

## **COGNITIVE BEHAVIOR RELIGIOUS THERAPY UNTUK MENURUNKAN TINGKAT EPISODE DEPRESI PADA PASIEN DEPRESI DENGAN GEJALA PSIKOTIK**

Anisa Fitriani

Fakultas Psikologi, Universitas Islam Sultan Agung, Semarang

### **Abstrak**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas *Cognitive Behavior Religious Therapy* untuk menurunkan tingkat episode depresi pada pasien depresi dengan gejala psikotik. Subjek dalam penelitian ini adalah seorang wanita berusia 17 tahun yang didiagnosa mengalami depresi dengan gejala psikotik dan dirawat di Rumah Sakit Jiwa. Data diperoleh dengan observasi, wawancara, tes psikologi, dan pengukuran tingkat depresi menggunakan skala BDI-II (*Beck Depression Inventory*). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa *Cognitive Behavior Religious Therapy* dapat menurunkan tingkat depresi. Terdapat penurunan skor depresi dari angka 39 yang tergolong dalam depresi berat menjadi 14 yang tergolong dalam depresi ringan. Selain itu juga berkurangnya simptom-simptom depresi pada subjek yang meliputi perubahan pada kondisi pikiran, perilaku, dan fisik.

*Kata Kunci: Cognitive Behavior Religious Therapy, Depresi*

### **Abstract**

This study aims to determine the effectiveness of Cognitive Behavior Religious Therapy to reduce the episodes of depression in depressed patients with psychotic symptoms. Subject in this study was a 17 years old woman who was diagnosed with depression with psychotic symptoms. Data obtained by observation, interview, psychological test, and depression level measurement using BDI-II scale (Beck Depression Inventory) The results of this study indicate that Cognitive Behavior Religious Therapy can reduce the depression level. There was a decrease in depression scores from 39 (severe depression) to 14 (mild depression). Depression symptoms were also reduced, include changes in mind, behavior, and physical condition.

*Keywords: Cognitive Behavior Religious Therapy, Depression*

### **Pendahuluan**

Depresi adalah gangguan mood yang berpengaruh pada cara seseorang merasa, berpikir, atau berperilaku yang dapat mengganggu fungsi sosial dan kegiatan lain. Depresi dapat dipicu oleh faktor biologis, psikososial atau faktor lingkungan seperti kejadian traumatis. Seseorang yang mengalami episode depresi dapat memiliki peningkatan resiko untuk mengalami episode depresi lagi di masa mendatang (Joffres et al., 2013). Perubahan yang terjadi lebih parah atau lebih lama akan mempengaruhi fungsi sehari-hari. Perubahan tersebut berupa perubahan kondisi emosional, motivasi, perilaku motorik serta perubahan pada kognitif (Nevid, Rathus, & Greene, 2003).

(Santrock, 2003) berpendapat bahwa depresi adalah keadaan yang mengacu pada periode kesedihan atau suasana hati yang tidak gembira yang dapat berlangsung singkat atau selama jangka waktu yang lebih panjang. Depresi cenderung lebih banyak terjadi pada masa remaja daripada masa kanak-kanak dan cenderung menjadi karakteristik remaja perempuan daripada remaja laki-laki. Hal tersebut diperkuat oleh Nolen-Hoeksema (Nevid et al., 2003), pria lebih cenderung untuk mengalihkan pikiran saat mereka mengalami depresi, sementara wanita lebih cenderung memperbesar depresi, merenungkan perasaan dan kemungkinan penyebabnya.

Menurut (A. T. Beck, Steer, & Brown, 1996), penderita depresi memiliki pandangan yang negatif terhadap diri sendiri, dunia, masa depan dan memandang diri sebagai orang yang tidak memiliki kemampuan, merasa sepi, dan tidak berharga. Hidup dipandang sebagai hal yang tidak menyenangkan, tidak memberikan kepuasan, pesimis terhadap masa depan, dan keyakinan bahwa

permasalahan yang dihadapi saat ini tidak akan membaik. Kondisi ini juga dapat memicu seseorang untuk melakukan bunuh diri. Depresi juga berdampak pada munculnya gejala-gejala fisik, misalnya berkurangnya energi, rasa lelah dan lemah juga terkait dengan pikiran negatif (Corsini & Wedding, 2011).

