

Tata Laksana '*Behavioral Activation*' untuk Menurunkan Tingkat Depresi pada Pasien Stroke

*Ima Santika Jayati*¹, *M. Noor Rochman Hadjam*²

Program Magister Profesi Psikologi
Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada

Abstract. Depression in patients of stroke causes a decrease in health, quality of life, and positive feelings. Behavioral Activation (BA) is a technique that consists of various series of activities that can increase happiness, productivity, and patient's meaning of life. BA for depression in stroke patients still needs to be developed more in clinical setting. Therefore, we need a treatment guideline for psychologists in conducting assessment, diagnosis, and treatment for depression in stroke patients based on BA principles. This study aims to verify the effectiveness of BA guideline by evaluating psychologist's self efficacy in delivering service for stroke patients, patients' satisfaction of service, & patients' BDI scores. Data were analyzed by visual inspection and qualitative analysis.

Keywords: treatment guideline, behavior activation, stroke, depression

Abstark. Depresi pada pasien stroke menimbulkan penurunan kondisi kesehatan, kualitas hidup, serta perasaan positif. *Behavioral Activation* (BA) merupakan teknik yang terdiri dari berbagai rangkaian aktivitas yang dapat meningkatkan rasa senang, produktivitas, serta kebermaknaan hidup pasien. BA untuk menangani depresi pada pasien stroke masih perlu dikembangkan lebih lanjut dalam *setting* klinis. Oleh sebab itu, perlu disusun tata laksana BA sebagai panduan bagi psikolog dalam melakukan asesmen, diagnosis, dan penanganan terhadap gangguan depresi pada pasien stroke berdasarkan prinsip-prinsip BA. Penelitian ini bertujuan untuk menguji efektivitas tata laksana BA melalui evaluasi terhadap efikasi diri psikolog dalam penerapan tata laksana BA pada pasien stroke, kepuasan pasien terhadap pelayanan psikolog, serta skor BDI pasien. Data penelitian dianalisis dengan analisis data visual dan analisis kualitatif.

Kata kunci: tata laksana, behavioral activation, stroke, depresi

Berdasarkan data Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional (Bappenas) pada tahun 2005, penduduk Indonesia diperkirakan akan mencapai 273,65 juta jiwa pada tahun 2025. Pada tahun yang sama angka harapan hidup diperkirakan mencapai 73,7 tahun. Di satu sisi, hal ini membuat jumlah pasien dengan keluhan penyakit-penyakit kronis bertambah, salah

satunya penyakit stroke. Angka kejadian stroke di Indonesia meningkat dengan tajam, bahkan saat ini Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia. Hal ini sangat memprihatinkan mengingat Insan Pasca Stroke (IPS) biasanya merasa rendah diri, emosinya tidak terkontrol, dan selalu ingin diperhatikan (Yayasan Stroke Indonesia, 2012).

Stroke merupakan penyakit pada otak yang disebabkan oleh gangguan pada aliran

¹ Korespondensi mengenai artikel ini dapat dilakukan melalui: sweet_dzikruna@yahoo.co.id

² Atau melalui: nrochman@ugm.ac.id

darah (*World Health Organization*, 2005). Stroke dapat menimbulkan konsekuensi yang tidak menyenangkan bagi penderita maupun keluarganya. Pasien stroke dengan kerusakan otak mengalami perubahan dalam area prefrontal otak, yaitu bagian yang bertanggungjawab mengontrol *neurotransmitter* dan berperan dalam meregulasi emosi. Hal ini menyebabkan terjadinya perubahan kadar *neurotransmitter*, seperti *serotonin*, *norepinephrine*, dan *dopamin* (Ainsworth, 2000). Penurunan *neurotransmitter* tersebut kemudian berpengaruh terhadap stabilitas emosi yang terganggu, sehingga menimbulkan gejala seperti depresi, kecemasan, dan apati (*The Stroke Association*, 2011).

Implikasi depresi akibat stroke dapat pula berasal dari faktor psikologis. Kejadian stroke muncul secara tiba-tiba sehingga menimbulkan kekagetan dan ketakutan bagi penderitanya (Hind, dalam *The Stroke Association*, 2011). Penderita stroke memiliki kerentanan untuk mengalami ketidakseimbangan motorik, jatuh, dan ketergantungan terhadap orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Hellstrom, Lindmark, Wahlberg, & Fugl-Meyer, 2003). Ketiadaan dukungan keluarga merupakan prediktor utama terjadinya depresi pascastroke. Apabila kontak dengan lingkungan sosial semakin sedikit, maka hal ini akan semakin memperparah depresi (Santos, dkk., 2009).

Tritmen penanganan depresi pascastroke difokuskan pada strategi perilaku untuk mengurangi gangguan perilaku dan *mood*. Teknik perilaku dianggap sebagai teknik yang sesuai bagi pasien dikarenakan keterbatasan fisik dan kognitif yang sering menyertai penyakit stroke (Mitchell, dkk., 2008).

