PENGARUH PENINGKATAN REGULASI EMOSI TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEPRESI PADA MAHASISWA

TESIS

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Memperoleh Derajat Gelar S-2
Program Studi Magister Psikologi Profesi

Disusun Oleh:
SHINTA ADZANI PUTRI
202110500211025

PROGRAM STUDI MAGISTER PSIKOLOGI PROFESI
DIREKTORAT PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG
Januari 2024

PENGARUH PENINGKATAN REGULASI EMOSI TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEPRESI PADA MAHASISWA

Diajukan oleh :

SHINTA ADZANI PUTRI
202110500211025

Telah disetujui

Pada hari/tanggal, **Jumat/29 Desember 2023**

Pembimbing Utama	Pembimbing Pendamping
Prof. Dr. Tulus Winarsunu	**Muhamad Salis Yuniardi, Ph.D**
Direktur Program Pascasarjana	Ketua Program Studi Magister Psikologi Profesi
Prof. Akhsanul In'am, Ph.D	**Dr. Cahyaning Suryaningrum**

TESIS

Dipersiapkan dan disusun oleh :

SHINTA ADZANI PUTRI
202110500211025

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
pada hari/tanggal, Jumat/**29 Desember 2023**
dan dinyatakan memenuhi syarat sebagai kelengkapan
memperoleh gelar Magister/Profesi di Program Pascasarjana
Universitas Muhammadiyah Malang

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua	:	**Prof. Dr. Tulus Winarsunu**
Sekretaris	:	**Muhamad Salis Yuniardi, Ph.D**
Penguji I	:	**Assoc. Prof. Ni'matuzahroh, Ph.D**
Penguji II	:	**Dr. Djudiyah**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : **SHINTA ADZANI PUTRI**

NIM : **202110500211025**

Program Studi : **Magister Psikologi Profesi**

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa :

1. TESIS dengan judul : **PENGARUH PENINGKATAN REGULASI EMOSI TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEPRESI PADA MAHASISWA** Adalah karya saya dan dalam naskah Tesis ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dalam daftar pustaka.
2. Apabila ternyata dalam naskah Tesis ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur **PLAGIASI**, saya bersedia Tesis ini **DIGUGURKAN** dan **GELAR AKADEMIK YANG TELAH SAYA PEROLEH DIBATALKAN**, serta diproses sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
3. Tesis ini dapat dijadikan sumber pustaka yang merupakan **HAK BEBAS ROYALTY NON EKSKLUSIF**.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 15 Desember 2023
Yang menyatakan,

SHINTA ADZANI PUTRI

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan kasih-Nya sehingga tesis ini telah selesai. Penulis menyadari bahwa selama masa perkuliahan dan dalam proses penyusunan tesis ini banyak pihak yang telah membimbing dan membantu penulis. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. H. Fauzan, M.Pd., selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Malang.
2. Prof. Akhsanul In'am, PhD., selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Malang.
3. Dr. Cahyaning Suryaningrum, M.Si., Psikolog selaku Ketua Program Studi Magister Psikologi Profesi beserta staf atas segala dukungan yang diberikan.
4. Prof. Dr. Tulus Winarsunu, M.Si dan M. Salis Yuniardi, M. Psi, Psikolog, PhD selaku dosen pembimbing I dan II yang telah meluangkan banyak waktu untuk memberikan masukan dan kritik untuk menuntaskan penyelesaian tesis ini.
5. Staff pengajar Magister Psikologi Profesi atas waktu yang diluangkan untuk berbagi ilmu yang bermanfaat dalam proses penulisan tesis ini.
6. Kedua orang tua dan adik-adik subjek yang selalu mendoakan dan menjadi motivasi penulis untuk menyelesaikan studi.
7. Mas Ferdi yang selalu menemani dan menyemangati selama proses studi.
8. Teman-teman Mapro 2021 yang menjadi teman diskusi selama studi.
9. Seluruh partisipan penelitian yang bersedia terlibat dalam penelitian ini.

Semoga Allah SWT melindungi dan meridhoi atas segala kebaikan yang telah diberikan. Penulis berharap tesis ini dapat bermanfaat bagi siapa saja yang membacanya. Penulis juga menerima kritik dan saran terkait penulisan tesis ini sebagai perbaikan di masa mendatang.

Malang, Desember 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ii
DAFTAR ISI iii
DAFTAR TABEL iv
DAFTAR GAMBAR iv
DAFTAR LAMPIRAN v
ABSTRAK vi
ABSTRACT vii
LATAR BELAKANG 1
KAJIAN PUSTAKA 4
Depresi 4
Depresi dalam Perspektif Islam 5
Regulasi Emosi 6
Emotion Focused Therapy (EFT) 7
Peningkatan Regulasi Emosi untuk Menurunkan Tingkat Depresi 10
Kerangka berpikir 11
Hipotesis 12
METODE PENELITIAN 12
Desain Penelitian 12
Subjek Penelitian 12
Variabel dan Instrumen Penelitian 13
Prosedur Penelitian 14
Analisis Data 15
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN 16
Hasil Analisis Data 16
Pembahasan 20
Kesimpulan dan Implikasi 22
REFERENSI 24
LAMPIRAN 30

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Data Demografis Subjek 12
Tabel 2. Hasil Uji Homogenitas 16
Tabel 3. Perbedaan *Pretest Posttest* Regulasi Emosi 17
Tabel 4. Perbedaan Regulasi Emosi Setelah Intervensi 17
Tabel 5. Perbedaan *Pretest Posttest* Tingkat Depresi 18
Tabel 6. Perbedaan Tingkat Depresi Setelah Intervensi 18

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka berpikir penelitian 11
Gambar 2. Perbandingan Skor Tingkat Depresi Kelompok Eksperimen 19
Gambar 3. Perbandingan Skor Tingkat Depresi Kelompok Kontrol 20

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent Subjek 31
Lampiran 2. Tabulasi Data Skala DERS-SF 33
Lampiran 3. Tabulasi Data Skala BDI-II 34
Lampiran 4. Skala DERS-SF 35
Lampiran 5. Skala BDI-II 37
Lampiran 6. Uji Homogenitas 41
Lampiran 7. Uji Wilcoxon Regulasi Emosi 42
Lampiran 8. Uji Mann Whitney Regulasi Emosi 43
Lampiran 9. Uji Wilcoxon Tingkat Depresi 44
Lampiran 10. Uji Mann Whitney Tingkat Depresi 45
Lampiran 11. Analisis G*Power 46
Lampiran 12. Modul Intervensi 47
Lampiran 13. Format Penugasan (*Self-Report*) 60
Lampiran 14. Lembar Expert Judgment 61
Lampiran 15. Hasil Cek Plagiasi 64

Pengaruh Peningkatan Regulasi Emosi terhadap Penurunan Tingkat Depresi pada Mahasiswa

Shinta Adzani Putri*

Magister Psikologi Profesi
Universitas Muhammadiyah Malang
*shinta.adzani@gmail.com

ABSTRAK

Mahasiswa merupakan populasi yang rentan mengalami depresi karena adanya berbagai tekanan eksternal. Depresi pada mahasiswa berkaitan dengan kemampuan regulasi emosi yang maladaptif. Oleh sebab itu, diperlukan intervensi yang membantu mahasiswa untuk memiliki kemampuan regulasi emosi yang adaptif sehingga tingkat depresi dapat menurun. *Emotion Focused Therapy* (EFT) merupakan terapi yang memiliki muatan untuk berfokus pada pengalaman emosi, regulasi emosi, serta pemaknaan baru yang positif terhadap pengalaman emosi yang menyakitkan. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui pengaruh EFT dalam meningkatkan regulasi emosi sehingga menurunkan tingkat depresi. Penelitian ini menggunakan desain kuasi eksperimen *pretest posttest control group design*. Subjek penelitian terdiri dari 12 mahasiswa berusia antara 19-23 tahun dengan tingkat depresi *severe*. Instrumen yang digunakan yakni DERS-SF (*Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form)* untuk mengukur regulasi emosi, serta BDI-II (*Beck Depression Inventory*-II) untuk mengukur tingkat depresi. Analisis data menggunakan Uji Wilcoxon dan Uji Mann-Whitney. Hasil penelitian menunjukkan tingkat depresi pada kelompok eksperimen secara signifikan mengalami penurunan (Z= -2.207, p=0.027), sementara tingkat depresi pada kelompok kontrol tidak terdapat perubahan yang signifikan (Z=-1.511, p=0.131). Hasil penelitian ini memberikan dukungan awal untuk penerapan dan studi lebih lanjut terkait EFT pada mahasiswa depresi.

Kata kunci: depresi, regulasi emosi, *emotion focused therapy*, EFT, mahasiswa

The Effect of Increasing Emotion Regulation on Reducing Depression Levels in College Students

Shinta Adzani Putri*

Master of Professional Psychology
University of Muhammadiyah Malang
*shinta.adzani@gmail.com

ABSTRACT

College students are vulnerable population to experience depression due to various external pressures. Depression in students is related to maladaptive emotional regulation abilities. Therefore, interventions are needed to help students have adaptive emotional regulation skills so that depression levels can decrease. Emotion Focused Therapy (EFT) is a therapy focusing on emotional experiences, emotional regulation, and new positive meanings to painful emotional experiences. The aim of the research is to determine the effect of EFT in improving emotional regulation thereby reducing levels of depression. This research used a quasi-experimental pretest posttest control group design. The research subjects consisted of 12 students aged between 19-23 years with severe levels of depression. The instruments used were DERS-SF (Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form) to measure emotional regulation, and BDI-II (Beck Depression Inventory-II) to measure the level of depression. Data analysis used the Wilcoxon Test and Mann-Whitney Test. The results showed that the level of depression in the experimental group significantly decreased ($Z= -2.207$, $p=0.027$), while the level of depression in the control group did not change significantly ($Z=-1.511$, $p=0.131$). The results of this study provide initial support for the application and further study of EFT in depressed students.

Keywords: depression, emotional regulation, emotion focused therapy, EFT, college students

LATAR BELAKANG

Kesehatan mental merupakan isu penting dalam lingkungan akademis. Mahasiswa merupakan populasi yang rentan mengalami permasalahan kesehatan mental sebab adanya tekanan akademis, sosial, dan finansial, yang dialami secara terus menerus (Johnston et al., 2020). Permasalahan kesehatan mental pada mahasiswa berkaitan dengan dampak serius, seperti pencapaian akademis yang menurun, menurunnya presensi kuliah, serta meningkatnya pengunduran diri dari kuliah (Stallman, 2010; Storrie et al., 2010). Data menunjukkan bahwa terdapat peningkatan tren permasalahan kesehatan mental pada mahasiswa (Coiro et al., 2017; Hunt & Eisenberg, 2010). Adanya tekanan psikologis disertai pula dengan peningkatan prevalensi gangguan seperti gangguan depresi (Yuniardi et al., 2021).

Berdasarkan data survei, terdapat 88,1% mahasiswa merasa tertekan pada satu waktu selama 12 bulan terakhir, serta terdapat 22,3% mahasiswa terdiagnosis gangguan depresi dalam 12 bulan terakhir (American College Health Association, 2018). Penelitian pada 148 mahasiswa keperawatan di Indonesia menemukan bahwa sebanyak 21,7% mengalami depresi dari tingkat rendah hingga ekstrim (Santoso et al., 2020). Penelitian tingkat depresi pada 53 mahasiswa yang sedang mengerjakan tugas akhir menunjukkan hasil sebanyak 62,3% mengalami depresi dari tingkat ringan hingga sangat parah (Vrichasti et al., 2020). Individu dengan tingkat depresi tinggi lebih berisiko melakukan percobaan bunuh diri, namun individu dengan tingkat depresi ringan dan sedang juga dapat memiliki pikiran untuk bunuh diri (Cukrowicz et al., 2011). Bunuh diri merupakan penyebab kematian tertinggi kedua pada mahasiswa dengan korban 1.100 jiwa tiap tahun (Floyd et al., 2003).

Berdasarkan data Kepolisian Resor Malang (Werdiono, 2023), kasus bunuh diri di Malang mengalami kenaikan tiap tahun sejak 2021. Terdapat 16 kasus bunuh diri pada tahun 2021, kemudian meningkat menjadi 21 kasus pada tahun 2022, dan meningkat menjadi 32 kasus pada tahun 2023. Beberapa kasus bunuh diri tersebut dilakukan oleh mahasiswa. Pada tahun 2021, terdapat seorang mahasiswa salah satu kampus di Malang melakukan percobaan bunuh diri karena kesulitan finansial untuk membayar biaya kuliah (Sholeh, 2021). Pada tahun

2022, seorang mahasiswa baru salah satu kampus di Malang melakukan percobaan bunuh diri karena orangtuanya meninggal (Pratama, 2022). Pada tahun 2023, seorang mahasiswi dari salah satu kampus di Malang melakukan bunuh diri di area kampus dan diduga disebabkan oleh depresi (CNN Indonesia, 2023).

Depresi merupakan sebuah gangguan psikologis yang mempengaruhi penderitanya merasakan kehilangan minat, kesenangan, dan kebahagiaan, serta meningkatnya perasaan sedih, marah, dan malu (Greenberg & Watson, 2006). Depresi juga ditandai dengan adanya perasaan putus asa, yakni kehilangan tujuan dan makna hidup, yang hadir secara konsisten (Winarsunu et al., 2023). Penelitian menunjukkan bahwa terdapat gangguan pada fungsi neurotransmiter yang mempengaruhi kemampuan individu dalam merasakan emosi positif maupun negatif (Nutt, 2008).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat keparahan gejala depresi berkaitan dengan kesulitan dalam mengidentifikasi emosi (Honkalampi et al., 1999; Rude & McCarthy, 2003), kesulitan dalam menenangkan diri ketika mengalami emosi negatif (Berking et al., 2011). Semakin parah tingkat depresi yang dialami, individu juga semakin kesulitan dalam menerima dan menoleransi emosi negatif (Campbell-Sills et al., 2006), serta kesulitan dalam melakukan modifikasi emosi secara adaptif (Kassel et al., 2007). Hasil penelitian menyatakan bahwa keparahan gejala depresi pada mahasiswa dapat diprediksi berdasarkan respon emosional terhadap stresor interpersonal sehari-hari (O'Neill et al., 2005). Penelitian longitudinal menunjukkan bahwa keberhasilan dalam menerapkan kemampuan regulasi emosi memprediksi tingkat keparahan gejala depresi selanjutnya secara negatif selama periode 5 tahun (Berking et al., 2014). Hal tersebut berarti bahwa kegagalan dalam melakukan regulasi emosi dapat berdampak pada munculnya depresi.

Individu depresi memiliki kesulitan dalam melakukan regulasi emosi secara adaptif (Liverant et al., 2008), serta merespon emosi negatif dengan strategi regulasi emosi yang kurang efektif dibandingkan dengan individu yang tidak depresi (Ehring et al., 2010). Rendahnya kemampuan dalam regulasi emosi menjadi target terkini dalam memberikan penanganan terhadap kasus depresi

(Berking & Wupperman, 2012). Regulasi emosi melibatkan proses ekstrinsik dan intrinsik yang berfungsi untuk memonitor, mengevaluasi, dan memodifikasi reaksi emosional sesuai dengan yang diharapkan (Thompson, 1994). Kemampuan regulasi emosi yang efektif dapat membantu mencegah, mengurangi, atau mempersingkat intensitas atau durasi dari kondisi disforia (Berking et al., 2013) yang mengaktifkan pola pikir depresif (Jarrett et al., 2012; Segal et al., 2006) dan menyebabkan kekambuhan depresi (Berking et al., 2014).

Terdapat berbagai pendekatan terapi yang digunakan untuk menangani depresi, seperti *Interpersonal Therapy* (IPT), *Cognitive-Behavioral Therapy* (CBT), dan *Emotion Focused Therapy* (EFT). IPT dan CBT telah terbukti mendorong perubahan terapeutik pada depresi dengan menargetkan proses kognitif dan interpersonal (Duffy et al., 2019; Lepping et al., 2017). Meskipun faktor kognitif dan interpersonal sering kali merupakan aspek depresi, namun EFT berfokus pada proses skema emosi yang mendasari kedua faktor penentu tersebut dan menilai proses afektif sebagai target terapi yang penting dan mendasar. Adapun kelebihan EFT dibanding CBT dan IPT yakni, EFT lebih efektif dalam mengurangi masalah interpersonal, mendorong lebih banyak perubahan gejala depresi, serta sangat efektif dalam mencegah kekambuhan (Greenberg & Watson, 2006).

