

Terapi Kognitif Perilaku Bersyukur untuk Menurunkan Depresi pada Remaja

Gratitude-cognitive Behavior Therapy (g-cbt) to Reduce The Symptoms of Adolescent Depression

Eti Mutia

Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta 55584

Subandi

Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta 55281

Rina Mulyati

Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta 55584

Diterima 28 April 2010 / Disetujui 15 Mei 2010

Abstract

This study aims to test whether a Gratitude-Cognitive Behavior Therapy (G-CBT) can reduce the symptoms of adolescent depression. G-CBT is a therapy to reduce depression by increasing gratitude feeling through CBT methods. The subjects are adolescents, aged 13-18 years, female and had depression score of 7-9 standard (high). Scale is used to detect depression in teenagers is the Depression Scale of the Gadjah Mada University's Personality Scale. Design of experiment are Non-randomized study of Pre-Posttest Control Group Design. The method of data analysis using the Mann-Whitney analysis to determine whether there are effects of G-CBT in reducing adolescent depression. Studies showed $Z = -3.707$ and $p = 0.000$; $p < 0.05$. This means that there are differences in depression rates between the groups receiving therapy or treatment with the group that did not get the therapy. So, the conclusion from this study indicate that the G-CBT can reduce levels of depression experienced by adolescents.

Keywords: *Gratitude-Cognitive Behavior Therapy, depression, adolescent*

Remaja masa kini, menurut Feldman (Santrock, 2003), menghadapi lebih banyak tuntutan dan harapan yang lebih kompleks dibanding remaja generasi lalu. Seiring dengan masa perkembangannya, remaja juga kerap dihadapkan pada masalah yang terjadi di sekitarnya. Di antaranya adalah hubungan dengan orang tua yang kurang harmonis (Santrock, 2003; Retnowati, 2004), pengalaman masa kecil yang traumatik (Kumar, dkk, 2002), dan kurangnya hubungan dengan teman sebaya (Jacobsen, dalam Santrock, 2003).

Persoalan lain remaja adalah munculnya depresi. Depresi merupakan masalah yang serius, bahkan dianggap sebagai beban sosial nomor empat terbesar di dunia. Hal ini dikarenakan jumlah penderita depresi dari tahun ke tahun terus meningkat. WHO memperkirakan dalam dua dekade mendatang, lebih dari 300 juta penderita depresi di dunia, sehingga pada tahun 2020, depresi akan menempati posisi nomor dua terbesar setelah penyakit kardiovaskuler (Lampungpos, 2008).

Di Amerika angka kejadian depresi menunjukkan 1 % pada anak prasekolah, 2 % pada anak usia sekolah dan sekitar 5-8 % pada remaja (Anaku, 2008). Sementara Fergusson dan Woodward pada penelitiannya tahun 2002 mengidentifikasi sebanyak 13 % dari 1.265 remaja mulai mengalami memunculkan gejala-gejala depresi berat pada umur 14-16 tahun, dimana gejala ini lebih banyak dialami anak perempuan dari pada laki-laki (Dalton dan Forman, dalam Rembe, 2008).

Di Indonesia terdapat 37 % remaja menderita depresi, dan di tahun 2000 hanya untuk wilayah Surabaya saja, ditemukan 14% siswa SMP dan SMA mengalami depresi (Husodo, 1984). Sementara di kota-kota besar di Indonesia sendiri, pada tahun 2004 terjadi peningkatan jumlah penderita depresi sebesar 10 % (Nursallim, 2000).

Gangguan depresi pada remaja biasanya sulit terdeteksi dan tidak terdiagnosa dengan tepat karena biasanya merupakan depresi yang terselubung. Maksudnya, gejala-gejala depresi yang ditunjukkan remaja berbeda dengan gejala depresi secara umum atau yang sudah ditetapkan oleh DSM. Bahkan seringkali gejala tersebut dianggap sebagai gejala hiperaktivitas atau gangguan tingkah laku.

Retnowati (2004) menyebutkan bahwa fenomena kenakalan remaja terutama penyalahgunaan napza pada remaja Indonesia bisa merupakan bentuk lain dari gejala depresi terselubung. Kemudian jika 80 % dari 3,4 juta orang Indonesia yang menyalahgunakan narkoba adalah remaja (Afatin, 2008), bisa jadi mereka adalah penderita depresi terselubung. Selain itu, gangguan perilaku dan depresi sering muncul bersamaan pada remaja. Lewinson (Barlow & Durand, 2006) menyebutkan bahwa gejala depresi pada remaja juga ditunjukkan dari perilaku yang lebih agresif dan *destruktif*, dan juga mengalami gangguan tingkah laku (Puing-Antich, dalam Barlow & Durand, 2006).

