

# Konseling Kelompok Realitas Untuk Menurunkan Gejala Depresi *Nonklinis* Pada Siswa Kelas 9 SMP Negeri 1 Lumajang

**Rofiá Indah Wati**

SMP Negeri 01 Lumajang

indahrofia531@gmail.com

**Dewi Asnawati**

Institut Agama Islam Syarifudin, Lumajang

asnawatidewi@gmail.com

## Abstrak

Penelitian ini didorong berdasarkan gambaran kondisi siswa yang terindikasi memiliki gejala depresi nonklinis (depresi minor). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menurunkan gejala depresi nonklinis pada siswa menggunakan teknik konseling kelompok realitas. Metode penelitian menggunakan Penelitian Tindakan Kelas (*Action Research*) dengan dua siklus. Subjek penelitian adalah siswa kelas 9-C berjumlah 31 orang. Pemilihan siswa untuk kelompok konseling didapatkan berdasarkan skor tertinggi dari angket yang disebarluaskan sebanyak 6 orang. Instrument penelitian menggunakan angket yang diturunkan berdasarkan DSM IV (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder*) terdiri dari 45 peryataan.

Depresi nonklinis merupakan gejala depresi ringan dengan indikator seperti mudah lelah, sulit berkonsentrasi, kehilangan minat pada kegiatan yang dilakukan setiap hari, sedih hampir sepanjang hari, murung, tertekan, memiliki konsep diri yang negatif, dan pesimis. Konseling realitas merupakan salah satu teknik konseling yang berfokus pada perubahan pikiran dan tindakan dengan menggunakan sistem WDEP (*Want, Doing, Evaluation, Plan*). Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan pada mood, persepsi negatif, kognisi dan perilaku. Juga menurunnya beberapa gejala somatik seperti sakit kepala, kelelahan, gangguan tidur dan gangguan makan.

Kata kunci: *konseling realitas, depresi nonklinis, penelitian tindakan*

## Pendahuluan

Hasil penelitian Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2019) menunjukkan bahwa depresi dan kecemasan menyebabkan kerugian ekonomi global sebesar 1 trilyun USD setiap tahunnya akibat hilangnya produktivitas sumberdaya manusia. Dalam diskusi yang diselenggarakan oleh Harvard Club Indonesia bekerja sama dengan DPR RI, di Gedung Nusantara DPR RI, Senayan, tanggal 10 September 2019, sebagai upaya menanggapi program Presiden Joko Widodo periode kedua tentang SDM Unggul, para narasumber sepakat bahwa kesehatan fisik maupun jiwa merupakan prasyarat utama untuk menghasilkan manusia-manusia unggul Indonesia (“Sektor Kesehatan”, 2019). Di forum

tersebut Dr. Nova Riyanti Yusuf, SpKJ, anggota Komisi IX DPR RI, menyoroti masalah kesehatan kejiwaan yang harus menjadi salah satu fokus dalam pemerintahan 2 Presiden Joko Widodo periode kedua. Jika akan mengejar generasi emas di tahun 2045, maka SDM Indonesia harus sehat secara fisik, intelektualitasnya, dan juga kejiwaanya.

Saat ini, diperkirakan 350 juta orang di seluruh dunia terjangkit depresi. Di Amerika, depresi telah menelan biaya sekitar 43 USD setiap tahun. Tahun 1990, depresi disebutkan menjadi penyebab utama kedua munculnya disability, dan diperkirakan menjadi penyebab utama terhadap disability pada tahun 2020 (Hirschfield et al, 1997. Murray & Lopez, 1996. Dalam Nolen-Hoeksema, 2009). Biaya besar ini disebabkan karena depresi yang dibiarkan berkembang telah menjadi kronis dan kondisinya terus-menerus berulang (Judd, 1997. Dalam Nolen-Hoeksema, 2009).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) telah memperingatkan depresi sebagai bentuk baru krisis global; depresi merupakan gangguan kesehatan mental yang membahayakan jiwa masyarakat di seluruh belahan dunia, termasuk Indonesia.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2017a) menyatakan bahwa depresi dan kecemasan merupakan gangguan jiwa umum yang prevalensinya paling tinggi. Lebih dari 200 juta orang di seluruh dunia (3,6% dari populasi) menderita kecemasan. Sementara itu jumlah penderita depresi sebanyak 322 juta orang di seluruh dunia (4,4% dari populasi) dan hampir separuhnya berasal dari wilayah Asia Tenggara dan Pasifik Barat. Depresi merupakan kontributor utama kematian akibat bunuh diri, yang mendekati 800.000 kejadian bunuh diri setiap tahunnya.