EFT menekankan pada aspek emosi dalam pembentukan *self* serta dalam cara memahami diri individu dalam dunia (Greenberg, 2010). EFT bekerja dengan cara mengubah emosi dengan mengakses dan mentransformasi skema emosi yang menyebabkan munculnya gejala depresi. Tugas selama terapi diberikan untuk mengarahkan individu pada emosi menyakitkan yang selama ini dihindari dan belum pernah diproses secara maksimal, bertahan dengan pengalaman menyakitkan tersebut, dan menggunakan tugas yang terarah untuk menciptakan pengalaman *self* dan sekitarnya yang lebih adaptif. Dengan demikian, respon terhadap skema emosi negatif telah diperbarui dengan menjadikannya sebagai luka emosional di masa lalu (Thompson & Girz, 2019).

Berdasarkan uraian terkait depresi dan regulasi emosi peneliti tertarik menggunakan EFT untuk meningkatkan kemampuan regulasi emosi sehingga

diharapkan dapat menurunkan tingkat depresi mahasiswa. Perbedaan strategi individu dalam regulasi emosi memainkan peran penting dalam depresi, sebab penggunaan strategi regulasi emosi maladaptif berkaitan dengan penurunan kemampuan dalam kontrol kognitif (Joormann & Gotlib, 2010). Pendekatan EFT yang berfokus pada aspek emosi sebagai target terapi diharapkan berhasil dalam memberikan efek penurunan tingkat depresi mahasiswa. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa EFT terbukti efektif dalam menurunkan depresi lansia di panti wreda (Patinkin et al., 2022) dan meningkatkan regulasi emosi penderita hipertensi (Orizani et al., 2022). Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan informasi terkait alternatif intervensi penanganan depresi pada mahasiswa.

KAJIAN PUSTAKA

Depresi

Depresi merupakan gangguan *mood* yang mempengaruhi keberfungsian individu dalam berbagai aspek kehidupan (García-Batista et al., 2018). Diagnosis depresi dapat diberikan ketika terdapat minimal satu kali episode depresif mayor tanpa adanya riwayat manik atau hipomanik. Gangguan depresi meliputi perubahan signifikan dalam keberfungsian sehari-hari, seperti perasaan sedih, putus asa, kehilangan minat pada semua aktivitas selama minimal dua minggu (American Psychiatric Association, 2013). Depresi juga dapat terlihat dari gejala seperti menurunnya nafsu makan, perubahan berat badan, permasalahan tidur, hingga tingkat yang parah seperti aktivitas motorik yang terhambat (Nevid et al., 2018).

Mahasiswa merupakan populasi yang rentan mengalami depresi. Kualitas tidur yang kurang sebab adanya beban akademik dan stres yang dialami selama perkuliahan meningkatkan risiko depresi (Johnston et al., 2020). Tekanan yang dialami mahasiswa juga dapat berasal dari orang tua. Penelitian menunjukkan bahwa mahasiswa yang tinggal bersama orang tua selama perkuliahan lebih berisiko mengalami depresi daripada yang tinggal tidak bersama orang tua (Devi et al., 2021).

Penelitian pada mahasiswa yang depresi menunjukkan bahwa mahasiswa cenderung menghindar dan memendam ketika berhadapan dengan emosi negatif (Min'er & Dejun, 2001). Subjek dengan tingkat depresi yang lebih tinggi mengalami lebih banyak rasa malu, kesedihan, permusuhan terhadap diri sendiri, ketakutan, rasa jijik, dan kemarahan, serta menurunnya rasa gembira dan minat. Depresi secara signifikan berhubungan dengan disfungsi regulasi emosi pada mahasiswa.

Depresi berdampak pada kemampuan individu dalam melakukan tanggung jawab sehari-hari. Individu yang mengalami depresi cenderung mengalami kehilangan minat pada aktivitas yang biasanya dilakukan, kesulitan konsentrasi dan membuat keputusan, memikirkan tentang kematian, bahkan hingga melakukan percobaan bunuh diri (Nevid et al., 2018). Bunuh diri merupakan penyebab kematian tertinggi kedua pada individu usia 15-29 tahun (WHO, 2019). Tiap tahun hampir 800.000 individu melakukan bunuh diri (Astutik et al., 2020).

Depresi dalam Perspektif Islam

Gambaran depresi dalam Al-Qur'an menggunakan kata *huzn* dan berbagai bentuk derivasinya (Sany, 2022). *Huzn* bermakna sebagai perasaan sedih yang disebabkan oleh kehilangan, ketidakberdayaan, dan ketidakberuntungan (Qalyubi, 2020). Istilah *huzn* di Al-Qur'an muncul sebanyak 42 kali dalam 25 surat, salah satunya pada Surah An Nahl ayat 127.

وَٱصۡبِرۡ وَمَا صَبۡرُكَ إِلَّا بِٱللَّهِۚ وَلَا تَحۡزَنۡ عَلَيۡهِمۡ وَلَا تَكُ فِي ضَيۡقٖ مِّمَّا يَمۡكُرُونَ

Artinya:

"Bersabarlah (hai Muhammad) dan tiadalah kesabaranmu itu melainkan dengan pertolongan Allah dan janganlah kamu bersedih hati (*huzn*) terhadap (kekafiran) mereka dan janganlah kamu bersempit dada terhadap apa yang mereka tipu dayakan." (QS An Nahl: 127)

Ayat tersebut mendeskripsikan pentingnya kesabaran dan berserah diri pada Allah SWT ketika menghadapi rasa sedih (Qalyubi, 2020). Bersabar dan berserah

diri pada Allah dapat membuat individu merasa bahwa masalah yang membuat sedih itu tidak dihadapi sendiri dan pasti akan diberi jalan keluar oleh Allah SWT. Bersabar dan berserah diri merupakan cara yang diajarkan dalam Al-Qur'an untuk mengontrol emosi supaya tidak sedih berlarut-larut.

Regulasi Emosi

Regulasi emosi adalah sekumpulan proses kognitif yang mempengaruhi munculnya respon emosional, serta cara individu dalam mengalami dan mengeskpresikan emosi tersebut (Gross, 1998). Emosi muncul dalam suatu urutan yang mencakup empat langkah utama, yakni (Gross, 2002):

1) Situasi (nyata atau imajiner) yang relevan secara emosional
2) Perhatian diarahkan pada situasi emosional
3) Melakukan evaluasi dan interpretasi terhadap situasi
4) Respons emosional terhadap situasi dengan perubahan dalam sistem respons perilaku, pengalaman, dan fisiologis.

Regulasi emosi merupakan sebuah proses kompleks yang melibatkan inisiasi, inhibisi, atau modulasi dari aspek keberfungsian emosi sebagai berikut (Gross & Muñoz, 1995):

1) Keadaan emosional internal (misalnya, pengalaman subjektif terkait emosi)
2) Kognisi terkait emosi (misalnya, reaksi terhadap pikiran tentang suatu situasi)
3) Proses fisiologis terkait emosi (misalnya, reaksi hormonal)
4) Perilaku terkait emosi (misalnya, ekspresi wajah, respon verbal)

Kemampuan individu mengontrol pengalaman emosionalnya untuk berperilaku secara adaptif terhadap situasi yang ada merupakan hal yang penting bagi kesehatan mental (Gross & Muñoz, 1995). Strategi regulasi emosi, seperti ruminasi, dapat berisiko menjadi maladaptif dan secara signifikan merusak fungsi psikososial. Oleh sebab itu, pemahaman terkait kapan dan mengapa regulasi emosi menjadi berbahaya merupakan hal yang sangat penting (Moore et al., 2008). Hal ini berkaitan dengan faktor situasional dan individu yang mempengaruhi kapasitas regulasi emosi kognitif, termasuk sifat dan tingkat

keadaan kesehatan psikologis, sosial, dan somatik (Abelson et al., 2005; Gross, 2002).

Terdapat enam dimensi regulasi emosi (Gratz & Roemer, 2004), yaitu yang pertama penerimaan respons emosional, kecenderungan respon positif terhadap emosi yang positif, serta dapat menghadapi perasaan yang tertekan. Dimensi kedua yakni kesadaran emosional, menunjukkan tingginya perhatian terhadap respon emosional. Dimensi ketiga adalah kejernihan emosi, yakni sejauh mana individu dapat memahami emosi yang dialami. Dimensi keempat yaitu keterlibatan dalam perilaku yang bertujuan, adalah kemampuan dalam berkonsentrasi dan menyelesaikan tugas walaupun sedang mengalami emosi negatif. Dimensi kelima adalah kontrol impuls, yaitu usaha yang dilakukan untuk mengendalikan perilaku ketika kesal. Dimensi keenam yaitu akses terhadap strategi regulasi emosi, adalah kemampuan individu dapat mengatur emosi secara efektif bahkan ketika kesal.

***Emotion Focused Therapy* (EFT)**

EFT merupakan terapi yang bertujuan untuk mengakses dan mengubah kebiasaan skema emosional maladaptif yang dipandang sebagai sumber depresi. Ini sering melibatkan perasaan malu karena tidak berharga, ketergantungan, cemas, pengabaian, dan ketidakberdayaan. Melalui proses terapeutik, skema emosi adaptif diakses untuk mengubah skema emosi maladaptif. Proses perubahan emosi dengan emosi ini dibantu dengan penggunaan teknik terapi khusus yang membantu menstimulasi dorongan emosi dan proses pengolahan emosinya (Greenberg, 2017). Greenberg (2010) menyampaikan tiga prinsip kunci yang mendasari perubahan emosional, yakni:

1) Kesadaran Emosi (*Emotion Awareness*). Hal ini berkaitan dengan kesadaran yang lebih besar dari pengalaman emosional dan informasi di dalamnya, serta pemahaman yang lebih besar dari perilaku yang dihasilkan dari emosi tersebut. Peningkatan kesadaran emosional mendorong penciptaan makna baru dan membantu individu mengembangkan narasi baru untuk menjelaskan pengalaman mereka.

2) Regulasi Emosi (*Emotion Regulation*). Untuk mencapai keadaan terhubung dengan pengalaman emosional individu itu sendiri, kapasitas individu untuk menenangkan diri (misalnya, dengan mengatur detak jantung dan pernapasan) perlu ditingkatkan. Kemampuan dalam menenangkan diri memungkinkan individu memperoleh wawasan dan pengetahuan dari proses emosional tersebut dan belajar bagaimana menangani sinyal dan situasi darurat.
3) Mengubah Emosi dengan Emosi (*Changing Emotion with Emotion*). Keadaan afektif nonadaptif dapat diubah menjadi keadaan adaptif. Perubahan ini dimungkinkan oleh latihan relaksasi atau melalui induksi emosi positif yang disengaja.

Pada EFT untuk depresi (Greenberg & Watson, 2006), sesi awal digunakan untuk membangun hubungan empatik yang berpusat pada subjek. Terapis di sesi pertama dan selanjutnya melakukan tiga sikap relasional mendasar dari empati, perhatian positif, dan kongruensi. Pada sesi awal, terapis mendengarkan dan mengamati gaya proses emosional subjek dan menilai kapasitas subjek untuk pengalaman emosional. Terapis menanggapi secara selektif bagian-bagian dari kisah subjek. Ketika hubungan terapis dan subjek lebih kuat, terapis dapat menanggapi indikasi verbal dari subjek terhadap berbagai jenis masalah pemrosesan dan menyarankan penggunaan intervensi yang tepat. Selama proses terapi, terapis dapat mengkomunikasikan pemahaman tentang makna inti, sementara di lain waktu, terapis fokus mengeksplorasi hal yang belum dinyatakan tetapi berada di ujung kesadaran subjek (Greenberg, 2015; Greenberg et al., 1993).

EFT memiliki tiga tahapan intervensi (Greenberg & Watson, 2006), tahapan pertama yakni *bonding and awareness*. Tahapan ini menekankan pada membentuk ikatan relasi yang saling percaya antara terapis dan subjek, meningkatkan kesadaran emosional subjek, serta secara kolaboratif menetapkan fokus awal terapi. Upaya untuk mencapai tujuan ini berlanjut selama terapi. Ketika ikatan relasi yang aman telah terbentuk, kesepakatan untuk bekerja sama pada kesadaran emosional terbentuk, dan fokus awal pada aspek pengalaman yang menyebabkan depresi telah disepakati, transisi ke tahap kedua terjadi.

Tahap kedua dari EFT yakni tahap *evocation and exploration*. Pada tahapan ini sangat penting bagi subjek untuk merasakan apa yang mereka bicarakan dalam sesi tersebut dan bahwa perhatian utama dirasakan berdasarkan pengalaman, bukan hanya diketahui secara intelektual. Untuk meningkatkan pengalaman, terapis harus menilai dukungan internal dan eksternal subjek dalam melakukan kontak dengan pengalaman dan kapasitas subjek untuk menampung dan memproses pengalaman tersebut. Jika dukungan tidak mencukupi, terapis harus membantu subjek mengembangkan sumber daya dan kapasitas untuk memproses pengalaman tersebut.

Salah satu teknik yang dilakukan pada tahap *evocation and exploration* yaitu teknik *imagery*, dengan cara meminta klien berbicara tentang perasaan gagal dengan membayangkan situasi atau interaksi tertentu yang memicu perasaan ini untuk membantu mendorong eksplorasi perasaan dan pikiran yang lebih berbeda dalam situasi tersebut. Alternatifnya, terapis dapat mengamati bahwa subjek tertawa dengan mata berkaca-kaca, atau terapis dapat bertanya, "Bagaimana rasanya sekarang, saat Anda membicarakan hal ini?" atau tanggapi dengan "Itu bagian yang masih menyakiti atau mengganggu Anda" (Robinson et al., 2014).

Tahap ketiga dari EFT yakni tahap *transformation*. Tahap ini menekankan pada pembentukan cara alternatif untuk merespons secara emosional, kognitif, dan perilaku dengan mengakses sumber daya internal baru dalam bentuk respons emosional adaptif dan dengan memahami pengalaman dengan cara-cara baru. Pergeseran ke tahap ini terjadi ketika pengalaman emosional yang menjadi inti masalah telah dimunculkan dalam sesi sebelumnya dan faktor penyebabnya telah dieksplorasi.

Pada tahap *transformation*, terapis membantu subjek untuk berfokus pada cara mengakses respons emosional adaptif baru dan untuk memfasilitasi pembentukan makna baru oleh subjek. Subjek menghasilkan pengalaman baru, baik dengan mengakses emosinya dan mengubah narasinya, sehingga terbentuk kisah hidup baru yang lebih positif. Hal tersebut membantu subjek untuk memahami perubahan dalam pengalaman mereka terhadap diri mereka sendiri dan dunia (Greenberg & Watson, 2006).