Tingkat depresi yang parah akan mengakibatkan individu mempunyai keinginan bunuh diri (Hammen, dalam Santrock, 2003). Keinginan untuk bunuh diri tersebut, berdasarkan DSM-IV-TR, dijelaskan dari munculnya pikiran-pikiran tentang kematian,

munculnya ide bunuh diri yang berulang dan tanpa rencana, atau adanya usaha percobaan bunuh diri, atau adanya rencana spesifik untuk bunuh diri. Pada remaja, keinginan bunuh diri yang diakibatkan depresi sulit diprediksi jika depresi yang terjadi adalah depresi yang terselubung. Perilaku bunuh diri yang terjadi kemudian tidak terduga. Hal ini menyebabkan kasus bunuh diri pada remaja cenderung meningkat. Di Amerika 7 % remaja yang menderita depresi parah mengakhiri nyawanya (Sivalintar, 2008). Hal senada dikatakan oleh Preffer (Santrock, 2003) bahwa depresi menjadi faktor yang paling sering dihubungkan dengan bunuh diri. Di Indonesia kasus bunuh diri yang dilakukan remaja pada tahun 2004, diperkirakan dalam satu tahun sebanyak 1,7-5,9% dan untuk selama hidup 3,0-7,1% (Pikiran Rakyat, 2004). Pada tahun 2007, berdasarkan berita yang disiarkan di media massa, kasus bunuh diri yang dilakukan remaja meningkat (Kompas, 2007).

Zunkel (2003) menyebutkan remaja yang depresi, selain menunjukkan perilaku kenakalan dan bunuh diri, juga ada yang merasakan perasaan sedih berlebihan, putus asa, kehilangan semangat, lambat dalam merespon berbagai stimulasi, dan tidak memiliki motivasi untuk melakukan aktivitas.

Remaja merupakan generasi bangsa yang akan meneruskan masa depan suatu bangsa. Seperti apa wajah bangsa di masa yang akan datang, akan terlihat dan diprediksikan dari kualitas generasi mudanya, yaitu remaja. Oleh karena itu masalah-masalah remaja, termasuk remaja yang mengalami depresi, harus mendapat perhatian dan penanganan serius. Oleh karena itu melalui penelitian ini, peneliti ingin mencoba melakukan penelitian untuk mengujikan sebuah terapi sebagai alternatif solusi yang bisa menurunkan depresi pada remaja.

Terapi diharapkan mampu membuat remaja yang mengalami depresi memiliki kemampuan pemecahan masalah seperti remaja lain yang tidak depresi. Tidak semua remaja mengalami depresi walaupun mereka mengalami pola perkembangan yang sama dan melewati *storm and stress* seperti yang diungkapkan oleh Hall (Santrock, 2003). Remaja yang tidak depresi adalah remaja yang mampu berpikir positif dalam menghadapi masalah sehingga mereka mempunyai pemecahan masalah yang lebih baik. Remaja yang mampu berpikir positif terbebas dari rasa putus asa dan mampu menemukan pemecahan masalahnya, kemudian hal tersebut akan mempengaruhi suasana perasaan remaja menjadi positif. Berpikir positif terbebas dari rasa putus asa dan mampu menemukan pemecahan masalahnya, kemudian hal tersebut akan mempengaruhi suasana perasaan remaja menjadi positif.

Individu yang mampu berpikir positif merupakan salah satu gambaran dari individu yang penuh syukur. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Emmons dan McCullough (2003) bahwa orang yang bersyukur akan selalu optimis atau berpikir positif dalam menghadapi masalah atau situasi yang menekan. Begitu pula yang disebutkan oleh Makhdlori (2007) bahwa orang yang bersyukur akan selalu yakin adanya jalan keluar di setiap masalah dan tidak akan takut menghadapi tantangan.

Bersyukur mempunyai beberapa manfaat yang baik. Emmons dan McCullough (2003) menemukan bahwa dengan berpikir untuk bersyukur seseorang akan dapat memunculkan emosi positif. Selanjutnya McCullough, Tsang dan Emmons (2004) menemukan bahwa syukur dapat meningkatkan harapan. Makhdlori (2007) menyebutkan dengan bersyukur maka seseorang dapat lebih tenang dan tidak panik ketika menghadapi masalah.

Syukur yang dalam bahasa Inggris disebut dengan *gratitude* didefinisikan sebagai sebuah keyakinan selalu merasa cukup atas apa yang dimilikinya (Emmons dan McCullough, 2003). Kemudian, karena syukur merupakan salah satu hal yang diajarkan oleh semua agama, maka syukur juga didefinisikan juga oleh masing-masing agama tersebut. Menurut agama Hindu, syukur adalah mampu melihat kelebihan yang dimiliki (Setia, 2008). Sedangkan agama Budha menganggap bersyukur adalah menerima dan memanfaatkan potensi yang diberikan Tuhan semaksimal mungkin (Benata, 2006). Menurut agama Kristen, bersyukur adalah menerima apapun yang ditentukan Tuhan dan mempunyai keyakinan bahwa Tuhan akan selalu menolong jika individu menghadapi masalah. Syukur menurut Islam adalah respon individu berupa keyakinan bahwa dirinya selalu merasa terpenuhi atau tercukupi oleh kelebihan atau kebaikan yang ditemima dari Allah SWT (Al-Munajjid, 2006).

