

PENGARUH TERAPI KOGNITIF RESTRUKTURISASI TERHADAP PENURUNAN SKOR DEPRESI PADA PASIEN GANGGUAN JIWA

Wening Marsudi Astuti¹ Made Sumarwati² Tulus Seyiono³
^{1, 2, 3} Jurusan Keperawatan FKIK Universitas Jenderal Soedirman

ABSTRACT

Depression disorder is the most kind of mental disorder. During this periode the therapy which done at sakura room of Banyumas public hospital for mental disorder patients is ECT, phycofarmaca and the aerobic exercise. The cognitive therapy is applied to depression patients which has more advantages. It is cheaper and more practical. This study aimed to examine the effect of cognitive therapy restructuritation in decreasing depression score of the mental disorder patient of Banyumas public hospital. This study used quasi experimental with series experiment or time series design. Total sampling was applied. A total of twenty nine depression patients in Sakura room were studied. Dependent t-test was applied to analyze the data. The mayority of the age respondent between 16-24 years old. The male was fewer than female. The single status was more than the marriage status. The mayority of education were junior high school and the minority are DIII. The average of depression score after treated by cognitive therapy: once cognitive restructuritation was be decrease and after twice treated by this therapy more be decrease again. The cognitive therapy : cognitive restructuritation has a significant effect to decrease depression score of the mental disorder patients of Banyumas public hospital. Two times cognitive therapy was more effective than once therapy. The cognitive therapy : cognitive restructuritation has a significant effect to decrease depression score of mental disorder patients.

Keyword : Cognitive therapy, depression score

PENDAHULUAN

Gangguan depresif adalah salah satu jenis gangguan jiwa yang paling sering terjadi. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa setiap tahun 100 juta jiwa di muka bumi ini akan menderita depresi secara klinis. Angka ini diperkirakan akan bertambah dari tahun ke tahun (Iskandar, 1985). Prevalensi gangguan depresif pada populasi dunia adalah 3-8% dengan 50% kasus terjadi pada usia produktif yaitu 20-50 tahun. WHO menyatakan bahwa gangguan depresif berada pada urutan keempat

penyakit di dunia. Gangguan depresif mengenai sekitar 20% wanita dan 12% laki-laki pada suatu waktu dalam kehidupan. Pada tahun 2020 diperkirakan jumlah penderita gangguan depresif semakin meningkat dan akan menempati urutan kedua penyakit di dunia (Muchid dkk, 2007).

Terapi kognitif adalah terapi terstruktur jangka pendek yang menggunakan kerja sama aktif antara pasien dan ahli terapi untuk mencapai tujuan terapeutik. Terapi ini berorientasi

terhadap masalah sekarang dan pemecahannya. Terapi biasanya dilakukan atas dasar individual, walaupun metode kelompok juga digunakan. Terapi juga dapat digunakan bersama-sama dengan obat. Terapi kognitif telah diterapkan terutama untuk gangguan depresif (dengan atau tanpa gagasan bunuh diri). Terapi depresi dapat berperan sebagai paradigma pendekatan kognitif (Kaplan, 1997). Teori kognitif tentang depresi menyatakan bahwa disfungsi kognitif adalah inti dari depresi dan bahwa perubahan afektif dan fisik dan ciri penyerta lainnya dari depresi adalah akibat dari disfungsi kognitif. Tujuan terapi adalah untuk menghilangkan depresi dan mencegah rekurensinya dengan membantu pasien: (1) untuk mengidentifikasi dan menguji kognisi negatif, (2) untuk mengembangkan skema alternatif dan lebih fleksibel, (3) untuk mengulangi respon kognisi yang baru dan respon perilaku yang baru (Kaplan, 1997).

Terapi kognitif ini dapat diterapkan pada pasien depresi selain tidak memerlukan biaya yang mahal, juga praktis untuk dilakukan oleh terapis. Penelitian tentang pengaruh terapi kognitif: restrukturisasi kognitif terhadap penurunan skor depresi pada gangguan jiwa di RSUD Banyumas belum ada. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh terapi kognitif: restrukturisasi kognitif terhadap penurunan skor depresi pada pasien gangguan jiwa di RSUD Banyumas. Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka dirumuskan masalah, "Apakah terapi kognitif: restrukturisasi kognitif berpengaruh terhadap penurunan skor depresi pada pasien gangguan jiwa di RSUD Banyumas?".