Penanganan depresi pascastroke hingga saat ini masih belum berjalan optimal. Beberapa bukti telah menunjukkan bahwa tritmen antidepresan dapat meningkatkan

penurunan depresi namun belum mampu menghasilkan kesembuhan klinis secara penuh (Paolucci, 2008; DeRubeis, Siegle, & Hollon, 2008; Dobson, dkk., 2008).

Behavioral activation (BA) adalah sebuah teknik intervensi psikologi yang melibatkan aktivitas fisik. Teknik ini berakar dari pendekatan perilaku Skinner yang menekankan pada premis dasar *behavioral*, bahwa manusia memiliki respons yang tinggi terhadap *reinforcement*. Ketika sumber *reinforcement* positif yang stabil hilang, maka akan muncul depresi (Kanter, Busch, & Rusch, 2009).

Tujuan BA adalah membuat klien mampu melakukan kontak kembali dengan sumber *reinforcement* positif yang stabil dan membuat hidup lebih bermakna dan bertujuan. Target BA bukan mengurangi simptom melainkan mengaktifkan perilaku alternatif. Lewinsohn berfokus pada kontrol aversif (hal yang dihindari) sehingga klien mau mengambil tindakan dan menyelesaikan masalah. Dengan demikian, klien dapat hidup lebih baik meskipun berada dalam perasaan negatif (Kanter, dkk., 2009).

BA tidak hanya ditujukan untuk menjadwalkan aktivitas yang menyenangkan ataupun mencari penyebab depresi secara internal. BA lebih berfokus pada keseluruhan peristiwa dan variabel yang memengaruhi munculnya respons yang tidak adaptif, baik berupa perilaku yang tampak maupun proses kognitif (Veale, 2008).

Penerapan BA masih belum dikenal luas di Indonesia. Padahal teknik BA yang fleksibel dan praktis cocok digunakan untuk penanganan depresi terhadap pasien penyakit kronis, khususnya stroke. Dengan demikian diperlukan suatu tata laksana, yakni dokumen yang meliputi serangkaian petunjuk profesional bagi psikolog (*American Psychological Association*, 2002) untuk menjalankan BA. Tata laksana BA dalam penelitian ini dimaksudkan sebagai pan-

duan bagi psikolog dalam melakukan penanganan depresi pada pasien stroke berdasarkan prinsip-prinsip BA. Kekhususan tata laksana ini terletak pada aktivasi perilaku yang difokuskan pada hal-hal yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan psikomotorik pasien yang mengalami gangguan akibat stroke. Pengembangan tata laksana BA untuk menurunkan depresi diharapkan dapat meningkatkan efikasi diri psikolog sebagai pihak pelaksana layanan serta kepuasan pasien stroke sebagai pihak penerima layanan.

Efikasi diri psikolog dalam hal ini diartikan sebagai keyakinan diri psikolog dalam memberikan penanganan psikologis pada pasien stroke yang mengalami depresi dengan melakukan langkah-langkah rekomendasi yang tertuang dalam tata laksana BA. Sementara itu, kepuasan pelayanan pada pasien stroke diartikan sebagai tingkat kesenangan/kekecewaan yang dirasakan oleh pasien setelah mendapatkan pelayanan psikologi berdasarkan tata laksana BA.

Penelitian ini bertujuan untuk menguji efektivitas tata laksana BA melalui evaluasi terhadap efikasi diri psikolog dalam penerapan tata laksana BA pada pasien stroke, kepuasan pasien terhadap pelayanan psikolog, dan skor BDI pasien. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan teoritis dan praktis mengenai penerapan tata laksana BA untuk menurunkan tingkat depresi pada pasien stroke mengingat hingga saat ini belum ada penelitian yang berkaitan dengan tata laksana BA bagi psikolog dalam menangani pasien stroke di Indonesia.

Hipotesis dari penelitian ini adalah tata laksana BA dapat meningkatkan efikasi diri psikolog dan kepuasan pasien terhadap pelayanan, serta menurunkan tingkat depresi pasien.

Metode

Penelitian ini menggunakan rancangan kuasi eksperimen *single case* dengan model tata laksana BA sebagai variabel bebas. Efektivitas tata laksana ditandai dengan indikator sebagai berikut: (a) efikasi diri psikolog meningkat, (b) kepuasan pelayanan pasien meningkat, dan (c) terjadi penurunan tingkat depresi pada pasien. Penelitian ini diawali dengan proses perumusan tata laksana sebagai pedoman pelaksanaan intervensi BA.

Partisipan Penelitian

Partisipan penelitian ini psikolog dan pasien stroke. Kualifikasi psikolog yang dibutuhkan dalam penelitian ini, yaitu: (a) telah lulus program Magister Psikologi Profesi Klinis atau Sarjana Psikologi yang telah memiliki sertifikat/lisensi sebagai psikolog, (b) mengikuti pelatihan yang diberikan dari awal hingga akhir, (c) memiliki pengetahuan dasar mengenai depresi, penyakit stroke, serta pendekatan perilaku, dan (d) bersedia berpartisipasi dalam seluruh proses penelitian.

Kriteria pasien stroke yang dipakai dalam penelitian ini sebagai berikut: (a) berusia antara 40-60 tahun, (b) mengalami depresi berdasarkan BDI (skor minimal 10), (c) mengalami stroke minimal selama dua minggu, (d) dapat melakukan aktivitas sederhana, dan (e) bersedia berpartisipasi dalam seluruh proses penelitian. Penderita yang mengalami gangguan dalam berkomunikasi dan memahami kata (*global aphasia*), memiliki gangguan fisik tambahan (seperti disabilitas bawaan), gangguan psikiatrik (misalnya parkinson, demensia), akan dikeluarkan dari dalam kriteria partisipan penelitian.

Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan skala efikasi diri psikolog, skala kepuasan pasien *Behavioral Activation for Depression Scale-Short Form* (BADS-SF), dan *The Beck Depression Inventory* (BDI). Skala efikasi diri psikolog dalam melaksanakan tata laksana BA disusun berdasarkan teori efikasi diri Bandura, yakni keyakinan seseorang terhadap kemampuan untuk mengatur dan menjalankan tindakan yang mengarah pada situasi prospektif (Bandura, 1995), yang telah disesuaikan dengan langkah-langkah intervensi BA pada setiap sesi. Skala kepuasan merupakan skala interval *Likert* yang terdiri dari 10 aitem untuk mengukur kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan psikolog. BADS-SF merupakan versi pendek (9 aitem) dari BADS yang terdiri 25 aitem. Skala ini digunakan untuk mengukur tingkat keaktifan pasien. Skala BDI terdiri dari 21 aitem pilihan ganda yang digunakan untuk mengukur tingkat depresi.

Prosedur Penelitian

Pada awalnya peneliti memberikan pelatihan bagi psikolog untuk menerapkan BA pada pasien stroke berdasarkan model tata laksana yang telah disusun. Setelah pelatihan selesai, psikolog diminta mengisi skala efikasi diri secara umum. Selanjutnya psikolog melakukan intervensi BA pada pasien selama lima sesi. Sebelum mendapatkan intervensi BA dari psikolog, pasien diminta untuk mengisi skala BDI dan BADS-SF. Pasien selanjutnya mendapatkan intervensi BA seminggu dua kali. Setiap sesi diberikan selama sekitar 60 menit. Setiap kegiatan dalam sesi berpedoman pada modul tata laksana BA yang telah disusun oleh peneliti. Partisipan menjalani berbagai agenda setiap sesi, misalnya asesmen nilai-

nilai, penentuan hirarki aktivitas, dan monitoring aktivitas.

Skala efikasi diri psikolog yang dibuat khusus untuk tiap sesi diberikan pada psikolog setiap akhir sesi intervensi. Setelah keseluruhan sesi intervensi BA berakhir, pasien diminta untuk mengisi kembali skala BDI dan BADS beserta skala kepuasan pelayanan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan psikolog. *Follow up* dilakukan dua minggu kemudian melalui pengisian BDI dan BADS untuk memonitor kondisi pasien pasca intervensi.

Analisis Data

- a. *Visual Inspection.* *Visual inspection* digunakan untuk mengevaluasi perubahan tingkat efikasi diri psikolog berdasarkan skala efikasi diri, tingkat aktivitas pasien berdasarkan skala BADS, serta tingkat depresi pasien berdasarkan skala BDI.
- b. *Analisis Kualitatif.* Analisis kualitatif digunakan untuk menjelaskan hasil dari skala kepuasan pelayanan pasien serta mendukung hasil BADS, BDI, dan skala efikasi diri psikolog.

H a s i l

Partisipan

Partisipan penelitian ini adalah seorang psikolog yang menangani dua orang pasien stroke.

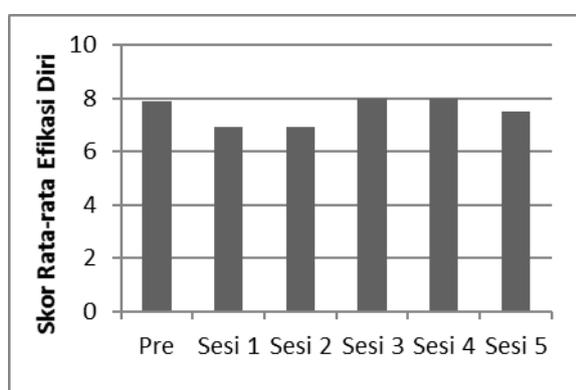
Tabel 1
Data Psikolog

Nama	ZA
Jenis Kelamin	Laki-laki
Usia	26 tahun
Pendidikan	Magister Psikologi Profesi

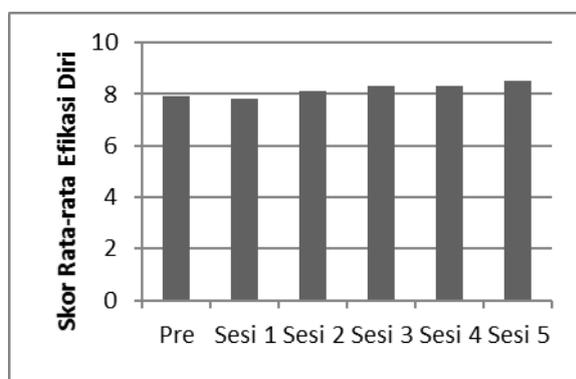
Tabel 2
Data Klien yang Ditangani

Nama	TR	BS
Jenis Kelamin	Laki-laki	Perempuan
Usia	41	59
Pendidikan	S1	S1
Status	Menikah	Menikah
Jumlah Anak	3	4
Pekerjaan	PNS	Ibu rumah tangga /Pensiunan guru
Keluhan/penyakit yang diderita	Stroke (hemisphere kanan), diabetes, gagal ginjal	Stroke (hemisphere kiri), HNP (<i>Hernia Nucleus Pulposus</i> /syaraf terjepit), alergi debu

Efikasi Diri Psikolog



Gambar 1. Efikasi Diri terhadap Klien TR



Gambar 2. Efikasi Diri terhadap Klien BS

Berdasarkan Gambar 1 dan 2 terlihat bahwa psikolog menunjukkan perbedaan efikasi diri dalam menangani kedua klien. Pada klien TR psikolog menunjukkan skor yang kurang stabil. Pada sesi-sesi awal (I dan II), psikolog menunjukkan penurunan skor dibanding saat pre intervensi. Ketika pre intervensi skor psikolog adalah 7,9 namun setelah intervensi berjalan skor

menurun menjadi 6,9 pada sesi pertama dan kedua. Kemudian pada sesi pertengahan (III dan IV) psikolog mengalami kenaikan skor menjadi 8, namun kembali turun pada sesi terakhir menjadi 7,5. Sementara itu pada klien BS, psikolog menunjukkan skor yang meningkat dari sesi ke sesi, meskipun pada sesi I mengalami penurunan dibanding saat pre intervensi. Setelah mencapai skor 7,9 pada pre intervensi, skor turun menjadi 7,8 pada sesi ke I. Selanjutnya skor pun terus meningkat menjadi 8,1 pada sesi II, 8,3 pada sesi III dan IV serta 8,5 pada sesi V.

Analisis Efikasi Diri Psikolog

Setelah mendapat pelatihan BA, psikolog merasa mantap untuk melakukan BA, namun kenyataan di lapangan agak berbeda dari harapan. Ketika bertemu klien TR untuk pertama kali, psikolog merasa belum cukup menguasai teknik BA. Hal ini memengaruhi kinerja psikolog dalam menjelaskan hal-hal yang berkaitan dengan BA di hadapan TR, misalnya psikolog kurang yakin ketika mendiskusikan hubungan antara aktivitas dan suasana hati. Kondisi psikologis TR yang mengalami depresi sedang pun membuat psikolog membutuhkan usaha lebih keras untuk memotivasi TR.

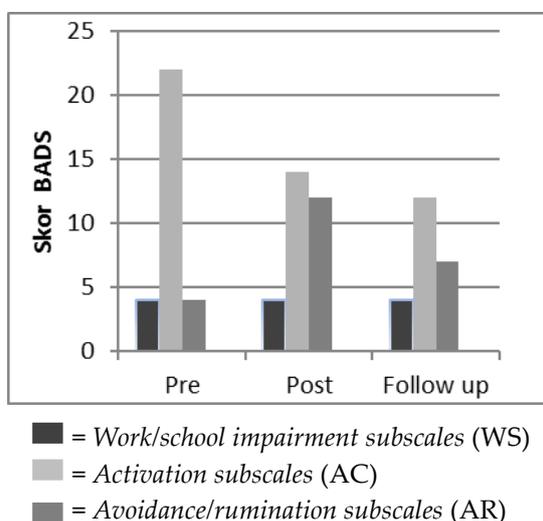
Hal ini berbeda ketika psikolog menangani BS. Pertemuan dengan BS adalah pertemuan kedua setelah psikolog bertemu dengan TR. Psikolog pun sudah semakin

memahami teknik BA sehingga merasa lebih yakin saat berhadapan dengan BS. Tingkat depresi yang lebih rendah pada BS juga membuat psikolog tidak perlu memberikan motivasi sebesar yang dia berikan pada TR. Dukungan yang besar dari keluarga juga turut berperan dalam menumbuhkan motivasi yang kuat dalam diri BS.

Perubahan Kondisi dan Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan

1. Partisipan TR

a. Perubahan Tingkat Aktivitas

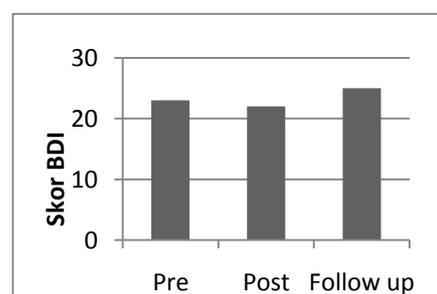


Gambar 3. Grafik Aktivitas TR

Berdasarkan Gambar 3. terlihat bahwa TR memiliki tingkat aktivasi yang kurang stabil. Skor aktivasi perilaku yang ditunjukkan TR sebelum intervensi BA berlangsung ternyata lebih tinggi dibandingkan setelah mendapat intervensi, yakni dari 22 menjadi 14. Aspek *work impairment* tidak mengalami perubahan, yakni tetap bernilai 4. TR belum mampu melakukan beberapa hal terkait pekerjaan. Di satu sisi, TR menunjukkan kemajuan dalam skor penghindaran perilaku, yakni dari 4 menjadi 12. Intensitas perilaku yang dihindari oleh TR semakin berkurang.

Setelah intervensi selesai dan TR diminta lagi untuk mengisi BADS, terlihat bahwa tingkat aktivasi dan penghindaran aktivitas kembali mengalami kemunduran. Skor aktivasi turun dari 14 menjadi 12, sedangkan penghindaran aktivitas turun dari 12 menjadi 7. Ketidakhadiran psikolog ternyata berpengaruh terhadap motivasi TR.

b. Perubahan Tingkat Depresi



Gambar 4. Grafik Tingkat Depresi TR

Dari hasil pengisian BDI terlihat bahwa tingkat depresi yang dialami TR belum menunjukkan perubahan yang signifikan. Sebelum intervensi, skor depresi sebesar 23, kemudian setelah intervensi berubah menjadi 22. Selanjutnya saat *follow up*, skor meningkat lagi menjadi 25. Dampak positif dari intervensi terlihat pada adanya penurunan skor BDI, meskipun hanya satu poin.

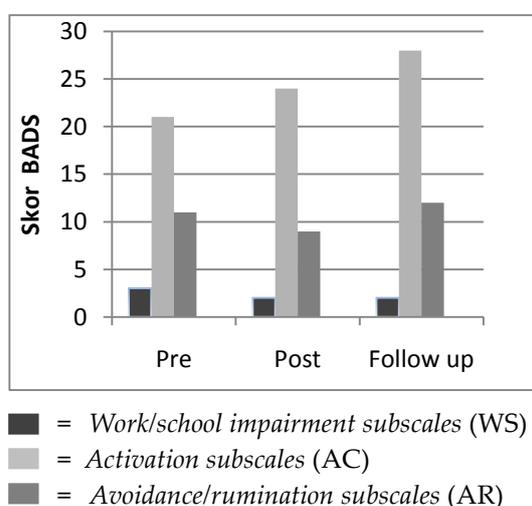
c. Tingkat Kepuasan terhadap Pelayanan Psikolog

Hasil pengisian skala kepuasan menunjukkan skor sebesar 29. Dari hasil tersebut terlihat bahwa tingkat kepuasan TR terhadap psikolog cukup tinggi. TR merasa kedatangan psikolog mampu membuatnya termotivasi untuk melakukan latihan yang dapat memulihkan kondisi fisiknya, seperti berjalan dan menggerakkan tangan. TR secara umum merasa puas dengan

pelayanan yang diberikan psikolog, namun menurut *TR* masih ada hal yang perlu dilakukan psikolog. *TR* menyarankan agar psikolog tidak hanya mengevaluasi agenda kegiatan pada tiap sesi tetapi juga mendampingi *TR* untuk melakukan kegiatan. Hal ini akan lebih dapat mendorong *TR* untuk meningkatkan kepercayaan diri.

2. Partisipan *BS*

a. Perubahan Tingkat Aktivitas

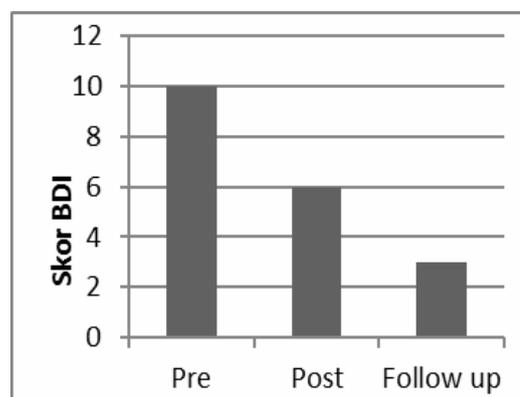


Gambar 5. Grafik Tingkat Aktivitas

Gambar 5. menunjukkan bahwa tingkat aktivasi mengalami kenaikan secara signifikan. Sebelum intervensi skor aktivasi sebesar 21, lalu setelah intervensi naik menjadi 24 dan saat *follow up* sebesar 28. Peningkatan ini menunjukkan bahwa perilaku yang ditargetkan berjalan optimal sehingga mampu meningkatkan suasana hati.

Di satu sisi, aspek *work impairment* dan penghindaran perilaku menunjukkan skor yang kurang stabil. *Work impairment* bergerak dari angka 3 lalu turun menjadi 2 pada *post* intervensi dan *follow up*. Sementara itu, penghindaran perilaku bergerak dari angka 11 menjadi 9, lalu naik ke angka 12.

b. Perubahan Tingkat Depresi



Gambar 6. Grafik Tingkat Depresi *BS*

Hasil pengisian BDI menunjukkan bahwa *BS* mengalami penurunan tingkat depresi yang signifikan. Sebelum intervensi skor depresi sebesar 10, kemudian setelah intervensi diberikan depresi berhasil turun menjadi 6. Tingkat depresi semakin turun hingga berada di angka 3 pada masa *follow up*.

c. Tingkat Kepuasan terhadap Pelayanan Psikolog

Hasil pengisian skala kepuasan menunjukkan skor sebesar 32. Dari hasil tersebut terlihat bahwa tingkat kepuasan *BS* terhadap psikolog tinggi. Klien merasa puas dengan teknik BA karena menurutnya teknik ini membantunya untuk berkomitmen terhadap perilaku yg ingin diaktifkan. Menurut *BS*, psikolog mampu menyampaikan penjelasan tentang BA serta stroke dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami. Psikolog juga mampu berkomunikasi dengan cara yang santai sehingga membuat *BS* merasa akrab. *BS* merasa mendapat penerimaan yang baik dari psikolog sehingga membuatnya bebas menyampaikan apa yang diinginkan.

Diskusi

Tata laksana BA berjalan efektif ketika berhasil meningkatkan efikasi diri psikolog dan kepuasan pelayanan pasien, serta menurunkan tingkat depresi pada pasien. Hasil penelitian pada studi pertama menunjukkan bahwa psikolog memiliki perbedaan efikasi diri ketika berhadapan dengan pasien. Psikolog menunjukkan efikasi diri yang lebih rendah saat menghadapi *TR* dibandingkan ketika menghadapi *BS*. Hal ini disebabkan oleh perbedaan karakter klien. Klien *TR* memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi serta dukungan keluarga yang kurang. Sementara itu, klien *BS* memiliki tingkat depresi yang lebih ringan serta dukungan keluarga yang lebih besar. Perbedaan usia dan profesi juga turut memengaruhi kinerja psikolog. *TR* yang masih berusia produktif dan bekerja sebagai PNS memiliki tingkat mobilitas yang berbeda dengan *BS* yang sudah pensiun dan menjadi ibu rumah tangga.

Frekuensi psikolog dalam berinteraksi dengan klien turut memengaruhi efikasi diri. Zimmerman (2000) mengungkapkan bahwa ketika seseorang menghadapi tugas yang semakin spesifik dan sesuai dengan keahlian, maka efikasi dirinya meningkat. Hal ini sesuai dengan perkembangan efikasi diri pada psikolog. Psikolog merasa lebih mantap dalam menangani kasus kedua setelah dia belajar dari pengalamannya saat pertama menghadapi klien.

Perbedaan tingkat keparahan penyakit yang diderita oleh kedua klien berpengaruh terhadap tingkat depresi. Klien *TR* juga menderita diabetes dan gagal ginjal disamping stroke. Menurut Egede, Zheng, dan Simpson (2002) individu dengan diabetes memiliki kemungkinan dua kali lipat untuk mengalami depresi dibandingkan individu yang tidak mengalami diabetes. Disamping itu pasien gagal ginjal tahap akhir yang

menjalani cuci darah mengalami gangguan fisik dan emosi yang mengarah pada depresi (Abdel-Khader, Unruh, & Weisbord, 2009). Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan penyakit diabetes dan gagal ginjal turut memengaruhi tingginya tingkat depresi yang dialami *TR*.

Selanjutnya, hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan psikologi berdasarkan BA yang dilakukan oleh psikolog mampu memberikan kepuasan bagi pasien. Dalam hal ini kedua partisipan memperlihatkan perbedaan skor pada skala kepuasan. *TR* menunjukkan skor kepuasan yang cukup tinggi, sedangkan *BS* menunjukkan kepuasan yang tinggi.

Perbedaan ini disebabkan oleh perbedaan kesesuaian antara harapan dan hasil yang didapatkan setelah menerima pelayanan. Dalam kasus ini, *TR* merasakan tingkat kepuasan yang cukup, namun masih sedikit di bawah harapannya. Sementara itu *BS* merasakan tingkat kepuasan yang sesuai dengan harapannya. Perbedaan ini disebabkan oleh perbedaan kesesuaian antara harapan dan hasil yang didapatkan setelah menerima pelayanan.

Efikasi diri psikolog dalam menangani kedua klien ternyata berpengaruh bagi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan. Hal ini sesuai dengan pendapat Ghaffarifar, Ghofranipour, dan Ahmadi (2013) bahwa peningkatan efikasi diri penyedia layanan (psikolog), khususnya dalam keahlian berkomunikasi, dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan dan kepatuhan pasien.

Dari keseluruhan hasil yang ditunjukkan oleh psikolog dan klien peneliti dapat menyimpulkan bahwa tata laksana BA yang disusun dalam penelitian ini sudah menunjukkan efektivitas, yang ditandai dengan adanya kepuasan pelayanan yang dirasakan klien. Namun, terdapat perbedaan hasil dalam upaya penanganan depresi.

BA menunjukkan hasil penurunan depresi yang signifikan ketika diterapkan pada pasien stroke dengan depresi ringan namun BA belum memberikan hasil yang sama ketika diterapkan pada pasien dengan depresi sedang. Menurut Hopko, dkk., (2011) apabila setelah intervensi berlangsung pasien belum mendapatkan hasil dan kepuasan pelayanan yang memadai maka kehadiran BA belum dianggap sebagai satu-satunya bentuk intervensi yang optimal. Oleh sebab itu, perlu dipertimbangkan aspek farmakologi atau psikososial untuk melengkapi BA. Aspek farmakologi dapat diwujudkan melalui manajemen diri pasien yang berkaitan dengan penyembuhan, seperti kepatuhan minum obat. Sementara itu, aspek psikososial dapat tercermin melalui dukungan keluarga terhadap klien.

Kesimpulan

Tata laksana BA efektif bagi pasien stroke yang mengalami depresi, namun terdapat perbedaan dalam penanganan pasien dengan depresi ringan dan pasien dengan depresi sedang atau tinggi. Pada pasien dengan depresi sedang atau tinggi, agenda aktivitas BA perlu diperluas pada aspek farmakologi (misalnya manajemen kepatuhan pengobatan) atau psikososial (misalnya pelatihan keterampilan sosial). Efikasi diri psikolog dalam menangani pasien berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan. Peningkatan efikasi diri psikolog dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan.

Terdapat beberapa keterbatasan penelitian yaitu pemilihan pasien stroke tidak ditetapkan berdasarkan karakter yang lebih homogen, penelitian menggunakan jumlah partisipan yang sedikit, dan psikolog yang terlibat pada penelitian ini belum memiliki jam terbang yang tinggi.

Saran

Peneliti selanjutnya diharapkan menetapkan kriteria partisipan yang lebih homogen dan melakukan monitoring terhadap kinerja psikolog secara lebih teratur. Psikolog hendaknya dapat menyebarkan penerapan BA sebagai intervensi psikologi untuk menangani depresi, terutama di setting pelayanan kesehatan masyarakat seperti rumah sakit dan puskesmas. Psikolog juga perlu menerapkan tata cara BA yang berbeda dalam menangani pasien depresi sesuai dengan tingkat depresinya.

Daftar Pustaka

- Abdel-Kader, K., Unruh, M. L., & Weisbord, S. D. (2009). Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol*, 4, 1057–1064.
- Acierno, R., Rheingold, A., Amstadter, A., Kurent, J., Amella, E., Resnick, H. & Lejuez C. (2012). Behavioral activation and therapeutic exposure for bereavement in older adults. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 29(1), 13–25.
- Agbor, J. M. (2011). The relationship between customer satisfaction and service quality: A study of three servicesectors in Umeå. *Masters Thesis*. Sweden: Umeå School of Business, Umeå University.
- Ainsworth, P. (2000). *Understanding depression*. USA : University Press of Mississippi.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *The American Psychological Association, Inc.*, 57(12), 1052–1059.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. Dalam A. Bandura (Editor), *Self efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Bappenas. (2005). *Tahun 2025, Angka Harapan Hidup Penduduk Indonesia Mencapai 73,7 Tahun*. Diunduh dari: <http://www.bappenas.go.id/node/142/1046/tahun-2025-angka-harapan-hidup-penduduk-indonesia-737-tahun/>. tanggal 10 Maret 2013.
- Berg, A., Palomäki, H., Lehtihalmes, M., Lönnqvist, J., & Kaste, M. (2003). Post-stroke depression: An 18-month follow-up. *Stroke*, *34*, 138-143.
- Bogousslavsky, J. (2003). William Feinberg Lecture 2002: Emotions, mood, and behavior after stroke. *Stroke*, *34*, 1046-1050.
- Chartier, I. S., & Provencher M. D. (2012). Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of Affective Disorders*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.023>.
- Chu, B. C., Colognori, D., Weissman, A. S., & Bannon, K. (2009). An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*, 408-419.
- Deegan, P. E., & Drake R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, *57*(11), 1636-1639.
- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J., & Hollon S. D. (2008). Cognitive therapy vs. medications for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms. *Nat Rev Neurosci*, *9*(10), 788-796. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn2345>
- Dobson, K. S., Dimidjian, S., Kohlenberg, R. J., Rizvi, S. L., Hollon, S. D., & Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(3), 468-477. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.468>
- Egede, L. E., Zheng, D., & Simpson, K. (2002). Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, *25*, 3, 464-470.
- Ellis, C., Zhao, Y., & Egede, L. E. (2010). Depression and increased risk of death in adults with stroke, *Journal of Psychosom Res.*, *68*(6), 545-551. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.11.006>
- Ghaffarifar, S., Ghofranipour, F., & Ahmadi, F. (2013). PRECEDE-PROCEED: The best model to plan in order to improve interns' self-efficacy specific to doctor-patient communication skills. *Health Education & Health Promotion (HEHP)*, *1*(2), 1-4
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient Satisfaction. *Leadership in Health Services*, *22* (1), 8-19.
- Gligoroska, J. M., & Manchevska, S. (2012). The effect of physical activity on cognition – physiological mechanism. *Mat Soc Med*, *24*(3), 198-202.
- Gottlieb, S. S., Kop, W. J., Ellis, S. J., Binkley, P., Howlett, J., O'Connor, C., & Cooper, L. (2009). Relation of depression to severity of illness in heart failure (from HF-ACTION [Heart Failure and a Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise] Training). *Am Journal Cardiol*, *103*(9), 1285-1289.
- Hellstrom, K., Lindmark, B., Wahlberg B., & Fugl-Meyer A. (2003). Self efficacy in relation to impairments and activities of daily living in elderly patients with stroke: A prospective investigation, *Journal of Rehabilitation Medicine*, *35*, 202-207.

- Hill, N., Roche, G., & Allen, R. (2007). *Customer satisfaction: The customer Experience Through the Customer's Eyes*. Britain: The Leadership Factor.
- Hopko, D. R., Magidson, J. F., & Lejuez, C. W. (2011). Treatment failure in behavior therapy: Focus on behavioral activation for depression. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(11), 1106–1116.
- Ilyas, S. (2011). *Mengenal dan Mencegah Stroke*. Diunduh dari akfarsam.ac.id/download.php?file=STROKE.pdf pada 10 Juni 2013.
- Jones, F., Partridge C., & Reid, F. (2008). The stroke self-efficacy questionnaire: Measuring individual confidence in functional performance after stroke. *Journal Compilation Blackwell Publishing Ltd*, 1-9.
- Kanter, J. W., Busch, A.M., & Rusch L.C. (2009). *Behavioral activation*. New York: Routledge.
- Kanter, J. W., Puspitasari, A. J., Santos, M. M., & Nagy G. A. (2012). Behavioural activation: History, evidence and promise. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 361–363. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103390>.
- Kotler, P. (2002). *Marketing management millenium edition, Tenth Edition*. Boston: Pearson Custom Publishing.
- Latipun. (2002). *Psikologi eksperimen*. Malang: Penerbit Universitas Muhammadiyah Malang.
- Lee, C. D., Folsom, A. R., & Blair, S. N. (2003). Physical activity and stroke risk: A meta-analysis. *Stroke*, 34, 2475-2482.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression (BATD): Revised treatment manual (BATD-R). *Behavior Modification*, 35(2), 111–161.
- MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. K., Rodman, S., Strong, D. V., Kahler, C. W., & Lejuez, C.W. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of Consultation of Clinical Psychology*, 78(1), 55–61. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017939>.
- Manos, R. C., Kanter, J. W., & Luo, W. (2011). The behavioral activation for depression scale–short form: Development and validation. *Behavior Therapy*, 42, 726–739.
- Martell, C.R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York: The Guilford Press.
- Maslim, R. (2003). *Buku saku diagnosis gangguan jiwa, rujukan ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta: PT. Nuh Jaya.
- Mitchell, P. H., Teri, L., Veith, R., Buzaitis, A., Tirschwell, D., Becker, K., & Cain, K. C. (2008). Living well with stroke: Design and methods for a randomized-controlled trial of a psychosocial-behavioral intervention for post-stroke depression. *Journal of Stroke Cerebrovascular Disease*, 17(3), 109–115.
- Moleong, L. J. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Paolucci, S. (2008). Epidemiology and treatment of post-stroke depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(1), 145–154.
- Perrin, R. (2010). *Pocket guide to APA style: Fourth edition*. Boston, MA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Santos, M., Kövari, E., Gold, G., Bozikas, V. P., Hof, P. R., & Bouras, C. (2009). The

- neuroanatomical model of post-stroke depression: Towards a change of focus?. *J Neurol Sci*, 283(1-2), 158-162. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2009.02.334>
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Snarski, M., Scogin, F., DiNapoli, E., Presnell, A., McAlpine, J., & Marcinak, J. (2011). The effects of behavioral activation therapy with inpatient geriatric psychiatry patients. *Behavior Therapy*, 42, 100-108.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Strokebethesda. (2013). *Depresi Pasca stroke*. Diunduh dari: <http://www.strokebethesda.com/content/view/531/43/>, tanggal 29 Agustus 2013.
- Sunanto, J., Takeuchi, K., & Nakata H. (2005). *Pengantar penelitian dengan subyek tunggal*. Center for Research on International Cooperation in Educational Development (CRICED) University of Tsukuba.
- Sussex University. (2011). *The wilcoxon test*. Diunduh dari <http://www.sussex.ac.uk/Users/grahamh/RM1web/WilcoxonHandout2011.pdf>, tanggal 17 November 2013.
- Thiedke, C. C. (2007). What do we really know about patient satisfaction? *American Academy of Family Physicians*, 33-36.
- The Australian Psychological Society. (2010). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review* (3rd ed.). The Australian Psychological Society Ltd.
- The Stroke Association. (2011). *Depression after stroke*. Diunduh dari: www.stroke.org.uk. tanggal 2 Juni 2013.
- Todman, J. B., & Dugrad, P. (2009). *Single-case and small-n experimental designs*. Taylor & Francis e-Library.
- Veale, D. (2008). Behavioural activation for depression. *Journal of Continuing Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 29-36. <http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.107.004051>.
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. New York: Open University Press.
- World Health Organization. (2005). *Chronic disease and their common risk factors*. Diunduh dari: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet1.pdf tanggal 5 Juni 2013.
- Yayasan Stroke Indonesia. (2012). *Tahun 2020, penderita stroke meningkat 2 kali*. Diunduh dari: <http://www.yastroki.or.id/read.php?id=319>. tanggal 7 Juni 2013.
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 82-91.
- Zulkosky. (2009). Self-efficacy: A concept analysis. *Wiley Periodicals, Inc.*, 93-101.