Penjelasan di atas sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh (Maurus, 2009), depresi adalah perasaan sedih yang mendalam dan individu akan larut dalam kesedihan tersebut. Kondisi ini seringkali disebabkan oleh peristiwa yang menimbulkan kegelisahan. Umumnya disertai gangguan tidur dan makan. Penderita juga memiliki rasa bersalah dan tidak berharga, serta cenderung cemas dan menyalahkan diri sendiri. Depresi dapat menjadi gejala psikotik saat penderita kehilangan hubungan dengan realita. Penderita depresi yang sangat akut akan kehilangan gairah hidup, gagal memperhatikan kebutuhan sehari-hari, mengurung diri di kamar selama berjam-jam dalam keheningan dan seolah mengabaikan usaha orang lain untuk menghiburnya. Depresi dapat disebabkan oleh adanya tekanan psikologis, yang berasal dari berbagai faktor, seperti biologis, perkembangan, dan lingkungan yang saling berinteraksi. Penyakit fisik, stres berat dan akut, dan stres kronis juga merupakan faktor pencetus depresi (Corsini & Wedding, 2011).

Salah satu penanganan untuk penderita depresi adalah dengan terapi. Tujuannya agar memiliki kemampuan untuk memecahkan masalah seperti orang lain, karena jenis tekanan yang sama dapat direspon secara normal oleh satu orang, tetapi dapat menjadi faktor pencetus depresi bagi orang lain (Santrok, 2003). Hal tersebut dapat terjadi karena perbedaan cara seseorang berpikir. Terapi yang sering digunakan untuk kasus depresi adalah CBT (*Cognitive Behavior Therapy*). Terapi ini mengkombinasikan cara berpikir dan berperilaku berdasarkan tiga hal yang saling berkaitan, yaitu pikiran, perasaan dan perilaku (Oemarjoedi, 2003).

Menurut (J. S. Beck, 2011), CBT adalah terapi yang bertujuan untuk mengubah kognitif atau persepsi terhadap masalah, dalam rangka melakukan perubahan emosi dan tingkah laku. Hal tersebut mencakup *belief* yang berhubungan dengan pikiran, emosi dan tingkah laku sebagai suatu sistem yang saling berhubungan satu dengan lainnya.

CBT dikembangkan berdasarkan pendekatan perilaku dan kognitif, sehingga dalam penerapannya CBT melibatkan sejumlah teknik intervensi perilaku dan kognitif (Gosch, FlannerySchroder, Mauro, & Compton, 2006). Berdasarkan pendekatan perilaku, apa yang dilakukan seseorang akan mempengaruhi perasaan maupun pikirannya. Penerapan teori ini dalam praktek CBT adalah dalam mengajarkan seseorang mempelajari perilaku dan cara baru untuk menghadapi suatu situasi yang mengganggu, dengan melibatkan pembelajaran keterampilan tertentu. Pandangan kognitif menjelaskan bahwa cara kita berpikir mengenai suatu peristiwa akan mempengaruhi bagaimana kita merasa dan berperilaku, tetapi terkadang seseorang tidak menyadari bahwa ia memiliki pikiran atau keyakinan yang salah atau yang disebut dengan distorsi kognitif. Distorsi kognitif merupakan suatu permasalahan karena berupa pemikiran tidak tepat dan juga menyebabkan munculnya emosi negatif atau perilaku menghindar dari situasi yang menjadi masalah (Somers & Queree, 2007).

Terdapat banyak penelitian yang menunjukkan bahwa CBT merupakan terapi yang efektif untuk mengatasi gejala-gejala depresi. Beberapa literatur juga mengemukakan bahwa dalam mengobati gejala depresi, CBT sebanding dengan dampak terapi obat-obatan medis (O'Hea, Houseman, Bedek, & Sposato, 2009). Terapi ini juga telah terbukti dan dapat digunakan dalam jangka panjang (Mutia, Subandi, & Mulyati, 2011).

Terapi yang diberikan pada subjek dalam penelitian ini melibatkan nilai-nilai keagamaan yang didasarkan pada latar belakang kehidupan yang tumbuh di lingkungan dengan nilai-nilai agama yang

cukup kuat. Penggunaan teknik yang sesuai dengan nilai yang dimiliki oleh subjek akan memberikan hasil yang lebih baik (Hodge, 2008).

Penggunaan CBT dengan nilai-nilai religius atau yang sering disebut dengan CBRT (*Cognitive Behavioral Religious Therapy*) bertujuan agar subjek tidak mengulang kesalahan yang telah diperbuat yang tidak sesuai dengan ajaran agama yang dianut. Secara umum CBRT didefinisikan sebagai terapi yang menggabungkan terapi perilaku dan terapi kognitif yang mengakomodasi nilai-nilai agama. Terapi ini mengacu pada prinsip terapi kognitif-perilaku bagi penderita depresi yang diadaptasi dengan menggunakan dasar-dasar agama Islam. Tujuannya adalah untuk mengubah pikiran yang maladaptif, tidak produktif, dan melemahkan, serta mengadopsi dan memperkuat proses kognitif yang lebih adaptif serta didasarkan pada keyakinan dan nilai-nilai agama Islam (Trimulyaningsih & Subandi, 2010).