Menurut catatan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018), prevalensi gangguan emosional pada penduduk berusia 15 tahun ke atas, meningkat dari 6% di tahun 2013 menjadi 9,8% di tahun 2018. Prevalensi penderita depresi di tahun 2018 sebesar 6,1%. Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi bunuh diri pada penduduk berusia 15 tahun ke atas (N=722.329) sebesar 0,8% pada perempuan dan 0,6% pada laki-laki. Sementara itu prevalensi gangguan jiwa berat, skizofrenia meningkat dari 1,7% di tahun 2013 menjadi 7% di tahun 2018. Melalui pemantauan Aplikasi Keluarga Sehat pada tahun 2015, sebanyak 15,8% keluarga mempunyai penderita gangguan jiwa berat (Juniman,2028). Jumlah tersebut belum diperhitungkan dari keseluruhan penduduk Indonesia karena pada tahun 2018 baru tercatat 13 juta keluarga.

Depresi dan kecemasan merupakan gejala klinis paling umum yang berkaitan dengan kedatangan konseling konseling (Hinkle, 1999, p. 475. Dalam Gladding, 2012, h. 565). Depresi sangat cepat meluas, meningkat menjadi epidemic (wabah) dengan 10-25 persen populasi mengalami “beberapa bentuk depresi” dan dengan jumlah kasus depresi sekarang ini “sepuluh kali lipat dibanding tahun 1960” (Paradise & Kirby, 2005, p. 116. Dalam Gladding, 2012, h. 565). Depresi bahkan menjadi “kelainan yang paling umum di kalangan pekerja kesehatan mental sendiri. Riset menunjukkan bahwa sepertiga sampai lebih dari 60 persen profesional kesehatan mental melaporkan bahwa dirinya mengalami episode depresi yang signifikan pada tahun-tahun pertama (Gladding, 2012).

Penderita depresi di Indonesia berdasarkan hasil riset mencapai 27 persen dari jumlah penduduk negara ini, sedangkan untuk dunia sebanyak 350 juta orang (Republika.co.id.). Gangguan depresi baik di tingkat internasional maupun nasional sudah

menjadi suatu wabah bisu alias *silent epidemics*. Namun, di Indonesia, baik pemerintah maupun masyarakat, justru abai dan lalai dalam menghadapi calon krisis nasional ini.

Berdasarkan artikel “Gangguan Fisik Akibat Depresi” yang dipublikasikan pada tahun 2010, Badan kesehatan dunia (WHO) memperkirakan depresi akan berada di peringkat kedua tertinggi masalah kesehatan di dunia setelah penyakit kardiovaskular pada tahun 2020. WHO memperkirakan depresi menempati urutan pertama pada tahun 2030. Untuk Indonesia sendiri, berdasarkan data riset Persatuan Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa Indonesia tahun 2007, 94% penduduk Indonesia mengalami depresi dari tingkat ringan hingga berat. Pada tahun 2009, tim riset Majalah Tempo mengadakan survei di 5 kota besar di Indonesia (Medan, Bandung, Jakarta, Semarang, dan Surabaya). Hasil Survey tersebut menyatakan bahwa 80% dari penduduk kelima kota tersebut mengalami depresi dari tingkatan ringan hingga berat. (<http://mentertawakanindonesia.com/the-world-today/>).

Secara sekilas terlihat bahwa depresi memiliki dampak perseorangan seperti halnya penyakit-penyakit lainnya. Namun, apabila diperhatikan dengan saksama, kita dapat melihat dampak dari depresi sangat besar dan berpengaruh terhadap komunitas sekeliling orang penderita depresi. Seorang yang menderita depresi akan berdampak kepada para lingkungan sekitar. Mereka yang berkontak cukup intens dengan para penderita depresi (seperti teman, pasangan, terutama keluarga), lama kelamaan dapat juga menderita depresi. Hal ini dapat menyebabkan depresi dapat meluas secara cepat. Selain itu depresi secara signifikan menurunkan performa kerja seseorang, sehingga kualitas hasil kerja orang tersebut dapat menurun drastis. Bila kita hubungkan dengan data di atas, di mana 94% penduduk Indonesia menderita depresi, maka dapat kita duga bahwa kualitas hasil kerja 94% penduduk tersebut tidaklah optimal. Perlu diingat pula bahwa angka persentase tersebut memiliki kecenderungan untuk terus meningkat di tahun-tahun mendatang. Padahal agar bangsa Indonesia dapat bersaing dengan bangsa lain, dibutuhkan performa dan hasil kerja yang optimal dari semua anak bangsa. Oleh karena itu, dibutuhkan kesadaran seluruh masyarakat Indonesia untuk mulai memerangi depresi untuk Indonesia yang lebih sehat dan sukses.

Manifestasi depresi di masyarakat antara lain bunuh diri, tawuran, dan menurunnya produktivitas akibat tingginya tingkat mangkir kerja. Tawuran antar pelajar atau antar mahasiswa di Jakarta hingga Makassar sempat menyita perhatian.

Depresi pada remaja memiliki prevalensi yang tinggi dan konsekuensi yang serius, khususnya masalah bunuh diri (Nolen-Hoeksema, 2009). Maraknya kasus bunuh diri, tawuran, kekerasan dalam rumah tangga, kesurupan, trauma akibat bencana, hingga meluasnya penggunaan narkoba sebagai *coping mechanism* untuk pelarian dari tekanan jiwa menunjukkan depresi individual maupun massal serta yang terselubung makin serius di Indonesia. Manifestasinya, makin banyak orang yang mudah tersinggung, mengamuk, dan kian agresif, atau sebaliknya, menjadi mudah menyerah dan mengambil jalan pintas dengan bunuh diri,” (Nalini Muhdi, psikiater sosial Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya). Jika tidak diantisipasi dan tidak ditangani dengan serius, depresi akan menjadi beban pemerintah dan masyarakat.

Remaja awal yang mengalami kondisi depresi secara berulang, maka depresinya akan semakin kronis dan kambuh di sepanjang rentang hidupnya (Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington, & Rutter, 2001; Lewinsohn, Rohde, Klein, & Seeley, 1999; Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998. Dalam Nolen-Hoeksema, 2009). Remaja yang mengalami depresi mayor, akan mengalami resiko kambuh yang tinggi di masa dewasa, dan orang yang mengalami depresi mayor di masa dewasa, dia telah mengalami kecemasan dan gangguan depresi di masa remajanya (Pine et al., 1998. Dalam Nolen-Hoeksema, 2009). Dengan demikian, remaja yang mengalami gangguan depresi merupakan kondisi yang sangat berbahaya, karena mereka akan mengalami masalah emosional yang kronis dan berulang di masa dewasa.

Pada remaja, depresi lebih umum terjadi dibandingkan dengan anak-anak (Harrington, 1993. Dalam Carr, 2002). Remaja yang mengalami depresi selama satu tahun, tidak bisa tumbuh dari depresinya di masa selanjutnya (Harrington, 1993; Kovacs, 1997; Reynolds and Johnson, 1994. Dalam Carr, 2002). Pada sebuah sample di masyarakat, tingkat prevalensi depresi pada pra-remaja berkisar 0,5 persen hingga 2,5 persen dan pada remaja dari 2 persen hingga 8 persen. Depresi merupakan kasus yang sering menjadi dasar rujukan ketika berobat: pada sebuah studi klinis anak-anak dan remaja, sekitar 25 persen merupakan kasus depresi (Carr, 2002). Studi lanjutan terhadap remaja yang mengalami depresi menunjukkan bahwa gejala depresi yang dialami di masa remaja dapat memprediksi akan munculnya masalah yang sama di masa dewasa (Garber, dkk., 1988; Kandel & Davies, 1986. Dalam Santrock, 2003, h. 529). Hal ini berati remaja yang mengalami depresi perlu ditangani secara serius. Depresi tidak bisa hilang begitu saja. Sebaliknya, remaja yang didiagnosis mengalami depresi cenderung akan terus mengalami masalahnya hingga dewasa dibandingkan dengan remaja yang tidak didiagnosis mengalami depresi.

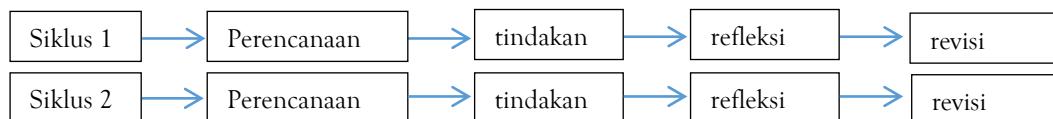
Di sekolah, khususnya tingkat SMP, konselor perlu merancang program layanan yang lebih serius untuk menangani siswa yang mengalami gejala depresi agar tidak menjadi epidemik. Jika gejala depresi ini tidak ditangani dengan serius maka akan menambah rentang menjadi depresi mayor (depresi klinis) yang berbahaya. Dengan kata lain, konseling dilakukan sebagai tindakan pencegahan agar siswa terbebas dari depresi. Konseling realitas dipilih dengan pertimbangan karena dalam prosesnya, konseling realitas lebih berorientasi pada perbaikan kognitif yang keliru, hal ini sesuai dengan kondisi siswa yang depresi yang sering memiliki persepsi dan kognisi yang irrasional. Selain itu konseling realitas termasuk kedalam pendekatan konseling jangka pendek (singkat), hal ini sesuai dengan kondisi sekolah dimana guru BK/Konselor memiliki beban kerja di atas kondisi normal atau yang seharusnya (di atas 150 orang).

Permasalahan dalam penelitian berdasarkan hasil sebaran angket yang menunjukkan sebagian siswa terindikasi memiliki gejala depresi *nonklinis* (depresi minor) pada siswa kelas 9-C. Oleh karena itu, diperlukan layanan konseling yang sesuai untuk mengentaskan permasalahan tersebut.

Fokus utama penelitian ini adalah mengetahui dampak teknik konseling realitas melalui setting konseling kelompok dalam menurunkan gejala depresi *non klinis* (depresi minor).

## Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode Penelitian Tindakan (*Action Research*). Desain penelitian menggunakan dua siklus yang terdiri dari dua kali tindakan dan dua kali refleksi.



Lokasi penelitian dilaksanakan di SMPN 1 Lumajang, Subjek penelitian adalah siswa kelas 9C yang berjumlah 31 orang, terdiri dari 18 orang laki-laki dan 13 orang perempuan. Pemilihan subjek untuk kelompok konseling dipilih berdasarkan hasil sebaran angket Daftar Cek Masalah yang memuat 45 pernyataan.

Penelitian ini menggunakan instrument Daftar Cek Masalah yang dikembangkan sendiri oleh peneliti dengan menggunakan rujukan dari Sistem Klasifikasi Problem Psikologis (DSM IV). Materi Daftar Cek Masalah terdiri dari 45 pernyataan. Kemudian menyebarkan angket ke seluruh kelas 9, lalu dipilih kelas yang akan dijadikan subjek penelitian dengan kriteria, memiliki jumlah siswa terbanyak yang terindikasi memiliki gejala depresi *nonklinis*. Kemudian dipilihlah 6 orang siswa untuk diberikan layanan konseling kelompok realitas. Berikut ini adalah tabel perbandingan kriteria depresi antara DSM IV dengan ICD.

Tabel 1  
Definisi Depresi, Diadaptasi dari DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) dan ICD-10 (World Health Organization, 1996).

DSM-IV Penjelasan Kriteria Untuk Episode Depresi Mayor	ICD-10 Penjelasan Kriteria Untuk Episode Depresi
<p>Salah satu atau dua gejala berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Suasana hati yang tertekan (pada anak-anak dan remaja bisa menjadi suasana hati mudah tersinggung);</li><li>• Kehilangan minat atau kesenangan pada hampir semua kegiatan sehari-hari.</li></ul> <p>Tiga atau lebih dari gejala berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Penurunan berat badan yang signifikan atau kelebihan (dari 5 per persen per bulan) atau penurunan/peningkatan nafsu makan (pada anak-anak dianggap kegagalan untuk membuat peningkatan berat badan yang diharapkan);</li><li>• Insomnia atau hipersomnia;</li><li>• Agitasi psikomotor atau retardasi;</li><li>• Kelelahan atau kehilangan energi;</li><li>• Perasaan tidak berharga, rasa bersalah yang berlebihan;</li><li>• Konsentrasi yang buruk dan keraguan;</li><li>• Pikiran berulang tentang kematian, berpikir bunuh diri atau mencoba bunuh diri.</li></ul>	<p>Tipe episode depresi khas, individu bisaanya menderita:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Suasana hati yang tertekan;</li><li>• Kehilangan minat dan kesenangan;</li><li>• Kehilangan energi;</li><li>• Peningkatan fatigueability;</li><li>• Berkurangnya kegiatan;</li><li>• Gampang lelah padahal tidak melakukan kerja berat.</li></ul> <p>Gejala umum lainnya adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Penurunan konsentrasi dan perhatian;</li><li>• Merasa tidak berharga dan kepercayaan diri menurun;</li><li>• Merasa bersalah dan tidak layak;</li><li>• Pandangan suram dan pesimis tentang masa depan;</li><li>• Berpikir atau tindakan menyakiti diri atau bunuh diri;</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Gejala dapat dilaporkan atau diamati.</li><li>• Gejala muncul selama dua minggu hampir setiap hari dan mewakili perubahan dari sebelumnya yang berfungsi.</li><li>• Gejala klinis yang signifikan menyebabkan distress atau penurunan minat sosial, pekerjaan, pendidikan atau fungsi lainnya.</li><li>• Gejala bukan karena episode campuran mania dan depresi.</li><li>• Gejala bukan karena efek langsung obat atau kondisi medis umum seperti hypothyroidism.</li><li>• Gejala tersebut bukan karena kehilangan yang mendalam seperti berkabung.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mengalami gangguan tidur;</li><li>• Berkurangnya nafsu makan.</li></ul> <p>Beberapa gejala di atas mungkin ditandai dan mengembangkan fitur karakteristik yang secara luas dianggap memiliki signifikansi khusus, misalnya gejala somatik yang tercantum di bawah ini:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kehilangan minat atau kesenangan dalam kegiatan yang bisaanya menyenangkan;</li><li>• Kurangnya reaktivitas emosional bisaanya lingkungan yang menyenangkan;</li><li>• Bangun di pagi hari lebih cepat dua jam atau lebih dari sebelumnya;</li><li>• Rasa tertekan yang parah di pagi hari;</li><li>• Psikomotor retardasi atau agitasi;</li><li>• Hilangnya nafsu makan atau berat badan;</li><li>• Hilangnya libido.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sindrom somatik tidak dianggap kecuali muncul minimal empat dari gejala ini.</li><li>• Durasi dua minggu diperlukan untuk diagnosis depresi.</li><li>• Mood menurunkan bervariasi sedikit dari hari ke hari dan sering responsif terhadap keadaan dan mungkin menunjukkan variasi diurnal karakteristik sebagai hari berlangsung.</li><li>• Presentasi atipikal sangat umum pada masa remaja. Dalam beberapa kasus kecemasan, kesusahan dan motorik agitasi mungkin lebih menonjol pada kali dari depresi, dan perubahan mood dapat bertopeng oleh fitur-fitur seperti mudah marah, berlebihan mengkonsumsi alkohol, perilaku dramatis dan eksaserbasi yang sudah ada fobia atau gejala obsesif atau dengan kesibukannya hypochondriacal.</li></ul>
--	---

Untuk aspek-aspek depresi klinis pada remaja dan anak-anak dapat dilihat pada table berikut ini:

Tabel 2  
Aspek-Aspek Depresi Klinis Pada Remaja dan Anak-Anak

Domain	Aspek Klinis
<b>Mood</b>	Perasaan tertekan Ketidakmampuan untuk mengalami kesenangan Gampang marah Kecemasan dan ketakutan
<b>Perilaku</b>	Retardasi psikomotor atau agitasi Tertekan sampai pingsan *
<b>Relasi</b>	Kemerosotan dalam hubungan keluarga Menarik diri dari hubungan teman sebaya Prestasi sekolah memburuk
<b>Somatic State</b>	Kelelahan Gangguan tidur Sakit dan nyeri Kehilangan nafsu makan atau makan berlebihan Perubahan berat badan* Variansi diurnal suasana hati (lebih buruk di pagi hari)
<b>Kognisi</b>	Pandangan negatif tentang diri, dunia, dan masa depan Rasa bersalah yang berlebihan Keinginan bunuh diri * Suasana hati kongruen delusi * Distorsi kognitif Ketidakmampuan untuk berkonsentrasi Keragu-raguan
<b>Persepsi</b>	Persepsi terhadap peristiwa negatif Halusinasi suasana hati kongruen *

\*Aspek-aspek tersebut terjadi pada episode depresi berat

### Pembahasan

Hasil pengisian Daftar Cek Masalah pada keseluruhan menunjukkan bahwa pada kelas 9C memiliki daftar skor tertinggi dibandingkan dengan kelas 9 yang lain. Berikut hasil daftar Cek Masalah pada sebagian item di kelas 9C yang mengarah pada depresi *nonklinis* (depresi minor):

Tabel 3 Hasil Daftar Cek Masalah Kelas 9C

NO	NAMA	Skor
1	Sering sakit kepala/pusing	25
2	Sering mengalami susah tidur (insomnia)	9
3	Merasa tersisih dan sering menyendiri	3
4	Sering diperlakukan buruk/dijelek-jelekan teman	10

5	Merasa mudah tersinggung, sakit hati dan gampang marah	23
6	Sering merasa kesepian dalam suasana yang ramai	6
7	Sering merasa khawatir tanpa sebab yang jelas	15
8	Merasa sedih dengan takdir/nasib hidup yang dijalani	6
9	Sering teringat masa kanak-kanak yang tidak bahagia	6
10	Merasa dikejar-kejar perasaan bersalah/berdosa	19

Berdasarkan hasil DCM tersebut kemudian dilakukan *treatmen* yaitu Konseling kelompok realitas dengan tahapan kegiatan *forming, norming and storming, performing* dan *edjourning*.

**Sesi Awal (*Forming*)**, kegiatan pada tahap ini: 1) memulai kegiatan kelompok, 2) membantu konseli mengenal anggota lain, 3) mengatur dinamika kelompok secara positif, 4) mengajak/mendorong konseli untuk berbicara, 5) menjelaskan tujuan kelompok, 6) menjelaskan peranan konselor kelompok, 7) menggambarkan keadaan kelompok yang dipimpin, 8) membantu konseli mengungkapkan harapannya, 9) mengarahkan pertanyaan-pertanyaan, 10) menjelaskan aturan-aturan dasar kelompok, 11) menjelaskan aturan-aturan khusus yang diberlakukan, 12) melihat tingkat kesenangan anggota dalam kelompok, 13) menilai gaya interaksi konseli, dan 14) memfokuskan pada isi.

**Sesi Transisi (*Norming and Storming*)**, ini merupakan tahap penjajakan dan penormaana. Pada tahap ini disampaikan aturan main selama proses konseling, seperti pembahasan tentang hak dan kewajiban peserta, peraturan dan norma yang diberlakukan selama kegiatan.

**Sesi Kerja (*Performing*)**, pada sesi ini sistem WDEP konseling realitas dilakukan. Konseling kelompok pada tahap kerja meliputi diskusi, saling berbagi pendapat dan pengalaman, memecahkan masalah dan mengerjakan tugas-tugas. Tahap pertengahan ini disebut juga dengan *tahap kegiatan* karena dalam tahap ini kelompok mencoba untuk menyelesaikan tujuan-tujuannya. Dalam tahap ini konseli belajar materi-materi baru, diskusi tentang berbagai topik dan kerja terapeutik.

**Sesi Terminasi (*Edjourning*)** merupakan Tahap akhir merupakan tahap penutupan konseling kelompok. Periode ini merupakan rangkuman dari semua sesi pertemuan. Pada tahap ini melakukan:

- Menyimpulkan dan mencari hal-hal penting terhadap pembicaraan-pembicaraan kelompok.
- Melakukan tinjauan pada isu-isu yang belum terpecahkan sepenuhnya selama sesi tersebut.
- Mengungkapkan kesan-kesan anggota kelompok tentang pelaksanaan kegiatan.
- Mengungkapkan hasil kegiatan kelompok yang telah dicapai secara mendalam dan tuntas
- Merumuskan rencana kegiatan lebih lanjut
- Mempertahankan suasana hubungan kelompok dan rasa kebersamaan
- Me-reviu dan menyimpulkan pengalaman kelompok.
- Menilai perubahan dan perkembangan anggota.

- i. Mengakhiri berbagai urusan atau pembahasan.
- j. Merencanakan pemecahan masalah selanjutnya

#### **Siklus 1(terdiri dari 3 sesi pertemuan konseling kelompok)**

Kegiatan yang dibahas pada sesi pertama yaitu kegiatan pra konseling (tahapan awal dan transisi). Pada sesi ini, konselor menyampaikan hasil angket Daftar Cek Masalah kepada siswa yang akan diberi perlakuan konseling, sekaligus sebagai pengkondisian awal kepada anggota kelompok bahwa mereka akan melaksanakan konseling kelompok. Pada sesi pertama anggota diberikan kegiatan *ice breaking* dan games perkenalan, dengan tujuan anggota kelompok dapat merasakan ikatan emosional selama pelaksanaan konseling. Pada sesi ini pula anggota menyepakati mengenai aturan-aturan yang harus ditaati selama konseling. Membuat kontrak komitmen dan waktu pelaksanaan konseling.

Kegiatan sesi ke-2 melakukan eksplorasi pada domain-domain depresi (mood, perilaku, dan depresi). Anggota kelompok mengalami perasaan tertekan dengan interval yang berbeda, mereka juga melaporkan sering tiba-tiba merasa sedih tanpa sebab yang jelas, merasa kesepian di tengah keramaian, merasa tersisih, tidak percaya diri, kalau marah sering tidak terkendali. Pada beberapa siswa sering menerima tindakan bullying dari teman sebayanya, dan tidak berdaya menghadapinya. Pada sesi ini, kepada anggota ditanyakan “Apa yang sebenarnya mereka inginkan?”, dan “Apa yang mereka lakukan untuk mencapai apa yang diinginkan?“.

Kegiatan sesi ke-3 melakukan eksplorasi pada domain-domain depresi (somatic state, kognisi, dan persepsi). Anggota kelompok melaporkan sering mengalami sakit kepala, tegang di bagian leher, bahu dan punggung. Tiga orang anggota mengalami gangguan makan dan gangguan tidur, sulit konsentrasi di kelas, sering berhalusinasi dan memiliki perasaan bersalah yang berlebihan. Kepada anggota kembali ditanyakan “Apa yang sebenarnya mereka inginkan?”, dan “Apa yang mereka lakukan untuk mencapai apa yang diinginkan?” sehubungan dengan kondisi depresi yang sedang mereka alami.

#### **Siklus 2 (terdiri dari 2 sesi pertemuan konseling kelompok)**

Pada sesi pertama dari siklus 2 melakukan evaluasi terhadap beberapa domain depresi yang sulit dirubah. Pada sesi ini tiga orang anggota melaporkan masih sering merasa kesepian dan masih mengalami gangguan tidur. Tiga anggota lainnya melaporkan kesulitan mengendalikan perasaan marah. Pada sesi ini di aplikasikan system evaluasi. Kenapa sulit berubah, apa yang dilakukan, komitmen apa yang tidak dilakukan.

Pada sesi ke-2 dari siklus 2, melakukan tahapan evaluasi dari keseluruhan domain-domain depresi yang di alami dan evaluasi menyeluruh terhadap keseluruhan sesi konseling.

##### *Tahapan refleksi siklus 1*

- Perbaikan pada domain perasaan, terutama aspek tertekan
- Perubahan pada domain relasi dan persepsi. Yaitu menarik diri dan konsep diri negatif

- Belum nampak perbaikan yang signifikan terhadap somatic states, kognisi, dan perilaku

*Tahapan refleksi siklus 2*

- Perbaikan pada domain somatic states dan perilaku
- Mulai mandiri dalam mengendalikan domain perilaku dan mood

**Penutup**

Konseling realitas efektif dapat menurunkan beberapa gejala depresi non klinis, perubahan mood tertekan dan rasa sedih, merubah perilaku menyendiri, dan merubah pola pikir dan persepsi. Tetapi belum efektif menurunkan gejala *somatic states* seperti gangguan tidur dan gangguan makan pada siswa kelas 9C SMP Negeri 1 Lumajang.

**Daftar Pustaka**

- Anwar, F. (2020, 14 Mei). PBB sebut dunia hadapi krisis kesehatan mental gegara pandemic Corona. [health.detik.com](http://health.detik.com). Diunduh tanggal 4 April 2021, dari [PBB Sebut Dunia Hadapi Krisis Kesehatan Mental Gegara Pandemi Corona \(detik.com\)](#)
- Apriyani, T. (2019, 23 Desember). Indonesia darurat depresi namun minim praktisi. [suara.com](http://suara.com). Diunduh tanggal 4 April 2021, dari [Indonesia Darurat Depresi Namun Minim Praktisi \(suara.com\)](#)
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Hoeber Medica Division USA, Herper and Row Published Incorporated.
- Behnke, Andrew O., Plunkett, Scott W., Sands, Tovah., and Bamaca-Colbert, Mayra Y. (2010). *The Relationship Between Latino Adolescents' Perceptions of Discriminations, Neighborhood Risk, and Parenting on Self Esteem and Depressive Symptoms*. Journal of Cross-Cultural Psychology 42: 1179. Sagepub.com
- Carr, alan. (2002). *Depression and Attampted Suicide in Adolescence*. The British Psychological Society.
- Corey, Gerald. (2009). *Teori dan Praktek Konseling dan Psikoterapi*, Alih Bahasa. Bandung: PT. Refika Aditama.
- \_\_\_\_\_. (2009). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, Eight Edition. USA: Thomson Higher Education.
- \_\_\_\_\_. (2012). *Theory and Practice of Group Counseling and Psychotherapy*, Eight Edition. USA: Brookscole.
- \_\_\_\_\_. (2009). *Teori dan Praktek Konseling & Psikoterapi* (Alih Bahasa). Bandung: Refika Aditama.
- Corning, Alexandra F. (2002). *Self-Esteem as a Moderator Between Perceived Discrimination and Psychological Distress Among Women*. K@ta: The American Psychological Inc. 49 (1) pp. 117-146
- Cruwys, Tegan., Haslam, S. Alexander., Diggle, Geneive., Haslam, Catherine., and Jetten, Jolanda. (2014). *Depression and Social Identity: An Integrative Review*. Personality and Social Psychology Review 1-24. Sagepub.com.
- Feist, Jess & J. Feist Gregory. (2008). *Theories of Personality* (Terjemah). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- <http://mentertawakanindonesia.com/the-world-today/>. The World To Day.
- Gladding, Samuel T. (2012). *Konseling Profesi Yang Menyeluruh*, Edisi Keenam (Alih Bahasa). Jakarta: PT. Indeks.
- Juniman, P.T. (2018, 10 September). 15,8 persen keluarga hidup dengan penderita

- gangguan mental. CNNIndonesia. Diunduh tanggal 5 April 2021, dari [15,8 Persen Keluarga Hidup dengan Penderita Gangguan Mental \(cnnindonesia.com\)](#)
- Kartadinata, Sunaryo. (2011). *Menguak Tabir Bimbingan dan Konseling Sebagai Upaya Pedagogis*. Bandung: UPI Press.
- Kompas.com. Sumber belum diketahui.
- Kuster, Farah., Orth, Ulrich., and Meier, Laurenz L. (2012). *Rumination Mediates the Prospective Effect of Low Self Esteem on Depression: A Five-Wave Longitudinal Study*. *Personality and Social Psychology Bulletin* 38: 747 Sagepub.com.
- Nelson-Jones, Richard. (2011). *Teori dan Praktik Konseling dan Terapi* (Alih Bahasa). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nolen-Hoeksema, Susan. (2009). *Handbook of Depression in Adolescents*. New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Orth, Ulrich; Robins, Richard W. (2013). *Understanding the Link Between Low Self-Esteem and Depression*. *Current Directions in Psychological Science* 22: 455. Sagepub.com.
- Palmer Jr, Charles James. (2003). *Body Mass Index, Self-Esteem, and Suicide Risk in Clinically Depressed African American and White American Females*. *Journal of Black Psychology* 29: 408. Sagepub.com.
- Republika.co.id. *Wanita Lebih Mudah Terkena Depresi*. Sabtu, 14 April 2021, 17:31 WIB.
- Santrock, John W. (2003). *Adolescence Perkembangan Remaja* (Alih Bahasa). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Schwartz, Orli S., Byrne, Michelle L., Simmons, Julian G., Whittle, Sarah., Dudgeon, Paul., Yap, Marie B.H., Sheeber, Lisa B., and Allen, Nicholas B. (2014). *Parenting during Early Adolescence and Adolescent-Onset Major Depression: A 6-Year Prospective Longitudinal Study*. *Clinical Psychological Science*, vol 2 (3) 272-286. Sagepub.com.
- Sektor Kesehatan Disarankan Dibenahi demi Wujudkan SDM Indonesia yang Unggul. (2019, 10 September). Trbunnews.com. Diunduh tanggal 14 April 2020, dari [Sektor Kesehatan Disarankan Dibenahi demi Wujudkan SDM Indonesia yang Unggul - Tribunnews.com](#)
- Palmer, Stephen. (2011). *Konseling dan Psikoterapi* (Alih Bahasa). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Tirto Jiwo. (2012). *Depresi: Panduan Bagi Pasien, Keluarga, dan Teman Dekat*. Purworejo: Pusat Pemulihan dan Pelatihan Bagi Penderita Gangguan Jiwa.
- World Health Organization. (2019, Mei). *Mental health in the workplace*. Diunduh tanggal 14 April dari [https://www.who.int/mental\\_health/in\\_the\\_workplace/en/](https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/)
- World Health Organization. (2017a). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- World Health Organization. (2017b). *State of health inequality*. Indonesia. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO