

**EFEKTIVITAS *RATIONAL-EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY*
UNTUK MENURUNKAN DERAJAT SIMPTOM DEPRESI
PADA PASIEN JANTUNG**

Agoes Santosa¹, Urip Purwono¹, Asteria Devy Kumalasari¹

¹Fakultas Psikologi Universitas Padjadjaran

Korespondensi: agoes_santosa@gmail.com

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas REBT untuk menurunkan derajat simptom depresi pada penderita Penyakit Jantung. Depresi dan Penyakit Jantung merupakan dua kondisi dengan *co-morbidity* yang tinggi, sehingga saling berkaitan. Di Indonesia, depresi diproyeksikan akan menjadi gangguan psikologis yang banyak menimbulkan penyakit, dan Penyakit Jantung adalah penyakit yang tingkat mortalitasnya sangat tinggi. Psikoterapi akan dapat membantu penanganan depresi agar tidak memperparah kondisi yang dialami oleh klien. *Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT)* merupakan pendekatan terapi yang diciptakan oleh Albert Ellis, yang menekankan pada perubahan *irrational beliefs* untuk membantu klien agar tidak mengalami gangguan psikologis. Rancangan dalam penelitian ini adalah eksperimental semu, dengan melibatkan empat Partisipan Penelitian yang diperoleh melalui teknik *purposive sampling*. Data diperoleh dengan menggunakan metode wawancara, observasi, dan kuesioner. Kuesioner yang digunakan adalah *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. REBT diberikan sebanyak delapan sesi. Pengukuran dilakukan sebanyak dua kali, yaitu sebelum dan setelah intervensi diberikan, serta dilakukan evaluasi secara kualitatif setiap sesi selesai diberikan. Data dianalisis dengan menggunakan teknik uji hipotesis, *content analysis* dan analisa deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa REBT efektif untuk menurunkan derajat simptom depresi pada Partisipan Penelitian, yang ditandai dengan menurunnya skor BDI-II dan juga perubahan yang tampak pada pola pemikiran Partisipan Penelitian.

Keywords: REBT, depresi, depression, rational-emotive behavior therapy, heart disease

I. Pendahuluan

Pada tahun 2000, depresi merupakan kondisi permasalahan nomor 4 yang paling umum terjadi setelah infeksi pernafasan, kondisi *perinatal*, dan HIV/AIDS. Depresi juga diproyeksikan menjadi penyebab penyakit nomor 2 di Indonesia (setelah Penyakit Jantung Koroner) pada tahun 2020 dan akan menyebabkan lebih banyak penurunan kualitas hidup orang-orang (Faizal, 2012). Hal tersebut menunjukkan bahwa penyakit fisik (Penyakit Jantung Koroner) dan gangguan psikologis (depresi) merupakan hal krusial yang saling berkaitan sehingga diperlukan penanganan secara komprehensif terhadap pasien, termasuk pasien yang sedang berada di Rumah Sakit.

Sebelum abad 20, Penyakit Jantung Koroner bukanlah penyebab utama sakit dan kematian, karena kebanyakan orang meninggal akibat penyakit menular dan tidak hidup cukup lama untuk mengidap sakit jantung. Penyakit Jantung Koroner adalah *disease of modernization*, yang berkembang karena perubahan dalam pola makan dan juga perubahan tingkat aktivitas dalam kehidupan modern. Karena faktor-faktor inilah, Penyakit Jantung Koroner semakin banyak diderita orang. Penyakit Jantung Koroner merupakan penyakit yang mengakibatkan kematian bagi lebih dari 7,2 juta orang di seluruh dunia per tahun (WHO, 2009). Di Indonesia sendiri, prevalensi Penyakit Jantung Koroner cukup tinggi, yaitu 7,2%. Prevalensi di daerah Jawa Barat bahkan lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional, yaitu 8,2% (Risikesdas, 2007). Hal tersebut menunjukkan bahwa penyakit ini merupakan hal yang cukup penting untuk diperhatikan.

Penyakit Jantung Koroner adalah istilah umum yang merujuk pada penyakit yang disebabkan oleh *atherosclerosis*, yaitu penyempitan pada *coronary arteries* yang menyuplai jantung dengan darah. Saat terjadi penyempitan atau penyumbatan, aliran oksigen dan nutrisi ke jantung terhambat, dan hal ini dapat mengakibatkan rasa sakit (*angina pectoris*) di daerah dada dan lengan. Ketika aliran oksigen dan nutrisi sangat terhambat, maka dapat terjadi serangan jantung (*myocardial infarction*) (Taylor, 2006).

Terdapat banyak faktor yang berkaitan dengan berkembangnya Penyakit Jantung Koroner, misalnya stres kronis, *hostility*, emosi negatif, dan *sudden bursts of activity* (mendadak melakukan banyak aktivitas). Reaksi terhadap stres atau *coping strategy* yang digunakan juga dapat berinteraksi dengan faktor-faktor resiko lainnya, misalnya meningkatkan *cholesterol level* yang membuat individu semakin rentan terhadap serangan jantung. Berdasarkan hasil riset, *balance* dalam sejauh mana seseorang dalam mengontrol tuntutan kehidupan merupakan faktor yang berkaitan dengan resiko terkena *atherosclerosis* (Kamarck et al., 2004).

Menurut Friedman & Rosenman (1974) terdapat suatu gambaran pola perilaku yang berkaitan dengan *psychological risk factors* bagi penyakit kardiovaskular (jantung), yaitu *Type A behavior pattern*. Ciri dari pola perilaku ini adalah gaya perilaku dan emosi yang agresif, ada perjuangan untuk memperoleh sesuatu secara lebih banyak dalam waktu lebih singkat, dan seringkali bersaing dengan orang lain. Tiga komponen yang menjadi ciri dari *Type A* adalah (1) *hostility* yang mudah tersulut, (2) *sense of time urgency*, dan (3) *competitive achievement strivings*. Menurut Houston & Vavak (1991), *hostility* tersebut berakar dari perasaan *insecure* terhadap diri sendiri dan juga perasaan negatif terhadap orang lain yang berakar dari pengalaman masa kanak-kanak. Dalam riset terkini, diperoleh gambaran

mengenai *Type D Personality*, yang dianggap rentan terkena penyakit kardiovaskular (Denollet et al., 1996). Ciri dari tipe kepribadian ini adalah *negative affectivity* yang tinggi dan juga *social inhibition* (menghindari potensi bahaya dalam interaksi sosial dengan cara memberikan *disapproval* atau tidak memberikan *reward* kepada orang lain) yang tinggi. Hal tersebut menunjukkan bahwa faktor psikologis, yaitu kepribadian, juga turut memiliki kontribusi dalam Penyakit Jantung Koroner.