Penelitian ini bertujuan untuk melihat efektivitas CBRT dalam menurunkan tingkat depresi pada penderita depresi. Tahapan-tahapan dalam proses terapi disesuaikan dengan konsep CBT yang dikombinasikan dengan nilai-nilai agama yang dianut oleh subjek.

### **Metode Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain eksperimen kasus tunggal (*single-case experimental design*) yang merupakan desain penelitian untuk mengevaluasi efek dari suatu perlakuan dengan kasus tunggal. Kasus tunggal dalam desain ini dapat berupa satu kelompok yang terdiri dari beberapa subjek ataupun kasus tunggal pada satu subjek (Latipun, 2002).

Desain eksperimen ini dianggap tepat untuk meneliti manusia, terutama untuk perilaku-perilaku yang tidak bisa diambil rata-ratanya. Desain ini digunakan karena peneliti melakukan pengukuran untuk mempelajari bagaimana perubahan yang terjadi pada variabel terikat, dalam hal ini adalah tingkat depresi, karena efek pemberian terapi. Pengamatan dan pengukuran dilakukan pada fase sebelum menjalani terapi (*baseline*) dan sesudah terapi untuk melihat perubahan yang terjadi. Selain itu keterbatasan subjek pada permasalahan yang akan diteliti juga menjadi salah satu pertimbangan digunakannya desain ini.

### **Subjek Penelitian**

Subjek dalam penelitian ini adalah seorang wanita berusia 17 tahun dan merupakan siswa dari jenjang Sekolah Menengah Atas. Subjek sempat dirawat di Rumah Sakit Jiwa dan didiagnosa mengalami Episode Depresi Dengan Gejala Psikotik (F32.3). Gejala yang muncul yaitu adanya afek depresif, selalu terlihat sedih dan murung, kehilangan minat dan kegembiraan, menghindari interaksi, berkurangnya energi yang menunjukkan meningkatnya keadaan mudah lelah atau (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas. Gejala lainnya adalah konsentrasi dan perhatian yang berkurang, merasa bersalah, tidur terganggu, dan nafsu makan berkurang.

Gejala-gejala tersebut juga disertai dengan halusinasi auditori, visual, dan taktil. Halusinasi auditori berupa mendengar suara-suara yang tidak jelas, halusinasi visual berupa melihat empat orang asing yang muncul di kamar, sedangkan halusinasi taktil berupa perasaan bahwa punggung subjek seperti ditaburi oleh pasir dan merasa ada tangan yang meraba leher, menimbulkan rasa sakit sehingga subjek kesulitan berbicara.

Gejala-gejala tersebut dipicu oleh rasa bersalah subjek karena telah melakukan hubungan seksual dengan pacar di sebuah hutan setelah menonton balapan motor. Subjek takut hamil dan tidak berani bercerita pada keluarga karena selama ini orang tua tidak mengizinkan subjek memiliki pacar. Subjek juga menganggap dirinya adalah sosok yang sangat tidak pantas melakukan hal tersebut karena dianggap sebagai anak yang pintar mengaji. Selain itu subjek juga seorang guru mengaji untuk anak-

anak kecil di desanya. Hal tersebut membuatnya merasa sangat bersalah serta berdosa karena telah mengecewakan orang tua dan melanggar hukum agama.

### **Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan dengan observasi, wawancara, tes psikologi, dan skala BDI-II (*Beck Depression Inventory*). Observasi dilakukan untuk melihat secara langsung bagaimana kondisi dan perilaku subjek saat dirawat di Rumah Sakit Jiwa maupun saat di rumah. Selain itu juga melihat bagaimana kondisi lingkungan di sekitar subjek. Wawancara dilakukan dengan keluarga, dokter dan psikolog yang mengetahui riwayat kesehatan subjek. Data yang didapatkan dari observasi dan wawancara juga dapat digunakan untuk melihat perubahan yang terjadi pada subjek antara sebelum dan sesudah menjalani terapi.

Tes psikologi digunakan untuk mengetahui gambaran kepribadian subjek yang akan digunakan terapis saat proses terapi, misalnya untuk memahami terbentuknya pemikiran-pemikiran yang dapat memicu gejala depresi.

