

# JURNAL INTERVENSI PSIKOLOGI

***Aida Dakhliyah Sufriani & R.A. Retno Kumolohadi***

Pengaruh Keteraturan Membaca dan Menghayati Makna Ayat Al-quran pada Kemampuan Berpikir Positif Narapidana

***Umniyah & Tina Afiatin***

Pengaruh Pelatihan Pemusatan Perhatian (*Mindfulness*) terhadap Peningkatan Empati Perawat

***Haerani Nur Haeba & Moordiningsih***

Terapi Kognitif Perilaku dan Depresi Pasca Melahirkan

***Nur Pratiwi Noviati & Sri Hartati***

Konseling sebagai Upaya Meningkatkan Kepemimpinan Transformasional

***Hinggar Ganari Mawandha & Endang Ekowarni***

Terapi Kognitif Perilaku dan Kecemasan Menghadapi Prosedur Medis pada Anak Penderita Leukemia

***Miftahun Ni'mah Suseno***

Pengaruh Pelatihan Komunikasi Interpersonal terhadap Efikasi Diri sebagai Pelatih pada Mahasiswa

***Zarina Akbar & Tina Afiatin***

Pelatihan Manajemen Emosi sebagai Program Pemulihan Depresi Remaja Korban Selamat Gempa Bumi



# **Terapi Kognitif Perilaku dan Depresi Pasca Melahirkan**

**Haerani Nur Haeba  
RSJ Makasar**

**Moordiningsih  
Program Profesi Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta**

Kelahiran seorang bayi merupakan peristiwa yang paling membahagiakan dalam kehidupan perempuan, kehadiran bayi merupakan suatu bentuk penghargaan, namun dapat pula sebaliknya, kelahiran bayi dapat menimbulkan perasaan tertekan. Menjadi seorang ibu merupakan keadaan yang membawa perubahan besar. Beban dan tanggung jawab perempuan sebagai ibu akan muncul dengan segera setelah kelahiran bayinya. Beberapa penyesuaian perlu dilakukan oleh perempuan, baik dari segi fisik maupun dari segi mental. Pada kelahiran pertama, tuntutan seorang ibu akan dirasakan semakin berat karena kurangnya pengetahuan perempuan akan hal perawatan bayi. Pada kelahiran anak berikutnya, tuntutan seorang ibu dirasakan berat karena bertambahnya anggota keluarga baru dan belum adanya kesiapan dalam menerima kehadiran bayi berikutnya. Tidak adanya kesiapan untuk menerima kehadiran anggota baru pada kelahiran anak berikutnya merupakan bentuk penolakan. Penambahan anggota keluarga yang baru berarti akan bertambah kebutuhan ekonomi, padahal mungkin kondisi ekonomi belum mapan, selain itu adanya perasaan malu karena mempunyai anak yang banyak dan usia yang sudah tidak produktif untuk melahirkan tetapi terpaksa harus mempunyai anak bayi lagi dapat menimbulkan tekanan bagi orang tua terutama bagi seorang ibu (Yanita dan Zamralita, 2001).

Penyesuaian lain yang harus dilakukan dengan hadirnya anggota baru dalam keluarga adalah ritme kehidupan bayi yang berbeda dengan ibu, ibu harus siap bangun tengah malam untuk menyusui atau mengganti popoknya yang basah, penyesuaian baru ini menyebabkan ibu sangat tertekan. Pada awal pengalaman ibu sebagai orang tua, gangguan terhadap kehidupan rutin sehari-hari, seperti berkurangnya kebebasan yang disebabkan oleh ketidakberdayaan dan ketergantungan dari bayi serta tuntutan untuk selalu mengurus dan memperhatikan bayi akan mengakibatkan stres baik secara fisik maupun psikologis (Kartono, 1992). Sebagian perempuan berhasil menyesuaikan diri dengan baik pada tuntutan dan peran, tetapi pada sebagian perempuan lain kurang dapat menyesuaikan diri dan hal inilah yang jika tidak diperhatikan akan dapat menimbulkan gangguan psikologis (Kleiman, 2003).

Kleiman (2003) menunjukkan adanya pandangan stereotip terhadap ibu yang mengalami depresi pasca melahirkan, mereka menganggap dirinya tidak beruntung, hidupnya terhambat dan tidak akan bahagia selamanya. Pandangan semacam ini dapat berpengaruh pada konsep diri, kemauan dan motivasi, akan mengakibatkan timbulnya perasaan tidak mampu, putus asa, tidak berharga, tidak percaya diri dan cemas yang akan menghambat mereka untuk mengurus diri, keluarga dan hubungan interpersonal.

Reaksi emosi dalam hubungannya dengan diri sendiri dan orang lain merupakan sumber munculnya depresi seperti yang dikemukakan oleh Beck (1985) dengan *negative cognition* atau *depressive triad* pada penderita depresi, yaitu: 1) munculnya kognisi negatif terhadap dirinya: individu merasa tidak berharga, keyakinan dirinya bahwa dia

merasa tidak berharga, tidak mampu dan tidak diharapkan karena individu yang mengalami depresi ini akan menginterpretasikan kejadian negatif disebabkan kegagalannya dan ketidakmampuan dirinya, 2) munculnya pandangan negatif terhadap lingkungan atau dunia luar: individu merasa bahwa semua yang buruk terjadi pada dirinya, menganggap dunia dan lingkungannya sebagai tidak peka, membuat frustrasi dan banyak menuntut, individu yang depresi akan melihat dunia secara pesimis dan sinis, 3) munculnya pandangan negatif tentang masa depan: menganggap tidak akan ada perubahan, menganggap masa depan sebagai sia-sia dan meyakini bahwa kejadian negatif akan terus terjadi, individu yang depresi percaya bahwa ia tidak berdaya dan tidak memiliki kekuatan untuk memperbaiki keadaan atau masa depannya (Oemarjoedi, 2004).

Penelitian yang dilakukan Brown (dalam Selby, 1980) membuktikan bahwa terjadinya depresi pasca melahirkan disebabkan oleh harapan-harapan dan keyakinan-keyakinan budaya. Banyaknya persyaratan-persyaratan bagi para ibu untuk menyesuaikan diri dengan tuntutan-tuntutan bayi, tetapi di sisi lain adanya harapan budaya tentang persepsi seorang ibu yang dituntut harus menjaga kesehatan agar tetap bisa melayani suami menyebabkan ibu menjadi tidak suka terhadap peran baru sebagai ibu, hal tersebut dapat menyebabkan ibu yang baru melahirkan menjadi tertekan.

Hasil penelitian di atas mendukung hasil penelitian yang sebelumnya dilakukan oleh Tim Peneliti dan Pencatatan Kebudayaan Daerah Sulawesi Tenggara tahun 1997 tentang Adat Kebudayaan Perkawinan Sulawesi Tenggara bahwa seorang istri dituntut untuk selalu melayani suami, mengerjakan pekerjaan rumah dan mengurus anak (jika sudah mempunyai anak) dan suami tidak melibatkan diri mengurus pekerjaan rumah tangga (Tim Peneliti dan Pencatatan Kebudayaan Daerah Sulawesi Tenggara, 1998). Tuntutan budaya tersebut dapat menyebabkan tekanan bagi ibu baru melahirkan yang harus membutuhkan istirahat banyak setelah melahirkan, tetapi dia diharuskan untuk menyesuaikan diri dengan tuntutan bayi dan tuntutan budaya.

Yalom, dkk., (dalam Malonda, 2000) melengkapi kedua hasil penelitian di atas. Penelitian yang dilakukan mengaitkan terjadinya depresi pasca melahirkan dengan adanya tuntutan budaya reproduksi dalam hal-hal kondisi pengetahuan memelihara bayi, adanya peran baru sebagai ibu, kondisi siap tidaknya para ibu ketika bertambahnya anak sebagai beban ekonomi. Dalam penelitian tersebut, ditemukan juga dugaan-dugaan adanya reaksi-reaksi psikologis pasca melahirkan ditemukan yaitu empat perlima dari para ibu yang mengalami depresi pasca melahirkan membutuhkan penanganan profesional.

Untuk membantu mengatasi depresi serta membuat prediksi agar lebih akurat tersebut, nampaknya terapi kognitif perilaku dapat dimanfaatkan sebagai salah satu jalan keluar. Dasar pemilihan terapi ini : (1) sesuai dengan teori-teori yang telah dikemukakan di atas bahwa terjadinya depresi lebih disebabkan oleh adanya skema kognitif ataupun munculnya distorsi kognitif, dengan karakteristik berupa rendahnya penilaian terhadap diri sendiri dan tidak adanya keyakinan mengenai masa depannya. Proses kognisi akan mempengaruhi seseorang dalam berperilaku, proses kognisi ini akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berfikir, merasa dan bertindak; kognisi merupakan proses yang memperantarai dalam proses belajar manusia, (2) pikiran, perasaan dan tingkah laku saling berhubungan secara kausal. Dengan demikian pendekatan yang digunakan harus dapat mengatasi kecenderungan yang dialami penderita depresi tersebut. Terapi kognitif perilaku merupakan kombinasi

strategi kognitif dan perilaku. Konsep dasar terapi ini adalah bahwa pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon, yang saling terkait dan membentuk jaringan dalam otak. Dengan demikian terdapat keserasian dasar dalam pendekatan teori depresi dengan teori terapi kognitif perilaku, (3) Dari hasil penelitian, banyak intervensi psikologi yang digunakan dalam menangani gangguan depresi. Penelitian-penelitian tersebut juga membandingkan antara satu intervensi psikologi dengan intervensi lainnya, seperti *interpersonal psychotherapy* dengan *cognitive behavioral therapy* maupun dengan *family therapy*. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terapi kognitif perilaku merupakan salah satu terapi yang telah terbukti manjur untuk mengatasi depresi, khususnya depresi taraf sedang dan ringan bahkan berfungsi sebagai terapi jangka panjang (Lincoln & Flannaghan, 2003; Antonuccio dkk., 1997; AAHD American Association on Health and Disability, 2004; NIMH, 1999; Fogel & Jacob, 2002; Brown dkk., 1997; Mohr dkk., 2001 ).

Dengan mengacu pada penjelasan di atas, penelitian ini ingin menguji terapi kognitif perilaku (*cognitive behavioral therapy*) yang dapat dimanfaatkan untuk membantu mengatasi gangguan psikologis, terutama depresi pasca melahirkan. Pemanfaatan baik oleh para pihak Rumah Sakit Jiwa, Puskesmas dan Rumah Bersalin agar dapat memberikan pelayanan yang lebih optimal.

### **Depresi Pasca Melahirkan**

Depresi pasca melahirkan sudah dikenal sejak 460 tahun sebelum Masehi oleh Hipocrates. Namun usaha untuk menguraikan secara sistematis tentang depresi pasca melahirkan muncul saat memasuki abad XVII oleh Equirol dan secara rinci digambarkan oleh Marce pada abad XVIII (Leopold, 2004). Pada tahun 1988 didirikan suatu lembaga "*The Postpartum Stress Centre*" oleh Karen Klaimen. Lembaga tersebut menyediakan informasi tentang pemahaman yang lebih baik dan penanganan secara klinis pada penderita depresi pasca melahirkan.

Deskripsi lebih lengkap kemudian dikembangkan dari waktu ke waktu, namun baru sekitar 15 tahun terakhir ini muncul banyak informasi seputar depresi pasca melahirkan (Hadi, 2004).

#### **1. Pengertian Depresi Pasca Melahirkan**

Secara psikiatrik gangguan depresi pasca melahirkan merupakan kelompok *disorder*, didiagnosa berhubungan dengan kehamilan dan bayi, berbeda dengan jenis gangguan psikiatrik lain. Bukti terakhir menyatakan bahwa gangguan depresi pasca melahirkan hampir tidak dapat dibedakan dengan gangguan psikiatrik yang terjadi selama kehidupan perempuan (Nonacs, 2004).

Menurut teori sosial, depresi pasca melahirkan merupakan gangguan pada pola perilaku ibu yang lebih dominan disebabkan oleh faktor eksternal, yaitu adanya tuntutan untuk melakukan penyesuaian terhadap bayi yang baru lahir, dibanding faktor internal, yaitu perubahan fisiologis (Melges, dalam Atkinson dkk., 1984).

Sebaliknya Cloyton (1997) mengungkapkan bahwa depresi pasca melahirkan sebagai suatu tekanan yang dialami oleh wanita setelah melahirkan lebih didominasi oleh faktor hormonal.

Definisi depresi pasca melahirkan lebih diperjelas oleh Griffith (1997) dengan menyatakan bahwa depresi pasca melahirkan sebagai perubahan emosional yang dialami setelah seorang ibu melahirkan. Perubahan ini paling umum dialami tiga sampai dengan

10 hari setelah kelahiran bayi, tetapi dapat terjadi kapan saja ditahun pertama kelahiran dan pada beberapa wanita depresi dapat terjadi lebih dari tahun-tahun pertama kelahiran.

Lebih lanjut, Miyaoka (2001) mengemukakan bahwa depresi pasca melahirkan sebagai suatu resiko yang terjadinya karena meningkatnya berbagai langkah-langkah hidup, mencakup *puer-perium* yang berkembang setelah melahirkan, yang dapat terjadi sekitar enam sampai dengan delapan minggu kelahiran.

Dari definisi-definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa depresi pasca melahirkan adalah gangguan alam perasaan yang dialami ibu yang sifatnya menetap beberapa waktu lamanya setelah melahirkan yang ditandai dengan adanya perubahan emosi negatif yang mudah sekali dibangkitkan, simtom-simtom yang muncul dapat berupa konsep diri yang negatif diikuti dengan menyalahkan diri dan mencela diri, keinginan-keinginan regresif dan menghukum diri sendiri, keinginan untuk menghindar, bersembunyi atau keinginan untuk mati, perubahan-perubahan vegetatif, seperti susah tidur, kurang bergairan dan kehilangan nafsu makan.

## **2. Postpartum Blues, Postpartum Depression dan Postpartum Psychosis**

Ada tiga jenis bentuk depresi yang dialami wanita setelah melahirkan, yaitu :

### **a. Postpartum Blues**

Istilah *Postpartum blues* atau lebih dikenal dengan "*baby blues*" (kesedihan setelah melahirkan) atau "*maternity blues*" diusulkan pertama kali oleh Piit pada tahun 1973 (dalam Miyako, 2002), merupakan suatu sindrom gangguan mental ringan yang sering tampak pada minggu pertama setelah persalinan, yang dialami 50-85 persen perempuan, baik pada kelahiran pertama maupun seterusnya (Nonacs, 2004). Walaupun *baby blues* merupakan suatu kejadian umum yang normal pada awal keibuan, namun bagaimanapun juga *baby blues* merupakan masalah yang menimbulkan kesulitan dan ketidaknyamanan bagi perempuan yang mengalaminya (Clayton, 1997).

*Baby blues* ini umumnya terjadi pada minggu pertama setelah melahirkan (Alviq, 2004), atau bahkan tiga perempat minggu pertama kelahiran (Clayton, 1997) dan umumnya akan hilang dalam 10 hari setelah kelahiran (Clayton, 1997) bahkan satu bulan setelah kelahiran (Kruckman, 1992) , namun beberapa wanita mempunyai gejala lebih buruk atau lebih panjang, ini disebut *depression postpartum* (Clayton, 1997) .

Dalam tahap ini, si ibu mulai merasa bahwa ia mempunyai seorang bayi yang penuh ketergantungan dan banyak menuntut. Kepekaan emosional yang sudah kelihatan lebih awal kini mendatangkan reaksi. Tanpa adanya alasan, si ibu merasa bersedih, suasana hatinya berubah, atau secara tiba-tiba menangis. Sang ibu memerlukan adanya simpati dari orang-orang di sekitarnya , terutama suami sebagai orang terdekat dengannya (Jones, 1998).

Menurut Nonacs (2004) gejala-gejala yang biasa muncul pada wanita yang mengalami *baby blues* ditandai dengan ketidakstabilan emosi, selalu sedih, mudah marah, gangguan tidur, sikap apatis dari ibu, dan cepat tersinggung. Namun gejala tersebut tidak mempengaruhi kemampuan ibu untuk mengurus anaknya (Nonacs, 2004), dan umumnya tidak memerlukan penanganan khusus, hanya memerlukan dukungan sosial dan hanya memerlukan istirahat yang cukup di waktu malam, agar rasa serba kurang akan segera tersingkir (Sloane, *et al.*, dalam Yanita, 2001). Namun bergejala buruk dan dapat lebih panjang jika tidak ditangani (Alvig, 2004).

### **b. Postpartum Depression**

Di Indonesia dikenal dengan depresi pasca melahirkan, dan merupakan bentuk depresi yang lebih berat dari *baby blues*. Bentuk depresi ini kurang umum dibanding dengan *baby blues* dan dialami sekitar tujuh sampai dengan 20 persen wanita (Ingram, 1991). Gejala yang muncul adalah kehilangan semangat hidup, kehilangan minat terhadap aktivitas yang biasanya menyenangkan individu, perubahan keinginan makan, perubahan kebiasaan tidur, kelelahan yang berlebihan, aktivitas motorik menurun, adanya perasaan menyalahkan diri sendiri yang berlebihan, kesulitan konsentrasi dan mengambil keputusan, mudah lupa dan adanya keinginan untuk bunuh diri, adanya obsesi dan keraguan tentang keselamatan bayinya (Nonacs, 2004). Keadaan ini memerlukan evaluasi dan perawatan profesional oleh psikiater dan ahli psikologi (Sloane, dkk., dalam Yanita, 2001).

Lamanya gejala ini berlangsung kira-kira enam sampai dengan delapan minggu (Miyaoaka, 2001), kemungkinan dapat terjadi selama tiga bulan pasca kelahiran dan kemungkinan keadaan akut dapat terjadi (Nonacs, 2004), dan pada beberapa perempuan ada yang berlangsung selama satu tahun (Sarafino, dalam Yanita, 2001). Gejala ini terjadi sama seperti pada masa awal kehamilan. Banyak penyebab *postpartum depression* (tekanan jiwa sesudah melahirkan) sebagaimana banyak pula perempuan yang mengalaminya. Banyak perempuan penderita karena gejala yang menekan jiwa tetapi tidak dapat mengenalinya dan menunggu selama berbulan-bulan sebelum mencari pertolongan (Sloane, dkk., dalam Yanita, 2001).

Faktor yang dianggap sebagai penyebab munculnya gejala ini adalah masa lalu ibu tersebut, yang mungkin mengalami penolakan dari orangtua atau orangtua yang terlalu melindungi, kecemasan yang tinggi terhadap perpisahan, dan ketidakpuasan dalam pernikahan (Sarafino, dalam Yanita, 2001). Perempuan yang memiliki sejarah masalah emosional, pernah mengalami depresi pasca melahirkan sebelumnya dan depresi selama kehamilan rentan terhadap gejala depresi ini (Nonacs, 2004).

Banyak perempuan yang merasa malu mengakui adanya perasaan seperti itu dan tidak mau membicarakan gejala tekanan jiwa tersebut yang membuat mereka merasa lebih bersalah dan tertekan karena mereka tidak dapat mengatasi keadaan (Sloane, dkk., dalam Yanita, 2001).

Gejala depresi pasca melahirkan memang lebih ringan dibandingkan dengan psikosis pasca melahirkan. Meskipun demikian, kelainan-kelainan tersebut memiliki potensi untuk menimbulkan kesulitan atau masalah bagi ibu yang mengalaminya (Kruckman, 1992).