METODOLOGI PENELITIAN

Design penelitian ini adalah *quasy experiment* dengan rancangan eksperimental seri atau disebut juga *time series design*. Merupakan rancangan yang observasi variabel tercoba dilakukan beberapa kali pada subyek, sebelum, dan sesudah perlakuan. Dalam hal ini, kelompok perlakuan sekaligus berlaku sebagai kelompok kontrol (Watik, 2007). Design *quasy experiment* merupakan penelitian eksperimen semu karena syarat-syarat sebagai penelitian eksperimen tidak cukup memadai yaitu tidak ada randomisasi, kontrol terhadap variabel-variabel yang berpengaruh terhadap eksperimen tidak dilakukan (Notoatmodjo, 2005).

Tempat dilakukan penelitian di bangsal Sakura RSUD Banyumas Jawa Tengah. Penelitian dilaksanakan pada bulan 24 November – 22 Desember 2008. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien gangguan jiwa yang mengalami depresi yang menjalani perawatan di RSUD Banyumas. Sampel penelitian ini adalah seluruh pasien gangguan jiwa mengalami depresi yang menjalani perawatan di RSUD Banyumas pada saat penelitian dilaksanakan sebanyak 29 orang. Variabel tergantung (*dependent*) yaitu skor depresi. Variabel bebas (*independent*) yaitu terapi kognitif: restrukturisasi kognitif.

Pada penelitian ini, analisa data yang digunakan menggunakan analisa univariat : hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase. Tujuan analisa univariat ini untuk melihat kelayakan data dan mengetahui gambaran atau deskripsi dari karakteristik responden yaitu umur, tingkat pendidikan, jenis kelamin, status perkawinan, serta analisa bivariat. Dalam

penelitian ini, analisa bivariat yang digunakan untuk mengetahui, pengaruh frekuensi terapi kognitif: restrukturisasi kognitif yang efektif untuk menurunkan skor depresi yaitu perbandingan penurunan skor depresi dihitung dari selisih skor hasil terapi satu kali dengan

terapi dua kali yang memungkinkan diketahuinya perbedaan skor penurunan depresi antara yang terapi satu kali dengan terapi dua kali menggunakan uji *t-test dependent* dengan $\alpha = 0,05$.

HASIL DAN BAHASAN

1. Karakteristik responden

a. Karakteristik responden berdasarkan umur

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur (N=29)

Umur (Tahun)	n	(%)
16–24	17	58,6
25–33	5	17,2
34–42	4	13,8
43–51	3	10,3
Total	29	100,0

Hasil penelitian seperti dapat dilihat pada Tabel 1 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berumur antara 16–24 tahun (58,6%), dan sebagian kecil berumur antara 43–51 tahun (10,3%). Penderita depresi berada dalam usia produktif, yakni cenderung terjadi pada usia kurang dari 45 tahun (Sianturi, 2006).

Prevalensi gangguan depresif pada populasi dunia adalah 3-8% dengan 50% kasus terjadi pada usia produktif yaitu 20-50 tahun. Hal ini disebabkan pada usia ini masalah-masalah kepribadian sering bermunculan begitu luas dan kompleks (Muchid dkk, 2007).

b. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin (N=29)

Jenis Kelamin	n	(%)
Laki-Laki	11	37,9
Perempuan	18	62,1
Total	29	100,0

Hasil penelitian seperti dapat dilihat pada Tabel 2 dapat diketahui bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki (37,9%) lebih sedikit dibandingkan yang perempuan (62,1%). Perempuan lebih banyak menderita depresi dibanding laki-

laki. Hal ini antara lain disebabkan fluktuasi hormon yang lebih nyata pada perempuan. Biasanya depresi pada perempuan terjadi setelah melahirkan yang disebut dengan *postpartum depression*. Setelah melahirkan perubahan hormonal yang

terjadi di dalam tubuh perempuan dapat memicu terjadinya depresi (Iskadarwati, 2006). Bila mengalami tekanan, umumnya laki-laki lebih banyak memiliki upaya sendiri untuk mengatasi tekanan itu,

seperti beraktivitas di luar, mengonsumsi minuman beralkohol. Sedangkan perempuan yang depresi cenderung lebih banyak berdiam di rumah (Sianturi, 2006).

