

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN**

#### **II.1. Tinjauan Pustaka**

##### **II.1.1. Tahanan Wanita**

###### **II.1.1.1. Pengertian Tahanan Wanita**

Menurut Kamus Bahasa Indonesia, tahanan adalah orang yang ditahan di dalam penjara. Peraturan Pemerintah No. 58 Tahun 1999 menyatakan bahwa tahanan merupakan tersangka atau terdakwa yang ditempatkan dalam Rutan/Cabang Rutan. Tahanan yang masih dalam proses penyidikan, penuntutan dan pemeriksaan di Pengadilan Negeri, Pengadilan Tinggi dan Mahkamah Agung ditempatkan di dalam Rutan (Undang-undang No. 27 Tahun 1983).

Jadi, tahanan wanita adalah wanita yang menjadi tersangka/terdakwa yang masih dalam proses penyidikan, penuntutan, dan pemeriksaan, di Pengadilan Negeri, Pengadilan Tinggi, dan Mahkamah Agung serta ditempatkan di dalam Rutan.

###### **II.1.1.2. Hak Dan Kewajiban Tahanan**

Peraturan Pemerintah No. 58 Tahun 1999, khususnya pada Bab IV memuat tentang hak dan kewajiban tahanan. Hak-hak tahanan tersebut antara lain:

1. Hak untuk beribadah.
2. Setiap tahanan berhak mendapatkan perawatan jasmani dan rohani.
3. Pendidikan dan pengajaran.

4. Pelayanan kesehatan dan makanan.
  5. Keluhan.
  6. Bahan bacaan dan siaran media masa.
  7. Kunjungan.
  8. Hak-hak lain seperti: (1) Tahanan tetap mempunyai hak-hak politik dan hak-hak keperdataan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. (2) ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan hak sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Keputusan Menteri
- Selain hak-hak yang dicantumkan diatas, dalam Peraturan Pemerintah No.

58 Tahun 1999 juga memuat mengenai kewajiban tahanan antara lain:

1. Tahanan wajib mengikuti program perawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9, dan Pasal 10;
2. Tahanan wajib mengikuti bimbingan dan pendidikan agama sesuai dengan agama dan kepercayaannya masing-masing; dan
3. Mematuhi tata tertib Rutan/Cabang Rutan atau Lapas/Cabang Lapas selama mengikuti program perawatan.

Jadi, tahanan wanita memiliki hak dan kewajiban yang sudah diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 58 Tahun 1999.

### **II.1.1.3. Problematika Tahanan Wanita**

Jumlah tahanan wanita yang sedikit dibandingkan dengan pria menunjukkan minimnya fasilitas untuk mereka. Misalnya saja di dunia dan di Indonesia sendiri jumlah penjara khusus wanita masih sangat minim. Kebanyakan

dari mereka ditahan dengan tahanan yang lain (pria). Secara umum permasalahan yang dihadapi tahanan wanita antara lain (Taylor, 2004):

1. Isolasi secara geografis

Wanita, secara umum, akan dipenjarakan lebih jauh dari rumah daripada pria. Data statistik di AS menyebutkan bahwa lebih dari 60% wanita akan dipenjarakan sejauh 100 mil dari tempat mereka tinggal. Hal ini mengindikasikan bahwa terdapat implikasi pada kunjungan serta memperburuk ikatan keluarga – terutama untuk mereka yang memiliki anak.

2. Tingkat keamanan

Fasilitas yang masih minim membuat keamanan tidak selalu terpantau. Masih ada penyiksaan, bahkan pembunuhan, di dalam penjara

3. Overkapasitas (kepadatan) dan kesehatan

Semakin meningkatnya jumlah tahanan khususnya wanita namun tidak diimbangi dengan adanya penjara khusus wanita menyebabkan adanya kepadatan yang terjadi di dalam penjara yang juga berdampak pada kebersihan, makanan, dan ketersediaan sumber daya yang lain sehingga kondisi kesehatan tidak selalu terpantau.

4. Pendidikan dan program kerja

Secara umum, pengabaian dan adanya kekurangan pada penjara wanita akan mengarahkan pada ketiadaan atau ketidakcukupan dalam program untuk tahanan wanita. Pada beberapa penjara di dunia, program untuk tahanan wanita lebih minim dibandingkan dengan pria. Dalam hal

rehabilitasi, pendidikan, pelatihan (kejuruan), konseling, program ketergantungan obat atau alkohol pada tahanan wanita tidak seberuntung pria.

5. Kurangnya pelatihan staf

Staf penjara masih belum sepenuhnya terlatih, khususnya bagi wanita sehingga masih banyak staf laki-laki yang juga turut serta bertugas dalam penjara wanita.

6. Fasilitas campuran

Sebagai akibat dari kepadatan penghuni, terkadang tidak ada fasilitas khusus untuk tahanan wanita.

7. Kunjungan keluarga

Kunjungan keluarga merupakan sesuatu yang penting untuk seluruh tahanan dan tidak bisa disangkal bahwa hal tersebut sangat berpengaruh bagi beberapa orang. Seorang ibu yang memiliki anak akan lebih menderita secara psikis dibandingkan pria. Selain itu, terdapat stigma dari masyarakat tentang seorang ibu yang membuat terbatas jam kunjungan bagi wanita.

Jadi, tahanan wanita akan dihadapkan pada berbagai permasalahan baik yang berasal dari dalam maupun luar penjara.

## II.1.2. Depresi

### II.1.2.1. Pengertian Depresi

Beck (1967) menyatakan bahwa depresi dapat didefinisikan dalam istilah-istilah yang mengiyang mengikuti beberapa atribut seperti:

1. Perubahan suasana hati/*mood* yang spesifik: sedih, sendiri, apatis.
2. Konsep diri negatif yang diasosiasikan dengan menyalahkan diri sendiri.
3. Regresif dan keinginan melarikan diri: keinginan untuk melarikan diri, bersembunyi, atau mati.
4. Perubahan dalam perilaku: anoreksia, insomnia, hilangnya keinginan seksual.
5. Perubahan dalam level aktivitas: menurun atau meningkat.

PPDGJ III menyatakan bahwa depresi merupakan suasana hati depresif, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju keadaan mudah lelah dan berkurangnya aktivitas

Individu yang depresi memiliki pandangan yang negatif mengenai dirinya, lingkungan, serta masa depannya. Pandangan yang negatif terlihat jelas dalam kepercayaan banyak sekali tuntutan dan adanya rintangan yang menghalangi jalan individu untuk mencapai tujuan. Dunia terlihat tidak memberikan kesenangan. Individu yang depresi memiliki pandangan akan masa depan seperti pesimis, adanya kepercayaan bahwa kesalahan tidak akan mungkin diperbaiki, keputusan inilah yang biasa membawa individu yang depresi kepada tindakan bunuh diri (Corsini, 2000).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa depresi merupakan salah satu bentuk gangguan *mood*/suasana hati ditandai dengan perubahan suasana hati/*mood*, konsep diri yang negatif, keinginan untuk melarikan diri, perubahan dalam perilaku, dan perubahan dalam level aktivitas.

### **II.1.2.2. Simtom-simtom Depresi**

Secara umum, Beck (1967) membagi simtom depresi menjadi 4 bagian besar, antara lain simtom emosional, kognitif, motivasional, dan fisik.

#### **1. Simtom Emosional**

Simtom emosional mengacu pada perubahan perasaan yang dialami pasien sehingga berakibat pada perubahan yang tampak. Manifestasi dari simtom ini antara lain:

##### **a. Perasaan Sedih**

Pasien depresi ketika ditanya tentang perasaan mereka, sebagian besar akan menjawab: merana, tidak memiliki harapan, sedih, kesepian, merasa dipermalukan, merasa malu, khawatir, tidak berharga, bersalah. Pasien pada tingkat ringan mengindikasikan adanya perasaan sedih. Perasaan tidak menyenangkan ini cenderung fluktuasi sepanjang hari dan sewaktu-waktu akan hilang, dan pasien merasa bahagia kembali. Pasien masih bisa merespon ketika ada stimulus dari lingkungan (kelucuan) yang bersifat humor atau lucu pada tingkat rendah ini. Pasien pada tingkat sedang memiliki perasaan sedih muncul lebih sering dan menetap. Pasien juga jarang terpengaruh oleh usaha orang lain untuk membuat dirinya ceria, dan

perubahan apapun yang ditimbulkan bersifat sementara saja. Perasaan sedih ini paling buruk terjadi di pagi hari dan akan berkurang seiring berjalannya hari. Pasien merasa tidak mempunyai harapan atau merana ketika berada pada tingkat berat. Perasaan sedih muncul setiap saat dan mereka tidak dapat menghilangkannya. Perilaku yang biasanya muncul adalah mereka terlihat gelisah.

b. Pandangan Negatif Terhadap Diri

Pasien depresi seringkali mempunyai pandangan negatif terhadap dirinya sendiri, misalnya merasa dirinya tidak berharga. Pasien merasa kecewa dengan dirinya sendiri ketika berada pada tingkat ringan. Pasien pada tingkat sedang memiliki perasaan tidak suka pada dirinya sendiri lebih kuat dan kemungkinan besar berkembang menjadi merasa jijik dengan dirinya terjadi. Perasaan tersebut berkembang menjadi benci pada dirinya sendiri pada pasien tingkat berat.

c. Berkurangnya/Penurunan Kepuasan

Perasaan ini berawal dari beberapa aktivitas, namun seiring dengan berkembangnya depresi yang dialami, akhirnya menyebar pada seluruh aktivitas yang biasa dilakukan sehari-hari. Bahkan aktivitas yang merupakan kebutuhan dasar, misalnya makan dan melakukan hubungan seksual. Pasien mengatakan jika dirinya merasa kehilangan beberapa perasaan senang dari hidupnya ketika berada pada tingkat ringan. Beberapa aktivitas terasa kurang memuaskan bagi dirinya. Seringkali, kepuasan terbesar dirasakan dari aktivitas-aktivitas pasif, misalnya

rekreasi, relaksasi atau istirahat. Pasien merasa bosan di sebagian besar waktunya ketika berada pada tingkat sedang. Kemungkinan, pasien akan mencoba untuk menikmati aktivitas sehari-hari namun seringkali mereka terlihat “*flat*” (datar-datar saja). Pasien pada tingkat berat tidak merasakan kesenangan dari aktivitas-aktivitas yang sebelumnya menimbulkan kepuasan. Pasien juga seringkali mengatakan jika mereka tidak lagi merasakan kepuasan.