Skala BDI-II diberikan untuk mengukur tingkat depresi subjek antara sebelum dan sesudah menjalani terapi. BDI-II merupakan skala berbentuk laporan diri yang terdiri dari 21 item dan digunakan untuk mengukur tingkat depresi secara subjektif (A. T. Beck et al., 1996). Respon jawaban subjek dinilai dari skala 0 (tidak mengalami) sampai 3 (berat). Terdiri dari aspek kognitif, emosi, dan somatik (A. T. Beck et al., 1996). Skala ini memiliki kemampuan untuk membedakan antara individu yang mengalami depresi dengan yang tidak depresi. Selain itu juga memiliki konsistensi internal 0,90 serta reliabilitas tes ulang 0,55 ( $p < 0,01$ ) (Ginting, dkk, 2013).

### **Rancangan Terapi**

Terapi yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) yang dipadukan dengan nilai-nilai religius atau yang sering disebut dengan *Cognitive Behavior Religious Therapy* (CBRT). Terapi ini tidak hanya menghilangkan pemikiran-pemikiran yang dapat menjadi pemicu depresi, seperti rasa bersalah karena telah melakukan hubungan seksual dengan pacar, tetapi juga mengarahkan agar menyadari bahwa perbuatan tersebut tidak terulang lagi. Nilai-nilai agama dimasukkan dalam setiap sesi terapi.

Menurut (Spiegler, 2015), teknik CBT terbagi atas terapi kognitif dan perilaku yang tampak. Teknik-teknik yang digunakan yaitu:

#### 1) *Thought Catching*

Tahapan ini berupa penangkapan pemikiran. Hal ini menjadi penting karena terdapat hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku. Dengan perekaman dan pemunculan pikiran, maka terapis dan subjek memperoleh data untuk memformulasikan hipotesis yang akan dimanfaatkan untuk testing realitas. Tujuan dari *thought catching* adalah untuk menghilangkan pikiran maladaptif sebagai penyebab kecemasan. Dilakukan dengan cara menjelaskan pada subjek mengenai adanya keterkaitan erat antara pikiran, perasaan, dan perilaku. Subjek didampingi untuk menangkap pikiran salah yang menguatkan perasaan cemasnya dan menyebabkan reaksi yang tidak diharapkan.

#### 2) *Testing Realita*

Tujuan dari testing realita adalah untuk mencari bukti-bukti yang mendukung atau menggugurkan asumsi dari pikiran maladaptif. Dilakukan dengan cara mengidentifikasi pikiran

atau pernyataan yang dibuat subjek, bersifat negatif, atau berhubungan dengan perasaan yang mengganggu. Terapis kemudian bertanya mengenai keyakinannya secara perlahan mencari bukti-bukti yang mendukung atau menggugurkan pernyataan subjek yang tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

3) *Generating Alternative Interpretation*

Tahapan ini merupakan teknik intervensi kognitif yang merestruktur cara berpikir dengan kalimat negatif menjadi kalimat yang lebih positif atau lebih adaptif. Terapis mempersiapkan terlebih dahulu kemudian subjek mengulang sendiri teknik tersebut.

4) *Activity Schedule*

Tahapan ini berupa rencana catatan tertulis terkait aktivitas harian yang harus dilakukan oleh subjek. Teknik ini berguna untuk subjek yang mengalami kecemasan dan depresi. Subjek dan terapis secara bersama-sama merancang aktivitas harian subjek dalam rentang waktu tertentu. Rencana aktivitas harian tersebut mendorong subjek agar melakukan sesuatu yang produktif. Subjek yang mengalami depresi seringkali mengalami hambatan bahkan untuk sekadar melakukan aktivitas sederhana sekalipun. Rencana aktivitas ini membantu subjek untuk aktif terlibat dan beraktivitas sepanjang hari.

5) *Mastery and Pleasure Rating*

Menyediakan tempat bagi subjek untuk merasakan bahwa dirinya mampu dan bisa menikmati aktivitas tersebut. Subjek yang mengalami depresi tidak hanya membutuhkan aktivitas, tetapi juga harus disertai dengan memiliki perasaan mampu dan senang terhadap apa yang mereka lakukan.

