

## EFEKTIVITAS TERAPI KOGNITIF PERILAKUAN RELIGIUS UNTUK MENURUNKAN DEPRESI PADA REMAJA

Surayya Hayatussofiyyah<sup>1</sup>, H. Fuad Nashori<sup>2</sup>, Rumiani<sup>3</sup>  
Program Studi Magister Psikologi Profesi, Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya, Universitas Islam Indonesia<sup>1,2,3</sup>  
e-mail: aya.sofia17@gmail.com<sup>1</sup>, fuadnashori@uii.ac.id<sup>2</sup>

### ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menguji efektivitas terapi kognitif perilaku religius dalam menurunkan depresi pada remaja. Penelitian ini menggunakan desain *Pretest-Posttest Control Group Design*. Partisipan dalam penelitian ini adalah 12 orang siswi Madrasah Aliyah di Kabupaten Sleman, berjenis kelamin perempuan, berusia 15-16 tahun. Setelah dilakukan proses random, maka terpilih satu kelompok (n=6) sebagai kelompok eksperimen yang menerima perlakuan berupa terapi kognitif perilaku religius. Satu kelompok lainnya (n=6) sebagai kelompok kontrol (*waiting list*). Skala yang digunakan sebagai alat ukur adalah *Beck Depression Inventory II*. Uji hipotesis menggunakan analisis non-parametrik berupa *Mann Whitney U-Test* untuk menguji perbedaan nilai berdasarkan kelompok, yaitu eksperimen dan kontrol. Hasil pengujian menunjukkan bahwa terapi kognitif perilaku religius efektif dalam menurunkan depresi pada remaja ( $Z = -2,898$ ,  $p = 0,004$ , di mana  $p < 0,05$ ).

**Kata kunci** : depresi, remaja, dan terapi kognitif perilaku religius.

### EFFECTIVENESS OF RELIGIOUS COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY TO DECREASE DEPRESSION AMONG ADOLESCENTS

### ABSTRACT

*The study examined the effectiveness of religious cognitive behavioral therapy to reduce adolescents depression. This study used a pretest-posttest control group design. Participants in this study were 12 high school students in Sleman, female, aged 15-16 years and divided into two groups. One group (n = 6) as an experimental group who received treatment in the form of religious cognitive behavioral therapy. One other group (n = 6) as controlled group (waiting list). The scale used in this study was Beck Depression Inventory-II. The results of hypothesis test using non-parametric analyzes such as Mann Whitney U Test to examined the difference in value based on the group, namely the experimental and control. This suggests that there are significant differences in the implementation of post test between the experimental and control group. By using mann whitney, the result concluded that religious cognitive behavioral therapy was significantly effective to reduce adolescents depression ( $Z = -2.898$ ,  $p = 0.004$ , where  $p < 0.05$ ).*

**Keywords**: adolescents, depression, and religious cognitive behavior therapy.

### Pendahuluan

Masa remaja adalah salah satu masa yang paling krusial dalam perkembangan hidup seorang manusia dimana dalam tahap ini tiap orang pasti menginginkannya terlewati dengan tenang dan bahagia. Namun demikian, dapat dilihat bahwa kondisi tersebut tidak mudah untuk dicapai karena terdapat banyak sekali permasalahan yang muncul pada masa remaja ini. Salah satu persoalan pada masa remaja ini adalah munculnya depresi yang bisa disebabkan oleh beberapa faktor seperti

hubungan dengan orang tua yang kurang harmonis, pengalaman masa kecil yang traumatik, dan kurangnya hubungan dengan teman sebaya (Santrock, 2003).

Istilah depresi, menurut Beck (1985), mengacu pada jenis perasaan tertentu (simtom), kumpulan simtom (sindrom), dan gangguan klinis. Depresi dapat merujuk pada keadaan subjektif seperti rasa kecewa, putus asa, atau tidak bahagia. Depresi juga dapat merujuk pada pola penyimpangan pada perasaan, kognisi, atau perilaku yang belum mewakili gangguan psikiatri sehingga disebut kumpulan simtom atau sindrom. Depresi dapat meningkatkan morbiditas (kesakitan), mortalitas (kematian), resiko bunuh diri, serta berdampak pada penurunan kualitas hidup penderitanya.