Keyakinan untuk bersyukur tidak hadir begitu saja pada diri seseorang, melainkan muncul karena proses tertentu. Weiner (McCullough dan Emmons, 2003) mengatakan syukur dapat dimunculkan melalui dua langkah proses berpikir, yaitu (a) seseorang mengakui bahwa dirinya telah memperoleh suatu hasil yang positif atau sebuah nikmat dan (b) mengakui bahwa terdapat suatu sumber eksternal yang berperan hingga hasil positif ini ada. Al-Fauzan (2007) menyebutkan, hal tersebut dapat dilakukan dengan cara mengenal nikmat yang berupa datangnya rejeki, kesehatan, dan ilmu yang datang kepadanya. Kemudian juga dengan cara mengakui bahwa nikmat datangnya dari Tuhan sebagai satu-satunya sumber pemberi nikmat, walaupun nikmat yang diperoleh didapat melalui perantara sesama manusia dan sumberdaya alam disekitar (Makhdlori, 2007). Syukur juga dapat dimunculkan dengan

membiasakan perilaku positif sebagai balasan dan wujud dari rasa terimakasih pada sumber yang mendatangkan kebaikan atau nikmat (Clone, dkk, dalam McCullough dan Emmons, 2003).

Berdasarkan pernyataan di atas, dapat disimpulkan bahwa bersyukur dapat dimunculkan. Syukur dapat muncul melalui proses berpikir dan membiasakan perilaku tertentu, oleh sebab itu peneliti dalam penelitian kali ini bermaksud mengembangkan sebuah terapi untuk memunculkan kebersyukuran pada diri remaja melalui metode *cognitive behavior therapy* (CBT). Pertimbangannya adalah: (a) manfaat bersyukur adalah mampu mengembangkan pikiran positif yang dapat melawan pikiran-pikiran negatif pada remaja yang depresi, selain itu bersyukur dapat memunculkan emosi positif dan memberikan harapan; (b) bersyukur merupakan ajaran yang *universal* yang diajarkan semua agama di Indonesia; (c) bersyukur dapat dimunculkan melalui sebuah proses berpikir dan mengembangkan perilaku tertentu.

CBT adalah sebuah terapi yang mengkombinasikan strategi berpikir dan perilaku yang didasari oleh tiga hal yang saling terkait satu sama lain yaitu pikiran, perasaan dan perilaku (Oemarjudi, 2003). Secara spesifik, pemikiran akan mempengaruhi perasaan dan perilaku. Oleh sebab itu teknik yang digunakan adalah serangkaian tritmen kognitif perilaku melalui kombinasi perilaku, kognitif dan edukasi (Quesnel et.al, 2003) dengan metode pendekatan yang cukup singkat (Dattilo dalam Correy,2005).

Ada beberapa alasan sebagai dasar pemilihan CBT. Pertama, proses kognisi akan mempengaruhi seseorang dalam berperilaku, proses kognisi ini akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa dan bertindak. Kognisi juga merupakan proses yang memperantarai proses belajar manusia.

Kedua, pikiran, perasaan dan tingkah laku saling berhubungan secara kausal. Konsep dasar terapi ini adalah bahwa pola pikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon, yang saling terkait dan membentuk jaringan dalam otak yang kemudian akan mempengaruhi terbentuknya perasaan dan perilaku tertentu. Hal ini sesuai dengan pendekatan teori penyebab depresi yang menyebutkan bahwa depresi dipengaruhi oleh kesalahan berpikir.

Ketiga, beberapa penelitian menunjukkan bahwa CBT merupakan salah satu terapi yang telah terbukti dapat mengatasi depresi, khususnya depresi taraf sedang dan ringan bahkan berfungsi sebagai terapi jangka panjang (Lincoln & Flannaghan, 2003; Antonuccio dkk., 1997; AAHD American Assosiation on Health and Disability, 2004; NIMH, 1999; Fogel &

Jacob, 2002; Brown dkk., 1997; Mohr dkk., 2001).

Penggunaan CBT sendiri telah banyak dilakukan untuk mengurangi depresi, efektifitas CBT dibuktikan oleh beberapa penelitian. Malkinson (2001) menggunakan CBT sebagai terapi untuk mengatasi kesedihan yang diakibatkan oleh kematian. Hasilnya CBT mampu mengatasi depresi dan pemikiran-pemikiran yang irasional. Thomson, dkk (2006) juga menggunakan CBT untuk mengurangi depresi dengan mengontrol kemampuan memecahkan masalah pada subjek. Setelah 80 kali percobaan yang terkontrol, ditemukan bahwa CBT mampu menekan gejala yang lebih baik dibanding obat *antidepressant*. Penelitian ini kemudian juga menghasilkan temuan bahwa subjek laki-laki lebih mudah mengurangi depresi dibanding subjek perempuan. Penelitian lain yang disebutkan dalam Davidson (2006) menemukan sekitar 63 persen remaja yang mengalami depresi yang diberikan tritmen CBT menunjukkan perbaikan signifikan di akhir terapi. Suatu intervensi kelompok *cognitive-behavioral* yang mencakup instruksi melakukan *coping* terhadap depresi diketahui efektif bagi para remaja yang mengalami depresi, terutama bila orang tua terlibat dalam penanganan.

Penelitian tentang CBT yang disebutkan di atas merupakan penelitian yang dilakukan di luar negeri. Di Indonesia penelitian tentang CBT juga telah banyak dilakukan, beberapa di antaranya yaitu Retnowati (1990) meneliti terapi kognitif dan terapi perlakuan untuk mengurangi depresi pada mahasiswa. Hasilnya kedua terapi menurunkan simtom depresi pada kelompok subjek yang mendapat terapi tersebut dibanding dengan kelompok subjek yang tidak mendapat terapi. Hasnida (2004) menggunakan CBT dan dukungan informasional untuk meningkatkan perilaku kesehatan seksual remaja. Hasilnya menunjukkan bahwa CBT dapat meningkatkan perilaku kesehatan seksual pada remaja.