Tahapan-tahapan di atas merupakan tahapan umum dalam terapi CBT yang kemudian disesuaikan dan diaplikasikan pada proses terapi yang memadukan nilai-nilai agama di dalamnya. Berikut ini adalah tahapan terapi yang dilakukan pada penelitian ini:

- 1) Eksplorasi masalah, yaitu memahami permasalahan yang akan diselesaikan dan memberikan pemahaman pada subjek hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku yang saling berkaitan.
- 2) Mengajarkan teknik relaksasi yang akan digunakan saat proses terapi karena tidak menutup kemungkinan selama proses terapi akan muncul rasa tidak nyaman pada sesi-sesi tertentu. Selain itu juga dapat digunakan subjek pada kehidupan sehari-hari.
- 3) *Thought Catching*, yaitu mengidentifikasi distorsi kognitif yang dimiliki subjek.
- 4) *Testing Realita*. Membantu subjek agar dapat mengemukakan alasan-alasan mengenai pikirannya yang salah kemudian subjek diajak untuk melihat bukti-bukti yang tidak mendukung pikirannya tersebut agar menyadari bahwa pikirannya tidak benar.
- 5) Tugas Rumah. Membiasakan subjek untuk berpikir positif pada diri sendiri dan orang lain. Misalnya dengan cara menuliskan hal-hal positif dalam buku harian.
- 6) Psikoedukasi keluarga. Dilakukan agar keluarga memahami kondisi subjek sehingga dapat bersikap dengan tepat.
- 7) *Generating alternative interpretations*. Membantu subjek agar dapat terbiasa untuk berpikir positif terhadap diri dan orang lain dengan cara mengubah pikiran negatif menjadi pikiran yang lebih positif, serta dapat melihat sisi positif dari kejadian yang telah dialami.

- 8) *Activity Schedule*. Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari subjek agar tidak berlarut dalam perasaan sedih.
- 9) *Mastery and Pleasure*. Membantu subjek untuk mencari kegiatan-kegiatan yang dapat memberikan kesenangan.

### Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dapat dilihat adanya perubahan pada kondisi subjek. Perubahan tersebut meliputi aspek pikiran, fisik, dan perilaku. Selain itu juga terdapat penurunan skor pada skala BDI-II dari kategori depresi berat menjadi depresi sedang. Berikut ini adalah perubahan kondisi pikiran, fisik, dan perilaku yang tampak pada subjek antara sebelum dan sesudah mendapatkan terapi.

**Tabel 1. Perubahan Kondisi Pikiran**

Sebelum Intervensi	Setelah Intervensi
<p>Merasa ketakutan, menangis, bahkan berteriak saat teringat pernah melakukan hubungan seksual dengan pacar.</p> <p>Merasa bersalah dan berdosa sehingga subjek menjadi sedih dan murung.</p>	<p>Ketakutan subjek sudah berkurang. Ditunjukkan dengan hilangnya perilaku berteriak, menangis, dan raut wajah ketakutan.</p> <p>Subjek menyadari bahwa perbuatannya salah dan dosa, tetapi subjek mendapatkan pemahaman bahwa kesalahan dan dosa tersebut dapat diampuni jika benar-benar memperbaiki diri.</p> <p>Subjek sudah melaksanakan sholat taubat dan sehari-hari berusaha menyempatkan diri untuk membaca istighfar sebagai usaha untuk memohon ampun dan memperbaiki diri.</p>
<p>Subjek merasa orang tua akan marah, kecewa dan tidak akan memaafkannya.</p> <p>Subjek merasa lingkungan tidak akan menerima dirinya lagi, karena sebagai guru mengaji telah melakukan kesalahan besar.</p>	<p>Subjek memahami bahwa keluarga dapat memaafkan kesalahannya.</p> <p>Subjek memahami bahwa pikirannya salah. Tetangga tetap bersikap baik seperti semula. Namun subjek belum bersedia lagi untuk menjadi guru mengaji karena masih belum siap.</p>
<p>Skala kecemasan yang diukur berada pada angka 9, dengan rentang angka 1 sampai 10.</p>	<p>Skala kecemasan berada pada angka 2, dengan rentang angka 1 sampai 10. Subjek sudah merasa nyaman dan sudah memulai melaksanakan kegiatan sehari-hari seperti sebelum mengalami depresi.</p>

Berdasarkan tabel perubahan kondisi subjek di atas, dapat dilihat bahwa terdapat perubahan kondisi pikiran antara sebelum dan setelah terapi. Simptom-simptom depresi yang berkaitan dengan

aspek kognitif seperti merasa kesalahannya tidak termaafkan dan merasa akan ditolak masyarakat berangsur hilang. Perasaan berdosa dalam hal ini tidak begitu saja dihilangkan, tetapi melalui proses untuk mengarahkan subjek agar memohon ampun dan bertaubat atas kesalahannya sesuai dengan nilai-nilai agama yang dianutnya. Subjek juga masih membutuhkan waktu untuk dapat kembali beraktivitas sebagai guru mengaji karena merasa belum siap dengan peran tersebut.