Depresi yang cukup serius dapat mengarah pada usaha bunuh diri di mana gangguan ini telah menyebabkan 850.000 orang meninggal setiap tahunnya. Sebanyak 86 persen dari jumlah tersebut terjadi di negara-negara berkembang (WHO, 2011). Setengah dari jumlah penderita tersebut berusia 15-44 tahun. Penelitian WHO pada tahun 2000 memperlihatkan bahwa depresi merupakan kontributor ke empat dari beban penyakit global (*global burden disease*). Diperkirakan pada tahun 2020 depresi akan menanjak menempati ranking kedua dari beban penyakit global yang menyerang semua umur, baik laki-laki maupun perempuan. Selanjutnya, pada tahun 2030 diperkirakan depresi akan menjadi penyebab utama bagi gangguan kesehatan (WHO, 2011).

Saat ini depresi telah menjadi beban penyakit pada kategori usia 15-44 tahun, baik bagi laki-laki maupun perempuan. Diperkirakan sekitar 20 persen anak dan remaja di seluruh dunia mengalami masalah kejiwaan termasuk depresi. Namun demikian, walaupun prevalensi depresi cukup besar, hanya kurang dari 25 persen dari mereka yang terdiagnosis depresi memiliki akses penanganan yang efektif. Jumlah lebih besar lagi adalah mereka yang tidak terdeteksi. Oleh karena itu depresi sering juga disebut sebagai "*the silent epidemic*" (Fitri, 2011).

Beban penyakit atau *burden of disease* penyakit jiwa di Indonesia masih cukup besar. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan adalah sebesar 6% untuk usia 15 tahun ke atas atau sekitar 14 juta orang. Sedangkan, prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia adalah 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang (Depkes, 2014). Pada anak sekolah didapatkan prevalensi sekitar 2%. Pada usia remaja didapatkan prevalensi 5% dari komunitas memiliki gangguan depresif berat (Ismail & Siste, 2010).

Menurut beberapa penelitian (Fritz, 1995), sekitar 5% dari remaja menderita simtom depresi, misalnya kesedihan yang menetap, prestasi yang menurun, dan kurangnya ketertarikan kepada tugas yang dahulu disukai. Untuk dapat didiagnosis menderita *major depression* maka simtom-simtom depresi, misalnya keinginan bunuh diri, mudah tersinggung, kurangnya nafsu

makan, dan hilangnya ketertarikan dalam aktivitas social, harus berlangsung selama periode paling sedikit dua minggu.

Depresi pada remaja sebagian besar tidak terdiagnosis sampai akhirnya para remaja mengalami kesulitan yang serius dalam sekolah, pekerjaan rumah, dan penyesuaian pribadi yang sering kali berlanjut pada masa dewasa. Lebih jauh dikatakan alasan mengapa depresi pada remaja luput dari diagnosis adalah karena masa remaja adalah masa kekalutan emosi, instropeksi yang berlebihan, dan sensitivitas yang tinggi terhadap peristiwa yang terjadi. Masa remaja adalah masa pemberontakan dan percobaan tingkah laku. Tantangan bagi para psikolog adalah untuk mengidentifikasi simtom depresi pada remaja mungkin bersembunyi dalam badai perkembangan (Siswanto, 2007).

Gangguan depresi pada remaja tidak dapat diabaikan dan dibiarkan tanpa penanganan karena beresiko untuk berkembang menjadi gangguan depresi pada saat dewasa. Penelitian oleh Hankin (Ramadhani & Retnowati, 2013) menunjukkan bahwa depresi pada remaja lebih mungkin berlanjut pada usia dewasa dibandingkan dengan depresi pada anak. Depresi pada remaja ini ditandai dengan adanya perubahan tingkat fungsi disertai dengan suasana perasaan atau hilangnya minat pada hampir seluruh aktivitas. Remaja yang mengalami depresi akan terlihat sedih, tidak bahagia, sering mengeluh, mudah tersinggung dan mudah marah. Remaja dengan depresi merasa bahwa tidak ada yang memperhatikan dan menyayangnya. Remaja terkadang merasa hampa, tidak merasakan perasaan apa pun, dan mengeluh sakit yang sebenarnya tidak nyata (Rey, 2002).

Beberapa jenis terapi yang diketahui telah berhasil dalam menurunkan depresi adalah *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* yang telah dikembangkan oleh Beck, terapi interpersonal yang dikembangkan oleh psikiater Gerald K.R.M dari Harvard dan psikolog Mayma Weismann, konseling kelompok, dan dukungan sosial (Lubis, 2009). Salah satu terapi yang dapat digunakan untuk menurunkan depresi adalah terapi kognitif perilaku (*cognitive behavior therapy*) atau yang biasa disebut CBT. Menurut Rosenvald, Oei, dan Schmidt (2007), terapi kognitif perilaku merupakan terapi yang mengkombinasikan aspek kognitif dan tingkah laku. Pendekatan ini mengajarkan individu untuk mengenali bahwa pola pikir tertentu yang sifatnya negatif dapat membuat individu salah memaknai situasi dan memunculkan emosi atau perasaan negatif pula. Pikiran dan emosi yang salah pada akhirnya akan mempengaruhi tingkah laku individu, hingga dianggap membutuhkan terapi.

