

Meningkatkan Kemampuan Regulasi Emosi melalui Pendekatan *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) secara Daring

Clarisa Sutjiatmadja^{1*}, Mita Aswanti Tjakrawiralaksana²

[1] Universitas Indonesia, Indonesia. [2] Universitas Indonesia, Indonesia

Abstract

Adverse childhood experiences, insecure attachment relationships with parents, the formation of negative self-perceptions, and maladaptive emotional regulation can form strong risk factors for difficulties in emotional regulation and the diagnosis of Major Depressive Disorder (MDD). There are several interventions that can be used, one of them is Dialectical Behaviour Therapy (DBT) approach. This study aims to determine the effectiveness of online DBT intervention in adolescents who experience difficulties in emotion regulation and already have a tendency to depressive symptoms. The participant is a teenage girl aged 17 years and 7 months. The research design is a single-case experimental design. The intervention consisted of 1 pre-intervention session, 8 DBT intervention sessions, 1 post-intervention session, and 1 follow-up session. Quantitative analysis was carried out by comparing scores from the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), Beck Depression Inventory (BDI), and Subjective Units of Distress (SUD) given at before and after the intervention. The results showed that quantitatively there was a decrease in scores of difficulties in emotion regulation, depressive symptoms, and distress faced by the participant compared to before intervention. Qualitatively there is a change in emotion regulation skills in a more positive and adaptive direction.

Keywords: Adolescents; Depression Symptom; Dialectical Behavior Therapy; Emotion Regulation

Article Info

Artikel History: Submitted: 2023-05-19 | Published: 2023-09-30

DOI: <http://dx.doi.org/10.24127/gdn.v13i3.7760>

Vol 13, No 3 (2023) Page: 718 - 730

(*) Corresponding Author: Clarisa Sutjiatmadja, Universitas Indonesia, Indonesia, Email: clarisa.sutjiatmadja@ui.ac.id



This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium provided the original work is properly cited.

INTRODUCTION

Masa remaja dapat menjadi masa yang sulit bagi remaja sendiri atau orang tua, terutama karena karakteristik usia remaja yang cenderung mengalami emosi lebih intens baik dalam domain positif maupun negatif (McLaughlin, Garrad, & Somerville, 2015). Remaja mengalami keadaan emosional yang lebih cepat dan lebih mungkin untuk bereaksi terhadap situasi tertentu, sehingga tekanan di sekitarnya dapat menimbulkan pengaruh negatif yang lebih kuat di kalangan remaja, salah satunya stresor interpersonal. Stresor interpersonal dengan frekuensi yang lebih besar selama masa remaja juga dikaitkan dengan gangguan pada kemampuan remaja untuk mengatur emosi mereka secara efektif (McLaughlin, Garrad, & Somerville, 2015). Hal ini berkaitan dengan respons emosional yang maladaptif, kesadaran emosional yang buruk, dan keterlibatan dalam strategi regulasi emosi maladaptif (McLaughlin, Garrad, & Somerville, 2015).

Lee dkk. menyimpulkan remaja yang memiliki gaya kognitif negatif lebih dipengaruhi oleh interaksi negatif orang tua (Agarwal, 2021). Dalam masa perkembangan, ketika pengasuh atau orang terdekat tidak hadir secara emosional, tidak konsisten, membuat frustrasi, melakukan kekerasan, mengganggu, atau mengabaikan, maka anak cenderung menjadi tertekan dan tidak mengembangkan perasaan bahwa lingkungan eksternal mampu memberikan bantuan pada mereka. Dengan demikian, anak dengan pola keterikatan tidak aman mengalami kesulitan mengandalkan orang lain untuk membantu mereka, sementara diri sendiri tidak dapat mengatur keadaan emosi pribadi (Van der Kolk, 2005).

Kesulitan dalam kehidupan awal mungkin secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi gejala depresi (Thapar et al., 2012). Hubungan keluarga yang negatif, viktimisasi teman sebaya melalui intimidasi, dan penganiayaan adalah risiko umum dari depresi (Thapar et al., 2012). CDC menyatakan bahwa adverse childhood experiences (ACE) adalah peristiwa yang berpotensi traumatis yang terjadi di masa kanak-kanak (0-17 tahun) (Agarwal, 2021). Adanya adverse childhood experiences, hubungan keterikatan yang tidak aman dengan orang tua, terbentuknya persepsi negatif akan diri sendiri, dan regulasi emosi yang maladaptif membentuk faktor risiko yang cukup kuat untuk diagnosis Major Depressive Disorder (MDD) (APA, 2013; Mash & Wolfe, 2016).

Terdapat beberapa intervensi yang dapat dilakukan untuk menangani remaja dengan kecenderungan depresi, seperti Cognitive Behavior Therapy (CBT), Interpersonal Psychotherapy for Adolescent Depression (IPT-A) (Mash & Wolfe, 2016), dan Dialectical Behavior Therapy (DBT) (Nelson-Gray, 2006; Harley, 2008; Mehlum et al., 2014; McCauley, Berk, Asarnow, Adrian, Cohen, Korslund, Avina, Hughes, Harned, Gallop, & Linehan, 2018). CBT memegang gagasan bahwa depresi adalah hasil dari strategi pengolahan informasi yang maladaptif dan dipertahankan oleh respon perilaku disfungsi. Terapi ini berfokus pada mengidentifikasi dan mengubah fungsi, konten, dan struktur kognisi yang terkait dengan pengaruh negatif (Zhou et al., 2017). IPT-A lebih menekankan pada hubungan sosial remaja, termasuk tidak hanya orang tua tetapi juga saudara kandung, teman, dan sekolah (Tao & Banh, 2016). IPT-A percaya bahwa jika individu dapat memecahkan masalah interpersonal atau mampu mengubah hubungannya, maka gejala depresi juga dapat diselesaikan (Zhou, et al., 2017).