### **c. *Postpartum Psychosis***

*Postpartum Psychosis* merupakan gejala yang sangat jarang terjadi, hanya berkisar satu sampai dua diantara 1000 dari proses kelahiran (Kaplan & Sadock, 1991). Gejala ini mempunyai suatu serangan yang dramatis, yang muncul setelah tiga sampai dengan 14 hari setelah melahirkan dan gejala ini biasanya ditunjukkan dalam tiga bulan pertama setelah melahirkan. Dan umumnya dialami oleh ibu yang sebelumnya mengalami kelainan psikis atau pernah mengalami peristiwa gangguan pasca melahirkan sebelumnya (Nonacs, 2004).

Kondisi yang berkembang ditandai dengan munculnya perubahan *mood*, kebingungan, kelelahan, perasaan tidak berguna, hiperaktif, adanya serangan manik, sulit tidur dan adanya gangguan perilaku, sehingga munculnya halusinasi pendengaran dengan instruksi membunuh anaknya dan delusi kepercayaan yang berhubungan dengan bayinya

(misalnya; bayinya cacat, bayinya adalah utusan Tuhan), dan tidak adanya kemampuan ibu untuk mengurus diri dan bayinya (Nonacs, 2004).

Kemungkinan kecil terjadinya *postpartum psychosis* bukan berarti tidak diperlukan penanganan terhadap perempuan-perempuan pasca melahirkan yang mengalami gangguan psikologis. Beberapa usaha perlu dilakukan untuk mengatasi kondisi gangguan pasca melahirkan tersebut, agar tidak berkembang ke arah yang lebih buruk lagi.

Dari uraian di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa ada tiga jenis bentuk depresi yang dialami wanita setelah melahirkan, yaitu *postpartum blues*, *postpartum depression* dan *postpartum psychosis*.

#### **4. Penyebab Terjadinya Depresi Pasca Melahirkan**

Dari hasil studi kasus yang telah dilakukan oleh Haeba (2005) terhadap ibu-ibu yang mengalami depresi pasca melahirkan, diperoleh kesimpulan tentang latar belakang terjadinya depresi pasca melahirkan sebagai berikut :

##### **1. Kejadian Menekan**

- a. Kejadian menekan sebagai faktor awal pencetus munculnya depresi pasca melahirkan. Kejadian menekan adalah peristiwa yang dipersepsikan individu sebagai sesuatu yang mengancam dan membahayakan, membuat perasaan ketidaknyamanan dan tertekan. Kejadian menekan dapat bersumber dari dalam diri individu atau pribadi, maupun dari luar diri individu yaitu dari keluarga, hubungan dengan orang lain, tuntutan-tuntutan budaya setempat dan kondisi ekonomi. Pada ibu yang mengalami depresi pasca melahirkan, kejadian menekan yang bersumber dari keluarga berupa tidak ada atau kurangnya dukungan sosial dari pasangan maupun dari keluarga (ayah, ibu dan saudara) serta tekanan ekonomi terbukti sebagai faktor yang memberi sumbangan terbesar pada terbentuknya kejadian menekan.
- b. Kejadian menekan diperoleh ibu yang mengalami depresi pasca melahirkan melalui dua jalan, yaitu : 1) Kejadian menekan yang dialami sepanjang kehidupan (sejak masa kanak-kanak hingga dewasa); 2) Kejadian menekan yang dialami selama menjalani kehamilan.

##### **2. Faktor Internal**

- a. Karakter Kepribadian  
Individu yang memiliki karakter kepribadian *introvert* (tertutup), dimana hati dan pikirannya ditujukan ke alam dunia subjektif, ia hanya memikirkan dunia kecilnya dan sukar dipengaruhi oleh dunia luar, ia suka menyembunyikan isi hatinya dan pergaulannya dengan sesama manusia kurang lancar. Sifat ini ekstrim dan dapat menimbulkan gangguan jiwa. Kepribadian seorang ibu merupakan perantara terjadinya depresi pasca melahirkan, artinya munculnya depresi sebagai resiko dari stresor yang dialami sangat dipengaruhi oleh karakter pribadi individu tersebut.
- b. Pola Pikir Negatif  
Individu cenderung menginterpretasikan atau mengevaluasi situasi atau peristiwa secara negatif dan membuat peristiwa lebih *stressfull* atau negatif. Pikiran-pikiran negatif yang dimiliki cenderung dipertahankan, bersifat stabil dan menyeluruh pada semua masalah yang dihadapi sehingga mempengaruhi cara individu mengatasi masalah.

##### **3. Faktor Eksternal**

Stres yang dialami individu tidak hanya disebabkan oleh karakter kepribadian individu yang menilai setiap peristiwa secara negatif, tapi dapat pula disebabkan oleh faktor eksternal (lingkungan) yang menyebabkan individu tersebut menjadi tertekan. Faktor eksternal tersebut dapat berupa:

a. Dukungan Sosial

Dukungan sosial yang meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan bantuan langsung dan dukungan informasi yang diperoleh dari pasangan (suami) maupun keluarga terdekat (bapak, ibu dan saudara-saudara) memberi sumbangan besar terjadinya depresi pasca melahirkan. Individu yang tidak pernah atau kurang memperoleh dukungan sosial dari pasangan (suami) terbukti memberi sumbangan yang besar akan terjadinya depresi pasca melahirkan.

b. Kondisi Ekonomi

Kondisi ekonomi terbukti sebagai salah satu faktor terpenting pencetus terjadinya depresi pasca melahirkan. Bertambahnya anggota keluarga baru berarti bertambahnya kebutuhan ekonomi. Kondisi tersebut memberi beban pada keluarga dengan kondisi ekonomi pas-pasan.

c. Tuntutan Budaya

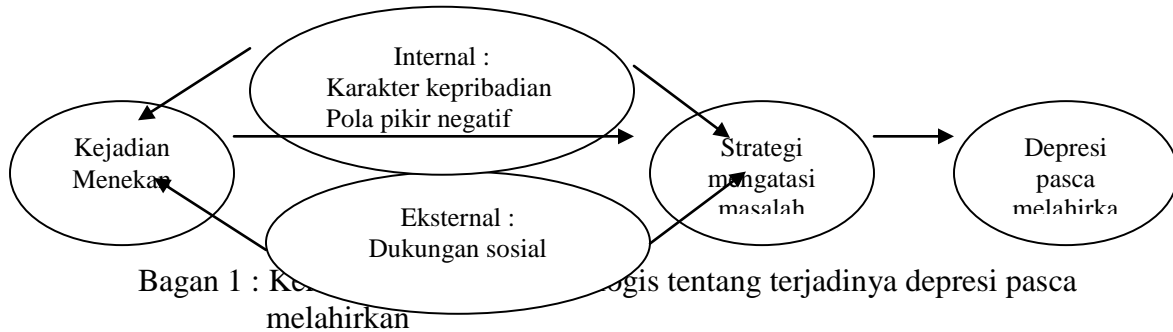
Tuntutan budaya terbukti sebagai salah satu faktor pencetus terjadinya depresi pasca melahirkan. Adanya harapan-harapan dan keyakinan budaya memberikan persyaratan-persyaratan bagi para ibu untuk menyesuaikan perilakunya dengan tuntutan-tuntutan bayi menyebabkan adanya perasaan tidak suka pada peran baru sebagai ibu. Hal tersebut terutama dialami pada kelahiran anak pertama karena belum mempunyai pengalaman pada pengasuhan anak sebelumnya yang terpaksa harus melakukan tuntutan-tuntutan budaya. Ibu dituntut untuk melakukan penyesuaian dengan hadirnya anggota baru dalam keluarga, di mana ritme kehidupan bayi yang berbeda dengan ibu, membuatnya harus siap bangun tengah malam untuk menyusui. Gangguan terhadap kehidupan rutin sehari-hari, seperti berkurangnya kebebasan yang disebabkan oleh ketidakberdayaan dan ketergantungan dari bayi serta tuntutan untuk selalu mengurus dan memperhatikan bayi akan mengakibatkan stres baik secara fisik maupun psikologis.

#### **4. Strategi Mengatasi Masalah**

- a. Strategi mengatasi masalah ditentukan oleh karakter kepribadian dan dukungan sosial. Artinya, efektif tidaknya pemilihan strategi mengatasi masalah yang dilakukan individu saat mengalami kejadian menekan ditentukan oleh karakter pribadi dan dukungan sosial yang diterima. Strategi mengatasi masalah berperan terhadap munculnya depresi.
- b. Strategi mengatasi masalah dibentuk oleh strategi mengatasi masalah yang berorientasi pada masalah dan strategi mengatasi masalah yang berorientasi pada emosi.
- c. Terbukti bahwa ibu yang mengalami depresi pasca melahirkan memiliki karakteristik kepribadian yang tertutup, harga diri rendah dan pola pikir yang negatif serta tidak mendapatkan atau kurang mendapatkan dukungan sosial baik dari pasangan (suami) maupun dari keluarga (orangtua dan saudara-saudara), kondisi tersebut menyebabkan individu cenderung mengatasi masalah yang berorientasi pada masalah dengan cara menghindar sehingga mengalami depresi.