Teknik CBT selama ini diketahui telah banyak digunakan dalam menangani berbagai macam kasus klinis, seperti depresi, kecemasan, dan termasuk fobia. Hasil penelitian Mellianawati (2014) menunjukkan bahwa CBT dapat menurunkan intensitas kondisi fobia spesifik. Hal tersebut dapat dilihat dari pengukuran tingkat kondisi fobia dari hasil kuesioner fobia, yang awalnya sangat parah menjadi tidak parah. Adanya perubahan perilaku, pikiran yang realistis-positif, perasaan yang

tenang dan skala kecemasan nol menunjukkan bahwa subjek mampu berhadapan dengan stimulus fobianya secara adaptif. Teknik ini selain dapat digunakan untuk klien dewasa namun juga sangat efektif diterapkan pada anak-anak. Penelitian Mirza (2013) menunjukkan bahwa terapi CBT dapat secara efektif meningkatkan kemampuan regulasi emosi pada subjek yang merupakan anak korban konflik di Aceh. Selain itu, penelitian Nindita (2012) juga menunjukkan hasil bahwa teknik CBT efektif dalam mengelola rasa marah dan perubahan kesalahan berpikir pada anak.

Terapi kognitif perilaku ini telah banyak mengalami perkembangan. Salah satunya adalah terapi kognitif-perilaku religius. Terapi ini merupakan terapi yang menggabungkan terapi perilaku dan terapi kognitif yang mengakomodasi nilai-nilai agama. Dalam penelitian ini agama yang dimaksud adalah agama Islam. Terapi kognitif perilaku religius yang mengakomodasi nilai Islam telah dikembangkan di Indonesia melalui penelitian Trimulyaningsih dan Subandi (2010).

Terapi kognitif perilaku religius ini mengacu pada prinsip terapi kognitif-perilaku bagi penderita depresi yang diadaptasi dengan menggunakan sumber-sumber dari agama Islam dalam teknik yang digunakan. Tujuan terapi ini adalah untuk mengubah pikiran atau keyakinan klien yang maladaptif, tidak produktif, dan melemahkan, serta mengadopsi dan memperkuat proses kognitif yang lebih adaptif didasarkan pada keyakinan dan nilai-nilai agama Islam (Trimulyaningsih & Subandi, 2010).

Terapi dengan memasukkan unsur religiusitas ini dapat memperkuat teknik kognitif perilaku yang dilakukan. Hal tersebut dapat dijelaskan bahwa terapi kognitif perilaku bertujuan memberikan metode terapi kepada individu melalui perubahan kognitif yang salah menuju kognitif yang positif sehingga diharapkan akan memunculkan perilaku baru yang lebih baik dari sebelumnya. Perubahan tersebut hanya bersifat sementara, sehingga diperlukan suatu penguat yang selalu dilakukan oleh individu dalam rentang waktu yang lama seperti sebuah keyakinan agama. Agama akan memunculkan tingkat religiusitas seorang individu. Jadi diasumsikan bahwa ketika religiusitas individu muncul karena menjalankan kegiatan keagamaan maka akan memunculkan pola kognitif yang positif secara bersamaan sehingga akan membentuk perilaku yang positif juga. Jadi dapat disimpulkan bahwa unsur religiusitas akan memperkuat terapi kognitif perilaku karena akan dilakukan secara terus menerus dan berkelanjutan (Irawati, Subandi, & Kumolohadi, 2011).

Menurut Subandi (1988), kondisi psikologis remaja juga mempunyai pengaruh cukup besar dalam kehidupan beragama mereka. Perkembangan kognitif remaja yang sudah mencapai taraf normal operasional memungkinkan remaja untuk berpikir abstrak, teoritik, dan kritis. Remaja dianggap telah dapat memahami mengenai konsep keberagaman atau religiusitas yang akan diterapkan dalam terapi kognitif perilaku religius.

Beberapa penelitian yang telah dilakukan menunjukkan pengaruh positif dari religiusitas terhadap kondisi psikologis yang negatif seperti tekanan psikologis dan stres secara umum. Mosher

dan Handal (Kasberger, 2002) menemukan bahwa religiusitas yang rendah berkolaborasi dengan tingginya tingkat stres dan rendahnya tingkat penyesuaian pada remaja. Selain itu, terapi kognitif perilaku yang dikolaborasikan dengan salah satu unsur dalam agama yaitu bersyukur juga terbukti efektif dalam menurunkan depresi pada remaja (Mutia, Subandi, & Mulyati, 2010). Teknik kebersyukuran dalam penelitian tersebut mampu membuat remaja mengenal nikmat yang ada, mampu melihat segi positif pada setiap kejadian, dan beberapa subjek menjadi lebih rajin beribadah sebagai ekspresi kebersyukuran.

Terapi kognitif perilaku religius ini dianggap cukup sesuai dengan kondisi masyarakat Indonesia yang masih cukup memegang nilai-nilai keberagaman selama ini. Terapi kognitif perilaku dipilih sebagai intervensi dalam penelitian ini karena telah terbukti secara efektif sebagai penanganan untuk mengatasi depresi. Ditambahkannya unsur religiusitas dalam hal ini adalah ajaran agama Islam diberikan sebagai penguatan terhadap perubahan yang dialami oleh remaja dalam penelitian ini. Hal ini dikarenakan sejak dulu individu melewati kejadian penuh tekanan atau traumatis dengan kembali kepada Tuhan dan keimanan yang dianut (Taylor, 1995). Konsep religiusitas yang diberikan sejak masa remaja ini diharapkan dapat bertahan hingga masa dewasa sehingga para subjek dapat melewati segala tekanan yang muncul dengan jiwa yang lebih kuat. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai efektifitas terapi kognitif-perilaku religius ini untuk menurunkan tingkat depresi pada remaja.

Berdasarkan penjelasan di atas, hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah ada perbedaan tingkat penurunan depresi pada kelompok yang mendapat perlakuan berupa terapi kognitif perilaku religius dan tidak mendapat perlakuan setelah mendapatkan terapi, di mana kelompok yang mendapat perlakuan tingkat depresinya lebih rendah dari kelompok yang tidak mendapatkan perlakuan.

## **Metode Penelitian**

### **Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan *pretest-posttest control group design* (Azwar, 2004). Dalam penelitian ini terdapat dua kelompok penelitian yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Kedua kelompok ini masing-masing terdiri atas individu-individu yang telah masuk dalam kriteria sebagai subjek penelitian yaitu berusia remaja dan mengalami depresi. Kelompok eksperimen adalah kelompok yang diberikan intervensi, yaitu berupa terapi kognitif perilaku religius, sedangkan kelompok kontrol adalah kelompok yang tidak mendapatkan intervensi dan dijadikan sebagai pembanding dari kelompok eksperimen.

### **Subjek Penelitian**

Subjek dalam penelitian ini adalah remaja berusia 11-18 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama Islam, dan memiliki tingkat depresi dengan kategori sedang-tinggi (berdasarkan hasil *screening*).

### Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini berupa skala yang berisi butir-butir pernyataan yang akan dijawab oleh subjek penelitian. Skala yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996). Penelitian Ginting, dkk (2013) menunjukkan bahwa BDI-II mampu membedakan antara individu yang depresi dan tidak depresi dan mempunyai konsistensi internal 0,90 serta realibilitas tes ulang sebesar 0,55 ( $p < 0,01$ ). Skala ini bergerak dari angka 0-3 di mana 0 menunjukkan tidak adanya gejala depresi dan 3 menunjukkan gejala depresi yang berat. Tingkat depresi dapat dilihat dengan cara menjumlahkan semua skor yang didapat.

### Metode Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan berupa metode statistik dengan teknik analisis non-parametrik *Mann Whitney U Test* dengan bantuan program SPSS 21.00 for windows.

### Hasil Penelitian

#### Deskripsi Data Penelitian

Data dalam penelitian ini mendeskripsikan 12 subjek penelitian yang terdiri atas 6 subjek kelompok eksperimen dan 6 subjek kelompok kontrol. Kelompok eksperimen terdiri atas 6 orang perempuan, sedangkan kelompok kontrol terdiri atas 6 orang perempuan juga.

Tabel 2.

Deskripsi statistik depresi antara kelompok eksperimen dan kontrol.

Klasifikasi	Kelompok Eksperimen				Kelompok Kontrol			
	Min	Maks	Mean	SD	Min	Maks	Mean	SD
<i>Baseline</i>	21	27	24	2,52	19	27	22,33	3,32
<i>Prates</i>	21	27	24	2,94	21	27	23,5	2,94
<i>Pascates</i>	0	7	3,33	2,73	21	28	25	2,68
<i>Tindak lanjut</i>	0	5	1,66	2,06	23	30	25,83	2,71

Berdasarkan tabel tersebut menunjukkan bahwa pada saat pelaksanaan *screening/baseline*, *prates*, *pascates*, dan *tindak lanjut*, terdapat perbedaan nilai *mean* antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Kelompok eksperimen mengalami penurunan skor pada saat *pascates* dan *tindak*

lanjut. Sedangkan kelompok kontrol, apabila dilihat dari nilai *mean* justru mengalami peningkatan skor.