Penyakit Jantung Koroner juga seringkali dikaitkan dengan kondisi sosial ekonomi, kurangnya dukungan sosial, stres di tempat kerja dan keluarga, depresi, kecemasan, dan *hostility* yang juga memperburuk *clinical course* dan prognosa pasien yang mengidap penyakit tersebut. Dampak-dampak psikologis tersebut, terutama kondisi depresi, dapat berkontribusi terhadap reaksi pasien terhadap obat yang harus dikonsumsi (efektivitasnya menurun). Ciri dari depresi adalah kondisi *mood* yang menurun dan/atau kehilangan minat/kesenangan dalam berbagai aktivitas yang sebelumnya dapat dinikmati. Depresi dapat terjadi secara akut, yang seringkali merupakan reaksi terhadap peristiwa hidup tertentu, dan juga dapat terjadi secara kronis, yaitu dalam periode yang lama dan memiliki dampak yang negatif terhadap hubungan interpersonal seseorang, kehidupan kantor atau sekolah, kebiasaan tidur dan makan, serta kesejahteraan secara umum. Depresi dapat memengaruhi pikiran, perasaan, dan tindakan seseorang. Depresi yang bertahan selama lebih dari 2 minggu dengan simptom yang signifikan dapat dianggap sebagai *Major Depressive Disorder* (Albert Ellis Institute, 2013)

Dalam studi longitudinal yang dilakukan oleh Lane et al. (2002, dalam Ogden, 2012), ditemukan bahwa terdapat peningkatan skor (30,9%) dan *anxiety* (26,1%) pada pasien Penyakit Jantung Koroner, dan peningkatan ini terus bertahan bahkan hingga setahun telah berlalu. Bahkan dalam studi yang dilakukan oleh Denollet & Brutsaert (1998, dalam Glassman et al., 2011), insiden depresi setelah terjadi *myocardial infarction* adalah 50,5%. Artinya, satu dari dua orang yang telah mengalami serangan jantung akan mengalami kondisi depresi. Tingkat kematian pada pasien yang mengalami depresi (terutama *clinically depressed*) selalu secara signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami depresi. Bahkan individu yang hanya menampilkan beberapa simptom depresi saja (*subclinical/minor depression*; didefinisikan dari skor *Beck Depression Inventory* ≥ 10 tapi tidak memenuhi *diagnostic criteria* untuk *major depressive disorder*) pun memiliki tingkat mortalitas yang tinggi. Dalam studi yang dilakukan oleh Frasure-Smith (1995, dalam Glassman et al., 2011), pasien dengan skor BDI ≥ 10 memiliki peluang 7 kali lebih besar untuk meninggal dalam waktu 18 bulan semenjak *myocardial infarction* terjadi dibandingkan

dengan pasien yang skor BDI-nya ≤ 10 . Riset yang dilakukan oleh Lesperance et al. (2000, dalam Glassman, 2011) juga menunjukkan hasil bahwa pasien yang dirawat di Rumah Sakit karena *angina* tidak stabil dan memiliki skor BDI ≥ 10 memiliki angka kematian atau mengalami *myocardial infarction* dengan tingkat 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang tidak menampilkan simptom depresi. Hasil riset di atas menunjukkan bahwa depresivitas pasien PJK merupakan suatu hal yang berkontribusi besar terhadap tingkat mortalitasnya, sehingga perlu mendapatkan perhatian khusus.

Setelah terkena Penyakit Jantung Koroner, individu tersebut juga dapat mengalami perubahan gaya hidup yang drastis. Menurut Ogden (2010), pasien yang didiagnosa *angina*, sakit jantung, atau telah mengalami serangan jantung akan direkomendasikan untuk mengubah gaya hidup mereka, dengan penekanan utama pada perilaku tertentu, misalnya berhenti merokok, meningkatkan aktivitas fisik mereka, dan mulai mengembangkan pola makan yang sehat. Perubahan gaya hidup seringkali merupakan peristiwa yang *stressful* dalam kehidupan seseorang, sehingga terdapat potensi bahwa isi pikiran orang tersebut akan dipenuhi oleh *irrational beliefs*. Bahkan sebelum perubahan gaya hidup tersebut dilakukan, seringkali terdapat kecemasan dalam menghadapi keputusan tersebut dan juga terhadap konsekuensinya. Dalam masa *adjustment* (penyesuaian diri), mungkin akan terdapat kemarahan terhadap hal-hal yang terjadi tidak sesuai dengan rencana yang sudah dibuat atau *unfamiliarity* dengan situasi tersebut. Setelah perubahan terjadi, perasaan depresi maupun bersalah dapat terjadi saat orang tersebut memikirkan apa yang membuatnya mengalami hal tersebut (Albert Ellis Institute, 2013).

Pasien Penyakit Jantung Koroner yang mengalami depresi cenderung lebih banyak menampilkan perilaku yang tidak sehat (*unhealthy behaviors*) dan menghindari *health-promoting behaviors* dibandingkan pasien yang tidak mengalami depresi. Perilaku tersebut biasanya adalah perilaku yang memiliki hubungan kuat dengan perkembangan dan *progress* penyakit itu sendiri, misalnya gangguan tidur (menyebabkan *autonomic hyperactivity* yang berhubungan dengan obesitas, diabetes, hipertensi, dan sindrom metabolik), kurangnya aktivitas fisik, merokok (meningkatkan morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler), *hygiene* yang buruk (dapat menimbulkan penyakit periodontal, khususnya *gingivitis*, yang juga berhubungan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler), *adherence* yang buruk terhadap tatalaksana medis, sikap negatif terhadap tatalaksana medis, *social isolation* (penurunan dukungan sosial dan isolasi sosial juga berhubungan dengan meningkatkan morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler), respons stres kardiovaskuler (*autonomic hyperactivity*), dan *self-efficacy* (berhubungan dengan beban gejala penyakit yang besar,

keterbatasan fisik, kualitas hidup yang menurun, buruknya *adherence*, dan juga meningkatkan morbiditas dan mortalitas kardiovaskular) (Ziegelstein & Elfrey, dalam Glassman et al., 2011).

Dalam penelitian Anyadubalu (2010) mengenai pengalaman *biopsychosocial* yang dihayati oleh Pasien PJK di Thailand, ditemukan bahwa para pasien secara psikologis mengalami rasa takut yang intens, cemas, gelisah, dan depresi yang secara negatif berpengaruh terhadap kondisi kesehatan mereka. Pasien juga menghayati bahwa temperamen, pengalaman hidup (terutama yang berbentuk *chronic life stresses*, misalnya perceraian atau perubahan karir), dan kondisi kesehatan mental yang buruk merupakan faktor resiko yang berpengaruh terhadap penyakit kardiovaskular yang mereka miliki. Meskipun demikian, terdapat pasien yang merasa tertolong oleh *collectivist culture* di daerah tersebut karena dihayati sebagai lingkungan yang memberikan dukungan sosial bagi diri mereka. Rekomendasi yang disampaikan dari penelitian tersebut adalah mengenai pentingnya bantuan tenaga psikologi untuk dapat mengatasi permasalahan psikologis, misalnya perasaan depresi, kesepian, perubahan *mood*, dan juga pikiran untuk membunuh diri sendiri atau orang lain.