Berdasarkan hasil studi kasus yang diperoleh, maka dapat dibuat kerangka dinamika psikologis tentang terjadinya depresi pasca melahirkan sebagai berikut:



### C. Terapi Kognitif Perilaku

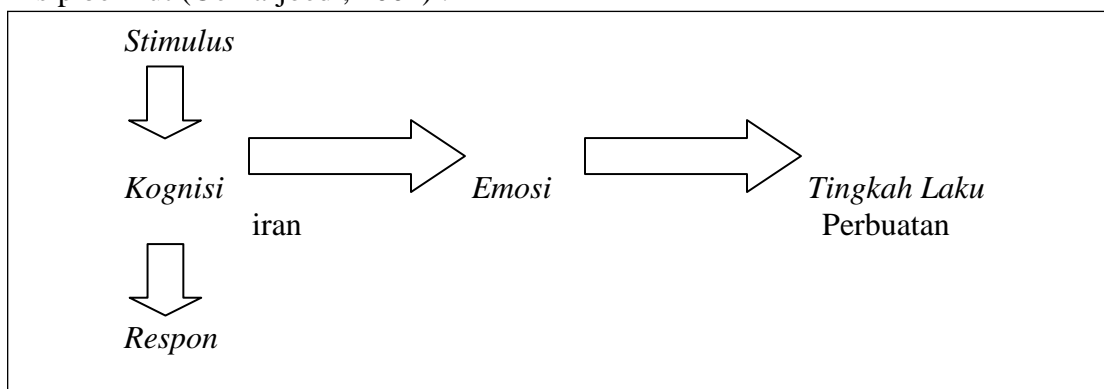
Terapi kognitif perilaku adalah terapi yang menggabungkan terapi perilaku dan terapi kognitif yang dikembangkan oleh Meichenbaum dan Mahoney (Martin dkk., 1996; Prout & Brown., 1985, Sue dkk, 1986 ). Pendekatan kognitif dalam terapi perilaku ini sebenarnya merupakan salah satu pengembangan terbaru bidang ini, dimana dalam pendekatan ini memanfaatkan hukum-hukum dalam *learning theory* untuk membantu mengatasi masalah-masalah psikologis.

Pendekatan kognitif mengutamakan kognisi atau pikiran, proses berfikir, dan bagaimana kognisi mempengaruhi emosi dan perilaku. Perilaku dipandang sebagai media kognisi dan perilaku dapat dimodifikasi dengan mengubah pikiran-pikirannya. Pendekatan kognitif perilaku lebih memfokuskan pada proses berfikir dan bagaimana itu mempunyai kontribusi terhadap perilaku dan emosi *maladaptive* (Prout & Brown, 1985). Menurut teori ini, psikopatologi terjadi bila terdapat ketidaksesuaian antara tuntutan lingkungan dengan kapasitas adaptif individu saat itu.

Tujuan dari terapi ini adalah untuk merubah proses berfikir individu agar menjadi lebih rasional dengan menggunakan prinsip dan hukum perilaku pada umumnya. Disamping itu agar individu yang depresif juga mempunyai kemampuan untuk mengenali dan kemudian mengevaluasi atau mengubah cara berfikir, keyakinan dan perasaanya (mengenai diri sendiri dan lingkungan) yang salah sehingga mereka dapat mengubah perilaku yang *maladaptive* dengan cara mempelajari ketrampilan pengendalian diri dan strategi pemecahan masalah yang efektif (Okun, 1990).

Lebih lanjut Oemarjoedi (2004) menjelaskan bahwa tujuan terapi juga mengajak klien untuk menentang pikiran (dan emosi) yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan mereka tentang masalah yang dihadapi.

Konsep dasar pemberian terapi kognitif perilaku ini didasarkan pada empat prinsip berikut (Oemarjoedi, 2004) :



Bagan 2. Prinsip 1 : Konsep Dasar Terapi Kognitif Perilaku  
(Sumber: Oemarjoedi, 2004, 6)

Pada prinsip pertama ini proses kognitif akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berfikir, merasa dan bertindak, kognisi akan mempengaruhi emosi dan perilaku manusia (Meichenbaum & Mahoney, dalam Prout & Brown, 1985).

Pada prinsip ke dua ini dasarnya adalah adanya keyakinan bahwa manusia mempunyai potensi untuk berfikir rasional dan irrasional. Pemikiran yang irrasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku, maka terapi ini diarahkan untuk memodifikasi fungsi fikir, merasa dan bertindak. Dengan merubah status pikiran dan perasaannya ini diharapkan tingkah lakunya akan dapat dirubah, dari negatif menjadi positif.

Sedangkan prinsip ke tiga menekankan bahwa dalam pelayanan terapi, terapi kognitif perilaku ini lebih menekankan kepada masa kini dari pada masa lalu, namun bukan berarti mengabaikan masa lalu (Rimm & Masters, dalam Prout & Brown, 1985; Oemarjoedi, 2004).

Dalam sistem kognisi yang meliputi pikiran, perasaan maupun perbuatan sebenarnya dapat dirubah atau dimodifikasi dengan mendasarkan pada prinsip psikologi belajar dan psikologi ingatan.

Dalam prinsip ke empat ini sebenarnya kebanyakan perilaku abnormal atau *undesirable* dan perilaku normal atau *desirable* merupakan hasil dari belajar, jadi dengan menggunakan prinsip belajar ini pula maka perilaku yang negatif dan *maladaptive* akan dikurangi atau dirubah menjadi positif dan *adaptive* (Watson & Raynor; Bandura, dalam Prout & Brown, 1985; Oemarjoedi, 2004).

Jadi dalam terapi kognitif perilaku ini akan menekankan pada melatih subjek untuk memiliki kemampuan mengatasi (*coping*) masalah dan merubah cara berfikirnya agar menjadi lebih *adaptive*, dilatih untuk mengatur suasana negatif dalam mengurangi depresi, mengenali dan mengatasi berbagai stimulan depresi.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan terapi kognitif perilaku adalah suatu *treatment* untuk membantu cara berfikir individu agar menjadi lebih rasional dengan menggunakan prinsip dan hukum perilaku pada umumnya, agar mempunyai kemampuan untuk mengenali dan kemudian mengevaluasi atau mengubah cara berfikir, keyakinan dan perasaannya (mengenai diri sendiri dan lingkungan) yang salah sehingga mereka dapat mengubah perilaku yang maladaptif menjadi adaptif dengan cara mempelajari ketrampilan pengendalian diri dan strategi pemecahan masalah yang efektif.

Terapi ini lebih efektif bila diberikan pada subjek yang mengalami depresi sedang dan ringan. Hal ini didasarkan alasan bahwa pada mereka yang mengalami depresi sedang dan ringan masih mempunyai *insight* yang cukup baik untuk dapat diajarkan cara-cara ataupun ketrampilan-ketrampilan dalam merubah tata kognitifnya yang negatif dan perilakunya yang maladaptif tersebut.

#### **D. Terapi Kognitif Perilaku untuk Depresi**

Sebagai terapi kombinasi antara pendekatan kognitif dan perilaku, terapi ini mengajarkan pada individu cara-cara mengenali pikiran-pikiran negatif, mengenali pikiran-pikiran otomatis dalam menilai diri sendiri, menjelaskan hubungan antara pikiran

negatif dan munculnya depresi, cara mengatasi pikiran negatifnya tersebut, serta mencoba untuk bersikap realitis terhadap setiap situasi dalam menangani depresi.

Beck (dalam Oemarjoedi, 2004) yang menyatakan bahwa terapi kognitif perilaku dapat dimanfaatkan untuk mengatasi gangguan depresi berdasarkan atas pengalamannya dalam menangani pasien-pasiennya.

Elkin (dalam Hall, 1993) dan Mohr dkk. (2001) menjelaskan terapi kognitif perilaku efektif diberikan pada subjek yang mengalami depresi dengan tingkatan rendah dan sedang, namun untuk subjek dengan tingkat depresi tinggi relatif lebih efektif bila digunakan farmakoterapi. Dengan memberikan penekanan terhadap metode berfikir, nampaknya terapi ini lebih mudah diterima subjek ini karena lebih memberikan kesempatan untuk mengekspresikan pikirannya secara bebas tapi terarah, serta modelnya yang semi terpusat pada klien (Oemarjoedi, 2004).

Penelitian lain juga dilakukan pada kasus *anxiety disorder* pada anak dengan penelitian *long term* menunjukkan hasil bahwa terapi kognitif perilaku merupakan terapi yang efektif kelanjutan jangka panjangnya dalam menurunkan *anxiety*nya (Barrett dkk., 1996; 2001) juga *anxiety* pada gay yang mengidap HIV positif (Antoni dkk., 2000), pada kasus-kasus *Generalized Anxiety Disorder* (Borkovec dkk., 2002; Stanley dkk., 2003), Pada kasus *chronic fatigue syndrome* menunjukkan adanya pengaruh dalam menurunkan *fatigue* syndromnya.

Terapi kognitif perilaku juga efektif dalam menangani kasus *posttraumatic stress disorder* (Chemtob dkk. 1997). Pada pikiran-pikiran obsesif juga didapatkan hasil bahwa terapi kognitif perilaku dapat menurunkan pikiran-pikiran obsesifnya (Freeston dkk., 1997).

Dari beberapa penelitian di luar Indonesia membuktikan kalau terapi kognitif perilaku manjur untuk mengatasi depresi, khususnya taraf sedang dan ringan, bahkan 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), kemudian pada kasus depresi pada orang-orang alkoholisme (Brown dkk., 1997); Brown dkk., 1984; Hollon dkk., 1988; Janet, 1994; Turner & Wehl, 1984), kasus depresi pada bulimia nervosa maupun anorexia (Fairburn dkk., 2002; Fairburn, 1997<sup>a</sup>). Dalam penelitian American Assosiation on Health and Disability (2004) membuktikan bahwa terapi kognitif perilaku dan terapi interpersonal merupakan terapi yang efektif untuk depresi pada penyandang cacat tubuh. Lincoln dkk. Pada tahun 1997 dalam *pilot studynya* mengevaluasi terapi kognitif perilaku untuk depresi pada penyandang cacat tubuh pasca stroke juga membuktikan bahwa terapi kognitif perilaku yang diberikan dapat mengurangi tingkat depresi pada mereka (dalam Lincoln, 2003). Penelitian Ewert dkk. (dalam Dell Orto, 1995) menyatakan terapi ini juga sukses untuk subjek yang mengalami cacat tubuh karena *brain injury*.

Di Indonesia penelitian tentang pengaruh terapi kognitif perilaku dalam menurunkan depresi sepengetahuan penulis belum ada. Retnowati (1990) meneliti pengaruh pemberian terapi kognitif dan terapi perilaku untuk menurunkan depresi pada mahasiswa, sedangkan Hasnida (2004) memanfaatkan terapi kognitif perilaku untuk meningkatkan perilaku kesehatan seksual pada narapidana remaja.

#### **D. Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan tinjauan pustaka dan landasan teori di atas, maka pertanyaan penelitian ini adalah: Apakah terapi kognitif perilaku dapat mengurangi depresi pasca melahirkan?

### **BAB III METODE PENELITIAN**

#### **A. Identifikasi Variabel**

1. Variabel Tergantung : Depresi Pasca Melahirkan
2. Variabel Bebas : Terapi Kognitif Perilaku

#### **B. Definisi Operasional**

1. Depresi pasca melahirkan adalah gangguan alam perasaan yang dialami ibu yang sifatnya menetap beberapa waktu lamanya setelah melahirkan yang ditandai dengan adanya perubahan emosi negatif yang mudah sekali dibangkitkan, simtom-simtom yang muncul dapat berupa konsep diri yang negatif diikuti dengan menyalahkan diri dan mencela diri, keinginan-keinginan regresif dan menghukum diri sendiri, keinginan untuk menghindari, bersembunyi atau keinginan untuk mati, perubahan-perubahan vegetatif, seperti susah tidur, kurang bergairan dan kehilangan nafsu makan. Kecenderungan depresi dengan berbagai simtomnya tersebut akan diungkap dengan menggunakan *Beck Depression Inventory (BDI)* yang disusun oleh Beck (1985) yang telah dimodifikasi kedalam bahasa Indonesia oleh Retnowati (1990), semakin tinggi nilai total yang diperoleh individu berarti semakin parah depresinya, sebaliknya semakin rendah nilai totalnya maka semakin baik keadaannya.
2. Terapi Kognitif Perilaku adalah suatu tritmen untuk membantu cara berfikir individu agar menjadi lebih rasional dengan menggunakan prinsip dan hukum perilaku pada umumnya, agar mempunyai kemampuan untuk mengenali dan kemudian mengevaluasi atau mengubah cara berfikir, keyakinan dan perasaannya (mengenai diri sendiri dan lingkungan) yang salah sehingga mereka dapat mengubah perilaku yang maladaptif menjadi adaptif dengan cara mempelajari ketrampilan pengendalian diri dan strategi pemecahan masalah yang efektif. Teknik yang akan dipakai didasarkan atas *coping with depression course* yang disusun dan dikembangkan oleh Brown dkk. (1997), dengan komponen-komponennya antara lain :
  - a. Tritmen rasional; Mendiskusikan hubungan antara simtom-simtom depresi, pikiran-pikiran negatif dan mempelajari ketrampilan dalam rangka mengatasi pikiran-pikiran dan gejala-gejala depresi tersebut.
  - b. Penilaian Perasaan; pada komponen ini subjek memonitor *mood* harian dengan menggunakan beadan semantik untuk mengidentifikasi keadaan *mood* harian dan juga faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhinya.
  - c. Peningkatan aktifitas menyenangkan dan teknik ABC; komponen ini digunakan untuk membantu subyek dalam membuat jadwal aktivitas pribadi yang menyenangkan, kemudian subjek berusaha untuk dapat meningkatkan aktivitas yang menyenangkan dengan sistematis, mengidentifikasi distorsi kognitif seperti yang diperlihatkan oleh Beck. Subjek diajarkan tehnik-tehnik untuk mengidentifikasi dan mengatasi pikiran yang kacau dan ketrampilan ini diperkuat

- dengan latihan harian serta pekerjaan rumah.
- d. Meningkatkan pikiran positif-mengurangi pikiran negatif; subjek diminta untuk memantau pikirannya dan mengidentifikasi mana yang positif dan mana yang negatif. Kemudian diajarkan teknik-teknik pengelolaan diri secara kognitif untuk mengurangi pikiran-pikiran negatif dan meningkatkan pikiran positif dengan menggunakan petunjuk waktu, proyeksi waktu dan prosedur eksperimen *self-talk*.
  - e. Keterampilan sosial-assertif; mengajarkan kepada subjek keterampilan untuk meningkatkan kualitas hubungan sosial dan merespon dengan lebih asertif terhadap beberapa situasi termasuk situasi yang menekan munculnya depresi.
  - f. Mempertahankan keterampilan efektif; subjek didorong untuk memantau *mood* secara periodik, mengidentifikasi keterampilan yang paling efektif dan secara aktif menggunakan keterampilan tersebut untuk mencegah depresi.

Pelaksanaan program ini dibantu oleh satu tenaga psikolog sebagai tenaga profesional. Pemberian terapi dilaksanakan secara kelompok selama enam sesi, satu minggu dua kali sesi, setiap pertemuan dilaksanakan selama 45-60 menit.

### C. Subjek Penelitian

Depresi adalah gangguan alam perasaan yang sifatnya menetap beberapa waktu lamanya yang ditandai dengan suatu emosi negatif yang mudah sekali dibangkitkan, simptom-simptom yang muncul dapat berupa konsep diri yang negatif diikuti dengan menyalahkan diri dan mencela diri, keinginan-keinginan regresif dan menghukum diri sendiri, keinginan untuk menghindar, bersembunyi atau keinginan untuk mati, perubahan-perubahan vegetatif, seperti susah tidur, kurang bergairan dan kehilangan nafsu makan.

Kriteria utama yang dipakai untuk menentukan subjek bagi penelitian ini telah jelas, yakni sesuai dengan judul penelitian ini yaitu ibu-ibu yang berdasarkan kriteria yang telah ditentukan mengalami depresi pasca melahirkan. Penetapan subjek akan didasarkan:

1. DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994, fourth edition*). Dikatakan depresi pasca melahirkan masuk dalam kategori depresi berat bila sedikitnya ada lima gejala selama periode dua minggu pengamatan yang disertai perubahan fungsi berupa:
  - a. Alam perasaan terdepresi atau mudah tersinggung
  - b. Hilangnya minat atau kesenangan, disertai sedikitnya empat gejala berikut:
    1. Penurunan berat badan atau penurunan atau peningkatan nafsu makan
    2. Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari
    3. Agitasi atau retardasi psikomotor
    4. Kelelahan atau kehilangan tenaga setiap hari
    5. Perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan atau tidak Tepat
    6. Hilangnya kemampuan untuk berfikir atau memusatkan perhatian, atau tidak dapat mengambil keputusan
    7. Fikiran akan kematian yang berulang (*reccurent*), ide bunuh diri tanpa rencana spesifik, atau usaha bunuh diri atau rencana khusus untuk melakukan bunuh diri.



Gejala tersebut harus menyebabkan penderitaan yang bermakna secara klinis atau gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan atau fungsi penting lain dan bukan karena efek fisiologis langsung dari suatu zat (misalnya, obat yang disalahgunakan) atau kondisi medis umum (misalnya, *hipotiroidisme*).

Diagnosis depresi berat tidak dapat ditegakkan dalam dua bulan setelah kehilangan seseorang yang dicintai, kecuali jika ditemukan gangguan fungsional yang nyata, rasa tidak berharga, ingin bunuh diri, gejala psikotik atau retardasi psikomotor.

2. Berdasarkan PPDGJ III (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Jiwa Indonesia III, 2002) depresi pasca melahirkan termasuk dalam Gangguan Depresi Berat tanpa Gejala Psikotik (F32.2), dengan kriteria :

a. Gejala utama :

1. Afek depresi
2. Kehilangan minat dan kegembiraan
3. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas.

b. Gejala lainnya:

1. Konsentrasi dan perhatian berkurang
2. Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
3. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
4. Pandangan masa depan yang suram dan pesimisme
5. Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
6. Tidur terganggu
7. Nafsu makan berkurang.

Pedoman diagnostik : a) Semua tiga gejala utama harus ada; b) Ditambah sekurang-kurang empat dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berorientasi berat; c) Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci; d) Gejala harus berlangsung sekurang-kurangnya dua minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beromset sangat cepat, maka harus dibenarkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari dua minggu; e) Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

Karakteristik subjek dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Tingkat pendidikan minimal SMU; dimaksud agar subjek dapat memahami pertanyaan-pertanyaan dan pernyataan-pernyataan dalam penelitian, selain itu agar subjek mampu melaksanakan aturan-aturan selama pemberian tritmen
2. Minimal tujuh hari – satu bulan pasca melahirkan.
3. Skor pretes BDI berkisar 16-23 yang menunjukkan depresi sedang; maksud pemberian batas tingkat depresi ini agar setelah diberi tritmen dapat dilihat secara jelas manfaatnya dalam menurunkan tingkat depresi.

Proses perolehan subjek dilakukan oleh peneliti pada tanggal 17-24 Juli 2006 dengan cara menelusuri catatan medik rawat inap (kebidanan) ibu yang melahirkan satu bulan terakhir di “Klinik Bersalin Anna” Kendari. Berdasarkan dari data yang diperoleh dari catatan medik, ibu yang melahirkan satu bulan terakhir berjumlah 28 orang, namun yang memenuhi kriteria 19 orang.

Peneliti selanjutnya menelusuri kediaman 19 subjek berdasar alamat yang diperoleh dari catatan medik tempat subjek melahirkan, bersama dengan dua orang sukarelawan yang memerlukan waktu sekitar tujuh hari. Alamat yang berhasil ditemukan hanya berjumlah 14, hal tersebut disebabkan daerah Kendari terdiri atas pulau-pulau kecil yang dipisahkan oleh lautan, sehingga susah untuk dijangkau. Subjek yang berhasil ditemui tersebut kemudian diminta kesediaannya untuk mengisi angket identitas dan skala BDI dengan terlebih dahulu diberi penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan beserta tujuannya. Dalam jumlah tersebut didapatkan hasil sebagaimana tabel berikut:

Tabel 1. Diskripsi data pretest BDI

Katagori	Skor BDI	Jumlah
Tidak ada gejala	0-5	7
Ringan	6-15	4
Sedang	16-23	3
Berat	24-63	-

Berdasarkan skor BDI, subjek yang memenuhi kriteria penelitian berjumlah tiga orang. Selanjutnya peneliti kembali menghubungi subjek untuk dimintai kesediaan mengikuti penelitian. Ketiga subjek bersedia mengikuti penelitian.

#### **D. Prosedur Pelaksanaan Terapi Kognitif Perilaku**

Prosedur pelaksanaan terapi kognitif perilaku materi pokoknya aplikasi dari prosedur *coping with depression course* yang disusun dan dikembangkan oleh Brown dkk. (dalam Brown dkk., 1997). Pada prinsipnya pelaksanaan terapi kognitif perilaku merupakan tritmen multi komponen untuk mengatasi depresi dengan menggabungkan beberapa pelatihan ketrampilan yang relevan dengan depresi.

Prosedur pelaksanaan terapi konsep dasarnya diambil dari prosedur *coping with depression course* yang disusun dan dikembangkan oleh Brown dkk. (1997). Oleh Brown dkk. komponen-komponen yang diajarkan pada subjek berupa pemberian tritmen rasional, penilaian perasaan, meningkatkan aktivitas menyenangkan dan teknik ABC, meningkatkan pikiran positif-mengurangi pikiran negatif, keterampilan sosial-asertif serta mempertahankan keterampilan efektif. Materi ini telah teruji sebagai tritmen yang efektif untuk mengatasi depresi *unipolar*, depresi pada remaja, depresi pada penderita diabetes tipe II dan juga sebagai tritmen yang efektif dalam menurunkan depresi pada *alcoholism* (Brown dkk., 1997). Materi *coping with depression course* ini pertama kali dibuat dan dipublikasikan oleh Brown & Lewinsohn (1984) dalam bukunya *Coping with depression: Course workbook*.

Aplikasi dalam mengatasi depresi akan diterapkan dengan memberikan pekerjaan rumah setiap hari untuk menerapkan ketrampilan yang telah diajarkan. Agar program intervensi berjalan dengan baik dan dapat mencapai hasil maksimal, pelaksanaan program ini dibantu oleh satu tenaga psikolog sebagai tenaga profesional. Pemberian terapi dilaksanakan secara kelompok selama enam sesi, satu minggu dua kali sesi, setiap pertemuan dilaksanakan selama 45-60 menit. Selama mendapatkan terapi, subjek diberikan tugas-tugas untuk dikerjakan sebagai pekerjaan rumah dan akan dibahas bersama dalam proses terapi. Selama jalannya terapi, psikolog didampingi oleh observer. Berdasarkan kesepakatan antara terapis dan subjek, pelaksanaan pemberian terapi

dilakukan dua kali dalam seminggu yaitu setiap hari rabu dan sabtu, mulai pukul 16.00 sampai dengan 17.00 berlokasi di ruang rehabilitasi Rumah Sakit Jiwa Kendari yang dimulai pada tanggal dua sampai dengan 19 Agustus 2006.

Jadwal pemberian terapi kognitif perilaku sebagai berikut :

Tabel 2. Jadwal Pemberian Terapi Kognitif Perilaku

Sesi	Hari/Tanggal	Materi
I	Rabu, 2 Agustus 2006	Pengenalan pemberian terapi, Treatment rasional
II	Sabtu, 5 Agustus 2006	Diskusi tugas rumah Pembuatan penilaian perasaan setiap hari
III	Rabu, 9 Agustus 2006	Diskusi tugas rumah Pembuatan jadwal aktivitas menyenangkan.
IV	Sabtu, 12 Agustus 2006	Diskusi tugas rumah Teknik membuat peningkatan pikiran positif dan mengurangi pikiran negatif.
V.	Rabu, 16 Agustus 2006	Diskusi tugas rumah Mengajarkan ketrampilan sosial-asertif
VI	Sabtu, 19 Agustus 2006	Diskusi tugas rumah Mempertahankan keterampilan efektif

### E. Desain Penelitian

Y1      X      Y2      Y3

**Keterangan :**

X = Terapi kognitif perilaku

Y1 = Pretes

Y2 = Posttes

Y3 = Pengukuran ulang (2 minggu setelah pemberian perlakuan)

### F. Evaluasi

Keberhasilan terapi kognitif perilaku mengacu pada beberapa indikator sebagai berikut:

1. Adanya penurunan tingkat depresi
2. Adanya perubahan pikiran negatif menjadi pikiran positif
3. Mampu menciptakan aktivitas yang menyenangkan
4. Mampu mengidentifikasi pikiran positif dan negatif
5. Mampu bersikap asertif dan menggunakan strategi mengatasi masalah secara efektif.

Alat ukur yang digunakan untuk mengetahui keberhasilan terapi kognitif perilaku adalah:

- c. Hasil *Beck Depression Inventory* saat pretes, pascates dan dua minggu setelah pemberian perilaku
- d. Hasil tugas rumah yang diberikan setiap sesi pertemuan

Selanjutnya, evaluasi hasil intervensi yang telah dilakukan dianalisa dengan menggunakan metode deskriptif - kualitatif. Diharapkan dengan metode analisis deskriptif dapat mendeskripsikan atau menggambarkan secara menyeluruh dan sistematis

mengenai perkembangan selama pemberian perilaku, serta pengaruh pemberian terapi kognitif perilaku terhadap depresi subjek setelah dilakukan satu kali amatan ulangan atas pengaruh terapi tersebut yaitu pada saat *posttest* dan dua minggu setelah *follow up*.

Metode kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Bogdan dan Taylor, dalam Moleong, 2002).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil Analisa Data

#### 1. Hasil Tes BDI dan SSCT

##### a. Hasil Tes BDI

Berdasarkan tes *Beck Depression Inventory* yang diberikan sebelum pemberian perilaku diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 3. Hasil Pretest Skor BDI Subjek

Nama	Skor	Tingkat Depresi
Subjek A	21	Sedang
Subjek B	17	Sedang
Subjek C	20	Sedang

##### b. Hasil tes SSCT (*Sacks Sentence Completion Test*)

Berdasarkan interpretasi tes SSCT tentang penyesuaian konsep diri pada subjek A diperoleh gambaran bahwa subjek merasa takut terhadap masa depan keluarganya yang kurang harmonis, ketakutan ini membuat subjek berfikir untuk mati karena merasa tidak sanggup membina keluarganya. Tergambar pula bahwa adanya rasa bersalah karena tidak bisa menjadi isteri yang baik dalam melayani suami dan perasaan kecewa terhadap sikap suami. Subjek juga menguraikan bahwa masa depannya suram karena beranggapan akan kehilangan suami sehingga akan membesarkan anak-anaknya sendiri. Skor yang diperoleh subjek A pada masing-masing aitem di atas adalah 2, artinya subjek A mengalami hambatan pada penyesuaian konsep diri dan memerlukan penanganan.

Berdasarkan interpretasi tes SSCT tentang penyesuaian konsep diri pada subjek B diperoleh gambaran bahwa adanya ketakutan akan kegagalan dalam kehidupan rumah tangganya, namun subjek menganggap bahwa apa yang dialami merupakan ujian Allah dan dia harus bersabar. Tergambar pula bahwa adanya rasa bersalah karena pernah membantah suami dan tidak bisa menjadi isteri yang baik, namun subjek akan berusaha untuk memperbaiki diri. Subjek menguraikan bahwa masa depan tidak dilihat dari kemampuan ekonomi tetapi terbentuknya keluarga sakinah yang penuh kasih sayang. Skor yang diperoleh subjek B pada masing-masing aitem di atas adalah 1, artinya subjek B mengalami sedikit gangguan dalam penyesuaian konsep diri, namun subjek masih mampu untuk mengatasi sendiri.

Berdasarkan interpretasi tes SSCT tentang penyesuaian konsep diri pada subjek C diperoleh gambaran bahwa adanya ketakutan pada masa depan yang suram sehingga ada keinginan untuk mati. Subjek selalu dihantui pikiran bahwa ajalnya akan segera tiba. Tergambar pula bahwa subjek merasa tertekan dan kurang bahagia di masa kanak-

kanaknya sehingga bagi subjek masa kecil merupakan hal yang tidak menarik untuk dibicarakan. Skor yang diperoleh subjek C pada masing-masing aitem di atas adalah 2, artinya subjek C mengalami hambatan pada penyesuaian konsep diri dan memerlukan penanganan.

Sebelum mendapat terapi kognitif perilaku, subjek A mendapat skor BDI 21 dengan kategori depresi sedang. Adapun gejala-gejala yang menonjol terdapat pada pernyataan yang mendapat skor 2, yaitu pernyataan A yang berbunyi "Saya merasa begitu sedih dan tidak bahagia, sehingga keadaan ini sangat menyiksa", pernyataan C yang berbunyi "Kalau saya meninjau kembali hidup saya, yang dapat saya lihat hanyalah banyaknya kegagalan", pernyataan E yang berbunyi "Saya benar-benar merasa bersalah", pernyataan I yang berbunyi "Saya merasa lebih baik saya mati saja" dan pernyataan J yang berbunyi "Saya menangis sepanjang waktu, saya tidak dapat menghentikannya". Hasil tes BDI tersebut didukung oleh interpretasi yang diperoleh dari tes SSCT tentang penyesuaian konsep diri subjek. Tergambar bahwa subjek A merasa takut terhadap masa depan keluarganya yang kurang harmonis karena suami sudah tidak peduli terhadap keluarga, ketakutan ini membuat subjek berfikir untuk mati karena merasa tidak sanggup membina keluarganya. Tergambar pula bahwa adanya rasa bersalah karena gagal menjadi isteri yang baik dalam melayani suami dan perasaan kecewa terhadap sikap suami yang tidak peduli terhadap keluarganya. Subjek berfikir bahwa masa depannya suram karena beranggapan akan kehilangan suami dan akan membesarkan anak-anaknya sendiri.

Subjek B, sebelum mendapat terapi kognitif perilaku mendapat skor 17 dengan kategori depresi sedang. Adapun gejala-gejala yang menonjol terdapat pada pernyataan C dengan skor 2 yang berbunyi "Saya merasa baru sedikit mencapai sesuatu yang berharga atau berarti", pernyataan H dengan skor 3 yang berbunyi "Saya menyalahkan diri saya sendiri atas segala keburukan yang telah terjadi" dan pernyataan J dengan skor 2 yang berbunyi "Saya menangis sepanjang waktu dan tidak dapat menghentikannya". Hasil tes BDI tersebut didukung oleh interpretasi yang diperoleh dari tes SSCT tentang penyesuaian konsep diri subjek. Tergambar bahwa adanya ketakutan pada diri subjek B akan kegagalan dalam kehidupan rumah tangganya karena sikap suami yang tidak peduli pada keluarga, namun subjek menganggap bahwa apa yang dialami merupakan ujian Allah dan dia harus bersabar. Tergambar pula bahwa adanya rasa bersalah karena pernah membantah suami dan tidak bisa menjadi isteri yang baik, namun subjek akan berusaha untuk memperbaiki diri.

Sedangkan pada subjek C, sebelum mendapatkan terapi kognitif perilaku mendapat skor 20 dengan kategori depresi sedang. Adapun gejala-gejala yang menonjol terdapat pada aitem-aitem yang mendapat skor 2, yaitu aitem A "Saya menangis sepanjang waktu dan tidak dapat menghentikannya", aitem L "Saya telah kehilangan sebagian besar perhatian saya terhadap orang lain dan hanya sedikit tertarik pada terhadap mereka", dan aitem I "Saya merasa lebih baik saya mati saja". Hasil tes BDI lebih jauh dapat diketahui dari hasil tes SSCT bahwa adanya keinginan untuk mati disebabkan ketakutan akan masa depan yang suram karena kondisi ekonomi yang belum stabil dan kurangnya perhatian dari keluarga, hal tersebut menyebabkan subjek selalu merasa bahwa ajalnya akan segera tiba.

## **Hasil Evaluasi**



## 1. Hasil Evaluasi Keseluruhan

Berdasarkan perbandingan dari hasil pengukuran yang dilakukan pada saat pretest dan posttest diperoleh data yang menunjukkan adanya penurunan skor tingkat depresi dari ketiga subjek penelitian dan masih dapat bertahan setelah dua minggu pemberian perlakuan. Hal ini dapat dilihat dari perbedaan skor pretest lebih tinggi dibandingkan skor posttest dan dua minggu setelah pengukuran. Selanjutnya dalam memberi makna pada masing-masing skor tersebut peneliti mengacu pada tabel tingkat depresi dan tingkat keluhan depresi juga batasan skor yang dapat menunjukkan bahwa subjek mengalami depresi atau tidak berdasarkan *Beck Depression Inventory*, lanjut rinciannya sebagai berikut:

Tabel 19. Skor Perubahan BDI Subjek

Nama	Skor Pretest/ Indikator	Skor Posttest/ Indikator	Gain Score	Skor Follow Up/ Indikator
Subjek A	21 (Sedang)	4 (Tidak ada gejala depresi)	17	2 (Tidak ada gejala depresi)
Subjek B	17 (Sedang)	2 (Tidak ada gejala depresi)	15	0 (Tidak ada gejala depresi)
Subjek C	20 (Sedang)	1 (Tidak ada gejala depresi)	19	0 (Tidak ada gejala depresi)

Berdasarkan hasil pretes BDI menunjukkan adanya simtom depresi tingkat sedang yang dialami subjek A dengan skor 21, subjek B dengan skor 17 dan subjek C dengan skor 20. Sebaliknya, untuk skor posttest subjek A memiliki skor 4, subjek B memiliki skor 2 dan subjek C memiliki skor 1, artinya masuk dalam kategori tidak ada gejala depresi, namun masih ada keluhan ringan. Selanjutnya, pada dua minggu setelah pemberian perlakuan skor subjek A menunjukkan angka 2 dan subjek B menunjukkan skor 2, artinya masuk dalam kategori tidak ada gejala depresi, namun masih ada keluhan ringan dan pada subjek C menunjukkan skor 0, artinya dalam kategori tidak ada sama sekali gejala depresi. Hal tersebut menunjukkan bahwa adanya pengaruh pemberian terapi kognitif perlakuan dalam menurunkan tingkat depresi pada ketiga subjek.

Berdasarkan tabel di atas, tergambar pula bahwa di antara ketiga subjek, subjek C memperoleh *gain score* lebih tinggi yaitu 19 poin, lalu subjek A dengan 17 poin dan Subjek B dengan 15 poin. Artinya, subjek C memperoleh prestasi lebih tinggi dengan kemampuan menurunkan tingkat depresi sampai 19 poin, selanjutnya subjek dengan kemampuan menurunkan tingkat depresi sampai 17 poin dan subjek B dengan kemampuan menurunkan tingkat depresi sampai 15 poin. Walau demikian, ketiga subjek mampu menurunkan tingkat depresi dari tingkat sedang menjadi tidak ada gejala depresi.

Selanjutnya, pada lembar kerja analisis masalah, ketiga subjek mampu meminimalkan beban depresi dari sangat terbebani menjadi sedikit terbebani dengan adanya bukti yang tidak mendukung pikiran negatif. Demikian halnya pada lembar kerja catatan *mood* harian, ketiga subjek mampu mengidentifikasi *mood* harian, mengatasi pikiran menyimpang penyebab depresi serta memahami faktor yang mempengaruhi *mood* tersebut, sehingga menciptakan pikiran rasional dan bisa mengurangi beban depresi yang dialami. Hal tersebut menunjukkan bahwa dengan pembuatan lembar analisis masalah dan membuat catatan *mood* harian mampu merubah pikiran negatif menjadi pikiran positif.

Ketiga subjek juga mampu membuat jadwal aktifitas yang menyenangkan. Subjek A, mampu meningkatkan frekuensi jadwal aktivitas menyenangkan dengan kualitas cukup menyenangkan hingga sangat menyenangkan baik yang dilakukan sendiri

maupun bersama suami dan anak-anak. Demikian halnya subjek B, mampu meningkatkan frekuensi aktivitas menyenangkan dengan kualitas cukup menyenangkan hingga sangat menyenangkan yang lebih banyak dilakukan sendiri, bersama ibu dan anak-anak dan hanya satu aktifitas yang dilakukan bersama suami. Subjek C, frekuensi aktivitas menyenangkan yang dilakukan sedikit dibanding subjek A dan subjek B, tetapi memiliki kualitas sangat memuaskan, baik yang dilakukan sendiri maupun bersama suami. Hal tersebut menunjukkan bahwa ketiga subjek mampu menciptakan aktivitas menyenangkan.

Melalui lembar identifikasi pikiran positif dan negatif, ketiga subjek mampu mengelola diri secara kognitif untuk mengurangi pikiran negatif dan menggunakan pikiran positif. Pada kasus pertama, subjek A masih didominasi pikiran negatif sehingga masih memberi efek yang mengganggu pada emosi, kognisi dan perilaku, tetapi pada kasus kedua sudah mampu diminimalkan tetapi masih cukup mengganggu dan pada kasus ketiga, empat dan lima, subjek sudah mampu mengelola diri secara kognitif dan sudah mampu menggunakan pikiran positif sehingga akibat dari situasi yang menekan mampu diminimalkan dan hanya sedikit mempengaruhi emosi, kognisi dan tingkahlaku. Demikian halnya subjek B dan subjek C, mampu mengelola diri secara positif sehingga akibat dari situasi yang menyebabkan dapat diminimalkan dari cukup mengganggu menjadi tidak mengganggu emosi, kognisi dan tingkahlaku. Hal tersebut menunjukkan bahwa subjek mampu mengidentifikasi pikiran positif dan negatif.

Melalui lembar kerja rencana kerja ketiga subjek mampu membuat daftar situasi yang menyebabkan depresi bersikap lebih asertif dalam merespon situasi tersebut. Ketiga subjek mampu menentukan permasalahan yang harus dipecahkan dengan orang lain. Berdasarkan prediksi waktu yang telah ditetapkan, subjek mampu menyelesaikan masalah dengan keterampilan asertif. Hal tersebut menunjukkan bahwa subjek mampu bersikap asertif dan meningkatkan hubungan sosial dengan orang lain.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa terapi kognitif perilaku mampu menurunkan tingkat depresi, terjadi perubahan pikiran negatif menjadi pikiran positif, mampu menciptakan aktivitas yang menyenangkan, mampu mengidentifikasi pikiran positif dan negatif serta mampu bersikap asertif dan meningkatkan kualitas hubungan sosial.