Sedangkan intervensi DBT mencakup aspek keterampilan yang lebih luas (misalnya *mindfulness dan distress tolerance*) dari CBT dan IPT-A, dan berfokus pada kemampuan pengelolaan emosi yang menjadi masalah utama partisipan. Selain itu, DBT juga sudah mencakup aspek psikososial yang mengajarkan keterampilan untuk meningkatkan hubungan sosial, yang sesuai dengan penyebab tekanan pada partisipan, yaitu masalah

dalam interaksi dan hubungan dengan keluarga. DBT adalah penanganan berbasis bukti yang diakui secara internasional, yang awalnya secara langsung menangani perilaku bunuh diri dan bentuk lain dari melukai diri sendiri pada populasi orang dewasa (Linehan 1993; Linehan, 2015).

Saat ini sudah ada beberapa dukungan DBT untuk penurunan gejala *mood* dalam populasi remaja. Contohnya DBT telah diadaptasi untuk digunakan dalam mengurangi upaya bunuh diri berulang dan non suicidal self-injury pada remaja (McCauley et al. 2018). Penelitian oleh Harley (2008) juga menunjukkan bahwa peserta dengan gejala depresi yang mengikuti pelatihan keterampilan DBT selama 16 sesi mengalami penurunan gejala depresi yang signifikan dibandingkan kelompok kontrol. Kemudian dari 77 remaja yang melukai diri sendiri, mereka yang mendapatkan DBT memiliki tingkat depresi, melukai diri sendiri, dan keinginan bunuh diri yang lebih rendah daripada remaja yang menerima penanganan biasa (Mehlum, Tørmoen, Ramberg, Haga, Diep, Laberg, Larsson, Stanley, Miller, Sund, & Grøholt, 2014). Di Indonesia, salah satu hasil penelitian yang dilakukan oleh Nafisa (2019) juga menunjukkan bahwa program penerapan prinsip-prinsip *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) terbukti efektif dalam menurunkan gejala depresi pada remaja perempuan dengan *Major Depressive Disorder* (MDD). Temuan-temuan tersebut menunjukkan bahwa DBT efektif dalam mengurangi gejala mood, khususnya gejala depresi di kalangan remaja.

Berdasarkan DBT yang dikembangkan oleh Linehan pada tahun 1993, terdapat empat kemampuan dasar yang diajarkan kepada partisipan, yaitu *mindfulness skills*, *interpersonal effectiveness skill*, *emotion regulation skill*, dan *distress tolerance skills* (Linehan, 2015). DBT mengajarkan empat kemampuan tersebut untuk meningkatkan regulasi emosi, mengurangi kerentanan terhadap emosi negatif, dan mengurangi perilaku koping maladaptif terkait dengan emosi yang kuat (McMain, Korman, & Dimeff, 2001; Eisner et al., 2017). Kemampuan yang pertama adalah *mindfulness*, yaitu membantu kita memusatkan perhatian pada saat ini, memperhatikan apa yang terjadi di dalam diri kita sendiri dan apa yang terjadi di luar diri kita dan menjadi tetap terpusat. *Distress tolerance* adalah kemampuan untuk mentoleransi dan bertahan dalam situasi krisis tanpa memperburuk keadaan. Berikutnya adalah kemampuan *emotion regulation* yang memungkinkan kita untuk memahami serta mengidentifikasi emosi kita sendiri; membantu mengurangi intensitas emosi yang menyakitkan atau tidak diinginkan (marah, sedih, malu, dll), mengubah situasi yang memicu emosi yang menyakitkan atau tidak diinginkan, serta membantu kita menerima emosi yang berkelanjutan dan mengelola emosi yang ekstrim. Terakhir adalah keterampilan *interpersonal effectiveness* yang membantu kita mempertahankan dan meningkatkan hubungan baik dengan orang yang dekat dengan kita maupun dengan orang asing.

Modul program DBT untuk remaja yang dipilih pada intervensi ini adalah berdasarkan buku modul Jean Eich (2015) yang juga mengacu pada Linehan (1993). Program dan worksheet dari Jean Eich dipilih karena materi, bahasa, dan contoh-contoh yang digunakan sudah disesuaikan untuk kalangan remaja. Peneliti sudah terjemahkan worksheet ke dalam Bahasa Indonesia untuk memudahkan partisipan. Modul ini juga termasuk baru dan didesain untuk dapat digunakan sendiri oleh pembaca, sehingga dapat lebih mudah dipahami oleh partisipan, praktis, dan konkret.

METHOD

Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *single-case experimental design* (N=1), yaitu penelitian dengan menggunakan satu orang partisipan untuk mengetahui perubahan yang terjadi dalam perilaku individu setelah mendapatkan intervensi tertentu (Barker, Pistrang, & Elliot, 2002).

Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah seorang remaja perempuan berusia 17 tahun 7 bulan. Partisipan telah melakukan serangkaian pemeriksaan psikologis dengan peneliti di bawah supervisi psikolog sekaligus dosen pembimbing. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa partisipan belum memenuhi kriteria diagnosis Major Depressive Disorder (MDD), namun sudah tampak memiliki masalah dalam regulasi emosi.