Peningkatan Regulasi Emosi untuk Menurunkan Tingkat Depresi

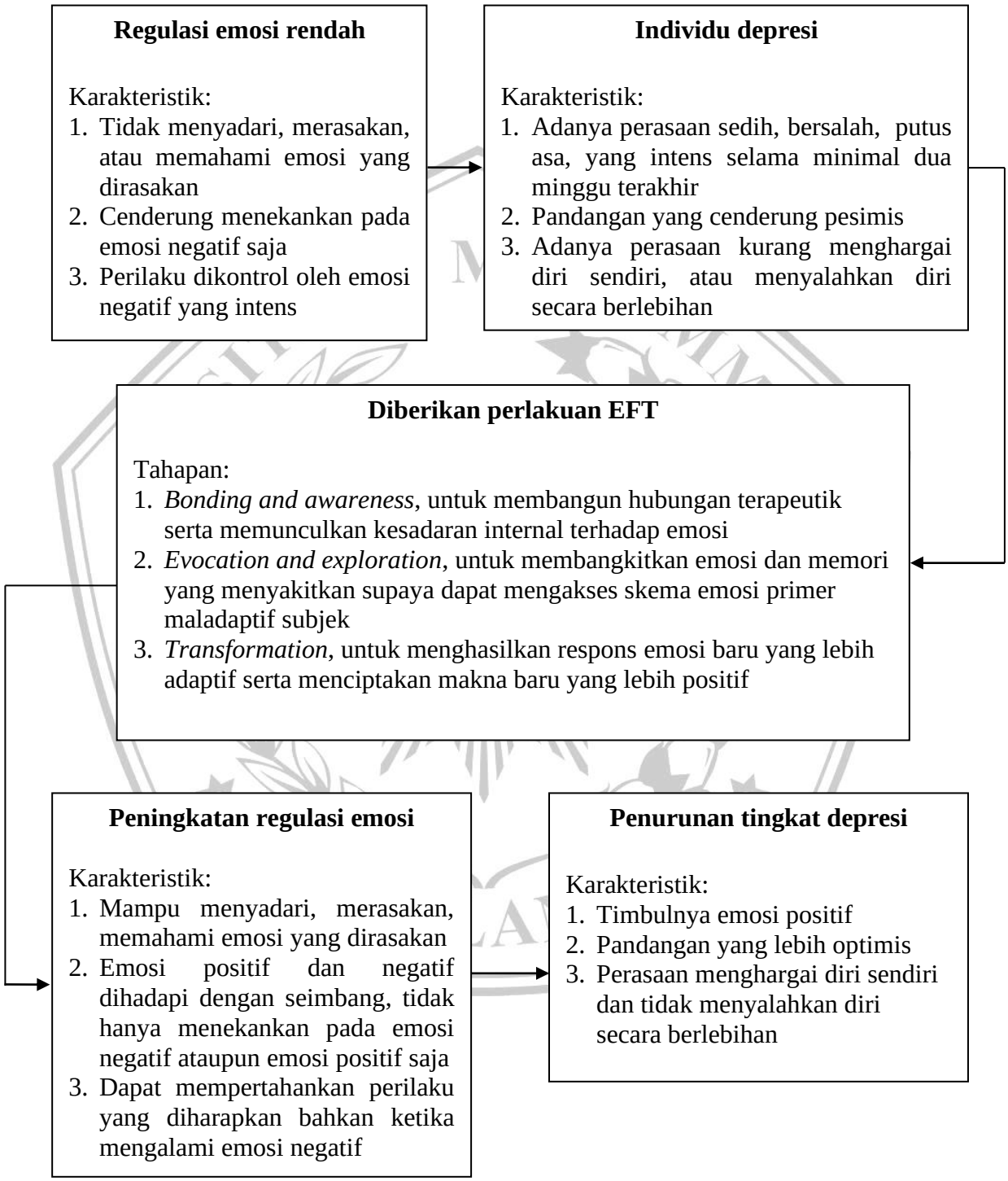
Depresi umumnya bermula dari peristiwa yang melibatkan kegagalan atau kehilangan seperti kematian, perceraian, perpisahan, ataupun penolakan (Slavich et al., 2009). Walaupun hal-hal tersebut dapat memicu depresi, namun kurangnya kemampuan diri untuk meregulasi emosi dalam merespon hal tersebut yang menyebabkan dan mempertahankan kondisi depresi (Greenberg & Watson, 2006).

Emosi yang selalu ditekan menyebabkan masalah kesehatan jangka panjang karena membutuhkan kerja fisiologis yang terus menerus (Pennebaker & Traue, 1993). Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa gaya regulasi emosi yang berbeda memiliki hubungan yang berbeda dengan kesehatan (Gohm & Clore, 2002; Gross & John, 1998; Gross, 2002). Secara khusus, *alexithymia*, kontrol emosional, dan ambivalensi secara signifikan terkait dengan lebih banyak tekanan psikologis, sosial, dan fisik pada populasi sehat (Tucker et al., 1999; Verissimo et al., 1998). Sebaliknya, orientasi dan ekspresi emosional telah menunjukkan efek yang positif terhadap kesehatan (Stanton et al., 2000).

Tahapan intervensi yang terdapat dalam EFT mendukung subjek untuk dapat memahami dan merasakan emosi secara mendalam, sehingga emosi dapat diproses secara lebih adaptif. Pemrosesan emosi yang adaptif mengarah pada peningkatkan kemampuan regulasi emosi. Sebab, regulasi emosi yang baik dapat dicapai ketika individu dapat menyadari, merasakan, dan memproses emosinya dengan adaptif sehingga emosi yang positif maupun negatif dapat direspon secara seimbang. Individu yang cenderung lebih banyak berkutat dengan emosi negatif dibandingkan emosi positif merupakan hal yang rentan membuat individu mengalami gejala depresif. Oleh sebab itu, ketika individu dapat meregulasi emosinya dengan baik, hal itu dapat mempengaruhi munculnya emosi positif dan pandangan yang lebih optimis. Adanya emosi positif dan pandangan yang lebih optimis dapat membantu menurunkan beberapa gejala depresi, seperti dominan emosi negatif, seperti sedih, hampa, putus asa, perasaan tidak berharga, atau perasaan bersalah.

Kerangka berpikir

Gambar 1. Kerangka berpikir penelitian



Hipotesis

Terdapat pengaruh positif peningkatan kemampuan regulasi emosi dengan perlakuan EFT terhadap penurunan tingkat depresi.

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain kuasi eksperimen *pretest posttest control group design*. Pembagian subjek dilakukan secara *random* ke dalam kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Randomisasi dilakukan setelah *pretest* diberikan pada subjek. Pengukuran pada subjek di kelompok kontrol maupun eksperimen dilakukan pada saat sebelum (*pretest*) dan setelah diberikan perlakuan (*posttest*) sebagai perbandingan (Latipun, 2015).

Subjek Penelitian

Subjek penelitian adalah 12 mahasiswa berusia antara 19-23 tahun dengan tingkat depresi *severe* yang berdomisili di Malang. Kriteria eksklusi yakni subjek yang sedang mendapatkan penanganan psikologis dari profesional, sedang mengonsumsi obat-obatan dari psikiater, serta subjek dengan gejala depresi pikiran bunuh diri. Subjek dengan pikiran bunuh diri disarankan untuk mendapat penanganan profesional, sehingga tidak termasuk sebagai subjek penelitian.

Berdasarkan aplikasi G*Power 3.1.9.4, minimal total sampel yang diperlukan dengan *effect size* 0,5 dan *power* 0,8, yakni sebanyak 86 subjek (43 subjek kelompok kontrol, 43 subjek kelompok eksperimen). Berdasarkan hasil analisis *post-hoc*, sampel penelitian sebanyak 12 subjek (6 subjek kelompok kontrol, 6 subjek kelompok eksperimen) dengan *effect size* 0,6 memperoleh *power* sebesar 0,13.

Tabel 1. Data Demografis Subjek

No	Inisial	Jenis kelamin	Usia	Kelompok
1	NA	Perempuan	23	Eksperimen
2	NK	Perempuan	21	
3	DF	Perempuan	22	
4	LA	Perempuan	19	
5	NA	Perempuan	22	
6	AI	Laki-laki	23	
7	NH	Perempuan	21	Kontrol
8	FD	Laki-laki	22	
9	NL	Perempuan	20	
10	AG	Perempuan	20	
11	HF	Laki-laki	20	
12	MR	Laki-laki	20	

Variabel dan Instrumen Penelitian

Variabel penelitian ini adalah regulasi emosi (X) dan tingkat depresi (Y). Regulasi emosi adalah kemampuan individu dalam berperilaku dengan cara-cara yang diharapkan, bahkan ketika sedang mengalami emosi-emosi negatif. Sedangkan tingkat depresi adalah tingkat keparahan yang muncul dari gejala depresi seperti tidur, selera makan, serta psikomotorik yang terganggu, perasaan inferior, serta perasaan putus asa.

Pengukuran variabel regulasi emosi menggunakan skala *Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form* (DERS-SF) versi adaptasi bahasa Indonesia (Sutiyo, 2019). DERS-SF berisi 18 aitem, merupakan versi lebih singkat dari skala DERS yang berisi 36 aitem (Kaufman et al., 2015). DERS-SF terbukti memiliki validitas yang baik untuk pengukuran pada subjek depresi serta reliabilitas konsistensi internal yang baik untuk skala keseluruhan (Cronbach α=0,90) (Hallion et al., 2018). Terdapat 6 dimensi regulasi emosi yang diukur DERS-SF, yakni *Nonacceptance of Emotional Responses*, *Difficulties Engaging in Goal-Directed Behavior*, *Impulse Control Difficulties*, *Lack of Emotional Awareness*, *Limited Access to Emotion Regulation Strategies*, dan *Lack of*

Emotional Clarity. Contoh aitem yang terdapat pada DERS-SF yakni, “Saya kesulitan memahami perasaan saya”, “Ketika saya kesal, saya menjadi malu karena merasa demikian”, “Ketika saya kesal, saya menjadi sulit mengendalikan perilaku saya.”. Pilihan jawaban menggunakan skala Likert dengan skor 1 hingga 5 (“Tidak Pernah” hingga “Sangat sering”). Skoring terbalik (*reverse scoring*) dilakukan pada semua aitem, kecuali aitem 1, 4, dan 6 yang termasuk dalam dimensi *Lack of Emotional Awareness*. Skor berkisar antara 18 hingga 90, semakin tinggi skor berarti semakin tinggi kemampuan regulasi emosi yang dimiliki subjek.

Pengukuran variabel tingkat depresi menggunakan skala *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) yang telah diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia dengan koefisien Cronbach α sebesar 0,90 untuk skala keseluruhan (Beck et al., 1996; Ginting et al., 2013). BDI-II tidak berdasar pada teori depresi tertentu, melainkan pada kriteria depresi pada DSM-IV (Beck et al., 1996; Jackson-Koku, 2016). BDI-II terdiri dari 21 aitem *self-report* yang dapat diberikan pada remaja dan orang dewasa. Individu diminta untuk merespon tiap aitem sesuai dengan yang dirasakaan selama dua minggu terakhir. Pilihan jawaban BDI-II berkisar dari skor 0 hingga 3. Total skor berkisar antara 0 hingga 63, semakin tinggi skor berarti semakin parah tingkat depresi yang dialami subjek. Tingkat keparahan depresi dapat dilihat berdasarkan kategori total skor BDI-II, yaitu 0-13 = minimal, 14-19 = ringan (*mild*), 20-28 = sedang (*moderate*), 29-63 = parah (*severe*) (Kneipp et al., 2010).

Prosedur Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada subjek yang mengalami depresi dan dilakukan secara individual. Tahap-tahap penelitian yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Tahapan persiapan, peneliti melakukan *piloting* instrumen untuk memastikan bahwa aitem yang terdapat pada instrumen sudah dapat dipahami dengan baik oleh subjek. Peneliti kemudian memperbaiki aitem sesuai dengan hasil *piloting* instrumen.

2. Peneliti meminta *expert judgment* pada psikolog klinis terhadap modul intervensi yang digunakan untuk memastikan kelayakan modul digunakan lebih lanjut dalam penelitian.
3. Melakukan *screening* pada subjek menggunakan skala BDI-II.
4. Memberikan *informed consent* bagi subjek yang bersedia untuk mengikuti proses penelitian hingga selesai.
5. Meminta subjek mengisi skala DERS-SF sebagai bentuk pengukuran *pretest*.
6. Membagi subjek secara acak ke dalam dua kelompok, yakni kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Kelompok eksperimen diberikan perlakuan yaitu EFT yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan regulasi emosi. Sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan.
7. Perlakuan diberikan sebanyak 3 tahapan. Tahapan pertama: *Bonding and awareness,* yakni membangun hubungan terapeutik serta memunculkan kesadaran internal terhadap emosi. Tahapan kedua: *Evocation and exploration*, yakni membangkitkan emosi dan memori yang menyakitkan supaya dapat mengakses skema emosi primer maladaptif subjek. Tahapan ketiga: *Transformation and Generation of Alternatives*, yakni menghasilkan respons emosi baru yang lebih adaptif serta menciptakan makna baru yang lebih positif.
8. Setelah EFT selesai, subjek diminta untuk mengisi kembali skala DERS-SF dan BDI-II untuk kemudian dianalisis.

Analisis Data

Pengujian hasil analisis dilakukan dengan menganalisa hasil skor *pretest* dan *posttest* dari skor skala DERS-SF dan BDI-II. Analisis data penelitian menggunakan Microsoft Excel dan Software SPSS for Windows Version 25.0. Analisis data non parametrik yang digunakan yakni uji Wilcoxon dan uji Mann Whitney, karena subjek yang terdapat dalam penelitian adalah berjumlah 12 orang (N<20) (Yusuf, 2017). Uji Wilcoxon untuk melihat perbedaan rata-rata *pretest* dan *posttest* masing-masing kelompok. Uji Mann Whitney untuk membandingkan hasil dari masing-masing kelompok.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil Analisis Data

Uji Homogenitas

Analisis data penelitian dimulai dari melakukan uji homogenitas pada skor *pretest* masing-masing variabel dari kelompok kontrol dan eksperimen. Hasil uji homogenitas pada variabel regulasi emosi menunjukkan signifikansi sebesar 0.283 ($p>0.05$) yang berarti bahwa perbedaaan regulasi emosi antar kelompok tidak signifikan. Hasil tersebut serupa dengan uji homogenitas variabel tingkat depresi yang menunjukkan signifikansi sebesar 0.241 ($p>0.05$), yang berarti bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan terkait tingkat depresi pada masing-masing kelompok. Berdasarkan uji homogenitas, dapat disimpulkan bahwa perbedaan yang terdapat pada data awal kelompok kontrol dan kelompok eksperimen tidak signifikan. Ringkasan hasil uji homogenitas dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Hasil Uji Homogenitas

Variabel	p
Regulasi emosi	0.283
Tingkat depresi	0.241

Uji Manipulasi

Uji manipulasi menggunakan analisis Wilcoxon menunjukkan hasil adanya perubahan *mean* skor variabel regulasi emosi pada kelompok eksperimen. Perubahan *mean* skor pada kelompok eksperimen menunjukkan signifikansi senilai 0.027 ($p<0.05$), yang berarti bahwa terdapat perubahan skor regulasi emosi yang signifikan pada kelompok eksperimen. Sedangkan perubahan *mean* skor regulasi emosi pada kelompok kontrol menunjukkan signifikansi senilai 0.078 ($p>0.05$), yang berarti tidak terdapat perubahan yang signifikan terkait regulasi emosi pada kelompok kontrol. Kesimpulan uji manipulasi yakni terdapat perubahan signifikan berupa peningkatan regulasi emosi pada kelompok eksperimen dan tidak terdapat perubahan signifikan pada kelompok kontrol.

Rangkuman data perbedaan regulasi emosi sebelum dan sesudah intervensi dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Perbedaan *Pretest Posttest* Regulasi Emosi

Kelompok	***Mean Pretest***	**SD *pretest***	***Mean Posttest***	**SD *posttest***	**Z**	**p**
Eksperimen	56.17	17.256	72.50	9.247	-2.207	0.027
Kontrol	51.50	14.096	48.33	12.754	-1.761	0.078

Analisis data menggunakan Uji Mann Whitney dilakukan berdasarkan hasil *posttest* variabel regulasi emosi dari kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Uji Mann Whitney menunjukkan hasil yakni nilai koefisien sebesar 0.000 dan nilai p sebesar 0.004 ($p<0.05$). Hal tersebut berarti bahwa regulasi emosi pada kelompok eksperimen dan tingkat depresi pada kelompok kontrol memiliki perbedaan yang signifikan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa intervensi EFT yang diberikan berhasil meningkatkan kemampuan regulasi emosi pada kelompok eksperimen. Ringkasan data perbedaan regulasi emosi setelah intervensi dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Perbedaan Regulasi Emosi Setelah Intervensi

Kelompok	**N**	**U**	**Z**	**p**
Eksperimen dan Kontrol	12	0.000	-2.887	0.004

Uji Hipotesis

Uji hipotesis menggunakan analisis Wilcoxon pada variabel tingkat depresi menunjukkan hasil adanya perubahan *mean* skor pada kelompok eksperimen. Perubahan *mean* skor pada kelompok eksperimen menunjukkan signifikansi senilai 0.027 ($p<0.05$), yang berarti bahwa terdapat perubahan skor tingkat depresi yang signifikan pada kelompok eksperimen. Sedangkan perubahan *mean* skor pada kelompok kontrol menunjukkan signifikansi senilai 0.131 ($p>0.05$), yang berarti tidak terdapat perubahan yang signifikan terkait tingkat depresi pada kelompok kontrol. Kesimpulan uji hipotesis yakni terdapat perubahan signifikan terkait tingkat depresi pada kelompok eksperimen dan tidak terdapat perubahan

signifikan pada kelompok kontrol. Rangkuman data perbedaan tingkat depresi sebelum dan sesudah intervensi dapat dilihat pada Tabel 5.