### **C. Pembahasan**

Berdasarkan hasil analisis data pengukuran *Beck Depression Inventory* (BDI) pada subjek A saat pretest dengan skor 21 menunjukkan adanya gangguan depresi tingkat sedang dan ini dibandingkan dengan hasil posttest menjadi 4 menunjukkan hasil tidak adanya gangguan atau menunjukkan tidak adanya gejala depresi menurut acuan pada tabel derajat depresi dan tingkat keluhan depresi, begitu juga setelah dua minggu pasca pemberian perilaku memperoleh skor 2 menunjukkan tidak adanya gejala depresi, hal ini berarti pengaruh pemberian perilaku dapat bertahan. Pada subjek B saat pretest dengan skor 17 menunjukkan adanya gangguan depresi tingkat sedang dan ini dibandingkan dengan hasil posttest menjadi 2 menunjukkan hasil tidak adanya gangguan atau menunjukkan tidak adanya gejala depresi menurut acuan pada tabel derajat depresi dan tingkat keluhan depresi, begitu juga setelah dua minggu pasca pemberian perilaku memperoleh skor 0 menunjukkan tidak adanya gejala depresi, hal ini berarti pengaruh pemberian perilaku dapat bertahan. Demikian halnya pada subjek C, saat pretest

dengan skor 20 menunjukkan adanya gangguan depresi tingkat sedang dan ini dibandingkan dengan hasil posttest menjadi 1 menunjukkan hasil tidak adanya gangguan atau menunjukkan tidak adanya gejala depresi menurut acuan pada tabel derajat depresi dan tingkat keluhan depresi, begitu juga setelah dua minggu pasca pemberian perlakuan memperoleh skor 0 menunjukkan tidak adanya gejala depresi, hal ini berarti pengaruh pemberian perlakuan dapat bertahan.

Hasil analisis data di atas membuktikan bahwa terapi kognitif perlakuan efektif untuk diberikan pada penderita depresi tingkat ringan dan sedang. Diskusi dan tugas-tugas rumah yang diberikan melatih subjek untuk memiliki kemampuan mengatasi masalah dan merubah cara berfikirnya menjadi lebih *adaptive*. Pendekatan kognitif perlakuan lebih memfokuskan pada proses berfikir dan bagaimana itu mempunyai kontribusi terhadap perilaku dan emosi *maladaptive* (Prout & Brown, 1985).

Kurangnya dukungan sosial yang diperoleh, terutama dari suami merupakan faktor utama yang melatar belakangi terjadinya depresi pada ketiga subjek. Kondisi tersebut telah dibuktikan sebelumnya oleh Chollins, dkk (1993), dalam studinya yang menguji efektifitas dukungan sosial bagi ibu hamil dan melahirkan. Hasil studinya membuktikan bahwa dukungan sosial efektif terhadap kesehatan ibu dan bayi yang dilahirkan. Lebih lanjut Wan, dkk (1998) memperjelas bahwa dengan dukungan sosial wanita merasa kehadirannya memberi arti penting dalam struktur keluarga.

Selain dukungan sosial yang kurang dari suami dan keluarga, faktor ekonomi juga merupakan salah satu faktor pemicu terjadinya depresi pasca melahirkan. Leopold, dkk., (2004) mengemukakan bahwa bertambahnya beban ekonomi karena kelahiran anggota baru merupakan salah satu faktor terjadinya depresi pasca melahirkan. Pedapat tersebut didukung oleh hasil survey Badan Pusat Statistik diperoleh bahwa 16, 1 persen kelahiran tidak dikehendaki karena alasan ekonomi (Survey BPS Pusat, 1997). Hal tersebut dialami oleh subjek C, depresi pasca melahirkan yang dialami subjek C dilatar belakangi oleh kurangnya dukungan keluarga dan kondisi ekonomi yang belum mapan.

Selain itu, subjek selalu menilai setiap kejadian sebagai sesuatu yang negatif dan menyebabkan tekanan, tekanan yang dialami dianggap subjek sebagai kegagalan dirinya dan akan merusak masa depan. Pendapat negatif subjek tersebut sesuai dengan apa yang diutarakan oleh Beck (1985) bahwa suatu pengalaman yang sama akan mempengaruhi dua orang dengan cara yang berlainan. Perbedaan ini sangat dipengaruhi oleh cara pandang individu yang bersangkutan terhadap sebuah peristiwa. Cara pandang atau interpretasi dari kognisi yang sering keliru adalah melibatkan distorsi negatif terhadap pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme, dan keputusasaan. Pandangan negatif yang dipelajari ini selanjutnya menyebabkan perasaan depresi (Kaplan dkk., 1997), depresi didahului oleh kekacauan atau gangguan pada pikirannya yang kemudian mendasari gangguan pada perasaannya (Sue dkk, 1986). Mereka lebih mengharapkan kegagalan dari pada keberhasilan, cenderung menonjolkan dan membesarkan kegagalan dan mengecilkan arti keberhasilan, suka menyalahkan diri sendiri pada suatu situasi yang kurang beres (Atkinson dkk., 1999).

Oleh karena itu, tujuan dari kognitif perlakuan adalah untuk mengubah proses berfikir individu agar menjadi lebih rasional dengan menggunakan prinsip dan hukum perilaku pada umumnya. Disamping itu agar individu yang depresif juga mempunyai kemampuan untuk mengenali dan kemudian mengevaluasi atau mengubah cara berfikir, keyakinan dan perasaannya (mengenai diri sendiri dan lingkungan) yang salah sehingga

mereka dapat mengubah perilaku yang *maladaptive* dengan cara mempelajari ketrampilan pengendalian diri dan strategi pemecahan masalah yang efektif (Okun, 1990).

Tujuan dari terapi terapi kognitif perilaku pada penelitian ini dapat dijalankan dengan optimal oleh subjek. Seperti pada tugas rumah pertama (lembar kerja analisis masalah), subjek menjadi mampu melakukan analisis masalah melalui pengenalan terhadap situasi perasaannya pada saat itu, pikiran negatif yang muncul ketika mengalami situasi tertekan, mampu mencari bukti yang mendukung pikiran negatif dan mampu menemukan bukti yang tidak mendukung pikiran negatif, hal tersebut menyebabkan subjek menemukan pikiran-pikiran baru yang lebih positif dan mendapatkan perasaan baru yang lebih positif pula. Begitu pula pada tugas rumah kedua (lembar kerja analisis masalah), subjek menjadi mampu mengidentifikasi dan memonitor *mood* hariannya, mampu mengidentifikasi pikiran yang menyimpang dan menemukan faktor penyebab dari *moodnya* tersebut. Pada kegiatan tugas rumah ketiga (daftar aktivitas yang menyenangkan), subjek menjadi mampu membuat jadwal aktivitas positif yang menyenangkan, memonitor dan berusaha meningkatkan aktivitas menyenangkan tersebut. Selanjutnya, pada tugas rumah keempat, subjek menjadi mampu memantau pikiran dan mengidentifikasi pikiran negatif dan positif dan mampu mengelola diri secara kognitif untuk mengurangi bahkan menghentikan pikiran negatif. Demikian halnya pada tugas kelima, dari hasil yang diperoleh terbukti bahwa subjek mempunyai keterampilan baru dalam meningkatkan kualitas hubungan sosial dan merespon lebih asertif situasi yang menyebabkan tekanan.

Perlu diketahui, terjadinya penurunan tingkat depresi yang dialami subjek disebabkan keinginan yang sangat besar dari subjek untuk sembuh, kemampuan subjek untuk melakukan tugas-tugas yang diberikan dan tidak terlepas dari kemampuan terapis dalam memberikan terapi. Namun saja, subjek dalam penelitian ini terbatas jumlahnya yaitu hanya tiga subjek.

#### **D. Keterbatasan penelitian**

Di dalam penelitian ini ada beberapa keterbatasan. Keterbatasan penelitian dapat digunakan sebagai antisipasi untuk penelitian selanjutnya. Beberapa keterbatasan penelitian ini adalah sebagai berikut:

- e. Keterbatasan jumlah subjek penelitian sehingga tidak bisa dilakukan perbandingan lebih banyak tentang perubahan pada setiap subjek. Hal tersebut disebabkan karena penderita depresi pasca melahirkan jarang ditemukan. Selain itu, cukup rumitnya pelaksanaan prosedur terapi kognitif perilaku membatasi kriteria subjek penelitian pada tingkat pendidikan di atas SMU, padahal penderita depresi pasca melahirkan bisa dialami oleh setiap ibu melahirkan tanpa melihat tingkat pendidikan. Di sisi lain, letak geografis daerah Sulawesi Tenggara yang dipisahkan oleh pulau-pulau kecil dan susah dijangkau merupakan penghambat untuk menelusuri keberadaan subjek penelitian.
- f. Tidak ada *Informed Consent* (persetujuan dari subjek untuk mendapat terapi). Hal tersebut karena sudah adanya kepercayaan subjek pada terapis, padahal *informed Consent* penting untuk menjaga kemungkinan adanya resiko atau efek merugikan dari subjek penelitian.

#### **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis penelitian yang telah dikemukakan, dapat ditarik kesimpulan bahwa terapi kognitif perilaku dapat menurunkan depresi pasca melahirkan.

### **b. Saran**

Dari hasil penelitian ini, ada beberapa saran yang dapat dikemukakan, antara lain:

- g. Lembaga-lembaga yang menangani kesehatan ibu hamil, bersalin dan setelah melahirkan (klinik bersalin, puskesmas dan rumah sakit jiwa), program terapi ini dapat dimanfaatkan sebagai salah satu model intervensi bagi penanganan pasien depresi.
- h. Peneliti selanjutnya yang ingin melakukan replikasi pada penelitian ini, disarankan untuk melakukan terapi kognitif perilaku kepada responden yang jumlahnya lebih besar sehingga dapat membandingkan dan mengetahui variasi perubahan pada masing-masing subjek.
- i. Peneliti selanjutnya, diharuskan adanya bukti tertulis kesediaan subjek mengikuti proses terapi. Hal tersebut adalah menjaga kemungkinan adanya resiko atau efek merugikan dari subjek penelitian.
- j. Peran psikolog diharapkan dapat memberi pelayanan yang lebih singkat dan mudah sehingga bisa diberikan pada setiap penderita depresi.