### Hasil Uji Hipotesis

Berdasarkan uji asumsi diketahui bahwa data yang didapatkan normal dan homogen. Namun karena jumlah subjek penelitian yang terbatas yaitu kurang dari 30 orang, maka dilakukan analisis non-parametrik. Uji hipotesis non-parametrik yang akan dilakukan adalah *Mann Whitney U Test*. Uji ini digunakan untuk menguji beda dengan menggunakan rata-rata variabel dan jumlah data sampel penelitian yang sangat sedikit (kurang dari 30) atau tidak berdistribusi normal (Sujarweni, 2015).

**Tabel 3.**  
**Hasil Uji Hipotesis**

Data	Z	P	Keterangan
Baseline	-0,982	0,326	Tidak Signifikan
Prates	-0,606	0,545	Tidak Signifikan
Pascates	-2,898	0,004	Signifikan
Tindak lanjut	-2,908	0,004	Signifikan

Hasil analisis *Mann Whitney* yang telah dilakukan pada data *baseline* menunjukkan bahwa nilai  $Z = -0,982$  dan  $p = 0,326$  ( $p > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol pada saat pelaksanaan *screening* yang menjadi data *baseline*. Hasil ini dianggap wajar mengingat kondisi awal subjek pada kedua kelompok memang diharapkan sama atau tidak ada perbedaan. Kemudian hasil analisis yang dilakukan pada data *prates* menunjukkan bahwa nilai  $Z = -0,606$  dan  $p = 0,545$  ( $p > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol pada saat pelaksanaan *prates*. Hasil ini dianggap wajar mengingat kondisi awal subjek sebelum diberikan perlakuan pada kedua kelompok memang diharapkan sama atau tidak ada perbedaan. Kemudian hasil analisis yang dilakukan pada data *pascates* menunjukkan bahwa nilai  $Z = -2,898$  dan  $p = 0,004$  ( $p < 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada saat pelaksanaan *pascates* antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol. Kondisi yang sama juga terjadi pada data *tindak lanjut*, di mana nilai  $Z = -2,908$  dan  $p = 0,004$  ( $p < 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol pada pelaksanaan *tindak lanjut*.

### Pembahasan

Penelitian ini bertujuan untuk menguji hipotesis terapi kognitif perilaku religius dapat menurunkan depresi pada remaja. Pengukuran tingkat depresi ini dilakukan sebanyak empat kali

yaitu saat *screening* awal, kemudian saat dilakukan *pretest* dua minggu setelah *screening* dan sebelum diberikannya terapi kepada kelompok eksperimen untuk melihat kondisi terkini dari para subjek. Pengukuran kemudian kembali diberikan sesudah terapi diberikan, serta yang terakhir yaitu saat tindak lanjut dua minggu setelah terapi diberikan. Berdasarkan analisis kuantitatif dengan menggunakan uji non-parametrik *Mann Whitney U Test*, diketahui bahwa ada perbedaan yang signifikan pada saat pelaksanaan pascates dan tindak lanjut antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol. Perbedaan tingkat depresi pada kedua kelompok juga dapat dilihat dari grafik individu dan hasil data kualitatif subjek setelah mendapatkan terapi. Berdasarkan penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa terapi kognitif perilaku religius memiliki pengaruh terhadap menurunnya tingkat depresi pada remaja.

Berdasarkan hasil *screening* dan prates yang dilakukan, terlihat para subjek dalam penelitian ini berada dalam kategori depresi tingkat sedang hingga tingkat tinggi. Hal ini juga dibuktikan dari cerita para subjek saat dalam terapi dan dari buku harian yang mereka kerjakan. Perasaan dan perilaku yang muncul pada diri subjek adalah lebih sering merasa sedih, lebih sering menangis, kecewa terhadap diri sendiri, menyalahkan diri sendiri, terus-terusan mengkritik diri, merasa bersalah dan sedang mendapatkan hukuman, pesimis terhadap masa depan, kehilangan minat dan kesenangan, mudah merasa lelah, kurang konsentrasi, kehilangan nafsu makan, mengalami gangguan tidur, dan lain sebagainya. Perilaku tersebut merupakan gejala-gejala orang yang mengalami depresi.