Berdasarkan beberapa dari penelitian yang disebutkan di atas, menunjukkan bahwa CBT mampu mengurangi depresi. Dalam penelitian kali ini, CBT akan digunakan sebagai metode untuk memunculkan kebersyukuran pada remaja dengan tujuan untuk mengurangi depresi. Terapi yang akan dikembangkan yaitu *Gratitude-Cognitive Behavior Therapy* (G-CBT) adalah sebuah terapi untuk memunculkan kebersyukuran pada remaja melalui pendekatan kognitif dan perilaku, yang bertujuan untuk mengurangi depresi pada remaja. Terapi ini dilakukan sebanyak enam sesi dan dengan mengadaptasi modul CBT yang diciptakan oleh Retnowati, dkk (2008).

Dari paparan latar belakang dan teori yang telah dijelaskan muncul hipotesis "*Gratitude-Cognitive Behavior Therapy* (G-CBT) dapat menurunkan depresi pada remaja"

dengan melihat beberapa asumsi, bahwa:

1. Ada perbedaan tingkat penurunan depresi pada kelompok yang mendapat perlakuan dan tidak mendapat perlakuan setelah mendapatkan terapi, di mana kelompok yang mendapat perlakuan tingkat depresinya lebih rendah dari kelompok yang tidak mendapat perlakuan.
2. Terjadi penurunan tingkat depresi pada kelompok yang mendapat perlakuan antara sebelum terapi dengan sesudah terapi.

Metode Penelitian

Subjek Penelitian

Subjek penelitian ditentukan melalui metode *non random* (tidak acak) dengan melihat kriteria subjek penelitian yang sudah ditentukan. Kriteria subjek penelitian adalah remaja yang berusia 13 tahun sampai 18 tahun atau remaja awal (Mappiare, 1982). Selain itu, subyek berjenis kelamin perempuan dengan pertimbangan bahwa depresi terjadi sekitar dua kali lebih pada perempuan dibanding laki-laki. Perbedaan tersebut muncul pada saat pertengahan remaja, tidak pada masa anak-anak pra remaja serta remaja perempuan karena lebih mungkin memiliki faktor-faktor resiko tertentu terhadap depresi dibanding remaja laki-laki bahkan sebelum mencapai masa remaja. Kriteria terakhir adalah bahwa subyek berada dalam kategori tingkat depresi yang tinggi, dilihat berdasar skor standar Skala Depresi 7-9 (tinggi).

Rancangan Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah *Non Randomized Pretest-Posttest Control Group Design* yaitu desain eksperimen yang dilakukan dengan pretes dan postes, dan subjek penelitiannya dibedakan antara kelompok kontrol dan eksperimen yang ditentukan dengan cara non random:

(A)	Non R	O1	X	O2
(B)	Non R	O3		

- (A) = Non Random Kelompok Eksperimen
 (B) = Non Random Kelompok Kontrol
 O1 = Pretes kelompok eksperimen

- O2 = Postes kelompok eksperimen
 X = Perlakuan (Intervensi)
 O3 = Pretes kelompok kontrol
 O4 = Postes Kelompok kontrol

Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini berbentuk skala. Skala yang digunakan dalam penelitian ini adalah Skala Depresi dari Skala Kepribadian UGM. Skala Depresi terdiri dari 14 aitem dan setiap aitem mempunyai tiga alternatif jawaban. Pilihan jawaban terdiri dari "tidak pernah", "kadang-kadang", "hampir selalu". Skor untuk masing-masing jawaban adalah 1 untuk tidak pernah, 2 untuk kadang-kadang dan 3 untuk hampir selalu. Penyusunan norma skala menggunakan *standart nine*, dengan skor rata-rata 5, deviasi standar 1,5, dan mempunyai rentang skor antara 1-9. Subjek dikatakan memiliki skor "tinggi" apabila ia berada pada rentang skor antara 7-9; dikatakan "rendah" bila berada pada rentang skor antara 1-3; dan dikatakan "rata-rata" bila berada pada rentang skor antara 4-6 (Utami, 2001). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1. Penggolongan tingkat Depresi

Skor standar	Tingkat Depresi
1-3	Rendah
4-6	Rata-rata
7-9	Tinggi

Analisis Data

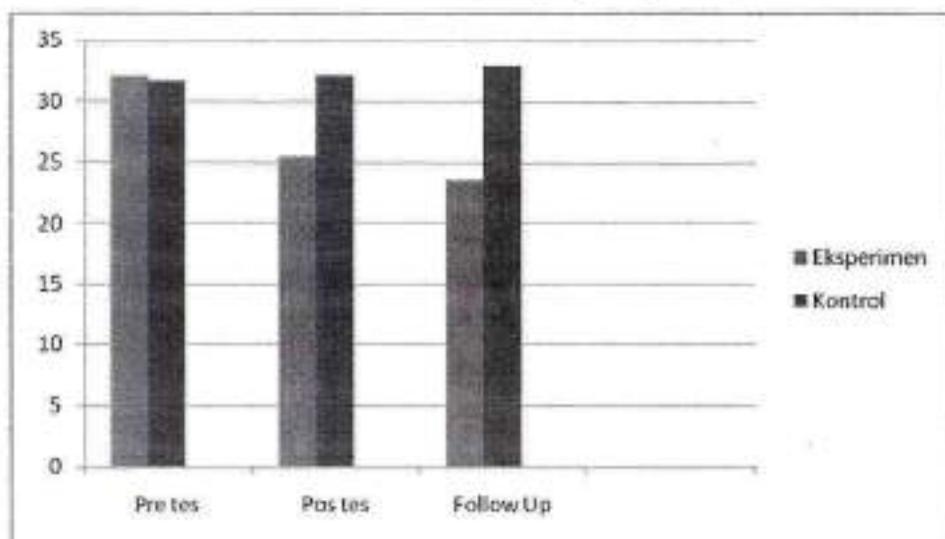
Metode analisis data yang digunakan adalah metode kualitatif dan kuantitatif. Metode kualitatif yang digunakan adalah analisa deskriptif dari hasil buku harian yang diisi oleh subjek dan observasi klien serta buku harian yang diisi oleh subjek. Wawancara diberikan mengenai proses dan perubahan perasaan selama dan setelah mengikuti proses terapi. Data deskriptif yang dihasilkan berupa kata-kata tertulis atau lisan dari subjek dan perilaku yang dapat diamati.

Metode kuantitatif yang dilakukan adalah pengujian data hasil dari skala depresi dengan menggunakan Uji *Mann-Whitney* yang dioperasikan menggunakan *SPSS 17.0* untuk menguji perbedaan tingkat depresi antara sebelum dan sesudah diberi G-CBT (*Gratitude-Cognitive Behavior Therapy*) dengan cara membandingkan hasil dari kelompok eksperimen

atau kelompok yang mendapat perlakuan dengan kelompok kontrol atau kelompok yang tidak mendapat perlakuan. Selain itu, digunakan juga Uji *Wilcoxon* yang dioperasikan menggunakan *SPPS 17.0* untuk menguji perbedaan tingkat depresi antara sebelum dan sesudah diberi perlakuan berupa G-CBT pada masing-masing kelompok, yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Hasil Penelitian

Grafik di bawah ini menunjukkan perbedaan tingkat depresi antara kelompok eksperimen dan kontrol berdasarkan skor depresi yang didapat subjek.



Grafik 4. Perbedaan Penurunan tingkat Depresi antara kelompok Eksperimen dan Kontrol

Tabel 2. Hasil Uji *Mann-Whitney*

Test Statistics ^b	
Gain Score Pre -Pos tes Depresi Kelompok Eksperimen & Kontrol	
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	45.000
Z	-3.707
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

Berdasarkan hasil uji Mann-Whitney diketahui bahwa $Z = -3.707$ dan $p = 0,000$; $p < 0,05$; artinya ada perbedaan yang signifikan pada kelompok yang mendapat G-CBT dengan kelompok yang tidak mendapat G-CBT, di mana tingkat depresi pada kelompok yang mendapat G-CBT menurun sedangkan kelompok yang tidak mendapat G-CBT, tingkat depresinya cenderung tetap. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa G-CBT berpengaruh positif untuk menurunkan depresi pada remaja.

Proses analisis selanjutnya dilakukan untuk melihat perbedaan skor depresi antara sebelum dan sesudah terapi pada masing-masing kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Berdasarkan Uji Wilcoxon pada hasil dari kelompok eksperimen atau kelompok yang mendapat G-CBT, menunjukkan nilai $Z = -2,692$ dan $p = 0,007$, $p < 0,05$, artinya ada perbedaan depresi yang signifikan antara sebelum dan sesudah mendapat G-CBT pada kelompok yang mendapat perlakuan. Kemudian Uji Wilcoxon dilakukan pada hasil dari kelompok kontrol atau kelompok yang tidak mendapatkan G-CBT, menunjukkan nilai $Z = -1,342$, $P = 0,180$; $p > 0,05$, artinya tidak ada perbedaan skor depresi yang signifikan antara sebelum dan sesudah pada kelompok yang tidak mendapat perlakuan.

Ketahanan efek terapi juga diuji dengan cara peneliti melakukan *follow up* pada dua minggu setelah pelatihan. Hasil dari *follow up* dianalisis dengan menggunakan Uji Mann-Whitney untuk mengetahui apakah ada perbedaan tingkat depresi pada kelompok yang mendapatkan G-CBT dengan yang tidak, dua minggu paska terapi. Hasilnya adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Hasil kelompok G-CBT dan non G-CBT

	Test Statistics ^b	
	Gainscore pos tes- follow up	
Mann-Whitney U		5.000
Wilcoxon W		50.000
Z		-3.238
Asymp. Sig. (2-tailed)		.001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]		.001 ^a

Hasil uji Mann-Whitney menunjukkan bahwa $Z = -3,238$ dan $p = 0,001$; $p < 0,05$, artinya ada perbedaan yang signifikan pada kelompok yang mendapat G-CBT dengan kelompok yang tidak mendapat G-CBT, di mana tingkat depresi pada kelompok yang mendapat G-CBT tetap menurun, dua minggu paska terapi.

Berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa (1) ada perbedaan tingkat depresi yang signifikan setelah mendapat terapi antara subjek pada kelompok yang mendapat G-CBT dengan subjek pada kelompok yang tidak mendapat G-CBT, (2) ada perbedaan tingkat depresi yang signifikan sebelum dan sesudah terapi pada kelompok yang mendapatkan G-CBT, (3) tidak ada perbedaan tingkat depresi sebelum dan sesudah terapi pada kelompok yang mendapatkan tidak G-CBT, (4) ada perbedaan tingkat depresi yang signifikan antara kelompok yang mendapat G-CBT dan yang tidak mendapat G-CBT dua minggu paska terapi.

Pembahasan

Berdasarkan proses G-CBT pada remaja depresi, diperoleh hasil bahwa G-CBT terbukti dapat menurunkan atau mengurangi depresi. Hal ini terlihat dari analisis data secara kuantitatif yang menunjukkan adanya perbedaan skor depresi antara kelompok yang mendapat perlakuan dan kelompok yang tidak mendapat perlakuan, di mana pada kelompok yang mendapat perlakuan mengalami penurunan tingkat depresi setelah terapi dan pada kelompok yang tidak mendapat perlakuan tidak mengalami penurunan. Perbedaan tingkat depresi kedua kelompok tersebut juga dapat dilihat dari grafik individu dan hasil data kualitatif yang menjelaskan kondisi subjek setelah mendapat terapi.

Berdasarkan *screening* skala depresi sebelum mengikuti terapi, semua subjek dalam penelitian ini mengalami depresi dengan rentang sedang hingga tinggi. Data kualitatif juga menunjukkan pikiran, perasaan dan perilaku yang termasuk dalam simtom depresi, yaitu, rata-rata subjek mengaku merasa cemas, sedih, tidak berdaya, tidak puas, putus asa, tidak percaya diri, tertekan, terhina, kesepian, terluka ketika menghadapi masalah mereka masing-masing.

Berdasarkan hasil laporan buku harian, dapat terlihat juga bahwa subjek cenderung mempunyai pandangan negatif ketika mereka menghadapi kejadian yang kurang mereka kehendaki. Contohnya, mereka merasa tidak beruntung jika orang tua tidak mengabulkan permintaan, merasa paling bodoh jika tidak bisa mengerjakan soal, merasa tidak disayang oleh keluarga karena sering dibanding-bandingkan, murung ketika teman tidak menyapa, dan lain-lainnya hal yang hampir serupa. Kesimpulannya subjek cenderung berpikir negatif terhadap kejadian yang kurang mereka kehendaki. Akibatnya muncul *mood* depresi pada diri mereka sehari-hari.

Berdasarkan hasil observasi saat awal terapi, gejala depresi juga terlihat dari perilaku

subjek. Sebagian subjek, sebanyak 87% atau 6 subjek menunjukkan sikap yang pasif atau cenderung diam saja, sering menunduk dan menangis saat menceritakan masalahnya. Subjek juga mengatakan, ketika di rumah subjek lebih sering menyendiri di kamar dan menangis saat ada masalah.

Depresi menurut Davidson, dkk (2006) merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan beresalah; menarik diri dari orang lain; dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktifitas yang biasa dilakukan.

Remaja yang depresi tidak dapat dengan mudah memusatkan perhatian. Mereka seringkali tidak dengan mudah mengerti apa yang orang katakan pada mereka, sehingga mau tidak mau kondisi tersebut dapat mempengaruhi prestasi remaja yang sebagian besar berada di bangku sekolah dan sedang mengejar cita-cita mereka.

Kondisi di atas yang ingin diubah melalui proses terapi yang dinamakan G-CBT, sebuah terapi untuk mengurangi depresi dengan meningkatkan kebersyukuran melalui metode *cognitive behavior*. Terapi ini mengajarkan pada klien agar mempunyai kemampuan untuk mengenal pikiran negatifnya dan mengevaluasinya sehingga mereka mampu mengubahnya menjadi keyakinan yang positif (Okun dalam Haeba, 2009) dan penuh syukur.

Tujuan terapi tersebut dapat dijalankan dengan optimal oleh subjek seperti pada tugas yang diberikan pada pertemuan pertama (identifikasi masalah) subjek mampu mengidentifikasi masalahnya dan perasaannya ketika menghadapi masalah. Pada pertemuan kedua (penangkapan pikiran) subjek mampu mengidentifikasi pikiran-pikiran negatifnya, baik ketika proses terapi berlangsung maupun ketika mengerjakan tugas rumah. Pada pertemuan ketiga subjek mulai mempelajari syukur sehingga pada pertemuan berikutnya (*testing realitas*) subjek sudah mampu mengelola diri secara kognitif untuk mengurangi bahkan menghilangkan pikiran negatif dan menggantinya dengan pikiran yang lebih positif dan penuh syukur. Pada pertemuan kelima subjek mulai diajarkan untuk mengaplikasikan syukur dalam bentuk perilaku walaupun sekecil apapun, akibatnya subjek akan terbiasa melakukan hal yang dipelajari tersebut.

Metode *self presentation* pada setiap awal terapi, berdasarkan penuturan subjek, membuat subjek menjadi lebih iega karena pada sesi ini subjek dapat mengutarakan apa yang ada dipikrannya dan mengetahui bahwa ia bukan satu-satunya orang yang menderita karena masalahnya.

