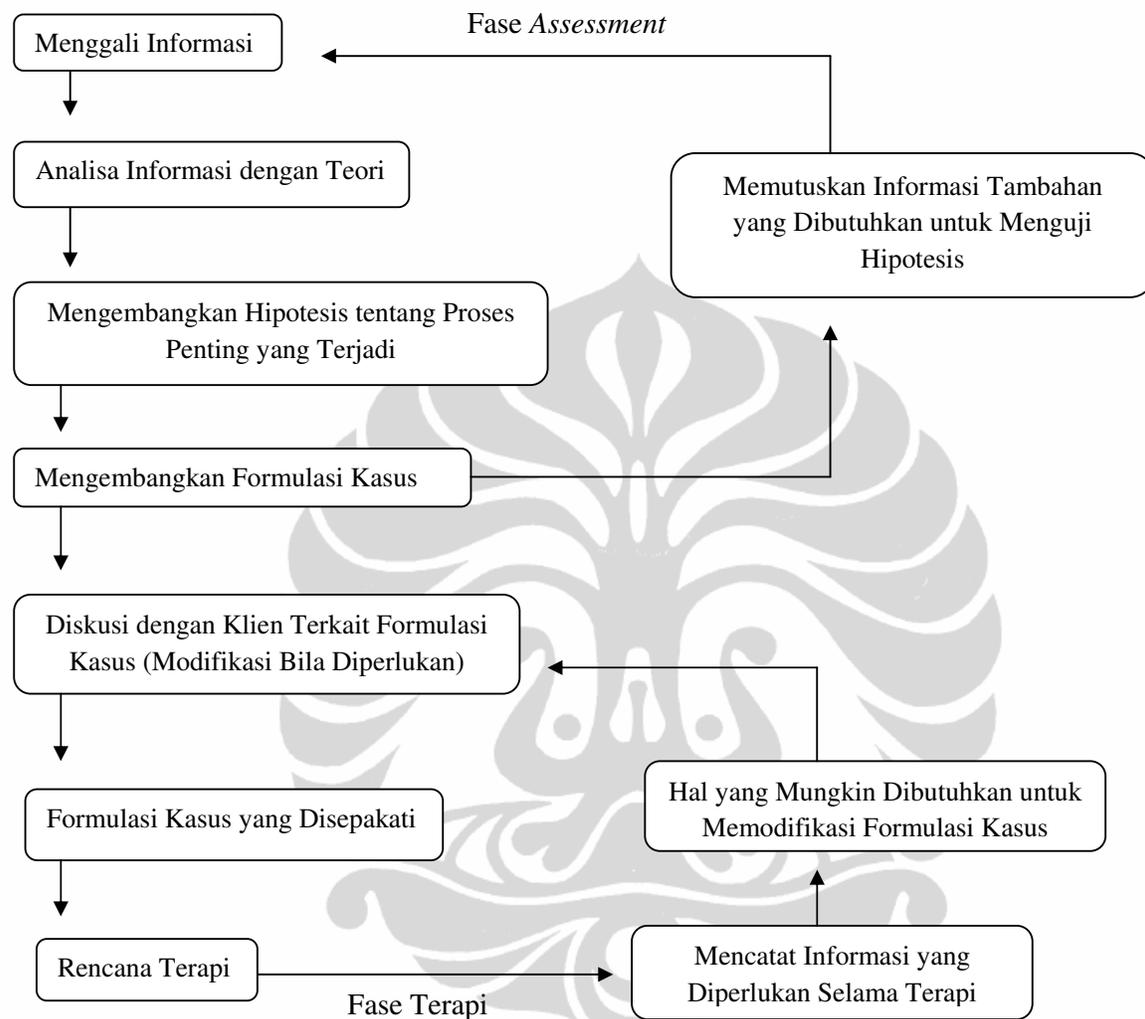
Secara umum, tahapan yang dilakukan dalam CBT yaitu (Westbrook, Kennerly, & Kirk, 2007) :



#### II.3.2.1 Proses *Assessment*

Tujuan dari proses *assessment* dalam CBT yaitu untuk membuat suatu formulasi kasus yang disepakati baik oleh klien maupun terapis. Dalam proses *assessment* ini, terapis mencoba menguji hipotesis yang telah dibuat berdasarkan informasi yang diberikan klien sebelumnya mengenai masalahnya. Proses *assessment* yang dilakukan dalam CBT yaitu :

### Proses Assessment



Dalam CBT tidak ada satu formulasi kasus bersifat fleksibel. Meskipun demikian, formulasi kasus dalam CBT melingkupi :

1. Gambaran dari kondisi saat ini.
2. Mengemukakan mengapa dan bagaimana masalah tersebut berkembang.
3. Analisa proses bagaimana masalah terus terjadi (*maintaining process*).

Gambaran masalah yang dikemukakan meliputi isi pikiran klien ketika berhadapan dengan masalah, emosi yang dirasakan klien, perilaku yang klien lakukan ketika menghadapi masalah, perubahan fisiologis yang terjadi ketika menghadapi masalah. Setelah membuat gambaran permasalahan, area lain yang perlu diteliti lebih lanjut yaitu mencari faktor yang mempengaruhi masalah saat ini yaitu faktor yang menjadi pemicu (*triggers*) masalah dan

faktor yang membuat masalah menjadi semakin berkembang (*modifiers*). Faktor *triggers* membuat masalah menjadi lebih sering atau semakin jarang muncul. Sedangkan faktor *modifiers* merupakan faktor kontekstual yang membuat perbedaan keparahan ketika masalah muncul. Terdapat beberapa faktor yang *triggers* dan *modifiers* muncul yaitu faktor situasi, faktor interpersonal/sosial, faktor kognisi, faktor perilaku, faktor fisiologis, dan faktor emosi. Faktor-faktor ini perlu diteliti untuk mengetahui proses munculnya masalah secara utuh.

Hal lain yang harus diteliti untuk membuat formulasi secara utuh yaitu mengetahui konsekuensi dari masalah yang terjadi. Konsekuensi masalah meliputi beberapa aspek yaitu pertama, apa dampak dari masalah yang terjadi terhadap kehidupan klien dan bagaimana perubahan hidup yang dialami klien karena masalah yang dialami. Kedua, bagaimana orang-orang yang penting dalam hidup klien berespon terhadap masalah klien. Ketiga, usaha-usaha apa yang telah klien lakukan dan bagaimana hasil usaha-usaha tersebut. Keempat, apakah klien menggunakan obat-obatan atau zat tertentu untuk membantunya mengatasi masalahnya. Fokus penting lainnya dalam terapi CBT yaitu mengidentifikasi proses yang membuat masalah tetap terjadi (*maintaining process*).

Terdapat beberapa jenis *maintaining process* dalam CBT :

1. *Safety Behavior*. Klien melakukan tindakan tertentu yang mereka yakini dapat melindungi diri mereka setiap kali perasaan takut muncul. Hal ini membuat akar dari rasa takut tersebut tidak teratasi dan ketakutan hanya hilang sesaat.
2. *Escape/Avoidance*. Klien memberikan respon menghindar secara langsung setiap kali ia berhadapan dengan hal memicu kecemasan atau ketakutan dalam dirinya.
3. *Reduction of Activity*. Mood yang buruk memicu seseorang untuk tidak melakukan aktivitas apa pun. Bila hal ini terus terjadi, orang tersebut lama kelamaan juga tidak akan melakukan aktivitas yang dapat memberikan emosi positif sehingga ia akan terus menerus berada pada mood yang buruk.
4. *Catastrophic Misinterpretation*. Perubahan yang terjadi pada tubuh atau kognitif seseorang diinterpretasikan sebagai pertanda akan datangnya situasi mengancam yang hebat. Misal, detak jantung yang berubah menjadi cepat diartikan sebagai pertanda bahwa dirinya akan mati. Interpretasi ini menimbulkan kecemasan dan kepanikan yang pada akhirnya akan memicu jantung bekerja lebih cepat sehingga detak jantung akan lebih cepat dan akan semakin diartikan bahwa kematian sudah semakin dekat.
5. *Scanning/hypervigilance*. Kekhawatiran mengenai penyakit membuat seseorang memonitoring kondisi tubuhnya dengan seksama secara terus menerus sehingga ketika kondisi tubuh berubah diinterpretasikan sebagai tanda-tanda datangnya penyakit.

6. *Self-Fulfilling Prophecies*. Kondisi dimana seseorang yang memiliki keyakinan negatif terkait pandangan orang lain terhadap dirinya, berperilaku tertentu yang justru mengkonfirmasi bahwa keyakinan negatif tersebut benar.

7. *Performance Anxiety*. Kecemasan yang timbul akibat keyakinan bahwa diri tidak dapat melakukan sesuatu dengan baik. Pada akhirnya, kecemasan mengganggu *performance* seseorang yang akhirnya mengkonfirmasi keyakinan negatif tersebut.

8. *Fear of fear*. Ketika seseorang memiliki ketakutan terhadap sesuatu dan menimbulkan kecemasan, simtom-simtom kecemasan dipersepsi sebagai hal yang mengancam. Hal ini mendorong seseorang untuk mengantisipasi hal-hal yang dapat memunculkan ketakutan tersebut namun tidak mengatasi rasa takut tersebut secara langsung.

9. *Perfectionism*. Keyakinan negatif mengenai kemampuan diri mendorong seseorang untuk membuktikan diri bahwa dirinya memiliki kemampuan dengan menetapkan standar tinggi dalam pencapaian. Apabila orang tersebut tidak mampu mencapai standar yang ia tetapkan sendiri maka hal itu akan mengkonfirmasi keyakinan negatif kemampuan dirinya.

10. *Short Term Rewards*. Perilaku negatif bertahan karena adanya emosi positif yang dirasakan ketika seseorang melakukan perilaku negatif tersebut. Bila siklus ini terus berlanjut maka akan menimbulkan konsekuensi negatif untuk jangka panjang.

Dari hasil *Assessment* ini, dibuatlah sebuah formulasi kasus yang dapat menjelaskan masalah klien dengan lebih komprehensif. Setelah membuat formulasi kasus selesai, maka selanjutnya adalah mendapatkan data empirik mengenai kemunculan masalah.

### **II.3.2.2 Pengukuran dalam CBT**

Pengukuran dalam CBT memiliki 2 tujuan yaitu pertama, untuk membantu elaborasi formulasi masalah dan mencari *baseline* dimana masalah dapat dibandingkan pada masa yang akan datang. Ketika klien sudah dapat mengidentifikasi faktor pemicu masalah dan mengetahui proses yang menyebabkan masalah tersebut bertahan maka klien dapat memulai untuk mencoba perilaku baru, pola pikir baru, dan berinteraksi kemudian mengukur perubahan yang terjadi dalam masalah yang dihadapi. Pengukuran yang teratur memungkinkan klien dan terapis mengevaluasi intervensi yang dilakukan.

Beberapa prinsip dalam pengukuran CBT yaitu :

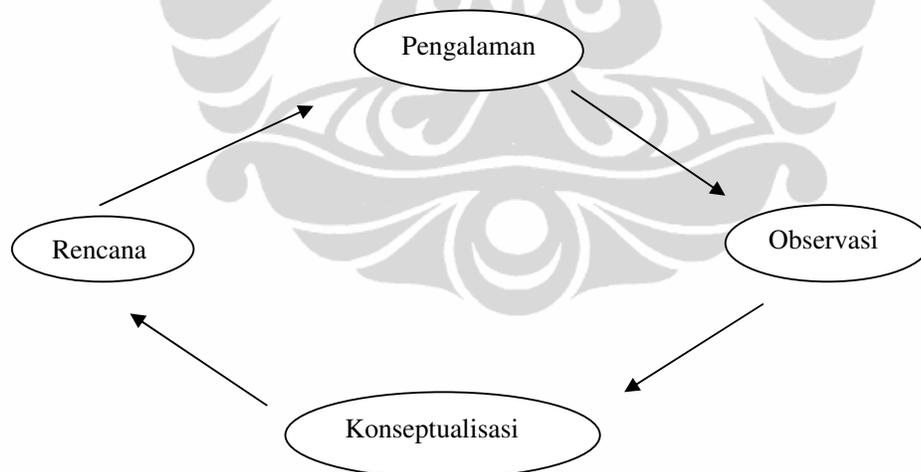
1. Kesederhanaan (*simplicity*). Sebaiknya tidak memberikan tugas yang terlalu rumit kepada klien sehingga melebihi kapasitasnya untuk mengerjakan tugas tersebut.
2. Pengukuran dapat dilakukan dengan menggunakan lebih dari satu sistem. Aspek yang berbeda dari masalah dapat saja diukur dengan cara yang berbeda.

3. Relevan. Mencari informasi yang relevan dengan masalah dan diperkirakan dapat membantu dalam proses intervensi.
4. Spesifik dan target yang jelas.
5. Memberikan instruksi yang jelas dan sederhana.
6. Pada kasus-kasus tertentu sebaiknya menggunakan pengukuran yang mendalam sehingga perubahan terkait masalah-masalah sensitif dapat terekam dengan baik.
7. Menyediakan alat bantu pengukuran yang dibutuhkan.
8. Melatih klien untuk menggunakan alat ukur.
9. Mengumpulkan data segera setelah kejadian berlangsung.
10. Memberikan perhatian pada proses monitoring.

Setelah klien dapat mengenali faktor pemicu dan faktor yang membuat masalah bertahan, selanjutnya klien diajarkan untuk menjadi terapis bagi dirinya sendiri.

### II.3.2.2.3 Mengajarkan Klien Menjadi Terapis

Pada tahapan ini, klien belajar untuk melatih dirinya mengatasi masalahnya sendiri manakala masalah yang sama muncul kembali. Dalam proses mengajarkan klien menjadi terapis bagi dirinya sendiri, proses belajar menggunakan teori Lewin yang menjelaskan proses belajar orang dewasa meliputi empat tahapan :



Proses belajar ini membantu klien untuk dapat memahami masalahnya sekaligus memahami tahapan-tahapan terapi yang telah dilaluinya. Setelah melalui tahapan-tahapan terapi tertentu, klien diminta untuk merefleksikan hal-hal apa saja yang sudah dipelajarinya dalam selama proses intervensi berjalan. Dengan merefleksikan hal-hal yang telah dipelajarinya, klien sedang melakukan observasi terhadap dirinya dan juga mengkonseptualisasi kembali proses yang telah ia jalani. Dari sini diharapkan, apabila masalah yang sama muncul kembali dalam kehidupan klien, klien dapat membuat

perencanaan untuk mengatasi masalah tersebut berdasarkan hal-hal yang telah dipelajari sebelumnya. Dengan hal ini, klien diharapkan dapat melakukan *relapse management* yang dapat membantunya mencegah munculnya masalah yang sama dalam menghadapi situasi-situasi dalam hidupnya.

### ***Relapse Management***

*Relapse management* merupakan upaya membantu klien dalam mencegah timbulnya masalah yang sama manakala ia menghadapi faktor pemicu atau faktor situasi tertentu di masa depan. Dalam *relapse management* terdapat 3 pertanyaan dasar yang yang klien tanyakan kepada dirinya sendiri yaitu pertama, bagaimana saya menguraikan masalah yang saya hadapi sehingga saya dapat memahami permasalahan saya dengan baik. Kedua, apa yang telah saya pelajari selama sesi terapi berlangsung. Ketiga, dengan hal-hal yang telah saya pelajari, apa yang akan saya lakukan manakala saya menghadapi situasi yang sama dengan sebelumnya. Terdapat beberapa predisposisi yang menunjukkan kemungkinan seseorang untuk *relapse* dalam menghadapi situasi yang sama yaitu:

1. Klien yang cenderung memiliki pola pikir dikotomi. Misalnya, pola pikir yang sukses-gagal. Dalam pola pikir ini bila klien tidak berhasil mencapai tujuannya maka ia menilai dirinya orang yang gagal secara keseluruhan.
2. Klien yang pernah berhadapan dengan situasi resiko tinggi.
3. Klien yang memiliki strategi *coping* buruk.
4. Klien yang merasa tidak memiliki kemampuan.
5. Klien yang terus menerus berada dalam *unhelpful behavior*.

## **II.3.3 Teknik-Teknik dalam CBT**

### **II.3.3.1 Socratic Method**

Metode ini merupakan teknik memberikan pertanyaan kepada klien dimana dengan dengan pertanyaan-pertanyaan tersebut, klien didorong untuk memberikan informasi yang miliki terkait masalahnya, mencari sudut pandang lain dalam melihat masalahnya, dan mencari solusi bagi dirinya sendiri.

Tahapan-tahapan dalam *Socratic questioning*.

1. *concrete questioning*. Pertanyaan yang diajukan terstruktur dan pertanyaan yang diajukan bertujuan untuk mendapatkan informasi.
2. *emphatic listening*. Mendengar dengan seksama tanpa memberikan penilaian subjektif terhadap apa yang disampaikan klien dan bagaimana klien menyampaikannya.
3. *Summarizing*. Memberikan umpan balik untuk mengecek hipotesis yang telah dibuat dan mengklarifikasi informasi.
4. *synthesizing/analyzing question*. Pertanyaan yang diberikan bertujuan untuk menggali ide-ide baru atau untuk menganalisa informasi yang telah didapat.

### **II.3.3.2 Teknik-Teknik Kognitif**

Teknik-teknik kognitif digunakan untuk me-review dan menilai kembali pikiran-pikiran klien yang berhubungan dengan masalah. Dalam menggunakan teknik kognitif, klien sebelumnya sudah harus memahami proses kognitif yang terjadi di dalam dirinya. Proses berpikir inilah yang tercermin dari formula kasus klien. Tugas dasar sebagai terapis yaitu membantu klien untuk mengobservasi dan merekam isi pikirannya.

#### **Identifikasi Kognitif**

Dalam membantu klien mengobservasi isi pikiran, terapis perlu memberikan perhatian pada *hot cognition*. *Hot cognition* yaitu isi pikiran yang langsung berhubungan dengan emosi signifikan yang klien alami. Agar *hot cognition* dapat terekam dengan baik, diperlukan alat bantu yang dapat merekam isi pikiran klien setiap kali isi pikiran tersebut muncul. Alat bantu ini, selain membantu klien merekam isi pikirannya, juga bermanfaat bagi terapis untuk mendorong klien melihat isi pikiran dirinya yang relevan dengan masalah, berdiri di luar masalah tersebut, dan mengevaluasi pikiran-pikiran tersebut.

Meskipun demikian, tidak semua orang dapat menangkap pikiran otomatisnya. Agar pikiran otomatisnya dapat muncul dapat dilakukan dengan membayangkan situasi tertentu atau bermain *roleplay*. Bila isi pikiran klien berupa pertanyaan maka pertanyaan tersebut dapat di telusuri lebih lanjut sehingga isi pikiran yang sebenarnya dapat muncul.

#### ***Distraction***

Teknik ini bertujuan untuk mengalihkan pikiran klien pada hal lain sehingga klien tidak selalu memikirkan pikiran-pikiran negatifnya. Dengan mengalihkan pikiran klien,

diharapkan dapat memutuskan siklus pikiran yang berujung pada mood negatif. Selain itu, mengalihkan pikiran ini juga dapat mengubah sikap klien terhadap pikiran-pikiran negatif. Teknik-teknik distraksi meliputi latihan fisik, refocusing, *mental exercise*, menghitung pikiran negatif yang muncul tanpa memberikan perhatian pada isi pikiran negatif tersebut.

### **Identifikasi Bias Kognitif**

Teknik ini bertujuan untuk mengidentifikasi NATs yang dimiliki oleh klien. NATs menjadi sangat bermasalah manakala bias tersebut ekstrem. Berikut ini terdapat empat kelompok NATs yaitu :

1. *Extreme thinking*. Bias kognitif ini terdiri dari :

a. *dichotomous thinking* : melihat segala sesuatu dari sisi *all or nothing* tanpa melihat continuum dari suatu masalah.

b. *unrealistic expectations/high standards* : menggunakan kriteria-kriteria standar yang sangat tinggi pada diri sendiri maupun orang lain.

c. *catastrophisation* : memprediksi kejadian buruk yang mungkin terjadi dari awal kejadian dan biasanya berujung pada kesimpulan yang buruk.

2. *Selective Attention*. Bias kognitif ini terdiri dari :

a. *Over-generalization* : melihat suatu hal negatif dan beranggapan bahwa semua hal akan berujung negatif.

b. *Mental filter* : melihat pada suatu hal negatif tanpa melihat kondisi lain diluar hal yang negatif tersebut.

c. *Disqualifying the positive* : menolak atau menilai kecil hal-hal positif.

d. *Magnification and minimization* : melebih-lebihkan urgensi kejadian negatif dan mengecilkan urgensi kejadian positif.

3. *Relying on intuition*. Bias kognitif ini terdiri dari :

a. *Jumping to conclusion* : membuat kesimpulan ketika fakta-fakta yang mendukung kesimpulan belum cukup.

b. *emotional reasoning* : berasumsi bahwa perasaan merefleksikan kenyataan.

4. *Self-reproach*. Bias kognitif ini terdiri dari :

a. *Taking things personally* : berasumsi bahwa tanggung jawab berada pada diri ketika sesuatu buruk terjadi.

b. *self-blame/self-criticism* : melihat diri sebagai penyebab kejadian buruk dan mengkritik diri sendiri tanpa sebab.

c. *Name calling* : melekatkan nama-nama buruk pada diri sendiri.

Setelah klien mampu mengidentifikasi bias kognitif yang dimilikinya, klien siap untuk menilai pikiran otomatis yang muncul dalam kognisinya.

### **Menilai NATs**

a. **Decentring** : Pada teknik ini, klien diajarkan untuk melihat bahwa kognisi merupakan kerja mental dan bukan merupakan realita. Klien diajarkan untuk berdiri diluar masalahnya dan mengobservasi proses berpikir yang terjadi dalam kognisinya serta tidak berfokus pada isi pikirannya.

b. ***Understanding the origin of cognition*** : Ketika klien belajar untuk melihat kognisi diri mereka secara objektif, mereka dengan mudah akan memberikan label ‘bodoh’ atau ‘konyol’. Mereka diminta untuk mencari penjelasan yang masuk akal tentang mengapa isi pikiran tersebut muncul.

c. **Menghitung Keuntungan dan Kerugian** : Dengan teknik ini, klien diminta untuk memikirkan keuntungan dan kerugian dari isi pikiran negatif yang terus menerus dipertahankan. Hal ini dapat membuka sudut pandang klien lebih lebar dan memberikan motivasi bagi klien untuk berubah. Teknik lain yaitu dengan *reframing* dimana klien diminta untuk melihat sisi lain dari suatu masalah.

d. ***what is the worst thing and how could you cope*** : Pertanyaan hal buruk apa yang dapat terjadi dan bagaimana klien akan mengatasi situasi tersebut merupakan pertanyaan yang mendorong klien untuk mengklarifikasi kemungkinan-kemungkinan kejadian buruk terjadi serta mendorong klien untuk mencari solusi dalam menghadapi situasi terburuk tersebut.

e. **Identifikasi Tema-Tema Kognitif** : Tema-tema yang muncul dari pikiran diidentifikasi melalui rekaman pikiran yang telah dilakukan klien.

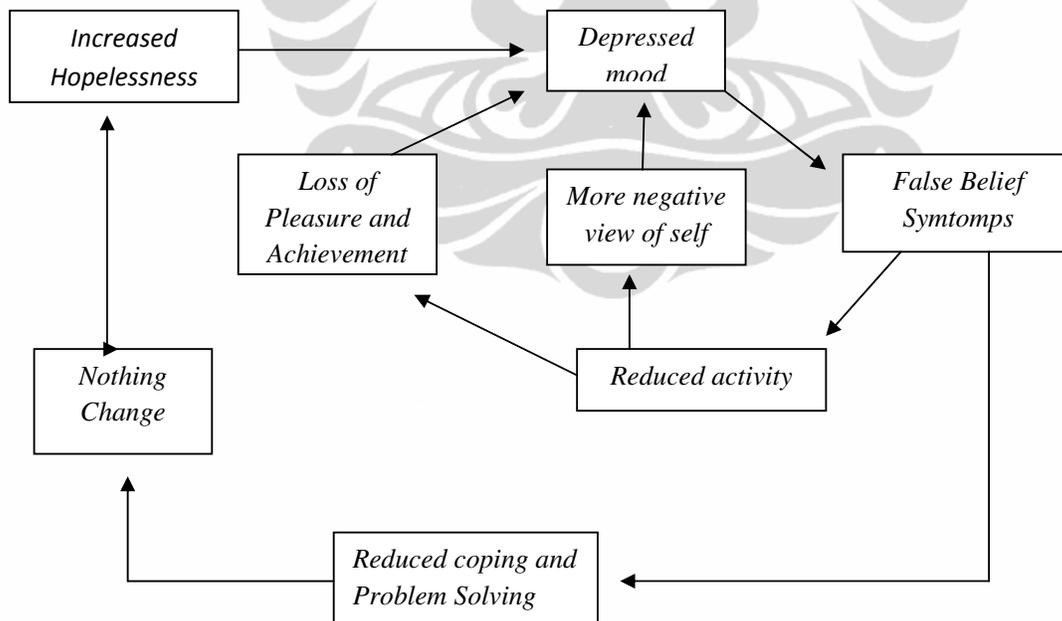
## Mengembangkan Sudut Pandang Baru

Setelah melakukan identifikasi terhadap kognisi dan klien belajar untuk melihat pikiran sebagai proses mental, tahap berikutnya yaitu mengembangkan sudut pandang baru pada klien. Membentuk sudut pandang baru dilakukan dengan :

- a. Review bukti-bukti yang mendukung atau bukti yang melemahkan isi pikiran.
- b. Meluruskan kognitif bias yang terjadi pada klien.
- c. Membentuk sudut pandang baru melalui imajinasi dan *role play*. Membentuk imajinasi baru mengenai kemungkinan-kemungkinan yang dapat terjadi (*rehearsal*). Disisi lain, mengubah gambaran masalah yang terjadi juga dapat membantu membentuk sudut pandang baru pada klien (*transforming problem images*).
- d. Membuat kesimpulan baru yang *reality-tested*.

### II.3.4 Cognitive Behavior Therapy untuk Depresi

Berikut ini adalah *maintenance process* pada orang yang mengalami depresi.



Berikut ini adalah langkah-langkah yang diperlukan untuk mengatasi depresi dengan pendekatan CBT :

1. mengidentifikasi masalah spesifik yang terjadi.

2. memperkenalkan model kognitif melalui pembuatan formulasi masalah.
3. mengurangi simtom yang muncul dengan strategi kognitif sederhana.
4. fokus utama terapi yaitu mengidentifikasi NATs dan mengubah NATs melalui rekam isi pikiran, dan diskusi.

#### **II.4 Relaksasi Progresif**

Relaksasi progresif pertama kali dikembangkan oleh Edmund Jacobson pada tahun 1929. Ia memperkenalkan teknik relaksasi otot yang mendalam dan tidak menggunakan imajinasi atau sugesti. Butuh waktu lama untuk mahir menggunakan teknik ini hingga Joseph Wolpe mengembangkan teknik relaksasi progresif singkat yang melibatkan sugesti untuk relaks didalamnya. Teknik relaksasi ini dikembangkan berdasarkan premis bahwa tubuh berespon terhadap kejadian dan pikiran yang menimbulkan kecemasan dan berefek pada tegangnya otot-otot. Otot-otot yang tegang pada akhirnya juga akan meningkatkan kecemasan. teknik relaksasi ini mengurangi ketegangan fisiologis dan juga menurunkan kecemasan. Relaksasi progresif terbukti dapat membantu klien dalam proses penanganan pada pasien yang mengalami tegang otot, kecemasan, depresi, fatigue, insomnia, *neck* dan *back pain*, tekanan darah tinggi, fobia ringan, dan *stuttering* (Davis, Eshelman, & M'Kay, 2008).

Terdapat 3 tingkat ketegangan yang digunakan dalam teknik ini yaitu (Davis, Eshelman, & M'Kay, 2008) :

1. *Active Tensing*. Melibatkan gerakan menegangkan otot-otot tertentu sedapat mungkin tanpa menyakiti diri, merasakan rasa tegang yang dialami. Kemudian melepaskan tegangan dan merasakan rasa relaks yang dialami setelah proses menegangkan otot terjadi. *Active tensing* pada umumnya digunakan pada klien yang tidak memiliki luka pada tubuh atau tidak berada dalam kondisi tegang yang ekstrem. Tingkat ketegangan ini juga biasanya digunakan pada klien yang baru pertama kali belajar menggunakan teknik relaksasi progresif ini.
2. *Threshold Tensing*. Prosedur yang dilakukan sama seperti *active tensing* hanya saja tegangan yang dilakukan hanya sebatas pada tingkat dimana klien sudah dapat merasa rasa tegang tersebut. Tingkat ketegangan ini biasanya digunakan pada klien yang memiliki luka pada tubuh atau berada pada kondisi tegang ekstrem sehingga dapat menghindari luka yang lebih mendalam. Selain itu, tingkat ketegangan ini biasanya digunakan pada klien yang sudah mahir menggunakan teknik dasar pada tingkat *active tensing*.

3. *Passive Tensing*. Prosedur yang dilakukan sama seperti pada tahap *active tensing* kecuali pada tahap dimana klien diminta untuk fokus pada rasa tegang yang dirasakan. Pada tahap tersebut, klien dapat diminta untuk menyadari rasa tegang yang dirasakan pada bagian tubuh tertentu setiap kali instruksi menegangkan otot dilakukan tanpa menegangkan otot secara sengaja.



## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### III.1 Partisipan Penelitian

##### III.1.1 Karakteristik Partisipan

Karakteristik partisipan pada penelitian ini yaitu :

1. Telah di diagnosa menderita Diabetes Mellitus tipe 2

Kondisi sakit menimbulkan tuntutan secara fisik maupun psikologis yang dialami orang tersebut. Tingkat stress yang dialami oleh orang yang sakit tergantung pada keseriusan penyakit yang dialaminya (Sarafino, 2002). Oleh karena itu, penelitian ini memilih partisipan yang sudah di diagnosa menderita Diabetes Mellitus tipe 2 yang merupakan salah satu penyakit kronis dimana penderita memiliki tuntutan tertentu yang harus dipenuhi seumur hidup karena sakit yang dialaminya.

2. GDS > 150

Dampak biochemical dari stress ini tentunya membuat kondisi pengontrolan gula dalam darah memburuk. Stress dapat mempengaruhi kadar gula dalam darah secara tidak langsung karena stress dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam mematuhi aturan program (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993). Oleh karena itu, penelitian ini memilih partisipan dengan kadar gula dalam darah berada diatas batas normal (GDS > 150) berdasarkan rekam medik pasien. Kadar gula darah normal berkisar antara 70-145 mg/dL jika diukur setelah makan (<http://www.guladarah.com/2011/04/kadar-gula-darah-normal-2.html> pada 12 Juli 2012 14:30). Peneliti menentukan kriteria gula darah > 150 setelah makan dikarenakan kadar gula dalam darah sangat cepat perubahannya sehingga diasumsikan terdapat kemungkinan perubahan kadar gula dalam darah orang normal mencapai 150 mg/dL. Orang yang memiliki kadar gula dalam darah > 150 mg/dL merupakan orang dengan kadar gula dalam darah yang tinggi.

3. Berada dalam golongan depresi ringan-sedang dan golongan depresi berat pada *Beck's Depression Inventory*.

Banyak penderita Diabetes Mellitus yang tidak dapat mengatasi stressnya dengan baik sehingga masuk dalam kondisi depresi (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993). Oleh karena itu,

peneliti memilih partisipan yang termasuk dalam dua golongan ini agar intervensi yang dilakukan dapat memberikan manfaat dan sesuai dengan konteks penelitian.

### **III.1.2 Prosedur Pemilihan Partisipan**

Penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. *Purposive sampling* yaitu sampling bertujuan dimana pemilihan sample tidak berdasarkan probabilitas melainkan dipilih dengan tujuan tertentu untuk mendeskripsikan suatu gejala sosial atau masalah sosial tertentu (Koentjaraningrat, 2000). Pada penelitian ini, peneliti menetapkan kriteria partisipan terlebih dahulu sehingga sasaran penelitian dapat tercapai.

### **III.2 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan *single subject design*. *Single subject design* melibatkan observasi terhadap satu individu. Perilaku target di observasi sebelum memulai intervensi dan menjadi baseline. Setelah peneliti melakukan intervensi, observasi dilakukan kembali dan dibandingkan dengan perilaku target pada baseline (Creswell, 2003).

Pada penelitian ini, jumlah partisipan yang dikenakan intervensi adalah 2 orang. Perilaku target yang diobservasi yaitu kemunculan NATs dan tingkat depresi yang dialami partisipan. Kemunculan NATs terlihat dari hasil wawancara awal dan tingkat depresi partisipan diukur dengan *Beck's Depression Inventory*. Hasil wawancara awal dan skor awal *Beck's Depression Inventory* menjadi baseline dalam penelitian ini yang akan dibandingkan dengan wawancara dan skor *Beck's Depression Inventory* setelah intervensi selesai dilakukan.

### **III.3 Metode Pelaksanaan**

Penelitian ini akan menggunakan pendekatan *cognitive behavior therapy*. Pendekatan ini menggunakan prinsip-prinsip kognitif dan *behavior* untuk membantu mengubah NATs pada klien. Terapis memfasilitasi klien agar klien dapat mengenali masalahnya dan memahami NATs yang ada pada dirinya. Setelah klien mengenali masalahnya dan memahami NATs yang ada pada dirinya, terapis mengajarkan klien untuk menjadi terapis bagi dirinya sendiri. Dengan ini diharapkan kedepannya klien dapat terlatih untuk menghadapi masalah-masalah yang dihadapinya secara mandiri.

### III.4 Metode Pencatatan Proses

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan catatan mengenai jalannya sesi. Proses pencatatan yang dilakukan menggunakan alat tulis dan merekam respon-respon dari partisipan yang menunjukkan perubahan NATs pada partisipan.

Selain itu, peneliti juga menggunakan form untuk merekam kognisi, afeksi, dan perilaku klien dari waktu ke waktu sehingga kemajuan partisipan selama proses intervensi berlangsung dapat terekam dengan baik. Form yang digunakan merupakan adaptasi dari form *daily thought records* Westbrook (2007).

### III.5 Alat Ukur

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan alat ukur *Beck's Depression Inventory* (BDI). BDI merupakan revisi dari alat ukur BDI-1A yang juga mengukur tingkat keparahan depresi dan telah digunakan selama 35 tahun. BDI terdiri dari 21 item yang mengukur keparahan tingkat depresi berdasarkan kriteria depresi pada DSM IV. Perubahan yang terdapat pada BDI dari BDI-1A yaitu perubahan item untuk mengindikasikan adanya perubahan peningkatan atau penurunan pada tidur dan konsumsi makanan. Perubahan item juga terjadi pada item *body image*, *work difficulty*, *weight loss*, *somatic preoccupation* menjadi item *agitation*, *concentration difficulty*, dan *loss of energy*. Pada alat ukur ini, klien diminta untuk memilih pernyataan yang paling sesuai dengan kondisi dirinya (Beck & Steer, 1984). Skala yang digunakan pada alat tes ini yaitu skor 0-3 dengan norma:

< / = 5 : tidak ada tanda-tanda depresi

5-14 : depresi ringan – sedang

>= 15 : depresi berat

Hasil korelasi BDI dengan BDI-1A menunjukkan adanya korelasi secara signifikan sebesar 0,93 pada level 0,05. Tujuan dari alat ukur ini yaitu untuk mengukur tingkat depresi berdasarkan kriteria depresi pada DSM IV. Setelah dilakukan penambahan, pengurangan, dan perubahan pada item-item dari alat ukur BDI-1A, kemudian item-item tersebut di uji validasinya untuk melihat apakah ada peningkatan dalam *content validity*-nya. BDI-1A memiliki *construct validity* yang baik dengan koefisien alfa 0.8. BDI-1A dapat membedakan antara orang yang mengalami depresi dan yang tidak mengalami depresi. Dengan *construct validity* yang baik, *convergent validity* dilakukan dengan mengadministrasikan BDI dan BDI-1A pada 191 pasien rawat jalan. Dari pengukuran yang dilakukan diperoleh korelasi 0,93 ( $p < 0.001$ ), mean 18,92 (SD = 11,32) dan 21,888 (SD = 12,69). Berdasarkan perbandingan perbedaan mean, BDI lebih tinggi 2,96 dibandingkan BDI-1A. *Factorial validity* juga telah

dilakukan dengan melakukan interkorelasi dari 21 item yang diambil dari respon-respon sample (Beck & Steer, 1984). Item-item dalam alat ukur BDI mengindikasikan :

Tabel 3.1 Item-item BDI

No item	Kriteria
1	<i>Sadness</i>
2	<i>Pessimism</i>
3	<i>Sense of failure</i>
4	<i>Dissatisfaction</i>
5	<i>Guilt</i>
6	<i>Expectation of punishment</i>
7	<i>Self-dislike</i>
8	<i>Self-accusation</i>
9	<i>Suicidal ideas</i>
10	<i>Crying</i>
11	<i>Irritability</i>
12	<i>Social withdrawal</i>
13	<i>Indesiciveness</i>
14	<i>Body image change</i>
15	<i>Work retardation</i>
16	<i>Insomnia</i>
17	<i>Fatigability</i>
18	<i>Anorexia</i>
19	<i>Weight loss</i>
20	<i>Somatic preoccupation</i>
21	<i>Loss of libido</i>

Penelitian ini menggunakan alat ukur BDI untuk mengukur tingkat depresi yang dialami oleh partisipan dan sebagai evaluasi bagi kemajuan partisipan setelah mengikuti intervensi. Pada penelitian ini, peneliti hanya mengambil partisipan yang berada pada golongan depresi ringan-sedang dan depresi berat.

### III.6 Tahap Penelitian

#### III.6.1 Tahap Persiapan

Pada tahap awal peneliti membaca literatur mengenai penderita Diabetes Mellitus tipe 2, stress, dan pendekatan *cognitive behavior therapy*. Setelah itu, peneliti membuat rancangan program intervensi yang sesuai dengan tema penelitian walaupun rancangan program yang dibuat hanya gambaran kasar pelaksanaan program dan akan disesuaikan dengan kebutuhan klien. Setelah itu, peneliti menghubungi pihak Rumah Sehat Sunda Kelapa dan meminta izin

untuk mencari klien di tempat tersebut. Setelah peneliti mendapatkan izin, peneliti mencari klien yang sesuai dengan kriteria peneliti.

Pada awalnya, peneliti mendapatkan 3 orang yang bersedia untuk di wawancara namun pada saat wawancara lanjutan, hanya 2 orang yang datang sedangkan 1 orang tidak hadir. Dari 2 orang yang diwawancara hanya 1 orang yang memenuhi kriteria penelitian dan bersedia mengikuti penelitian.

Setelah itu, peneliti mencoba mencari partisipan lain selama 3 minggu di tempat yang sama namun tidak menemukan partisipan yang sesuai. Akhirnya, peneliti mencoba menghubungi teman dan kerabat peneliti bila mereka memiliki kenalan yang sesuai dengan kriteria peneliti. Dari teman dan kerabat peneliti mendapatkan 3 orang yang bersedia diwawancara.

Setelah ketiganya diwawancara, ternyata hanya 1 orang yang memiliki kriteria sesuai dengan penelitian, pada akhirnya untuk penelitian ini peneliti memutuskan hanya menggunakan 2 orang partisipan saja.

### **III.6.2 Tahap Pelaksanaan Intervensi**

Intervensi dalam penelitian ini dirancang untuk 6 kali pertemuan. Waktu pada tiap pertemuan antara 30 menit hingga 60 menit. Waktu pertemuan disesuaikan dengan kesediaan waktu partisipan sehingga diharapkan tidak mengganggu aktivitas partisipan.

Dalam program intervensi ini, setelah pertemuan pertama, peneliti akan menyesuaikan program dengan kebutuhan partisipan karena dalam *cognitive behavior therapy* intervensi dijalankan sesuai dengan masalah partisipan yang baru dapat diketahui setelah pertemuan pertama.

Secara umum tahapan intervensi yang akan dilaksanakan menyesuaikan dengan tahapan intervensi CBT dari Westbrook yaitu :

Assessment → Pengukuran → Intervensi → *client as therapist*

Penelitian ini, selain menggunakan CBT sebagai metode utama juga akan memberikan psikoedukasi dan latihan relaksasi kepada partisipan. Psikoedukasi yang diberikan merupakan penjelasan mengenai proses yang terjadi dalam tubuh penderita DM tipe 2 dengan menggunakan animasi sehingga diharapkan partisipan dapat lebih mudah untuk memahami penyakit yang dideritanya. Psikoedukasi juga menjelaskan hubungan antara DM tipe 2 dengan stress serta dampak stress pada kesehatan penderita DM.

Psikoedukasi juga meliputi penjelasan mengenai jenis – jenis coping stress. Dari penjelasan ini diharapkan partisipan dapat mengidentifikasi coping yang biasa ia gunakan selama ini serta mendapat pengetahuan mengenai jenis-jenis coping lain yang dapat ia gunakan sebagai alternatif. Penelitian ini juga menggunakan relaksasi progresif untuk memberikan bekal bagi partisipan dalam menghadapi permasalahan dan stress yang muncul dalam dirinya. Relaksasi progresif yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik relaksasi pada level *active tensing* dikarenakan klien baru pertama kali mempelajari teknik ini dan tidak memiliki luka pada tubuh.

### **III.6.3 Tahap Evaluasi**

Pada tahap ini, peneliti melakukan evaluasi terhadap intervensi yang dilakukan. Evaluasi efektivitas intervensi dilihat dari (1) seberapa sering kemunculan NATs dari waktu ke waktu selama masa program intervensi berjalan, (2) Hasil wawancara manfaat tiap sesi pada partisipan, (3) skor pada *Beck's Depression Inventory* yang diambil pada saat sebelum intervensi berlangsung dan setelah intervensi berlangsung. Skor pre-test dan post-test ini kemudian diperbandingkan untuk melihat perubahan stress yang terjadi antara sebelum intervensi dengan sesudah intervensi. Evaluasi secara kualitatif juga akan dilakukan dengan membandingkan antara hasil wawancara awal dengan wawancara setelah intervensi dilakukan. Wawancara meliputi perubahan NATs apa saja yang partisipan rasakan antara sebelum dan sesudah intervensi serta sejauh apa intervensi memberikan manfaat bagi partisipan.

## BAB IV

### Hasil Asesmen Awal

#### IV.1 Pemaparan kasus

Berikut ini akan dijelaskan mengenai hasil asesmen awal pada partisipan. Asesmen awal pada partisipan bertujuan untuk mengetahui kesesuaian partisipan dengan karakteristik partisipan yang ditetapkan untuk penelitian ini meliputi telah didiagnosa mengidap diabetes tipe 2, kadar gula dalam darah diatas 150, berada pada golongan depresi ringan-sedang atau depresi berat berdasarkan hasil asesmen *Beck's Depression Inventory*. Asesmen awal juga meliputi hasil observasi dan wawancara. Wawancara yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui persepsi partisipan terhadap penyakitnya dan masalah apa yang membuat partisipan mengalami stress dan depresi. Setelah hasil asesmen menunjukkan kesesuaian partisipan dengan karakteristik partisipan penelitian dan masalah partisipan diketahui, kemudian peneliti baru mengembangkan lebih lanjut rancangan intervensi yang telah dibuat sebelumnya agar sesuai dengan kebutuhan partisipan.

#### IV.2 Data Klien

##### IV.2.1 Partisipan 1

Nama	: Nurlaela (N)
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat Rumah	: Jl.Lontar Bawah RT 06 RW 12 no.24 Tanah Abang
Tempat Tanggal Lahir	: Jakarta, 5 Agustus 1980
Usia	: 31 tahun
Agama	: Islam
Status	: Menikah
Kewarganegaraan	: Indonesia
Suku	: Sunda
Pendidikan Terakhir	: SLTA
Hasil <i>Beck's Depression Inventory</i>	: Depresi ringan-sedang
GDS	: 197

##### IV.2.2 Partisipan 2

Nama	: Maslouma (M)
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat Rumah	: Jl. Bambu 1, Srengseng, Kebon Jeruk
Usia	: 47 tahun
Agama	: Islam

Status	: Menikah
Kewarganegaraan	: Indonesia
Suku	: Batak
Pendidikan Terakhir	: SLTA
Hasil <i>Beck's Depression Inventory</i>	: Depresi Berat
GDS	: 160

### **IV.3 Hasil Observasi**

#### **IV.3.1 Hasil Observasi Partisipan 1**

Pada saat pertama kali berkenalan, N menggunakan jilbab biru dengan baju biru. N datang ke RSMASK sendiri untuk memeriksa kadar gula dalam darahnya. N merupakan wanita dengan tinggi sekitar 150 cm. N bertubuh gemuk dan berkulit putih. N tidak memiliki kecacatan fisik dan masih dapat bergerak layaknya manusia normal pada umumnya. Kontak mata N cukup walaupun pada beberapa waktu N berbicara sembari menunduk.

Saat N ditanya mengenai penyakitnya, N langsung menangis. N menangis cukup lama setelah ia selesai bercerita perlahan-lahan N mulai terlihat lebih tenang. Terkadang N menunjuk ke arah dadanya ketika ia menggambarkan perasaan sakit hati yang dialaminya.

N berbicara dengan lancar walaupun terputus-putus karena ketika bercerita sembari menangis. Terkadang N mengambil jeda sebelum melanjutkan ceritanya. N juga beberapa kali berbicara sembari menunduk dan suara mengecil ketika ia bercerita bahwa ia merasa malu setiap kali ia harus melakukan kontrol ke RSMASK. N juga mengerutkan alisnya ketika ia bercerita mengenai mantan pacar suaminya dan ucapan-ucapan tetangganya yang membuatnya sakit hati.

#### **IV.3.2 Hasil Observasi Partisipan 2**

Pada saat pertemuan untuk wawancara awal, M menggunakan baju berwarna hitam dan keurudung berwarna oranye. M merupakan wanita dengan tinggi kurang lebih 145-150 cm dan bertubuh gemuk serta berkulit putih. M tidak memiliki kecacatan fisik, hanya saja M mengeluhkan bahwa bahu kirinya terasa sakit sehingga ia tidak bisa mengangkat tangan kirinya tinggi-tinggi.

Selama wawancara berlangsung, kontak mata M cukup baik dan sesekali mata M terlihat berkaca-kaca. M dapat berbicara dengan lancar dan mudah dimengerti. Saat pemeriksaan berlangsung, M membawa cucu perempuannya sehingga terkadang M menoleh ke arah lain untuk mengawasi cucunya.

#### **IV.4 Hasil Wawancara Pra-Intervensi**

##### **IV.4.1 Hasil Wawancara Pra-Intervensi Partisipan 1**

N merupakan pasien Diabetes Mellitus tipe 2 wanita berusia 31 tahun yang telah menjalani perawatan selama 2 tahun di RSMASK. N divonis menderita DM tipe 2 sejak tahun 2010. Sebelum divonis DM tipe 2, N masih aktif bekerja sebagai pegawai toko. Dari penghasilannya ini, ia dapat membantu ekonomi keluarga. Selain itu, N juga masih mampu mengurus ibu yang sering sakit.

Saat divonis menderita DM, N merasa kaget dan sulit untuk menerima penyakitnya. N hingga saat ini masih sering bertanya mengapa harus dirinya yang masih berusia muda terkena penyakit ini. Saat divonis menderita DM tipe 2, N berusia 29 tahun. N mengetahui bahwa penyakit DM ini membutuhkan penanganan seumur hidup. N juga mengetahui dampak dari penyakit ini. Hal ini diketahuinya karena ayah N juga menderita sakit yang sama ketika berusia 70 tahun. Sebelum divonis DM, N pernah menderita flek pada paru-paru.

Sebelum divonis menderita DM, N sangat sering meminum minuman botol seperti teh botol dan jajanan lainnya. N mengatakan ia membeli minuman dalam botol setiap hari sebanyak 1-3 buah/hari. Meskipun, N sudah mengetahui dirinya memiliki faktor keturunan untuk mengidap diabetes mellitus namun saat itu ia tidak mencemaskannya. Saat ini diantara saudara-saudara kandungnya, hanya dirinya yang divonis menderita DM.

Selain mempertanyakan mengapa dirinya yang harus menderita penyakit ini, dalam pikiran N juga terlintas bahwa seharusnya hanya orang yang sudah tua saja yang terkena penyakit ini. Ia pun juga sempat merasa malu ketika harus melakukan kontrol gula darah karena hampir semua pasien yang datang untuk melakukan kontrol telah berusia lanjut sehingga ia merasa dirinya berbeda dari pasien lain. N juga sering merasa sedih bila ada orang yang bertanya mengapa ia yang berusia muda sudah terkena penyakit ini.

Selain itu, N juga merasa sakit hati dengan komentar orang-orang sekitarnya seperti komentar tetangganya yang mengatakan “suaminya masih muda, kok udah sakit?”. Komentar lainnya yang menyakitkan N yaitu ucapan tetangga yang mengatakan jika terkena penyakit gula akan cepat mati.

Sejak divonis menderita diabetes tipe 2, N berhenti bekerja dan banyak tinggal dirumah. Pada awal divonis diabetes tipe 2, N sering mengurung diri di rumah dan sering merasa kesepian. Bila melihat anak, N sering merasa sedih karena khawatir dirinya akan

cepat meninggal sedangkan anak masih kecil. N juga memiliki ketakutan akan ditinggal oleh suami karena ia sakit. N sering merasa cemburu bila bertemu dengan mantan pacar suami sebelum menikah yang juga merupakan tetangganya. Bila suami bertemu dengan mantan pacarnya, N sering merasa sesak dada walaupun N mengetahui bahwa suaminya tidak melakukan apa-apa dengan mantan pacarnya.

Sejak sakit, N mengakui bahwa dirinya mudah merasa khawatir dan sering berpikiran negatif. Sejak N berhenti bekerja, pemasukan keluarga jadi berkurang. Hal ini membuat N sering mengkhawatirkan masalah biaya pengobatan untuk dirinya dan ibunya. N pernah merasa sedih karena ucapan keluarga besar yang bertanya “kok anaknya ga ngasih ke ibu?”. N sedih karena ketika masih bekerja ia dapat merawat ibu yang mulai sering sakit, sedangkan setelah ia sakit saat ini, ia tidak dapat lagi membantu ibu, justru ia merasa memberatkan suami karena harus menanggung sakitnya pula. N mengetahui dari awal bahwa DM adalah sakit yang membutuhkan pengeluaran yang besar. N sulit untuk mengikuti anjuran dokter agar mengkonsumsi susu khusus penderita diabetes karena harga susu tersebut mahal. Begitu pula dengan anjuran dokter agar ia mengkonsumsi gula rendah kalori. Hal ini sulit ia penuhi karena gula rendah kalori mahal harganya.

N mengatakan bahwa hingga saat ini ia telah berusaha untuk mematuhi aturan makan yang diberikan dokter. N mengatakan bahwa ia sudah mengurangi porsi makan nasi bila ia makan malam. N juga menyeimbangkan makannya dengan buah-buahan walaupun terkadang N masih memakan makanan yang dilarang dalam jumlah kecil.

Meskipun N sudah berusaha untuk mengatur makanannya namun menurutnya, kadar gula dalam darah tetap tinggi karena stress yang ia alami. N mengatakan bahwa ia sering stress karena memikirkan kondisi diri dan ekonomi keluarganya. N saat ini sudah berkeluarga dan memiliki 1 orang anak.terkadang suami N mengingatkan N untuk tidak memakan makanan yang dilarang. N merasa membebani suami karena tidak dapat bekerja membantu suami mencari nafkah. Selain suami, ayah N juga sering mengingatkan N agar tidak terlalu banyak pikiran karena hal tersebut dapat mempengaruhi penyakitnya. N berkata bahwa sejak dirinya divonis DM ia sering memiliki pikiran negatif dan menjadi pesimis. N juga sering merasa sedih manakala ia mengingat keinginannya untuk dapat membeli rumah sendiri. Sejak ia tidak bekerja lagi, ia merasa sudah putus harapan untuk membeli rumah sendiri. Rasa pesimis ini pun juga membuat ia merasa sudah tidak mungkin untuk merubah hidupnya menjadi lebih baik.

Ia menyadari bahwa pikiran-pikiran negatif yang muncul sebenarnya tidak selalu benar seperti pikiran negatif terhadap mantan pacar suaminya. N yang sering berpikiran negatif membuat ia dan suaminya sering ribut, terkadang suaminya juga sering menegurnya karena sering curiga terhadap dirinya. Kesibukan N sehari-hari bila berada dirumah yaitu pergi mengaji dan mengurus pekerjaan rumah tangga. Hingga saat ini, N masih sering bertanya mengapa harus dirinya yang terkena penyakit ini.

N mengatakan sebelum ia divonis mengidap diabetes mellitus tipe 2, ia adalah orang yang ceria. Ia menikmati pekerjaannya sebagai pegawai toko dan merasa optimis bahwa kondisi hidupnya dapat berubah menjadi lebih baik. Saat ini, N dan keluarganya yang masih tinggal di rumah orang tua N. Sebelum divonis sakit, N masih memiliki keinginan untuk membeli rumah dan masih optimis dengan keinginan tersebut. Hanya saja, ketika N sedang memiliki masalah, N cenderung menyimpan masalah tersebut sendiri dan jarang menceritakan masalahnya kepada orang lain. N merasa kurang percaya dengan orang-orang disekitarnya sehingga ia cenderung menyimpan masalahnya sendiri. Dalam menghadapi masalah, N biasanya akan menangis dan tidak melakukan apa-apa dengan masalahnya, “kalo ada masalah, aku tuh nangis aja...”.

#### **IV.4.2 Hasil Wawancara Pra-Intervensi Partisipan 2**

M merupakan pasien DM tipe 2 wanita berusia 47 tahun. M divonis menderita DM tipe 2 sejak 3 tahun yang lalu. Saat pertama kali divonis, M mengalami penurunan berat badan hingga 10 kg. Selain itu, ia juga merasakan badan lemas, pusing, kaki panas. Setelah mengetahui bahwa dirinya menderita DM, muncul banyak ketakutan dalam dirinya. M takut anggota tubuhnya akan diamputasi karena penyakit yang dideritanya. M juga takut bahwa dirinya akan cepat mati dan takut untuk berpergian jauh sendirian. Sejak divonis hingga saat ini, bila akan berpergian jauh, M selalu meminta orang lain untuk menemaninya. M memiliki kekhawatiran bila ia berpergian jauh sendirian, ia akan mengalami pingsan di tengah jalan karena sering lemas.

Sejak ia divonis menderita DM tipe 2, ia merasa hidupnya jadi lebih pesimis dan kurang harapan. Dahulu, sebelum ia divonis, ia memiliki banyak keinginan namun saat ini ia hanya memiliki keinginan untuk sehat saja. Rasa pesimisnya muncul manakala ia berhadapan dengan anak. Ia merasa sejak sakit, ia tidak bisa lagi membantu anak dan hanya dapat membebani suami dan anak saja. Sejak sakit ia juga jadi lebih mudah tersinggung. Setelah sakit, bila ia mendengarkan orang yang berbicara dengan suara keras saja, ia merasa kesal. Ia

juga jadi lebih mudah kesal dengan anak bungsunya. Menurutnya, anak bungsunya tidak pengertian terhadap dirinya. Misalnya, ketika ia sedang merasa lemas dan lebih memilih membeli makanan jadi daripada memasak, anak bungsunya justru marah kepadanya. Ia juga sering merasa tersinggung dengan nenek pemiliki kontrakan yang tinggal bersama dirinya karena nenek sering berbicara dengan suara keras. Bila ia kesal berada dirumah, biasanya ia keluar rumah dan memilih untuk ngobrol dengan tetangga agar ia merasa lega. Semenjak sakit ia merasa dirinya seperti orang yang selalu menengadah meminta bantuan orang lain. ia juga merasa, sejak dirinya sakit, ia selalu mengaitkan hal-hal yang tidak berkenan di hatinya kepada penyakitnya. Selain itu, masalah-masalah kecil yang muncul sering ia lebih-lebihkan sehingga terkadang membuat situasi semakin memburuk. M sebenarnya merasa terganggu dengan kondisi dirinya yang mudah untuk memiliki pikiran negatif.

Sebelum sakit, M sering sekali memakan makanan yang mengandung santan. Selain itu, ayah M memang sakit DM. Saudara-saudara kandungnya juga mengidap DM kecuali 1 orang. M merupakan anak ke-5 dari 6 bersaudara. Saat ini M sudah berusaha menjaga makannya namun ia mengakui bahwa ia tidak dapat menahan dirinya untuk tidak memakan nasi. M juga mengkonsumsi suplemen khusus penderita DM seperti susu khusus penderita DM dan gula rendah kalori. Hasil dari pemeriksaan tes psikologi BDI menunjukkan jumlah skor 17 dan berada dalam golongan depresi berat.

#### **IV.5 Rancangan Intervensi**

Setelah melakukan asesmen awal terhadap partisipan, peneliti membuat rancangan intervensi sebagai berikut :

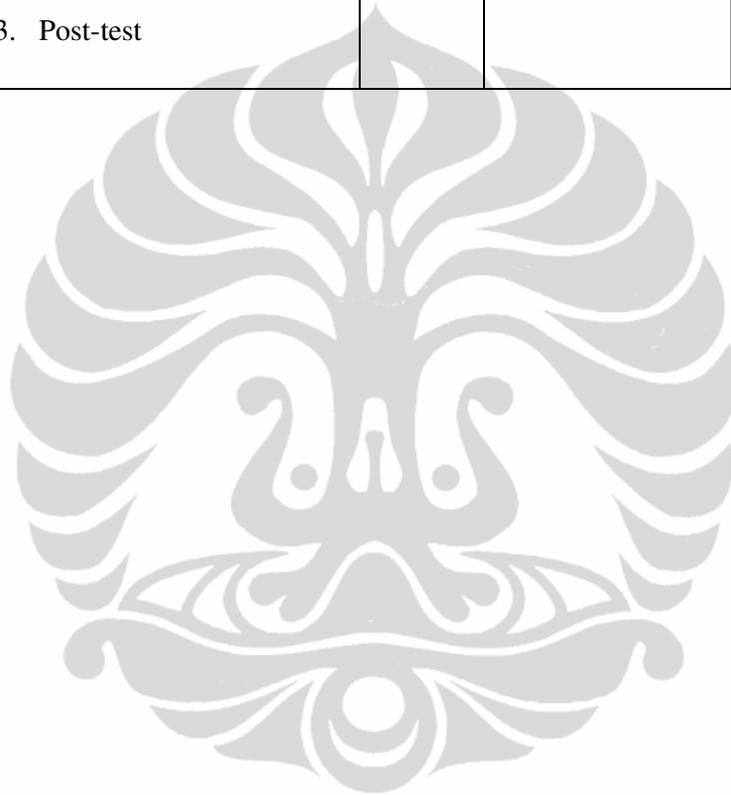
Sesi	Tujuan	Penjelasan	Waktu	Peralatan	Metode
1	Tujuan dari sesi ini adalah untuk memberikan pemahaman kepada klien mengenai stress dengan DM serta menggali permasalahan partisipan lebih dalam untuk memformulasikan masalah.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psikoedukasi mengenai DM</li> <li>Penjelasan proses terjadinya DM dalam tubuh</li> <li>Penjelasan mengenai hubungan stress dan DM</li> <li>-Management stress</li> <li>-coping</li> <li>Memberikan psikoedukasi mengenai jenis-jenis coping stress</li> <li>- Penjelasan mengenai kegiatan yang akan dilakukan selama intervensi</li> <li>- Memformulasikan masalah</li> <li>- menggali kognisi, emosi, perilaku, dan perubahan fisik</li> </ul>	<p>10'</p> <p>5'</p> <p>20'</p> <p>10'</p> <p>35'</p> <p>'</p>	Animasi DM,laptop, lembar ABCP, lebar faktor sosial yang mempengaruhi, Informed consent	Wawancara dan menonton animasi DM.  -Mengenalkan partisipan pada berbagai jenis coping stress

		<p>klien terhadap penyakitnya</p> <p>2. memformulasikan faktor-faktor lain yang mempengaruhi munculnya masalah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-faktor situasi</li> <li>-faktor interpersonal</li> <li>-faktor kognitif</li> <li>-faktor perilaku</li> <li>-faktor fisiologis</li> <li>-faktor afeksi</li> </ul>			
2	Diary monitoring diberikan untuk melihat gambaran permasalahan partisipan dalam kehidupan sehari-hari serta mengajarkan partisipan relaksasi dalam menghadapi permasalahan yang dihadapinya.	<p>1. Diary monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memberikan penjelasan mengenai kegunaan dan cara pengisian diary monitoring</li> <li>- diary monitoring berupa monitoring afeksi, kognitif, dan</li> </ul>	20'	Lembar diary monitoring, Lembar instruksi relaksasi	Relaksasi progresif
			30'		

		<p>perilaku partisipan dalam kaitannya dengan kemunculan NATs pada kehidupan sehari-hari</p> <p>2. Latihan relaksasi</p> <p>-memberikan latihan relaksasi progresif</p>			
3	<p>Mereview hasil diary monitoring dari pertemuan sebelumnya untuk melihat bias kognitif yang muncul serta mengembangkan perspektif baru pada partisipan terhadap masalahnya.</p>	<p>.Review diary monitoring</p> <p>- Mengidentifikasi NATs yang muncul</p> <p>-<i>appraising NATs</i></p> <p>- mengembangkan perspektif baru pada partisipan</p>	60'	<p>Lembar diary monitoring, kertas buram.</p>	<p>1. mengidentifikasi bias kognitif</p> <p>2. Menilai pikiran otomatis-</p>
4.	<p>Sesi ini bertujuan untuk melihat seberapa sering pikiran negatif muncul dan mengembangkan</p>	<p>Review Diary monitoring</p> <p>-melakukan review terhadap</p>	60'	<p>Form ABC</p>	<p><i>Developing new perspective</i></p> <p>- Review bukti-bukti yang</p>

	perspektif baru terhadap permasalahan	kemunculan NATs partisipan -melihat bagaimana partisipan menggunakan perspektif baru yang telah diberikan dalam konteks kehidupan sehari-hari			mendukung dan melemahkan isi pikiran - meluruskan kognitif bias
5.	Sesi ini bertujuan untuk melatih partisipan menggunakan teknik-teknik yang telah dilakukan secara mandiri	Review Diary Monitoring Relapse management -membantu partisipan untuk membuat konsep hal-hal yang dapat dilakukan manakala menghadapi masalah yang sama	60'	...	Merefleksikan hal-hal yang telah dipelajari partisipan selama proses intervensi berlangsung.
6.	Memberikan pengetahuan mengenai cara mengelola stress secara umum dan diharapkan partisipan dapat mengenali berbagai macam teknik-teknik coping sebagai alternatif dalam	-Terminasi  1. Membuat kesimpulan dari intervensi yang telah dijalankan 2. Menggali kebermanfaatan dari	10'	...	Melakukan wawancara pasca intervensi untuk menggali perbedaan yang dirasakan partisipan antara sebelum dan sesudah intervensi.

	menghadapi stress.	intervensi yang dilakukan 3. Post-test			
--	--------------------	---	--	--	--



**BAB V**  
**HASIL PENELITIAN**

**V.1 Pelaksanaan Intervensi**

Realisasi pertemuan pada partisipan dilaksanakan dalam 6 kali pertemuan. Waktu dan tempat disesuaikan dengan kesediaan partisipan. Realisasi pertemuan yang dilakukan adalah sebagai berikut :

**Tabel 5.1 Realisasi Pelaksanaan Intervensi dengan pendekatan *Cognitive Behavior Therapy***

<b>Pertemuan</b>	<b>Hari / Tanggal</b>	<b>Waktu</b>
<b>Partisipan N</b>		
I	Kamis, 24 Mei 2012	10.00-10.30
II	Kamis, 7 Juni 2012	10.00-11.00
III	Rabu, 20 Juni 2012	19.00-20.30
IV	Senin, 9 Juli 2012	19.00-19.30
V	Selasa, 17 Juli 2012	19.00-19.30
VI	Kamis, 19 Juli 2012	08.30-09.00
<b>Partisipan M</b>		
I	Jum'at, 29 Juni 2012	16.00-16.30
II	Jum'at, 6 Juli 2012	12.00-12.30

**V.1.1 Proses Intervensi Partisipan N**

**V.1.1.1 Pertemuan I : Psikoedukasi, pengenalan program, dan Menggali Informasi**

**A. Observasi umum**

Pada pertemuan pertama ini, N menggunakan jilbab coklat yang senada dengan pakaian yang digunakannya. Pertemuan pertama dilakukan di poli psikologi RSMASK. N datang terlambat 1 jam dari waktu yang telah ditentukan. Alasan keterlambatan N yaitu karena ia masih harus mengurus pekerjaan rumah tangga sehingga ia datang terlambat ke RSMASK. Pada pertemuan pertama ini, N datang dan langsung duduk. Pada awal sesi, N tidak terlalu banyak berbicara namun ketika masuk ke tema penyakitnya, N kembali menangis. Pada sesi ini, N menangis tidak selama ketika pertemuan asesmen awal.

Pada sesi ini, N dapat berbicara dengan lebih lancar. Sese kali N mengganggu ketika diberikan psikoedukasi mengenai penyakitnya. N juga berulang kali bertanya bagaimana

mengatasi pikiran negatif yang kerap muncul dalam pikirannya. Tema-tema yang sering muncul dari pertemuan pertama ini yaitu mengenai rasa kesal yang muncul setiap kali ia bertemu dengan mantan pacar suaminya. Pada pertemuan ini N lebih banyak mengulang tema-tema yang muncul pada wawancara asesmen awal. Sepanjang pertemuan, N sering kali mengulang-ngulang hal yang sama yang telah dibicarakan sebelumnya.

## **B. Pelaksanaan Sesi Pertama**

### **1) Psikoedukasi**

Pada awal sesi, peneliti memberikan inform consent terlebih dahulu kepada N. Setelah N menyetujui informed consent yang diberikan peneliti, kemudian peneliti memberikan psikoedukasi mengenai proses yang terjadi dalam tubuh pasien DM dan mengakibatkan penumpukan gula dalam darah. Peneliti menggunakan animasi dan disertai dengan penjelasan dari peneliti. N yang sudah cukup tahu mengenai penyakitnya tidak mengalami kesulitan dalam memahami materi yang diberikan peneliti.

Setelah memberikan animasi, peneliti memberikan penjelasan mengenai keterkaitan antara stress dengan kadar gula dalam darah dimana stress dapat meningkatkan kadar gula dalam darah baik secara langsung maupun tidak langsung. Setelah mengetahui hubungan stress dengan kadar gula dalam darah, N berespon “ooo...pantesan...gula darah aku ga turunturun”. N juga mengungkapkan bahwa dirinya selama ini memang sering diingatkan oleh bapaknya agar mengurangi pikiran-pikiran negatif “iya, bapak juga sering ngasih nasehat...ga usah di pikirin penyakitnya...”. Setelah diberikan psikoedukasi, N kembali bertanya “itu tuh gimana tuh ya ngurangin pikiran negatif aku?”.

### **2) Penjelasan Mengenai Program**

Setelah memberikan psikoedukasi kepada N, sesi dilanjutkan dengan memberikan penjelasan program yang akan dijalankan. Peneliti memberikan penjelasan bahwa program akan berlangsung selama 6 sesi dan akan ada tugas rumah yang perlu dikerjakan. N kemudian bertanya berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk tiap sesi. Peneliti kemudian menjelaskan bahwa hal itu tergantung jalannya sesi. Setiap sesi membutuhkan waktu yang berbeda-beda. Peneliti kemudian memperjelas kembali ketersediaan waktu N untuk menjalankan program. N bersedia meluangkan waktu untuk mengikuti sesi yang diberikan dan tidak keberatan dengan tugas rumah yang akan diberikan.

### 3) Penggalan Masalah-masalah yang dihadapi oleh klien

Setelah memberikan penjelasan mengenai program yang akan dijalankan, peneliti kemudian memberikan review hasil wawancara asesmen dimana N mengatakan bahwa dirinya merasa sedih dengan penyakitnya dan pikiran-pikiran negatif sering muncul dalam pikirannya. Peneliti kemudian memberikan penjelasan tujuan dari penggalan masalah adalah untuk membuat formulasi masalah N sehingga diharapkan intervensi yang dilakukan dapat lebih tepat sasaran. Saat diberikan penjelasan tujuan masalah, N hanya mengangguk.

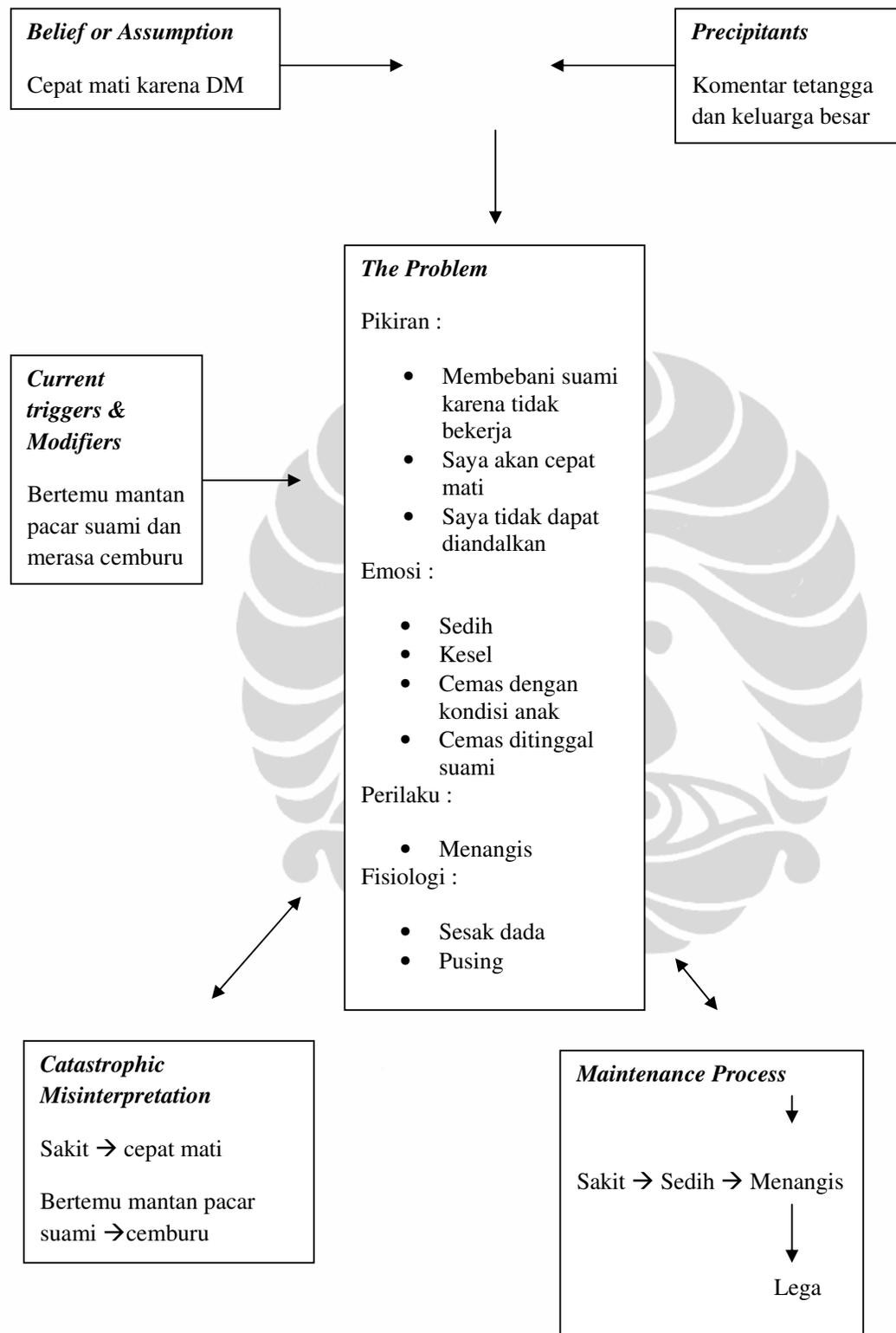
Pada saat penggalan faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya pikiran-pikiran negatif, N mengatakan bahwa dirinya sejak sakit banyak melihat segala hal dalam hidupnya dari sisi negatif termasuk dalam hal-hal sepele. Misalnya ketika ada orang yang melihat ke arahnya, N sering mengaitkan pandangan orang tersebut dengan penyakitnya, “pasti orang itu mau nanya tentang penyakit saya”.

### C. Analisis Pertemuan I

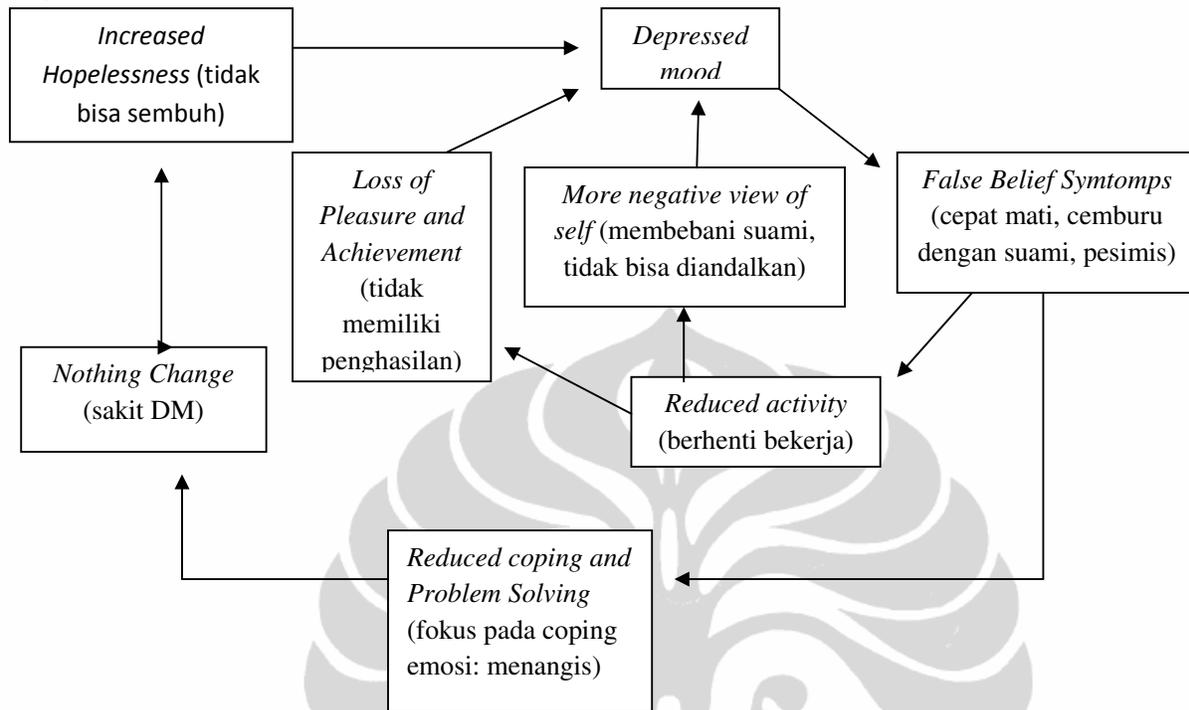
Tujuan dari sesi ini adalah untuk memberikan pemahaman kepada klien mengenai stress dengan DM serta menggali permasalahan partisipan lebih dalam untuk memformulasikan masalah. Pada awal pertemuan, N diberikan kesempatan untuk mengungkapkan kesedihannya terlebih dahulu sebelum peneliti memberikan penjelasan mengenai proses terjadinya penyakit DM yang terjadi pada dirinya. Setelah N terlihat lebih tenang, peneliti kemudian memberikan animasi berupa proses terjadinya penyakit DM pada N sembari menjelaskan kepada N dengan bahasa yang lebih mudah. Setelah penjelasan diberikan, N mengangguk dan menyampaikan bahwa ia mengerti penjelasan peneliti mengenai proses DM dan hubungan stress dengan DM.

Peneliti kemudian mencoba menggali lebih dalam mengenai permasalahan N untuk membuat formulasi masalah. Formulasi masalah yang dibuat akan membantu untuk memetakan masalah partisipan dan membuat rencana terapi. Formulasi kasus meliputi (1) Gambaran dari kondisi saat ini, (2) Mengemukakan mengapa dan bagaimana masalah tersebut berkembang (3) Analisa proses bagaimana masalah terus terjadi (*maintaining process*). Formulasi kasus ini juga menggambarkan faktor *triggers* dan faktor *modifiers* pada masalah partisipan. Dari hasil diskusi dengan N diperoleh formulasi masalah sebagai berikut :

### Formulasi Masalah



Sedangkan *maintenance process* yang dialami oleh N sehingga berujung pada depresi yaitu :



N masuk dalam *maintenance process* depresi karena penyakit yang dideritanya. N yang menderita DM mengetahui bahwa sakit DM tidak mungkin dapat disembuhkan dan membutuhkan penanganan seumur hidup. Sakit yang tidak mungkin dapat disembuhkan ini meningkatkan rasa keputusasaan N terhadap penyakitnya. Hal ini membuat N terjerumus dalam mood depresi yang membuat N berpikiran bahwa dirinya akan cepat mati. Selain itu N juga menjadi lebih sering cemburu pada suami karena khawatir dirinya akan ditinggalkan karena ia mengidap penyakit. Pikiran-pikiran ini membuat N tidak bersemangat melakukan aktivitas dan membuatnya memutuskan berhenti bekerja. N yang berhenti bekerja membuat dirinya tidak memiliki penghasilan sehingga ia merasa dirinya sudah membebani suami. N merasa dirinya membebani suami karena ia sakit dan membutuhkan biaya yang tidak sedikit untuk penanganan dirinya seumur hidup. Disisi lain, N merasa bahwa dirinya tidak dapat diandalkan lagi. N yang tidak memiliki penghasilan juga tidak dapat lagi menanggung biaya pengobatan ibunya serta tidak dapat lagi memberikan uang kepada orang tuanya.

Setelah N divonis menderita DM, ia memiliki keyakinan bahwa dirinya akan cepat mati. Keyakinan ini muncul dikarenakan N mengetahui bahwa penyakit DM adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan membutuhkan kontrol terus menerus. Selain karena penyakit tersebut tidak dapat disembuhkan, keyakinan ini diperkuat dengan komentar tetangga “kok

suaminya masih muda udah sakit?”. Selain itu, ada pula tetangga yang berkomentar bahwa sakit DM akan menyebabkan kematian dalam waktu cepat. Selain komentar tetangga, kondisi ekonomi N yang tidak mendukung untuk membeli suplemen bagi penderita DM, membuat N merasa bahwa dirinya akan cepat mati. Menurut N, sakit yang dideritanya merupakan sakit yang membutuhkan biaya yang banyak agar dapat bertahan hidup, “iya emang sih disarankan sama dokter juga minum susu diabetasol terus minum gula khusus buat DM...tapi kan susunya aja berapa coba...50 ribu sekotak, gulanya belum...aduh...mahal banget deh...sedangkan untuk ongkos dari rumah ke sini aja bolak-balik 30 ribu udah merasa berat...aku bilang sama dokter supaya saya kontrolnya 2 minggu sekali aja karena kalau seminggu sekali ongkosnya berat...”.

Keyakinan ini menimbulkan banyak kekhawatiran dalam diri N. N memiliki kekhawatiran bila dirinya mati lalu siapa yang akan mengurus anaknya karena anak N masih kecil, “iya khawatir sama anak...nanti siapa yang ngurusin kalo aku enggak ada...”. N juga memiliki kekhawatiran akan ditinggal suami karena ia memiliki penyakit, “takut suami ninggalin, karena aku kan punya penyakit gak kayak yang lain bisa sehat jadi bisa bantuin suami...sedangkan aku kan ga kerja karena aku kan sakit”.

Kekhawatiran-kekhawatiran ini membuat N merasa sedih dan kesal, “kalo lagi kayak gitu jadi sedih...terus kesel...kenapa aku sakit...”. Ketika merasa sedih dan kesal tersebut, N cenderung untuk menangis. Saat menangis, dada terasa sesak dan pusing sehingga N cenderung memilih untuk tidur.

Setelah 2 tahun mengidap penyakit DM, N situasi yang membuat kekhawatiran N sering muncul yaitu ketika N bertemu dengan mantan pacar suaminya. N sering berpikir bahwa karena N sakit maka suaminya akan mendekati wanita lain yaitu mantan pacarnya tersebut, “waktu ketemu mantan pacarnya, di dada terasa kayak sakiitt...takut kalo suami aku diambil...”.

Dari situasi tersebut, NATs tetap bertahan karena adanya *maintenance process* yang terjadi. *Maintenance process* yaitu ketika, masalah terjadi, respon utama N adalah menangis dimana setelah menangis N menjadi lega. Rasa lega yang N dapatkan dari menangis ini menjadi *reinforcement* bagi N. Meskipun demikian, *reinforcement* tersebut bersifat sementara dan masalah utama tidak diatasi dengan baik sehingga masalah yang ada berupa pikiran negatif yang muncul akibat NATs yang terjadi masih tetap ada. *Maintenance process* yang dilakukan oleh N berupa *short term rewards* dimana N memperoleh kelegaan dengan menangis yang membuatnya terus mengulangi perilaku yang sama.

*Maintenance process* lainnya yaitu adanya *catastrophic misinterpretations*. Pada *catastrophic misinterpretations*, terjadi interpretasi yang salah terhadap suatu kejadian sehingga pada akhirnya berujung pada kesimpulan yang buruk. . Perubahan yang terjadi pada tubuh atau kognitif seseorang diinterpretasikan sebagai pertanda akan datangnya situasi mengancam yang hebat. *Catastrophic misinterpretations* pada N yaitu adanya keyakinan bahwa dirinya akan mengalami kematian akibat penyakit DM yang dideritanya. Selain itu, persepsi yang salah juga muncul ketika N bertemu dengan mantan pacar suaminya dan berujung pada kesimpulan bahwa suaminya akan meninggalkan dirinya serta mantan pacar suaminya hendak menggoda suaminya. kesalahan interpretasi ini pada akhirnya menimbulkan rasa khawatir dan cemburu pada N.

### **V.1.1.2 Pertemuan II : Diary Monitoring dan Relaksasi Progresif**

#### **A. Observasi Umum**

Pada pertemuan kedua, N menggunakan setelan jilbab coklat dengan baju coklat. Setelah partisipan dipersilahkan masuk, partisipan segera duduk dengan antusias. Pada awal pertemuan partisipan terlihat lebih antusias dibandingkan pertemuan sebelumnya. Partisipan terlihat seperti sudah siap untuk bercerita mengenai kondisinya. Ketika peneliti menanyakan kabar partisipan, partisipan menanggapi dengan menceritakan mengenai kondisinya saat ini. Partisipan kemudian menangis ketika ia bercerita bahwa dirinya sedang mengalami kebingungan karena mengurus anaknya yang hendak sekolah dan ia tidak mau anaknya berada di sekolah yang sama dengan anak mantan pacar suaminya. Pada pertemuan kedua ini, partisipan tidak menangis terlalu lama. Setelah selesai menceritakan kebingungannya partisipan terlihat lega dan berhenti menangis perlahan-lahan.

Setelah N berhenti menangis, sesi kedua dimulai. Ketika diberikan penjelasan mengenai form ABCP dan bagaimana cara mengisinya, N terlihat mengangguk-angguk tanda mengerti. N tidak memiliki pertanyaan ketika diberi kesempatan untuk bertanya. Setelah memberikan penjelasan mengenai form ABC, N diminta untuk duduk di sofa. Setelah N duduk di sofa dan diberikan penjelasan mengenai relaksasi, N kemudian diminta untuk memejamkan mata. Selama latihan relaksasi berlangsung, N terlihat sulit untuk mengikuti instruksi. Pada beberapa instruksi, N tidak melakukan gerakan relaksasi dengan benar misalnya ketika diminta diinstruksikan untuk menekan tangan ke badan, N melakukannya dengan cara yang berbeda dari yang diinstruksikan. Selain itu, ketika N diminta untuk mengeluarkan nafas perlahan-lahan, N justru mengeluarkan nafas dengan cepat. Meskipun

tidak semua gerakan relaksasi dapat dilakukan dengan benar, N menolak ketika ditawarkan untuk mengulang latihan.

## **B. Pelaksanaan Sesi Kedua**

### **1) Diary Monitoring**

Pada sesi kedua ini, peneliti memberikan tugas kepada partisipan untuk melakukan monitoring terhadap pikiran, emosi, dan perilaku dimana pikiran negatif muncul dalam berbagai kehidupan sehari-hari N. Peneliti memberikan instruksi cara pengisian form ABC sebagai berikut :

“anda akan diberikan sebuah form yang terdiri dari kolom hari, situasi, emosi, pikiran, dan perilaku. Tujuan dibuatnya form ini adalah untuk mengetahui kemunculan pikiran-pikiran negatif anda pada kehidupan sehari-hari. Anda diminta untuk mengisi form ini setiap kali pikiran negatif muncul. Misalnya, ketika anda bertemu dengan mantan pacar suami (ditulis dalam kolom situasi), saat itu apa yang anda rasakan, misalnya sedih, ditulis di kolom emosi. Pada kondisi yang sama, apa yang anda pikirkan misalnya “suami saya akan diambil” ditulis dalam kolom pikiran. Perilaku apa yang anda lakukan saat itu, misalnya, anda kemudian menghindar dari mantan pacar suami anda, ditulis dalam kolom perilaku.” Ketika N diberikan kesempatan untuk bertanya, N hanya mengangguk dan tidak memiliki pertanyaan terkait instruksi peneliti sehingga sesi dapat dilanjutkan dengan memberikan latihan relaksasi kepada N.

### **2) Latihan Relaksasi**

Setelah N diberikan penjelasan mengenai cara pengisian form ABC, N kemudian diminta untuk pindah duduk ke sofa yang telah tersedia. Kemudian N diberikan penjelasan mengenai relaksasi dan kegunaannya. Setelah N menyatakan bahwa ia tidak memiliki pertanyaan mengenai relaksasi, N kemudian diminta untuk memejamkan mata dan duduk nyaman mungkin. Setelah itu, peneliti memberikan instruksi latihan relaksasi sesuai dengan petunjuk cara pelaksanaan relaksasi progresif.

Selama latihan relaksasi berlangsung, terdapat beberapa gerakan relaksasi yang tidak dilakukan N dengan benar misalnya pada gerakan menegangkan otot tangan, otot kaki, dan mengeluarkan nafas secara perlahan. Secara keseluruhan, N tampak tidak terlalu antusias melakukan latihan relaksasi walaupun akhirnya seluruh gerakan dapat dilatih.

Setelah latihan relaksasi selesai, peneliti memberikan pertanyaan kepada N gerakan mana yang N paling suka dan membuatnya merasa nyaman. N mengatakan bahwa “paling enak sih tadi waktu mata sama nafas”. Peneliti juga memberikan penjelasan bahwa masing-

masing orang memiliki preferensi gerakan tertentu yang membuatnya merasa lebih rileks. Ketika peneliti menawarkan latihan untuk diulang kembali, N menolak karena ia sudah harus pergi ke tempat lain.

### **C. Analisis Pertemuan 2**

Tujuan dari pertemuan kedua ini yaitu untuk mendapatkan bukti empirik mengenai permasalahan yang dialami oleh N dalam kehidupan sehari-hari sekaligus memberikan N bekal dalam menghadapi permasalahannya. Diary monitoring diberikan untuk melihat gambaran permasalahan partisipan dalam kehidupan sehari-hari serta mengajarkan partisipan relaksasi dalam menghadapi permasalahan yang dihadapinya.

Pada pertemuan ini, N cukup kooperatif serta dapat menangkap penjelasan peneliti mengenai form ABC dengan baik. Meskipun demikian, N mengalami kesulitan dalam mengikuti instruksi pada saat latihan relaksasi. Beberapa gerakan relaksasi tidak dapat dilakukan N dengan benar seperti gerakan otot kaki, gerakan otot tangan, nafas yang dikeluarkan dengan cepat serta N membuka mata lebih cepat dari instruksi.

Walaupun tidak melakukan gerakan relaksasi dengan sempurna namun latihan ini tetap dapat memberikan manfaat pada N dimana setelah latihan selesai N mengatakan bahwa “lebih enak sih sekarang”. Selain itu, N juga mengatakan bahwa gerakan yang paling disukainya adalah gerakan otot mata dan pernafasan, “paling enak sih tadi waktu mata sama nafas”.

### **V.1.1.3 Pertemuan III : Review Diary Monitoring, Identifikasi Tema Kognitif, Menilai NATs**

#### **A. Observasi Umum**

Pertemuan ketiga dilaksanakan di rumah N. Pada pertemuan ini, N sudah tidak lagi menangis ketika bercerita. N terlihat sedikit pucat dan tidak menggunakan jilbab. Pertemuan dilakukan di rumah N karena dokter memberikan jadwal kontrol kepada N sebulan sekali sehingga pertemuan dilanjutkan di rumah N. Rumah N terletak di lingkungan pemukiman padat. Satu rumah N tidak hanya dihuni oleh N dan suami melainkan juga ada orang tua N dan juga keluarga kakak-kakak N. N, suami, dan anaknya menempati satu kamar di rumah tersebut. rumah tersebut tidak memiliki ruang tamu dan berukuran dengan ruang keluarga yang kecil dan padat dengan barang-barang. Pada pertemuan ini, N dapat berbicara dengan lancar tanpa menangis.

## B. Pelaksanaan Sesi Ketiga

Pada sesi ini, peneliti memberikan review kembali mengenai kegunaan form ABC. Peneliti kemudian menjabarkan tema-tema yang muncul dari form ABC yang telah diisi N. Peneliti mengambil form ABC dari N yaitu 2 hari sebelum sesi ketiga dilakukan. Pada sesi ini, peneliti meminta N merangking tema permasalahan yang menurut N paling urgen untuk ditangani saat ini.

Tema-tema permasalahan yang muncul yaitu tema mengenai anak, tema mengenai ibu, tema mengenai bapak, tema mengenai mantan pacar suami, tema mengenai kakak, dan tema mengenai sakit.

N kemudian merangking permasalahan sebagai berikut :

1. Sakit
2. Mantan pacar suami
3. Anak
4. Bapak
5. Mama
6. Kakak

N menjadikan sakit berada pada urutan pertama karena menurutnya sakit adalah penyebab utama timbulnya NATs, “karena semua pikiran-pikiran negatif aku awalnya dari sini...” (sembari menunjuk kata sakit pada kertas). Setelah N, memilih prioritas permasalahan yang akan dipecahkan dalam program intervensi ini, N diminta untuk mengisi lembar ABC kembali dengan instruksi :

“Ini adalah lembar yang sama dengan lembar kemarin, cara pengisian masih sama hanya saja hal-hal yang dicatat dalam lembaran ini hanyalah pikiran-pikiran yang muncul terkait penyakit anda. Misalnya, ketika anda berada dalam situasi berkelahi dengan suami, kemudian pikiran yang muncul adalah suami akan mudah meninggalkan saya karena saya sakit, maka pikiran tersebut di tulis dalam kolom pikiran. Saat itu, apa yang anda rasakan seperti sedih atau takut ditulis dalam kolom emosi. Ketika dalam situasi tersebut, apa yang anda lakukan, misalnya menangis atau bercerita kepada orang lain, anda tuliskan dalam kolom perilaku.”

Dari instruksi yang diberikan, N kemudian bertanya “ooo berarti cara mengisinya masih sama kayak kemaren tapi ini tentang sakit aja ?”. Peneliti kemudian mengiyakan pertanyaan N. setelah N paham, kemudian peneliti mengakhiri sesi.

## C. Analisis Sesi 3

Pada sesi ini, N menunjukkan kerjasama yang baik serta kemauan untuk berubah dengan mengerjakan tugas rumah dengan baik. Pada sesi ini, N diajak untuk menentukan

permasalahan mana yang paling membuatnya merasa terganggu. N mengatakan bahwa sakit adalah sumber dari semua pikiran negatifnya. Hal ini menunjukkan adanya kesadaran N terhadap isi pikirannya dan keterkaitan antar isi pikiran tersebut. Pada tahap ini, N sebenarnya sudah dapat melakukan Decentring dimana ia sudah dapat menyadari bahwa isi pikirannya merupakan kerja mental yang tidak ada dalam realita. Selain itu, N juga sudah dapat melakukan *Understanding the origin of cognition* dimana N sudah dapat menemukan alasan dibalik munculnya *Ifalse belief* pada dirinya. Faktor penyebab munculnya NATs N adalah kondisi N yang divonis sakit DM pada usia muda. N juga mengetahui bahwa pikiran-pikiran tersebut salah dan tidak ada dalam kenyataan, "emang sih, pikiran negatif aku tuh salah tapi abis gimana lagi..."

Pada sesi ini juga dilakukan identifikasi tema-tema kognitif sehingga intervensi yang dilakukan mengarah pada akar permasalahan yang spesifik. Dari form ABC yang diisi N diperoleh tema-tema kognitif yang berkaitan dengan sakit, mantan pacar suami, anak, bapak, ibu, dan kakak. Pada tahap ini, N sudah dapat melakukan penilaian terhadap pikiran otomatis yang muncul dalam kognitifnya.

#### **V.1.1.4 Pertemuan IV : Review Diary Monitoring, *Developing New Perspective***

##### **A. Observasi Umum**

Pertemuan ke-4 ini dilakukan di rumah N. Pada pertemuan ini, N terlihat lebih ceria dibandingkan dengan pertemuan-pertemuan sebelumnya. N juga lebih banyak bercerita mengenai hari pertamanya masuk kerja. Pada saat peneliti datang, N langsung menyambut dengan memberikan form ABC kepada peneliti. Walaupun lebih banyak tersenyum dan tertawa namun N terlihat lebih lelah dari biasanya. Ketika suami N melewati tempat duduk peneliti, N memperkecil suaranya.

Selama pembicaraan berlangsung, N terkadang menolehkan pandangannya ke arah TV dan anaknya yang sedang terlentang dilantai. Terkadang ibu N yang berada diruangan yang sama ikut menambahkan isi pembicaraan N.

##### **B. Pelaksanaan Sesi 4**

Pada sesi ini, peneliti mereview terlebih dahulu hasil tugas rumah N. Dari hasil form ABC dimana N diminta untuk menuliskan hal-hal yang terkait dengan sakit saja, N lebih banyak menuliskan mengenai kekhawatirannya akan kondisi fisik dan kelelahan fisik serta pertengkarannya dengan suami. N pun juga menuliskan mengenai cita-citanya yang ingin

memiliki rumah sendiri. Pada beberapa waktu, N sudah dapat menuliskan counter yang ia lakukan sendiri terhadap dirinya sendiri untuk mengendalikan isi pikirannya.

Meskipun demikian, N tidak menuliskan secara utuh isi pikirannya sehingga peneliti perlu memberikan pertanyaan lebih lanjut mengenai hasil tulisan yang ada dalam form ABC agar isi pikiran N dapat tergali lebih dalam.

Setelah memberikan pertanyaan lanjutan untuk memperjelas hasil tugas rumah N, peneliti kemudian memberikan penjelasan bahwa isi pikiran N merupakan bentuk *catastrophication* dimana isi pikiran N membuat N merasa akan mengalami kondisi terancam yang hebat seperti N merasa suami akan berpaling pada wanita lain setiap kali ia bertemu dengan mantan pacar suaminya. Setelah memberikan edukasi mengenai bias kognitif yang terjadi pada N, peneliti kemudian memasuki tahap *developing new perspectives*. Pada tahap ini, peneliti mengajak N untuk membaca kembali hasil tugas rumah yang dibuatnya. Pada bagian dimana N merasa bahwa suaminya tidak suka lagi terhadapnya karena dirinya sakit, peneliti mencoba memberikan pertanyaan yang merujuk pada ada atau tidaknya bukti yang mendukung isi pikiran N. Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan peneliti seperti “apa yang menyebabkan anda berpikir demikian?”, “apakah ada perubahan sikap dari suami anda akhir-akhir ini?”. Ketika N bercerita mengenai pertengkarnya dengan suami serta N sering merasa curiga suami berbohong kepadanya, peneliti memberikan pertanyaan seperti “apakah ada bukti konkrit yang mendukung kecurigaan anda?”. Ketika N bercerita kembali mengenai mantan pacar suaminya, peneliti memberikan pertanyaan, “bagaimana reaksi suami anda ketika bertemu dengan mantan pacarnya?”, saat itu N menjawab “suami aku biasa aja sih...”. N juga mengatakan bahwa ia tidak menemukan bukti-bukti yang mendukung kecurigaannya selama ini, “emang sih gak ada bukti yang mengarah kesana, duit tetep dikasih tiap bulan, handphone juga aku cek ga ada apa-apanya. Dia juga kalo lagi nelpon lama gitu suka ngasih tau sih siapa yang nelpon”.

Ketika N ditanya apakah masih sering berpikir bahwa dirinya akan cepat meninggal, N mengatakan masih terutama ketika ia sedang bertengkar dengan suaminya. Kemudian peneliti bertanya “apakah ada hal dari diri anda yang dapat menjadi alasan bagi suami untuk berpisah dari anda?”. Peneliti mencoba memberikan perspektif baru bahwa N merupakan seorang istri yang masih dapat memenuhi kewajibannya sebagai istri dimana ia masih dapat bekerja dan masih dapat mengurus anak sekaligus walaupun ia berada dalam kondisi sakit. Sedangkan, keyakinan bahwa ia akan mati cepat dengan mengajak N melihat kondisi orang tuanya saat ini dimana mereka memiliki DM namun masih dapat bertahan hidup kurang lebih 20 tahun sejak divonis menderita DM. Peneliti juga mengajak N untuk melawan pikiran

negatif yang tiba-tiba muncul dengan melatih bertanya pada diri sendiri “untuk apakah hal ini saya pikirkan?” sehingga diharapkan dari hal ini N dapat memilih dengan lebih baik hal yang penting untuk dipikirkan dan hal yang tidak penting untuk dipikirkan. Pada akhir sesi, peneliti meminta N untuk mengisi form ABC kembali untuk mengetahui apakah ada perubahan terhadap pikiran negatif N setelah sesi 4.

### **C. Analisis sesi 4**

Pada sesi ini peneliti mencoba meluruskan NATs yang terjadi dengan memberikan mencoba memberikan pandangan yang baru kepada N mengenai masalahnya. Pada sesi ini, peneliti memberikan edukasi terlebih dahulu kepada N untuk menambah pengetahuan mengenai kerja kognitif yang terjadi pada dirinya.

Pada sesi ini, peneliti lebih banyak menggunakan teknik untuk mencari bukti-bukti yang mendukung dan tidak mendukung pikiran negatif N. Pada saat peneliti mencoba bertanya kepada N apakah ada perubahan sikap pada suami atau adakah hal-hal yang mengarahkan pada kesimpulan bahwa suami akan meninggalkan dirinya, pada akhirnya N dapat menyimpulkan sendiri bahwa isi pikirannya salah karena tidak adanya bukti yang menguatkan, “iya sih memang tidak ada hal yang mengarah kesana...”. Ketika N diajak berpikir mengenai kemungkinan alasan yang dapat digunakan suami untuk berpisah, N menjawab “iya juga ya, aku kan masih bisa kerja, walaupun sakit tapi aku kan masih bisa ngurus anak”.

Selain mengenai suami, peneliti juga mencoba meluruskan NATs pada N mengenai kondisi sakitnya yang akan menyebabkan ia cepat mati. Peneliti berusaha meluruskan dengan mengajak N untuk melihat fakta bahwa masih ada orang yang dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama meskipun mengidap penyakit tersebut. Orang yang dijadikan peneliti sebagai rujukan N adalah orang tua N sendiri dimana mereka sudah mengidap sakit DM selama 20 tahun namun tetap dapat bertahan. Peneliti juga mengajak N untuk melihat aktivitas orang tua N dengan lebih detail seperti orang tua N walaupun menderita DM namun masih dapat bekerja sehingga masih dapat membesarkan anak-anaknya. Selain itu, peneliti juga mengajak N untuk melihat kondisi fisik N saat ini. Walaupun N divonis DM pada usia muda namun secara fisik kondisi N masih bagus. Walaupun terkadang pusing dan badan sering pegal namun fungsi tubuh masih dapat berjalan dengan baik. Peneliti mencoba membandingkan kondisi fisik N dengan kondisi pengidap DM lainnya yang tubuhnya sudah mengalami kelumpuhan atau komplikasi. Peneliti mencoba meyakinkan N bahwa kondisi fisiknya saat ini masih jauh lebih baik dibandingkan dengan kondisi fisik penderita DM lain karena N masih dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara normal. Saat diyakinkan bahwa

dirinya sebenarnya masih berada dalam kondisi baik, N menanggapi dengan “iya sih...aku juga sebenarnya masih bisa kerja...masih bisa mondar-mandir...”. Pada akhir sesi, peneliti mencoba memberikan saran kepada N manakala pikiran negatif tersebut muncul, N sebaiknya segera bertanya kepada diri sendiri “untuk apakah hal ini saya pikirkan?”. Dari pertanyaan ini diharapkan N dapat memilah isi pikirannya antara hal yang penting untuk dipikirkan dan hal yang tidak penting untuk dipikirkan.

#### **V.1.1.5 Pertemuan 5 : Review Diary Monitoring dan Relapse Management**

##### **A. Observasi Umum**

Pada sesi ini, N terlihat lebih banyak tersenyum dibandingkan dengan sesi-sesi sebelumnya. Sesi dilakukan di rumah N pada malam hari. Selama sesi berlangsung N seringkali mengatakan bahwa dirinya merasa lelah karena selesai bekerja. Meskipun demikian, N merasa dirinya lebih baik setelah bekerja.

Pada sesi ini, N tidak mengerjakan tugas rumah yang diberikan pada sesi sebelumnya karena menurutnya sejak pertemuan ke-4 pikiran negatif sudah berkurang sehingga secara umum pikiran N lebih tenang. Oleh karena itu, tidak ada pikiran negatif yang ditulis N pada form ABC.

##### **B. Pelaksanaan Sesi 5**

Pada sesi ini, N tidak mengerjakan tugas rumah yang diberikan. N tidak mengerjakan tugas rumah yang diberikan karena sejak pertemuan ke-4 hingga pertemuan ke-5, N merasa dirinya lebih tenang dari sebelumnya, “dari pertemuan terakhir aku ngerasanya lebih tenang, ga terlalu banyak mikirin pikiran negatif aku...”. Ketika ditanya apa yang membuat dirinya lebih tenang, N menjawab “aku coba ikutin saran dokter (peneliti)...tiap kali mulai muncul pikiran negatif aku mikir, ‘ngapain sih aku mikir kayak gini?’ ya..ujung-ujungnya jadi ‘udah ah gak penting’”. N juga menambahkan bahwa ia sempat memikirkan kembali bahwa dirinya sebagai istri sebenarnya masih memiliki kemampuan untuk menjalankan kewajibannya, “aku mikir...aku kan masih bisa kerja...aku juga masih bisa ngurus anak...ya kalo misalnya nanti suami aku mau ninggalin aku ya udah..aku bisa sendiri kok”. Setelah N berpendapat seperti itu, peneliti mencoba memberikan pertanyaan kembali mengenai apakah ada bukti-bukti bahwa suaminya akan meninggalkannya. Sekali lagi N menjawab “iya ga ada sih...”. Peneliti pada akhirnya meluruskan kembali pemahaman bahwa suaminya tidak memiliki alasan untuk meninggalkan N karena ia masih memiliki kemampuan untuk menjalankan kewajibannya sebagai istri. N kemudian mengatakan bahwa “iya sih emang ga ada tanda-tanda kesitu”. N

juga mengatakan “iya dok...setelah dicoba untuk mikir ‘ngapain sih aku mikir kayak gini?’ aku jadi ga terlalu emosi lagi kalo ketemu mantan pacar suami aku, dada tuh rasanya udah gak se-sesak dulu, pas ketemu dia ya dok, aku tuh mikirnya ‘ngapain aku mikirin dia?’” (Sembari memperlihatkan ekspresi tidak suka). Setelah N selesai bercerita mengenai kondisinya sejak pertemuan ke-4, peneliti memasuki tahap *relapse management*.

Pada tahap ini, peneliti mengajak N untuk merefleksikan hal-hal apa saja yang sudah ia pelajari selama proses intervensi berlangsung. Selama proses intervensi, N mengatakan bahwa ia belajar menggunakan teknik-teknik mengendalikan isi pikiran, “aku jadi belajar pake teknik-teknik yang dokter ajarin, kayak menjaga pikiran harus positif, terus menyibukkan diri...”. Peneliti kemudian bertanya kembali, bila mengalami sakit yang lain, apa yang akan N lakukan. Kemudian N menjawab “berobat terus dilawan pikiran negatifnya”.

### C. Analisis sesi 5

Pada pertemuan ini N merasa dirinya sudah lebih baik dibandingkan dengan pertemuan-pertemuan sebelumnya sehingga ia tidak mengerjakan tugas rumah yang diberikan. Hal ini membuat peneliti harus memberikan pertanyaan mengenai kondisinya saat ini. Dari hasil penggalian peneliti, N sudah dapat mengendalikan isi pikirannya dengan lebih baik meskipun pada beberapa hal, N kurang dapat menangkap maksud peneliti. Ketika peneliti mengajak N untuk memikirkan apakah dirinya masih dapat menjalankan kewajibannya sebagai istri, pada akhirnya N hanya sampai pada kesimpulan bahwa dirinya mampu menjalani kehidupan sendiri walaupun tanpa bantuan suaminya. Pada satu sisi, hal ini meningkatkan *self-efficacy* N dimana ia merasa mampu menjalankan aktivitas seperti istri-istri lain yang tidak mengalami sakit. Namun disisi lain, N tidak berhasil menangkap maksud peneliti bahwa karena N masih memiliki kemampuan untuk menjalankan kewajibannya sehingga suami N tidak memiliki alasan untuk berpisah dari N. Oleh karena itu, peneliti perlu meluruskan pandangan N kembali pada sesi ini.

Pada tahap *relapse management*, N cukup mampu untuk merefleksikan apa yang sudah ia pelajari selama proses intervensi. Berdasarkan teori belajar pada orang dewasa dari Lewin, terdapat 4 tahapan yang harus dilewati oleh orang dewasa agar dapat belajar secara efektif yaitu pengalaman, observasi, konseptualisasi, dan perencanaan. selama intervensi berlangsung, N memiliki pengalaman bagaimana meluruskan NATs yang ada dalam pikirannya. N juga dapat mengobservasi dirinya dan pikiran-pikirannya sehingga ia mengetahui bahwa isi pikirannya adalah negatif dan harus dikendalikan. N juga mampu mengkonseptualisasi apa yang ia pelajari dari pengalamannya mengikuti proses intervensi

yaitu meluruskan NATs dengan teknik-teknik yang sudah dipelajari seperti berusaha berpikir positif, mencari kesibukan, bertanya pada diri. N juga mampu membuat perencanaan walaupun belum secara detail bilamana ia mengalami hal yang sama dengan kondisinya saat ini dimana ia mengalami sakit kronis. Hal ini tercermin dari jawaban yang ia lontarkan bila ia menghadapi situasi yang sama lagi, ia akan mengambil langkah berobat dan meluruskan NATs yang muncul akibat dari sakit yang dialaminya.

#### **V.1.1.6 Pertemuan 6 : Manajemen Coping dan Terminasi**

##### **A. Observasi Umum**

Pertemuan terakhir ini dilakukan di rumah N pada pagi hari sebelum N berangkat kerja. Pada pertemuan ini, N terlihat mengantuk dan mengenakan daster. Pertemuan ini bertujuan untuk mengenalkan N pada jenis-jenis coping stress sehingga diharapkan N dapat mengenali alternatif bentuk coping dan mengenali coping yang biasa ia gunakan. Pada saat pemberian penjelasan mengenai coping, N tampak mengangguk-ngangguk beberapa kali. N juga sering memberikan komentar di tengah-tengah penjelasan sehingga penjelasan peneliti terpotong-potong. Meskipun demikian, N terlihat memahami penjelasan yang peneliti berikan.

##### **B. Pelaksanaan Sesi**

Pada sesi ini, peneliti memberikan penjelasan mengenai jenis-jenis coping stress. Peneliti menjabarkan bahwa coping stress pada umumnya terdiri dari tiga jenis yaitu *problem focused coping*, *emotion focus coping*, dan *religious coping*. Pada *problem focused coping*, orang biasanya berfokus pada pencarian solusi dari masalah yang dihadapi. Pada *emotions focused coping*, orang biasanya fokus pada bagaimana emosi negatif yang dirasakan dapat berkurang. Sedangkan *religious coping* mengedepankan pendekatan-pendekatan religi dalam menghadapi masalah.

Pada saat penjelasan berlangsung, peneliti juga memberikan contoh dari tiap-tiap jenis coping. Pada saat peneliti memberikan contoh *emotions focused coping* yang seperti menangis, bercerita pada orang lain, dan sebagainya, N sering kali memotong penjelasan peneliti. “iya tuh nangis, sedih, mengurung diri...emang emosi sih...” kata N ketika ia memotong pembicaraan peneliti. N juga menambahkan “kalo aku mah paling nangis, berdoa ya Rabb supaya dikasih kesabaran, shalat gitu...”. Peneliti kemudian menjelaskan bahwa hal itu merupakan contoh dari *religious coping*. Pada sesi ini peneliti mencoba mengarahkan N untuk lebih dapat melihat jenis *problem focused coping* dengan memberikan contoh dari permasalahan yang dihadapinya. N terlihat diam sejenak kemudian berkata “oh iya

ya...harusnya ga boleh banyak fokus ke emosi ya...”, peneliti kemudian mengajak N untuk mengidentifikasi jenis coping yang dominan selama ini ia gunakan. Setelah dijabarkan mengenai contoh coping “ooo iya...aku banyak fokus ke emosi sih ya...abis kepikiran yang enggak-enggak mulu...”. Setelah N terlihat sudah memahami maka peneliti melakukan terminasi dengan N.

Pada tahap terminasi, peneliti mencoba membuat kesimpulan dari proses intervensi yang telah berlangsung. Peneliti membuat kesimpulan bahwa NATs yang terjadi pada N bersumber dari sakit DM yang dideritanya. N memiliki NATs bahwa dirinya akan cepat mati sehingga menimbulkan kekhawatiran-kekhawatiran pada dirinya. Oleh karena itu, NATs ini perlu untuk dibenahi dengan menggunakan teknik-teknik seperti mencari bukti-bukti yang mendukung dan tidak mendukung NATs N. N juga dapat menggunakan teknik mempertanyakan isi pikirannya sendiri sehingga ia dapat memilah-milah isi pikiran yang penting dan tidak penting. Secara umum, efek yang didapat N dari proses intervensi yang dilakukan yaitu emosi lebih tenang dan kemunculan NATs berkurang.

Setelah menyimpulkan proses intervensi yang diberikan, peneliti mencoba menggali kebermanfaatan dari proses intervensi yang diberikan. N mengatakan bahwa kebermanfaatan lain yang ia dapatkan dari proses intervensi yaitu adanya tempat berbagi, dan bertambahnya pengetahuan N mengenai kondisi dirinya serta menstimulus N untuk lebih sering mengevaluasi diri. Setelah peneliti mencoba menggali kebermanfaatan dari intervensi yang dilakukan, peneliti memberikan post-test pada N. Pada post-test ini, N mengerjakan dalam waktu yang lebih singkat dibandingkan dengan pre-test.

### **C. Analisis Sesi 6**

Pada sesi ini, N terlihat tampak mudah memahami jenis-jenis coping stress yang diberikan peneliti. N juga dapat mengidentifikasi jenis coping yang biasanya ia gunakan dalam menghadapi masalah. N juga dapat memahami bahwa terlalu fokus dengan coping emosi tidak baik bagi dirinya karena hanya memberikan ketenangan sesaat dan tidak menyelesaikan masalah.

Selain itu, N juga memperoleh kebermanfaatan lainnya seperti adanya tempat untuk berbagi, dapat mengenali kondisi dirinya dengan lebih baik dan terstimulus untuk lebih sering mengevaluasi diri. N juga belajar mendapatkan teknik-teknik untuk mengendalikan isi pikirannya sehingga ia dapat memilah-milah isi pikiran yang penting untuk dipikirkan dan tidak. Secara keseluruhan, pada setiap sesi, N cukup kooperatif, terbuka dan bersedia menerima masukan yang peneliti berikan.

## **V.1.2 Proses Intervensi Partisipan M**

### **V.1.2.1 Pertemuan I : Psikoedukasi, pengenalan program, dan Menggali Informasi**

#### **A. Observasi umum**

Pada pertemuan ini, M menggunakan baju yang sama seperti pertemuan sebelumnya. Pada pertemuan ini, M kembali membawa cucu perempuannya. Pada saat M diberikan psikoedukasi mengenai sakit DM dan pengaruh stress terhadap penyakit, M memperhatikan dengan baik. Ketika diberikan animasi, M beberapa kali mengganggu dan mengajukan pertanyaan.

Setelah M diberikan psikoedukasi, M kemudian diperkenalkan pada program intervensi yang akan dilakukan. M mengganggu tanda setuju dan bersedia mengikuti intervensi. M memberikan beberapa pertanyaan terkait program intervensi yang ditawarkan peneliti.

Setelah peneliti memberikan penjelasan mengenai program yang akan dilaksanakan, peneliti kemudian menggali lebih dalam masalah M. pada saat penggalian masalah, M sudah tidak lagi terlihat berkaca-kaca. M dapat berbicara dengan lancar dan mudah dimengerti. M juga sesekali mengganggu dalam berbicara. Secara umum, M saat ini dalam kondisi lebih tenang dibandingkan dengan pertemuan sebelumnya.

#### **B. Pelaksanaan Sesi**

##### **1) Psikoedukasi**

Pada pertemuan ini, M diberikan pemahaman terlebih dahulu mengenai penyakitnya. Peneliti memberikan animasi proses terjadinya penyakit DM dalam tubuh dan hubungannya dengan stress. Pada saat diberikan animasi, M lebih banyak terpaku pada warna dari gambar animasi. Beberapa kali M bertanya “jadi yang warnanya ungu yang menyerap gula ya?”. Selama diberikan penjelasan, M banyak mengganggu. Setelah animasi diberikan, M dipersilahkan untuk memberikan pertanyaan. M tidak mengajukan pertanyaan apa pun kepada peneliti setelah animasi diberikan.

##### **2) Penjelasan Program**

Setelah psikoedukasi selesai diberikan, M kemudian diberikan penjelasan mengenai program intervensi yang akan dilakukan. M mengganggu-nganggu ketika diberikan penjelasan mengenai program intervensi. M hanya memberikan pertanyaan, “jadi ibu perlu membuat apa gitu ga?”. Kemudian peneliti menjelaskan bahwa M tidak perlu membawa apa-apa.

### 3) Penggalan Masalah

Setelah psiko edukasi diberikan, peneliti menggali informasi lebih lanjut mengenai kondisi M saat ini. M mengatakan bahwa dirinya sering merasa sedih terutama bila ia tidak memiliki uang untuk berobat ke puskesmas. “kalo ibu lagi ga punya uang, ibu suka sedih...mau berobat susah, mau beli ini-itu ga bisa, apalagi sejak ibu udah ga punya penghasilan...kita kan orang sakit ga punya penghasilan kalo mau berobat harus minta sama yang lain”. M juga menjelaskan ia bingung bagaimana menutupi kebutuhan sehari-hari karena suaminya hanya supir kopaja dan anak bungsunya baru saja berhenti bekerja. “ibu bingung...suami ibu kan cuma sopir, itu kan penghasilannya ga tetap...apalagi sekarang...setelah motor banyak, orang pada beli motor...penghasilan berkurang...bisa dapat setengah dari penghasilan dulu aja udah syukur Alhamdulillah...ini makanya suami ibu mau berhenti jadi sopir”.

Lebih lanjut ia menjelaskan dikarenakan ia tidak memiliki uang yang cukup, ia jadi sering merasa sedih dan pesimis bahwa dirinya dapat bertahan lama. “boro-boro buat berobat...buat keperluan sehari-hari aja ibu udah susah ...makanya ibu sering ngerasa kayaknya ibu bakal cepet mati...abis gimana ya...ya kita kan orang sakit...”. Ketika peneliti hendak menggali masalah M lebih jauh, M tampak hendak pergi. M mengatakan bahwa ia ada keperluan lain sehingga sesi harus diakhiri.

### C. Analisis Sesi 1

Pada sesi ini penggalan masalah lebih banyak mengarah pada kesulitan ekonomi. M banyak mengeluhkan mengenai kondisi ekonominya yang juga berpengaruh terhadap persepsinya mengenai penyakitnya. M beranggapan bahwa karena sulitnya ia mendapatkan uang untuk berobat maka ia merasa dirinya akan cepat mati. Hipotesa sementara dari peneliti mengenai kasus M yaitu kesulitan ekonomi menyebabkan M merasa pesimis dan memiliki persepsi bahwa dirinya tidak akan bertahan lama. Rasa pesimis dan anggapan bahwa dirinya tidak akan bertahan lama inilah yang menyebabkan M mudah tersinggung dan mudah memiliki pikiran-pikiran negatif.

## V.1.2.2 Pertemuan 2 : Menggali Informasi

### A. Observasi Umum

Pertemuan ini dilakukan di rumah M. M menyambut peneliti tanpa menggunakan jilbab dan terlihat seperti orang baru bangun tidur. Selama pertemuan, M lebih banyak bercerita mengenai kesulitan ekonomi yang dialaminya serta rencana-rencananya untuk

membantu ekonomi keluarga. M tidak menampilkan ekspresi emosi negatif seperti pertemuan-pertemuan sebelumnya.

### **B. Pelaksanaan Sesi**

Pada pertemuan ini, M lebih banyak bercerita mengenai kondisinya saat ini yang mengalami kesulitan ekonomi. M juga menyampaikan rencana-rencananya untuk membantu ekonomi keluarga. “anak bungsu udah ga kerja, suami juga mau berhenti kerja...cuma kemarin ibu bilang ga usah berhenti kerja dulu karena nyari kerja sekarang susah...”. Ia juga menyampaikan bahwa ia memiliki rencana untuk membuka warung, “ibu sih rencananya mau minjem modal barang 200-300 ribu buat beli etalase bekas yang dari kaca itu loh...ibu sih kemarin udah nitip sama temen ibu yang suka jualan di pasar kalo ada etalase bekas yang harganya 200-300 ribu, ibu mau...nantikan ibu bisa jualan apa gitu di rumah mungkin jualan nasi uduk atau gorengan ...yah...apa ajalah...”.

Ketika peneliti mencoba menggali pikiran negatifnya, M menjawab “ibu mah sekarang udah pasrah aja...yang penting ibu sekarang usaha...daripada mikirin yang negatif mulu”. Ia juga menambahkan “ibu kalo lagi ga ada duit ya...pasrah aja...mau sakit gimana ya pasrah aja...”.

### **C. Analisis Sesi**

Dari pertemuan kedua peneliti menyimpulkan bahwa masalah utama yang sedang dihadapi M saat ini adalah masalah ekonomi. Meskipun M memiliki keterbatasan ekonomi dan dalam kondisi mengidap penyakit kronis namun hal ini sudah tidak lagi membuat M merasa terganggu. M saat ini sudah lebih optimis dari pertemuan-pertemuan sebelumnya serta sudah ada penerimaan terhadap kondisi dirinya saat ini. Oleh karena itu, peneliti menyimpulkan bahwa M tidak memerlukan intervensi lebih lanjut.

## **V.2 Hasil Penelitian dan Analisis**

Pada subbab ini akan dijelaskan mengenai analisis dan hasil penelitian untuk menjawab permasalahan dari penelitian ini yaitu apakah pendekatan *Cognitive Behavior Therapy* mampu mengubah NATs pada pasien diabetes mellitus tipe 2 yang mengalami depresi ?.

### **Hasil Penelitian dan Analisis Klien N**

#### **A. Analisa Kuantitatif**

Pengambilan data kuantitatif diambil dengan menggunakan *Beck's Depression Inventory* yang diberikan sebelum intervensi dilakukan (pre-test) dan setelah intervensi dilakukan (post-

test). Berdasarkan hasil pre-test dan post-test terlihat terdapat penurunan skor depresi pada N. Hasil pre-test menunjukkan skor 11 sedangkan hasil Post-test menunjukkan hasil skor 7. Meskipun kedua skor berada dalam golongan yang sama yakni berada dalam golongan depresi ringan-sedang namun penurunan skor menunjukkan adanya tingkat intensitas depresi yang berkurang dalam diri partisipan.

**Tabel 5.2 Perbandingan Pre-Test dan Post-Test N**

No item	Kriteria	Pre-test	Post-Test
1	<i>Sadness</i>	1	0
2	<i>Pessimism</i>	0	0
3	<i>Sense of failure</i>	0	0
4	<i>Dissatisfaction</i>	1	1
5	<i>Guilt</i>	0	0
6	<i>Expectation of punishment</i>	0	0
7	<i>Self-dislike</i>	0	0
8	<i>Self-accusation</i>	1	0
9	<i>Suicidal ideas</i>	0	0
10	<i>Crying</i>	1	0
11	<i>Irritability</i>	1	1
12	<i>Social withdrawal</i>	0	0
13	<i>Indesiciveness</i>	0	0
14	<i>Body image change</i>	0	2
15	<i>Work retardation</i>	1	0
16	<i>Insomnia</i>	3	0
17	<i>Fatigability</i>	1	1
18	<i>Anorexia</i>	0	1
19	<i>Weight loss</i>	0	0
20	<i>Somatic preoccupation</i>	1	1
21	<i>Loss of libido</i>	0	0

Dari hasil pengukuran yang dilakukan sebelum dan sesudah intervensi, terlihat perubahan dalam beberapa kriteria depresi berdasarkan BDI. Perubahan yang terjadi terdapat pada kriteria *sadness*, *self-accusation*, *crying*, *body image change*, *work retardation*, *insomnia*, *anorexia*. Sebelum intervensi dilakukan, N cenderung untuk menyalahkan dirinya atas segala hal yang terjadi dalam hidupnya (*self-accusation*) terutama karena kondisi dirinya yang mengidap DM tipe 2. Setelah intervensi dilakukan, kecenderungan N untuk menyalahkan dirinya sendiri berkurang. Hal ini terlihat dari penurunan skor *self-accusation* sebanyak 1 poin. Kecenderungan *self-accusation* yang menurun ini juga berpengaruh terhadap menurunnya rasa sedih yang dirasakan N.

Sebelum intervensi dilakukan, N cenderung sering merasa sedih (*sadness*) terhadap kondisi hidupnya. Setelah intervensi dilakukan, intensitas rasa sedih N berkurang yang diindikasikan dengan berkurangnya skor *sadness* sebanyak 1 poin. Penurunan kesedihan ini juga sejalan dengan perubahan intensitas N untuk menangis (*crying*) yang mengalami penurunan 1 poin setelah intervensi dilakukan.

Kriteria lain yang mengalami penurunan yaitu *work retardation* dan *insomnia*. *Work retardation* mengalami penurunan sebanyak 1 poin. Hal ini dipengaruhi oleh N yang sudah kembali bekerja selama proses intervensi berlangsung. N yang kembali bekerja, membuat dia merasa dirinya kembali berguna karena memiliki penghasilan. *Insomnia* N juga berkurang sebanyak 3 poin. Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh kondisi N yang tidak lagi menyalahkan diri menyebabkan kesedihan berkurang sehingga membuatnya lebih tenang dan dapat tidur dengan baik.

Kriteria lain yang mengalami peningkatan terdapat pada kriteria *body image change* dan *anorexia*. Kedua kriteria ini saling berkaitan dimana N merasa ada perubahan-perubahan permanen pada dirinya yang menyebabkan ia tidak menarik. Perubahan diri yang dirasakan N kemungkinan disebabkan sakit yang dialaminya sehingga ia merasa berbeda dari orang lain. Perasaan tidak menarik ini mempengaruhi perilaku makan N yang tidak sehat (*anorexia*).

## **B. Analisa Kualitatif**

### **i) Perubahan NATs pada N**

Sebelum proses intervensi dimulai, N memiliki NATs dan kekhawatiran yang menurutnya disebabkan karena penyakitnya. N memiliki pikiran bahwa dirinya akan cepat mati. Hal ini membuat N merasa khawatir akan kehilangan banyak hal. Ia merasa khawatir suaminya akan meninggalkan dirinya, selain itu ia juga mencemaskan anaknya yang masih kecil bila ia meninggal. N juga sering merasa cemburu bila ia bertemu dengan mantan pacar suaminya. Ia khawatir suaminya akan berpaling ke mantan pacarnya karena ia sakit.

Setelah proses intervensi berjalan, N merasa sudah mulai ada perubahan dalam pikirannya. N mencoba meluruskan NATs-nya ketika pikiran tersebut muncul. N juga terlihat lebih optimis bahwa dirinya dapat bertahan lebih lama setelah melihat kembali kondisi orang tuanya. Disisi lain, N merasa memiliki kemampuan yang cukup untuk dapat menjalankan perannya sebagai istri dan ibu meskipun dirinya mengidap penyakit. Dalam hal ini, *self-efficacy* N meningkat. Selain itu, NATs N berkurang setelah N mencoba berlatih untuk mempertanyakan isi pikirannya sendiri. Kemunculan NATs N yang berkurang membuat N merasa lebih tenang dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

Selain itu, N juga belajar untuk mengenali proses kognitif yang terjadi dalam pikirannya sehingga kemunculan NATs dapat ia kontrol dengan cepat. N juga mengenali coping stress yang selama ini sering ia gunakan yaitu *emotions focused coping*.

**Tabel 5.3 Perubahan NATs pada N**

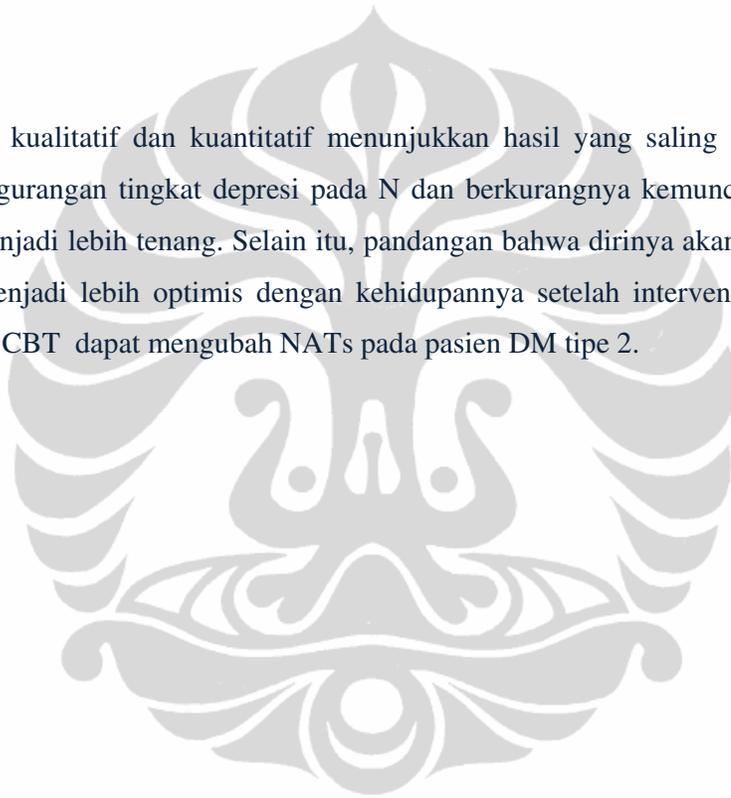
NATs	Counter	Hasil
Cepat mati karena DM	<p>1) Banyak penderita DM yang dapat hidup lama, contoh : orang tua N.</p> <p>2) Mengajak N untuk melihat kondisi fisiknya yang sebenarnya masih baik sehingga memungkinkan ia beraktivitas normal.</p>	<p>“iya sih...aku juga sebenarnya masih bisa kerja...masih bisa mondar-mandir...”.</p>
Suami akan meninggalkan dirinya karena ia sakit	<p>1) Mengajak N melihat apakah ada bukti-bukti yang menunjukkan suami akan meninggalkannya.</p> <p>2) Mengajarkan N untuk bertanya kepada dirinya apa kegunaan pikiran negatif yang muncul dalam pikirannya.</p> <p>3) Mengajak N untuk melihat apakah suaminya memiliki alasan untuk meninggalkannya karena N masih bisa melakukan kewajibannya sebagai istri.</p>	<p>“iya sih emang ga ada tanda-tanda kesitu”.</p> <p>“iya dok...setelah dicoba untuk mikir ‘ngapain sih aku mikir kayak gini?’ aku jadi ga terlalu emosi lagi kalo ketemu mantan pacar suami aku, dada tuh rasanya udah gak se-sesak dulu, pas ketemu dia ya dok, aku tuh mikirnya ‘ngapain aku mikirin dia?’”.</p> <p>“iya juga ya, aku kan masih bisa kerja, walaupun sakit tapi aku kan masih bisa ngurus anak”.</p>

**ii) Hal-hal yang N Dapatkan dari Sesi Terapi**

Dari sesi-sesi terapi yang dilakukan, N mendapatkan manfaat seperti N memperoleh tempat untuk mengeluarkan isi hatinya. N juga bisa mendapatkan cara-cara yang membantunya mengontrol isi pikirannya sehingga dirinya menjadi lebih tenang. Disisi lain, N juga menjadi lebih sering mengevaluasi diri. N juga menjadi paham akan penting berpikir positif agar kondisi diri tenang. N belajar bahwa untuk menjaga pikiran maka pikiran harus dilatih untuk berpikir positif. Selain itu, N belajar untuk mengurangi kemunculan NATs dengan menyibukkan diri.

**C. Kesimpulan**

Analisa hasil kualitatif dan kuantitatif menunjukkan hasil yang saling mendukung dimana terdapat pengurangan tingkat depresi pada N dan berkurangnya kemunculan NATs yang membuat N menjadi lebih tenang. Selain itu, pandangan bahwa dirinya akan cepat mati berkurang dan N menjadi lebih optimis dengan kehidupannya setelah intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa CBT dapat mengubah NATs pada pasien DM tipe 2.



## **BAB VI**

### **DISKUSI**

Pada bagian ini akan dibahas mengenai keefektifan dan hal-hal yang menghambat intervensi sehingga terjadi ketidaksesuaian antara perencanaan peneliti dengan pelaksanaan.

#### **VI.1 Pelaksanaan Intervensi**

Pelaksanaan intervensi secara umum berjalan sesuai dengan yang telah direncanakan peneliti. Meskipun demikian terdapat beberapa hal yang menghambat proses intervensi. Pada awalnya, intervensi direncanakan untuk menggunakan 2 partisipan. Hanya saja, setelah proses penggalian lebih lanjut mengenai permasalahan pada partisipan M, ditemukan bahwa sumber NATs M bukan karena penyakit DM yang dideritanya melainkan karena kondisi ekonomi yang membuatnya sulit berobat. Selain itu, terjadi perubahan yang cukup baik pada partisipan M dalam 3 kali pertemuan dengan peneliti, yaitu pada tiap pertemuan, M terlihat semakin optimis dan sudah dapat menerima penyakitnya sehingga peneliti menyimpulkan M sudah dalam kondisi baik dan tidak membutuhkan intervensi psikologis. Meskipun M memiliki hambatan ekonomi namun M sudah memiliki solusi untuk memecahkan masalahnya tersebut dengan rencana membuka warung untuk berdagang.

Meskipun demikian, terdapat hal yang perlu menjadi catatan dalam administrasi alat tes BDI pada M. Pada alat ukur BDI, klien diminta untuk memilih pernyataan yang paling sesuai dengan kondisi dirinya (Beck & Steer, 1984). Pada kenyataannya, saat administrasi alat tes berlangsung, peneliti harus membacakan tiap item pada M dan membantu M menuliskan pernyataan yang dipilihnya karena mata M yang sudah cukup rabun sehingga menyulitkannya untuk membaca. Administrasi yang tidak sesuai dengan prosedur yang seharusnya ini dapat mempengaruhi respon-respon M dalam menjawab.

Sedangkan pada partisipan N, proses intervensi yang pada awalnya direncanakan akan dilakukan di RSMASK berpindah ke rumah partisipan. Hal ini membawa keuntungan sekaligus hambatan bagi peneliti. Kondisi klien yang berada di rumah membuat peneliti dapat mengobservasi kondisi klien dalam kehidupan sehari-hari. Disisi lain, kondisi intervensi yang dilakukan di rumah klien membuat klien tidak leluasa untuk bercerita kepada peneliti. Hal ini terlihat ketika klien mengecilkan suaranya manakala suami klien lewat dihadapannya.

Selain itu, waktu intervensi di malam hari membuat klien sudah dalam kondisi cukup lelah walaupun ia masih dapat mengikuti proses intervensi dengan baik. Disisi lain, ketika

peneliti memberikan pertanyaan yang memancing klien untuk berpikir, klien membutuhkan waktu lama bagi klien untuk dapat menangkap maksud peneliti.

Klien yang tidak mengerjakan tugas rumah pada sesi 5 menjadi bahan masukan bagi peneliti untuk memberikan instruksi dengan lebih jelas kepada klien sehingga terdapat kesamaan persepsi antara klien dengan peneliti.

## **VI. 2 Keefektifan Intervensi**

Banyak penderita DM yang tidak dapat mengatasi stressnya dengan baik sehingga masuk dalam kondisi depresi (Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993). Oleh karena itu, penanganan stress pada penderita DM perlu dilakukan sebagai bagian dari proses penanganan pada pasien DM. Berdasarkan penelitian sebelumnya, Salah satu teknik yang dapat digunakan untuk membantu penderita DM dalam mengontrol stress yaitu dengan pendekatan *cognitive behavioral therapy* (CBT) (Mitra, 2008). Pendekatan CBT ini membantu penderita DM untuk mengubah perilakunya dan membentuk sudut pandang baru terhadap kehidupan yang lebih realistis, memecahkan permasalahan, serta melihat apa yang penderita pikirkan mengenai kondisinya (Mitra, 2008). Pada intervensi ini, lebih banyak berfokus pada bagaimana partisipan dapat melihat isi pikirannya terkait dengan kondisinya dan membentuk sudut pandang baru.

Keefektifan intervensi diukur melalui hasil pre-test dan post-test dengan menggunakan *Beck's Depression Inventories*. Keefektifan intervensi juga dilihat dari kemunculan NATs selama proses intervensi berlangsung. Selain itu, feedback dari klien mengenai jalannya intervensi juga dapat menjadi ukuran seberapa jauh intervensi yang dilakukan dapat memberikan manfaat.

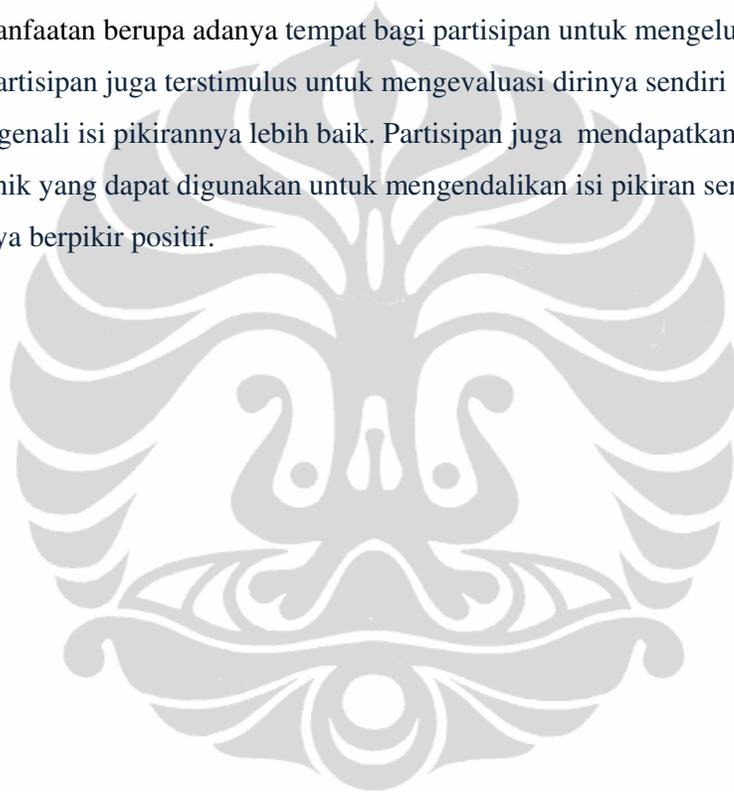
Dari proses intervensi yang telah dilakukan dapat disimpulkan hasil analisa kuantitatif dan kualitatif yang saling mendukung menunjukkan bahwa CBT dapat mengubah NATs pada penderita Diabetes Mellitus tipe 2. Secara kuantitatif, hal ini ditunjukkan dengan penurunan skor *Beck's Depression Inventories* antara pre-test dengan post-test. Pada partisipan N penurunan skor mencapai 5 poin. Meskipun masih berada dalam kategori yang sama yakni depresi ringan-sedang namun penurunan skor ini menunjukkan adanya perubahan tingkat depresi yang dialami oleh N.

Simtom-simtom yang menunjukkan adanya depresi juga berkurang. Banyak orang yang mengeluhkan adanya perasaan negatif yang terus menerus terjadi ketika mereka sedang berada dalam kondisi depresi seperti kemarahan yang terus menerus, menyalahkan orang

lain, dan frustrasi dalam menghadapi hal-hal kecil sekalipun. Selain itu, terkadang orang yang mengalami depresi kehilangan minat untuk beraktifitas (DSM-IV-TR).

Hasil kualitatif menunjukkan adanya emosi yang lebih tenang dan berkurangnya kemunculan NATs pada N setelah intervensi selesai dilakukan. Selain itu, N juga sudah mulai berminat pada aktivitas produktif seperti bekerja. N juga sudah dapat mengabaikan hal-hal kecil yang terjadi didalam kehidupannya sehari-hari sehingga ia kondisi emosinya lebih tenang dibandingkan sebelum intervensi dilakukan.

Selain itu, berdasarkan hasil feedback dari partisipan, pendekatan CBT ini dapat memberikan kebermanfaatan berupa adanya tempat bagi partisipan untuk mengeluarkan isi hatinya. Selain itu, partisipan juga terstimulus untuk mengevaluasi dirinya sendiri sehingga partisipan dapat mengenali isi pikirannya lebih baik. Partisipan juga mendapatkan input mengenai teknik-teknik yang dapat digunakan untuk mengendalikan isi pikiran serta memahami pentingnya berpikir positif.



## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **VII.1 Kesimpulan**

Berdasarkan analisa penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan :

1) Berdasarkan hasil analisa kuantitatif dan kualitatif maka dapat disimpulkan bahwa CBT efektif untuk mengubah NATs pada penderita Diabetes Mellitus tipe 2 yang mengalami depresi. Hal ini ditunjukkan dengan menurunnya skor depresi pada *Beck's Depression Inventory* . Hal ini mengindikasikan terjadinya penurunan tingkat depresi yang dialami oleh partisipan.

2) Dari hasil wawancara dengan partisipan, CBT dapat bermanfaat untuk mengurangi kemunculan NATs serta melatih partisipan untuk dapat mengendalikan isi pikirannya. Hal ini memberikan dampak pada emosi partisipan dimana partisipan lebih tenang dan dapat memilah isi pikirannya. Sesi terapi ini juga dapat memberikan kebermanfaatan dalam bentuk lain bagi partisipan yaitu adanya tempat untuk berbagi dan menstimulus partisipan untuk mengevaluasi diri.

#### **VII.2 Saran**

##### **VII.2.1 Saran Metodologis**

1) Sebaiknya intervensi dilakukan pada waktu partisipan berada dalam kondisi prima dan pada tempat yang membuat partisipan dapat berbicara dengan leluasa.

2) Sebaiknya pertanyaan-pertanyaan yang dibuat dengan menyesuaikan tingkat pendidikan dan sosial ekonomi sehingga partisipan dapat lebih mudah mengerti maksud pertanyaan peneliti.

##### **VII.2.2 Saran Praktis**

1) Sebaiknya sesi ditambahkan untuk melatih partisipan memiliki strategi coping yang lebih efektif.

2) Sebaiknya peneliti menyamakan persepsi dengan partisipan terlebih dahulu bila memberikan input kepada partisipan sehingga perbedaan persepsi antara peneliti dengan partisipan dapat dihindari.

### Daftar Pustaka

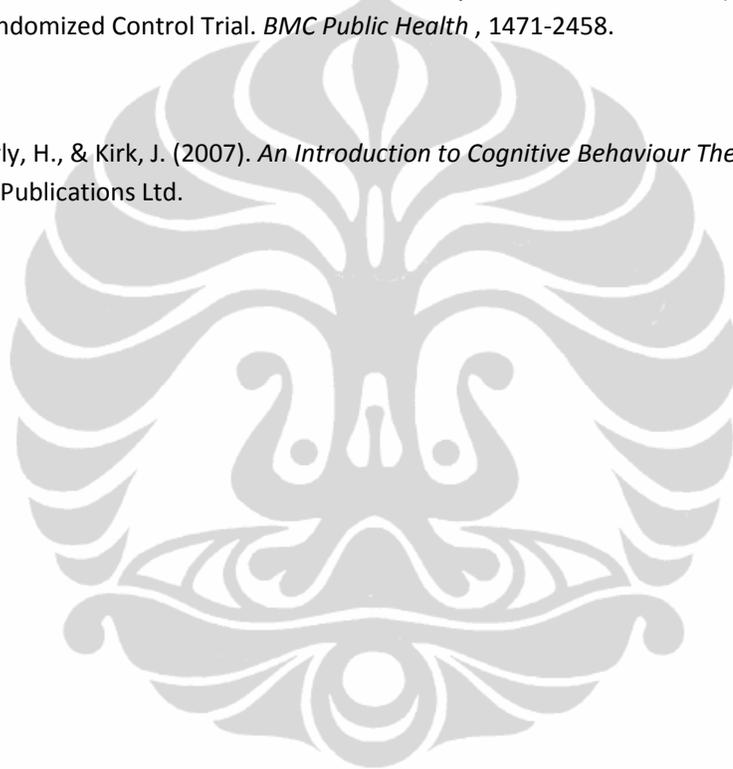
- Association, A. P. (2000). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. Washinton DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A., & Steer, R. (1984). Internal Consistensies of The Original and Revised Beck Depression Inventory. *J Clinical Psychology* , 1365-1367.
- Creswell, J. W. (2003). *Research Design : Qualitative, Quantitative, And Mixed Approaches*. California: Sage Publications, Inc.
- Cukor, D., & Cohen, S. D. (2007). Aspects Of Chronic Disease : ESRD As A Paradigmatic Illness. *Journal Of The American Society Of Nephrology* , 3042-3055.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & M'Kay, M. (2008). *The Relaxation and Stress Reduction Workbook*. Oakland: New Harbinger Publications.
- DePaulo, J. R. (2002). *Understanding Depression What We Know And What You Can Do About It*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. J., & Patterson, T. L. (1993). *Health And Human Behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Koentjaraningrat. (2000). *Metode-Metode Penelitian Masyarakat*. Jakarta: PT Gramedia.
- Lustman, P. J., Griffith, L., & Freedland, K. E. (1998). Cognitive Behavior Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus. *Annals of Internal Medicine* , 129.
- Mitra, A. (2008). Diabetes And Stress : A Review. *Ethno-Med* , 131-135.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2006). *Abnormal Psychology In A Changing World*. New Jersey: Prentice Hall.