Tabel 5. Perbedaan *Pretest Posttest* Tingkat Depresi

Kelompok	***Mean Pretest***	**SD *pretest***	***Mean Posttest***	**SD *posttest***	**Z**	**p**
Eksperimen	32.00	1.414	16.33	2.805	-2.207	0.027
Kontrol	31.00	2.098	32.00	1.789	-1.511	0.131

Analisis data menggunakan Uji Mann Whitney dilakukan berdasarkan hasil *posttest* variabel tingkat depresi dari kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Uji Mann Whitney menunjukkan hasil yakni nilai koefisien sebesar 0.000 dan nilai p sebesar 0.004 ($p<0.05$). Hal tersebut berarti bahwa tingkat depresi pada kelompok eksperimen dan tingkat depresi pada kelompok kontrol memiliki perbedaan yang signifikan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa intervensi EFT yang diberikan berhasil menurunkan tingkat depresi pada kelompok eksperimen. Ringkasan data perbedaan tingkat depresi setelah intervensi dapat dilihat pada Tabel 6.

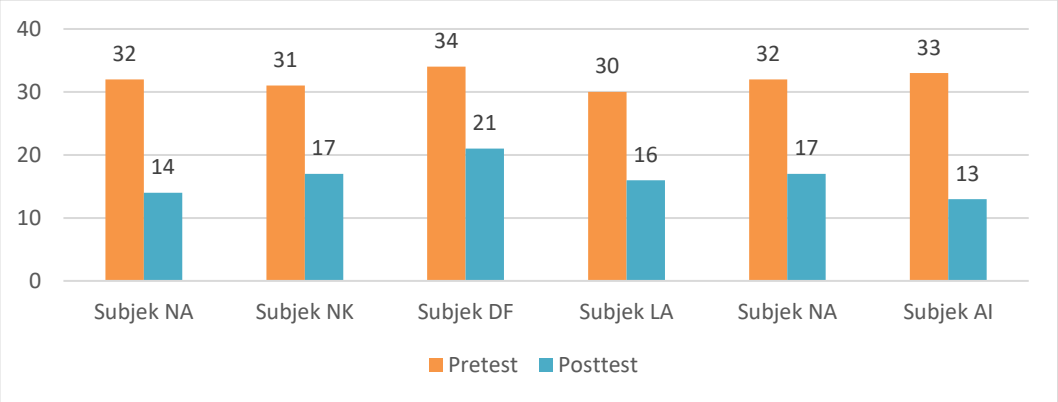
Tabel 6. Perbedaan Tingkat Depresi Setelah Intervensi

Kelompok	**N**	**U**	**Z**	**p**
Eksperimen dan Kontrol	12	0.000	-2.892	0.004

Data pada Gambar 2 merupakan penjabaran perubahan skor tingkat depresi kelompok eksperimen berdasarkan masing-masing subjek. Subjek NA dengan skor *pretest* sebesar 32, mengalami penurunan skor pada saat *posttest* menjadi sebesar 14. Subjek NK dengan skor *pretest* sebesar 31, menurun saat *posttest* menjadi sebesar 17. Subjek DF mengalami penurunan skor dari *pretest* sebesar 34 menjadi 21 saat *posttest*. Penurunan skor juga terlihat pada subjek LA dari 30 saat *pretest* menjadi 16 saat *posttest*. Subjek NA dengan skor saat *pretest* sebesar 32, turun menjadi sebesar 17 saat *posttest*. Subjek AI saat *pretest* memperoleh skor 33, dan menurun menjadi sebesar 13 saat *posttest*. Kesimpulan dari data pada

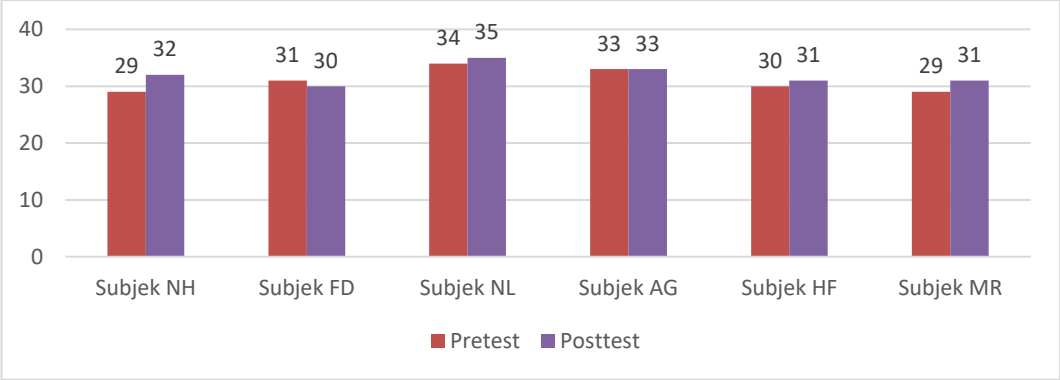
Gambar 2 yakni terdapat penurunan tingkat depresi yang signifikan pada semua subjek di kelompok eksperimen setelah diberikan intervensi EFT.

Gambar 2. Perbandingan Skor Tingkat Depresi Kelompok Eksperimen



Data pada Gambar 3 merupakan penjabaran perubahan skor tingkat depresi kelompok kontrol berdasarkan masing-masing subjek. Subjek NH mengalami peningkatan skor dari 29 saat *pretest*, menjadi 32 saat *posttest*. Subjek FD mengalami penurunan skor dari 31 saat *pretest*, menjadi 30 saat *posttest*. Subjek NL memperoleh skor 34 saat *pretest*, kemudian mengalami peningkatan menjadi 35 saat *posttest*. Tidak terdapat perubahan skor pada subjek AG dengan hasil *pretest* dan *posttest* yakni sebesar 33. Terdapat peningkatan skor pada subjek HF dari 30 saat *pretest*, menjadi 31 saat *posttest*. Subjek MR juga mengalami peningkatan skor, dari 29 saat *pretest*, menjadi 31 saat *posttest*. Kesimpulan data pada Gambar 3, yakni tidak terdapat perubahan yang signifikan berdasarkan hasil *pretest* dan *posttest* tingkat depresi subjek pada kelompok kontrol.

Gambar 3. Perbandingan Skor Tingkat Depresi Kelompok Kontrol



Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis data, pemberian perlakuan EFT meningkatkan kemampuan regulasi emosi sehingga dapat menurunkan tingkat depresi pada mahasiswa. Peningkatan kemampuan regulasi emosi yang dialami subjek pada kelompok eksperimen berkaitan dengan EFT yang memuat tahapan untuk lebih memahami dan menyadari emosi yang terjadi sehingga subjek dapat meregulasi emosi tersebut dengan cara yang lebih sehat dibanding sebelumnya.

Proses terapeutik yang dialami subjek bermula dari pemahaman mengenai perbedaan emosi primer dan sekunder. Beberapa subjek mengatakan bahwa merasa paham terhadap emosi yang dirasakan, namun sebenarnya pemahaman terkait emosi yang dirasakan itu masih merupakan bentuk emosi sekunder, bukan emosi primer (seperti, perasaan sedih atau putus asa yang merupakan bentuk emosi sekunder dari emosi primer takut atau malu, "saya tidak bisa apa-apa" "saya tidak berharga"). Subjek dibantu melalui psikoedukasi dan penugasan berupa *self report* yang berisi terkait emosi yang dirasakan, kejadian/peristiwa yang menimbulkan emosi tersebut (*trigger*), serta cara *self soothing* yang dilakukan dalam menghadapi emosi tersebut. Pembahasan mengenai hasil penugasan tersebut membantu subjek untuk lebih memahami pola emosi, *trigger*, serta cara *self soothing* yang muncul.

Penugasan *self-report* yang diberikan membantu subjek untuk menganalisa emosi yang dirasakan sehari-hari, memahami *trigger* yang biasanya membuat

subjek merasakan emosi tidak nyaman, serta mengetahui cara *self-soothing* yang selama ini maladaptif. Dengan begitu, subjek dapat mencari cara yang lebih adaptif dalam meregulasi emosinya. Adapun cara *self-soothing* maladaptif yang dilakukan subjek seperti memendam emosi, berusaha menolak emosi negatif yang muncul, serta menarik diri dari lingkungan sosial. Cara *self-soothing* adaptif yang ditemukan subjek diantaranya adalah menuliskan pengalaman sehari-hari ke buku pribadi, melakukan teknik relaksasi pernapasan ketika mulai merasa tertekan, berolahraga, beribadah, serta mengingat kembali hal-hal yang menyenangkan. Cara yang lebih adaptif ini juga merupakan bentuk persiapan menghadapi emosi menyakitkan pada sesi berikutnya.

Teknik *imagery* digunakan untuk membangkitkan emosi menyakitkan pada subjek. Teknik ini memerlukan subjek untuk membayangkan situasi spesifik yang memantik perasaan gagal, putus asa, atau emosi primer lainnya yang dimiliki subjek. Bagi kebanyakan subjek, sesi ini merupakan sesi yang paling memberikan *insight* mengenai permasalahan utama yang subjek rasakan. Bentuk *insight* subjek yakni menyadari bahwa ada pengalaman yang ternyata masih menyakitkan walaupun sudah terjadi bertahun-tahun lalu. Bahwasanya permasalahan yang dirasakan subjek sekarang masih berkaitan dengan emosi yang dirasakan pada saat terjadinya pengalaman yang sudah lama tersebut. Akses terhadap emosi yang menyakitkan itu kemudian dapat mengungkap emosi primer atau skema inti emosi maladaptif subjek yang telah terbentuk lama. Ketika emosi primer tersebut sudah diketahui, maka subjek dapat menghasilkan respon emosi baru yang lebih adaptif.

Respon emosi yang lebih adaptif membantu subjek untuk menciptakan pemaknaan baru yang lebih positif terhadap pengalaman yang menyakitkan. Respon emosi maladaptif dan pemaknaan negatif yang sebelumnya dilakukan subjek, merupakan sumber permasalahan gejala depresi yang dirasakan subjek. Ketika subjek telah mampu memberikan pemaknaan yang lebih positif, membentuk identitas diri yang lebih positif, lebih mampu untuk membuat keputusan sendiri, gejala depresi yang dirasakan subjek menjadi berkurang. Umumnya subjek merasakan rendah diri, tidak merasa mampu untuk membuat

keputusan sendiri, perasaan bersalah karena ketidakmampuan tersebut, serta ketidakmampuan untuk memahami emosi yang dirasakan.

EFT membantu subjek untuk menyadari bahwa skema emosi maladaptif yang dimiliki merupakan sumber gejala depresi yang dialami. Ketika skema emosi telah diubah menjadi lebih adaptif, yang berarti bahwa kemampuan regulasi emosi subjek meningkat, maka hal tersebut berefek juga pada gejala depresi yang menurun (Robinson et al., 2014). Penurunan gejala depresi pada subjek tampak dari pemaknaan yang lebih positif terhadap pengalaman yang menyakitkan sehingga memunculkan pandangan yang lebih optimis terkait masa depan. Selain itu, ketika pemaknaan subjek lebih positif, subjek juga jadi lebih mampu untuk merasakan emosi positif dan tidak terfokus hanya pada emosi negatif yang muncul.

Peran terapis juga menjadi hal yang mendukung keberhasilan subjek selama proses terapi. Pertanyaan-pertanyaan yang diberikan selama proses terapi merupakan hal yang membantu subjek menyadari dan memahami emosinya. Subjek lain juga menyatakan dapat dengan nyaman dan terbuka menyampaikan hal-hal yang mengganggu dan dirasa memalukan, karena merasa tidak mendapat *judgement* dari terapis. Prinsip EFT dalam hubungan terapis dan subjek yang empatik mendukung subjek untuk dapat menyadari, memberi label, dan memahami emosi yang muncul (Greenberg & Watson, 2006).

Penelitian peningkatan regulasi emosi dengan EFT untuk menurunkan tingkat depresi pada mahasiswa ini diharapkan dapat memberikan perspektif baru terkait penanganan depresi pada mahasiswa. Hal ini menunjukkan eratnya keterkaitan antara regulasi emosi yang dimiliki mahasiswa dengan gejala depresi yang muncul. Walaupun jumlah subjek yang terdapat pada penelitian ini masih sedikit, perubahan signifikan yang ditunjukkan subjek diharapkan dapat menjadi petunjuk awal dalam penggunaan EFT pada mahasiswa depresi.

Kesimpulan dan Implikasi

Hasil penelitian menunjukkan intervensi EFT secara signifikan dapat meningkatkan kemampuan regulasi emosi sehingga menurunkan tingkat

keparahan depresi subjek. Komponen dalam EFT yang berfokus pada emosi membantu subjek untuk menyadari dan memahami emosi yang dirasakan sehingga dapat meregulasinya secara lebih adaptif. Kemampuan regulasi emosi yang meningkat ini kemudian menurunkan tingkat keparahan depresi subjek, karena sumber gejala depresi yang dirasakan sangat berkaitan dengan emosi-emosi yang sebelumnya tidak diregulasi secara adaptif.

Saran bagi penelitian selanjutnya untuk melengkapi keterbatasan dari penelitian ini yaitu berkaitan dengan jumlah subjek dan sesi intervensi. Subjek pada penelitian ini berjumlah 12 orang yang masih terlalu sedikit untuk menjadi bukti bahwa penelitian ini dapat langsung diterapkan secara praktis. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk dapat memastikan bahwa hasil pada penelitian ini juga diperoleh pada jumlah subjek yang lebih banyak. Selain itu, perlakuan intervensi yang diberikan sebanyak enam sesi pada penelitian ini masih dapat dikembangkan lagi dengan sesi yang lebih panjang untuk mendapatkan pemahaman yang lebih detail dan komprehensif terkait proses terapeutik selama intervensi.

REFERENSI

Abelson, J. L., Liberzon, I., Young, E. A., & Khan, S. (2005). Cognitive modulation of the endocrine stress response to a pharmacological challenge in normal and panic disorder subjects. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 668–675. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.668

American College Health Association. (2018). American college health association-national college health assessment II: Undergraduate students reference group executive summary spring 2014. *Silver Spring, MD: American College Health Association.*

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.

Astutik, E., Sebayang, S. K., Puspikawati, S. I., Tama, T. D., & Dewi, D. M. S. K. (2020). Depression, anxiety, and stress among students in newly established remote university campus in Indonesia. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, *16*(1), 270–277.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory–II (BDI-II). *Psychological Assessment*. https://doi.org/10.1037/t00742-000

Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*(4), 234–245. https://doi.org/10.1159/000348448

Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(3), 307–318. https://doi.org/10.1037/a0023421

Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J., & Hofmann, S. G. (2014). Successful Emotion Regulation Skills Application Negatively Predicts Depressive Symptom Severity over Five Years in Individuals Reporting at least some Depressive Symptoms at Baseline. *Behaviour Research and Therapy*. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.003

Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, *25*(2), 128–134. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(9), 1251–1263. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001

CNN Indonesia. (2023). *Identitas Mahasiswi UB Tewas dari Lantai 12 Terungkap, Diduga Depresi*. CNN Indonesia. https://www.cnnindonesia.com/nasional/20231215134626-12-1037693/identitas-mahasiswi-ub-tewas-dari-lantai-12-terungkap-diduga-

depresi
Coiro, M. J., Bettis, A. H., & Compas, B. E. (2017). College Students Coping with Interpersonal Stress: Examining a Control-Based Model of Coping. *Journal of American College Health*, *65*(3), 177–186. https://doi.org/10.1080/07448481.2016.1266641
Cukrowicz, K. C., Schlegel, E. F., Smith, P. N., Jacobs, M. P., Van Orden, K. A., Paukert, A. L., Pettit, J. W., & Joiner, T. E. (2011). Suicide ideation among college students evidencing subclinical depression. *Journal of American College Health*, *59*(7), 575–581. https://doi.org/10.1080/07448481.2010.483710
Devi, H. M., Purborini, N., & Chang, H. (2021). Mediating Effect of Resilience on Association among Stress, Depression, and Anxiety in Indonesian Nursing Students. *Journal of Professional Nursing*. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.04.004
Duffy, F., Sharpe, H., & Schwannauer, M. (2019). The effectiveness of interpersonal psychotherapy for adolescents with depression–a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, *24*(4), 307–317. https://doi.org/10.1111/camh.12342
Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnülle, J., Fischer, S., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*, *10*(4), 563–572. https://doi.org/10.1037/a0019010
Floyd, P., Mimms, S., & Yelding, C. (2003). *Personal health: Perspectives and lifestyles*. Brooks/Cole Publishing Company.
García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Herrera-Martínez, S. X., & Medrano, L. A. (2018). Validity and reliability of the beck depression inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PLoS ONE*, *13*(6), 1–12. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199750
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. https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70028-0
Gohm, C. L., & Clore, G. L. (2002). Four latent traits of emotional experience and their involvement in well-being, coping, and attributional style. *Cognition & Emotion*, *16*(4), 495–518. https://doi.org/10.1080/02699930143000374
Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). *Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation : Development , Factor Structure , and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale 1*. *26*(1).
Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *FOCUS: The Journal Of Lifelong Learning In Psychiatry*, *8*(1), 32–42. https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32
Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, *16*(2), 106–117. https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330702

Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11286-000

Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(1), 224–237.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281–291. https://doi.org/10.1017/s0048577201393198

Gross, J. J., & John, O. P. (1998). Mapping the domain of expressivity: multimethod evidence for a hierarchical model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(1), 170–191. https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.170

Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *2*(2), 151–164. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x

Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in Psychology*, *9*, 539. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00539

Honkalampi, K., Saarinen, P., Hintikka, J., Virtanen, V., & Viinamäki, H. (1999). Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *68*, 270–275. https://doi.org/10.1159/000012343

Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. *Journal of Adolescent Health*, *46*(1), 3–10. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008

Jackson-Koku, G. (2016). Beck depression inventory. *Occupational Medicine*, *66*(2), 174–175. https://doi.org/10.1093/occmed/kqv087

Jarrett, R. B., Minhajuddin, A., Borman, P. D., Dunlap, L., Segal, Z. V., Kidner, C. L., Friedman, E. S., & Thase, M. E. (2012). Cognitive reactivity, dysfunctional attitudes, and depressive relapse and recurrence in cognitive therapy responders. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(5), 280–286. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.008

Johnston, S. A., Roskowski, C., He, Z., & Kong, L. (2020). Effects of team sports on anxiety , depression , perceived stress , and sleep quality in college students. *Journal of American College Health*, *0*(0), 1–7. https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1707836

Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). *Emotion regulation in depression : Relation to cognitive inhibition Emotion regulation in depression : Relation to cognitive inhibition*. *January 2015*, 37–41. https://doi.org/10.1080/02699930903407948

Kassel, J. D., Bornovalova, M., & Mehta, N. (2007). Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(5), 939–950. https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.014

Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., & Crowell, S. E. (2015). The difficulties in emotion regulation scale short form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3

Kneipp, S. M., Kairalla, J. A., Stacciarini, J. M. R., Pereira, D., & Miller, M. D. (2010). Comparison of depressive symptom severity scores in low-income women. *Nursing Research*, *59*(6), 380.

Latipun. (2015). *Psikologi Eksperimen* (Ketiga). UMM Press.

Lepping, P., Whittington, R., Sambhi, R. S., Lane, S., Poole, R., Leucht, S., Cuijpers, P., McCabe, R., & Waheed, W. (2017). Clinical relevance of findings in trials of CBT for depression. *European Psychiatry*, *45*, 207–211. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.07.003

Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(11), 1201–1209. https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.001

Min'er, H., & Dejun, G. (2001). Emotion regulation and depression of college students. *Chinese Mental Health Journal*, *15*(6), 438–441.

Moore, S. A., Zoellner, L. A., & Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, *46*(9), 993–1000. https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.001

Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2018). *Abnormal Psychology In A Changing World* (10th ed.). Pearson Higher Education.

Nutt, D. J. (2008). Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(Suppl E1), 4–7. https://doi.org/10.1176/ajp.138.1.1

O'Neill, S. C., Cohen, L. H., Tolpin, L. H., & Gunthert, K. C. (2005). Daily affective reactivity as a prospective predictor of depressive symptoms. *Journal of Personality*, *73*(6), 1687–1714. https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2005.00363.x

Orizani, C. M., Adianti, N. F., & Meyvanni, E. S. (2022). Regulasi Emosi Melalui Emotion Focus Therapy (EFT) Pada Lansia Penderita Hipertensi. *Adi Husada Nursing Journal*, *8*(2), 78–83. https://doi.org/10.37036/ahnj.v8i2.350

Patinkin, A., Utami, M. S. S., & Yudiati, E. A. (2022). Penerapan Emotion-Focused Therapy dalam Menurunkan Depresi Lansia yang tinggal di Panti Wreda. *Gadjah Mada Journal of Professional Psychology (GamaJPP)*, *8*(2), 210. https://doi.org/10.22146/gamajpp.73003

Pennebaker, J. W., & Traue, H. C. (1993). Inhibition and psychosomatic processes, in emotion, inhibition, and health. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, *HogrefeHub*.

Pratama, R. K. (2022). *Diduga Mahasiswa Baru Kota Malang Lakukan Percobaan Bunuh Diri*. Times Malang. https://malang.times.co.id/news/berita/8knfcq1kkn/Diduga-Mahasiswa-Baru-

Kota-Malang-Lakukan-Percobaan-Bunuh-Diri
Qalyubi, S. (2020). *Depresi Menurut Alquran: Jenis, Pengertian dan 7 Terapi Qurani*. Website UIN Sunan Kalijaga. https://uin-suka.ac.id/id/kolom/detail/66/depresi-menurut-alquran-jenis-pengertian-dan-7-terapi-qurani
Robinson, A. L., Mccague, E. A., & Whissell, C. (2014). "That chair work thing was great": a pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *13*(4), 263–277. https://doi.org/10.1080/14779757.2014.910131
Rude, S. S., & McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, *17*(5), 799–806. https://doi.org/10.1080/02699930302283
Santoso, A., Ardi, W. R., Prasetya, R. L., Dwidiyanti, M., Wijayanti, D. Y., Mu'in, M., Ulliya, S., Handayani, F., Sulisno, M., Ni'mah, M., & Aisah, N. A. (2020). Tingkat Depresi Mahasiswa Keperawatan di Tengah Wabah COVID-19. *Holistic Nursing and Health Science*, *3*(1), 1–8. https://doi.org/10.14710/hnhs.3.1.2020.1-8
Sany, U. P. (2022). Gangguan Kecemasan dan Depresi Menurut Perspektif Al Qur'an. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, *7*(1), 1262–1278. https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v7i1.6055
Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., & Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, *63*(7), 749–755. https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.749
Sholeh, M. (2021). *Mahasiswa UM Coba Bunuh Diri di Jembatan karena Bingung Bayar Uang Kuliah*. Kumparan. https://kumparan.com/tugumalang/mahasiswa-um-coba-bunuh-diri-di-jembatan-karena-bingung-bayar-uang-kuliah-1wRck5DylYi/full
Slavich, G. M., Thornton, T., & Monroe, S. M. (2009). Hastened Onset of Major Depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *28*(2), 223–243. https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.2.223
Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, *45*(4), 249–257. https://doi.org/10.1080/00050067.2010.482109
Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 875–882.
Storrie, K., Ahern, K., & Tuckett, A. (2010). A systematic review: Students with mental health problems-A growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, *16*(1), 1–6. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x
Sutiyo, Z. D. A. P. (2019). *Penurunan Kecemasan Sosial melalui Terapi Kognitif-Perilaku untuk Mengurangi Disregulasi Emosi pada Remaja*. Universitas Muhammadiyah Malang.
Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: a Theme in Search of Definition.

Monographs of the Society for Research in Child Development, *59*(2–3), 25–52. https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x

Thompson, S., & Girz, L. (2019). Overcoming shame and aloneness : Emotion-focused group therapy for self-criticism Overcoming shame and aloneness : Emotion-focused group. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1–11. https://doi.org/10.1080/14779757.2019.1618370

Tucker, J. S., Winkelman, D. K., Katz, J. N., & Bermas, B. L. (1999). Ambivalence Over Emotional Expression and Psychological Weil-Being Among Rheumatoid Arthritis Patients and Their Spouses. *Journal of Applied Social Psychology*, *29*(2), 271–290. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb01386.x

Verissimo, R., Mota-Cardoso, R., & Taylor, G. (1998). Relationships between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *67*(2), 75–80. https://doi.org/10.1159/000012263

Vrichasti, Y., Safari, I., & Susilawati, D. (2020). Tingkat kecemasan stres dan depresi mahasiswa terhadap pengerjaan skripsi dalam situasi pandemi covid-19. *SpoRTIVE*, *5*(3), 159–168.

Werdiono, D. (2023). *Naik 52 Persen, Bunuh Diri di Malang Dipicu Sakit Menahun-Depresi*. Kompas.Id. https://www.kompas.id/baca/nusantara/2023/12/28/naik-52-persen-bunuh-diri-di-malang-dipicu-sakit-menahun-depresi

WHO. (2019). *World Mental Health Day 2019 - Focus on suicide prevention*.

Winarsunu, T., Utami, L. A., Fasikhah, S. S., & Anwar, Z. (2023). Hope therapy: Can it treat hopelessness and internal locus of control on diabetes mellitus patients? *PLoS ONE*, *18*(6), 1–12. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286418

Yuniardi, M., Cant, M., & Akhtar, H. (2021). Intolerance of uncertainty, anxiety and depression in the context of Covid-19 in Indonesia. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, *21*(2), 37–60. https://doi.org/10.24193/jebp.2021.2.10

Yusuf, A. M. (2017). *Metode penelitian: kuantitatif, kualitatif, dan penelitian gabungan*. Kencana.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent Subjek

UMM est. 1964

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG

DIREKTORAT PROGRAM PASCASARJANA

Kampus : GKB 4 Lantai 1-3 Jl. Raya Tlogomas No. 246 Malang
Telp 0341 464319 ext. 318, 319 | email : pascasarjana@umm.ac.id

INFORMED CONSENT

Saya Shinta Adzani Putri (NIM: 202110500211025) adalah mahasiswa Magister Profesi Psikologi Universitas Muhammadiyah, dengan ini memohon partisipasi Anda dengan sukarela dalam penelitian akhir (Tesis) yang berjudul **"Intervensi Regulasi Emosi Melalui *Emotion Focused Therapy* (EFT) Terhadap Penurunan Tingkat Depresi Pada Mahasiswa"**. Adapun beberapa penjelasan terkait rangkaian penelitian yang akan dilakukan sebagai berikut:

1. Tujuan dari penelitian ini untuk menguji efektivitas intervensi regulasi emosi melalui *Emotion Focused Therapy* (EFT) dalam menurunkan tingkat depresi pada mahasiswa.
2. Dalam penelitian ini, Anda akan memiliki kesempatan untuk mengambil bagian dalam intervensi psikologis yang disebut *Emotion Focused Therapy* (EFT). Melalui keterlibatan Anda dalam penelitian ini, manfaat yang Anda dapatkan berupa pemahaman yang lebih baik dalam mengelola permasalahan psikologis yang mungkin saat ini Anda alami.
3. Anda dilibatkan dalam penelitian ini karena telah memenuhi kriteria subjek penelitian yaitu individu yang mengalami permasalahan regulasi emosi dan gejala depresi, serta bersifat sukarela.
4. Apabila Anda tidak menyetujui rangkaian penelitian ini, maka Anda berhak untuk tidak mengikuti penelitian ini tanpa menjelaskan alasannya dan tidak ada sanksi apapun.
5. Data yang Anda berikan berupa identitas dan informasi akan **dirahasiakan** dengan aman dan hanya akan diakses oleh anggota tim penelitian. Data ini akan digunakan secara eksklusif hanya untuk tujuan penelitian ini dan akan disimpan dengan kerahasiaan tertinggi. Setelah penelitian selesai, data Anda akan dihapus atau diarsipkan sesuai dengan ketentuan etika penelitian
6. Selama penelitian ini, akan ada dokumentasi berupa foto dan catatan tertulis untuk keperluan penelitian. Praktikan akan memastikan bahwa identitas Anda akan **disamarkan** dengan baik dalam semua dokumen tersebut. Namun, jika Anda merasa tidak nyaman dengan dokumentasi ini, Anda dapat memilih untuk tidak mengikuti proses dokumentasi.

Kampus I
Jl. Bandung 1 Malang, Jawa Timur
P: +62 341 551 253 (Hunting)
F: +62 341 460 435

Kampus II
Jl. Bendungan Sutami No.188 Malang, Jawa Timur
P: +62 341 551 149 (Hunting)
F: +62 341 582 060

Kampus III
Jl. Raya Tlogomas No.246 Malang, Jawa Timur
P: +62 341 464 318 (Hunting)
F: +62 341 460 435
E: webmaster@umm.ac.id

7. Partisipan berhak untuk mendapatkan bantuan dan tidak dipungut biaya sepeserpun, apabila terjadi hal yang merugikan partisipan akibat penelitian ini.
8. Seluruh kegiatan penelitian akan dilakukan atas persetujuan dan supervisi dosen pembimbing (Assoc. Prof. Dr. Tulus Winarsunu, M.Si dan Muhammad Salis Yuniardi, S.Psi,. M.Psi, PhD)
9. Penelitian ini akan dilakukan dengan mematuhi kode etik penelitian yang telah ditetapkan oleh Komisi Etik Penelitian Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Malang dan standar etika penelitian lainnya yang berlaku.

Setelah membaca pernyataan tertulis di atas, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Tanggal lahir / Usia :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Menyatakan **SETUJU** dan **BERSEDIA** dalam mengikuti seluruh proses penelitian ini. Dengan menandatangani lembar ini, **TIDAK ADA PAKSAAN** terhadap saya dari pihak manapun sehingga saya setuju dan bersedia mengikuti semua proses penelitian yang akan diberikan dari awal hingga selesai.

Malang, _____

Mengetahui,

Praktikan Psikologi | Partisipan

(Shinta Adzani Putri) | (_____)

Lampiran 2. Tabulasi Data Skala DERS-SF

Nama	Strategies (10, 15, 18)			TOTAL	Rerata	Non-acceptance (7, 12, 16)			TOTAL	Rerata	Impulse (9, 14, 17)			TOTAL	Rerata	Goals (8, 11, 13)			TOTAL	Rerata	Awareness (1, 4, 6)			TOTAL	Rerata	Clarity (2, 3, 5)			TOTAL	Rerata	Total Skor (max 90)
	Item 10	Item 15	Item 18			Item 7	Item 12	Item 16			Item 9	Item 14	Item 17			Item 8	Item 11	Item 13			Item 1	Item 4	Item 6			Item 2	Item 3	Item 5			
PRETEST EKSPERIMEN																															
NA	3	5	3	11	3,7	5	2	4	11	3,7	4	3	4	11	3,7	3	3	2	8	2,7	5	4	5	14	4,7	3	4	3	10	3,3	65
NK	2	2	3	7	2,3	1	1	1	3	1,0	3	3	3	9	3,0	1	1	2	4	1,3	4	3	5	12	4,0	2	2	2	6	2,0	41
DF	3	4	4	11	3,7	4	4	5	13	4,3	4	4	5	13	4,3	3	3	3	9	3,0	4	4	4	12	4,0	4	4	4	12	4,0	70
LA	1	1	1	3	1,0	2	2	1	5	1,7	2	4	2	8	2,7	1	1	1	3	1,0	5	2	3	10	3,3	5	3	2	10	3,3	39
NA	2	3	2	7	2,3	2	2	2	6	2,0	2	2	2	6	2,0	2	2	2	6	2,0	4	4	4	12	4,0	3	2	1	6	2,0	43
AI	4	4	4	12	4,0	5	3	4	12	4,0	5	5	5	15	5,0	5	4	4	13	4,3	5	5	4	14	4,7	5	3	5	13	4,3	79
				8,5	2,8				8,3	2,8				10,3	3,4				7,2	2,4				12,3	4,1				9,5	3,2	56,2
KONTROL																															
NH	2	4	2	8	2,7	5	5	3	13	4,3	3	3	4	10	3,3	3	3	3	9	3,0	4	4	4	12	4,0	4	3	3	10	3,3	62
FD	2	3	3	8	2,7	2	2	3	7	2,3	3	2	4	9	3,0	3	3	3	9	3,0	4	4	4	12	4,0	3	3	3	9	3,0	54
NL	1	3	1	5	1,7	1	1	1	3	1,0	1	1	1	3	1,0	1	1	1	3	1,0	3	5	5	13	4,3	2	1	1	4	1,3	31
AG	2	1	1	4	1,3	3	1	2	6	2,0	3	1	1	5	1,7	3	1	1	5	1,7	4	3	3	10	3,3	3	2	2	7	2,3	37
HF	4	4	5	13	4,3	4	2	2	8	2,7	4	4	2	10	3,3	3	4	4	11	3,7	4	4	5	13	4,3	2	4	3	9	3,0	64
MR	2	3	3	8	2,7	5	3	3	11	3,7	5	4	4	13	4,3	4	2	1	7	2,3	5	4	4	13	4,3	3	3	3	9	3,0	61
				7,7	2,6				8,0	2,7				8,3	2,8				7,3	2,4				12,2	4,1				8,0	2,7	51,5

Nama	Strategies (10, 15, 18)			TOTAL	Rerata	Non-acceptance (7, 12, 16)			TOTAL	Rerata	Impulse (9, 14, 17)			TOTAL	Rerata	Goals (8, 11, 13)			TOTAL	Rerata	Awareness (1, 4, 6)			TOTAL	Rerata	Clarity (2, 3, 5)			TOTAL	Rerata	Total Skor (max 90)
	Item 10	Item 15	Item 18			Item 7	Item 12	Item 16			Item 9	Item 14	Item 17			Item 8	Item 11	Item 13			Item 1	Item 4	Item 6			Item 2	Item 3	Item 5			
POSTTEST EKSPERIMEN																															
NA	3	5	4	12	4,0	5	3	4	12	4,0	4	4	5	13	4,3	4	4	4	12	4,0	5	5	5	15	5,0	4	4	4	12	4,0	76
NK	3	3	3	9	3,0	3	3	3	9	3,0	3	4	3	10	3,3	3	3	3	9	3,0	5	3	5	13	4,3	4	4	4	12	4,0	62
DF	4	4	4	12	4,0	4	4	5	13	4,3	4	5	5	14	4,7	4	4	4	12	4,0	4	5	5	14	4,7	5	5	5	15	5,0	80
LA	2	3	3	8	2,7	4	4	2	10	3,3	3	4	3	10	3,3	3	3	3	9	3,0	5	4	5	14	4,7	5	4	4	13	4,3	64
NA	3	3	4	10	3,3	3	4	3	10	3,3	4	4	4	12	4,0	4	3	3	10	3,3	5	5	4	14	4,7	5	4	3	12	4,0	68
AI	4	4	5	13	4,3	5	4	5	14	4,7	5	5	5	15	5,0	5	4	4	13	4,3	5	5	5	15	5,0	5	5	5	15	5,0	85
				10,7	3,6				11,3	3,8				12,3	4,1				10,8	3,6				14,2	4,7				13,2	4,4	72,5
KONTROL																															
NH	1	3	2	6	2,0	4	5	2	11	3,7	3	3	4	10	3,3	3	3	3	9	3,0	4	4	4	12	4,0	3	3	3	9	3,0	57
FD	2	4	2	8	2,7	2	3	2	7	2,3	3	3	4	10	3,3	4	2	3	9	3,0	3	4	4	11	3,7	4	3	3	10	3,3	55
NL	1	3	2	6	2,0	1	1	1	3	1,0	1	1	2	4	1,3	1	1	2	4	1,3	4	4	3	11	3,7	1	1	1	3	1,0	31
AG	2	1	1	4	1,3	3	1	1	5	1,7	3	1	1	5	1,7	2	1	1	4	1,3	3	3	3	9	3,0	3	2	1	6	2,0	33
HF	3	4	4	11	3,7	4	2	3	9	3,0	4	4	3	11	3,7	2	3	3	8	2,7	3	4	5	12	4,0	2	3	3	8	2,7	59
MR	2	2	2	6	2,0	4	3	3	10	3,3	4	4	4	12	4,0	3	2	1	6	2,0	4	4	4	12	4,0	3	3	3	9	3,0	55
				6,8	2,3				7,5	2,5				8,7	2,9				6,7	2,2				11,2	3,7				7,5	2,5	48,3

Lampiran 3. Tabulasi Data Skala BDI-II

Nama	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Total	Kategori
PRE TEST EKSPERIMEN																							
NA	1	1	1	2	2	3	2	2	0	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	32	Severe
NK	1	2	2	2	3	3	3	3	0	1	3	1	2	2	1	1	0	0	0	1	0	31	Severe
DF	1	1	2	1	3	3	1	3	0	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	3	2	34	Severe
LA	1	1	1	2	2	3	2	3	0	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	0	30	Severe
NA	1	2	2	1	2	1	2	2	0	0	3	2	2	2	1	2	2	1	2	2	0	32	Severe
AI	1	2	2	1	1	3	2	1	0	3	1	1	2	1	0	3	1	2	1	2	3	33	Severe
KONTROL																							
NH	1	1	0	1	2	1	2	0	0	2	3	1	2	2	2	2	1	3	2	1	0	29	Severe
FD	0	1	2	1	2	1	1	2	0	3	3	1	2	1	1	3	1	2	1	2	1	31	Severe
NL	2	1	2	0	1	0	3	3	0	1	3	2	2	3	2	1	1	2	0	2	3	34	Severe
AG	1	1	1	1	1	1	1	3	0	3	3	0	1	3	1	2	1	1	2	3	3	33	Severe
HF	0	1	1	1	3	3	2	3	0	1	1	2	1	0	1	3	2	2	1	1	1	30	Severe
MR	2	1	1	2	2	1	2	2	0	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	0	29	Severe
POST TEST EKSPERIMEN																							
NA	0	0	0	2	2	2	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	14	Mild
NK	0	1	1	2	1	2	2	1	0	1	1	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	17	Mild
DF	1	1	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	21	Moderate
LA	1	0	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	1	0	1	2	1	1	1	1	0	16	Mild
NA	1	1	1	0	2	1	2	2	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	17	Mild
AI	1	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0	1	13	None
KONTROL																							
NH	1	2	0	1	1	1	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	0	32	Severe
FD	1	2	2	1	2	1	2	2	0	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	30	Severe
NL	1	1	3	1	1	0	3	3	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	3	35	Severe
AG	1	2	2	1	1	1	2	3	0	3	2	0	2	3	1	1	1	1	1	3	2	33	Severe
HF	0	1	1	1	3	3	2	3	0	1	2	2	2	0	1	1	2	2	2	2	0	31	Severe
MR	1	1	1	2	2	1	3	2	0	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	3	1	31	Severe

Lampiran 4. Skala DERS-SF

SKALA DERS-SF

Nama :
Usia :
Jenis Kelamin :
Tanggal :

Instruksi:
Pilihlah jawaban dari pernyataan di bawah ini yang paling sesuai dengan diri Anda. Tidak ada jawaban benar atau salah. Jawablah secara cepat. Terdapat 5 (lima) pilihan jawaban pada setiap pernyataan yaitu:

- 1 = Tidak pernah
- 2 = Jarang
- 3 = Kadang-kadang
- 4 = Sering
- 5 = Sangat sering

No.	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Sangat sering
1.	Saya memperhatikan bagaimana perasaan saya.	1	2	3	4	5
2.	Saya tidak memahami bagaimana perasaan saya	1	2	3	4	5
3.	Saya kesulitan memahami perasaan saya	1	2	3	4	5
4.	Saya peduli dengan apa yang saya rasakan.	1	2	3	4	5
5.	Saya bingung tentang apa yang saya rasakan.	1	2	3	4	5
6.	Ketika saya kesal, saya mengakui/menyadari emosi tersebut.	1	2	3	4	5
7.	Ketika saya kesal, saya menjadi malu karena merasa demikian	1	2	3	4	5
8.	Ketika saya kesal, saya menjadi sulit untuk menyelesaikan pekerjaan.	1	2	3	4	5
9.	Ketika saya kesal, saya menjadi tidak terkendali.	1	2	3	4	5
10.	Ketika saya kesal, saya tahu bahwa pada akhirnya saya akan merasa sangat tertekan.	1	2	3	4	5
11.	Ketika saya kesal, saya kesulitan untuk fokus pada hal-hal lain.	1	2	3	4	5
12.	Ketika saya kesal, saya merasa bersalah karena menjadi demikian.	1	2	3	4	5

No.	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Sangat sering
13.	Ketika saya kesal, saya menjadi sulit berkonsentrasi	1	2	3	4	5
14.	Ketika saya kesal, saya menjadi sulit mengendalikan perilaku saya.	1	2	3	4	5
15.	Ketika saya kesal, saya percaya bahwa tidak ada yang bisa dilakukan untuk membuat diri saya merasa lebih baik.	1	2	3	4	5
16.	Ketika saya kesal, saya menjadi jengkel dengan diri saya sendiri karena merasa seperti itu.	1	2	3	4	5
17.	Ketika saya kesal, saya kehilangan kendali atas perilaku saya sendiri.	1	2	3	4	5
18.	Ketika saya kesal, saya butuh waktu lama untuk merasa lebih baik.	1	2	3	4	5

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG

Lampiran 5. Skala BDI-II

SKALA BDI-II

Nama :
Usia :
Jenis Kelamin :
Tanggal :

Instruksi:
Kuesioner ini terdiri dari 21 kelompok pernyataan. Harap membaca setiap kelompok pernyataan dengan cermat. Lalu pilihlah satu pernyataan di setiap kelompok yang paling menggambarkan perasaan Anda selama dua minggu terakhir, termasuk hari ini. Lingkari nomor di samping pernyataan yang telah Anda pilih. Jika beberapa pernyataan dalam kelompok tampaknya bernilai sama, lingkari angka tertinggi untuk kelompok tersebut. Pastikan Anda tidak memilih lebih dari satu pernyataan untuk kelompok mana pun, termasuk Butir 16 (Perubahan Pola Tidur) atau Butir 18 (Perubahan Nafsu Makan)

1. Kesedihan
   0. Saya tidak merasa sedih
   1. Saya sering merasa sedih
   2. Saya merasa sedih sepanjang waktu
   3. Saya begitu sedih sehingga saya merasa tidak tahan lagi

2. Pesimis
   0. Saya tidak berkecil hati terhadap masa depan saya
   1. Saya merasa lebih berkecil hati terhadap masa depan saya daripada sebelumnya
   2. Saya merasa bahwa saya tidak akan berhasil
   3. Saya merasa bahwa masa depan saya hanya akan bertambah buruk dan tidak ada harapan membaik

3. Kegagalan
   0. Saya tidak merasa gagal
   1. Saya merasa bahwa kegagalan saya terlalu banyak
   2. Saat saya mengingat masa lalu, maka yang teringat hanyalah kegagalan
   3. Saya merasa bahwa saya adalah orang yang gagal total

4. Kehilangan kesenangan
   0. Saya dapat menikmati hal-hal yang menyenangkan
   1. Saya sedikit menikmati hal-hal yang menyenangkan
   2. Saya kesulitan menikmati hal-hal yang biasanya menyenangkan
   3. Saya tidak dapat menikmati hal-hal yang biasanya menyenangkan

5. Perasaan bersalah
   0. Saya tidak merasa bersalah
   1. Saya cukup sering merasa bersalah
   2. Saya sering merasa sangat bersalah
   3. Saya merasa bersalah sepanjang waktu

6. Perasaan dihukum
   0. Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum
   1. Saya merasa bahwa saya mungkin dihukum
   2. Saya merasa akan dihukum
   3. Saya merasa bahwa saya sedang dihukum

7. Penilaian diri
   0. Saya menyukai diri saya
   1. Saya kehilangan kepercayaan diri
   2. Saya kecewa pada diri sendiri
   3. Saya tidak menyukai diri sendiri

8. Menyalahkan diri
   0. Saya tidak menyalahkan diri sendiri
   1. Saya menjadi lebih banyak menyalahkan diri sendiri daripada biasanya
   2. Saya menyalahkan diri sendiri atas semua kesalahan saya
   3. Saya menyalahkan diri saya sendiri atas semua hal buruk yang terjadi

9. Pikiran bunuh diri
   0. Saya tidak punya pikiran untuk bunuh diri
   1. Saya mempunyai pikiran untuk bunuh diri, tetapi saya tidak akan melakukannya
   2. Saya ingin bunuh diri
   3. Saya bunuh diri jika ada kesempatan

10. Menangis
    0. Saya tidak menangis lebih sering dari biasanya
    1. Sekarang saya lebih banyak menangis daripada biasanya
    2. Saya hampir selalu menangis terhadap hal-hal kecil
    3. Saya merasa ingin menangis tapi tidak bisa

11. Gelisah
    0. Saya tidak merasa gelisah
    1. Saya lebih mudah gelisah daripada biasanya
    2. Saya merasa gelisah sepanjang waktu
    3. Saya selalu merasa gelisah sehingga saya harus terus menyibukkan diri

12. Kehilangan minat
    0. Saya senang beraktivitas atau bergaul dengan orang lain
    1. Saya kurang minat untuk beraktivitas atau bergaul dengan orang lain dibanding biasanya
    2. Saya kehilangan sebagian besar minat saya untuk beraktivitas atau bergaul dengan orang lain
    3. Saya telah kehilangan seluruh minat saya terhadap apapun

13. Kesulitan memutuskan
    0. Saya dapat membuat keputusan dengan baik seperti biasanya
    1. Saya merasa sedikit kesulitan untuk membuat keputusan seperti biasanya
    2. Saya merasa cukup sulit untuk untuk membuat keputusan seperti biasanya
    3. Saya merasa sangat kesulitan dalam membuat keputusan apapun

14. Perasaan tidak berharga
    0. Saya merasa berharga
    1. Saya tidak merasa diri saya berharga dan berguna seperti biasanya
    2. Saya merasa lebih tidak berharga dibandingkan orang lain
    3. Saya merasa benar-benar tidak berharga

15. Kemampuan bekerja
    0. Saya dapat bekerja dengan baik seperti biasanya
    1. Saya membutuhkan usaha lebih besar untuk mulai mengerjakan sesuatu
    2. Saya harus memaksa diri saya untuk mengerjakan sesuatu
    3. Saya sama sekali tidak dapat mengerjakan apa-apa

16. Perubahan pola tidur
    0. Saya tidak merasakan perubahan dari pola tidur saya
    1a. Saya tidur agak lebih sering dari biasanya
    1b. Saya tidur agak lebih sedikit dari biasanya
    2a. Saya tidur lebih banyak dari biasanya
    2b. Saya tidur lebih sedikit dari biasanya
    3a. Saya tidur sepanjang hari
    3b. Saya terbangun beberapa jam lebih awal dan tidak bisa kembali tidur

17. Mudah tersinggung
    0. Saya tidak lebih mudah tersinggung/marah dari biasanya
    1. Saya lebih mudah tersinggung/marah dari biasanya
    2. Saya hampir selalu tersinggung/marah daripada biasanya
    3. Saya tersinggung/marah sepanjang waktu

18. Perubahan nafsu makan
    0. Nafsu makan saya masih seperti biasanya
    1a. Nafsu makan saya lebih sedikit dari biasanya
    1b. Nafsu makan saya lebih banyak dari biasanya
    2a. Nafsu makan saya jauh berkurang dari biasanya
    2b. Nafsu makan saya jauh bertambah dari biasanya
    3a. Saya tidak memiliki nafsu makan
    3b. Saya ingin makan sepanjang waktu

19. Kesulitan konsentrasi
    0. Saya dapat berkonsentrasi seperti biasanya
    1. Saya tidak dapat berkonsentrasi sebaik seperti biasanya
    2. Saya tidak dapat berkonsentrasi dalam jangka waktu yang lama
    3. Saya sama sekali tidak dapat berkonsentrasi

20. Perasaan lelah
    0. Saya tidak lebih mudah lelah dari biasanya
    1. Saya menjadi lebih mudah lelah dibanding biasanya
    2. Saya terlalu lelah untuk melakukan sebagian besar pekerjaan dibanding biasanya
    3. Saya terlalu lelah untuk melakukan segala sesuatu dibanding biasanya

21. Kehilangan minat pada seks
    0. Saya merasa tidak ada perubahan dalam minat saya terhadap seks
    1. Saya kurang berminat terhadap seks dibandingkan sebelumnya
    2. Sekarang saya hampir kehilangan minat terhadap seks
    3. Saya sama sekali kehilangan minat terhadap seks

Lampiran 6. Uji Homogenitas

DERS-SF Pretest

Test of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
DERS-SF_Pretest	Based on Mean	1.287	1	10	.283
	Based on Median	.877	1	10	.371
	Based on Median and with adjusted df	.877	1	7.523	.378
	Based on trimmed mean	1.297	1	10	.281

ANOVA

DERS-SF_Pretest

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	65.333	1	65.333	.263	.619
Within Groups	2482.333	10	248.233		
Total	2547.667	11			

BDI-II Pretest

Test of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
BDI-II_Pretest	Based on Mean	1.552	1	10	.241
	Based on Median	1.538	1	10	.243
	Based on Median and with adjusted df	1.538	1	7.420	.253
	Based on trimmed mean	1.549	1	10	.242

ANOVA

BDI-II_Pretest

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	736.333	1	736.333	149.257	.000
Within Groups	49.333	10	4.933		
Total	785.667	11			

Lampiran 7. Uji Wilcoxon Regulasi Emosi

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
KE.Reg. Post - KE.Reg. Pre	Negative Ranks	0[a]	.00	.00
	Positive Ranks	6[b]	3.50	21.00
	Ties	0[c]		
	Total	6		
KK.Reg. Post - KK.Reg. Pre	Negative Ranks	4[d]	3.50	14.00
	Positive Ranks	1[e]	1.00	1.00
	Ties	1[f]		
	Total	6		

a. KE.Reg. Post < KE.Reg. Pre

b. KE.Reg. Post > KE.Reg. Pre

c. KE.Reg. Post = KE.Reg. Pre

d. KK.Reg. Post < KK.Reg. Pre

e. KK.Reg. Post > KK.Reg. Pre

f. KK.Reg. Post = KK.Reg. Pre

Test Statistics[a]

	KE.Reg. Post - KE.Reg. Pre	KK.Reg. Post - KK.Reg. Pre
Z	-2.207[b]	-1.761[c]
Asymp. Sig. (2-tailed)	.027	.078

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

Lampiran 8. Uji Mann Whitney Regulasi Emosi

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Post DERS-SF	12	60.42	16.495	31	85
Kelompok	12	1.50	.522	1	2

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post DERS-SF	Kelompok Eksperimen	6	9.50	57.00
	Kelompok Kontrol	6	3.50	21.00
	Total	12		

Test Statistics[a]

	Post DERS-SF
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	21.000
Z	-2.887
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.002[b]

a. Grouping Variable: Kelompok

b. Not corrected for ties.

Lampiran 9. Uji Wilcoxon Tingkat Depresi

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
KE.Dep. Post - KE.Dep. Pre	Negative Ranks	6[a]	3.50	21.00
	Positive Ranks	0[b]	.00	.00
	Ties	0[c]		
	Total	6		
KK.Dep. Post - KK.Dep. Pre	Negative Ranks	1[d]	2.00	2.00
	Positive Ranks	4[e]	3.25	13.00
	Ties	1[f]		
	Total	6		

a. KE.Dep. Post < KE.Dep. Pre

b. KE.Dep. Post > KE.Dep. Pre

c. KE.Dep. Post = KE.Dep. Pre

d. KK.Dep. Post < KK.Dep. Pre

e. KK.Dep. Post > KK.Dep. Pre

f. KK.Dep. Post = KK.Dep. Pre

Test Statistics[a]

	KE.Dep. Post - KE.Dep. Pre	KK.Dep. Post - KK.Dep. Pre
Z	-2.207[b]	-1.511[c]
Asymp. Sig. (2-tailed)	.027	.131

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

c. Based on negative ranks.

Lampiran 10. Uji Mann Whitney Tingkat Depresi

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Post BDI-II	12	24.17	8.483	13	35
Kelompok	12	1.50	.522	1	2

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post BDI-II	Kelompok Eksperimen	6	3.50	21.00
	Kelompok Kontrol	6	9.50	57.00
	Total	12		

Test Statistics[a]

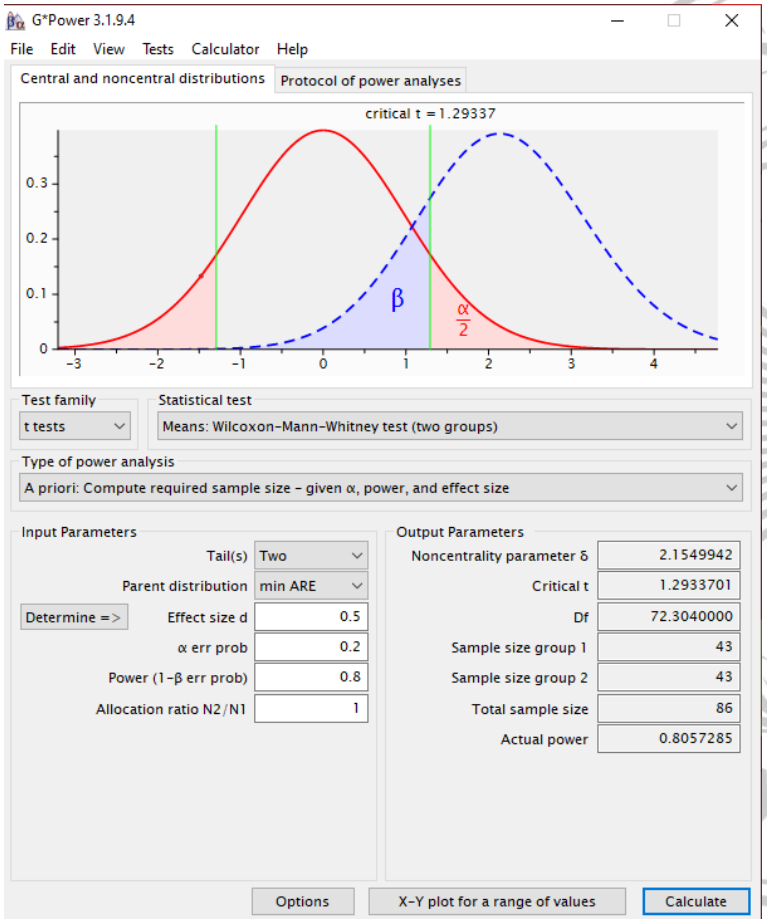
	Post BDI-II
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	21.000
Z	-2.892
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.002[b]

a. Grouping Variable: Kelompok

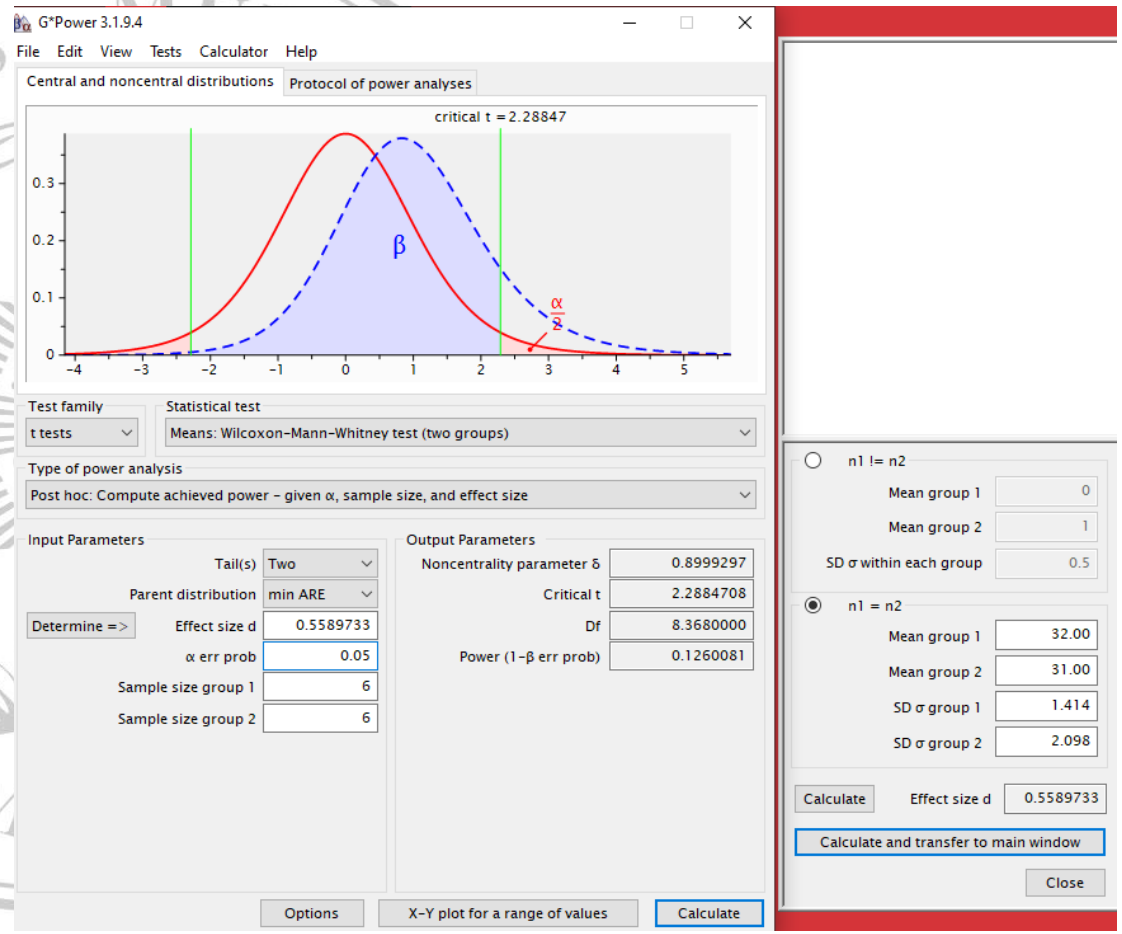
b. Not corrected for ties.

Lampiran 11. Analisis G*Power

Analisis apriori (Power 0.80)



Analisis post-hoc (Power 0.13)



Lampiran 12. Modul Intervensi

MODUL INTERVENSI REGULASI EMOSI MELALUI EMOTION FOCUSED THERAPY (EFT) TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEPRESI PADA MAHASISWA

Disusun oleh:

Shinta Adzani Putri

Modul Intervensi Regulasi Emosi melalui *Emotion Focused Therapy* (EFT) terhadap Penurunan Tingkat Depresi pada Mahasiswa

Gangguan depresi ditandai dengan perasaan putus asa, sedih, murung, selama setidaknya dua minggu (American Psychiatric Association, 2013). Intensitas yang mendalam dan durasi yang panjang dari pengalaman tersebut selama sehari-hari merupakan karakter khas dari depresi. Organisasi *self* menjadi cenderung berada di keadaan depresif, bahkan dalam kasus yang parah tidak hanya sekedar depresif tapi juga tidak lagi merasakan emosi apapun (Greenberg & Watson, 2006). Selain gangguan neurofisiologis dan afektif, penderita depresi memiliki kognisi negatif. Pandangan terkait diri, dunia, dan masa depan menjadi negatif hingga mengarah pada isolasi sosial.

Emotion Focused Therapy (EFT) merupakan terapi yang bertujuan mengakses dan mengubah kebiasaan skema emosional maladaptif yang dipandang sebagai sumber depresi. Skema emosional maladaptif umumnya melibatkan perasaan malu karena tidak berharga, ketergantungan, cemas, pengabaian, dan ketidakberdayaan. Terdapat tiga prinsip kunci yang mendasari perubahan emosional (Greenberg, 2010), yakni:

1) Kesadaran Emosi (*Emotion Awareness*), berkaitan kesadaran yang lebih besar dari pengalaman emosional dan informasi, serta pemahaman lebih mendalam dari perilaku akibat emosi tersebut. Peningkatan kesadaran emosional mendorong penciptaan makna baru dan membantu individu mengembangkan narasi baru untuk menjelaskan pengalaman mereka.
2) Regulasi Emosi (*Emotion Regulation*). Untuk mencapai keadaan terhubung dengan pengalaman emosional individu itu sendiri, kapasitas individu untuk menenangkan diri (misalnya, dengan mengatur detak jantung dan pernapasan) perlu ditingkatkan. Kemampuan dalam menenangkan diri memungkinkan individu memperoleh wawasan dan pengetahuan dari proses emosional dan belajar bagaimana menangani sinyal dan situasi darurat.
3) Mengubah Emosi dengan Emosi (*Changing Emotion with Emotion*). Keadaan afektif yang maladaptif diubah menjadi keadaan adaptif. Perubahan ini

dimungkinkan menggunakan latihan relaksasi atau melalui induksi emosi positif yang disengaja.

EFT memiliki tiga tahapan intervensi (Greenberg & Watson, 2006), tahapan pertama yakni *bonding and awareness*. Tahapan ini menekankan pada membentuk ikatan relasi yang saling percaya antara terapis dan subjek, meningkatkan kesadaran emosional subjek, serta secara kolaboratif menetapkan fokus awal terapi. Upaya untuk mencapai tujuan ini berlanjut selama terapi. Ketika ikatan relasi yang aman telah terbentuk, kesepakatan untuk bekerja sama pada kesadaran emosional terbentuk, dan fokus awal pada aspek pengalaman yang menyebabkan depresi telah disepakati, transisi ke tahap kedua terjadi.

Tahap kedua dari EFT yakni tahap *evocation and exploration*. Pada tahapan ini sangat penting bagi subjek untuk merasakan apa yang mereka bicarakan dalam sesi tersebut dan bahwa perhatian utama dirasakan berdasarkan pengalaman, bukan hanya diketahui secara intelektual. Untuk meningkatkan pengalaman, terapis harus menilai dukungan internal dan eksternal subjek dalam melakukan kontak dengan pengalaman dan kapasitas subjek untuk menampung dan memproses pengalaman tersebut. Jika dukungan tidak mencukupi, terapis harus membantu subjek mengembangkan sumber daya dan kapasitas untuk memproses pengalaman tersebut.

Salah satu teknik yang dilakukan pada tahap *evocation and exploration* yaitu teknik *imagery*, dengan cara meminta klien berbicara tentang perasaan gagal dengan membayangkan situasi atau interaksi tertentu yang memicu perasaan ini untuk membantu mendorong eksplorasi perasaan dan pikiran yang lebih berbeda dalam situasi tersebut. Alternatifnya, terapis dapat mengamati bahwa subjek tertawa dengan mata berkaca-kaca, atau terapis dapat bertanya, "Bagaimana rasanya sekarang, saat Anda membicarakan hal ini?" atau tanggapi dengan "Itu bagian yang masih menyakiti atau mengganggu Anda" (Robinson et al., 2014).

Pada tahap *evocation and exploration*, terapis perlu mengeksplor skema emosi maladaptif subjek. Hal tersebut dilakukan dengan lebih dulu membedakan emosi primer dan emosi sekunder subjek (Greenberg & Watson, 2006). Emosi

primer pada depresi adalah reaksi paling mendasar, langsung, awal, dan cepat dari penderita depresi terhadap suatu situasi, seperti langsung sedih karena kehilangan atau marah karena suatu pelanggaran. Perasaan primer adalah keadaan mendasar yang tidak dapat direduksi menjadi perasaan lain. Perasaan primer ini dapat disadari oleh subjek, maupun tidak disadari.

Emosi sekunder dalam depresi adalah respons sekunder terhadap proses internal lain yang lebih primer dan mungkin merupakan perlindungan (pertahanan) terhadap proses tersebut, seperti perasaan putus asa ketika menghadapi hambatan, atau perasaan marah karena kehilangan. Hal tersebut adalah reaksi yang dipelajari terhadap proses yang mendasarinya. Emosi sekunder dapat berupa respons terhadap pemikiran sebelumnya, perasaan sebelumnya, atau dapat berupa emosi tentang emosi. Sebagai gambaran, rangkaian perasaan marah sebagai respons terhadap rasa sakit hati, atau perasaan bersalah karena merasa marah, sering kali terjadi pada individu depresi. Emosi sekunder perlu dieksplorasi untuk mendapatkan penyebab emosi yang lebih utama. Kebanyakan gejala depresi seperti keputusasaan, ketidakberdayaan, dan keputusasaan adalah emosi sekunder.

Tahap ketiga dari EFT yakni tahap *transformation*. Tahap ini menekankan pada pembentukan cara alternatif untuk merespons secara emosional, kognitif, dan perilaku dengan mengakses sumber daya internal baru dalam bentuk respons emosional adaptif dan dengan memahami pengalaman dengan cara-cara baru. Pergeseran ke tahap ini terjadi ketika pengalaman emosional yang menjadi inti masalah telah dimunculkan dalam sesi sebelumnya dan faktor penyebabnya telah dieksplorasi.

Pada tahap *transformation*, terapis membantu subjek untuk berfokus pada cara mengakses respons emosional adaptif baru dan untuk memfasilitasi pembentukan makna baru oleh subjek. Subjek menghasilkan pengalaman baru, baik dengan mengakses emosinya dan mengubah narasinya, sehingga terbentuk kisah hidup baru yang lebih positif. Hal tersebut membantu subjek untuk memahami perubahan dalam pengalaman mereka terhadap diri mereka sendiri dan dunia (Greenberg & Watson, 2006).

Tujuan

EFT bertujuan meningkatkan kemampuan regulasi emosi dengan cara menyadari dan memahami emosi tidak nyaman yang muncul, menenangkan diri ketika berhadapan dengan emosi tidak nyaman, serta mengubah respon emosi yang maladaptif menjadi lebih adaptif. Meningkatnya kemampuan regulasi emosi diharapkan dapat membantu menurunkan tingkat keparahan depresi.

Waktu

Kegiatan dilakukan selama 6 sesi dengan durasi masing-masing sesi berlangsung sekitar 45-60 menit.

Subjek

Kegiatan terapi dilakukan secara individual sesuai dengan penjadwalan yang akan disesuaikan antara subjek dan terapis. Subjek merupakan mahasiswa berusia 19-23 tahun dengan skor BDI-II kategori *severe*, tidak sedang menjalani intervensi psikologis, serta tidak sedang mengonsumsi obat-obatan dari psikiater. Subjek dengan gejala memiliki pikiran bunuh diri dirujuk untuk pergi ke profesional sehingga tidak melanjutkan proses penelitian.

Rancangan Kegiatan Terapi

Fase	Sesi	Tujuan	Kegiatan
Bonding and awareness	1	● Membangun hubungan terapeutik antara subjek dan terapis. ● Memunculkan kesadaran emosional ● Menetapkan fokus intervensi	● Menghadiri, berempati, dan memvalidasi perasaan dan *self* subjek saat ini ● Memberi penjelasan pentingnya berhadapan dengan emosi. ● Meningkatkan kesadaran akan pengalaman internal. ● Fokus intervensi ditetapkan berdasarkan proses yang terjadi selama terapi
Evocation and exploration	2	● Mempersiapkan subjek menghadapi emosi yang menyakitkan	● Memastikan subjek siap menghadapi emosi yang menyakitkan ● Mengajarkan cara *self-soothing* ketika emosi yang muncul terlalu menyakitkan
	3	● Membangkitkan emosi dan memori yang menyakitkan ● Mengakses emosi primer atau skema inti emosi maladaptif subjek	● Memberikan stimulasi memunculkan kembali emosi dan memori yang menyakitkan. ● Menghentikan interupsi emosi menyakitkan yang muncul ● Mengidentifikasi reaksi sekunder yang lebih awal muncul sebelum emosi primer

			● Membantu subjek mengakses emosi primer atau skema inti emosi maladaptif dengan melakukan refleksi terhadap *beliefs* yang muncul ● Membantu meregulasi emosi yang muncul selama mengakses emosi primer maladaptif
Transformation and Generation of Alternatives	4	● Menghasilkan respons emosional baru untuk mengubah skema inti maladaptif	● Membantu subjek mengubah emosi yang maladaptif menjadi lebih adaptif.
	5	● Menciptakan makna baru yang lebih positif terhadap pengalaman	● Meningkatkan refleksi untuk memahami pengalaman. ● Mendukung dan memvalidasi identitas diri baru subjek yang lebih positif.
Terminasi	6	● Evaluasi proses terapi dan perkembangan subjek	● Terapis dan subjek saling mengevaluasi terkait jalannya proses terapi ● Terapis dan subjek menyampaikan evaluasi terhadap perubahan subjek selama proses terapi

Rincian Kegiatan Terapi

Tahap *Bonding and Awareness*

1) Sesi 1

a. Tujuan

1. Membangun hubungan terapeutik antara subjek dan terapis.
2. Memunculkan kesadaran emosional subjek
3. Menetapkan fokus intervensi

b. Durasi

60 menit

c. Prosedur

- Terapis menjelaskan mengenai tujuan, durasi, serta bentuk terapi yang dilakukan
- Memberikan *informed consent* sebagai bentuk kesediaan subjek mengikuti rangkaian kegiatan terapi hingga akhir
- Subjek dipersilakan bertanya terkait hal-hal yang perlu dijelaskan lebih lanjut
- Terapis membangun hubungan terapeutik dengan menghadiri, berempati, dan memvalidasi perasaan dan *self* subjek saat ini
- Terapis memberi penjelasan pentingnya berhadapan dengan emosi
- Terapis mengarahkan subjek untuk meningkatkan kesadaran akan pengalaman internal seperti perasaan, pikiran, dan reaksi tubuh yang dirasakan
- Mengarahkan subjek mendeskripsikan dan melabel emosi yang muncul untuk membantu memecahkan masalah dan meregulasi emosi
- Mengidentifikasi emosi yang utama dan inti dari sebuah situasi
- Terapis mengarahkan fokus intervensi yang muncul pada setiap tingkat pemrosesan subjek yang semakin mendalam

- Fokus intervensi dilihat dari hal-hal yang muncul selama proses terapi, dimulai dari cara subjek memproses situasi, permasalahan kognitif-afektif yang subjek alami, serta konten dan tema terapeutik yang berkembang selama proses terapi.

Tahap *Evocation and Exploration*

2) Sesi 2

a. Tujuan

1. Mempersiapkan subjek menghadapi emosi yang menyakitkan

b. Durasi

45 menit

c. Prosedur

- Memastikan subjek memiliki kesiapan sebelum membangkitkan emosi yang menyakitkan
- Mengajarkan cara *self-soothing* ketika emosi yang muncul terlalu menyakitkan, seperti membayangkan pergi ke "tempat aman"
- Membantu subjek menghadapi hambatan yang dapat muncul dalam sepenuhnya merasakan emosi, seperti menolak perasaan tidak nyaman yang muncul serta ketidakmampuan dalam melabel emosi yang dirasakan
- Pada subjek yang kesulitan untuk melabel emosi, dapat diberikan tugas untuk membuat buku harian yang berisi tentang emosi yang dirasakan sehari-hari

3) Sesi 3

a. Tujuan

1. Membangkitkan emosi dan memori yang menyakitkan
2. Mengakses emosi primer atau skema inti emosi maladaptif subjek

b. Durasi

60 menit

c. Prosedur

- Subjek diberi pemahaman pentingnya sesi ini untuk membuka kembali pengalaman yang menyakitkan untuk mengakses rasa sakit supaya dapat mengubah pengalaman yang depresif
- Terapis memastikan bahwa subjek telah memahami dan menyetujui membuka kembali pengalaman yang menyakitkan
- Terapis dapat menggunakan metode tertentu, seperti merespon secara empatik, *focusing*, *imagery*, untuk membantu menstimulasi pengalaman subjek yang menyakitkan
- Menghentikan interupsi emosi menyakitkan yang muncul, seperti *blocking*, penghindaran
- Terapis mengidentifikasi reaksi sekunder yang semula tampak ketika membangkitan memori yang menyakitkan, seperti perasaan putus asa
- Setelah reaksi sekunder teridentifikasi, terapis mengarahkan subjek untuk memahami perasaan tersebut sedalam-dalamnya hingga mencapai emosi utama dan inti yang sebenarnya
- Terapis membantu subjek mengakses emosi primer atau skema inti emosi maladaptif dengan melakukan refleksi terhadap beliefs yang muncul. Beliefs pada EFT dipandang sebagai bentuk artikulasi dari pengalaman skematik emosi yang dirasakan dan bukan sebagai penyebab dari pengalaman depresif.
- Terapis mengarahkan subjek meregulasi emosi yang muncul selama membangkitkan pengalaman yang menyakitkan, dengan cara melakukan teknik pernapasan, menjadi observer dan mendeskripsikan sensasi yang tampak dirasakan subjek, atau mengidentifikasi pemikiran yang dapat membantu subjek meregulasi emosi yang muncul

Tahap *Transformation and Generation of Alternatives*

4) Sesi 4

a. Tujuan

1. Menghasilkan respons emosional baru untuk mengubah skema inti maladaptif.

b. Durasi

60 menit

c. Prosedur

- Terapis dan subjek mengevaluasi emosi utama dan inti yang muncul pada sesi sebelumnya apakah termasuk adaptif atau maladaptif. Emosi adaptif, seperti marah atau sedih yang masih terpendam. Emosi tidak adaptif, seperti malu atau takut.
- Terapis membantu subjek untuk mengubah emosi yang maladaptif menjadi lebih adaptif dengan memberikan empati dan dukungan terhadap emosi subjek yang maladaptif.
- Terapis memastikan *beliefs* subjek yang sebelumnya disfungsional turut berubah disebabkan adanya perubahan emosi yang lebih adaptif

5) Sesi 5

a. Tujuan

1. Menciptakan makna baru yang lebih positif terhadap pengalaman

b. Durasi

60 menit

c. Prosedur

- Terapis mendorong subjek melakukan refleksi terhadap pengalaman emosional baru yang lebih positif

- Terapis memastikan subjek dapat menjelaskan identitas diri yang sebelumnya mungkin terdapat perasaan tidak berharga menjadi lebih berharga dan lebih kuat untuk menghadapi permasalahan.
- Terapis memberikan dukungan dan validasi terhadap identitas diri baru subjek yang muncul.
- Terapis mendorong subjek lebih terhubung dengan orang lain daripada menarik diri, serta berani mengambil risiko dan mencoba hal baru supaya pengalaman positif subjek dapat lebih berkembang.

6) Sesi 6

a. Tujuan

1. Evaluasi proses terapi dan perkembangan subjek

b. Durasi

60 menit

c. Prosedur

- Terapis dan subjek saling mengevaluasi terkait jalannya proses terapi
- Terapis dan subjek menyampaikan evaluasi terhadap perubahan subjek selama proses terapi
- Terapis dan subjek mendiskusikan alternatif langkah-langkah pencegahan kekambuhan setelah menyelesaikan terapi
- Terapis meminta subjek untuk mengisi skala BDI-II dan DERS-SF sebagai data *posttest*

DAFTAR PUSTAKA

American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). American psychiatric association.

Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. FOCUS: The Journal Of Lifelong Learning In Psychiatry, 8(1), 32–42. https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32

Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11286-000

Robinson, A. L., Mccague, E. A., & Whissell, C. (2014). "That chair work thing was great": a pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *13*(4), 263–277. https://doi.org/10.1080/14779757.2014.910131

Lampiran 13. Format Penugasan (*Self-Report*)

Hari/tanggal	**Emosi**	**Trigger/Kejadian pemicu**	**Cara menenangkan diri (*self-soothing*)**

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG

Lampiran 14. Lembar Expert Judgment

UMM est. 1964

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG

DIREKTORAT PROGRAM PASCASARJANA

Kampus : GKB 4 Lantai 1-3 Jl. Raya Tlogomas No. 246 Malang
Telp 0341 464319 ext. 318, 319 | email : pascasarjana@umm.ac.id

Lembar Validasi

Modul Pemberian Intervensi Psikologi

"*Emotion Focused Therapy* (EFT) untuk Menurunkan Tingkat Depresi"

Identitas Validator

Nama : Dwi Fidyanti Dewi, S.Pi., M.Psi., Psikolog.

Pekerjaan : Psikolog klinis

Instansi : FPsi Universitas Muhammadiyah Malang.

Bidang Keahlian : Peminatan psikologi klinis

Mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk berkenan memberikan penilaian terhadap modul pemberian intervensi psikologi ini. Validasi meliputi aspek-aspek yang telah tertera dalam tabel indikator. Mohon agar Bapak/Ibu memberi nilai dengan cara memberikan skor 1 – 5 pada kolom nilai dengan mengacu pada kriteria sebagai berikut:

1	= sangat kurang	4	= baik
2	= kurang	5	= sangat baik
3	= cukup baik		

Apabila terdapat saran-saran yang ingin Bapak/Ibu berikan, mohon langsung dituliskan pada kolom saran yang telah disediakan.

Kampus I
Jl. Bandung 1 Malang, Jawa Timur
P: +62 341 551 253 (Hunting)
F: +62 341 460 435

Kampus II
Jl. Bendungan Sutami No.188 Malang, Jawa Timur
P: +62 341 551 149 (Hunting)
F: +62 341 582 060

Kampus III
Jl. Raya Tlogomas No.246 Malang, Jawa Timur
P: +62 341 464 318 (Hunting)
F: +62 341 460 435
E: webmaster@umm.ac.id

Indikator Penilaian Validasi

1. **Pendahuluan**

No	Aspek Penilaian	Skor
1.1	Latar belakang telah sesuai menggambarkan alasan pentingnya intervensi diberikan.	4

2. **Teori Pendukung Intervensi**

No	Aspek Penilaian	Skor
2.1	Dasar teori yang digunakan dalam modul sesuai dengan terapi yang digunakan.	5
2.2	Dasar teori intervensi sesuai dengan tujuan penelitian	4.

3. **Prosedur Terapi**

No	Aspek Penilaian	Skor
3.1	Strategi dan teknik terapi yang telah dirumuskan relevan dengan teori yang digunakan.	5
3.2	Strategi dan teknik terapi dapat diaplikasikan oleh terapis dalam mencapai tujuan dan target terapi.	4
3.3	Tahap-tahap terapi dapat digunakan sebagai sebuah prosedur untuk mencapai target terapi.	4
3.4	Deskripsi setiap sesi dapat diaplikasikan oleh terapis dalam membantu partisipan.	4

4. **Relevansi Tujuan Terapi**

No	Aspek Penilaian	Skor
4.1	Modul ini dapat membantu partisipan mencapai tujuan terapi dengan baik.	5
4.2	Pendekatan terapi yang digunakan relevan dengan masalah klinis yang dibahas.	5

5. **Keterbacaan dan Pemahaman**

No	Aspek Penilaian	Skor
5.1	Modul ini ditulis dengan bahasa yang jelas dan mudah dipahami.	4
5.2	Informasi teknis atau istilah psikologis dijelaskan dengan baik.	4.

UMM
est. 1964
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG

DIREKTORAT PROGRAM PASCASARJANA

Kampus : GKB 4 Lantai 1-3 Jl. Raya Tlogomas No. 246 Malang
Telp 0341 464319 ext. 318, 319 | email : pascasarjana@umm.ac.id

6. Saran Perbaikan Modul:

modul dapat diaplikasikan untuk memangsang objek dengan kemudi depan namun perlu ada penambahan pada kriteria untuk agar target tropi sesuai & hasil EPT akan efektif. Bentuk juga menyesuaikan instrumen / skala tertentu untuk mengukur ap pad.

Kampus I
Jl. Bandung 1 Malang, Jawa Timur
P: +62 341 551 253 (Hunting)
F: +62 341 460 435

Kampus II
Jl. Bendungan Sutami No.188 Malang, Jawa Timur
P: +62 341 551 149 (Hunting)
F: +62 341 582 060

Kampus III
Jl. Raya Tlogomas No.246 Malang, Jawa Timur
P: +62 341 464 318 (Hunting)
F: +62 341 460 435
E: webmaster@umm.ac.id

Lampiran 15. Hasil Cek Plagiasi

Tesis (Shinta Adzani Putri) 1

ORIGINALITY REPORT

4%	4%	2%	0%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	core.ac.uk Internet Source	2%
2	eprints.umm.ac.id Internet Source	2%

Exclude quotes	Off	Exclude matches	< 2%
Exclude bibliography	On		

MALANG