d. Hilangnya Kedekatan Emosional

Manifestasi dari perasaan ini adalah berkurangnya ketertarikan pada aktivitas yang menunjukkan perhatian pada orang lain. Pasien tidak merasakan intensitas perhatian atau kasih sayang yang sama dari pasangan, anak atau teman ketika berada di tingkat ringan. Ia mungkin merasa lebih mandiri. Pasien merasakan adanya penghalang antara dirinya dengan orang lain ketika berada dalam tingkat sedang. Pasien pada tingkat berat kehilangan kedekatan emosional ini dapat menyebabkan pasien menjadi apatis. Ia mungkin tidak lagi merasakan perasaan positif pada anggota keluarganya dan terkejut karena lebih sering merasakan perasaan negatif pada mereka.

e. Menangis

Frekuensi menangis pada pasien depresi meningkat atau adanya keinginan untuk menangis namun tidak dapat mengeluarkan air mata, terutama pada wanita. Pasien mengalami peningkatan keinginan untuk menangis ketika mereka berada dalam tingkat ringan. Stimulus atau situasi yang biasanya



tidak menyebabkan individu menangis dapat membuat pasien mengeluarkan air mata. Pasien pada tingkat sedang menangis selama wawancara berlangsung dan ketika menceritakan masalahnya. Ia terkadang merasa lebih lega setelah menangis namun seringkali menjadi merasa lebih depresi. Depresi tingkat berat, pasien sangat mudah menangis hingga akhirnya berada pada fase dimana ia tidak dapat lagi menangis walaupun sebenarnya ingin.

f. Hilangnya Kegembiraan

Pasien depresi kehilangan rasa humor mereka dan kemampuan untuk menerima maupun melontarkan humor, menurun. Pasien yang sebelumnya seringkali mendengarkan maupun melontarkan gurauan, menjadi merasa kehilangan kesenangan dari aktivitas tersebut ketika mereka berada pada tingkat ringan. Humor-humor tersebut tidak selucu sebelumnya. Mereka juga kurang mampu merespon humor dari teman-temannya seperti keadaan sebelumnya. Pasien mungkin melihat tujuan dari humor dan dapat memaksakan untuk tersenyum namun biasanya ia melihat segala sesuatu dengan serius ketika mereka berada pada tingkat sedang. Pasien pada tingkat berat tidak dapat merespon humor yang dilontarkan orang-orang di sekitarnya. Respon yang muncul seringkali berupa agresif ataupun terdapat unsur kekerasan dan perasaan disakiti.

2. Simtom Kognitif

Beck (1967) menyebut manifestasi kognitif antara lain penilaian diri sendiri yang rendah, harapan-harapan yang negatif, menyalahkan serta mengkritik

diri sendiri, tidak dapat membuat keputusan, distorsi “*body image*”. Pandangan yang negatif ini sering menjadi sumber frustrasi bagi teman-teman, keluarga, dan dokter yang merawatnya. Simtom kognitif meliputi:

a. Rendahnya Penilaian Terhadap Diri

Pasien menilai diri sendiri rendah dalam hal yang penting bagi dirinya: kemampuan, performa, intelegensi, kesehatan, kekuatan, dan lain-lain, merupakan suatu pola yang ada dalam pikiran pasien depresi. Pasien pada tingkat ringan menunjukkan reaksi berlebihan dari kesalahan yang telah ia lakukan. Pasien membandingkan dirinya dengan orang lain kemudian menyimpulkan jika dirinya tidak berarti. Pasien pada tingkat sedang membesar-besarkan derajat atau kesalahan yang ia buat. Ia melihat ke masa lalu dan masa kini dan menemukan bahwa lebih banyak melihat kegagalan-kegagalannya dan mengesampingkan kemajuan yang telah diperoleh dan pada tingkat berat, pasien menilai dirinya berada pada titik terendah. Ia memandang dirinya rendah baik pada perannya sebagai orangtua, pasangan, karyawan, dan lain-lain. Ia memandang dirinya tidak berarti, tidak berguna dan penuh dengan kegagalan. Pasien juga mungkin mempunyai ide jika ia merupakan beban bagi keluarga dan keluarganya jauh lebih baik jika tanpa dirinya.

b. Harapan-Harapan Negatif

Pasien memiliki pola dimana ia mengharapkan hal-hal terburuk dan menolak kemungkinan-kemungkinan positif. Pasien juga menganggap jika kesulitannya saat ini pasti akan berlanjut bahkan menjadi lebih buruk.

Pasien pada tingkat ringan cenderung mengharapkan hasil negatif dari situasi tertentu. Pasien pada tingkat sedang memandang masa depannya tidak menjanjikan dan menganggap tidak ada lagi yang dapat ia harapkan. Pasien pada tingkat berat memandang masa depannya tidak ada harapan atau suram. Ia yakin jika masalah-masalahnya tidak dapat diselesaikan.

c. Menyalahkan dan Mengkritik Diri Sendiri

Pasien seringkali menganggap kekurangan-kekurangannya sebagai penyebab dari kejadian-kejadian yang merugikan bagi dirinya kemudian menyalahkan dirinya sendiri. Pasien yang tingkatannya parah, ia bahkan menyalahkan diri sendiri atas kejadian yang tidak ada hubungan dengannya sama sekali. Pasien pada tingkat sedang suka mengkritik dirinya dengan keras untuk setiap perilaku atau sifat yang ia anggap di bawah standar. Ia juga menyalahkan dirinya atas kesalahan yang jelas tidak ia lakukan. Kritik pada diri sendiri menjadi lebih ekstrim. Sedangkan pada tingkat berat, pasien menjadi lebih ekstrim dalam mengkritik dan menyalahkan diri sendiri.

d. Ragu-Ragu

Kesulitan dalam membuat keputusan atau mudah merasa bimbang. Ada dua penyebab, yang pertama dari segi kognitif. Pasien merasa takut jika memilih keputusan yang salah dan menyesali keputusan tersebut. Penyebab kedua dari segi motivasi, ia merasa lebih nyaman menghindar dan menggantungkan keputusan tersebut pada orang lain. Karena pada akhirnya, membuat keputusan membutuhkan suatu komitmen untuk

melakukan *action*, dan hal inilah yang dihindari oleh pasien depresi. Pada tingkat ringan, pasien yang sebelumnya dapat membuat keputusan dengan cepat kini membutuhkan waktu lebih lama dan mencari alternatif-alternatif yang kurang relevan dan akhirnya ia membutuhkan konfirmasi/persetujuan dari orang-orang sekitar tentang keputusan yang ia buat. Pasien pada tingkat sedang memiliki kesulitan dalam membuat keputusan yang muncul dalam hampir setiap aktivitas bahkan yang merupakan masalah sepele, misalnya baju apa yang akan dipakai, dan lain-lain. Pasien pada tingkat berat yakin jika mereka tidak mampu membuat keputusan dan tidak mau mencoba. Ia merasa ragu akan semua yang ia katakan dan lakukan.

e. Distorsi '*body image*'

Pasien merasa jika mereka menjadi tidak menarik. Pasien pada tingkat ringan secara berlebihan memperhatikan kekurangan-kekurangan yang ada pada fisik. Pasien pada tingkat sedang percaya ada perubahan dalam dirinya selama rentang depresi walaupun tidak ada bukti yang menguatkan. Pasien memiliki ide jika ia tidaklah menarik semakin kuat. Pasien yakin jika ia jelek dan mengharapkan orang-orang untuk menghindari dirinya.

3. Simtom Motivasional

Dorongan-dorongan dan impuls-impuls yang menonjol dalam depresi mengalami regresi, terutama aktivitas-aktivitas yang menuntut tanggung jawab atau inisiatif serta energi yang cukup besar, yang meliputi:

a. Hilang Minat

Hilangnya motivasi positif merupakan salah satu tanda yang mencolok dari depresi. Pasien depresi akan memiliki masalah dalam memobilisasi diri mereka untuk melakukan kegiatan vital dan dasar seperti makan, konsumsi obat, dsb untuk meringankan distress mereka. Pasien pada tingkat ringan tidak menemukan kepuasan dalam melakukan suatu kegiatan. Mereka kehilangan keinginan/minat untuk melakukan sesuatu. Pasien depresi ringan, menampilkan hilangnya minat ini secara berbeda-beda. Mereka terkadang berkata 'saya tidak ingin melakukan apapun. Saya melakukan sesuatu secara mekanis, tidak menggunakan perasaan dalam mengerjakannya. Saya melakukannya seperti robot'. Pasien pada tingkat sedang kehilangan minat/keinginan yang sudah menyebar pada hampir keseluruhan aktivitas sehari-hari yang biasa mereka lakukan. Beberapa dari mereka akan berkata 'saya tahu ada kegiatan-kegiatan tertentu yang harus saya lakukan seperti makan, menyikat gigi, dan pergi mandi tapi saya tidak memiliki keinginan untuk melakukannya'. Pasien pada tingkat ini dapat memaksa diri mereka untuk melakukan sesuatu. Pasien pada tingkat berat sama sekali tidak memiliki keinginan untuk melakukan apapun, sekalipun menyangkut hal penting dalam kehidupan mereka. Sebagai konsekuensinya, orang lain harus mendorong mereka melakukan sesuatu. Terkadang butuh mendorong pasien agar mau beranjak dari tempat tidur, makan, mencuci. Pasien akan memblokir komunikasi mereka dalam kasus-kasus ekstrim.

b. Menghindar, Melarikan Diri dari Kenyataan, dan Menarik Diri

Pasien memiliki keinginan untuk keluar dari rutinitas yang sudah menjadi kebiasaan dalam hidup merupakan salah satu manifestasi dari depresi. Individu yang depresi menganggap bahwa tugasnya tidak ada gunanya atau berat dan ingin melarikan diri dan lebih memilih untuk relaksasi atau mengungsi. Pasien depresi ringan memiliki kecenderungan untuk menghindar atau menunda melakukan sesuatu dan mereka menganggap bahwa hal itu tidak menarik. Pasien pada tingkat sedang memiliki keinginan untuk menghindar lebih kuat dan lebih luas dalam melakukan aktivitas/kebiasaan. Pasien akan terus berpikir mengenai cara untuk mengalihkan atau melarikan diri. mereka lebih suka memanjakan diri dengan kesenangan yang pasif seperti pergi ke bioskop, menonton tv. Pasien akan menarik diri dari kontak sosial dan di waktu yang sama, karena kesendirian dan meningkatnya ketergantungan, mereka menginginkan kehadiran orang lain pada tingkat ini. Pasien depresi berat memiliki keinginan untuk selalu berada di tempat tidur dan ketika orang lain mendekatinya, dia akan bersembunyi. Mereka tidak ingin bertemu siapapun dan melakukan apapun. Salah satu bentuk dari pasien dengan depresi berat ini adalah keinginan untuk bunuh diri. pasien memiliki keinginan kuat untuk mengakhiri hidupnya sebagai cara untuk melarikan diri dari situasi yang dianggapnya tidak nyaman.