Kondisi-kondisi tersebut juga berdampak pada perubahan perilaku dan fisik subjek. Berikut ini adalah gambaran perilaku atau fisik antara sebelum dan sesudah terapi.

**Tabel 2. Perubahan Kondisi Perilaku/Fisik**

Sebelum Intervensi	Setelah Intervensi
Subjek selalu murung dan tidak pernah terlihat tersenyum.	Subjek sudah sering tersenyum, walaupun sesekali masih terlihat afek datar.
Selalu ingin beristirahat karena merasa lelah.	Subjek sudah bisa membantu mengerjakan pekerjaan rumah tangga, seperti pergi belanja ke pasar, menyapu.
Mengurung diri di kamar.	Subjek sudah tidak mengurung diri di kamar. Sudah bersedia berinteraksi dengan tetangga, masuk sekolah, dan membantu pekerjaan di rumah.
Konsentrasi dan perhatian terganggu.	Subjek sudah bisa berkonsentrasi dan memusatkan perhatian. Tampak pada sikap yang sudah bisa belajar di rumah dan mengikuti pelajaran di sekolah.
Nafsu makan berkurang.	Nafsu makan normal.
Tidur terganggu, sering terbangun karena mimpi buruk.	Subjek sudah dapat tidur nyenyak, kuantitas tidur bertambah karena sering mengantuk setelah minum obat.
Skor BDI-II subjek adalah 39 yang tergolong dalam depresi berat.	Skor BDI II subjek adalah 14 yang tergolong depresi ringan.

Perubahan pada aspek kognitif diikuti oleh perubahan pada perilaku dan fisik yang dapat diamati secara langsung. Misalnya subjek sudah bersedia untuk berinteraksi dengan keluarga dan tetangga, tidak mengurung diri di kamar dan sudah terlihat perubahan raut wajah walaupun sesekali masih terlihat afek datar.

Penurunan simptom-simptom depresi pada subjek juga terlihat dari menurunnya skor BDI-II yang semula berada dalam kategori depresi berat menjadi depresi ringan. Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat penurunan simptom-simptom depresi setelah menjalani terapi.

### Pembahasan

Subjek dibesarkan dalam lingkungan yang kental dengan nilai-nilai moral dan agama. Subjek tumbuh menjadi individu yang patuh dan tidak berani membantah perintah orang tua karena apa yang ditanamkan oleh orang tua selama ini dianggap sebagai sesuatu yang benar. Penanaman moral memang menjadi hal yang sangat penting bagi perkembangan kepribadian dan sosial anak untuk menuju kedewasaannya (Mönks, Knoers, & Haditono, 1985). Perkembangan moral berkaitan dengan aturan-aturan dan ketentuan tentang apa yang seharusnya dilakukan oleh seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain (Santrock, 2003).

Subjek mendapatkan penanaman nilai-nilai kepatuhan dari orang tua yang akhirnya direspon dengan sikap selalu menurut, tidak berani membantah, mengikuti keinginan orang tua dan rajin. Subjek juga memahami nilai-nilai yang ada di dalam masyarakat yang diwujudkan dalam perilaku sering terlibat dalam kegiatan sosial. Di sisi lain, subjek juga memiliki kecenderungan untuk bersikap pasif, kurang asertif, dan mudah terbawa arus dari luar.

Menurut (Dwiyantri, 2013), saat individu berada dalam usia remaja atau dewasa menjadi tidak mengingat ajaran-ajaran moral, bisa disebabkan oleh tidak adanya ruang komunikasi dengan orang tua sebagai "guru pertama" yang seharusnya terus memberikan pengajaran moral. Lingkungan sekitar rumah merupakan hal penting dan ketika lingkungan sekitar rumah tersebut tidak memberikan kenyamanan, biasanya anak akan memberontak di luar rumah. Penjelasan tersebut dapat digunakan untuk melihat kondisi subjek. Pola komunikasi yang baik tidak terjadi antara subjek dan orang tua serta adanya rasa tidak nyaman yang akhirnya direspon oleh subjek dengan cara menjalin hubungan dengan lawan jenis secara diam-diam. Subjek tidak memiliki kendali diri yang cukup baik sehingga bersedia melakukan hubungan seksual dengan pacar.

Subjek menjadi sangat takut dan bersalah setelah melakukan hubungan seksual karena sebelumnya telah meyakini bahwa melakukan hubungan seksual sebelum pernikahan adalah perbuatan yang tidak benar dan tidak sesuai dengan nilai-nilai agama dan norma dalam masyarakat. Kondisi tersebut menjadi sebuah kecemasan dan tekanan psikologis. Menurut (Corsini & Wedding, 2011) individu dapat mengalami tekanan psikologis ketika melihat adanya situasi yang mengancam kepentingan vital mereka. Kondisi tersebut membuat persepsi dan interpretasi terhadap permasalahan menjadi sangat selektif, egosentris, dan kaku sehingga menyebabkan gangguan fungsional aktivitas kognitif yang normal.

Perasaan takut dan bersalah tersebut menimbulkan suatu pemikiran yang salah. Pemikiran yang salah menurut Beck disebut dengan distorsi kognitif (Corsini & Wedding, 2011). Subjek merasa bahwa kesalahan yang dilakukan tidak akan dimaafkan oleh keluarga. Selain itu juga berpikir bahwa lingkungan tidak akan menerimanya lagi karena telah melakukan kesalahan. Distorsi kognitif yang ada pada subjek disebut dengan *arbitrary inference* (kesimpulan sewenang-wenang), yaitu mengambil kesimpulan tertentu tanpa adanya bukti pendukung atau bahkan saat sedang menghadapi bukti yang bertentangan. Subjek belum mendapatkan bukti apakah benar orang tua tidak memaafkan dan apakah lingkungan tidak akan menerimanya lagi. Kondisi ini mendorong subjek untuk menunjukkan perilaku menarik diri dari interaksi dengan keluarga maupun orang-orang di lingkungan sekitar.

Distorsi kognitif yang dimiliki oleh subjek akhirnya berpengaruh pada beberapa perilaku yang menjadi gejala dari depresi. Subjek mengurung diri di kamar, tidak banyak bicara, dan tidak bersedia melakukan aktivitas seperti biasanya, seperti sekolah, membantu ibu, dan juga tidak mau mengajar mengaji lagi. Kondisi tersebut semakin memburuk karena subjek tidak berani bercerita pada orang lain tentang ketakutan, rasa bersalah dan berdosa yang sangat besar. Gejala-gejala lain yang terkait dengan gangguan persepsi akhirnya muncul dalam bentuk halusinasi. Subjek merasa melihat sosok

empat orang asing di dalam kamar, merasa punggung ditaburi pasir, dan merasa ada yang mencekik leher sehingga subjek kesulitan untuk berbicara.

Terapi kognitif perilaku merupakan terapi yang paling sering digunakan untuk mengatasi depresi (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007). Tahapan-tahapan dalam terapi ini memungkinkan seseorang untuk mengalami perubahan pada aspek pikiran yang diharapkan akan diikuti oleh perubahan perilaku maladaptif menjadi perilaku yang lebih adaptif. Terapi ini juga merupakan salah satu dari dua terapi yang dimasukkan dalam petunjuk tritmen untuk depresi dan telah dipublikasikan oleh *Agency for Health Care and Policy Research* (AHCPR). (Epp & Dobson, 2010) juga telah merangkum sejumlah studi yang menunjukkan bahwa terapi kognitif perilaku efektif untuk mengatasi gangguan depresi.

Terapi CBRT pada penelitian ini membantu subjek untuk memahami berbagai distorsi kognitif yang ada pada dirinya. Namun di sisi lain juga tidak memberikan peluang bagi subjek untuk tidak takut mengulangi perbuatannya lagi karena hal tersebut adalah sebuah dosa yang bertentangan dengan nilai-nilai agama. Terapi melibatkan unsur nilai-nilai agama dalam setiap prosesnya. Menurut (Hodge, 2008), penggunaan teknik yang sesuai dengan nilai-nilai yang diyakini oleh subjek akan menunjukkan hasil yang lebih optimal. Hal ini sesuai dengan terapi yang diberikan pada subjek, dimana terapi CBT dipadukan dengan nilai-nilai agama dan sesuai dengan latar belakang kehidupan subjek.

Seperti terapi kognitif perilaku pada umumnya, terapi yang diberikan pada subjek juga bertujuan untuk merubah distorsi kognitif yang kemudian diikuti oleh perubahan pada perilaku. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, terdapat beberapa perbedaan kondisi subjek antara sebelum dan sesudah menjalani terapi. Perubahan terjadi pada aspek kognisi yaitu distorsi kognitif subjek yang menjadi sumber berkembangnya gejala-gejala depresi.