Berdasarkan hasil pemeriksaan, partisipan terpapar dengan 11 jenis *adverse childhood experience*. Pengalaman-pengalaman negatif yang dimaksud adalah perlakuan fisik dari asisten rumah tangga di usia 2-3 tahun, *bullying* saat akhir masa SD dan SMP, isu perpisahan orang tua, konflik orang tua yang beberapa kali melibatkan ancaman atau kekerasan, serta respon negatif dalam pola komunikasi antara partisipan dan orang tua. Kesulitan terbesar yang dirasakannya saat ini adalah karena partisipan tidak mendapat dukungan dan penghargaan yang seharusnya dari orang tua, sehingga berdampak pada masalah pengendalian diri baik dari sisi kognitif, emosi, dan perilaku.

Faktor dari kepribadian partisipan yang cenderung *introvert*, menarik diri, dan menghindari, membuatnya semakin kesulitan dalam menghadapi masalah. Ia biasanya mencari tempat sepi agar dapat berdiam diri sendirian untuk menenangkan diri. Ia memendam perasaan tersebut dan tidak menceritakannya pada siapapun. Cara pelampiasan lain yang sampai saat ini masih sering ia lakukan adalah dengan menyakiti diri sendiri seperti memukul tembok atau menendang kasur. Kebutuhan partisipan untuk diterima dan dianggap sebagai bagian dari keluarga oleh orang tua sangat besar. Ia juga membutuhkan otonomi dan kepercayaan untuk mengembangkan dirinya. Saat ini partisipan tampak masih ragu dan tidak percaya diri atas kemampuannya. *Self-esteem* yang rendah muncul dari hasil tes dan wawancara.

Instrumen

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Terdapat 4 pengukuran yang digunakan dalam intervensi ini, pertama yaitu *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) untuk mengukur tingkat kesulitan dalam regulasi emosi. DERS (Gratz dan Roemer, 2004; Hallion, Steinman, Tolin, & Diefenbach, 2018) adalah *self-report* yang terdiri dari enam aspek regulasi emosi melalui 36 item. Keenam aspek tersebut adalah: (a) kurangnya kesadaran emosional (*Awareness*); (b) kurangnya kejelasan emosi (*Clarity*); (c) kesulitan mengatur perilaku ketika tertekan (*Impulse*); (d) kesulitan terlibat dalam kognisi dan perilaku yang diarahkan pada tujuan ketika tertekan (*Goals*); (e) keengganan untuk menerima respons emosional tertentu (*Non-acceptance*); dan (f) kurangnya akses ke strategi untuk merasa lebih baik ketika tertekan (*Strategies*). Item dinilai pada skala 1 (hampir tidak pernah) hingga 5 (hampir selalu). Skor yang lebih tinggi menunjukkan lebih banyak kesulitan dalam regulasi emosi.

Kedua adalah *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ), yang digunakan untuk mengukur masalah dan kekuatan psikologis remaja. SDQ terdiri dari lima subskala (hiperaktif/kurang perhatian, gejala emosional, masalah perilaku, masalah teman sebaya,

dan perilaku prososial) dengan masing-masing subskala terdiri dari lima item (total 25 item). Setiap item dinilai pada skala 3 poin (0 = tidak benar, 1 = agak benar, 2 = benar) dalam jangka waktu enam bulan terakhir.

Berikutnya alat ukur *Beck Depression Inventory* (BDI) untuk mengukur gejala depresi partisipan. Skala ini terdiri dari 21 item. Setiap item memiliki empat hingga enam pernyataan yang mencerminkan tingkat keparahan gejala yang berbeda, dan diberi skor dari 0 hingga 3 tergantung pada tingkat keparahannya. Skor cut-off dari depresi untuk BDI Indonesia adalah 6.

Terakhir adalah *Subjective Units of Distress* (SUD). SUD merupakan skala analog sederhana dari 0 sampai 10, yang mengukur intensitas subjektif dari kesulitan yang dialami saat ini (Benjamin et al., 2010; Kiyimba & O'Reilly, 2017). Distress subjektif mengacu pada emosi yang tidak nyaman atau menyakitkan yang dirasakan, dan dengan demikian SUD digunakan untuk mengukur tingkat distress secara sistematis (Matheson, 2014; Kiyimba & O'Reilly, 2017). SUD juga umum digunakan dalam penilaian awal atau baseline awal gambaran dari pengalaman kesulitan partisipan saat pengambilan data.

Prosedur Intervensi

Prosedur yang dijalankan di dalam intervensi ini diawali dengan pengisian *informed consent* oleh partisipan. Lalu aktivitas dilanjutkan dengan 1 sesi pengambilan data pre-test, 8 sesi program intervensi DBT, 1 sesi pengambilan data post test, dan 1 sesi *follow-up* yang dilakukan 2 minggu setelah program intervensi selesai. Seluruh pelaksanaan program intervensi dilakukan secara daring menggunakan *Zoom Meeting*. Intervensi dengan pendekatan DBT pada remaja dilakukan berdasarkan program yang disusun oleh Jean Eich (2015), yaitu berisi aspek *mindfulness*, *distress tolerance*, *emotion regulation*, dan *interpersonal effectiveness*.

Sesi *pretest* berisi persetujuan mengikuti DBT dari partisipan, mengisi kuesioner *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), mengisi kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI), mengisi kuesioner *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ), dan penilaian rating subjektif terhadap ketidaknyamanan/kesulitan saat ini (SUD).

Sesi 1 bertujuan agar partisipan dapat memahami tujuan DBT, kemampuan yang ingin ditingkatkan, dan gambaran umum mengenai program DBT ini. Selain itu, sesi ini bertujuan agar partisipan memahami pentingnya keterampilan *mindfulness* di dalam kehidupan dan dapat mengidentifikasi diri pada setiap *three states of mind*. Sesi 2 bertujuan agar partisipan mampu memahami dua kemampuan dalam keterampilan *mindfulness*, yaitu kemampuan "*what*" dan "*how*". Selain itu, partisipan diharapkan dapat melatih dua kemampuan tersebut dengan baik dalam seminggu setelah sesi.

Sesi 3 bertujuan agar partisipan mampu mengatur *distress* yang ia alami dengan menggunakan keterampilan *crisis survival skills*, yaitu kemampuan "alihkan perhatian dengan *wise mind ACCEPTS*", "*SELF-SOOTHE*", dan "*IMPROVE the Moment*". Sesi 4 bertujuan agar partisipan mampu mengatur *distress* yang ia alami dengan menggunakan keterampilan *Crisis Survival Skills* lainnya, yaitu kemampuan "*IMPROVE the moment*" dan pengenalan "*Reality Acceptance Skills*".

Selanjutnya sesi 5 bertujuan agar partisipan dapat memahami tujuan regulasi emosi, manfaat emosi, dan mengidentifikasi emosi yang sering ia rasakan. Selain itu, sesi ini bertujuan agar partisipan mampu meningkatkan emosi positif dengan menggunakan keterampilan regulasi emosi, yaitu kemampuan *PLEASE* dan *Build Mastery*. Sesi 6 bertujuan agar partisipan mampu meningkatkan emosi positif dengan menggunakan keterampilan regulasi emosi, yaitu kemampuan *Build Positive Experiences*, *Give myself*

credit, dan *Opposite to Emotion, Feel your Feelings*.

Sesi 7 bertujuan agar partisipan dapat meningkatkan hubungan sosial dengan orang lain dengan memahami dahulu dasar-dasar dari keterampilan *interpersonal effectiveness* dan mengevaluasi pola hubungan partisipan sebelumnya. Terakhir pada sesi 8 bertujuan agar partisipan dapat meningkatkan hubungan sosial dengan orang lain dengan menggunakan keterampilan *interpersonal effectiveness*, yaitu "*Attend to Relationship*", "*GIVE skills*", "*DEAR MAN skill*" dan "*FAST skill*".

Sedangkan sesi *post-test* dan *follow up* berisi wawancara keseharian partisipan terkait masalah yang dulu dan saat ini dialami setelah mengikuti program DBT, kemudian wawancara mengenai apa perbedaan pada kehidupan klien setelah mengikuti program DBT. Lalu dilanjutkan dengan pengisian alat tes seperti pada saat *pretest*.

Analisis Data

Data hasil intervensi dianalisis secara kuantitatif dan kualitatif. Secara kuantitatif, peneliti membandingkan skor dari semua alat ukur yang diberikan pada saat sebelum dan sesudah intervensi. Desain penelitian subjek tunggal atau desain N 1 melibatkan pengamatan perilaku satu individu (atau sejumlah kecil individu) dari waktu ke waktu (Creswell, 2014). Statistik deskriptif adalah teknik yang mengambil skor mentah dan mengatur atau meringkasnya dalam bentuk yang lebih mudah dikelola. Seringkali skor diatur dalam tabel atau grafik sehingga memungkinkan untuk melihat keseluruhan rangkaian skor (Gravetter, 2021). Statistik inferensial biasanya tidak digunakan dalam penelitian subjek tunggal (Chiang et al, 2015).

Kriteria keberhasilan intervensi ini secara kuantitatif dilihat melalui penurunan skor pada seluruh alat ukur tersebut. Secara kualitatif, keberhasilan intervensi dilihat melalui hasil wawancara pada partisipan, apakah partisipan mendapatkan perubahan dan dampak positif dari intervensi yang telah dilakukan.

RESULT AND DISCUSSION

Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil yang didapat melalui pengukuran menggunakan DERS, terlihat bahwa secara keseluruhan skor partisipan mengalami penurunan sampai sesi *follow-up*, dan pada masing-masing aspek juga mengalami penurunan dari sesi *pre-test* ke *post-test*. Artinya secara umum, kesulitan dalam regulasi emosi yang dirasakan partisipan menurun cukup besar yaitu sebesar 29 poin (Tabel 1). Partisipan mengalami penurunan paling besar pada aspek terbatasnya akses untuk strategi regulasi emosi (Tabel 1), yang artinya setelah mengikuti program, akses partisipan lebih mudah dan lebih banyak dalam memperoleh pengetahuan dan keterampilan terkait strategi regulasi emosi yang tepat.

Penurunan skor selanjutnya yang konsisten sampai sesi *follow up* terjadi pada aspek kesulitan mengarahkan tujuan, kesulitan mengontrol diri, dan kurangnya kesadaran emosional (Tabel 1). Sedangkan pada sisa aspek lainnya skor yang dihasilkan partisipan masih belum konsisten karena mengalami sedikit peningkatan di sesi *follow-up* nya, namun tidak besar dan signifikan. Lebih lanjut, rincian hasil skor partisipan pada masing-masing aspek DERS dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Hasil Skor DERS

| Aspek | Skor <i>pre-test</i> | Skor <i>post-test</i> | Skor <i>follow up</i> |
|--|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Non acceptance of emotional responses</i> | 18 | 15 | 17 |
| <i>Difficulty engaging in goal-directed behavior</i> | 24 | 19 | 17 |
| <i>Impulse control difficulties</i> | 24 | 21 | 17 |
| <i>Lack of emotional awareness</i> | 11 | 9 | 8 |
| <i>Limited access to emotion regulation strategies</i> | 33 | 20 | 23 |
| <i>Lack of emotional clarity</i> | 18 | 15 | 16 |
| Total Skor | 128 | 99 | 98 |

Secara spesifik, respon yang partisipan berikan menunjukkan bahwa sebelum intervensi dirinya merasa belum mengetahui dan bingung mengenai bagaimana perasaannya, sulit mengontrol perilaku ketika sedang kesal, merasa buruk pada diri sendiri jika kesal, membutuhkan waktu yang lama untuk merasa lebih baik, dan kesulitan berpikir mengenai hal lain. Setelah intervensi, respon yang partisipan berikan menunjukkan bahwa dirinya lebih memahami mengenai perasaannya sendiri, sedikit lebih mampu mengontrol perilaku ketika sedang kesal, sudah lebih jarang merasa buruk pada diri sendiri jika kesal, membutuhkan waktu yang lebih cepat untuk merasa lebih baik, dan tidak terlalu terganggu untuk memikirkan mengenai hal lain.

Meskipun begitu, setelah intervensi, partisipan menyampaikan bahwa ia memerlukan waktu untuk mencoba dan melatih keterampilan yang diajarkan selama intervensi. Secara umum, partisipan mengalami perkembangan yang positif dengan adanya penurunan skor tes keseluruhan sebesar 29 poin (Tabel 1). Semakin rendah skor DERS yang didapatkan, semakin rendah pula tingkat kesulitan yang dirasakan terkait regulasi emosi.

Selain itu, partisipan mengalami penurunan total skor terkait kesulitan atau masalah yang sedang ia rasakan sebesar 2 poin (Tabel 2), namun total skor tersebut menunjukkan bahwa kesulitannya masih berada pada kategori sangat tinggi. Berikut rincian skor dari tes SDQ.

Tabel 2. Hasil Skor SDQ

| Aspek | Skor <i>pre-test</i> | Skor <i>post-test</i> | Skor <i>follow up</i> |
|-------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Masalah internalizing:</i> | | | |
| <i>Emotional problems</i> | 8 | 7 | 8 |
| <i>Peer problems</i> | 7 | 7 | 7 |
| <i>Masalah externalizing:</i> | | | |
| <i>Conduct problems</i> | 3 | 3 | 3 |
| <i>Hyperactivity problems</i> | 6 | 5 | 4 |
| <i>Prosocial scale</i> | 7 | 8 | 7 |
| Total Skor Problems | 24 | 22 | 22 |

Aspek *emotional problems* masih belum konsisten mengalami penurunan skor, serta skor *post-test* dan *follow up* partisipan juga masih masuk dalam kategori sangat tinggi. *Peer problems* yang tidak mengalami perubahan skor juga menunjukkan bahwa hambatan pada aspek ini masih berada dalam kategori sangat tinggi. Maka dapat disimpulkan masalah *internalizing* yang dialami partisipan (*emotional* dan *peer problems*) masih belum secara signifikan mengalami perubahan positif. Untuk skor *hyperactivity problems* sudah cukup konsisten menurun dan masuk dalam ranah normal atau rata-rata. Hal ini juga sejalan dengan hasil wawancara bahwa ia sudah merasa tidak terburu-buru dalam bertindak. Terakhir, *conduct problems* juga masih berada dalam ranah normal. Maka, dapat disimpulkan masalah *externalizing* yang dialami partisipan (*hyperactivity* dan *conduct problems*) sudah mengalami perubahan positif. Aspek kekuatan partisipan dalam hal *prosocial behavior* juga stabil berada dalam ranah yang positif.

Pada sesi sebelum dan setelah intervensi, partisipan tidak mengalami perubahan skor gejala depresi, dimana hasilnya tetap cukup tinggi dan masuk dalam kategori *severe*. Namun 2 minggu setelah sesi terakhir, partisipan mengalami penurunan skor yang cukup signifikan, dimana gejalanya masuk dalam kategori normal atau merupakan perubahan *mood* yang umum (Tabel 3). Hal ini dapat dipengaruhi jangka waktu penerapan Latihan atau strategi, sehingga partisipan sudah lebih mampu mengontrol dirinya sendiri jika menghadapi situasi negatif atau tidak menyenangkan. Ia lebih memahami bahwa emosi datang dan pergi, dan ia sudah tidak impulsif dalam bertindak. Hal positif lainnya adalah ia sudah tidak melakukan perilaku menyakiti diri seperti memukul atau menendang barang-barang di sekitarnya. Tingkat konsentrasi dan energinya dalam mengerjakan suatu hal juga dirasa meningkat. Di sisi lain pola tidurnya masih belum konsisten membaik karena ia beberapa kali tidur terlambat.

Tabel 3. Hasil Skor BDI

| Skor <i>pre-test</i> | Skor <i>post-test</i> | Skor <i>follow up</i> |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31 | 31 | 10 |

Secara subjektif, partisipan merasa tingkat kesulitan atau ketidaknyamanan yang dirasakannya sebelum intervensi cukup tinggi yaitu sebesar 7 poin dari skala 0 – 10 (Tabel 4). Setelah intervensi, ia mengalami penurunan 1 poin yaitu menjadi 6, dan pada sesi *follow up* turun 1 poin lagi menjadi 5 dari skala 0 – 10 (Tabel 4). Walaupun penurunan yang dialami belum jauh dan signifikan, namun hasil ini merupakan suatu hal positif karena menunjukkan bahwa kondisi partisipan tidak memburuk setelah intervensi dan cenderung lebih netral secara keseluruhan.

Tabel 4. Hasil Skor SUD

| Skor <i>pre-test</i> | Skor <i>post-test</i> | Skor <i>follow up</i> |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 | 6 | 5 |

Beberapa hari terakhir saat *follow up* dilakukan, partisipan lebih banyak merasa netral. Ia merasa perlakuan dan respon orangtua masih membuatnya merasa tersakiti dan tidak nyaman, salah satunya karena orangtua sempat membandingkan partisipan dengan adik laki-lakinya yang dinilai lebih baik dalam hal ilmu agama. Partisipan sudah mencoba

untuk bersikap ramah, seperti mengajak ngobrol dan mengajak orangtua bercanda. Namun respon orangtua masih kurang menanggapi secara positif.

Partisipan mencoba lebih menikmati dan tidak membawa situasi ini ke arah yang lebih negatif. Ia mencoba fokus untuk mengerjakan tugas-tugas sekolahnya yang cukup banyak, karena sebentar lagi juga akan melaksanakan ujian sekolah. Kegiatan positif lain yang ia coba lakukan adalah mendengarkan lagu, menonton video lucu, berenang, dan membaca buku. Kondisi fisik partisipan sendiri sempat kurang fit juga karena kondisi darah rendahnya. Pada sesi *follow up* peneliti melihat perubahan *mood* partisipan yang lebih ceria dari sebelumnya. Hal ini tampak ketika ia banyak tertawa dan juga lebih santai dalam bercerita. Ia juga banyak bercanda ketika peneliti membahas teman dekat lawan jenisnya.

Diskusi

Secara umum program DBT ini dapat menurunkan kesulitan regulasi emosi, gejala depresi, dan ketidaknyamanan atau *distress* yang sedang dihadapi partisipan. Hal ini sejalan dengan beberapa penelitian yang mendukung pendekatan DBT untuk penurunan gejala depresi dan upaya menyakiti diri dalam populasi remaja (Harley, 2008; Mehlum, 2014; McCauley et al. 2018; Nafisa, 2019). Empat keterampilan yang diajarkan dalam DBT dapat membantu partisipan meminimalisir kesulitan yang dirasakan jika menghadapi situasi sulit, dan melihat dari sisi yang lebih positif.

Dalam keterampilan *mindfulness*, partisipan mampu memahami konsep mengamati tanpa menghakimi, dan melakukan banyak latihan *mindfulness* sebagai bekal. Partisipan mengakui merasakan suasana hati yang lebih positif dan tenang setelah melakukan latihan-latihan tersebut. Pada sesi keterampilan *distress tolerance*, partisipan juga belajar strategi-strategi untuk menoleransi dan menerima kesulitan yang dihadapinya. Pada sesi keterampilan *emotion regulation*, partisipan mampu untuk membuat rencana aksi atau pengalaman positif yang ingin ia lakukan, dan juga memahami pentingnya kaitan pola kesehatan fisik dengan emosi yang ia rasakan. Partisipan mencobakan pola makan dan tidur yang lebih teratur dan merasakan perubahan lebih positif terhadap emosinya. Terakhir, pada sesi keterampilan *interpersonal effectiveness*, partisipan mendapatkan *insight* mengenai cara berkomunikasi yang tepat dengan orang lain, terutama mengenai validasi. Namun partisipan tampak lebih membatasi diri selama sesi ini, karena banyak topik atau contoh pengalaman yang menyangkut hubungan partisipan dengan orangtua.

Regulasi emosi maladaptif telah berulang kali dikaitkan dengan berbagai gangguan mental, termasuk timbulnya gejala depresi. Beberapa strategi regulasi emosi kognitif maladaptif spesifik seperti menyalahkan diri sendiri atau perenungan, dikaitkan dengan tingkat gejala depresi yang lebih tinggi pada masa remaja, sementara strategi adaptif seperti penilaian ulang positif, pemfokusan ulang positif dan menempatkan segala sesuatu ke dalam perspektif yang lebih luas, dikaitkan dengan gejala depresi yang lebih rendah (Stikkelbroek, Bodden, Kleinjan, Reijnders, & van Baar, 2016). Hal ini juga yang ditekankan dalam program DBT, dimana partisipan diajak untuk melihat pemecahan masalah dari sudut yang lebih positif.

Kebiasaan penggunaan strategi regulasi emosi maladaptif seperti perenungan dan penghindaran dapat mengakibatkan pengalaman emosi negatif yang berkepanjangan dan intensif (Ehring dan Watkins 2008; Werner dan Gross 2010; Schäfer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caffier, & Samson, 2016). Hal ini menjadi fokus pada program DBT, dimana partisipan belajar mengolah emosi dan menerapkan strategi-strategi yang lebih adaptif dan positif dalam menghadapi situasi sulit. Selama program partisipan mampu menerapkan beberapa strategi keterampilan yang diajarkan, terutama membangun

pengalaman positif, pengalihan fokus, dan *mindfulness*. Hal ini partisipan rasakan cukup membantu dirinya untuk menenangkan diri. Setelah sesi ia juga berhasil untuk tidak melakukan perilaku menyakiti diri (memukul atau menendang barang di sekitarnya) ketika ada situasi yang menggangukannya.

Selama program berlangsung, partisipan cukup kesulitan dalam mengelaborasi perasaan atau pemikiran yang ia miliki terhadap suatu masalah negatif. Ia beberapa kali hanya menjawab seadanya atau tampak pasrah terhadap keadaan. Hal ini sama seperti yang diungkapkan Said dkk (2019), bahwa remaja dengan kecenderungan depresi biasanya mengalami kesulitan dalam membedakan emosi dan memahami mengapa mereka merasa seperti itu. Hal ini berpotensi menyebabkan penekanan emosi dan keengganan untuk terus memikirkan atau membahasnya, terutama ketika menghadapi konflik interpersonal.

Faktor konflik hubungan interpersonal partisipan dengan orangtua juga beberapa kali muncul selama program berlangsung. Hal ini dapat menjadi suatu hal positif dan negatif dalam sesi. Pada satu sisi, konflik keluarga dapat menyebabkan *mood* partisipan kurang baik dan mempengaruhi semangatnya dalam menjalani keseharian. Dukungan untuk terlibat dalam intervensi ini juga dirasa kurang oleh F, karena justru terjadi invalidasi dimana orangtua mempertanyakan tujuan partisipan mengikuti intervensi ini (walaupun peneliti juga sudah menjelaskan langsung pada ibu di awal sebelum intervensi dimulai). Sedangkan keterlibatan dan dukungan orangtua dalam DBT dinilai cukup penting. Rathus dan Miller (2015) dalam modulnya menambahkan materi tersendiri untuk orangtua berjudul "*Walking the Middle Paths Skills*", yang di dalamnya juga terdapat aktivitas *roleplay* bagaimana cara berinteraksi dengan anak. Namun untuk kondisi partisipan kali ini belum memungkinkan untuk mengajak orangtua karena dukungan yang juga tidak terlalu optimal sejak awal kepada F.

Sebagian alasan individu tidak mengembangkan keterampilan regulasi emosi yang sehat adalah karena lingkungan yang tidak memvalidasi. Lingkungan yang tidak valid adalah lingkungan di mana kebutuhan emosional individu dan pengasuh tidak konsisten, tidak sesuai dengan emosi yang diungkapkan, atau cenderung meremehkan (Neece et al., 2013; Powell, 2014). Beberapa kali di awal sesi partisipan menyampaikan bahwa dalam minggu tersebut ia mengalami konflik atau adu pendapat dengan orangtua. Maka, meskipun kita dapat membantu remaja untuk mempelajari keterampilan coping yang sehat, namun akan sulit menerapkan keterampilan ini dengan sukses ketika salah satu lingkungan utama remaja tidak berubah (Powell, 2014).

Faktor lain yang dapat menghambat efektivitas dari materi *interpersonal effectiveness* pada partisipan adalah kebiasaan komunikasi partisipan yang pasif dengan orangtua, atau prediksi negatif akan hasil buruk jika ia mencoba. Namun di sisi lain, situasi sulit ini juga dapat menjadi sarana bagi partisipan untuk melatih keterampilan-keterampilan yang sudah ia pelajari pada sesi-sesi program. Sama seperti mempelajari keterampilan baru lainnya, penguasaan keterampilan dalam DBT juga membutuhkan waktu dan latihan yang konsisten. DBT melibatkan tingkat komitmen dan keterlibatan yang tinggi di pihak remaja dan orang tua mereka, tetapi juga karena jenis remaja yang diikuti dalam penelitian ini sering dianggap paling sulit untuk terlibat dan dipertahankan dalam pengobatan (Groves, Backer, van den Bosch, & Miller, 2011).

Keberhasilan intervensi ini didukung oleh beberapa hal yang ditampilkan oleh partisipan, antara lain partisipasi aktif dan kedisiplinan selama menjalani program intervensi. Walaupun di awal partisipan kurang terbuka dan elaboratif selama proses diskusi, namun ia cukup mampu menyesuaikan diri dan mau lebih terlibat sampai akhir

sesi. Namun di sisi lain, terdapat beberapa keterbatasan selama pelaksanaan program ini, antara lain terbatasnya metode pelaksanaan beberapa aktivitas karena program dilaksanakan secara daring terutama untuk aktivitas *mindfulness*. Peneliti juga tidak dapat memantau secara langsung pengerjaan *worksheet-worksheet* yang diberikan, walaupun peneliti dan partisipan tetap berdiskusi dan membahasnya secara verbal. Keterlibatan dan dukungan orangtua yang tidak optimal juga menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi efektivitas intervensi. Salah satu manfaat memiliki pengasuh yang terlibat dalam mempelajari keterampilan DBT adalah agar mereka kemudian dapat memanfaatkan keterampilan dan membantu memodelkan dan mendorong penggunaan keterampilan DBT pada remaja mereka (Powell, 2014). Kemudian, pada beberapa sesi awal partisipan berada di ruangan bersama orang lain (saudaranya), sehingga mungkin mempengaruhi bagaimana partisipan berpartisipasi dalam sesi. Selain itu, adanya pengaruh dari kualitas koneksi internet yang beberapa kali menghambat pelaksanaan, baik dari sisi pelaksana intervensi maupun dari sisi partisipan.

CONCLUSION

Intervensi dengan penerapan prinsip-prinsip DBT untuk menurunkan kesulitan dalam kemampuan regulasi emosi dan menurunkan kecenderungan gejala depresi pada partisipan remaja dapat dinilai berhasil. Berdasarkan hasil yang diperoleh, terdapat penurunan pada skor kesulitan regulasi emosi, skor gejala depresi, dan skor ketidaknyamanan atau distres yang dihadapi partisipan dibandingkan sebelum intervensi. Namun untuk skor masalah *internalizing* masih berada di kategori sangat tinggi, sehingga penurunan skornya belum berdampak secara signifikan. Selain dari penurunan skor tersebut, secara kualitatif terdapat perubahan keterampilan regulasi emosi ke arah yang lebih positif dan adaptif melalui hasil wawancara kepada partisipan antara sebelum dan setelah intervensi selesai.

REFERENCES

- Agarwal, S. (2021). The Risk Factors of Adolescent Depression. *International Journal of High School Research*, 3(5), 57–64. <https://doi.org/10.36838/v3i5.11>
- Amalia, N. A. (2019). *Penerapan prinsip-prinsip Dialectical Behavior Therapy (DBT) untuk menurunkan gejala Major Depressive Disorder (MDD) pada remaja perempuan: single case study*. Unpublished theses magister profesi, Universitas Indonesia, Indonesia.
- Chiang, I. A., Jhangiani, R. S., & Price, P. C. (2015). *Research methods in psychology (2nd ed)*. Bcampus. Retrieved from <https://opentextbc.ca/researchmethods/>
- Eich, J. (2015). *Dialectical Behavior Therapy Skills Training With Adolescents: A practical Workbook for Therapists, Teens, & Parents*. Eau Claire: PESI Publishing and Media. Diunduh dari: <https://archive.org/details/jeaneichdialecticalbehaviortherapyskillstrainingwithadolescentspesipublishingmedia2015/page/n27/mode/2up?view=theater>
- Eisner, L., Eddie, D., Harley, R., Jacobo, M., Nierenberg, A. A., & Deckersbach, T. (2017). Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *Behavior Therapy*, 48(4), 557–566. doi:10.1016/j.beth.2016.12.006
- 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. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gravetter, F. J., Wallnau, L. B., Forzano, L-A. B., Witnauer, J. E. (2018). *Essentials of Statistics for the Behavioral Sciences, 10th Edition*. Boston: Cengage Learning
- Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2011). Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65–75. doi:10.1111/j.1475-3588.2011.00611.x
- Gupta, A., Kashyap, A., & Sidana, A. (2019). Dialectical Behavior Therapy in emotion dysregulation - Report of two cases. *Indian journal of psychological medicine*, 41(6), 578–581. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_352_19
- 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>
- Kiyimba, N., & O'Reilly, M. (2017). The clinical use of Subjective Units of Distress scales (SUDs) in child mental health assessments: a thematic evaluation. *Journal of Mental Health*, 1–6. doi:10.1080/09638237.2017.1340
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training: Manual*. New York: The Guilford Press. Diunduh dari: https://mindsplain.com/wp-content/uploads/2020/09/DBT_manual.pdf
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training: Handouts and worksheets*. New York: The Guilford Press. Diunduh dari: https://survivingcptsd.files.wordpress.com/2018/01/dbt_skills_training_handouts_and_worksheets_-_linehan_marsha_srg_.pdf
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2016). *Abnormal Psychology* (6th ed.). Boston: Cengage Learning.
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 75(8), 777–785. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
- McLaughlin, K. A., Garrad, M. C., & Somerville, L. H. (2015). What develops during emotional development? A component process approach to identifying sources of psychopathology risk in adolescence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(4):403-410. DOI: 10.31887/DCNS.2015.17.4/kmclaughlin
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2015). *DBT@skills manual for adolescents*. New York: The Guilford Press. Diunduh dari: <https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/140496/1/9781462515356.pdf>
- Said, W., Atmodiwirjo, E. T., & Soetikno, N. (2020). Dynamics of emotion in adolescence with depression and anxiety: The role of emotional attachment, emotional

- awareness, and emotional regulation. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research, Vol 439*. 10.2991/assehr.k.200515.047
- Saito, E., Tebbett-Mock, A.A., & McGee, M. (2020). Dialectical Behavior Therapy decreases depressive symptoms among adolescents in an acute-care inpatient unit. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 30(4),244-249. <http://doi.org/10.1089/cap.2019.0149>
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2016). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 261–276. doi:10.1007/s10964-016-0585-0
- Steiner, H. (2004). *Handbook of mental health interventions in children and adolescents : an integrated developmental approach*. San Francisco: Jossey-Bass. Diunduh dari: https://archive.org/details/handbookofmental0000unse_t3t4/page/n9/mode/2up?view=theater
- Stikkelbroek, Y., Boddien, D. H. M., Kleinjan, M., Reijnders, M., & van Baar, A. L. (2016). Adolescent depression and negative life events, the mediating Role of cognitive emotion regulation. *PLOS ONE*, 11(8), e0161062. doi:10.1371/journal.pone.0161062
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056–1067. doi:10.1016/s0140-6736(11)60871-4
- Zhou, S.-G., Hou, Y.-F., Liu, D., & Zhang, X.-Y. (2017). Effect of Cognitive Behavioral Therapy Versus Interpersonal Psychotherapy in Patients with Major Depressive Disorder. *Chinese Medical Journal*, 130(23), 2844–2851. doi:10.4103/0366-6999.219149)