Depresi merupakan suatu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonis, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta bunuh diri (Kaplan dkk, 2010). Kondisi inilah yang ingin diubah melalui terapi kognitif perilaku religius yang diberikan kepada para peserta dalam penelitian ini.

Terapi kognitif perilaku religius ini terdiri atas lima pertemuan di mana tiap pertemuannya memberikan pengetahuan dan keterampilan tertentu kepada para peserta. Materi terapi kognitif perilaku religius ini berisi mengenai pemahaman mengenai depresi dan gejala-gejalanya, hubungan antara pikiran, perasaan, dan tingkah laku, keterampilan untuk dapat menangkap pikiran, keterampilan untuk memodifikasi pikiran negatif menjadi positif dengan konsep *khusnudzon* dalam agama islam, keterampilan untuk bersyukur, keterampilan untuk dapat merancang aktivitas keseharian dan ibadah yang menyenangkan, serta kemampuan untuk melakukan relaksasi.

Materi mengenai depresi dan gejala-gejalanya diberikan kepada subjek agar subjek lebih memahami mengenai apa dan bagaimana depresi itu sehingga tidak lagi salah paham bahwa orang yang depresi disamakan dengan orang yang terkenan gangguan jiwa berat seperti orang gila. Para peserta juga jadi dapat lebih menyadari mengenai gejala-gejala depresi apa saja yang mereka alami

selama ini baik dari gejala fisik, emosional, kognitif, maupun motivasional. Dengan mengetahui mengenai gejala-gejala yang muncul, para peserta diharapkan dapat mendeteksi secara mandiri apakah dirinya sedang mengalami depresi atau tidak dan dalam tingkat yang seperti apa.

Para peserta juga diberikan pengetahuan mengenai konsep dasar dari terapi kognitif perilaku religious, yaitu mengenai hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku. Dengan diberikan contoh-contoh yang nyata dalam kehidupan sehari-hari, peserta terlihat lebih mudah dalam memahami konsep ini. Dengan mengetahui konsep hubungan ini, para peserta menjadi lebih sadar bahwa setiap perbuatan atau tingkah laku yang mereka lakukan didasari oleh perasaan dan pikiran yang menyertainya.

Para peserta juga diberikan kesempatan untuk berlatih dalam keterampilan bersyukur dan pengaplikasiannya dalam kehidupan sehari-hari. Para peserta juga dapat merancang sendiri aktivitas sehari-hari yang menyenangkan dan aktivitas ibadah yang menyenangkan sebagai *coping stress* yang baik saat mereka menghadapi masalah atau situasi yang menekan. Dengan adanya keterampilan ini, para peserta tidak lagi merasa bingung apa yang harus ia lakukan untuk mengatasi stress dan depresi yang dirasakan.

Subjek dalam penelitian ini juga diajari keterampilan untuk melakukan relaksasi sebagai salah satu teknik mengelola respon emosi yang dialami saat situasi tertekan. Relaksasi yang diajarkan adalah relaksasi pernapasan yang diikuti dengan bacaan dzikir dan doa. Relaksasi bertujuan untuk melatih anggota tubuh bersikap lebih santai atau rileks ketika dalam keadaan tegang atau sedang menghadapi situasi yang menekan. Menurut Sarafino dan Smith (2011), relaksasi menjadi salah satu cara yang baik dalam mengurangi tingkat stres. Utanti (Subandi, 2002) juga menyatakan bahwa dengan menjalankan metode relaksasi yang dilakukan rutin setiap hari dapat mengurangi rasa tertekan dan dapat mengatur emosi. Hasilnya adalah seseorang menjadi lebih tangguh dalam menghadapi tekanan luar yang berupa kejayaan maupun kegagalan, harapan, dan ketakutan, kejangkalan, dan frustrasi. Hal ini juga diungkapkan oleh para peserta yang mengaku perasaannya menjadi jauh lebih lega, tenang, dan nyaman. Begitu pula badan terasa lebih ringan dan enteng. Para peserta mengaku sering melakukan teknik ini sebelum tidur dan hasilnya adalah mereka dapat tidur dengan lebih tenang dan gangguan tidur selama ini dapat diatasi.

Metode presentasi diri pada setiap awal pertemuan, menurut subjek sangat membantu mereka untuk dapat menuangkan segala apa yang ada di pikirannya dan apa yang ia rasakan tanpa merasa dihakimi atau disalahkan sama sekali. Para peserta mengaku merasa lebih lega karena dapat mengekspresikan emosi yang dirasakan saat bercerita tersebut. Kemampuan mengekspresikan emosi yang dilakukan baik secara lisan maupun tulisan dapat membantu meningkatkan kesehatan, kesejahteraan psikologis dan fungsi fisik pada seseorang saat menghadapi peristiwa traumatik

dalam hidupnya dan membatu mengatasi distres psikologis, mengurangi emosi-emosi negatif dan menurunkan simtom-simtom depresi (Greenberg & Stone, 1992).