c. Karakteristik responden berdasarkan status perkawinan

Tabel 3 Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan (N=29)

Status Perkawinan	n	(%)
Belum Nikah	18	62,1
Menikah	11	37,9
Total	29	100,0

Hasil penelitian seperti dapat dilihat pada Tabel 3 dapat diketahui bahwa responden yang belum menikah (62,1%) lebih banyak dibandingkan yang menikah (37,9%). Kaplan (1997) menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat menyebabkan terjadinya depresi adalah status perkawinan. Pada umumnya, gangguan depresif berat terjadi paling sering pada orang yang tidak memiliki

hubungan interpersonal yang erat atau bercerai. APA, *cit al.* Boyd (1999) menyebutkan bahwa depresi mayor mungkin mengikuti beberapa kejadian dalam kejadian kehidupan terutama pada orang-orang yang kehilangan atau tidak memiliki hubungan interpersonal yang penting atau model dalam kehidupan.

d. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan (N=29)

Tingkat Pendidikan	n	(%)
SD	10	34,5
SMP	12	41,4
SMA	5	17,2
DIII	2	6,9
Total	29	100,0

Hasil penelitian seperti dapat dilihat pada Tabel 4 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMP (41,4%) dan sebagian kecil berpendidikan DIII (6,9%). Sebagian besar responden berpendidikan dasar. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap pengetahuan (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan yang

semakin tinggi memungkinkan seseorang dapat mengantisipasi terjadinya depresi. Hasil penelitian Arista (2006) yang meneliti timbulnya depresi (studi pada pengungsi banjir bandang di Lapangan Gaplek Desa Suci Kecamatan Panti Kabupaten Jember Tahun 2006) menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan timbulnya depresi. Pendidikan bagi

seseorang merupakan pengaruh dinamis dalam perkembangan jasmani, jiwa, perasaan, sehingga tingkat pendidikan yang berbeda akan memberikan jenis

pengalaman yang berbeda (Notoatmodjo, 2003).

2. Skor depresi pasien gangguan jiwa sebelum dan setelah terapi kognitif: restrukturisasi kognitif di RSUD Banyumas

Tabel 5. Gambaran skor depresi pasien gangguan jiwa di RSUD Banyumas (N= 29)

Terapi Kognitif:	Mean Awal	Mean Akhir
Terapi 1 X	33,59	31,24
Terapi 2 X	33,59	25,97

Hasil penelitian seperti dapat dilihat pada Tabel 5 diketahui bahwa nilai rata-rata skor depresi sebelum dilakukan terapi kognitif sebesar 33,59, setelah diberikan terapi kognitif: restrukturisasi kognitif satu kali menurun menjadi 31,24, dan setelah diberikan terapi kognitif: restrukturisasi kognitif dua kali menurun kembali menjadi 25,97. Penderita depresi perlu melakukan terapi secara tepat. Hal ini untuk menghindari konsekuensi bila tidak mencapai kesembuhan. Konsekuensi yang dimaksud yaitu: kendala psikososial berkepanjangan, memperburuk prognosis, menambah beban pelayanan medis, meningkatnya risiko bunuh diri dan

penyalahgunaan zat, serta meningkatnya risiko kekambuhan. Menurut Davidson (1990) pada pasien depresi terbukti yang menjadi dasar inti dari teori kognitif, yaitu kesalahan-kesalahan khusus dalam isi dan bentuk pikiran tertekan yang menunjukkan suatu penyimpangan umum yang negatif dalam berpikir. Adapun tujuan terapi depresi adalah meningkatkan kualitas hidup, mengurangi atau menghilangkan gejala, mengembalikan peran dan fungsi, mengurangi risiko kekambuhan, serta mengurangi risiko kecacatan atau kematian (Sitepu, 2008).

3. Pengaruh frekuensi terapi kognitif restrukturisasi untuk menurunkan skor depresi

Tabel 6. Pengaruh frekuensi terapi kognitif : restrukturisasi kognitif pada pasien gangguan jiwa di RSUD Banyumas

Terapi	Mean	t	p	Keterangan
1 X	-2,3448	16,045	0,00	Bermakna
2 X	-7,6207			

Berdasarkan hasil uji statistik di atas diketahui nilai $t = 16,045$ dengan nilai $p = 0,00$ ($p < \alpha = 0,05$), artinya secara statistik ada pengaruh terapi kognitif: restrukturisasi kognitif terhadap penurunan

skor depresi pada pasien gangguan jiwa. Hasil ini dilihat dari rata-rata skor depresi setelah terapi kedua sebesar 25,97 yang lebih kecil dibandingkan rata-rata skor depresi setelah terapi satu kali sebesar

31,24. Efektivitas terapi kognitif restrukturisasi yang dilakukan 2 kali dibandingkan yang hanya dilakukan 1 kali disebabkan adanya penguatan pengalihan pikiran yang negatif ke positif serta salah satu tujuan dari terapi kognitif menurut Kaplan (1997), yaitu mengulangi respon kognisi yang baru dan respon perilaku yang baru.

Depresi adalah sebagai suatu penghilangan atau peniadaan gejala serta menurunnya perilaku aktif yang disebabkan oleh kurangnya penguatan (*reinforcement*) positif yang berpengaruh. Dengan demikian, terapi kognitif: restrukturisasi kognitif yang dilakukan 2 kali lebih efektif dibandingkan hanya 1 kali, karena saat terapi yang kedua kali terjadi peningkatan penguatan positif dalam diri pasien sehingga akan meningkatkan perilaku aktif (Davidson, 1990). Menurut Stuart (2001) salah satu penanganan dalam terapi kognitif: restrukturisasi kognitif adalah penerapan *reframing*, yaitu strategi yang memodifikasi atau merubah persepsi pasien dari situasi atau perilaku yang ada dengan melihat dari perspektif yang berbeda. Terapi kognitif telah menunjukkan keefektifan penanganan dalam masalah klinik, misalnya cemas, skizoprenik, *substance abuse*, gangguan kepribadian, dan gangguan mood. Fokus terapi ini adalah untuk memodifikasi perilaku, pikiran, dan kepercayaan.

Terapi kognitif merupakan suatu bentuk psikoterapi yang terstruktur yang bertujuan meredakan gejala-gejala penyakit dan membantu pasien agar dapat mempelajari cara-cara yang lebih efektif untuk mengatasi kesulitan-kesulitan yang menyebabkan penderitaan mereka. Bagian penting yang bersifat terapeutik dalam terapi kognitif berorientasi pada masalah

dan diarahkan untuk memperbaiki masalah-masalah yang bersifat psikologis sekaligus situasional yang mungkin ikut menambah penderitaan pasien (Olapsyche, 2008). Menurut Morrison *et al.*, (2004) terapi kognitif lebih banyak melibatkan pikiran, yang berbeda dengan psikoterapi lain. Pada dasarnya, terapi kognitif adalah usaha membuat penderita mengenali obsesi psikologis yang menggangukannya. Kemudian mereka diminta melawan dengan pikiran positif yang sesuai dengan kenyataan.

Terapi kognitif merupakan suatu perawatan psikologis yang dirancang untuk melatih pasien mengidentifikasi dan mengoreksi pikiran-pikiran negatif, sehingga pikiran/perasaan negatif tersebut dapat ditekan (Teasdale *et al.*, 1984). Terapi kognitif menjadi intervensi yang manjur yang bisa digunakan untuk orang yang berisiko tinggi menderita penyakit kejiwaan (Morrison *et al.*, 2004). Terapi kognitif secara langsung akan memperbaiki (menghentikan, mengganti/ mengubah) proses pikir, dan secara tidak langsung mengurangi sampai dengan menghilangkan perilaku yang menyimpang, meningkatkan perilaku yang produktif, dan meningkatkan kepuasan serta penerimaan diri (Ade dkk, 2007). Penelitian Rush *et al.*, (1977), yang membandingkan terapi kognitif dengan terapi yang menggunakan imipramine, hasilnya menunjukkan bahwa pengobatan dengan menggunakan metode psikologis lebih efektif dari pengobatan yang menggunakan TSA (*tricyclic anti-depressan*).