Treatment terhadap kondisi ini akan dapat meningkatkan prospek pemulihan jangka panjang setelah serangan jantung. Ketika seseorang kondisinya mengalami pemulihan, maka *inhibitor serotonin* dalam tubuhnya meningkat, sehingga memperkecil kemungkinan terbentuknya *clot* dalam arteri (Schins, Honic, Crijns, Baur, & Hamuyak, 2003). Whalley et al. (2011) menyatakan bahwa *treatment* psikologis cukup efektif dalam menangani simptom-simptom psikologis pasien Penyakit Jantung Koroner. Terdapat berbagai macam penelitian mengenai *treatment* psikologis, misalnya penelitian Goodwin, et al. (2011), yang menerapkan *behavior therapy* pada pasien jantung. Dalam temuannya, ternyata hanya sedikit pasien yang melakukan perubahan perilaku, meskipun sudah mendapatkan intervensi secara formal untuk memfasilitasi perilaku sehat. *Treatment* psikologis lain yang banyak digunakan dalam menangani kondisi depresi adalah *psychodynamic therapy*, *interpersonal psychotherapy*, dan *cognitive therapy*. Ketiga terapi tersebut memiliki fokus yang berlainan dalam menangani klien. *Psychodynamic therapy* merupakan terapi yang menekankan pada *unconscious*, meskipun temuan *American Psychologist* (2010) menyatakan bahwa *psychodynamic therapy* efektif dalam mengatasi depresi, dalam praktiknya terapi ini seringkali menghabiskan waktu yang sangat lama (bertahun-tahun) sehingga sering dianggap kurang efisien. *Interpersonal therapy* memiliki fokus pada perilaku dan interaksi yang dilakukan oleh klien terhadap lingkungan sosialnya, dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan komunikasi dan *self-esteem*. Studi awal yang dilakukan oleh Koszycki et al. (2004) menyatakan bahwa

interpersonal psychotherapy dapat digunakan sebagai psikoterapi dalam menangani pasien Penyakit Jantung Koroner yang mengalami simptom depresi, namun masih diperlukan studi lebih lanjut sebelum efektivitasnya dapat dipastikan.

Terdapat dua macam *cognitive therapy* yang berkembang pesat dan banyak digunakan, yaitu CBT yang diciptakan oleh Aaron Beck dan REBT yang diciptakan oleh Albert Ellis. REBT dinyatakan oleh Ellis (1987, dalam David et al., 2008), memiliki *efficacy* yang melebihi terapi kognitif lainnya (misalnya CBT) karena mendorong perubahan yang lebih mendalam dengan cara: (1) mengarahkan klien untuk mencapai *unconditional self-acceptance* (penerimaan diri secara tidak bersyarat); (2) fokus secara eksplisit untuk mengatasi permasalahan sekunder seperti depresi karena depresi itu sendiri (*meta-emotions*); dan (3) secara eksplisit membahas mengenai *demandingness* (tuntutan yang bersifat absolut terhadap diri sendiri, orang lain, dan dunia) yang nampaknya merupakan *core belief* yang terlibat dalam dinamika depresi. Dalam studi yang membandingkan REBT, *Cognitive Therapy* (Beck), dan Farmakoterapi, ditemukan hasil bahwa meskipun *Cognitive Therapy* dan REBT sama-sama efisien dalam menangani klien yang mengalami depresi, namun dalam perhitungan *follow-up* setelah 6 bulan ternyata REBT memiliki hasil yang lebih signifikan dibandingkan dengan *Cognitive Therapy* dalam menangani klien yang mengalami depresi (David et al, 2008). Hal tersebut menunjukkan bahwa REBT merupakan *treatment* yang efektif untuk menangani kondisi depresi pada pasien Penyakit Jantung Koroner.

Menurut REBT, hal yang menimbulkan gangguan emosional dan perilaku adalah bukanlah semata-mata apa yang terjadi pada diri kita, melainkan bagaimana kita berpikir mengenai peristiwa yang terjadi terhadap kita. Terapi ini menekankan pada kondisi masa kini (*present*), sehingga individu diajarkan bagaimana cara memeriksa kembali dan menantang (*challenge*) pikiran mereka yang tidak membantu yang kemudian menciptakan emosi yang tidak sehat, serta perilaku yang *self-defeating/self-sabotaging*. Dalam kerangka pemikiran REBT, gangguan psikologis berasal dari *irrational beliefs*, yaitu pemikiran yang dogmatis, absolutistik, tidak dapat diverifikasi secara empirik, dan tidak fleksibel. *Irrational beliefs* tersebut dapat muncul dalam berbagai bentuk, misalnya *demandingness* (berpikir dan menuntut bahwa apa yang terjadi di dunia ini harus sejalan dengan apa yang diinginkan oleh dirinya), *awfulizing* (penilaian peristiwa yang berlebihan secara negatif), *low frustration tolerance* (pemikiran bahwa suatu peristiwa atau tugas terlalu sulit untuk dijalani), dan *damnation* (menilai sesuatu, baik diri sendiri, orang lain, maupun dunia, sebagai sesuatu yang buruk dan tidak layak karena tidak sejalan dengan apa yang diinginkan oleh dirinya). Dalam praktik REBT, dilakukan upaya dan berbagai metode untuk memformulasikan kembali

pemikiran mereka sehingga menjadi lebih masuk akal, realistik, dan membantu diri mereka sendiri. Teknik yang khas dalam REBT adalah *disputing*, yaitu melakukan upaya untuk mematahkan pemikiran tidak rasional yang dimiliki oleh klien sehingga individu tersebut dapat memiliki filosofi dan pendekatan terhadap hidup yang lebih mendukung dalam bekerja dengan efektif dan memuaskan, hidup bersama orang lain, dan mengembangkan kesejahteraan emosional dan pribadi (Albert Ellis Institute, 2013).

Menurut Bergvik (2008), terdapat empat macam tema reaksi terhadap Penyakit Jantung Koroner yang umumnya ditampilkan oleh pasien, yaitu: (1) reaksi terhadap simptom, (2) adaptasi terhadap *setting* rumah sakit, (3) pikiran dan strategi dalam menghadapi operasi, serta (4) kekhawatiran dan harapan mengenai masa depan. Gambaran tema dalam penelitian tersebut sejalan dengan prinsip-prinsip REBT, khususnya mengenai kemungkinan timbulnya pemikiran irasional pada pasien Penyakit Jantung Koroner.

Dari hasil survei terhadap 3 orang pasien Penyakit Jantung Koroner, diperoleh data bahwa salah satu pasien Penyakit Jantung Koroner tersebut (S, 57 tahun, laki-laki) merasa bahwa dia sedang “dihukum” karena perbuatan yang pernah dilakukan sebelumnya. Berdasarkan konsep REBT, pemikiran tersebut merupakan pengambilan kesimpulan yang tidak logis (*illogical argument*), ditambah lagi pasien juga tidak dapat menunjukkan bukti-bukti (*empirical argument*) yang mendukung bahwa mereka mengalami sakit jantung karena memang ada yang menghukum mereka karena perbuatannya di masa lalu (misal: keras terhadap anak dan tidak suka beramal). Berkaitan dengan hal itu, S juga menunjukkan perilaku pasrah dan tidak melakukan upaya lebih untuk mengatasi penyakit yang dideritanya (terkadang minum obat tidak teratur atau tidak rutin olahraga, dengan alasan bahwa minum obat pun tidak akan mengobati sakit jantung yang mereka alami, hanya menolong ketika ada serangan saja). Hal ini menunjukkan bahwa ada *irrational beliefs* yang membuat pasien Penyakit Jantung Koroner menunjukkan perilaku-perilaku yang maladaptif.

Belum adanya penelitian mengenai efektivitas intervensi REBT terhadap derajat simptom depresi pasien Penyakit Jantung Koroner di Indonesia menjadi salah satu alasan pentingnya dilaksanakan penelitian mengenai hal tersebut. Sebelumnya pernah dilakukan penelitian mengenai efektivitas terapi kognitif terhadap pasien Penyakit Jantung Koroner di Indonesia, namun penelitian tersebut dilakukan dengan menggunakan prinsip CBT dan juga diarahkan pada variabel yang berbeda, yaitu penanggulangan stres (Handoko, 2014). Berdasarkan pembahasan di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai efektivitas intervensi *rational-emotive behavior therapy* untuk menurunkan derajat simptom depresi pada pasien Penyakit Jantung Koroner.

II. Kajian Literatur

Gangguan depresi adalah kondisi yang umum, berulang, dan mengganggu yang dapat memprediksi kecenderungan bunuh diri, permasalahan interpersonal, pengangguran, penyalahgunaan zat (substance abuse), dan perilaku menyimpang (Kessler & Walters, 1998, dalam Springer et al., 2011). Terdapat lima bentuk depresi menurut DSM-IV-TR yang dibedakan menurut intensitas, chronicity, dan juga etiologi: major depression, dysthymic disorder, adjustment disorder with depressed mood, minor depression, dan recurrent brief depression (Bockian & Millon, 2006)

Menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edisi 4 (DSM-IV-TR), gangguan depresif mayor didefinisikan dengan keberadaan 5 (atau lebih) dari 9 simptom berikut selama periode 2 minggu:

1. Depressed mood hampir sepanjang hari selama hampir setiap hari.
2. Hilangnya minat atau kesenangan dalam hampir segala aktivitas (anhedonia)
3. Penurunan/peningkatan berat badan yang signifikan atau penurunan/peningkatan selera makan
4. Insomnia atau hypersomnia
5. Kondisi psikomotorik yang melambat atau agitation
6. Merasa lelah atau kehilangan energi
7. Merasa tidak bernilai (atau rasa bersalah yang berlebihan/tidak tepat)
8. Kehilangan kemampuan untuk berkonsentrasi atau mengambil keputusan.
9. Pikiran tentang kematian yang berulang.

Simptom tersebut harus ada sepanjang hari, hampir setiap hari, dan menunjukkan perubahan yang signifikan dari kemampuan fungsional yang sebelumnya. Salah satu simptom utama yang penting adalah depressed mood atau anhedonia. Simptom tersebut juga harus menimbulkan distress yang signifikan atau impairment dalam kondisi sosial, pekerjaan, atau area fungsional. Selain itu, simptom itu juga bukan merupakan hasil dari obat-obatan, kondisi medis tertentu (hypothyroidism), atau kematian orang yang signifikan.

Terdapat tiga aspek psikologis utama pada manusia: pikiran, perasaan, dan perilaku. Ketiga aspek itu saling berkaitan dan berhubungan, karena perubahan dalam satu aspek seringkali menghasilkan perubahan dalam aspek yang lainnya pula. Jadi, bila individu mengubah cara bagaimana cara mereka berpikir mengenai suatu peristiwa, maka besar kemungkinan bahwa mereka akan memiliki perasaan yang berbeda, dan hal itu juga dapat mengubah bagaimana reaksi mereka dalam berperilaku terhadap peristiwa tersebut. Perubahan dalam perilaku dapat pula mengarah pada perubahan pikiran; setelah kita berhasil melakukan sesuatu yang sebelumnya takut untuk kita lakukan, kita mungkin tidak akan lagi menganggap hal tersebut sebagai hal yang berbahaya atau sulit.

Konsep Dasar REBT

Proposisi utama dalam *rational-emotive behavior therapy* adalah:

1. Manusia dilahirkan dengan potensi untuk menjadi rasional dan juga irasional. Mereka memiliki predisposisi untuk menjadi individu yang memikirkan diri mereka sendiri, menjadi kreatif, perhatian terhadap orang lain, belajar dari kesalahan, dan mengaktualisasikan potensi mereka sendiri untuk tumbuh dan berkembang. Namun, mereka juga memiliki kecenderungan untuk menghancurkan diri mereka sendiri, menjadi hedonists jangka pendek, menghindari berpikir secara mendalam, prokrastinasi, mengulangi kesalahan yang sama, berpikir takhayul, tidak toleran, perfeksionis, dan melebih-lebihkan, serta menghambat aktualisasi potensi diri mereka.
2. Tendensi tersebut diperkuat oleh kelompok budaya dan keluarga mereka. Manusia mudah tersugesti (atau terkondisikan) pada tahap awal kehidupan mereka, dan membuat mereka juga banyak dipengaruhi oleh tekanan keluarga dan sosial.
3. Manusia cenderung mempersepsikan, berpikir, mengalami emosi, dan bertindak secara simultan. Dengan kata lain, mereka menjalani aspek kognitif, konatif, dan motorik. Manusia jarang bertindak tanpa berpikir, karena sensasi dan juga tindakan mereka telah tercatat dalam serangkaian pengalaman, ingatan, dan simpulan yang pernah terjadi sebelumnya. Manusia jarang mengalami emosi tanpa berpikir, karena perasaan melibatkan (dan juga biasanya dipicu oleh) penilaian (appraisal) mengenai suatu situasi dan konteks kepentingannya. Manusia jarang bertindak tanpa mempersepsikan, berpikir, dan mengalami emosi, karena proses tersebut memberikan mereka alasan untuk bertindak. Baik perilaku normal maupun perilaku yang terganggu merupakan fungsi dari aspek persepsi, berpikir, emosi, dan bertindak. Untuk membantu individu mengatasi malfungsi pada dirinya, maka sebaiknya digunakan berbagai metode perseptual-kognitif, emotive-evocative, dan behavioristik-edukatif secara utuh.
4. Meskipun hampir seluruh psikoterapi melibatkan teknik kognitif, emotif, dan desentisisasi, namun REBT lebih efektif dan juga memiliki periode lebih singkat, karena sifatnya yang memberikan penekanan pada aspek kognitif, active-directive, memberikan tugas rumah, dan disiplin.
5. Terapis REBT tidak menganggap bahwa hubungan yang hangat saja merupakan kondisi yang cukup untuk melakukan perubahan kepribadian. Terapis sebaiknya menerima klien sepenuhnya, namun juga mengkritik dan juga menunjukkan perilaku yang defisien. Terapis REBT menerima klien sebagai manusia yang dapat berbuat salah dan memiliki kekurangan.
6. REBT menggunakan berbagai macam teknik dan metode yang paling efektif dalam menolong klien mencapai perubahan kognitif yang mendalam. REBT tidak tertarik untuk

menghilangkan simptom saja (kecuali memang itu adalah satu-satunya target realistik yang dapat dicapai oleh klien). Tujuan utamanya adalah untuk mendorong klien memeriksa kembali dan mengubah nilai-nilai dasar pada diri mereka yang justru membuat mereka mudah terganggu. Sebenarnya terdapat dua bentuk REBT: (a) general REBT, yang hampir sinonim dengan CBT, dan (b) preferential REBT, yang mengandung prinsip general REBT namun menekankan cognitive/philosophic restructuring dan juga berupaya untuk mengatasi gangguan emosional dengan solusi yang paling elegan. General REBT mengajarkan klien perilaku yang rasional, sedangkan preferential REBT mengajarkan klien untuk mematahkan gagasan irasional dan perilaku yang kurang tepat, serta menginternalisasi pemikiran logis serta metode saintifik.

7. Menurut REBT, hampir seluruh masalah emosional berakar dari pemikiran “ajaib” (magical) yang tidak memiliki bukti empirik, dan jika pemikiran yang menghasilkan gangguan itu terus-menerus dipatahkan oleh pemikiran yang logis-empirik, maka gangguan tersebut dapat diminimalisir atau bahkan tidak muncul kembali. Yang membuat orang terganggu bukanlah trauma atau pengalamannya (stimuli A) saja, melainkan pemikiran-pemikiran yang dogmatis, irasional, dan tidak diperiksa kembali (B). Karena pemikiran tersebut tidak realistik, maka mereka tidak akan bertahan bila dibahas secara objektif.

8. Menurut terapis REBT, insight seringkali tidak mengarah pada perubahan, karena mereka hanya membantu klien untuk melihat bahwa mereka memang memiliki masalah emosional dan masalah tersebut memiliki penyebab dinamis (biasanya pengalaman yang terjadi di masa kanak-kanak). Menurut REBT, insight semacam ini menyesatkan, karena bukan peristiwa di masa lalu (Activating Events, A) yang “menyebabkan” konsekuensi disfungsi emosional (C). Yang terjadi adalah mereka menginterpretasikan kejadian tersebut secara tidak realistik sehingga memiliki pemikiran yang irasional (B) mengenai peristiwa tersebut. Jadi, yang “sebenarnya” mengakibatkan diri mereka terganggu adalah diri mereka sendiri, dan bukan apa yang terjadi pada diri mereka (meskipun pengalaman itu tentunya ikut berpengaruh terhadap apa yang mereka pikirkan dan rasakan).

III. Metode

Penelitian ini merupakan *quasi-experiment*, yaitu penelitian yang memiliki bentuk esensial dari suatu eksperimen seperti sebuah hipotesis sebab akibat dan sejumlah jenis manipulasi yang membandingkan dua atau lebih kondisi, serta melakukan kontrol terhadap beberapa variabel pengganggu namun tidak sebanyak kontrol yang dilakukan pada eksperimen murni. *Quasi-experiment* digunakan saat kontrol penuh pada eksperimen tidak dapat dilakukan (Graziano & Raulin, 2000). Dalam hal ini, peneliti menggunakan *quasi-*

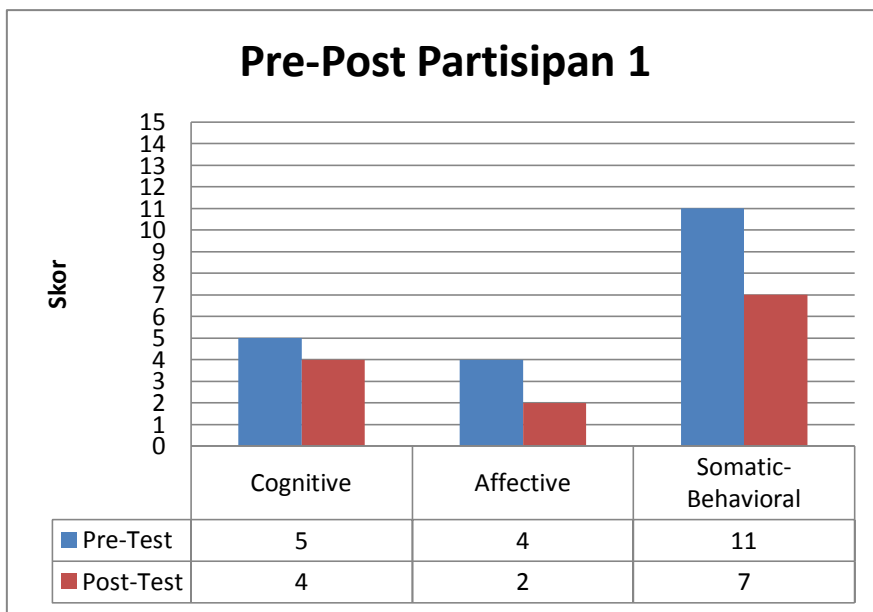
experiment karena tidak memungkinkan untuk melakukan kontrol ketat pada sejumlah variabel yang dihasilkan dari perbedaan karakteristik masing-masing subjek, misalnya *belief*.

Penelitian ini merupakan studi *outcome measures*, yang mengukur respon partisipan penelitian terhadap intervensi. *Efficacy* suatu terapi yang baru biasanya dievaluasi melalui kondisi ideal dengan kontrol yang sangat ketat dalam rancangan eksperimental. Ellis (1987, dalam David et al., 2008) telah menyatakan bahwa REBT memiliki *efficacy* yang melebihi terapi kognitif lainnya dalam mengatasi permasalahan psikologis. Penelitian ini mengukur *effectiveness* REBT, yang dilakukan dengan cara melakukan penelitian dalam setting klinis dan mengukur sejauh mana intervensi ini menghasilkan *outcomes* yang menguntungkan dalam situasi dan kondisi sehari-hari (Marks & Yardley, 2004).

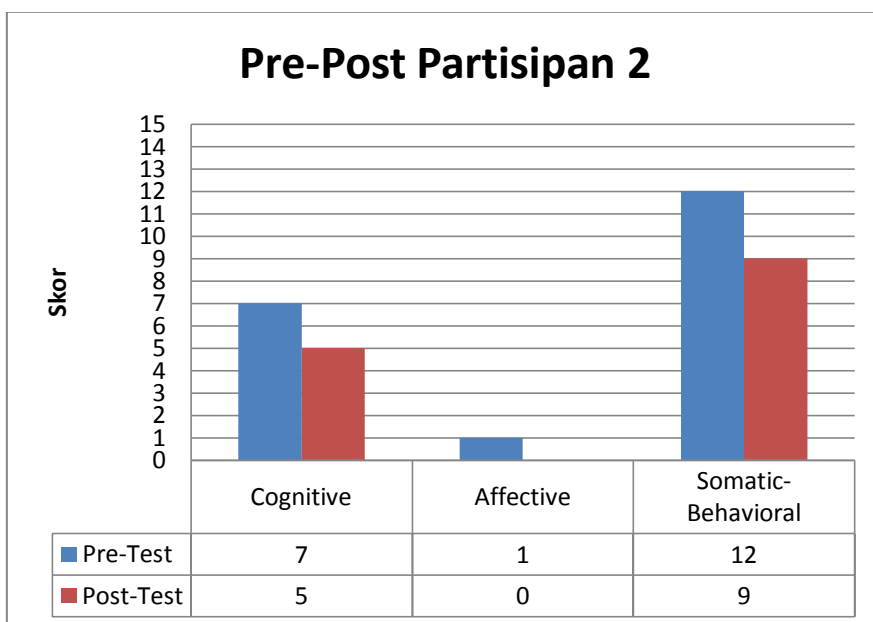
Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *systematic case-study*, dengan desain penelitian *one group pretest-posttest design* (Barker, Pistrang, & Elliot, 2002) yang memungkinkan peneliti untuk melihat efektivitas REBT dengan cara membandingkan hasil *pre-test*, evaluasi tiap pertemuan, dan *post-test*. Data dalam penelitian akan diperoleh dengan menggunakan kuesioner, wawancara, dan observasi. Kuesioner BDI-II digunakan untuk memperoleh gambaran umum mengenai efektivitas *treatment* REBT dalam menurunkan derajat simptom depresi pasien Penyakit Jantung Koroner. Melalui wawancara dan kuesioner, diharapkan dapat diperoleh gambaran yang lebih lengkap mengenai variabel yang terkait dengan penelitian ini, sehingga diperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai efektivitas REBT dalam menurunkan derajat simptom depresi pada pasien Penyakit Jantung Koroner.

IV. Hasil dan Pembahasan

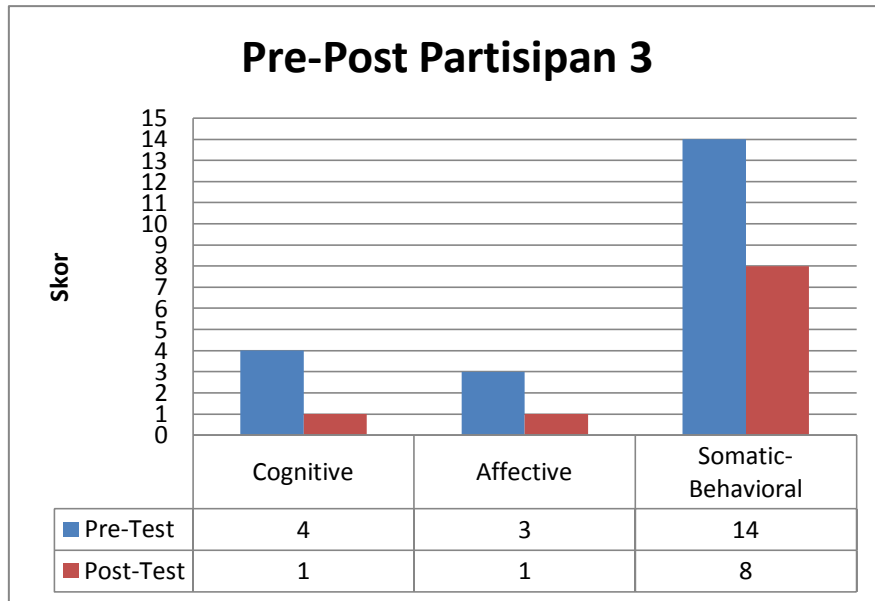
Berdasarkan temuan Ginting, et al. (2013), *item-item* dalam BDI-II versi Bahasa Indonesia dapat dikategorikan menjadi 3 *subscale*, yaitu *cognitive*, *affective*, dan *somatic-behavioral*. Pembagian tersebut sejalan dengan apa yang disimpulkan oleh Beck, et, al (2002, dalam Vanheule, 2008). Data deskriptif perubahan *pre-test* dan *post-test* untuk 3 *subscale* tersebut pada tiap responden dalam dilihat dalam diagram berikut ini:



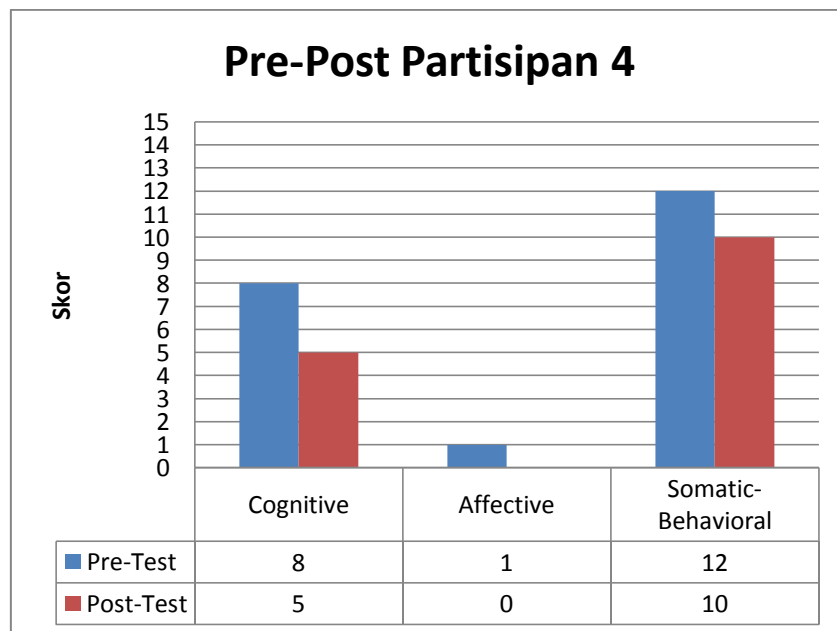
Data pada Diagram 4.2 di atas menunjukkan bahwa pada hasil *pre-test* dan *post-test* Responden Penelitian 1, terjadi penurunan skor pada aspek *cognitive*, *affective*, dan *somatic-behavioral*. Penurunan pada aspek *cognitive* adalah sebesar 3 poin, *affective* sebesar 1 poin, dan *somatic-behavioral* sebesar 3 poin.



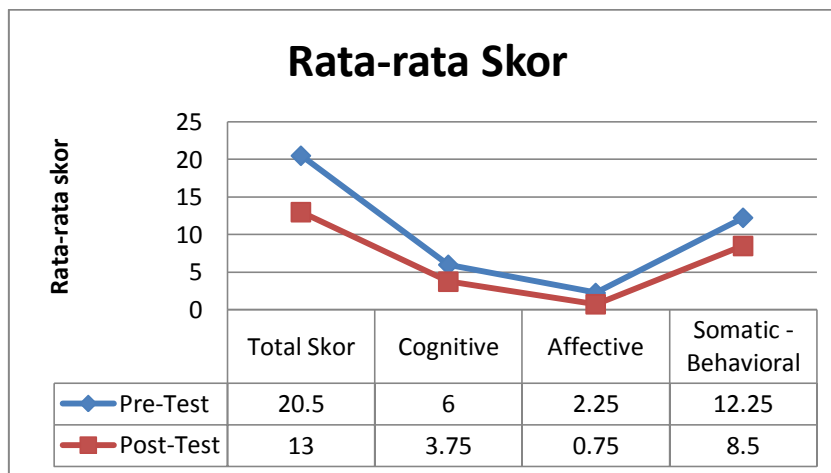
Data pada Diagram 4.3 di atas menunjukkan bahwa pada hasil *pre-test* dan *post-test* Responden Penelitian 2, terjadi penurunan skor pada aspek *cognitive*, *affective*, dan *somatic-behavioral*. Penurunan pada aspek *cognitive* adalah sebesar 1 poin, *affective* sebesar 3 poin, dan *somatic-behavioral* sebesar 2 poin



Data pada Diagram 4.4 di atas menunjukkan bahwa pada hasil pengukuran *pre-test* dan *post-test* Responden Penelitian 3, terjadi penurunan skor pada aspek *cognitive*, *affective*, dan *somatic-behavioral*. Penurunan pada aspek *cognitive* adalah sebesar 4 poin, *affective* sebesar 3 poin, dan *somatic-behavioral* sebesar 4 poin.



Data pada Diagram 4.5 di atas menunjukkan bahwa pada hasil pengukuran *pre-test* dan *post-test* Responden Penelitian 4, terjadi penurunan skor pada aspek *cognitive*, *affective*, dan *somatic-behavioral*. Penurunan pada aspek *cognitive* adalah sebesar 3 poin, *affective* sebesar 2 poin, dan *somatic-behavioral* sebesar 1 poin.



Berdasarkan grafik di atas, terlihat bahwa secara rata-rata (berdasarkan skor seluruh responden penelitian), terjadi perubahan skor BDI-II menjadi lebih rendah. Perubahan skor tersebut, baik dalam total skor, aspek *cognitive*, *affective*, maupun *somatic-behavioral*, merupakan indikasi bahwa simptom depresi yang dialami oleh para responden penelitian juga mengalami penurunan setelah menjalani intervensi *Rational-Emotive Behavior Therapy* (REBT). Hasil di atas sejalan dengan temuan David et al. (2004; 2008) yang menyatakan bahwa *Rational-Emotive Behavior Therapy* (REBT) dapat secara efektif digunakan untuk menangani kondisi depresi, yang dalam penelitian ini diterapkan pada pasien-pasien Penyakit Jantung Koroner yang juga mengalami simptom-simptom depresi.

Tabel 1. Hasil uji statistik

	posttotal - pretotal	postcog - precog	postaff - preaff	postsoma - presoma
Z	-1.841 ^a	-1.841 ^a	-1.857 ^a	-1.826 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.066	.066	.063	.068

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Berdasarkan hasil uji statistik dengan bantuan SPSS 17 terlihat bahwa pada skor total simptom depresi, diperoleh nilai *asympt. Sig* = 0,066, lebih kecil dari taraf nyata $\alpha = 0,1$ dengan demikian H_0 ditolak. Artinya, terdapat pengaruh *Rational-Emotive Behavior Therapy* (REBT) terhadap penurunan derajat simptom-simptom depresi pada pasien Penyakit Jantung Koroner yang menjadi partisipan penelitian ini, dengan tingkat keyakinan 90%.

Hal serupa juga ditunjukkan pada aspek *cognitive*, *affective*, dan *somatic-behavioral*, yang semuanya menunjukkan nilai *asympt. Sig* = 0,66 (*cognitive*), *asympt. Sig* = 0,63 (*affective*), *asympt. Sig* = 0,68 (*somatic-behavioral*), yang semuanya lebih kecil dari taraf nyata $\alpha = 0,1$. Hal tersebut menunjukkan bahwa intervensi *Rational-Emotive Behavior Therapy* (REBT) dapat secara signifikan (dengan tingkat keyakinan 90%) menurunkan ketiga aspek depresi yang dialami oleh pasien Penyakit Jantung Koroner di dalam penelitian ini.

V. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengolahan data, baik kuantitatif maupun kualitatif, serta pembahasan yang dipaparkan dalam bab sebelumnya, dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut:

1. REBT dapat secara efektif menurunkan derajat simptom-simptom depresi yang dialami oleh 4 orang pasien penyakit jantung yang menjadi partisipan penelitian ini. Hal tersebut terlihat dari perubahan derajat emosi negatif (*affective*), pikiran negatif (*cognitive*), serta kondisi fisik dan perilaku (*somatic-behavioral*) yang terkait dengan simptom depresi tersebut.
2. Pemberian REBT dapat memberikan perubahan pada *belief* yang dimiliki oleh 4 pasien penyakit jantung yang menjadi partisipan penelitian ini, sehingga tidak terpacu pada *irrational beliefs* ketika mengalami suatu kejadian.
3. Efektivitas REBT dipengaruhi oleh faktor personal partisipan penelitian, seperti usia dan kondisi kesehatan partisipan. Selain itu, kesesuaian karakteristik terapis (*client-therapist mismatching*) pun dapat berpengaruh, misalnya faktor usia, jenis kelamin, dan juga tingkat keahlian (*expertise*) terapis dalam mengatasi masalah klien.

VI. Referensi

- Ali, Rameez. (2007). Application of REBT with Muslim clients. *The Rational Emotive Behaviour Therapist*. Vol 12 No. 1. 3-8
- Anyadubalu, C. (2010). The Experiences of Coronary Heart Disease Patients: Biopsychosocial Perspective. *World Academy of Science, Engineering, and Technology*, 43, 112-119
- Asnaani, A., & Hofmann, S. G. (2012). Collaboration in Culturally Responsive Therapy: Establishing A Strong Therapeutic Alliance Across Cultural Lines. *Journal of Clinical Psychology*, 68(2), 187–197. doi:10.1002/jclp.21829
- Barker, C. et al. (2002). *Research Methods in Clinical Psychology*. 2nd Edition. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bergvik, Svein. (2008). *Psychological factors in the recovery of Coronary Artery Disease patients in Northern Norway*. Dissertation: Department of Clinical Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Tromsø

- Bockian, Neil. Millon, Theodore. (2006). *Personality-guided Therapy for Depression*. Washington: American Psychological Association
- Boyer, B. A., & Paharia, M. I. (Eds.). (2008). *Comprehensive Handbook of Clinical Health Psychology*. John Wiley & Sons.
- Campbell, J. D. (1953). *Manic Depressive Disease: Clinical and Psychiatric Significance*. Oxford, England: Lippincott
- Corsini, Raymond, & Wedding, Danny. (1989). *Current Psychotherapies*. 4th Edition. Illinois: Peacock Publishers Inc.
- Darmojo, B. (1993). Kecenderungan Meningkatnya Penyakit Jantung di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 21(4), 63-70.
(<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=71262&val=4882>, diakses 6 Januari 2015)
- David, D., Kangas, M., Schnur, J.B., & Montgomery, G.H. (2004). *REBT Depression Manual; Managing Depression Using Rational Emotive Behavior Therapy*. Babes-Bolyai University (BBU), Romania.
- David, D., Szentagotai, A., Eva, K., & Macavei, B. (2005). A synopsis of rational-emotive behavior therapy (REBT); fundamental and applied research. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23(3), 175-221.
- David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., & Cosman, D. (2008). Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: A randomized clinical trial, posttreatment outcomes, and six-month follow-up. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 728-746
- David, D. (2014). *The Empirical Status of Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) Theory & Practice*. (<http://albertellis.org/the-empirical-status-of-rational-emotive-behavior-theory-and-therapy/>, diakses 18 November 2014)
- Davidson, G., Neale, J., Kring, A. (2006). *Psikologi Abnormal*. Edisi ke-9. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada
- Delima, Mihardja L., Siswoyo, H. (2009). Prevalensi dan Faktor Determinan Penyakit Jantung Di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 37(3). 142-159.
(<http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/BPK/article/viewFile/2182/1103>, diakses 6 Januari 2015)
- Denollet, J., Rombouts, H., Gillebert, T. C., Brutsaert, D. L., Sys, S. U., Brutsaert, D. L., & Stroobant, N. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet*, 347(8999), 417-421.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). Riset Kesehatan Dasar.
- Dryden, W. & Branch, R. (2008). *The Fundamentals of Rational Emotive Behaviour Therapy: A Training Handbook*. 2nd Ed. West Sussex: John Wiley & Sons Inc.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Citadel Press
- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. Springer publishing company.
- Ellis, A. (2002). *Overcoming Resistance: A Rational Emotive Behavior Therapy Integrated Approach*. Springer Publishing Company.
- Faizal, E.B. (2012). *Psychiatrist links depression and heart disease*.
(<http://www.thejakartapost.com/news/2012/10/06/psychiatrist-links-depression-and-heart-disease.html>, diakses 20 Oktober 2013)
- Gilbert, P. (2001). *Overcoming Depression: A Step-By-Step Approach To Gaining Control Over Depression*. 2nd Edition. Oxford University Press.
- Ginting, H., Näring, G., van der Veld, W. M., Srisayekti, W., & Becker, E. S. (2013). Validating the Beck Depression Inventory-II in Indonesia's general population and

- coronary heart disease patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(3), 235-242.
- Glassman, A., Maj, M., Sartorius, N. (2011). *Depression and Heart Disease*. United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Goodwin, C. L., Forman, E. M., Herbert, J. D., Butryn, M. L., & Ledley, G. S. (2012). A pilot study examining the initial effectiveness of a brief acceptance-based behavior therapy for modifying diet and physical activity among cardiac patients. *Behavior modification*, 36(2), 199-217.
- Graziano, A. & Raulin, M. 2012. *Research Methods: A Process of Inquiry*. USA: Pearson
- Hauck, P. A. (1971). *An REBT Theory of Depression*. (<http://albertellis.org/rebt-pamphlets/An-REBT-Theory-of-Depression.pdf>, diakses 23 Juli 2014)
- Handoko, M.T. (2014). *Pengaruh Cognitive Behavior Therapy Terhadap Keberhasilan Strategi Penanggulangan Stres: Studi Pada Penderita Penyakit Jantung Koroner Di Rumah Sakit "X" Di Cimahi*. Thesis. Jatinangor: Universitas Padjadjaran
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56.
- Houston, B. K., & Vavak, C. R. (1991). Cynical Hostility: Developmental Factors, Psychosocial Correlates, and Health Behaviors. *Health Psychology*, 10(1), 9.
- Kamarck, T. W., Muldoon, M. F., Shiffman, S., Sutton-Tyrrell, K., Gwaltney, C., & Janicki, D. L. (2004). Experiences of demand and control in daily life as correlates of subclinical carotid atherosclerosis in a healthy older sample. *Health Psychology*, 23(1), 24.
- Kessler, R. C., & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and anxiety*, 7(1), 3-14.
- Koszycki, D., Lafontaine, S., Frasure-Smith, N., Swenson, R., & Lespérance, F. (2004). An open-label trial of interpersonal psychotherapy in depressed patients with coronary disease. *Psychosomatics*, 45(4), 319-324.
- Kraines, S. H. (1957). The physiologic basis of the manic-depressive illness: a theory. *Am J Psychiatry*, 114(3), 206-11.
- Marks, D. F., & Yardley, L. (Eds.). (2004). *Research Methods for Clinical and Health Psychology*. Sage.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook*. McGraw-Hill International.
- Plante, T. G. (2005). *Contemporary Clinical Psychology*. John Wiley & Sons.
- Poerwandari, K. (2005). *Pendekatan Kualitatif Dalam Penelitian Psikologi*. Jakarta: LPSP3
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Sholtz, R. I., & Friedman, M. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in the Western Collaborative Group Study. *The American Journal of Cardiology*, 37(6), 903-910.
- Schins, A., Honig, A., Crijns, H., Baur, L., & Hamulyák, K. (2003). Increased coronary events in depressed cardiovascular patients: 5-HT_{2A} receptor as missing link?. *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 729-737.
- Setiawan, C. J., Sadeli, H. A., & Sapiie, T. W. A. (2013). Hubungan antara Gejala Gangguan Depresi dan Tension-Type Headache (TTH): Studi Eksploratif. *Majalah Kedokteran Bandung*, 45(1).
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2012). *Clinical Interviewing*. 4th Edition. John Wiley & Sons.

- Taylor, S. (2006). *Health Psychology*. 6th Edition. Singapore: McGraw-Hill International
- Toer, Pramoedya Ananta. (2001). *Pramoedya Ananta Toer: Perahu Yang Setia Dalam Badai*. Jakarta: Buku Laela
- Vanheule, S., Desmet, M., Groenvynck, H., Rosseel, Y., & Fontaine, J. (2008). The factor structure of the Beck Depression Inventory–II: An evaluation. *Assessment*.
- Walen, S. R., DiGiuseppe, R., & Dryden, W. (1992). *A Practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy* . 2nd Edition. Oxford University Press.
- Walen, S. R., DiGiuseppe, R., Dryden, W., & Backx, W. (2014). *A Practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy* . 3rd Edition. Oxford University Press.
- Whalley B, Rees K, Davies P, Bennett P, Ebrahim S, Liu Z, West R, Moxham T, Thompson DR, Taylor RS. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 8. Art. No.: CD002902. DOI: 10.1002/14651858.CD002902.pub3.
- World Health Organization, (2013). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>, diakses 18 Maret 2014)