Perubahan pada aspek kognisi subjek akan diikuti oleh perubahan perilaku (Susana, Parmadi, & Adi, 2015). Seperti yang dikemukakan oleh Beck, bahwa pikiran negatif akan meningkatkan kecenderungan seseorang mengalami depresi ketika mengalami peristiwa yang menjadi tekanan (McGinn, 2000). Oleh karena itu, merubah cara berpikir menjadi lebih adaptif adalah salah satu cara untuk menurunkan tingkat depresi.

### **Simpulan dan Rekomendasi**

Rekomendasi untuk subjek yaitu agar tetap meneruskan kegiatan-kegiatan yang telah dibuat dalam terapi kognitif perilaku berbasis unsur-unsur religiusitas. Subjek juga diharapkan tetap berlatih dan membiasakan berpikiran positif dan lebih asertif pada keluarga dalam menyampaikan apa yang sedang dirasakan.

Keluarga diharapkan tetap dapat memberikan dukungan dan mengajak subjek melakukan kegiatan-kegiatan yang memberikan kesenangan. Keluarga juga diharapkan dapat memberikan kesempatan bagi subjek untuk menyampaikan perasaan dan keinginannya, misalnya saat akan memutuskan sesuatu tentang kehidupan subjek.

Rekomendasi untuk penelitian selanjutnya adalah dapat dilakukannya terapi pemaafan. Saat ini subjek masih belum bersedia untuk mengajar mengaji karena merasa tidak pantas lagi untuk menjadi guru mengaji. Terapi pemaafan dapat digunakan agar subjek lebih bisa memaafkan diri sendiri atas kesalahan yang telah diperbuat.

### Daftar Pustaka

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490–498.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford press.
- Corsini, R. J., & Wedding, D. (2011). *Current Psychotherapies Ninth Edition*. United States of America: Cengage Learning.
- Dwiyanti, R. (2013). Peran Orangtua dalam Perkembangan Moral Anak (Kajian Teori Kohlberg).
- Epp, A. M., & Dobson, K. S. (2010). The evidence base for cognitive-behavioral therapy. *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, 39–73.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772–799.
- Hodge, D. R. (2008). Constructing spiritually modified interventions: Cognitive therapy with diverse populations. *International Social Work*, 51(2), 178–192.
- Joffres, M., Jaramillo, A., Dickinson, J., Lewin, G., Pottie, K., Shaw, E., ... Care, C. T. F. on P. H. (2013). Recommendations on screening for depression in adults. *Canadian Medical Association Journal*, 185(9), 775–782.
- Latipun. (2002). Psikologi Eksperimen. Malang: UMM Press.
- Maurus, J. (2009). Mengenal dan Mengatasi Depresi. Rumpun.
- McGinn, L. K. (2000). Cognitive behavioral therapy of depression: Theory, treatment, and empirical status. *American Journal of Psychotherapy*, 54(2), 257.
- Mönks, F. J., Knoers, A. M. P., & Haditono, S. R. (1985). *Psikologi Perkembangan: Pengantar dalam berbagai bagiannya*. Gadjah Mada UP.
- Mutia, E., Subandi, M. A., & Mulyati, R. (2011). Terapi kognitif perilaku bersyukur untuk menurunkan depresi pada remaja. *Jurnal Intervensi Psikologi*, 2(1), 53–68.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2003). Psikologi Abnormal. Edisi Kelima. Jilid 1 (terjemahan). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- O’Hea, E., Houseman, J., Bedek, K., & Sposato, R. (2009). The use of cognitive behavioral therapy in the treatment of depression for individuals with CHF. *Heart Failure Reviews*, 14(1), 13–20.
- Oemarjoedi, A. K. (2003). Pendekatan cognitive behavior dalam psikoterapi. *Jakarta: Kreativ Media*.

- Santrock, J. W. (2003). *Adolescence: Perkembangan Remaja* (alih bahasa Shinto B. Adelar dan Sherly Saragih). Jakarta: Erlangga.
- Somers, J., & Queree, M. (2007). *Cognitive Behavioral Therapy*. British Columbia: The Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA) at Simon Fraser University.
- Spiegler, M. D. (2015). *Contemporary behavior therapy*. Nelson Education.
- Susana, T., Parmadi, E. H., & Adi, P. S. (2015). Program Bantu Diri Terapi Kognitif Perilaku: Harapan bagi Penderita Depresi. *Jurnal Psikologi*, 42(1), 78–98.
- Trimulyaningsih, N., & Subandi, M. A. (2010). Terapi Kognitif-Perilaku Religius untuk Menurunkan Gejala Depresi. *Jurnal Intervensi Psikologi*, 2(2), 205–227.