Metode relaksasi di saat proses terapi berlangsung mampu membuat kondisi subjek

lebih tenang, tetapi ketika di rumah subjek merasa lebih sulit melakukannya karena banyak gangguan yang mengganggu konsentrasinya. Meskipun demikian, terapis tetap memberikan motivasi pada subjek untuk terus melakukan relaksasi.

Setelah mendapat terapi, dapat dilihat pada kelompok yang mendapat G-CBT, subjek dapat menurunkan depresi bahkan hingga dua minggu setelah proses terapi. Hal tersebut bisa dilihat dari perbedaan skor depresi antara kelompok yang mendapat perlakuan dengan yang tidak mendapat perlakuan saat dilakukan pengukuran depresi menggunakan Skala Depresi di akhir terapi dan saat *follow up* dua minggu setelah terapi, dimana kelompok yang mendapat perlakuan mengalami penurunan tingkat depresi dan kelompok yang tidak mendapat perlakuan tidak mengalami penurunan tingkat depresi.

Penurunan tingkat depresi antar subjek berbeda-beda, ada beberapa subjek yang penurunannya sampai pada tingkat rendah tapi ada juga yang penurunannya hanya sedikit. Hal ini disebabkan oleh proses pembelajaran dan kesediaan mengikuti dan mematuhi proses-proses dalam terapi berbeda-beda. Ada beberapa subjek yang memang selalu memperhatikan terapis saat terapi berlangsung tapi ada juga yang tidak. Beberapa subjek juga ada yang rajin dalam mengisi buku harian ketika di rumah tetapi ada juga yang tidak.

Selain dapat menurunkan depresi, G-BT berpengaruh pada subjek dalam memunculkan syukur. Hal ini terlihat dari buku harian subjek, pada lembar kerja identifikasi nikmat, subjek mampu mengenali nikmat yang biasanya mereka lupakan atau tidak mereka anggap sebagai sebuah nikmat di keseharian mereka. Subjek juga mampu melihat hikmah, sebagai bentuk syukur, pada kejadian-kejadian yang mereka anggap tidak menyenangkan. Hal ini menyebabkan subjek memiliki pemikiran yang lebih positif pada setiap kejadian. Subjek juga mengalami perubahan perilaku dalam berinteraksi dengan orang lain, subjek lebih termotivasi untuk melakukan kebaikan pada orang lain. Selain itu pada beberapa subjek, kebersyukuran membuat mereka lebih termotivasi untuk melakukan ibadah pada Allah SWT. sebagai wujud syukur mereka pada Sang Pemberi Nikmat.

Keberhasilan subjek menurunkan depresinya, selain dikarenakan oleh proses belajar mereka selama terapi juga dipengaruhi oleh terapis yang memberikan G-CBT. Berdasarkan hasil evaluasi subjek menyampaikan bahwa mampu memahami apa yang disampaikan oleh terapis selama proses berlangsung karena penyampaian materi cukup jelas dan menyenangkan, terapis menunjukkan interaksi yang bersahabat sehingga sebagian besar subjek merasa lebih nyaman mengikuti proses terapi.

Subjek mengaku mendapat manfaat berupa perasaan lega karena bisa

mengeluarkan permasalahan yang selama ini hanya dipendam sendiri, subjek juga mampu berpikir positif dan lebih bersyukur. Hal ini cukup menjelaskan bahwa terapi ini mampu mengurangi depresi pada remaja.

Penelitian ini juga memiliki keterbatasan, yaitu peneliti tidak dapat menjamin G-CBT akan berhasil jika digunakan pada subjek yang mengalami depresi dengan kriteria yang berbeda dengan subjek penelitian ini. Jadi keberhasilan terapi ini terbatas pada subjek depresi yang sesuai dengan kriteria subjek penelitian ini.

Simpulan dan Rekomendasi

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa:

1. Pada penelitian ini G-CBT (*Gratitude Cognitive Behavior Therapy*) terbukti dapat menurunkan tingkat depresi remaja yang menjadi subjek penelitian, hal ini diindikasikan dengan menurunnya skor depresi.
2. Penurunan tingkat depresi yang terjadi pada subjek berbeda-beda, tergantung dari proses pembelajaran yang dilakukan oleh subjek. Ada beberapa yang penurunannya hanya sedikit tetapi juga ada beberapa yang penurunannya cukup banyak. Keseriusan dalam mengikuti terapi serta latihan yang dikerjakan di luar proses terapi juga menentukan perbedaan hasil dari masing-masing subjek.
3. Pada dasarnya semua tehnik dapat dipahami dan membantu subjek dalam menurunkan tingkat depresi, hanya saja beberapa subjek mengaku dirinya kesulitan dalam melakukan relaksasi di luar proses terapi karena kesulitan dalam berkonsentrasi.
4. Teknik Kebersyukuran dalam pelatihan ini membuat subjek lebih bersyukur. Hal ini dapat dilihat dari hasil pengisian buku harian, yaitu subjek mampu mengenal nikmat yang ada pada mereka sehari-hari, mampu untuk melihat segi positif pada setiap kejadian, beberapa subjek menjadi lebih rajin beribadah sebagai ekspresi kebersyukuran dan beberapa lainnya mengaku lebih termotivasi untuk melakukan kebaikan pada orang lain.
5. G-CBT dalam kelompok dapat membuat subjek saling memotivasi, dan memberikan tanggapan satu sama lain, belajar dari pengalaman, dan mengerti bagaimana pikiran, perasaan dan perilaku dalam anggota kelompok.
6. Pada subjek penelitian, pengaruh G-CBT dalam menurunkan tingkat depresi dapat bertahan hingga dua minggu setelah proses terapi selesai. Ini ditunjukkan dari skor depresi pada saat *follow up* yang cenderung sama bahkan menurun.

Beberapa hal yang perlu disempurnakan agar G-CBT pada penelitian-penelitian selanjutnya dapat memberikan hasil yang lebih optimal adalah:

1. Pemberian G-CBT dalam praktek klinis perlu mempertimbangkan karakteristik subjek, antara lain memiliki tingkat intelektual yang baik yang ditunjukkan dengan tingkat pendidikan minimal SMU/ sederajat hingga lebih mudah memahami apa yang diajarkan.
2. Pelaksanaan G-CBT dalam praktek klinis perlu mempertimbangkan prosedur G-CBT yang sebaiknya tidak mengubah prosedur dalam urutan sesi terapi karena pada penelitian ini teknik yang bertingkat dari awal membantu subjek penelitian dalam memahami apa yang diajarkan sebagai proses belajar secara bertahap.

Daftar Pustaka

- Afiatin, T. 2008. Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba dengan Program AJI. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Al Munajjid, M.S. 2006. Silsilah Amalan Hati. Bandung: Irsyad Baitus Salam.
- Durand dan Barlow. 2006. Intisari Psikologi Abnormal Edisi ke Empat. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Emmons, R.A. dan McCullough, M.E. 2003. Counting Blessings Versus Burdens: An Experimental Investigation of Gratitude and Subjective Well-Being in Daily Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 2, 377-389.
- Haeba, N. 2007. Terapi Kognitif Perilaku untuk Penanganan Depresi pasca Melahirkan. Tesis (tidak diterbitkan). Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM.
- Kumar, G., Steer, R.A., Tatelman, K.B., Villacis, L. 2002. Effectiveness of Beck Depression Inventory-II Subscales in Screening for Major Depressive Disorders in Adolescent Psychiatric Inpatients. *Assessment*, Volume 9, No.2, 164-170.
- Mahoney, M.J. 1980 *Cognitive-Behavioral Therapies*. The Psychotherapy Handbook. Editor Richie Herink. New York: New American Library.
- Makhdlori, M. 2007. Bersyukurlah maka Engkau akan Kaya. Jogjakarta: Diva Press.
- Mappiare, A. 1982. Psikologi Remaja. Surabaya: Usaha Nasional.
- McCullough, M.E., Emmons, R.A., Tsang. 2004. Gratitude in Intermediat Affective Terrain: Links of Grateful Moods to Individual Differences and Daily Emotional Experience.

- Journal of Personality and Social Psychology, 86, 2, 295-309.
- Nursalim, M. 2001. Pengaruh Konseling Kognitif terhadap Depresi Siswa SLTP dan SLTA di Kota Surabaya. Tesis (tidak diterbitkan). Fakultas Psikologi UGM.
- Oemarjoedi, A. K. 2003. Pendekatan Cognitive Behavior dalam Psikoterapi. Jakarta: Penerbit Kreatif Media
- PPDGJ III. 1993. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Pelayanan Medik.
- Quesnel, C., Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. 2003. Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for insomnia in women treated for nonmetastatic breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 189-200.
- Rahmasari, D. 2007. Hubungan antara Harga Diri, Asertivitas, dan Strategi Mengatasi Masalah dengan Depresi pada Remaja Jawa dan Madura. Tesis (tidak diterbitkan). Fakultas Psikologi UGM.
- Rambe, A.M. 2009. Depresi pada Anak. <http://kayunanan.blogspot.com/2009/06/asuhan-keperawatan-depresi-pada-anak.html>. 19/06/2009.
- Retnowati, S. 1990. Efektivitas Terapi Kognitif dan Terapi Perilaku pada Penanganan Gangguan Depresi. Tesis (tidak diterbitkan). Fakultas Psikologi UGM.
- Sujarwo. 2006. Kenali Keluhan Akibat Depresi. <http://202.146.5.33/ver1/Kesehatan/0612/08/093119.htm>
- Utami, S.M., Subandi, Hasanat, N.U., Paramastri, I. 2001. Manual Skala Kepribadian Universitas Gadjah Mada. (tidak diterbitkan). Yogyakarta: Bagian Psikologi Klinis Fakultas Psikologi UGM.
- Zunkel, G. 2003. Depressive Disorders: Treatment with Nonpharmacological Alternatives. *Complementary Health Practice Review*, Vol. 8 No. 2, 116-127.
- _____. 2007. Orang Dewasa Depresi sudah biasa, tetapi Benarkah Anak pun bisa Mengalaminya?. 9/04/2007
- _____. 2008. Waspada! Depresi pada Remaja sebagai Penyebab Bunuh Diri. www.lampungpost.com/cetak/berita.php?id=2008090711465327
- _____. 2008. Bantuan bagi remaja depresi. http://www.sivalintar.com/ruang_remaja.html. 23/09/2008