Nicassio, P. M., & Smith, T. W. (1996). *Managing Chronic Illness*. Washington DC: American Psychological Association.

Sarafino, E. P. (2002). *Health Psychology Biopsychosocial Interaction*. USA: John Wiley & Sons.

Son, J. V., Nyklicek, I., Pop, V. J., & Pouwer, F. (2011). Testing The Effectiveness of a Mindfulness-Based Intervention to Reduce Emotional Distress In Outpatients With Diabetes (Diamind) : Design of a Randomized Control Trial. *BMC Public Health* , 1471-2458.

Westbrook, D., Kennerly, H., & Kirk, J. (2007). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy*. London: SAGE Publications Ltd.



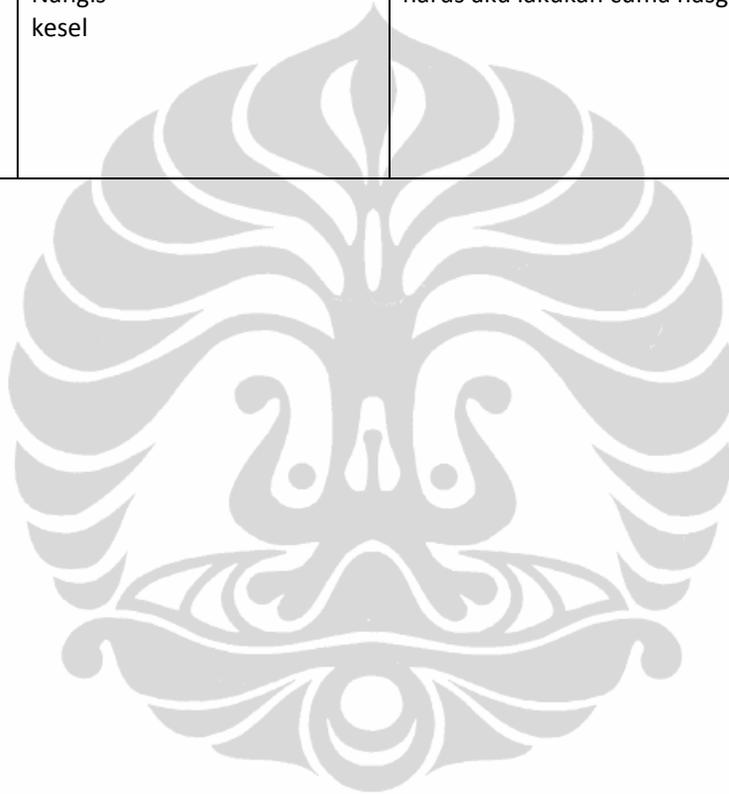


# LAMPIRAN

Hari	Situasi	Emosi	Pikiran	Perilaku
Kamis, 7 juni 2012	Pulang dari Rumah Sehat anakku minta dibelikan gameboy (mainan anak) setelah dibelikan terus dia jajan terus (minta uang) gak berhenti.	Minta jajan terus jadi kesel → anak Marah-marah pusing	Kasian sama anak jadi aku belikan pusing	Pergi belikan game boy daripada nangis
Kamis 7 Juni 2012	Mamaku sakit, aku juga bingung mungkin gulanya naik enggak bangun dari tempat tidur.	Aku kesel Nangis pusing	Aku kasian mama mungkin juga dia enggak punya uang jadi dia banyak pikiran aku sekarang enggak bisa ngasih banyak sedangkan keperluanku banyak	Belikan bubur buat mama/roti, makan Cuma itu yang aku bisa
Jumat 8 Juni 2012	Kesel anak gak mau disuruh ngaji, maunya ditemenin aja, mamanya ngantuk, enggak boleh tidur, harusnya nemenin dia aja. Pengajiannyakan lagi tes , enggak mau ngaji. Tambah mamaku gak bangun-bangun dari tempat tidur(sakit) udah 2 hari gak bangun	aku kesel. Pukulin anakku pake botol. Abis pukulin aku nyesel terus aku nangis ke kamar. Marah-marah. Nangis jadi pusing mikirin orang tua sakit anak minta macam-macam, anak sekolah.	Mungkin darahku naik Gula darah naik kali pusing	Marah-marah sama anak Mukul anak Masuk kamar nangis

Sabtu, 9 Juni 2012	Mamaku belum juga bangun sudah 3 hari sakit	Kesel Marah-marah nangis	Pusing takut mamaku mati	Diam diri di kamar
Minggu 10 Juni 2012	Ketemu mantan pacar suami, aku sedang duduk berdua sama suamiku, dia lewat depan rumah	Marah Kesel Nangis diam	Pusing, takut dia masih mencintai, takut kehilangan, takut ditinggalin, rasanya aku mau pindah rumah, enggak mau disini tapi kemana aku harus pindah, suamiku rumahnya disini, sama sekampung tetangga lagi, harus pindah kemana, rumah enggak punya, ngontrak enggak ada uang.	Diam diri dikamar Diam ga ngomong apa-apa cemberut
Senin 11 Juni 2012	Bapakku sakit Anakku panas masuk angin Aku nangis sama mamaku , kata mama jangan kamu pikirin kamu biar sehat, jangan pikirin mau punya rumah terima apa adanya, sayang badan kamu	Marah Kesel nangis	pusing	diam
	Aku kesal sama suamiku, enggak ada apadia marah-marah gak karuan	Kesal Marah nangis	Apa suamiku enggak sayang aku lagi/mau ninggalin aku, pasrah aja	Diam nangis

Selasa 12 Juni 2012	Anakku panas tinggi dari semalam Suami marah-marah anaknya sakit Aku juga sakit, pusing, meriang, capek	Marah Nangis kesel	Pusing aku enggak tau apa yang harus aku lakukan cuma nasgis	Nangis, bawa ke puskesmas
---------------------	---	--------------------------	--	---------------------------

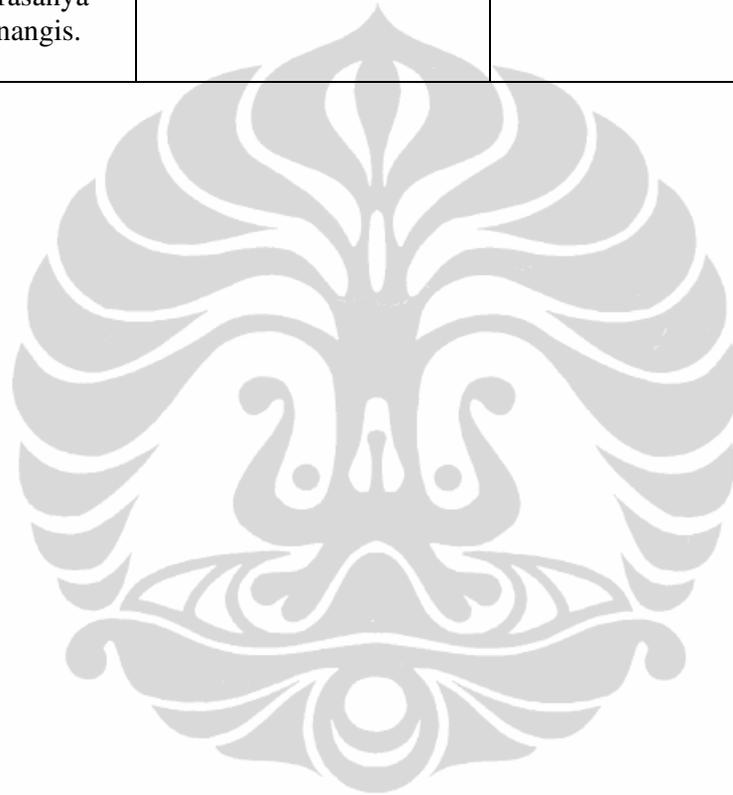


## Lampiran 2. Diary monitoring N pertemuan ke-3

### Diary Monitoring

Hari	Situasi	Emosi	Pikiran	Perilaku
Senin 25 Juni 2012	Hari ini hari pertama aku masuk kerja. Aku merasa berguna, rasanya aku bangkit kembali semangat.	Happy aja.	Senang	Semangat kerja, riang
Selasa 26 Juni 2012	Berantem suami gara-gara aku belum beli lauk nasi, aku kan capek ketiduran	Kesel, marah	Aku kan capek, suami gak ngerti	Langsung aja aku beli lauk sambil marah-marah, kesel
Rabu 27 Juni 2012	Aku sakit, pusing, mual, mungkin masuk angin, kecapekan.	Kesel	Pusing, semoga aku kuat gak lemes	Langsung minum obat, dikerokin Alhamdulillah sehat lagi
Kamis, 28 Juni 2012	Aku pusing banyak kerjaan pulang malam	Marah	Pusing	diam
Jumat ,29 Juni 2012	Aku berantem sama suami gara-gara sepele aja, aku emang salah, suka cemburu tapi suamiku marah	Kesal, marah	Pusing, mudah-mudahan suamiku tetep sayang aku dan anaknya	Diam, nangis
Minggu, 8 Juli 2012	Aku pergi ke saudara aku untuk selamatan rumah habis beli rumah. Aku rasanya sedih, aku kepikiran keinginanaku yang dulu untuk beli rumah yang dulu aku	Kesel, sedih, marah	Apa aku iritapi wajar setiap orang berumah tangga pasti ada untuk kepikiran kebeli rumah punya keluarga yang sakinah mawaddah wa rahmah ingin hidup enak.	Diam, jengkel, marah sama suami, kesel sama suami.

	harapkan. Aku sedih menangis tak terasa air mataku menetes rasanya sakit, hati ini menangis.			
--	---	--	--	--



### Lampiran 3. BDI

#### Beck's Depression Inventory

##### (Sadness)

1. a. saya tidak merasa sedih.  
b. saya merasa murung dan sedih.  
c. saya murung atau sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar dari perasaan-perasaan itu.  
d. saya begitu sedih atau tidak bahagia sehingga rasanya sangat menyakitkan.  
e. saya begitu sedih atau tidak bahagia sehingga saya tidak dapat menahannya lagi.

##### (Pesimism)

2. a. saya tidak amat pesimis atau kecil hati tentang masa depan.  
b. saya merasa kecil hati tentang masa depan.  
c. saya merasa tidak ada apapun juga yang bisa saya harapkan/nantikan.  
d. saya merasa bahwa saya tidak akan pernah dapat mengatasi kesulitan-kesulitan saya.  
e. saya merasa bahwa sama sekali tidak ada harapan di masa depan dan keadaan tidak dapat membaik.

##### (Sense of failure)

3. a. saya tidak merasa seperti orang gagal.  
b. saya merasa telah lebih banyak gagal daripada rata-rata orang pada umumnya.  
c. saya merasa bahwa saya hanya sedikit sekali menghasilkan sesuatu yang bermakna atau ada artinya.  
d. bila saya melihat kembali kehidupan saya, semua yang dapat saya lihat adalah banyaknya kegagalan-kegagalan.  
e. saya merasa orang yang gagal total sebagai pribadi (orang tua, suami, istri, dll).

##### (Dissatisfaction)

4. a. saya tidak sebegitunya merasa tidak puas.  
b. saya merasa bosan hampir sepanjang waktu.  
c. saya tidak menikmati hal-hal seperti dulu biasanya saya menikmatinya.  
d. saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun juga.  
e. saya tidak puas dengan semua hal.

##### (Guilt)

5. a. saya tidak merasa amat sangat bersalah.

- b. saya merasa kurang enak hati atau tidak berharga untuk sebagian besar waktu.
- c. saya merasa bersalah.
- d. sekarang ini, saya merasa kurang enak hati atau tidak berharga hampir sepanjang waktu.
- e. saya merasa sepertinya saya ini sangat buruk atau sangat tidak berharga.

**(Expectation of Punishment)**

- 6. a. saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum.
- b. saya punya suatu perasaan bahwa sesuatu yang buruk mungkin akan terjadi pada saya.
- c. saya merasa sedang dihukum atau akan dihukum.
- d. saya merasa bahwa saya memang pantas untuk dihukum.
- e. saya ingin untuk dihukum.

**(Self-Dislike)**

- 7. a. saya tidak merasa kecewa dengan diri saya sendiri.
- b. saya merasa kecewa pada diri saya sendiri.
- c. saya tidak menyukai diri saya sendiri.
- d. saya benci pada diri saya sendiri.

**(Self-Accusations)**

- 8. a. saya tidak merasa bahwa saya lebih buruk dari orang lainnya.
- b. saya penuh kritik pada diri saya sendiri untuk kelemahan-kelemahan atau kesalan-kesalahan saya.
- c. saya menyalahkan diri saya sendiri untuk kekurangan-kekurangan saya.
- d. saya menyalahkan diri saya sendiri untuk semua yang buruk yang terjadi.

**(Suicidal Ideas)**

- 9. a. saya tidak punya pikiran-pikiran untuk merusak diri saya sendiri.
- b. saya punya pikiran-pikiran untuk merusak diri saya sendiri, tetapi tidak akan saya laksanakan.
- c. saya pikir saya akan lebih baik kalau saya mati.
- d. saya pikir keluarga saya akan lebih baik seandainya saya mati.
- e. saya punya rencana pasti untuk melakukan bunuh diri.
- f. saya akan membunuh diri saya sendiri seandainya saya bisa.

**(Crying)**

- 10. a. saya tidak menangis lebih banyak dari biasanya.
- b. sekarang ini saya menangis lebih banyak dari pada biasanya dahulu.
- c. sekarang ini saya menangis sepanjang waktu. Saya tidak dapat menghentikannya.
- d. dahulu saya bisa menangis, tetapi sekarang saya tidak bisa menangis meskipun saya menghendakinya.

**(Irritability)**

11. a. sekarang ini saya lebih jengkel dari pada dahulu.  
b. saya menjadi lebih mudah sebal atau jengkel dari pada biasanya dahulu.  
c. saya terus menerus merasa jengkel.  
d. saya sama sekali tidak menjadi jengkel untuk hal-hal yang dahulu biasanya menjengkelkan saya, saya seperti mati rasa.

**(Social Withdrawal)**

12. a. saya tidak kehilangan minat kepada orang lain.  
b. sekarang ini saya kurang berminat kepada orang-orang lain dibanding saya biasanya dahulu.  
c. saya tidak kehilangan banyak minat saya kepada orang-orang lain.  
d. saya telah kehilangan semua minat saya kepada orang-orang lain dan sama sekali tidak peduli kepada mereka.

**(Indecisiveness)**

13. a. saya dapat membuat keputusan sebaik seperti yang biasanya saya lakukan.  
b. saya berusaha untuk menunda-nunda membuat keputusan.  
c. saya punya kesulitan besar untuk membuat keputusan.  
d. saya sama sekali tidak lagi dapat membuat keputusan.

**(Body Image Change)**

14. a. saya tidak merasa bahwa saya kelihatan lebih jelek daripada saya biasanya.  
b. saya cemas saya kelihatan lebih tua dan tidak menarik.  
c. saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan permanen dalam penampilan saya dan hal ini membuat saya kelihatan tidak menarik.  
d. saya merasa bahwa saya ini jelek atau berpenampilan menjijikan.

**(Work Retardation)**

15. a. saya dapat bekerja baik seperti sebelumnya.  
b. memerlukan usaha ekstra untuk memulai melakukan sesuatu.  
c. saya tidak bekerja sebaik seperti yang saya lakukan dahulu.  
d. saya harus mendorong diri saya sendiri dengan sangat berat untuk melakukan sesuatu.

**(Insomnia)**

16. a. saya dapat tidur nyenyak seperti biasanya.  
b. pagi hari, saya bangun lebih lelah daripada biasanya dahulu.  
c. saya bangun 1-2 jam lebih awal dari biasanya dan mendapat kesulitan untuk tidur kembali.  
d. saya bangun sangat pagi setiap hari dan tidak dapat tidur lebih dari 5 jam.

**(Fatigability)**

17. a. saya tidak menjadi lebih lelah daripada biasanya.  
b. saya merasa lebih mudah lelah daripada biasanya.  
c. saya menjadi lelah mengerjakan apapun saja.  
d. saya menjadi sangat lelah untuk mengerjakan apapun juga.

**(Anorexia)**

18. a. nafsu makan saya tidak lebih buruk daripada biasanya.  
b. nafsu makan saya tidak sebaik seperti biasanya dahulu.  
c. nafsu makan saya sangat lebih buruk sekarang ini.  
d. saya sama sekali tidak mempunyai nafsu makan.

**(Weight Loss)**

19. a. berat badan saya tidak banyak turun, walaupun ada, akhir-akhir ini.  
b. berat badan saya turun lebih dari 2,5 kg.  
c. berat badan saya turun lebih dari 5 kg.  
d. berat badan saya turun lebih dari 7,5 kg.

**(Somatic Preoccupation)**

20. a. saya tidak lebih prihatin tentang kesehatan saya daripada biasanya.  
b. saya prihatin tentang rasa sakit-sakit dan nyeri-nyeri atau gangguan perut atau sembelit (konstipasi).  
c. saya begitu prihatin dengan bagaimana saya merasa atau apa yang saya rasakan sehingga sulit untuk memikirkan yang lainnya lagi.  
d. saya sama sekali terhanyut dengan apa yang saya rasakan.

**(Loss of Libido)**

21. a. saya tidak merasakan adanya perubahan dalam minat seks saya akhir-akhir ini.  
b. saya kurang berminat dalam hal seks daripada biasanya saya dahulu.  
c. sekarang ini, saya sangat kurang berminat dalam hal seks.  
d. saya sama sekali sudah kehilangan minat dalam hal seks.

## Lampiran 4. Inform Consent

### INFORMED CONSENT

Selamat Pagi,

Saya adalah Mahasiswa Magister Profesi Psikolog Klinis Dewasa Universitas Indonesia. Saat ini saya sedang melakukan penelitian mengenai intervensi pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2 yang mengalami depresi dengan pendekatan *cognitive behavior therapy (CBT)*. Intervensi ini berupa sesi CBT sebanyak 6 sesi yang bertujuan untuk mengurangi depresi pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2.

Untuk itu, saya memohon kesediaan Sdr/i, untuk berpartisipasi sebagai klien saya dalam penelitian ini. Kerahasiaan Sdr/i sebagai klien sangat terjamin. Data yang diperoleh dari hasil sesi akan digunakan dalam kalangan terbatas yakni dosen pembimbing dan pihak Rumah Sehat Masjid Agung Sunda Kelapa.

Bila Sdr/i bersedia berpartisipasi, mohon agar mengisi informasi ini:

*Saya yang bertanda tangan di bawah ini,*

*Nama :*

*Usia :*

*Pekerjaan :*

*Bersedia untuk menjadi klien dalam penelitian intervensi pada Pasien Diabetes Mellitus tipe 2 dengan Pendekatan Cognitive Behavior Therapy yang Mengalami Depresi bersama Hapsarini Nelma (Mahasiswa Magister Profesi Klinis Dewasa Universitas Indonesia NPM: 1006796235)*

*Saya telah memahami dan menerima seluruh informasi penting yang terkait dengan kesediaan saya berpartisipasi dalam penelitian ini.*

*Jakarta, Mei 2012*

( )

Terima kasih partisipasi Sdr/i, bila Sdr/i memiliki pertanyaan lebih lanjut mengenai Penelitian ini, Sdr/i dapat menghubungi ke : Hapsarini Nelma (085692531221).