c. Keinginan Bunuh Diri

Individu yang tidak mengalami depresi, mungkin keinginan bunuh diri itu ada namun pada individu yang depresi, keinginan tersebut lebih sering terjadi. Pasien depresi ringan memiliki keinginan bunuh diri yang secara pasif akan muncul namun tidak ada tindakan untuk mempercepat kematian mereka. Mereka terkadang memiliki keinginan untuk mati tapi mereka takut akan kematian. Pasien pada tingkat sedang memiliki usaha yang direncanakan untuk melakukan bunuh diri. Beberapa pasien akan mengemudikan mobil mereka dengan kecepatan tinggi dan berharap sesuatu akan terjadi pada dirinya. Pasien depresi berat memiliki keinginan bunuh diri cenderung lebih intens terjadi dan biasanya diwujudkan dengan usaha untuk bunuh diri. Biasanya mereka akan berkata 'saya merasa putus asa. Semuanya tidak berguna. Semuanya hilang. Hanya ada satu cara untuk mengeluarkan saya dari sini, dengan membunuh diri saya'.

d. Meningkatnya Ketergantungan

Ketergantungan ini biasanya ditandai dengan adanya keinginan untuk menerima bantuan, arahan, dan mengandalkan orang lain. Pasien depresi ringan yang pada dasarnya mandiri mulai memiliki keinginan untuk dibantu, diarahkan, dan didukung. Pasien yang dulunya mengendarai mobilnya sendiri, ketika depresi, dia meminta orang lain untuk mengemudikannya. Pasien merasa senang dengan adanya bantuan meskipun mereka berpikir bahwa mereka tidak membutuhkan bantuan dan ketika ia menerima bantuan, ia merasa puas dan akan menurunkan depresi

menurutnya. Pasien depresi sedang memiliki keinginan untuk segala sesuatu dilakukan untuk dia, menerima perintah dan hiburan menjadi lebih kuat. Pasien yang pada tingkat ringan menginginkan adanya bantuan, pada tingkat sedang menjadikan bantuan sebagai kebutuhan mereka. Pasien depresi berat memiliki intensitas keinginan untuk dibantu semakin meningkat. Pasien ingin orang lain melakukan semua hal untuk dirinya dan mengingkan orang lain memperhatikannya. Pasien tidak lagi memperhatikan arahan atau saran untuknya atau berbagi permasalahan.

#### 4. Simtom Fisik

Menurut Beck (1967), di antara simtom fisik tersebut adalah kehilangan nafsu makan, gangguan tidur, mudah lelah dan kehilangan libido:

##### a. Hilangnya Nafsu Makan

Pasien yang mengalami kehilangan nafsu makan seringkali menjadi tanda pertama seseorang mengalami depresi. Pasien depresi ringan menemukan bahwa dirinya tidak lagi dapat menikmati makannya seperti biasa. Keinginan dia untuk makanan menjadi tumpul. Pasien depresi sedang akan kehilangan keinginan untuk makan dan kehilangannya tersebut tidak ia sadari.

##### b. Gangguan tidur.

Susah tidur menjadi salah satu simtom yang penting dari depresi. Pasien depresi ringan menyatakan bahwa mereka terbangun untuk beberapa menit hingga jam lebih awal dari biasanya atau terkadang akan tidur lebih lama dari biasanya. Pasien depresi sedang akan terbangun satu hingga dua jam



lebih awal dari biasanya. Mereka tidak bisa menikmati tidurnya. Pasien depresi berat terbangun setelah 4 hingga 5 jam tidur dan sulit untuk bisa kembali tidur. Beberapa pasien menyatakan bahwa mereka tidak bisa tidur sepanjang malam.

c. Hilangnya Libido

Beberapa pasien kehilangan minat untuk melakukan aktivitas seksualnya. Pasien depresi ringan memiliki sedikit kehilangan keinginan seksual. Pasien tingkat ini terkadang memiliki peningkatan keinginan seksual. Pasien depresi sedang memiliki penurunan keinginan seksual dan mereka hanya terangsang ketika ada stimulus saja. Pasien depresi berat mengalami kehilangan respon terhadap stimulus seksual dan mereka enggan untuk melakukan aktivitas seksual.

d. Kelelahan

Pasien depresi mengalami peningkatan kelelahan. Pasien depresi ringan akan merasa mudah lelah dari biasanya. Pasien depresi sedang merasa lelah saat bangun di pagi hari. Pasien merasa lelah untuk melakukan aktivitas. Mereka tidak saja lelah melakukan aktivitas fisik, namun juga aktivitas mental seperti membaca. Membaca akan meningkatkan kelelahan mereka. Seseorang yang biasanya kuat untuk berjalan jauh, ketika depresi, jalan dalam jarak dekat membuat mereka lelah. Pasien depresi berat mengatakan bahwa mereka merasa lelah melakukan sesuatu. Mereka melakukan sesuatu dengan tenaga yang besar dengan adanya paksaan dari luar.

Jadi, secara garis besar terdapat 4 simtom depresi, yaitu simtom emosional, kognitif, motivasional, dan fisik.

### II.1.2.3. Proses Terjadinya Depresi

Beck (1979) berpendapat bahwa adanya gangguan depresi adalah akibat dari cara berpikir seseorang terhadap dirinya. Penderita depresi cenderung menyalahkan diri sendiri. Hal ini disebabkan karena adanya distorsi kognitif terhadap diri, dunia dan masa depannya, sehingga dalam mengevaluasi diri dan menginterpretasi hal-hal yang terjadi mereka cenderung mengambil kesimpulan yang tidak cukup dan berpandangan negatif.

Model kognitif terdiri dari tiga konsep khusus yaitu *cognitive triad*, skema dan proses informasi yang salah (Beck, 1979):

#### 1. *Cognitive Triad*

*Cognitive Triad* merupakan 3 serangkai pola kognitif yang membuat individu memandang dirinya, pengalamannya, dan masa depannya secara idiosinkritik, yaitu memandang diri secara negatif, menginterpretasi pengalaman secara negatif serta memandang masa depan secara negatif. Gangguan dalam depresi dapat dipandang sebagai pengaktifan tiga pola kognitif utama ini.

#### 2. Skema

Kehidupan terdiri dari berbagai stimuli dalam setiap situasinya. Individu memperhatikan situasi yang dihadapi, mengambil intisari dari aspek situasi tersebut, lalu memadukan dalam suatu pola koheren sehingga

terbentuklah suatu konseptualisasi terhadap suatu situasi. Seorang individu cenderung memperlihatkan konsistensi-konsistensi terhadap caranya memberikan respon dari kejadian yang serupa. Skema pada orang yang depresi mengandung ide-ide yang terikat dengan tema depresif.

### 3. Proses Informasi yang Salah

Proses informasi yang salah ini ditemui pada orang depresi, dimana ia mencerminkan berbagai penyimpangan, distorsi dari realitas yang ada (Beck, 1976). Distorsi kognitif tersebut antara lain:

#### a. Semua atau tidak sama sekali

Kita melihat sesuatu dalam 2 bentuk saja, hitam atau putih saja. Jika kita melihat diri kita tidak sempurna, maka kita melihat diri kita adalah gagal secara keseluruhan.

#### b. Overgeneralisasi

Kita melihat suatu peristiwa negatif sebagai pola yang tidak akan pernah berakhir (misalnya: saya akan selalu tidak beruntung).

#### c. Loncatan kesimpulan

1. Membaca pikiran. Kita secara sewenang-wenang memutuskan bahwa seseorang berlaku negatif pada kita tanpa melihat yang sebenarnya.

2. Kesalahan peramal. Kita mengantisipasi sesuatu yang buruk akan terjadi dan kita yakin bahwa prediksi kita pasti terjadi.

d. Menghilangkan yang positif

Kita menolak pengalaman positif dengan bersikeras bahwa semua itu 'bukan apa-apa'. Kita dapat memelihara kepercayaan yang kontradiktif/berlawanan dengan pengalaman keseharian kita (misalnya 'tapi...').

e. Penyaringan mental

Kita menemukan hal kecil yang negatif dan terus memikirkannya sehingga pandangan kita akan realita menjadi gelap.

f. Memberikan label

Suatu bentuk ekstrik dari overgeneralisasi. Yang anda lakukan bukan menguraikan masalah tetapi memberikan label/cap yang negatif pada diri anda sendiri.

g. Alasan emosional

Kita menganggap bahwa emosi-emosi negatif kita mencerminkan bagaimana sebenarnya realita.

h. Personalisasi

Kita memandang diri kita sebagai penyebab dari suatu peristiwa eksternal yang negatif yang dalam kenyataan sebenarnya bukanlah kita yang pertama-tama harus bertanggungjawab terhadap peristiwa itu.

i. Pernyataan 'harus'

Kita berusaha menggerakkan diri kita dengan 'harus' atau 'seharusnya tidak', seolah-olah kita dicambuk dan dihukum sebelum melakukan apapun.

j. Membesarkan atau mengecilkan

Kita melebih-lebihkan pentingnya sesuatu atau tidak tepat mengerutkan sesuatu sehingga menjadi sangat kecil.

Jadi, seseorang menjadi depresi karena ia memiliki cara berpikir terhadap dirinya yang selalu menyalahkan dirinya, lingkungan, serta memandang negatif masa depannya.

#### **II.1.2.4. Depresi pada Wanita**

Simonds (2001) menyatakan bahwa komunitas studi tentang depresi secara konsisten menemukan bahwa wanita memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi daripada pria, dengan perbandingan 2:1 adalah penemuan yang paling sering dan beberapa penelitian menemukan rasio setinggi 4:1 (Culbertson, 1997; McGrath dkk, 1990; Wolk & Weissman., 1995).

Romm (2003), wanita dengan usia 20-45 tahun lebih rentan terkena depresi; penyebab dari kondisi ini berkaitan dengan usia, dan prevalensi ini semakin meningkat pada saat berada di usia muda. Santrock (2004) menyatakan bahwa wanita yang berusia antara 23-35 tahun merupakan masa pembentukan kemandirian pribadi dan ekonomi, masa perkembangan karir, dan bagi banyak orang masa pemilihan pasangan, belajar hidup dengan seseorang secara akrab, memulai keluarga, dan mengasuh anak (Santrock, 2002). Sehingga apabila wanita yang seharusnya berada pada tugas perkembangan tersebut namun ia harus menjalani hidup di dalam penjara, maka itu akan menjadikan tekanan sendiri bagi wanita tersebut.