Terapi kognitif perilaku religius ini terbukti dapat secara efektif menurunkan tingkat depresi pada remaja. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian yang dilakukan oleh Trimulyaningsih (2010) dan Yuliza (2012) bahwa terapi kognitif perilaku religius dapat menurunkan depresi pada subjek wanita dewasa dan mahasiswa. Selain dapat menurunkan depresi, terapi ini juga nampak dapat meningkatkan sisi religiusitas dari para subjek. Hal ini berdasarkan hasil wawancara dengan subjek dan hasil buku harian yang memperlihatkan bahwa subjek lebih banyak bersyukur, dan melakukan ibadah seperti shalat, membaca istighfar, dan berdoa untuk mendapatkan ketenangan batin saat menghadapi masalah.

## **Simpulan Dan Saran**

### **Simpulan**

Berdasarkan hasil analisis data dan pembahasan yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa terapi kognitif perilaku religius terbukti efektif dalam menurunkan depresi pada remaja.

### **Saran**

Pertama: saran bagi subjek penelitian. Para subjek penelitian diharapkan dapat senantiasa mempraktekkan dan menerapkan apa yang sudah dipelajari bersama pada saat rangkaian terapi berlangsung. Sebagian besar hal yang dipelajari dalam terapi ini berupa keterampilan baru yang baru yang harus selalu dipakai dan dilatih setiap hari agar menjadi suatu kebiasaan yang baik bagi para peserta. Selain itu, peserta diharapkan juga tetap dapat menjalin komunikasi yang baik antar peserta. Dengan adanya dukungan dari peserta lain sebagai *peer group* yang cukup berpengaruh pada masa remaja, diharapkan akan meningkatkan motivasi dan menguatkan perilaku positif yang muncul.

Kedua: saran bagi peneliti selanjutnya. Bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan terapi kognitif perilaku religius pada remaja perlu mempertimbangkan karakteristik subjek. Usia subjek yang kemudian juga berhubungan dengan perkembangan kognitif dan kemampuan intelektualnya harus lebih di spesifikkan yaitu subjek yang memiliki tingkat pendidikan minimal SMA/ sederajat agar dapat lebih memahami materi yang diberikan. Saran selanjutnya yaitu psikoedukasi yang diberikan di awal pertemuan baiknya hanya fokus pada inti dari terapi kognitif perilaku saja yaitu penjelasan mengenai hubungan antara pikiran, perasaan, dan tingkah laku. Psikoedukasi mengenai gangguan yang diderita oleh para peserta yang menjadi variabel tergantung dari penelitian lebih baik tidak diberikan karena dikhawatirkan akan mempengaruhi perubahan yang

ada. Selain itu, metode terapi dapat dibuat menjadi lebih bervariasi dan lebih banyak permainan agar peserta tidak merasa jenuh. Peneliti juga menyarankan bahwa jumlah peserta dalam kelompok penelitian juga sebaiknya dibatasi agar terapi berjalan lebih optimal.

Ketiga: saran bagi pihak sekolah. Pihak sekolah diharapkan dapat memberikan jadwal khusus kepada guru BK atau pihak lain yang terkait untuk masuk ke dalam kelas dan memberikan materi-materi ringan seperti bagaimana mengelola emosi, menangani stress, meningkatkan motivasi, minimal satu hingga dua bulan sekali secara rutin. Penyuluhan ini juga dapat bekerjasama dengan poli psikologi di puskesmas terdekat yang biasanya juga mempunyai program-program penyuluhan pada remaja di sekolah. Dengan adanya kerjasama dari semua pihak, diharapkan para siswa dapat mencapai kesehatan mental yang optimal.