Keefektifan terapi kognitif ditentukan oleh dua variabel yaitu variabel pasien dan variabel terapis. Variabel pasien yang mempengaruhi yaitu jenis

masalah dan distorsi kognitif, tingkat pendidikan, usia, keterbukaan, serta ada tidaknya kerusakan otak (Slamet, 2007).

a. Jenis masalah

Jenis masalah dalam penelitian ini tidak terungkap. Hal ini disebabkan faktor presipitasi dan factor predisposisi tidak diteliti. Meskipun demikian, gejala depresi pada responden dikendalikan dari kriteria inklusi yaitu pasien gangguan jiwa yang terdiagnosa skizofrenia afektif depresi dan gangguan afektif depresi serta dari hasil anamnesis ditemukan adanya salah satu distorsi kognitif.

b. Intelegensi

Terapi kognitif dapat terlaksana secara optimal apabila inteligensi klien tarafnya minimal rata-rata. Klien dengan inteligensi kurang dari rata-rata, sebaiknya melibatkan keluarga. Pendidikan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap pengetahuan. Sebagian besar responden berpendidikan dasar, sehingga memungkinkan terapi dapat dilaksanakan dengan baik.

c. Usia

Terapi membutuhkan keterbukaan untuk mengungkapkan masalah dan menerima saran-saran terapis. Klien dewasa atau minimal umur 14 tahun dapat memenuhi hal tersebut secara optimal.

d. Keterbukaan

Keterbukaan pasien turut menentukan keberhasilan terapi kognitif yaitu untuk menerima saran-saran terapis. Pada pasien dengan kepribadian *introvert* membutuhkan dukungan keluarga selama terapi dengan tujuan keluarga turut serta dalam mendukung jalannya terapi.

e. Kerusakan otak

Ada tidaknya gangguan fisik atau kerusakan otak seperti pendengaran berkurang dan mengalami gangguan

memori akan mempengaruhi efektifitas terapi. Variabel terapis yang mempengaruhi keefektifan psikoterapi adalah kepribadian terapis, kemampuan menunjukkan empati, ada tidaknya masalah pribadi yang dapat mempengaruhi terapi yang dilakukan, sikap terhadap pasien terutama yang berkaitan dengan kemungkinan terapis mengeksploitasi pasien (Phares, 1992). Dilihat dari tingkat pendidikan responden yang sebagian besar berpendidikan menengah (SMP), memungkinkan terapi kognitif dapat efektif dalam memperbaiki proses berpikir pasien.

Menurut Notoatmodjo (2003) pendidikan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap pengetahuan. Dengan demikian, pendidikan seseorang yang semakin tinggi maka pengetahuannya juga akan semakin tinggi. Pendidikan pasien memungkinkan pengetahuan pasien cukup baik sehingga mempengaruhi penerimaan terapi kognitif. Terapi kognitif dilakukan secara verbal sehingga intelegensi pasien yang mendukung efektivitas terapi ialah yang tarafnya minimal rata-rata (Slamet, 2007).

Depresi terjadi karena skema yang negatif dan kesalahan dalam proses berpikir. Terapis mencoba mempersuasionasi pasien depresi untuk mengubah pandangan tentang dirinya sendiri dan peristiwa. Menurut Slamet (2007) klien dengan suatu masalah akan lebih mendapat manfaat dari psikoterapi, besar kecilnya manfaat bagi klien menyangkut motivasi klien untuk menjalani terapi. Makin tinggi motivasi, makin besar kemungkinan efektifitas terapi. Melalui pengulangan terapi, pasien dapat diminta untuk melakukan hal positif ketika mengalami depresi atau terapis

memberikan aktivitas pada pasien yang berkaitan dengan pengalaman akan kesuksesan dan membuat pasien berpikir positif mengenai dirinya sendiri.

Penelitian ini memiliki keterbatasan, yaitu penelitian ini tidak menggunakan kasus kontrol murni, yaitu responden tidak dipisahkan menjadi dua kelompok yaitu kelompok kasus dan kelompok kontrol, namun kontrol yang dimaksudkan adalah responden yang mendapatkan satu kali terapi. Meskipun demikian, perbandingan penurunan skor depresi dihitung dari selisih skor hasil terapi satu kali dengan terapi dua kali yang memungkinkan diketahuinya perbedaan skor penurunan depresi antara yang terapi satu kali dengan terapi dua kali. Dan peneliti tidak meneliti faktor presipitasi dan predisposisi depresi responden. Meskipun demikian, untuk menjaga homogenitas responden maka yang diteliti dibatasi pada pasien gangguan jiwa yang terdiagnosa skizofrenia afektif depresi dan gangguan afektif depresi serta hasil anamnesis ditemukan adanya salah satu distorsi kognitif.

SIMPULAN DAN SARAN

Sebagian besar responden berumur antara 16–24 tahun. Responden yang berjenis kelamin laki-laki lebih sedikit dibandingkan yang perempuan. Responden yang belum menikah lebih banyak dibandingkan yang menikah. Sebagian besar responden berpendidikan SMP dan sebagian kecil berpendidikan DIII. Rata-rata skor depresi setelah diberikan terapi kognitif: restrukturisasi kognitif satu kali menurun dan setelah diberikan terapi kognitif: restrukturisasi kognitif dua kali menurun kembali. Terapi kognitif restrukturisasi secara signifikan

berpengaruh terhadap penurunan skor depresi pada pasien gangguan jiwa di RSUD Banyumas.

Terapi kognitif: restrukturisasi kognitif yang dilakukan 2 kali lebih efektif dibandingkan yang hanya dilakukan 1 kali. Terapi kognitif restrukturisasi perlu dijadikan terapi modalitas yang dilakukan minimal satu kali untuk menurunkan skor depresi pada pasien gangguan jiwa di RSUD Banyumas. Bagi profesi keperawatan terapi kognitif dapat sebagai bahan masukan untuk digunakan dalam intervensi penanganan pasien depresi yang minimal dilakukan satu kali untuk menurunkan skor depresi. Hasil penelitian ini perlu dikembangkan lebih lanjut dengan membandingkan efektivitas terapi kognitif lainnya dalam menurunkan skor depresi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ade, dkk, 2007, *Terapi modalitas*, EGC, Jakarta.
- Akdemir, 2005, Reliability and validity of the Turkish version of Hamilton depression rating scale, *Comprehensive Psychiatry*, vol. 42, pp. 161-165.
- Alimul, A, 2007, *Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah*, Salemba Medika, Jakarta.
- Antoni, 2007, *Depresi*, <http://www.e-psikologi.com/masalah/depresi-1.htm>, Diakses tanggal 20 Juli 2008.
- Arikunto, S, 2002, *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Edisi revisi kelima, PT Renika Cipta, Jakarta.
- Arista, A, 2006, *Hubungan antara karakteristik umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dengan timbulnya depresi (studi pada pengungsi banjir bandang di*

- lapangan Gaplek Desa Suci Kecamatan Panti Kabupaten Jember tahun 2006*), <http://digilib.unej.ac.id/go.php?id=gdlhub-gdl-grey-2008-afriaarist-2014&80810c>, Diakses tanggal 10 Januari 2009.
- Austin, MP, Philip, M & Guy, MG, 2001, Cognitive deficits in depression, *British Journal of Psychiatry*, vol. 178, pp. 200-206.
- Boyd, MAN, 1999, *Psychiatric nursing contemporary practice*, Lippincott Raven Public Hers, St.louis.
- Davidson, K, 1990, *Terapi kognitif untuk depresi dan kecemasan suatu petunjuk bagi praktisi*, IKIP Semarang Press, Semarang.
- Derubeis RJ, *et al.*, 2005, Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression, *Arch Gen Psychiatry*, vol. 62, pp. 409-416.
- Flaherty, AJ, Davis, MJ, & Janicak, G,P, 1996, *Psychiatry diagnosis & therapy*, Prentice-Hall Internasional, St.louis.
- Fortinash AJ, Davis MJ, Janicak GP, 1995, *Psychiatric nursing and therapy*, Mosby Year Book, St.louis.
- Sianturi. 2006, *Depresi, pintu masuk berbagai penyakit*, <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1139453796,4644>, Diakses tanggal 12 Januari 2009.
- Hawari, D, 2001, *Manajemen stress, cemas, dan depresi*, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta.
- Herlina, T, 2003, *Perbedaan tingkat depresi berdasarkan beberapa karakteristik pada pasien pasca stroke di IRNA III RSU dr. Sayidiman Kabupaten Magetan*, Skripsi Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro.
- Ingam, IM, 1995, *Catatan kuliah psikiatri*. Alih Bahasa: dr. Petrus Andrianto, EGC, Jakarta.
- Iskadarwati, H, 2006, *Depresi pasca melahirkan*, <http://wrm-indonesia.org/content/view/814/90/1/1>, Diakses tanggal 21 Januari 2009.
- Iskandar, 1985, *Psikiatri biologik*, Yayasan Dharma Graha, Yogyakarta.
- Ivey, AE, Ivey, MB, Simek, L, Morgan, 1993, *Conseling and psychotherapy a multicultural perspective*, Allyn and Bacon a Division of Simon and Schuster Inc, Boston.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebh JA, 1997, *Sinopsis psikiatri*, Edisi ke-7, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Katzung, Bertram G, 1987, *Farmakologi dasar dan klinik*. Alih bahasa: Staf Dosen Farmakologi Fakultas Kedokteran UNSRI. Edisi 6, EGC, Jakarta.
- Keliat, dkk, 1999, *Proses keperawatan kesehatan jiwa*, EGC, Jakarta.
- Maramis, WF, 1986, *Ilmu kedokteran jiwa*, Cetakan ketiga, Airlangga University Press, Surabaya.
- Morrison, AP, *et a.l.*, 2005, Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk, *British Journal of Psychiatry* , vol. 185, pp. 291-297.
- Muchid, dkk, 2007, *Pharmaceutical care untuk penderita gangguan depresif*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Notoatmodjo, S, 2003, *Perilaku kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam, 2003, *Konsep & penerapan metodologi penelitian ilmu*

- keperawatan, Salemba Medika, Jakarta.
- Olapsyche, 2008, *Depresi Pada Remaja*, http://olapsyche.multiply.com/journal/item/21/DEPRESI_pada_remaja, Diakses tanggal 8 Januari 2009.
- Phares, EJ, 1992, *Clinical psychology, concepts, methods and profession*, 4th edition, Brooks/Cole Publishing Co, Kansas.
- Prawitasari, JE, dkk, 2002, *Psikoterapi pendekatan konvensional dan kontemporer*, Pustaka Pelajar, Jogjakarta.
- Rawlins, RP, Heacock EP, 1993, *Clinical manual of psychiatry nursing*, Second edition, Mosby Year Book, St.louis.
- Rush, *et al.*, 1977, Comparative efficacy of cognitive therapy versus pharmacotherapy in out-patient depression, *Cognitive Therapy and Research*, vol. 1, pp. 17-37.
- Schnurr, P, *et al.*, 2007, Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women, *Journal of American Medical Association*, vol. 297, pp. 820-830.
- Sitepu, E, 2008, *Tanggulangi depresi secara tepat*, <http://dr-edyputra-sitepu.com/Artikel/tanggulangi%20depresi.html>, Diakses tanggal 9 Januari 2009.
- Slamet, IS, 2007, *Pengantar psikologi klinis*, edisi 3, UI Press, Jakarta.
- Stuart WG, Laraia TM, 2001, *Principle and practice of psychiatric nursing*, sixth edition, Mosby Year Book, St.louis.
- Sugiyono, 2003, *Statistik untuk penelitian*, Alfabeta, Bandung.
- Teasdale, JD, *et al.*, 1984, *Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care*, *British Journal of Psychiatry*, vol. 144, pp. 400-406.
- Towsend, MC, 1996, *Psychoatrik mental health nursing concepts of care*. Second edition, FA Davis Company, Philadelphia.
- Watik, A, 2007, *Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran & kesehatan*, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Yulistanti, Y, 2003, *Tingkat depresi sebelum dan setelah melakukan terapi senam aerobic low impact pada pasien gangguan jiwa di RS Ghrasia Propinsi DIY*, Skripsi Fakultas Kedokteran, Universitas Gajah Mada.