Penyebab depresi pada wanita secara umum terbagi menjadi 5 hal. Kelima faktor tersebut saling berkaitan. Lima hal tersebut antara lain (Simonds, 2001):

1. Biologis

Secara hormonal, wanita memiliki kerentanan depresi yang lebih tinggi dibandingkan pria, yang dimiliki dari usia dewasa dan menurun di usia tua. Penemuan terkini menyebutkan bahwa beberapa faktor hormonal berkontribusi lebih mudah atau menjadi stressor yang berpartisipasi dalam pembentukan depresi pada wanita (Seeman, 1997; Sprock & Yoder, 1997). Produksi hormon wanita, estradiol dan progesteron, menunjukkan pengaruh pada sintesa, metabolisme, dan pergantian neurotransmitter yang berimplikasi pada depresi (Halbreich & Lumley, 1993; Hamilton, Grant, & Jensvold, 1996; Sprock & Yoder, 1997; Stewart, 1998; Wolk & Weissmen, 1995; Yonkers & Bradshaw, 1999; Young & Korszum, 1998).

2. Faktor tekanan hidup

Pada dasarnya terdapat faktor internal dan eksternal yang saling mempengaruhi. Dampak dari tekanan dalam hidup pada wanita lebih besar akan jatuh pada depresi dengan alasan:

- a. Wanita lebih miskin dibandingkan pria
- b. Wanita memiliki status pekerjaan yang lebih rendah
- c. Wanita lebih mudah mengalami ketegangan
- d. Wanita akan lebih mudah terpengaruh (merasakan) apa yang dirasakan orang lain
- e. Wanita lebih sering menjadi korban kekerasan

f. Wanita merupakan penjaga utama dari anak serta orangtua mereka (Hamnen, 1997; Kendler, Kesster, Neale, Heath & Eaves, 1993; Mc.Grath, 1990; Sporck & Yoder, 1997).

Faktor-faktor diatas saling berkombinasi seperti faktor tekanan hidup berkombinasi dengan biologis, peran gender, sosial, faktor perkembangan yang membuat wanita lebih rentan berisiko tinggi terkena depresi.

### 3. Faktor peran gender

Adanya stereotipe mengenai karakteristik wanita berkontribusi terhadap kecenderungan depresi pada wanita menjadi lebih besar (Helgeson & Fritz, 1998; Jack, 1991, 1999; McGrath 1990). Beberapa penelitian menyatakan bahwa wanita percaya pada peran gender dan memiliki skor yang tinggi pada sisi feminitas yang meningkatkan kecenderungan depresi (Sayers, Baucom, & Tierney, 1993; Sanfilipo, 1994). Stereotipe tersebut seperti kepasifan dan ketergantungan yang terkonseptualisasi sebagai manifestasi dari depresi. Semua orang memiliki kecenderungan untuk merenung dan ketika mereka merenung ketika memiliki masalah, ia akan memiliki episode depresi yang panjang dan berat. Wanita lebih memilih merenung ataupun berbagi cerita ketika memiliki masalah jika dibandingkan dengan pria.

### 4. Faktor sosial

Wanita akan menghadapi status sosial yang lebih rendah dalam perannya dalam keluarga, peran dalam masyarakat, serta peran dalam pekerjaan. Delapan puluh hingga 90% wanita memiliki tanggungjawab utama dalam

memasak, membersihkan, serta belanja (Galinsky & Bond, 1996). Suatu studi menyatakan bahwa pria memiliki kontribusi yang lebih rendah dalam urusan pekerjaan rumah tangga.

#### 5. Faktor perkembangan

Banyak ahli menyatakan bahwa pengalaman awal perkembangan memiliki pengaruh pada depresi individu ketika dewasa terutama pengalaman mereka ketika kecil, pengalaman akan kekerasan, keterlantaran, kehilangan orangtua (Bifulco & Moran, 1998; Kendler, 1993). Perkembangan wanita terdiri dari 5 poin utama dan pada masing-masing perkembangan akan memiliki tantangan dan tekanan yang berbeda-beda.

Jadi, wanita memiliki kerentanan terkena depresi lebih tinggi dibandingkan pria dan faktor biologis, tekanan dalam hidup, peran gender, sosial serta faktor perkembangan saling berkombinasi dalam membentuk depresi pada wanita.

#### **II.1.2.5. Depresi pada Tahanan Wanita**

Populasi yang berisiko tinggi untuk melakukan tindak bunuh diri menurut Darcy Haag Granello (2007) antara lain:

- a. Populasi *gay/lesbian/bisexual/transgender*.
- b. Populasi narapidana atau orang yang ditahan (tahanan).
- c. Populasi yang terkait permasalahan hukum.
- d. Populasi tentara dan veteran.
- e. Populasi yang terkait dengan *health care*.



Survei yang dilakukan pada 12 negara yang terdiri dari 22.790 penjara menyatakan bahwa sekitar 12% penghuni wanitanya mengalami depresi dan selisih 2%, yaitu 10% penghuni prianya mengalami depresi (Fazel, dkk., 2002). Penelitian yang dilakukan di Indonesia mengenai depresi pada narapidana dan tahanan wanita menunjukkan hasil bahwa dari 74 jumlah narapidana dan tahanan yang menghuni Lapas tersebut di tahun 2006, 100% mengalami depresi. 72% mengalami depresi tingkat berat, 23% tingkat sedang, dan 5% tingkat rendah (Pramudyawati, 2006).

Tahanan menghadapi berbagai masalah, tidak hanya dari dalam Rutan, tetapi juga dari luar Rutan. Masalah-masalah tersebut pada akhirnya akan membawa kesulitan para penghuni Rutan. Permasalahan yang dihadapi oleh tahanan adalah kehilangan kebebasan fisik, kehilangan kontrol atas hidup/autonomi, kehilangan keluarga, kehilangan barang dan jasa, kehilangan keamanan, kehilangan hubungan heteroseksual, kurangnya stimulasi, dan gangguan psikologis, misalnya kecemasan, depresi, bunuh diri, menyakiti diri sendiri (*self-injury*), dan membatasi diri untuk berkomunikasi (Cooke dkk., 1990 dan Sykes, 1958). Penelitian sosiologi menggambarkan bahwa pengalaman yang penuh tekanan dari tahanan dan narapidana wanita, termasuk adalah kehilangan kemandirian dan kebebasan, keterpisahan dari keluarga mereka, serta keterbatasan aktivitas. Keterpisahan secara sosial tersebut akan menjadikan tekanan khususnya bagi ibu (Hurley, dkk. 1991).

Seseorang yang menghadapi permasalahan, akan dihadapkan pada tahap-tahap yang dikemukakan oleh Ross (1998). Tahapan tersebut antara lain:

1. *Denial* (menyangkal)

Fungsi penyangkalan ini adalah sebagai sebuah penahan setelah berita mengejutkan yang tidak diharapkan. Penyangkalan membiarkan pasien menguasai diri dan seiring dengan waktu menggerakkan yang lain, menjadikan pertahanan sementara dan segera akan digantikan dengan penerimaan yang sifatnya parsial (Ross, 1998: 51). Pasien yang berada pada tahap denial, perlu diberi intervensi psikologis. Denial dalam kategori ekstrim terjadi pada seseorang yang tidak mampu mengkonfrontasi bahwa dirinya sakit atau kenyataan kematian mereka. Denial dapat memberi perlindungan psikologis terhadap kenyataan tetapi hal tersebut merupakan defense yang primitif dan tidak baik. Hal tersebut dapat menutupi kecemasan tanpa membuatnya hilang. Pasien yang menolak sakit mereka, sering terlihat memiliki kontrol yang berlebihan dan kaku. Denial dalam jangka waktu yang panjang adalah pola defensif yang harus disembuhkan melalui intervensi terapeutik (Taylor, 1999: 378).

2. *Anger* (marah)

Kemarahan adalah salah satu respon yang harus diatasi oleh keluarga dan teman-teman pasien. Keluarga dapat bekerjasama dengan terapis untuk memahami bahwa pasien tidak benar-benar marah pada mereka tetapi pada kematian. Mereka ingin melihat bahwa kematian tersebut ditujukan pada seseorang yang dekat, khususnya pada orang-orang dimana pasien merasa tidak memiliki keharusan untuk sopan dan

berprilaku baik, contohnya keluarga yang tidak bahagia (Taylor, 1999).

3. *Bargaining* (tawar-menawar)

Tahap ketiga adalah tawar-menawar yang dibuat oleh pasien dengan dokter, perawat, keluarga atau Tuhan. Menawar merupakan usaha untuk menunda, termasuk hadiah yang ditawarkan ‘untuk bertingkah laku baik’, juga timbul deadline yang dibebankan pada diri sendiri dan tercakup janji implisit untuk tidak meminta apa-apa lagi bila penundaan diberikan (Taylor, 1999).

4. *Depression* (depresi)

Pasien mulai menyadari bahwa tidak banyak yang dapat dilakukan untuk penyakitnya seiring dengan gejala yang memburuk, bukti bahwa penyakitnya tidak dapat disembuhkan. Pasien merasa pusing, merasa tidak bisa bernafas, dan lelah. Mereka sulit makan, fokus pada perhatian, atau mengusir rasa sakit dan ketidaknyamanan (Taylor, 1999).

5. *Acceptance* (penerimaan)

Jika seorang pasien mempunyai cukup waktu (misalnya tidak menghadapi kematian mendadak) dan dibantu untuk melewati tahap-tahap yang terdahulu, ia akan mencapai tahap dimana ia tidak merasa depresi ataupun marah terhadap nasibnya. Ia selalu dapat mengekspresikan perasaannya, kecemburuannya akan kehidupan dan kesehatan, maupun terhadap kemurahannya kepada mereka yang tidak

harus menghadapi kematian sedemikian cepat. Ia akan merasa berduka atas kehilangan yang tak terelakkan atas orang-orang dan tempat yang berarti baginya. Pasien ini akan merenungkan saat akhirnya dengan tingkat pengharapan tertentu. Ia akan merasa lelah dan pada kebanyakan kasus cukup lemah. Ia pun memerlukan tidur lebih sering dalam interval waktu dan berbeda dengan kebutuhan tidur selama depresi. Penerimaan lebih kepada kehampaan perasaan seolah bila rasa sakit hilang perjuangan pun berakhir dan datanglah saat untuk istirahat terakhir sebelum perjalanan panjang. Ini juga saat ketika keluarga membutuhkan bantuan, dukungan, dan pengertian yang lebih banyak daripada pasien. Sementara pasien sekarat menemukan kedamaian dan penerimaan, linhkarannya pun menghilang. Pasien berharap dibiarkan sendiri atau setidaknya tidak dibingungkan oleh berita-berita dan masalah dunia ,luar (Ross, 1998: 135).

#### **II.1.2.6. Risiko yang Ditimbulkan Oleh Depresi**

##### **1. Bunuh diri**

Salah satu risiko dari depresi yang tidak tertangani adalah bunuh diri, walaupun banyak orang yang depresi namun tidak melakukan tindak bunuh diri. Depresi yang tidak tertangani akan meningkatkan risiko percobaan bunuh diri. Individu yang mengalami depresi sangat sering memiliki pikiran bunuh diri.

Perasaan kesepian dan ketidakberdayaan adalah faktor yang sangat besar seseorang melakukan bunuh diri. Tujuh puluh persen dari perilaku bunuh diri mengidap depresi (Wilkinson, 1995). Berdasarkan data organisasi kesehatan dunia WHO yang dihimpun dari tahun 2005-2007 menyatakan bahwa sedikitnya 50.000 orang Indonesia bunuh diri. kasus bunuh diri di Indonesia sebagian besar menimpa golongan dewasa.

## 2. Gangguan tidur: insomnia dan hypersomnia

Siapa saja pernah mengalami susah tidur dari waktu ke waktu, tetapi penderita depresi umumnya selalu mengalami susah tidur. Gangguan tidur meliputi beberapa bentuk berikut ini:

- a. Susah tidur walaupun sudah lelah
- b. Bangun lebih pagi dari biasa dan tidak bisa tidur lagi
- c. Tidur dengan gelisah dan sering bangun pada malam hari
- d. Tidur berlebihan pada siang hari (Priest, 1994)

Setidaknya 80% dari orang-orang yang menderita depresi mengalami insomnia atau kesulitan tidur, seringkali kesulitan untuk tetap tertidur. Depresi juga berpengaruh terhadap kualitas tidur yang menyebabkan seseorang merasa lelah setelah bangun. Sekitar 15% dari yang mengalami depresi tidur berlebihan (Psychology Today Magazine, 2003).

Orang yang depresi, tidur dengan cepat, namun sering terbangun pada malam hari. Perasaan yang tidak nyaman dan tidak dapat rileks,

merasa malam sangat lambat berlalu dan bangun dengan perasaan lebih lelah daripada ketika tidur.

### 3. Gangguan dalam hubungan

Sebagai akibat dari depresi, seseorang cenderung mudah tersinggung, senantiasa sedih sehingga lebih banyak menjauhkan diri dari orang lain atau dalam situasi lain menyalahkan orang lain, hal ini menyebabkan hubungan dengan orang lain menjadi tidak baik. Depresi dapat mengganggu hubungan penderita dengan orang lain terutama orang yang dekat dengannya secara keseluruhan, maka depresi perlu mendapatkan penanganan yang serius agar tidak merusak hubungan dengan orang yang dicintai. Selain itu, penderita depresi juga perlu bantuan dukungan sosial dari orang-orang yang dicintai dan perlu untuk merasa diterima untuk dapat mempercepat proses kesembuhan depresi.

### 4. Gangguan dalam pekerjaan

Pengaruh depresi sangat terasa dalam kehidupan pekerjaan seseorang. Depresi mengakibatkan kerugian dalam produksi ataupun performa yang buruk. Alasan-alasan mengapa seseorang mengalami penurunan performa kerja ada pada simtom-simtom depresi, yaitu:

- a. Menurunnya ketertarikan/kesenangan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
- b. Menurunnya konsentrasi dan daya ingat. Melakukan kesalahan yang tidak biasa dilakukan.

- c. Perasaan kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari – bekerja lebih lambat dari biasanya.
  - d. Berkurangnya kemampuan pemecahan masalah dan pembuatan keputusan.
  - e. Mudah tersinggung – menyebabkan masalah dengan hubungan kerja.
5. Gangguan pola makan

Orang yang menderita depresi terdapat dua kecenderungan umum mengenai pola makan yang secara nyata mempengaruhi berat tubuh, yaitu:

- a. Tidak selera makan
- b. Keinginan makan bertambah

Beberapa gangguan pola makan yang diakibatkan oleh depresi adalah bulimia nervosa, anoreksia nervosa, dan obesitas.

6. Perilaku-perilaku merusak

Beberapa perilaku yang merusak yang disebabkan oleh depresi adalah:

- a. Agresivitas dan kekerasan

Individu yang terkena depresi perilaku yang ditimbulkan bukan hanya berbentuk kesedihan, namun bisa juga dalam bentuk mudah tersinggung dan agresif. Perilaku agresif lebih cenderung ditunjukkan oleh individu pria yang mengalami depresi. Hal ini karena pengaruh hormon. Perilaku menjadi berbahaya dan dapat melukai orang lain dan diri sendiri, namun walaupun lebih banyak agresivitas oleh pria, wanita yang depresi juga dapat menyebabkan perilaku agresif yang

serius, misalnya merusak barang-barang bahkan melukai dan membunuh anaknya sendiri.

b. Penggunaan alkohol dan obat-obatan terlarang

Telah diketahui bahwa penggunaan alkohol dan obat-obatan terlarang pada remaja selain karena pengaruh teman kelompok, motivasi dari diri individu untuk menggunakan alkohol dan obat-obatan terlarang dapat disebabkan oleh keadaan depresi sebagai cara untuk mencari pelepasan sementara keadaan yang tidak menyenangkan.

c. Perilaku merokok

Penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara emosi negatif yang ditimbulkan oleh depresi dengan frekuensi merokok. Seseorang yang mengalami depresi merokok lebih banyak merokok daripada biasanya.

### **II.1.3. Terapi Kelompok Kognitif Perilaku**

#### **II.1.3.1. Terapi Kelompok**

Brabender, dkk (2004) mengemukakan bahwa pengertian *group therapy* atau terapi kelompok adalah salah satu teknik intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan dan menyelesaikan masalah-masalah psikologis, dimana beberapa individu yang memiliki masalah psikologis melakukan proses terapi secara berkesinambungan dan bersama-sama dalam satu kelompok yang dipimpin oleh seorang terapis yang berpengalaman dalam melakukan intervensi baik itu secara



individual maupun dalam proses terapi kelompok. Barbender, dkk (2004) menegaskan ada tiga unsur penting dalam terapi kelompok, yaitu:

1. Terapi kelompok didesain untuk meningkatkan dan menangani masalah psikologis. Element ini yang membedakan terapi kelompok dari *support group* dan *self help*. Terapi kelompok bertujuan untuk meningkatkan dan memperbaiki faktor psikologis seseorang, *self help* dan *support group* memiliki tujuan yang lebih terbatas dalam membantu anggota kelompoknya untuk menghadapi masalah yang sedang dihadapi.
2. Sesama anggota kelompok, dan antara anggota kelompok dengan terapis, baik itu secara kognitif maupun afektif dari awal hingga akhir proses terapi terjadi interaksi. Interaksi tidak boleh terjadi antara satu orang anggota kelompok dengan terapis dan membahas masalah individual tanpa melibatkan anggota lainnya. Walaupun hal ini memiliki dampak *therapeutic* namun keuntungan terlibat dalam terapi kelompok tidak dapat tercapai (Fuhriman & Burlingame dalam Barbender, dkk., 2004).
3. Terapi kelompok harus dipimpin oleh seorang terapis yang memiliki pengalaman dalam intervensi baik itu intervensi yang dilakukan secara individual maupun kelompok. Keterlibatan para profesional (psikolog, konselor atau individu yang telah terlatih dalam melakukan terapi baik itu secara individu maupun kelompok) agar terapi kelompok dapat berjalan efektif dan efisien selain itu juga untuk mencegah dampak negatif yang akan ditimbulkan dari proses terapi ini (Roback dalam Barbender, dkk., 2004).

Jadi, terapi kelompok merupakan satu teknik intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan dan menyelesaikan masalah-masalah psikologis, dimana beberapa individu yang memiliki masalah psikologis melakukan proses terapi secara berkesinambungan dan bersama-sama dalam satu kelompok.

### **II.1.3.2. Tahap-Tahap Pelaksanaan Terapi Kelompok**

Masing-masing kelompok, baik itu konseling kelompok, terapi kelompok, maupun *support group*, pada pelaksanaannya setidaknya akan melewati tiga tahapan proses berbeda yang membutuhkan suatu fokus khusus dan agenda tertentu pada setiap pertemuannya (Corey, 1995; Gladding, 1995 dalam Kottler & Brown, 1995). Tiga tahapan tersebut adalah tahap permulaan (*the beginning stage*), tahap kerja (*the work stage*) dan tahap penutupan (*the closing stage*). Berikut adalah penjelasan dari masing-masing tahapan tersebut.

#### 1. Tahapan permulaan (*The beginning stage*)

Para anggota kelompok dan fasilitator atau terapis saling memperkenalkan diri, membangun suatu hubungan interpersonal, kemudian secara bersama-sama menentukan tujuan yang ingin dicapai, menetapkan tujuan serta menetapkan peraturan yang akan diberlakukan selama proses berlangsung. Selain itu, terapis dan anggota kelompok saling mengeksplorasi dan menumbuhkan rasa saling percaya diantara sesama anggota kelompok maupun antara anggota kelompok dengan terapis. Terapis harus membuat suatu struktur sehingga kelompok dapat mencapai tujuan tahap ini dan

dapat masuk pada tahap berikutnya (Jacobs, Harvill, & Masson, 1994 dalam Kottler & Brown, 1995).

2. Tahapan kerja (*The work stage*)

Anggota kelompok harus fokus pada permasalahannya dan tujuan mereka mengikuti terapi kelompok. Selama proses ini para anggota kelompok juga akan mendiskusikan masalah-masalahnya, mengkonfrontasikan ketidak-konsistenan yang terjadi dalam proses terapi kelompok, menggali permasalahan, dan saling berbagi pengetahuan dan pengalaman pribadi kepada anggota kelompok yang lain. Sedangkan terapis harus menjaga setiap anggota kelompok agar tetap fokus dan bertindak sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan pada pertemuan awal.

3. Tahapan penutup (*The closing stage*)

Anggota kelompok saling mengukur dan mengevaluasi apa yang telah mereka pelajari, mendiskusikan berbagai rencana-rencana untuk perubahan, dan mengeksplorasi perasaan mereka selama mengikuti terapi kelompok. Pada tahap ini para anggota kelompok harus menyelesaikan permasalahan yang belum terselesaikan sebelumnya, kemudian mengevaluasi performa kelompok, serta mengucapkan salam perpisahan. Biasanya tahap ini dilaksanakan pada satu sesi saja.

Jadi, secara garis besar terdapat 3 tahap dalam terapi kelompok yaitu tahapan permulaan, tahapan kerja, dan tahapan penutup.

### III.1.3.3. Keunggulan Terapi Kelompok

Price (1999) menyatakan bahwa terapi individu pada dasarnya dapat merubah kehidupan mereka menjadi lebih baik, namun dengan terapi kelompok memberikan keunggulan yang lebih, antara lain:

1. Terapi kelompok lebih efektif dibandingkan dengan terapi secara individu pada beberapa penelitian.
2. Efisiensi waktu
3. Efisiensi biaya
4. Pengelolaan perhatian terhadap perkumpulan akan meningkat melalui kelompok.

Yalom (1975) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi penyembuhan dalam terapi kelompok, antara lain:

1. Menumbuhkan harapan

Menumbuhkan dan memelihara harapan merupakan sesuatu yang penting dalam terapi kelompok. Beberapa penelitian mengemukakan bahwa adanya harapan pada awal sebelum terapi memberikan hasil yang positif.

2. Kebersamaan

Banyak pasien ketika masuk dalam terapi merasa bahwa hanya dirinya yang merasa sangat sedih, mereka sendirian yang berada dalam kondisi yang tidak menyenangkan. Terapi kelompok akan membawa mereka merasa bahwa mereka tidak sendirian, mereka juga sama dengan yang

lain memiliki masalah setelah terbangun kedekatan dan masing-masing anggota mengungkapkan pengalamannya.

3. Memberi informasi

Informasi yang mendidik akan bekerja dalam terapi kelompok: untuk mentrasfer informasi, struktur kelompok, dan proses dari terjadi suatu masalah. Masing-masing anggota kelompok akan menerima dan memberikan nasihatnya.

4. Saling menolong

Pasien dalam terapi kelompok tidak hanya menjadi bagian dari proses memberi-menerima saja, namun ia juga memberikan bantuan nyata yang hakiki. Mereka juga akan memberikan bantuan yang besar selama proses terapi. Mereka memberikan dukungan, ketentraman hati, saran, *insight*, dan berbagi masalah yang serupa.

5. Mengembangkan teknik sosialisasi

Belajar sosial – perkembangan kemampuan dasar sosialisasi – sangat penting dalam sebuah tera[pi kelompok.

6. Peniruan tingkah laku

Peniruan tingkah laku yang spesifik memberikan pengalaman bagi anggota kelompok mengenai perilaku baru.

7. Pembelajaran interpersonal

Mencari tahu diri mereka dan yang lain melalui kelompok.

#### 8. Kepaduan kelompok

Anggota kelompok akan memiliki perasaan menjadi bagian dari kelompok tersebut dan memiliki nilai dalam kelompok.

#### 9. Katarsis

Anggota kelompok dapat melakukan katarsis yang diperlukan selama proses terapi yang akan memberikan efek terapeutik bagi anggotanya.

#### 10. Faktor eksistensial

Terapi kelompok akan memberikan dampak eksistensial bagi anggotanya. Mereka akan merasa bahwa keberadaan mereka diakui.

Jadi, terapi kelompok memberikan beberapa keunggulan dibandingkan terapi secara individu.

### **II.1.3.4. Terapi Kelompok Kognitif Perilaku**

Beck & Weissar dalam Bieling (2006) menyatakan bahwa terapi kognitif perilaku merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang telah terbukti efektif di lebih dari 350 penelitian dalam menangani beberapa gangguan kejiwaan, seperti depresi, kecemasan, gangguan kepribadian dan psikotik. Terapi kognitif perilaku memadukan prinsip-prinsip kognitif dan perilaku. Terapi kognitif perilaku merupakan pendekatan yang beragam, tetapi terapi ini menawarkan beberapa atribut seperti: (1) hubungan kolaboratif antara klien dan terapis, (2) premis yang menekankan bahwa tekanan psikologis sebagian besar merupakan fungsi dari gangguan dalam proses kognitif, (3) fokus pada perubahan kognisi untuk menghasilkan perubahan yang diinginkan yang mempengaruhi perasaan dan

perilaku, dan (4) tretmen edukasional yang berfokus pada target permasalahan yang spesifik dan terstruktur (Corey, 2009).

Beck (dalam Davison, 2010) dan rekannya menyusun terapi kognitif yang ditujukan untuk mengubah pola pikir maladaptif. Beck juga melibatkan berbagai komponen *behavioral* dalam penanganan depresi yang dilakukannya.

Terapi kognitif perilaku dapat diberikan secara individual ataupun kelompok. Secara umum, pemberian terapi kognitif perilaku secara individual ataupun kelompok adalah sama. Perbedaan terapi kognitif perilaku secara individual dan kelompok adalah pada jumlah pesertanya. Selain itu, terapi kognitif perilaku secara kelompok memberikan keunggulan lebih jika dibandingkan dengan pemberian secara individual. Setiap anggota kelompok akan mendapatkan giliran yang sama dalam memberikan pendapatnya sehingga anggota kelompok yang lain dapat memperoleh informasi baru dari masing-masing anggota kelompok. Robinson (dalam Bieling, 2006) mengidentifikasi 16 studi dengan pemberian tretmen secara individu dan 15 studi dengan menggunakan tretmen kelompok didapatkan hasil bahwa terapi kognitif perilaku yang diberikan secara kelompok memberikan efektifitas yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan pemberian secara individu.

Depresi merupakan gangguan pertama yang ditangani dan dievaluasi dengan menggunakan terapi kognitif perilaku secara kelompok. Studi awal yang dilakukan oleh Hollon, Shaw, dan koleganya (Bieling, 2006) tidak hanya membandingkan terapi kognitif perilaku secara kelompok dengan terapi pengobatan, namun juga dengan terapi kognitif perilaku secara individual. Studi

tersebut menemukan bahwa terapi kognitif perilaku secara kelompok lebih efektif untuk beberapa gangguan namun tidak seefektif terapi kognitif perilaku secara individu untuk beberapa gangguan lainnya.

Bieling (2006) menyatakan bahwa untuk menjaga keefektifan dari terapi kognitif perilaku secara kelompok, dapat dilakukan dengan mengambil anggota kelompok antara 3-12 orang. Anggota kelompok diharapkan dapat saling berinteraksi dalam terapi kognitif perilaku secara kelompok tersebut sehingga akan menimbulkan *insight* bagi anggota yang lain.

Jadi, terapi kognitif perilaku dalam kelompok merupakan suatu pendekatan terapi yang ditujukan untuk mengubah pola pikir maladaptif yang juga melibatkan komponen *behavioral* dalam menangani depresi dalam *setting* kelompok.

#### **II.1.3.5. Teknik-teknik Terapi Kognitif Perilaku**

Secara garis besar, terdapat 2 teknik yang dipakai dalam terapi kognitif perilaku, yaitu:

1. Teknik kognitif.
  - a. *Metacognition and empiricism*

Metakognisi dapat diartikan sebagai berpikir tentang pikiran, yaitu orang/klien menekankan pada hal-hal yang empiris mengenai: apa yang terjadi (sebenarnya) dibandingkan dengan apa yang diperkirakan/diduga akan terjadi olehnya. Klien menelusuri kecenderungan yang tidak konsisten dan maladaptif mengenai cara dia



mengkonstruksi dunia, lalu terapis dan klien secara bersama-sama membangun konstruksi yang baru dan sejalan dengan kehidupan klien.

b. *Socratic questioning*

Terapis membuka jalan pikiran klien dengan mengajukan serangkaian pertanyaan terbuka yang mengeksplorasi pemaknaan pribadi klien terhadap suatu hal dan keterkaitan berbagai pengalaman yang dimiliki.

c. *The dysfunctional thought record (DTR)*

Sebuah lembar kerja yang memungkinkan klien untuk menuliskan pengalaman dirinya yang bermasalah/tidak mengenakkan dan menilai apakah pikiran yang menyertainya tepat atau tidak.

d. *Repetition of nascent positive beliefs*

Terapis meminta klien untuk mencari/menelusuri pikiran-pikiran yang bersifat positif dan menguatkan klien lalu mengucapkannya berulang kali.

e. *Revising core belief*

Klien menilai keyakinan/*beliefs* lama yang negatif dan mengganti dengan *belief* baru yang positif. Hal ini dapat dilakukan dengan pada lembar kerja yang disertai dengan bukti-bukti dari setiap *beliefs*. Setelah menemukan *belief* baru dan rencana tindakan untuk menguatkan *belief* baru tersebut.

f. *Rational-emotional role plays*

Jika klien mengakui *adaptive belief* yang baru namun belum sepenuhnya bisa menghilangkan *belief* lama yang maladaptif, maka

dapat dilakukan teknik ini. ini dilakukan dengan menghadirkan dua belief yang berlawanan dan mengadunya.

g. *Point-counterpoint*

Teknik ini digunakan untuk untuk mengubah cara berpikir ‘Ya...., tetapi.....’. teknik ini menyerupai teknik sebelumnya, namun dilakukan secara tertulis.

h. *Visualisation*

Biasanya klien membangun gambaran situasi yang menimbulkan reaksi emosi atau fisiologis negatif yang berasal dari persepsi atau prediksinya bagaimana situasi akan terjadi. Teknik visualisasi mengajak klien untuk mengubah gambaran visual yang ia bangun, dengan cara membangun gambaran lain yang lebih adaptif dan rasional.

i. *Continuum method*

Teknik ini hampir serupa dengan *socratic questioning* dengan mengarahkan klien untuk melihat situasi/permasalahan dalam suatu kontinum, klien dibawa dari kontinum yang ekstrim negatif bergerak ke kontinum yang lebih positif. Posisi kontinum dapat dipandu dengan penskalaan.

j. *Behavioral experiment*

Klien dan terapis merencanakan skenario untuk menguji *dysfunctional beliefs* klien. Klien menguji kebenaran isi pikiran yang negatif dengan kegiatan nyata di luar sesi. Ia mencatat seluruh hasil dari kegiatan

tersebut dan melakukan *review* pada sesi berikutnya, bersama dengan terapis, lalu menggarisbawahi data yang bertentangan dengan *beliefs* lama. Kemudian klien dan terapis mendiskusikan situasi-situasi yang mendukung keberhasilan.

k. *Completing the feedback loop*

Teknik ini dilakukan dengan hanya memfokuskan pada *beliefs* baru yang positif dan tidak lagi (memikirkan) *beliefs* lama. Harapannya *beliefs* baru akan tercetak dalam diri dan pikiran klien sehingga *beliefs* lama akan hilang atau terlupakan secara gradual.

2. Teknik *behavioral*

a. Jadwal aktivitas harian

Pasien membuat jadwal aktivitas yang dilakukannya setiap hari sehingga memungkinkan pasien untuk fokus kepada rencana-rencana yang akan dilakukannya setiap hari. Dengan menuliskan ini, diharapkan akan mengurangi kecenderungan pasien untuk selalu bersedih hati, selain itu penderita diminta mencatat keberhasilan yang diperolehnya, sehingga dengan mengetahui keberhasilannya, konsep diri pasien akan berubah serta meningkatkan kesadaran terhadap pengalaman yang positif.

b. Tugas rumah

Sejumlah tugas rumah harus dibuat setiap minggu untuk membantah simptom depresinya. Pasien diminta mengidentifikasi situasi-situasi dan pikiran-pikiran dengan memantau dan mencatat peristiwa dan

pikiran-pikiran dengan memantau dan mencatat peristiwa-peristiwa di luar konseling dalam bentuk tugas rumah. dengan menggunakan data pasien tersebut, konselor dan pasien dapat menentukan mana yang termasuk pikiran-pikiran negatif dan tidak rasional kemudian mengganti menjadi positif dan rasional.

c. Relaksasi

Salah satu bentuk terapi *behavioral* yang dapat dilakukan adalah relaksasi. Burn (dikutip oleh Beech dkk, 1992 dalam Prawitasari dkk, 2002) melaporkan beberapa keuntungan yang diperoleh dari latihan relaksasi, antara lain :

1. Relaksasi akan membuat individu mampu menghindari reaksi yang berlebihan karena adanya stres.
2. Masalah-masalah yang berhubungan dengan stres seperti hipertensi, sakit kepala, insomnia dapat dikurangi atau diobati dengan relaksasi.
3. Mengurangi kemungkinan gangguan yang berhubungan dengan stres.
4. Meningkatkan penampilan kerja, sosial dan ketrampilan fisik.
5. Kelelahan, aktivitas mental, dan atau latihan fisik yang tertunda dapat diatasi dengan relaksasi
6. Relaksasi merupakan bantuan untuk menyembuhkan penyakit tertentu dan operasi. Penelitian Prawitasari (1988a) menunjukkan bahwa relaksasi dapat dipakai untuk mengurangi keluhan fisik seseorang.

7. Konsekuensi fisiologis yang penting dari relaksasi adalah bahwa tingkat harga diri dan keyakinan diri individu meningkat sebagai hasil kontrol terhadap reaksi stres.
8. Meningkatkan hubungan interpersonal. Orang yang rileks dalam situasi interpersonal yang sulit akan lebih berfikir rasional.

d. Latihan aktif

Membayangkan diri mengikuti aktivitas sehingga pasien dapat mengemukakan dan mendiskusikan rintangan-rintangan yang mungkin dihadapi

Jadi, secara garis besar terdapat 2 teknik dalam terapi kognitif perilaku. Teknik kognitif digunakan untuk mengubah pola pikir maladaptif dan teknik *behavior* digunakan untuk mengurangi perilaku negatif.

#### **II.1.3.6. Tahapan Terapi Kognitif Perilaku**

Proses dari terapi diawali dengan sesi awal. Tujuan dari sesi ini adalah membangun hubungan dengan pasien, mendapatkan informasi yang dibutuhkan, mendefinisikan masalah serta memberikan bantuan untuk meringankan simtom. Membangun hubungan dengan pasien dapat dimulai dengan menanyakan tentang perasaan serta apa yang mereka pikirkan tentang terapi. Mendiskusikan harapan pasien, memberikan informasi pada terapis tentang apa yang diharapkan pasien dan dapat digunakan untuk menjelaskan tentang hubungan dari kognitif dan perasaan/emosi (Beck, Rush, dkk., 1979). Sehingga pasien dapat mengetahui dengan jelas bagaimana pikiran dapat terbentuk; situasi yang memicu; frekuensi,

intensitas dan durasi; serta konsekuensinya. Pada sesi awal ini, terapis lebih aktif daripada pasien. Tugas rumah yang diberikan biasanya untuk mengarahkan agar pasien mengenali koneksi antara pikiran, emosi dan perilaku. Beberapa dapat diberikan tugas untuk mengisi diari *automatic thoughts* (Corsini, 2000).

Berikutnya adalah sesi tengah dan akhir. Di sesi ini, terapis mulai mengganti pikiran-pikiran negatif tadi dengan pikiran yang lebih adaptif dan berguna bagi pasien. Pada sesi akhir, pasien diasumsikan/dianggap dapat lebih bertanggungjawab untuk mengidentifikasi masalah, mencari solusi serta menciptakan pekerjaan rumah sendiri yang dapat membantu dirinya (Corsini, 2000).

Terakhir adalah akhir dari terapi. Pada tahap terminasi ini, pasien diberitahukan jika tujuan dari terapi adalah agar mereka dapat belajar menjadi terapis bagi diri mereka sendiri (Corsini, 2000).

Terapi kognitif juga disertai dengan teknik *behavioral*/perilaku untuk memodifikasi pikiran dan asumsi otomatis. Tujuan dari teknik perilaku adalah untuk menantang kepercayaan maladaptif yang spesifik dan menciptakan proses belajar baru. Teknik perilaku yang digunakan bertujuan untuk membuat pasien rileks (relaksasi), atau membuat mereka aktif (jadwal aktivitas), membuat pasien dapat menyiapkan diri dari situasi yang biasanya dihindari (*behavior rehearsal*), atau mengarahkan mereka untuk menghadapi ketakutannya secara langsung (*exposure therapy*) (Corsini, 2000).

### **II.1.3.7. Efektifitas Terapi Kelompok Kognitif Perilaku untuk Menurunkan Depresi Tahanan Wanita**

Kriminalitas di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahunnya. Saat ini, pelaku tindak kriminal mengalami keberagaman. Tindak kriminal yang dulunya identik dengan pria, saat ini sudah tidak berlaku. Wanita pun sudah mulai terlibat menjadi pelaku tindak kriminal. Pelaku tindak kriminal yang tertangkap selanjutnya akan diproses sesuai dengan ketentuan yang ada. Selama mereka diproses, mereka akan ditempatkan dalam penjara. Mereka inilah yang disebut dengan tahanan.

Tahanan adalah tersangka atau terdakwa yang ditempatkan dalam Rutan/Cabang Rutan (Peraturan Pemerintah No. 58 Tahun 1999). Tahanan yang masih dalam proses penyidikan, penuntutan dan penulisan di Pengadilan Negeri, Pengadilan Tinggi dan Mahkamah Agung ditempatkan di dalam Rutan (Undang-undang No. 27 Tahun 1983).

Keadaan di dalam Rutan tentu berbeda dengan kehidupan di lingkungan masyarakat. Tahanan wanita dituntut untuk dapat menyesuaikan diri ketika berada di lingkungan baru. Mereka akan mengalami berbagai permasalahan. Permasalahan tersebut dapat berasal dari dalam Rutan maupun dari luar Rutan. Problematika tahanan wanita menurut Taylor (2004) antara lain: isolasi secara geografis; overkapasitas dan kesehatan; fasilitas campuran; tingkat keamanan; pendidikan dan program kerja; kurangnya pelatihan staf dan kunjungan keluarga. Selain permasalahan tersebut diatas, sebagai wanita, tahanan akan dihadapkan pada peran dia sebagai seorang ibu dan adanya stigma yang melekat bahwa

seharusnya seorang ibu berada dirumah dan mengurus rumah tangga serta mengasuh anak. Tahanan wanita harus hidup di dalam penjara dan melepaskan semua tanggungjawabnya sebagai seorang ibu. Tahanan wanita juga dihadapkan pada penantian menjelang vonis yang akan dijatuhkan.

Perubahan-perubahan yang dialami tahanan wanita sedikit banyak akan menuntut penyesuaian diri mereka dan tidak semua tahanan yang ada dapat bertahan dengan perubahan-perubahan yang terjadi dengan kondisi lingkungan semacam itu. Kondisi yang demikian, memungkinkan seorang tahanan merasa tertekan, mengembangkan perasaan negatif dan juga cara berfikir yang negatif. Semakin lama mereka mengalami kondisi demikian, maka dalam kondisi akut dapat menjadikan mereka depresi.

Beck (1967) menyatakan bahwa depresi dapat didefinisikan dalam istilah-istilah yang mengikuti beberapa atribut seperti: perubahan suasana hati/*mood* yang spesifik: sedih, sendiri, apatis; konsep diri negatif yang diasosiasikan dengan menyalahkan diri sendiri; regresif dan keinginan melarikan diri: keinginan untuk melarikan diri, bersembunyi, atau mati; perubahan diri yang dialami: anoreksia, insomnia, hilangnya keinginan seksual; perubahan dalam level aktivitas: menurun atau meningkat. PPDGJ (1993) menyatakan bahwa depresi merupakan suasana hati depresif yang ditandai dengan kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju keadaan mudah lelah dan berkurangnya aktivitas.

Beck (1979) berpendapat bahwa adanya gangguan depresi adalah akibat dari cara berpikir seseorang terhadap dirinya. Penderita depresi cenderung



menyalahkan diri sendiri. Hal ini disebabkan karena adanya distorsi kognitif terhadap diri, dunia, dan masa depannya sehingga dalam mengevaluasi diri dan menginterpretasi hal-hal yang terjadi mereka cenderung mengambil kesimpulan yang tidak cukup dan berpandangan negatif. Beck (1967) membagi simtom depresi menjadi 4, yaitu simtom emosional (perubahan perasaan); kognitif (pikiran yang muncul); motivasional (dorongan melakukan sesuatu mengalami regresi); dan fisik.

Buckaloo, dkk (2009) menyatakan bahwa penjara merupakan suatu tempat yang penuh tekanan bagi penghuninya karena mereka memiliki kontrol yang rendah atas dirinya. Misalnya saja aktivitas makan, bekerja, mandi, dan tidur. Hal ini menunjukkan bahwa dalam beberapa penelitian menggambarkan narapidana memiliki distres emosi seperti depresi, kecemasan, dan stres jika dibandingkan dengan populasi lain.

Sedangkan penelitian sosiologi menggambarkan bahwa pengalaman yang penuh tekanan dari penghuni penjara wanita antara lain kehilangan kemandirian dan kebebasan, keterpisahan dari keluarga mereka, serta keterbatasan aktivitas. Tahanan akan mengalami keterpisahan secara sosial tersebut dan menjadikan tekanan khususnya bagi ibu (Hurley, dkk. 1991). Penelitian yang dilakukan oleh Blanc, dkk (2001), menyatakan bahwa adanya perasaan tertekan sampai pada tindak bunuh diri yang terjadi di dalam penjara dapat terjadi mulai dari individu tersebut dalam tahap penahanan dan sekitar 60% dari kasus bunuh diri terjadi dalam 6 bulan pertama sejak mereka ditahan.

Tahanan wanita ketika dihadapkan pada kasusnya akan mencoba menyangkal (*denial*) kemudian ia mulai marah (*anger*), *bargaining* (menawar), dan jatuh pada depresi. Hal tersebut sama dengan tahapan yang dikemukakan oleh Kubler Ross (Taylor, 1999) karena layaknya pasien dengan terminal illness, tahanan wanita juga merasakan tekanan dengan adanya kasus yang menimpa dirinya. Tahanan wanita akan mengembangkan pikiran negatifnya. Ia mulai melakukan labelling pada dirinya, overgeneralisasi, loncatan simpulan. Pramudyawati (2009) dalam penelitiannya menyatakan bahwa bentuk-bentuk distorsi kognitif yang muncul pada narapidana wanita antara lain: pemberian label, filter mental, loncatan simpulan. Perilaku yang dimunculkan narapidana wanita tersebut secara garis besar antara lain: menangis, merasa bersalah, mudah tersinggung, menarik diri dari lingkungan, gangguan tidur, gangguan fisik dan emosi yang mengikutinya adalah sedih, kecewa, putus asa.

Ketika depresi tidak ditangani, maka dapat menimbulkan resiko-resiko yang harus dihadapi. Salah satu resiko terbesarnya adalah bunuh diri atau percobaan bunuh diri. Individu yang mengalami depresi seringkali memiliki pikiran bunuh diri (Lubis, 2009). Suatu studi yang dilakukan di San Diego dengan menggunakan analisis multivariat menunjukkan bahwa pikiran bunuh diri berkorelasi positif dengan depresi, stres, dan penggunaan alkohol maupun obat-obatan (De Man, dkk., 1993). Studi lain menunjukkan bahwa penjara adalah suatu komunitas dimana penghuninya kemungkinan akan mengalami stress, depresi, kecemasan yang tinggi dan sangat memungkinkan untuk melakukan tindak bunuh diri (Blauuw, 2005). Studi sebelumnya yang dilakukan di Rutan Klas I Surabaya

(Puspasari, 2009) mendapatkan hasil bahwa narapidana pada Rutan Klas I Surabaya memiliki kecenderungan bunuh diri.

Bentuk lain dari adanya depresi yang tidak tertangani adalah gangguan tidur, gangguan pola makan, gangguan dalam hubungan, gangguan dalam pekerjaan, serta adanya perilaku merusak Lubis (2009).

Permasalahan yang dialami tahanan wanita tersebut membutuhkan penanganan. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan CBT (*cognitive behavioral therapy*) atau terapi kognitif perilaku. Beck dan Weissar dalam Bieling (2006) menyatakan bahwa terapi kognitif perilaku merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang telah terbukti efektif di lebih dari 350 penelitian dalam menangani beberapa gangguan kejiwaan, seperti depresi, kecemasan, gangguan kepribadian dan psikotik. Terapi kognitif perilaku memadukan prinsip-prinsip kognitif dan perilaku. Terapi kognitif digunakan untuk mengganti pikiran negatif yang muncul pada tahanan wanita dan menggantinya dengan pikiran baru yang lebih positif. Terapi perilaku yang digunakan untuk membuat tahanan wanita aktif sebelum ia masuk pada terapi kognitif karena pada orang depresi terdapat penurunan level aktivitas sehingga ia tidak memiliki keinginan untuk memikirkan sesuatu (Bieling, 2006).

Penelitian yang dilakukan oleh Zalaquet dan Stens (2006) menyebutkan bahwa penggunaan terapi kognitif perilaku secara signifikan membawa perubahan pada penderita depresi, dibandingkan penggunaan antidepresan tunggal. Studi lain yang juga mendukung dilakukan oleh Campbell (1992) dan menyatakan bahwa

penggunaan *placebo* tanpa tretmen tidak memberikan pengaruh kepada penderita depresi.

Terapi kognitif perilaku dapat dilakukan secara individual ataupun kelompok. Secara umum, pemberian terapi kognitif perilaku secara individual ataupun kelompok adalah sama. Perbedaan terapi kognitif perilaku secara individual dan kelompok adalah pada jumlah pesertanya. Selain itu, terapi kognitif perilaku secara kelompok memberikan keunggulan lebih jika dibandingkan dengan pemberian secara individual. Setiap anggota kelompok akan mendapatkan giliran yang sama dalam memberikan pendapatnya sehingga anggota kelompok yang lain dapat memperoleh informasi baru dari masing-masing anggota kelompok. Robinson (dalam Bieling, 2006) mengidentifikasi 16 studi dengan pemberian *treatment* secara individu dan 15 studi dengan menggunakan *treatment* kelompok didapatkan hasil bahwa terapi kognitif perilaku yang diberikan secara kelompok memberikan efektifitas yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan pemberian secara individu.

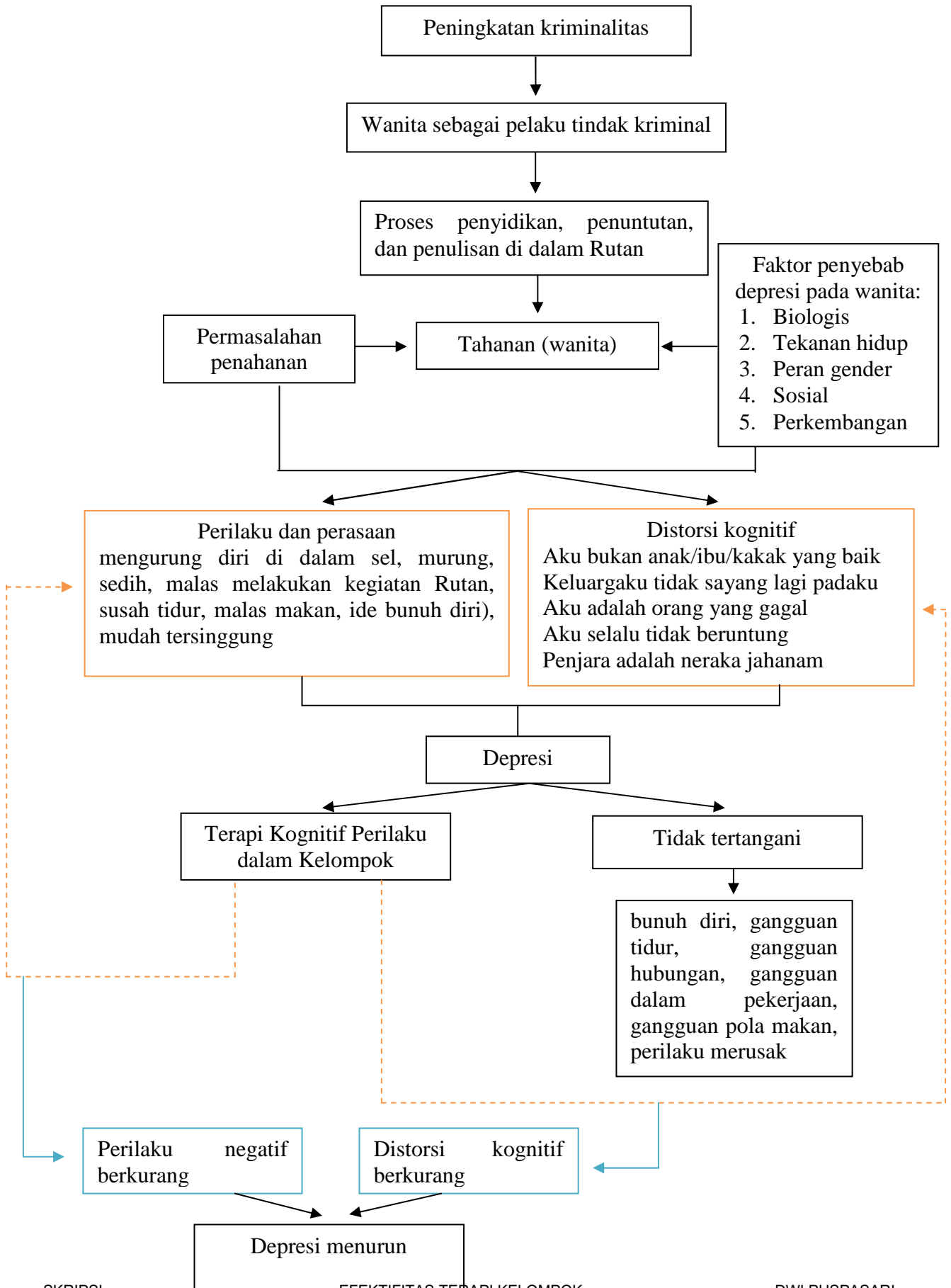
Yalom (1975) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi penyembuhan dalam terapi kelompok. Terapi kelompok memberikan keunggulan yang lebih dibandingkan terapi individu. Keunggulan terapi kelompok antara lain: menumbuhkan harapan; kebersamaan; memberi informasi; saling menolong; mengembangkan teknik sosialisasi; peniruan tingkah laku; pembelajaran interpersonal; kepaduan kelompok; katarsis; dan faktor eksistensial (Yalom, 1999). Terapi kelompok membuat anggotanya merasa tidak

sendirian dalam menghadapi masalah dan mereka akan mendapatkan *insight* dengan adanya terapi tersebut.

Depresi merupakan gangguan pertama yang ditangani dan dievaluasi dengan menggunakan terapi kognitif perilaku secara kelompok. Studi awal yang dilakukan oleh Hollon, Shaw, dan koleganya (Bieling, 2006) tidak hanya membandingkan terapi kognitif perilaku secara kelompok dengan terapi pengobatan, namun juga dengan terapi kognitif perilaku secara individual. Studi tersebut menemukan bahwa terapi kognitif perilaku secara kelompok lebih efektif untuk beberapa gangguan namun tidak seefektif terapi kognitif perilaku secara individu untuk beberapa gangguan lainnya.

Khodayarifard, dkk (2010) melakukan penelitian pada penghuni penjara laki-laki dengan menggunakan terapi kognitif perilaku dan dari studinya tersebut didapatkan hasil bahwa terapi kognitif perilaku secara signifikan dapat menurunkan depresi pada penghuni penjara. Terapi tersebut dapat diberikan secara individu maupun kelompok. dan hasilnya, terapi kognitif perilaku secara kelompok memberikan hasil yang lebih signifikan dibandingkan terapi secara individu.

**II.2. Kerangka Teoritis**



### **II.3. Hipotesis**

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Terapi kelompok kognitif perilaku efektif untuk menurunkan depresi tahanan wanita di Rutan Klas I Surabaya.