### **Daftar Pustaka**

- Azwar, S. (2004). *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Beck, A.T. (1985). *Depression causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck Depression Inventory: Manual (2th ed)*. Boston: Harcour, Brace, and Company.
- Depkes. (2014). *Stop Stigma Dan Diskriminasi Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)*. (online). : <http://www.depkes.go.id/article/view/201410270011/stop-stigma-dan-diskriminasi-terhadap-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj.html#sthash.wE3qQkbY.dpuf>. (diakses 29 Desember 2016).
- Fitri, S. (2011). Mengenali dan Menangani Depresi Pada Siswa: Rambu-Rambu Bagi Konselor di Sekolah. Makalah disajikan dalam seminar Internasional dan pelatihan dengan teman *Contemporary and Creative Counseling Techniques: How to Improve Your Counseling Skills To Be More Creative In Counselling Sessions*. Universitas Pendidikan Indonesia, Bandung, 29-30 Oktober, 2011.
- Fritz, G. (1995). *Child, Adolescent Depression Distinct From The Adult Version*. The Brown University Child And Adolescent Behavior Letter, 11.
- Ginting, H., Naringa, N., Van der Velda, W. M., & Beckera, E.S. (2013). Validating the Beck Depression Inventory-II in Indonesia's General Population And Coronary Heart Disease Patients. *International Journal of Clinial and Health Psychology*, 13, 235-342.
- Greenberg, L. S & Stone, A. A. (1992). Emotional disclosure about trauma and its relation to health: Effect of previous disclosure and trauma severity. *Journal of Personality and Social Psychology*.63 (1):75-84.
- Irawati, D., Subandi, Kumolohadi, R. (2011). Terapi Kognitif Perilaku Religius Untuk Menurunkan Kecemasan Terhadap Kematian Pada penderita HIV/AIDS. *Jurnal Intervensi Psikologi*, 3 (2), 169-186.

- Ismail, R. I., & Siste, K. (2010). *Gangguan Depresi, Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., and Grebb, J.A., (2010). *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. Jilid Dua*. Editor : Dr. I. Made Wiguna S. Jakarta : Bina Rupa Aksara.
- Kasberger, E. R. (2002). A Correlation Study of Post-divorce and Religious Coping Strategies in Young Adult of Divorced Families. *Second Annual. Undergraduate Research Symposium CHARIS Institute of Wisconsin Lutheran College. Milwaukee, WI 53226. April 27 and 28 2002*.
- Lubis, N.L. (2009). *Depresi Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana Prenada Media Grup.
- Mellianawati. (2014). Penerapan CBT pada Penderita Fobia Spesifik. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya*, 3 (1), 1-12.
- Mirza, R., Sulistyaningsih, W. (2013). Cognitive Behavior Therapy Untuk Meningkatkan Regulasi Emosi Pada Anak Korban Konflik Aceh. *Psikologia*, 8 (2), 59-72.
- Mutia, E, Subandi, Mulyati, R. (2010). Terapi Kognitif Perilaku Bersyukur Untuk Menurunkan Depresi Pada Remaja. *Jurnal Intervensi Psikologi*. 2 (1), 53-68.
- Nindita, T. (2012). Efektivitas Penerapan *Cognitive Behavior Therapy* pada Anak dengan Masalah Pengelolaan Rasa marah. *Tesis Program Studi Magister Psikologi Profesi Klinis Anak*. Depok: tidak diterbitkan.
- Ramadhani, A., Renowati, S. (2013). Depresi pada Remaja Korban Bullying. *Jurnal Psikologi*. 9 (2), 73-79.
- Rey, J.(2002). *More Than Just The Blues: Understanding Serious Teenagers Problems*. New South Wales: Simon & Schuster.
- Rosenvald, T., Oei, T.P.S.,Schmidt, M. (2007). *Fight Your Dark Shadow: Managing Depression with Cognitive Behavior Therapy*.(I. Saraswati, trans). Brisbane: Depression Managed.
- Santrock, J. W. (2003). *Adolescence Perkembangan Remaja* (terjemahan: Shinto B. A. & Sherly S). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Sarafino, E. P. & Smith, T. W. (2011). *Health psychology biopsychosocial interaction*. 7th edition. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Siswanto. (2007). *Kesehatan Mental: Konsep, Cakupan dan Perkembangannya*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Subandi, M.A. (1988). Hubungan antara tingkat Religiusitas dan Kecemasan pada Remaja. *Laporan Penelitian*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- Subandi. (2002). *Psikoterapi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sujarweni, W. (2015). *SPSS Untuk Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Taylor, S.E. (1995). *Health Psychology, Third Edition*. Singapore: McGraw Hill, Inc.

Trimulyaningsih, N., Subandi, M.A. (2010). Terapi Kognitif-Perilaku Religius untuk Menurunkan Gejala Depresi. *Jurnal Intervensi Psikologi*. 2 (2), 205-227.

WHO. (2011). *Top 10 Causes of Death*. (Online). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. (diakses pada 12 Agustus 2016).

Yuliza, E. (2012). Efektivitas Terapi Kognitif Perilaku Religius (Islam) Untuk Menurunkan Depresi Pada Mahasiswa. *Tesis*, tidak diterbitkan, Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta.