

**PENGARUH TERAPI MINDFULNESS SUFISTIK DALAM MENURUNKAN EPISODE  
DEPRESI PADA PENGIDAP BIPOLAR**



**SKRIPSI**

Diajukan untuk Memenuhi Sebagai Syarat  
Guna Memperoleh Gelar Sarjana (S1)  
Dalam Ilmu Ushuluddin dan Humaniora  
Jurusan Tasawuf dan Psikoterapi

Oleh:

**NAFIDZA ILMI KHAIRINA**

**NIM : 1504046042**

**FAKULTAS USHULUDDIN DAN HUMANIORA  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI WALISONGO**

**SEMARANG**

**2021**

## DEKLARASI KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nafidza Ilmi Khairina

NIM : 1504046042

Jurusan : Tasawuf dan Psikoterapi

Fakultas : Ushuluddin dan Humaniora

Judul Skripsi : Pengaruh Terapi Mindfulness Sufistik Dalam Menurunkan Episode Depresi Pada Pengidap Bipolar

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil kerja saya sendiri dengan penuh kejujuran dan tanggung jawab, serta didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk meraih gelar kesarjanaan pada suatu perguruan tinggi atau yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu atau disebutkan dalam daftar pustaka.

Semarang, 04 Juni 2021

Peneliti



**Nafidza Ilmi Khairina**

NIM: 1504046042

**PENGARUH TERAPI MINDFULNESS SUFISTIK DALAM MENURUNKAN EPISODE  
DEPRESI PADA PENGIDAP BIPOLAR**



**SKRIPSI**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat

Guna Memperoleh Gelar Sarjana S1

Dalam Ilmu Ushuluddin dan Humaniora

Jurusan Tasawuf dan Psikoterapi (TP)

Disusun oleh:

**NAFIDZA ILMI KHAIRINA**

**NIM : 1504046042**

Semarang, 04 Juni 2021

Disetujui oleh

Pembimbing



**Sri Rejeki, S. Sos, I., M.Si**

NIP. 197903042006042001

**KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA UNIVERSITAS ISLAM NEGERI**



**WALISONGO SEMARANG FAKULTAS USHULUDDIN DAN HUMANIORA**

Kampus II Jl. Prof. Dr. Hamka Km.1, Ngaliyan-Semarang Telp. (024)  
7601294

Website: [www.fuhum.walisongo.ac.id](http://www.fuhum.walisongo.ac.id); e-mail: [fuhum@walisongo.ac.id](mailto:fuhum@walisongo.ac.id)

---

Nomor:

Lamp :

Hal : Persetujuan Skripsi Atas Nama Nafidza Ilmi Khairina

Kepada Yth.

Dekan Fakultas Ushuluddin dan Humaniora

UIN Walisongo Semarang

*Assalamualaikum Wr. Wb*

Setelah melalui proses bimbingan dan perbaikan, bersama ini kami kirimkan naskah skripsi:

Nama : Nafidza Ilmi Khairina

NIM : 1504046042

Jurusan : Tasawuf dan Psikoterapi

Judul : PENGARUH TERAPI MINDFULNESS SUFISTIK DALAM  
MENURUNKAN EPISODE DEPRESI PADA PENGIDAP BIPOLAR

Nilai : 3,8 (B+)

Selanjutnya kami mohon dengan hormat agar skripsi tersebut bisa dimunaqasyahkan.

Demikian persetujuan skripsi ini kami sampaikan. Atas perhatiannya diucapkan terima kasih sebesar-besarnya.

*Wassalamualaikum Wr. Wb.*

Semarang, 04 Juni 2021

Pembimbing

**Sri Rejeki, S. Sos, I., M.Si**

NIP. 197903042006042001



KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI WALISONGO SEMARANG  
FAKULTAS USHULUDDIN DAN HUMANIORA

Kampus II Jl. Prof. Dr. Hamka Km.1, Ngaliyan-Semarang Telp. (024) 7601294  
Website: www.fuhum.walisongo.ac.id; e-mail: fuhum@walisongo.ac.id

**SURAT KETERANGAN PENGESAHAN SKRIPSI**

Nomor: B-0096/Un.10.2/D1/ DA.04.09.e/01/2022

Skripsi di bawah ini atas nama:

Nama : **NAFIDZA ILMI KHAIRINA**  
NIM : 1504046042  
Jurusan/Prodi : Tasawuf dan Psikoterapi  
Judul Skripsi : **PENGARUH TERAPI MINDFULNESS SUFISTIK DALAM MENURUNKAN EPISODE DEPRESI PADA PENGIDAP BIPOLAR**

telah dimunaqasahkan oleh Dewan Penguji Skripsi Fakultas Ushuluddin dan Humaniora Universitas Islam Negeri Walisongo Semarang, pada tanggal **25 Oktober 2021** dan telah diterima serta disahkan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar Sarjana dalam ilmu ushuluddin dan humaniora.

NAMA	JABATAN
1. Dr. H. Hasyim Muhammad, M.Ag	Ketua Sidang
2. Sri Rejeki, S.Sos.I., M.Si	Sekretaris Sidang
3. Hikmatun Balighoh Nur Fitriyati, S.Psi, M.Psi	Penguji I
4. Royanulloh, M.Psi.T	Penguji II
5. Sri Rejeki, S.Sos.I., M.Si	Pembimbing

Demikian surat keterangan ini dibuat sebagai **pengesahan resmi skripsi** dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 7 Januari 2022  
an. Dekan

Wakil Bidang Akademik dan Kelembagaan



SULAIMAN

## MOTTO

لَا تَحْزَنُ إِنَّ اللَّهَ مَعَنَا ۖ

*"Janganlah kamu bersedih hati, sesungguhnya Allah besersama kita".*

(QS. At-Taubah: 40)

## TRANSLITERASI ARAB LATIN

Penulisan ejaan Arab dalam skripsi ini berpedoman pada keputusan Menteri Agama dan Menteri Pendidikan Republik Indonesia Nomor: 158 Tahun 1987 dan 0543b/U/1987. Transliterasi dimaksudkan sebagai pengalih hurufan dari abjad satu ke abjad lain. Transliterasi Arab-Latin adalah penyalinan huruf-huruf Latin beserta perangkatnya. Adapun pedoman Transliterasi Arab-Latin dengan beberapa modifikasi sebagai berikut:

### 1. Konsonan

Fonem konsonan Arab yang dalam sistem tulisan Arab dilambangkan dengan huruf, dalam transliterasi ini sebagian dilambangkan dengan huruf dan sebagian dilambangkan dengan gejala, dan sebagian lain dengan huruf dan gejala sekaligus.

Di bawah ini daftar huruf Arab dan Translitasinya dengan huruf latin.

Huruf Arab	Nama	Huruf Latin	Nama
ا	Alif	Tidak dilambangkan	Tidak dilambangkan
ب	Ba	B	Be
ت	Ta	T	Te
ث	Sa	š	es (dengan titik di atas)
ج	Jim	J	Je
ح	Ha	ḥ	ha (dengan titik di bawah)
خ	Kha	Kh	ka dan ha
د	Dal	D	De
ذ	Zal	z	zet (dengan titik di atas)
ر	Ra	R	Er
ز	Zai	Z	Zet
س	Sin	S	Es
ش	Syin	Sy	es dan ye
ص	Sad	š	es (dengan titik di bawah)
ض	Dad	ḍ	de (dengan titik di bawah)
ط	Ta	ṭ	te (dengan titik di bawah)
ظ	Za	ẓ	zet (dengan titik di bawah)
ع	‘Ain	‘	koma terbalik di atas
غ	Gain	G	Ge
ف	Fa	F	Ef
ق	Qaf	Q	Ki
ك	Kaf	K	Ka
ل	Lam	L	El
م	Mim	M	Em
ن	Nun	N	En
و	Wau	W	We
ه	Ha	H	Ha
ء	Hamzah	’	Apostrof

ي	Ya	Y	Ye
---	----	---	----

## 2. Vokal

Vokal bahasa Aarab, seperti vokal bahasa Indonesia, terdiri dari vokal tunggal atau monoftong dan vokal rangkap atau diftong.

### a. Vokal Tunggal

Vokal tunggal bahasa Arab yang lambangnya berupa gejala atau harakat, transliterasinya sebagai berikut:

Huruf Arab	Nama	Huruf Latin	Nama
.... <sup>◌</sup> ....	fathah	a	A
..... <sup>◌</sup> .....	kasrah	i	I
.... <sup>◌</sup> ....	dhammah	u	U

### b. Vokal Rangkap

Vokal rangkap bahasa Arab yang lambangnya berupa gabungan antara harakat dan huruf, transliterasinya berupa gabungan huruf, yaitu:

Huruf Arab	Nama	Huruf Latin	Nama
.... <sup>◌</sup> .....ي....	Fathah dan ya	ai	a dan i
.... <sup>◌</sup> .....و....	Fathah dan wau	au	a dan u

## 3. Maddah

Maddah atau vokal panjang yang lambangnya berupa harakat dan huruf, transliterasinya berupa huruf dan gejala, yaitu:

Huruf Arab	Nama	Huruf Latin	Nama
.... <sup>◌</sup> .....ا....ي....	Fathah dan alif atau ya	ā	a dan garis di atas
.... <sup>◌</sup> .....ي....	Kasrah dan ya	ī	i dan garis di atas
.... <sup>◌</sup> .....و....	Dhammah dan wau	ū	u dan garis di atas



Contoh:

قال - qāla

قيل - qīla

يقول - yaqūlu

#### 4. Ta Marbutah

- Transliterasi Ta' Marbutah hidup adalah “t”
- Transliterasi Ta' Marbutah mati adalah “h”
- Jika Ta' Marbutah diikuti kata yang menggunakan kata sandang “ال” (al) dan bacanya terpisah, maka Ta' Marbutah tersebut ditransliterasikan dengan “h”.

Contoh:

روضة الاطفال → rauḍah al-aṭfāl

روضة الاطفال → rauḍatul aṭfāl

المدينة المنورة → al-Madīnah al-Munawwarah atau al-Madīnatul

Munawwarah

طلحة → Ṭalḥah

#### 5. Syaddah (tasydid)

Syaddah atau tasydid dalam transliterasi dilambangkan dengan huruf yang sama dengan huruf yang diberi gejala syaddah.

Contoh: ربنا : rabbanā

#### 6. Kata Sandang

Transliterasi kata sandang dibagi menjadi dua, yaitu:

- Kata sandang syamsiyyah, yaitu kata sandang yang ditransliterasikan sesuai dengan huruf bunyinya.

Contoh: الشفاء – asy-syifā'

- b. Kata sandang qamariyah, yaitu kata sandang yang ditransliterasikan sesuai dengan bunyinya huruf /I/.

Contoh: القلم – al-qalamu

## 7. Hamzah

Dinyatakan di depan bahwa hamzah ditransliterasikan dengan apostrof, namun itu hanya berlaku bagi hamzah yang terletak di tengah dan di akhir kata. Bila hamzah itu terletak di awal kata, ia tidak dilambangkan, karena dalam tulisan Arab berupa alif.

Contoh :

تأخذون - ta'khuḏūna

النوء - an-nau'

شيء - syai'un

## 8. Penulisan Kata

Pada dasarnya setiap kata, baik fi'il, isim maupun harf, ditulis terpisah, hanya kata-kata tertentu yang penulisannya dengan huruf Arab sudah lazimnya dirangkaikan dengan kata lain karena ada huruf atau harakat yang dihilangkan maka dalam transliterasi ini penulisan kata tersebut dirangkaikan juga dengan kata lain yang mengikutinya.

Contoh :

وان الله هو خير الرازقين - wa innallāha lahuwa khair arrāziqīn

## 9. Huruf Kapital

Meskipun dalam sistem tulisan Arab huruf kapital tidak dikenal, dalam transliterasi ini huruf tersebut digunakan juga. Penggunaan huruf kapital seperti apa yang berlaku dalam EYD, diantaranya: huruf kapital digunakan untuk menuliskan huruf awal nama diri dan permulaan kalimat. Bila nama diri itu didahului oleh kata sandang, maka yang ditulis dengan huruf kapital tetap huruf awal nama diri tersebut, bukan huruf awal kata sandangnya.

Contoh:

وما محمد إلا رسول

- Wa mā Muḥammadun illā rasūl

## UCAPAN TERIMA KASIH

*Bismillahirrahmanirrahiim*

Segala puji bagi Allah SWT, Tuhan Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, yang telah memberikan taufiq dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul **Pengaruh Terapi Mindfulness Sufistik Dalam Menurunkan Episode Depresi Pada Pengidap Bipolar**. Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar sarjana strata satu (S1) Fakultas Ushuluddin dan Humaniora Universitas Islam Negeri (UIN) Walisongo Semarang.

Terselesaikannya penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari bimbingan serta saran dari berbagai pihak. Oleh karena itu perkenankanlah penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Rektor UIN Walisongo Semarang Prof. Dr. Imam Taufiq, M.Ag atas perhatian dan kepeduliannya kepada para mahasiswa.
2. Bapak Dekan Fakultas Ushuluddin dan Humaniora UIN Walisongo Semarang Dr. Hasyim Muhammad, M.Ag atas perhatian dan kepeduliannya kepada para mahasiswa.
3. Ketua Jurusan dan Seketaris Jurusan Tasawuf dan Psikoterapi Fakultas Ushuluddin dan Humaniora UIN Walisongo Semarang Ibu Fitriyati, S.Psi, M.Si dan Bapak Ulin Ni'am Masruri, M.A yang telah memberikan arahan serta bimbingan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Dosen Pembimbing Skripsi Ibu Sri Rejeki, S.Sos.I, M.Si atas bimbingan dan kesabarannya serta transefer ilmu-ilmunya yang sangat berguna bagi penulis.
5. Segenap jajaran dosen dan civitas akademik Fakultas Ushuluddin dan Humaniora UIN Walsiongo Semarang terkhusus Jurusan Tasawuf dan Psikoterapi yang telah membekali berbagai ilmu pengetahuan kepada penulis hingga terselesaikannya penulisan skripsi ini.
6. Kedua orang tua saya, Bapak Achmad Djunaidi dan Ibu Yanti Tanjung tercinta karena berkat doa dan perjuangan beliau menjaga, merawat, mendidik, memberikan ilmu serta kasih sayang yang begitu mulia dan berharga bagi kehidupan dan masa depan saya, sehingga dapat menempuh jalan pendidikan sampai menyelesaikan studi S1, dengan selesai ditulisnya skripsi ini. Semoga beliau berdua selalu dijaga, diberi hidayah, keselamatan, kebahagiaan, selalu mendapatkan rahmat dan pertolongan Allah di dunia sampai akhirat, amin.

7. Adek-adek tersayang Jakfar Siddiq, Muhammad Hamzah dan Atikah Zatil Hidayah atas segala dukungan, doa dan kasih sayang kalian yang selalu menyertaiku.
8. Terimakasih kepada responden penelitian (MFS) atas kesediaan, dukungan dan kesabaran dalam mengikuti sesi-sesi penelitian.
9. Teman-teman baik saya Nada Aulia Rahmah, Imamatus Salamatil Musta'idah, Nanda Puspa Anisya, Oktavia Wulandari, Lilik Khanna, Nabila Athiyatul Maula, dan Sofatis Sa'adah Agustina terima kasih banyak telah menjadi teman dan sahabat yang mendengar keluh kesah saya dan selalu memberikan dukungan kepada saya.
10. Teman-teman seperjuangan kelas TP B 2015 terima kasih banyak, semoga senantiasa diberikan kemudahan dalam menyelesaikan studi serta kemudahan dalam mencari rezeki.

Akhir kata penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi perbaikan skripsi ini kedepannya.

Semarang, 04 Juni 2021

Penulis



**Nafidza Iلمي Khairina**

NIM: 1504046042

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN DEKLARASI KEASLIAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN NOTA PEMBIMBING.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN MOTTO .....</b>	<b>vi</b>
<b>HALAMAN TRANSLITERASI.....</b>	<b>viii</b>
<b>HALAMAN UCAPAN TERIMA KASIH .....</b>	<b>xii</b>
<b>HALAMAN DAFTAR ISI .....</b>	<b>xiv</b>
<b>HALAMAN ABSTRAK.....</b>	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR GRAFIK.....</b>	<b>xix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN-LAMPIRAN.....</b>	<b>xx</b>
<b>BAB I : PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang Masalah.....</b>	<b>1</b>
<b>B. Rumusan Masalah .....</b>	<b>5</b>
<b>C. Tujuan dan Manfaat Penelitian .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Tujuan Penelitian .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Manfaat Penelitian .....</b>	<b>6</b>
<b>D. Tinjauan Pustaka.....</b>	<b>6</b>
<b>E. Sistematika Penulisan.....</b>	<b>8</b>
<b>BAB II : LANDASAN TEORI.....</b>	<b>10</b>
<b>A. Gangguan Bipolar Episode Depresi.....</b>	<b>10</b>
<b>1. Pengertian Gangguan Bipolar.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Diagnosis Gangguan Bipolar .....</b>	<b>11</b>
<b>3. Episode Depresi pada Gangguan Bipolar .....</b>	<b>15</b>
<b>4. Diagnosis Gangguan Bipolar pada Episode Depresi.....</b>	<b>16</b>
<b>5. Pemeriksaan Fisik dan Status Mental .....</b>	<b>17</b>

6. Anamnesi .....	18
B. Terapi Mindfulness Sufistik .....	18
1. Mindfulness .....	19
2. Sufistik .....	24
3. Praktik Terapi Mindfulness Sufistik .....	27
C. Hubungan Terapi Mindfulness Sufistik dengan Episode Depresi pada Pengidap Gangguan Bipolar.....	29
D. Hipotesis .....	31
<b>BAB III : METODELOGI PENELITIAN .....</b>	<b>32</b>
A. Jenis Penelitian .....	32
B. Variable Penelitian .....	32
C. Definisi Operasional Variabel .....	32
D. Subjek Penelitian .....	41
E. Desain Eksperimen .....	41
F. Instrument Penelitian.....	43
G. Tempat dan Waktu Penelitian.....	55
1. Tempat Penelitian.....	55
2. Waktu Penelitian .....	55
H. Metode Pengumpulan Data .....	56
I. Validitas dan Reabilitas Intsrumen .....	58
1. Validitas Instrumen.....	58
2. Reabilitas Instrumen .....	59
J. Teknik Analisis Data .....	60
K. Prosedur Penelitian .....	61
<b>BAB IV : HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>62</b>
A. Deskripsi Kasus.....	62
1. Identitas Subjek .....	62
2. Genogram .....	62
3. Anamnesa (Latar Belakang Subjek).....	63
B. Deskripsi Hasil Data Eksperimen .....	67
1. Data Pengukuran.....	67
2. Integritas Pengukuran dan Observasi.....	84
C. Pembahasan .....	89
<b>BAB V : PENUTUP .....</b>	<b>94</b>
A. Kesimpulan .....	94
B. Saran.....	94

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN-LAMPIRAN**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



## ABSTRAK

Kehidupan manusia umumnya tidak terlepas dari suasana hati yang dialami setiap harinya, baik suasana hati yang baik (*mood high*) atau suasana hati yang buruk (*mood low*). Kondisi ini adalah suatu hal yang wajar, namun akan berbeda dengan kondisi yang dialami oleh pengidap gangguan bipolar. Gangguan bipolar atau yang sering dikenal dengan *Manic-Depression* merupakan penyakit suasana hati atau *mood* (keadaan jiwa) yang relatif umum mempengaruhi fungsi harian pengidapnya.

Tujuan penelitian ini ialah untuk mengetahui efektivitas terapi mindfulness sufistik dalam menurunkan depresi pada pengidap bipolar. Desain dalam penelitian ini ialah eksperimen kasus tunggal (*single case experimental design*) dengan tipe A-B-A. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner berupa skala depresi *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS), observasi, *behavioral interview* dan *self report*. Subjek penelitian ini adalah seorang perempuan yang berinisial MFS, beragama islam dan memiliki penyakit bipolar yang sedang mengalami masa depresi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi mindfulness sufistik dapat menurunkan depresi pada pengidap bipolar. Hal tersebut dapat dilihat dari pengukuran tingkat depresi dari hasil kuesioner skala depresi *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS) subjek MFS. Subjek MFS Sebelum dilakukan treatment skor depresi menunjukkan depresi rendah dengan rentang skor 21-30 berdasarkan *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS). Setelah menerima perlakuan treatment tingkat depresi yang dirasakan MFS mengalami penurunan skor yaitu dengan rentang skor 11-16 yang artinya MFS dalam kondisi gangguan mood ringan atau perasaan murung ringan. Adanya perubahan perilaku, pikiran yang lebih positif, perasaan yang lebih tenang, dan adanya motivasi hidup untuk menjalani hari serta selalu mengingat Allah dalam kondisi apapun menunjukkan bahwa subjek MFS mampu mengurangi depresinya. Kesimpulan menunjukkan bahwa dengan menggunakan terapi mindfulness sufistik dapat menurunkan depresi pada pengidap bipolar.

Kata Kunci : Terapi Mindfulness Sufistik, Depresi, Bipolar, *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS)

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Data Pengukuran Gangguan Bipolar Episode Depresi Berdasarkan <i>Bipolar Depression Rating Scale</i> (BDRS) .....	43
Tabel 3.2	Jadwal Pelaksanaan Terapi Mindfulness Sufistik .....	55
Tabel 3.3	Blue Print Item Skala Depresi .....	57
Tabel 3.4	Koefisien Reabilitas Alpha Cronbach .....	60
Tabel 4.1	Data Pengukuran Gangguan Bipolar Episode Depresi Berdasarkan <i>Bipolar Depression Rating Scale</i> (BDRS) .....	67

## DAFTAR GRAFIK

Tabel 4.1	Hasil Skala Gangguan Bipolar Episode Depresi Subjek MFS .....	84
-----------	---	----

## DAFTAR LAMPIRAN-LAMPIRAN

- Lampiran A. Surat Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden
- Lampiran B. *Informed Consent*
- Lampiran C. *Bipolar Depresi Rating Scale (BDRS)*
- Lampiran D. Pedoman Asesmen Behavioral
- Lampiran E. Dokumentasi

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Setiap orang tentu akan menghadapi pergantian atmosfer hati yang baik (*mood high*) maupun atmosfer hati yang kurang baik (*mood low*). Namun jika pergantian suasana hati ini sampai mengganggu aktivitas harian atau disertai dengan gejala-gejala lainnya, maka hal ini patut dicurigai sebagai gejala gangguan mental suasana hati atau gangguan mood. Gangguan suasana hati atau gangguan mood dibagi menjadi dua golongan besar yakni gangguan unipolar (*unipolar disorder*) dan gangguan bipolar (*bipolar disorder*). *Unipolar disorder* adalah suatu gangguan yang disebabkan oleh metode pertahanan diri serta pelarian diri yang keliru sehingga timbul banyak bentrokan intrapsikis yang salah. Sebagai contoh dari gangguan unipolar yakni gangguan depresif, yang mana didalamnya depresi menjadi simptom utama. Sedangkan *bipolar disorder* yaitu atmosfer hati yang menampilkan dua sumbu (bipolar) bertentangan yakni kegembiraan (mania) dan kesedihan (depresi) yang melampaui batas dan cenderung ekstrem tanpa pola maupun durasi yang tentu. Seseorang diagnosis sebagai pengidap manik jika atmosfer hatinya menonjol mania, sebaliknya ketika atmosfer hatinya menonjol depresi, subjek akan dikatakan depresif.<sup>1</sup> Bipolar merupakan gangguan mood ataupun gangguan atmosfer hati yang berawal dari penyakit otak yang setelahnya menimbulkan gangguan pada alam perasaan (*mood*), stamina, level kegiatan, serta keahlian untuk melaksanakan profesi setiap hari.<sup>2</sup>

Gangguan bipolar merupakan penyakit yang sudah ada sejak lama namun reputasinya meninggi pada sebagian tahun belakangan ini. Gangguan bipolar banyak ditemukan dari berbagai lapisan masyarakat mulai dari anak muda, dewasa, hingga orang lanjut usia. Pada dasarnya tiap penyakit berawal dari hati yang setelah itu mengarah ke bagian syaraf seseorang, dan apa yang menyebabkannya terikat erat pada seberapa besar kasus serta

---

<sup>1</sup><https://www.slideshare.net/eddyhutagaol/bipolar-disorder-8052071> diakses pada tanggal 26 April 2020 pukul 09:08 WIB

<sup>2</sup>Booklet National Institute of Mental Health, *Mengenal Gangguan Bipolar*, Terj. Dinarti.Anta Samsara. hlm. 1

problematika yang dihadapinya. Hal ini pula yang memicu terbentuknya penyakit yang bernama bipolar yang diiringi oleh bermacam gejala maniak serta depresi yang berlebihan dan berlangsung dengan cara tidak tentu, serta seketika yang berawal dari alam perasaan ataupun pergantian mood pengidapnya.<sup>3</sup> Gangguan bipolar merupakan gangguan mental yang bersifat episodik, yaitu gangguan mental yang memiliki sifat episode berulang (sekurang-kurangnya 2 episode) yang di gejalai dengan gejala-gejala manik, hipomanik, depresi, dan campuran. Biasanya terdapat penyembuhan sempurna antara episodanya.<sup>4</sup> Pada saat tertentu pengidap gangguan ini mengalami peningkatan afek yang disertai dengan penambahan energi dan aktivitas (manik atau hipomanik), dan pada saat yang lain berupa penurunan afek disertai pengurangan energi dan aktivitas (depresi).<sup>5</sup>

Menurut data dari National Comorbidity Survey Adolescent Supplement (NCS-A) prevalensi dari kelompok remaja berusia 13-18 tahun, didapatkan sebanyak 2.9% remaja mengalami gangguan bipolar, dan 2,6% diantaranya mengalami penurunan fungsi yang berat. Pada data ini juga ditemukan prevalensi gangguan bipolar yang lebih tinggi pada remaja wanita (3.3%) dibandingkan dengan remaja pria (2.6%).<sup>6</sup> Hal ini bisa disebabkan oleh hormon, dampak dari melahirkan, stressor psikososial pada perempuan, serta penataran adat yang mengarahkan perempuan tidak bisa berupaya sendiri (*behavioral models of learned helplessness*).<sup>7</sup> Selain itu depresi ataupun distimia yang berlangsung pada awal kali masa prapubertas mempunyai resiko untuk jadi gangguan bipolar.<sup>8</sup> Subjek dengan kondisi ini cenderung akan menghabiskan waktunya dalam depresi serta sebab ketidakstabilan atmosfer hati yang dirasakan oleh pengidap bipolar umumnya diiringi

---

<sup>3</sup>Nurhairunnisa, “Perilaku Keagamaan Pengidap Bipolar Disorder (Studi Kasus Pada Saudari Yayuk Sunarsih)”, *Skripsi*, Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya, 2015. hlm.36-37

<sup>4</sup>Menteri Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Ilmu Kedokteran Jiwa (Psikiatri)*. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.02.02/Menkes/73/2015 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa. Februari, 2015. hlm. 44

<sup>5</sup>Arum Kartikadewi. *Buku Ajar Sistem Neurobehaviour*, (Unimus Press :Semarang, 2017)hlm. 56-57

<sup>6</sup> Efri Widiyanti, dkk. “Intervensi Pada Remaja dengan Gangguan Bipolar: Kajian Literatur”, *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, Volume 9 No 1, FIKKes Universitas Muhammadiyah Semarang bekerjasama dengan PPNI Jawa Tengah, 2021. hlm. 80

<sup>7</sup>Ibid., hlm. 4

<sup>8</sup>Nurfatriani, “Gangguan Afektif Bipolar”, *Referat Kepaniteraan Klinik Psikiatri*, Universitas Muslim Indonesia, 2018, hlm. 8

dengan penyusutan peranan profesi dan sosial yang serius.<sup>9</sup> Seseorang pada tahap ini akan didominasi dengan perasaan pilu, kehilangan, penyanggahan kekecewaan, dan merasa tidak mempunyai impian. Tidak hanya itu, salah satu gejala utama depresi adalah hilangnya ketertarikan melakukan kegiatan yang mengasyikkan. Setiap peristiwa menjadi tidak menarik, menjemukan, serta menjenuhkan. Depresi berat akan mempengaruhi pola tidur pada pengidapnya. Pengidapnya bisa jadi insomnia ataupun hipersomnia. Bisa diamati, seseorang yang mengalami depresi akan memiliki pola tidur yang abnormal dan berantakan serta pergantian suasana hati sepanjang hari.

Seseorang yang mengalami depresi bisa merasakan juga delusi. Orang tersebut menyakini jika akan ada sesuatu yang amat kurang baik dan menyeramkan hendak menimpa dirinya. Pada delusi poverty, individu akan merasa tidak aman yang akhirnya menimbulkan depresi, sebagai gambaran, mereka akan merasa seperti menderita penyakit AIDS, kanker, ataupun penyakit kurang baik lainnya. Sebaliknya jika seseorang mengidap delusi paranoid orang tersebut akan merasakan ancaman dari suatu kesalahan oleh setan ataupun energi jahat, hal ini yang kemudian menjadi acuan kenapa seseorang yang mengidap depresi memiliki bayangan ataupun sikap untuk bunuh diri.<sup>10</sup> Oleh karena itu gangguan bipolar adalah kondisi tantangan seumur hidup bagi pengidapnya<sup>11</sup> dan gangguan ini ialah gangguan jiwa kelas berat dengan prevalensi cukup tinggi yakni 1% - 2% dan menjadi salah satu sebab disabilitas ke-6 di dunia.<sup>12</sup>

Permasalahan serta dampak yang ditimbulkan dari depresi pada pengidap gangguan bipolar tidak hanya berpengaruh pada ranah pekerjaan dan sosial saja, tetapi lebih daripada itu. Penelitian studi kasus di Bipolar Center Indonesia terhadap seseorang pengidap gangguan bipolar menunjukkan bahwa seseorang dengan kondisi tersebut sempat melaksanakan percobaan bunuh diri 5 kali. Percobaan bunuh diri tersebut kerap terjadi pada malam hari disaat pikiran- pikiran buruk (guncangan, patah hati) timbul, ditambah lagi permasalahan yang berlangsung waktu itu. Gangguan bipolar ini telah

---

<sup>9</sup>Mahyuni Suwika Sari, "DSM V: Gangguan Bipolar", *Refeat Kepaniteraan Klinik Madya*, Universitas Mataram, 2014. hlm. 1

<sup>10</sup>Nisa Nur Fauziah, "Faktor-Faktor Pendukung Pemulihan pada Pengidap Gangguan Bipolar", *Skripsi*, Universitas Indonesia, 2008. hlm. 8.

<sup>11</sup>Nurfatriani, "Gangguan Afektif Bipolar", *Referat Kepaniteraan Klinik Psikiatri*, Universitas Muslim Indonesia, 2018, hlm. 7

<sup>12</sup><https://www.bipolarcareindonesia.org/2018/11/data-penyintas-gangguan-bipolar.html> diakses pada tanggal 17 Februari 2020 pukul 15:26 WIB

dialaminya bertahun-tahun lamanya, berbagai gejala mulai muncul sejak kecil dan mulai diketahui ketika umur belasan tahun (kurang lebih usia 18 tahun).<sup>13</sup> Seperti yang diutarakan oleh Kashani, Hooper, Beck, serta Corcoran depresi ditemukan bertambah banyak pada periode remaja dibanding pada periode kanak-kanak maupun dewasa.<sup>14</sup>

Penelitian diatas adalah contoh permasalahan besar ketika pengidap bipolar memunculkan sikap pada tingkat yang semakin membahayakan, terutama ketika gangguan itu sukses mengganti sistem kejiwaan pengidapnya menjadi subjek yang berbeda dalam sikap dan prilakunya dengan Tuhan. Sebagai contoh dia akan menyalahkan keadaan yang dialami dan menganggap Tuhan tak adil dengannya, sehingga penderita menjadi berputus asa dan tidak memiliki makna dalam menjalankan kehidupan sehari-hari dan pada akhirnya pengidap memiliki niat dan keinginan untuk bunuh diri. Hal inilah yang dirasakan oleh seorang pengidap gangguan bipolar yang akan peneliti jadikan sebagai subjek didalam penelitian ini. Subjek mengalami episode depresi, yang mana subjek merasa tidak produktif dan tidak memiliki makna dalam menjalankan aktifitas keseharian seperti kuliah, subjek juga merasa kesulitan dalam menjalankan ibadah serta kegiatan bersosialisasi dengan orang lain juga terganggu.<sup>15</sup>

Apabila hal ini telah terjadi, maka diperlukannya tindakan yang bersifat intervensi psikologis yang mampu memberikan perubahan kepada pengidap gangguan bipolar dengan cara kognitif, afektif, sikap serta paling utama kebatinan. Intervensi yang digunakan dalam riset ini merupakan pengobatan mindfulness sufistik, yang ialah hasil dari memadukan rancangan mindfulness dengan norma-norma sufistik didalamnya.

Terapi mindfulness sufistik merupakan teknik terapi non farmakologi yang merupakan campuran dari teknik terapi psikologis dan tasawuf. Dimana mindfulness sendiri merupakan metode pemusatan perhatian dengan penuh kesadaran sebagai latihan memahami situasi yang dirasakan oleh badan, pikiran, serta perasaan pada suasana disaat ini, serta berfikir dengan cara sadar untuk membuat perasaan ataupun suasana jadi tenang.<sup>16</sup> Rancangan awal mindfulness yakni membebaskan beban yang dirasakan oleh

---

<sup>13</sup> Zaviera Ferdinand, Teori Kepribadian Sigmund Frued, (Prosomasophie :Yogyakarta, 2007), hlm. 98

<sup>14</sup>[https://www.academia.edu/29213239/BIPOLAR\\_DISORDER](https://www.academia.edu/29213239/BIPOLAR_DISORDER) diakses pada tanggal 06 Februari 2020 pukul 01:48 WIB

<sup>15</sup>Wawancara dengan subjek M, Semarang, Rabu 15 Januari 2020

<sup>16</sup>Asiah, Meidiana Dwidiyanti, Diyan Yuli Wijayanti, "Penurunan Tingkat Depresi pada Pasien dengan Intervensi Mindfulness Spiritual Islam", *Jurnal Keperawatan Jiwa*, Volume 7 No 3 November, 2019.hlm.268.



subjek. Beban itu bisa berbentuk tekanan pikiran, depresi, keresahan, bentrokan interpersonal, kebimbangan, takut melampaui batas dan ketakutan- ketakutan irasional yang lain. Germer berpendapat mindfulness sebagai faktor dalam bermacam modalitas psikoterapi yang bisa menolong seseorang mengatasi problematikanya, yakni dengan mengganti ikatan seseorang dengan pengidapannya. Hal ini menjadikan mindfulness sangat diperkenankan untuk diaplikasikan dalam psikoterapi.<sup>17</sup> Dasar dari terapi mindfulness yakni banyak keadaan positif yang sesuai dalam diri seseorang subjek dibanding kekeliruan ataupun keadaan negatifnya.<sup>18</sup> Prosedur ini merupakan metode untuk memulihkan sikap, kebiasaan serta respon kepada diri sendiri dalam mencermati pengalaman diri dengan penuh pemahaman.<sup>19</sup> Sebaliknya sufistik yakni metode yang dipakai oleh para sufi dalam penyembuhan serta penyembuhannya dengan metode-metode bersumber pada kaidah agama islam yakni dengan membangkitkan kemampuan keagamaan seorang pada Tuhannya (Allah), setelah itu menggerakkannya kearah pencerahan hati maupun rohani yang pada kesimpulannya memunculkan keyakinan diri kalau Allah merupakan salah satunya daya penyembuhan dari seluruh penyakit yang diderita.<sup>20</sup> Hal ini juga dapat meningkatkan aspek spiritual dalam dirinya.<sup>21</sup>

Situasi inilah yang mendesak peneliti terpikat untuk melaksanakan suatu studi yang berfokus pada terapi mindfulness sufistik dalam menurunkan depresi terhadap pengidap gangguan bipolar.

## B. Rumusan Masalah

Adakah pengaruh terapi mindfulness sufistik dalam menurunkan depresi pada pengidap gangguan bipolar?

---

<sup>17</sup>Fachri Fahmi, "Pengaruh Pelatihan Mindfulness Islami Terhadap Peningkatan Optimisme dan Ketenangan Hati Mahasiswa yang Sedang Skripsi", *Tesis*, Universitas Islam Indonesia, 2018. hlm.8

<sup>18</sup>Sri Rejeki, *Mindfulness Sebagai Teknik Terapi dalam Sufi Healing* (Walisongo Press:Semarang, 2019)hlm. 6-7

<sup>19</sup>Ummiyah, Tina Afiatin, "Pengaruh Pelatihan Pemusatan Perhatian (Mindfulness)Terhadap Peningkatan Empati Perawat", *Jurnal Intervensi Psikologi*, Vol. 1No. 1 Juni 2009. hlm.20.

<sup>20</sup>Gusti Abd. Rahman, *Terapi Sufistik untuk Penyembuhan Gangguan Kejiwaan*, (Aswaja Pressindo :Yogyakarta, 2012) hlm. 5

<sup>21</sup>Amin Syukur,*Sufi Healing : Terapi dengan Metode Tasawuf*, (Erlangga : Jakarta, 2012) hlm.13

## **C. Tujuan dan Manfaat Penelitian**

### **1. Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan yang ingin dicapai peneliti berdasar pada rumusan masalah yang sudah dipaparkan diatas ialah mengetahui ada atau tidaknya pengaruh terapi mindfulness sufistik dalam menurunkan depresi pada pengidap gangguan bipolar.

### **2. Manfaat Penelitian**

#### **a) Manfaat Teoritis**

Dengan cara teoritis, riset ini diharapkan dapat menaikkan khazanah ilmu pengetahuan dan mampu memberikan informasi yang informatif bagi pembaca serta pihak- pihak yang berhubungan mengenai pengaruh terapi mindfulness sufistik dalam menurunkan depresi pada pengidap gagguan bipolar.

#### **b) Manfaat Praktis**

- 1) Bagi dunia akademik, bisa dijadikan rujukan bagi penelitian- penelitian yang berhubungan mengenai ilmu psikoterapi ataupun tasawuf maupun sufi healing dan bisa dipakai untuk memperkaya tipe pengobatan pengobatan permasalahan kejiwaan, khususnya pada alumnus Program Studi (Prodi) Tasawuf dan Psikoterapi (TP) guna menolong mengatasi kasus klien.
- 2) Bagi masyarakat, diharapkan bisa memberitahukan pada masyarakat luas mengenai pengobatan mindfulness sufistik selaku salah satu metode dalam mengurangi depresi pada pengidap gangguan bipolar.
- 3) Bagi peneliti, diharapkan hasil studi ini bisa menaikkan pengalaman, pemahaman serta ilmu pengetahuan dan bisa memberikan inspirasi untuk penelitian berikutnya dengan prosedur yang lebih baik.

## **D. Tinjauan Pustaka**

Guna melaporkan kemurnian penelitian ini, butuh adanya kajian pustaka yang relevan dari studi terdahulu pada studi yang dikaji peneliti. Adapun penelitian yang menjadi rujukan dan kajian peneliti diantaranya :

*Pertama*, penelitian yang dilakukan oleh Asiah, Meidiana Dwidiyanti, dan Diyan Yuli Wijayanti (2019), “*Penurunan Tingkat Depresi pada Pasien dengan Intervensi Mindfulness Spiritual Islam.*” Penelitian ini mengambil subjek yang terkena gangguan depresi yang menyebabkan kualitas hidup yang berat hingga membuat pengidapnya melaksanakan percobaan bunuh diri. Dalam riset ini peneliti menggunakan intervensi mindfulness spiritual islam yang bertujuan menolong seseorang dengan cara sadar menguasai situasi ataupun pengalaman yang dialaminya bukan karena kebetulan namun peristiwa tersebut dibuat Allah SWT. Serta tujuan penelitian ini adalah menganalisa akibat mindfulness spiritual islam kepada tingkatan depresi pada pengidap di RSJ. Hasil analisa dari studi *Quasi experimental with control group pre test- post test design* ini adalah adanya perbandingan tingkatan depresi setelah diserahkan campur tangan ( $p= 0,000 < 0,05$ ), alhasil terdapat akibat campur tangan Mindfulness dalam mengurangi tingkatan depresi pada pengidap di RSJ.

*Kedua*, penelitian skripsi yang dilaksanakan Nisa Diyanah (2019), “*Interaksi Sosial dalam Pemulihan Orang dengan Bipolar pada Komunitas Bipolar Care Indonesia.*” Skripsi ini menggunakan subjek dengan gangguan bipolar di Komunitas Biolar Care Indonesia. Penelitian ini bertujuan mengetahui interaksi sosial dalam pemulihan pengidap gangguan bipolar yang tergabung pada Komunitas Bipolar Care Indonesia. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif jenis deskriptif dengan menggunakan teknik wawancara. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa interaksi sosial dalam pemulihan orang dengan bipolar dapat terjadi melalui proses sosial asosiatif dan disosiatif. Proses sosial asosiatif yang terjadi pada interaksi sosial dalam pemulihan orang dengan bipolar adalah kerjasama. Sedangkan proses sosial disosiatif yang terjadi pada interaksi sosial dalam pemulihan orang dengan bipolar adalah kontravensi berupa stigma dan diskriminasi.

*Ketiga*, penelitian yang dilakukan oleh Resa Wuryansari dan Subandi (2019), “*Program Mindfulness for Prisoners (Mindfulness) untuk Menurunkan Depresi pada Narapidana.*” Penelitian ini mengambil subjek narapidana yang rentan mengalami

permasalahan psikologis yang berfokus pada depresi. Penelitian ini menggunakan terapi *mindfulness* yang berbasis pada pendekatan kognitif-prilaku. Tujuan dari riset ini yakni untuk mengenali akibat Program *Mindfulness for Prisoners (Mindfulness)* dalam merendahkan tingkatan depresi pada tahanan. Metode analisa informasi kuantitatif dengan memakai uji paired sample t- test kepada angka pretest serta posttest pada rasio depresi serta rasio *mindfulness* selaku *manipulationcheck*. Hasil percobaan *signed-rank* Wilcoxon membuktikan angka  $Z = -2,207$  ( $p < 0,05$ ). Hal ini membuktikan kalau program *mindfulness* bisa merendahkan depresi pada tahanan dengan pesat.

Dari sebagian riset sebelumnya yang terpaut dengan ulasan yang hendak di teliti dalam penelitian ini, ada kesesuaian dalam hal penurunan depresi dengan intervensi atau program *mindfulness*. Akan tetapi dalam skripsi yang peneliti buat, memfokuskan pada pengaruh terapi *mindfulness* sufistik dalam menurunkan depresi pada pengidap bipolar. Secara khusus hal ini mengkaitkan antara terapi *mindfulness* sufistik dengan depresi yang diderita oleh pengidap bipolar. Sehingga permasalahan dari beberapa penelitian diatas jelas berbeda dengan permasalahan yang akan peneliti lakukan. Hal ini membuktikan bahwa penelitian yang akan peneliti lakukan belum ada yang meneliti sebelumnya, sehingga penelitian ini layak untuk diteliti.

## **E. Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan memiliki tujuan memberikan gambaran yang jelas dari struktur suatu penelitian. Maka dari itu butuh dikemukakan bab per bab sehingga akan terlihat kesimpulan dan inti dari penelitian ini secara terstruktur. Adapun sistematika penyusunan ini terdiri dari tiga bagian, yakni bagian muka, bagian isi serta bagian akhir.

### **1. Bagian Muka**

Bagian muka terdiri dari halaman judul, halaman deklarasi keaslian, persetujuan pembimbing, pengesahan, persembahan, motto, ucapan terima kasih, daftar isi, abstrak penelitian, daftar tabel, daftar grafik dan daftar lampiran.

### **2. Bagian Isi**

Bagian ini mencakup isi karangan sesungguhnya, atau naskah utama dalam skripsi. Pada bagian ini terbagi dalam beberapa bab, dan masing-masing bab terdiri dari beberapa sub bab dengan susunan sebagai berikut:

Bab I terdiri atas pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, tinjauan pustaka dan sistematika penulisan skripsi.

Bab II merupakan informasi tentang landasan teori bagi objek penelitian seperti terdapat pada judul skripsi. Landasan teori ini disampaikan secara umum, dan secara rinci akan disampaikan dalam bab berikutnya terkait dengan proses pengolahan dan analisis data.

Bab III yaitu Metode Penelitian yang di dalamnya menguraikan tentang jenis penelitian, variabel penelitian, definisi operasional, subjek penelitian, tempat dan waktu pelaksanaan penelitian, desain penelitian, teknik pengumpulan data, teknik analisis data, uji validitas dan reabilitas instrumen, dan prosedur penelitian.

Bab IV merupakan hasil Penelitian dan Pembahasan. Yaitu mendeskripsika tentang deskripsi kasus penelitian, data hasil penelitian dan pembahasan hasil penelitian.

Bab V merupakan bagian akhir dari proses penulisan atas hasil penelitian yang berpijak pada bab-bab sebelumnya. Bab ini berisi tentang kesimpulan dan saran-saran.

### 3. Bagian Akhir

Bagian akhir yaitu terdiri dari daftar pustaka, modul pelaksanaan penelitian eksperimen, serta lampiran-lampiran yang mendukung pembuatan skripsi.

## BAB II

### GANGGUAN BIPOLAR EPISODE DEPRESI DAN TERAPI MINDFULNESS SUFISTIK

#### A. Gangguan Bipolar Episode Depresi

##### 1. Pengertian Gangguan Bipolar

Bipolar berasal dari dua kata, yaitu bi dan polar. Bi berarti dua dan polar memiliki arti kutub, maka bipolar adalah gangguan perasaan dengan dua kutub yang bertolak belakang. Dua kutub yang dimaksud adalah depresi dan manik. Depresi didefinisikan sebagai keadaan emosional yang ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan rasa bersalah, menarik diri dari orang lain, dan kehilangan minat dalam aktivitas yang biasanya dilakukan, sedangkan manik didefinisikan sebagai keadaan emosional dengan kegembiraan yang berlebihan, mudah tersinggung, disertai hiperaktivitas, berbicara lebih banyak dari biasanya, serta pikiran dan perhatian yang mudah teralih.<sup>22</sup>

Gangguan bipolar merupakan gangguan psikologis yang berawal dari otak yang mempengaruhi kesehatan mental berupa gangguan mood yang ekstrem dengan dua episode yaitu depresi dan mania yang diderita oleh subjek.<sup>23</sup> Penyakit psikologis bipolar lebih sering menyerang subjek yang berada pada usia-usia produktif seperti remaja dan dewasa awal yang dapat menurunkan keberfungsian sosial serta meningkatkan resiko bunuh diri pada subjek dengan gangguan bipolar.<sup>24</sup>

Gangguan bipolar termasuk ke dalam gangguan mood atau gangguan suasana hati yang kronis dan berat. Sebelumnya, gangguan bipolar disebut juga dengan gangguan manik-depresif, gangguan afektif bipolar, atau gangguan spektrum bipolar. Menurut *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10* atau yang disingkat ICD-10 gangguan bipolar merupakan penyakit kejiwaan yang

---

<sup>22</sup>Rani Anggraeni Purba dan Yohanis Franz La Kahija, "Pengalaman Terdiagnosis Bipolar: Sebuah Interpretative Phenomenological Analysis", *Jurnal Empati*, Volume 7, No.3, Fakultas Psikologi, Universitas Diponegoro, 2017. hlm.323

<sup>23</sup>National Institute of Mental Health. *Mengenal Gangguan Bipolar*, Terj.Dinarti.Anta Samsara. hlm. 1

<sup>24</sup> Diah Ayu Permatasari, Widyastuti, dan Ahmad Ridfah, "Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Gejala pada Subjek dengan Gangguan Bipolar di Rumah Sakit Umum Daerah La Temmala Kabupaten Soppeng", *Jurnal Psikologi Klinis Indonesia*, Vol. 5, No. 2. Fakultas Psikologi, Universitas Negeri Makassar, 2020. Hlm. 68.

umum, parah juga persisten.<sup>25</sup> Secara sederhana bipolar merupakan gangguan suasana perasaan yang dicirikan dengan adanya dua kutub ekstrim emosi. Dua kutub emosi itu berlawanan dan dapat berganti secara tiba-tiba tanpa diketahui kapan waktu kambuhnya. Pada mania (manik) atau emosi gembira yang berlebihan dapat terjadi ketika seorang pengidap gangguan bipolar menjadi sangat bersemangat, hiperaktif, dan antusias, sedangkan pada depresi atau emosi sedih yang berlebihan dapat terjadi ketika pengidapnya menjadi sangat pesimis, putus asa, gelisah, tekanan pikiran, tidak berdaya, bahkan dapat muncul keinginan untuk melakukan bunuh diri.<sup>26</sup>

Gangguan bipolar merupakan gangguan mental yang bersifat episodik, yaitu gangguan mental yang memiliki sifat episode berulang (sekurang-kurangnya 2 episode) yang di gejalai dengan gejala-gejala manik, hipomanik, depresi, dan campuran. Biasanya terdapat penyembuhan sempurna antara episodenya.<sup>27</sup> Pada saat tertentu pengidap gangguan ini mengalami peningkatan afek yang disertai dengan penambahan energi dan aktivitas (manik atau hipomanik), dan pada saat yang lain berupa penurunan afek disertai pengurangan energi dan aktivitas (depresi).<sup>28</sup>

Pengidap gangguan bipolar lebih sering ditemui pada wanita bila dibanding dengan pengidap pria. Hal ini disebabkan akibat hormon, dampak dari melahirkan, stressor psikososial pada perempuan, serta penataran adat yang mengarahkan perempuan tidak bisa berupaya sendiri (*behavioral models of learned helplessness*).<sup>29</sup>

## 2. Diagnosis Gangguan Bipolar

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III di Indonesia atau yang biasa disebut PPDGJ III, gangguan afektif bipolar ditandai dengan adanya episode berulang (sekurang-kurangnya dua episode) dimana afek dan tingkat aktivitas jelas terganggu, pada waktu tertentu terdiri dari peningkatan afek disertai

---

<sup>25</sup> Nurfatriani, "Gangguan Afektif Bipolar", *Referat Kepaniteraan Klinik Psikiatri*, Universitas Muslim Indonesia, 2018. hlm. 7

<sup>26</sup> Efri Widiati, dkk. "Intervensi Pada Remaja dengan Gangguan Bipolar: Kajian Literatur", *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, Volume 9 No 1, FIKKes Universitas Muhammadiyah Semarang bekerjasama dengan PPNI Jawa Tengah, 2021. hlm. 80

<sup>27</sup> Menteri Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Ilmu Kedokteran Jiwa (Psikiatri)*. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.02.02/Menkes/73/2015 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa. Februari, 2015. hlm. 44

<sup>28</sup> Arum Kartikadewi. *Buku Ajar Sistem Neurobehaviour*, (Unimus Press :Semarang, 2017) hlm. 56-57

<sup>29</sup> *Ibid.*, hlm. 4

penambahan energi dan aktivitas (mania atau hipomania), dan pada waktu lain berupa penurunan afek disertai pengurangan energi dan aktivitas (depresi).<sup>30</sup>

#### 1) Diagnosis Episode Manik

Episode manik didefinisikan sebagai kesamaan karakteristik dalam afek yang meningkat, disertai peningkatan dalam jumlah dan kecepatan aktivitas fisik dan mental, dalam berbagai derajat keparahan.<sup>31</sup> Episode manik merupakan status mental abnormal yang ditandai dengan euforia, disinhibisi sosial, aliran pikiran yang cepat, susah tidur, berbicara terus menerus, mudah mengambil resiko dan bersifat iritabilitas.<sup>32</sup> Episode manik atau mania ditandai oleh emosi yang gembira, banyak bicara, aktivitas fisik meningkat, kebutuhan tidur berkurang, harga diri dan rasa percaya diri sangat berlebihan, pengelolaan keuangan buruk, boros, pengendalian diri juga buruk. Episode mania berlangsung sedikitnya selama satu minggu atau bisa kurang bila pengidap sampa harus menjalani rawat inap, namun biasanya episode mania berlangsung antara 2 minggu sampai 4-5 bulan, rata-rata sekitar empat bulan.<sup>33</sup>

Menurut ICD-10 pengidap episode manik mengalami gangguan atau penurunan dalam fungsi sehari-harinya, berikut kriteria diagnosis episode manik atau mania berdasarkan ICD-10 :

- a) Peningkatan keinginan atau dorongan bicara
- b) Kesulitan berkonsentrasi atau distraktibilitas
- c) Peningkatan aktivitas atau kegelisahan fisik (*physical restlessness*)
- d) *Flight of Ideas* atau pengalaman subjektif bahwa pikirannya saling berlomba
- e) Belanja berlebih atau perilaku ceroboh dan tidak bertanggung jawab lainnya
- f) Peningkatan energi seksual

---

<sup>30</sup> Izzatul Fithriyah, Hendy M. Margono, “Gangguan Afektif Bipolar Episode Manik dengan Gejala Psikotik Fokus pada Penatalaksanaan”, *Tinjauan Kepustakaan Journal Unair*. hlm. 2

<sup>31</sup>Ibid.,hlm 3

<sup>32</sup> Bernadina NS Lewowerang, “Gangguan Afektif Bipolar Episode Kini Manik”, *Tinjauan Pustaka*, Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Krida Wacana, 2014, hlm. 1

<sup>33</sup> Cokorda Bagus Jaya Lesmana, *Buku Panduan Belajar Koas Ilmu Kedokteran Jiwa*, (Bali: Udayana University Press, 2012) hlm.13



- g) Kurangnya kebutuhan akan tidur
- h) Berkurangnya inhibisi sosial normal dan berperilaku tidak sesuai keadaan
- i) Penggelembungan (*inflated*) harga diri atau *grandiosity*<sup>34</sup>

## 2) Diagnosis Episode Hipomanik

Episode hipomanik memiliki kesamaan dengan episode manik namun memiliki perbedaan yang utama pada bagian indikasinya yang tidak berat, tidak terdapat pergejala psikotik, tidak membutuhkan pemeliharaan, serta hendayanya tidak berat. Hipomanik bisa dibilang sebagai awal mula timbulnya pergejala manik, yang digejala dengan perasaan amat senang, tingkat energi yang meningkat, berasumsi serta berbicara dengan cepat, serta terkadang sedikit gampang marah.<sup>35</sup>

Tingkatan hipomania mendekati dengan mania, perbedaannya terlihat dari pengidap pada tingkatan ini merasa lebih tenang seolah-olah sudah kembali seperti biasa, mereka sanggup melanjutkan kehidupan setiap hari serta tidak kehabisan interaksi dengan kenyataan, pengidapnya juga tidak merasakan halusinasi serta delusi. Bagi beberapa orang, bisa jadi pengidap hipomania nampak seakan dalam suasana hati yang luar biasa baik, tetapi hipomania susah untuk divonis karena yang tampak semacam kesenangan normal, akan tetapi memiliki resiko yang serupa dengan mania. Tidak hanya itu, hipomania bisa saja bertambah menjadi mania penuh serta sering- kali bisa diiringi oleh episode depresi berat.<sup>36</sup>

Periode hipomanik berlangsung setidaknya empat hari dengan suasana hati yang meningkat atau mudah marah seiring dengan peningkatan aktivitas, dengan gejala hadir hampir sepanjang hari. Gejala hipomanik tidak membatasi kemampuan pengidapnya untuk berfungsi, memerlukan rawat inap, atau termasuk psikosis, tetapi mereka mewakili perubahan yang jelas dalam

---

<sup>34</sup> Sarah Ummah, "Modul Gangguan Kejiwaan" *Kepaniteraan Klinik*, Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya, 2012. hlm 8-9

<sup>35</sup>Nisa Nur Fauziah, "Faktor-Faktor Pendukung Pemulihan pada Pengidap Gangguan Bipolar", *Skripsi*, Universitas Indonesia, 2008. hlm. 7

<sup>36</sup>[https://www.academia.edu/37487620/GANGGUAN\\_AFEKTIF\\_BIPOLAR](https://www.academia.edu/37487620/GANGGUAN_AFEKTIF_BIPOLAR) diakses pada tanggal 21 April 2020 pukul 18:24 WIB

perilaku yang normal dan jelas bagi lingkup teman dan keluarga.<sup>37</sup> Selama periode hipomanik terdapat tiga gejala (atau lebih) (empat jika mood hanya mudah tersinggung), yaitu:

- a) Harga diri yang bertambah ataupun membesar.
- b) Berkurangnya keinginan tidur (contohnya terasa sudah beristirahat sesudah tidur hanya 3 jam).
- c) Keinginan untuk terus berbicara.
- d) Gagasan flight ataupun pengalaman subyektif dalam pikirannya sedang berkompetisi.
- e) *Distractibility* (atensi sangat mudah terbawa ke rangsangan eksternal yang tidak berarti ataupun tidak relevan), seperti yang diinformasikan ataupun dicermati.
- f) Kegiatan yang ditunjukkan pada tujuan meningkat (baik dalam ranah sosial, pekerjaan, sekolah, ataupun seksual) atau agitasi motorik (kegiatan tanpa tujuan).
- g) Keikutsertaan yang berlebihan dalam kegiatan yang mempunyai akibat menyakitkan yang besar (misalnya, ikut serta dalam pembelian barang ecer yang tidak terbatas, ketidaksopanan seks, ataupun investasi bidang usaha yang bodoh).<sup>38</sup>

### 3) Diagnosis Episode Depresi

Sebanyak lima ataupun lebih gejala pasti terjadi paling tidak selama 2 minggu, terhitung yang mengalami depresi suasana hati ataupun hilangnya minat serta kebahagiaan. Gejala-gejala depresi berlangsung nyaris sepanjang hari dan nyaris tiap hari, dan menyebabkan tekanan atau kerusakan yang signifikan. Berikut gejala-gejala episode depresi menurut *American Psychiatric Association* (APA):

- a) Suasana hati yang tertekan hampir setiap hari.
- b) Berkurangnya minat atau kesenangan pada sebagian besar kegaitan yang dilakukan.

---

<sup>37</sup>Willian R. Marchand, *Mindfulness for Bipolar Disorder* (Oakland: New Harbinger Publications, Inc. 2015) hlm. 20

<sup>38</sup>Dimas Fajar Aziz Dimas Fajar Aziz, “Studi Pola Penggunaan Diazepam pada Pasien Gangguan Bipolar”, *Skripsi*, Universitas Muhammadiyah Malang, 2019. hlm. 25-26

- c) Berat badan yang menurun drastis padahal tidak sedang melakukan diet atau kenaikan berat badan.
- d) Hipersomnia ataupun insomnia
- e) Kenaikan ataupun penurunan kegiatan motorik
- f) Kelelahan ataupun kehabisan tenaga
- g) Perasaan bersalah yang berlebihan ataupun tidak layak hidup
- h) Kemampuan berfikir dan berkonsentrasi menjadi menurun, atau ragu-ragu.
- i) Pikiran dibayang-bayangi oleh kematian ataupun bunuh diri.<sup>39</sup>

### 3. Episode Depresi pada Gangguan Bipolar

Episode depresi pada gangguan bipolar adalah penyusutan afek yang diiringi penurunan stamina serta kegiatan.<sup>40</sup> Depresi yang berlangsung pertama kali pada prapubertas mempunyai resiko berkembang menjadi gangguan bipolar.<sup>41</sup> Depresi umumnya berasal dari stress yang tidak dapat ditangani dan berlangsung lama, alhasil pengidapnya merasa sedih dan benci, menjalani kehidupan yang penuh permasalahan, merasa kecewa, merasa kehilangan serta kegagalan, dan dengan mudahnya memunculkan ketidak bahagiaan serta keputusan adalah perasaan yang cukup wajar dan merupakan respon sehat yang berjalan lumayan singkat serta mudah dihalau. Tetapi, bila stres yang dirasakan seseorang berjalan lama ataupun depresi yang dirasakan berkorelasi dengan peristiwa mengerikan yang baru saja terjadi ataupun mengenai seseorang, contohnya kematian seseorang yang dicintai ataupun kehilangan pekerjaan yang dibanggakan, maka depresi yang semacam ini adalah penyakit yang membutuhkan penanganan dokter. Atau dapat dikatakan, depresi akan menjadi sesuatu permasalahan pada saat ia terjadi tanpa alasan yang jelas atau bertahan lama sesudah stres yang menyebabkan timbulnya depresi hilang atau terselesaikan.<sup>42</sup>

---

<sup>39</sup>William R. Marchand, *Mindfulness for Bipolar Disorder* (Oakland: New Harbinger Publications, Inc. 2015) hlm. 18

<sup>40</sup>Arum Kartikadewi. *Buku Ajar Sistem Neurobehaviour* (Semarang: Unimus Press, 2017) hlm. 57

<sup>41</sup>Izzatul Fithriyah, Hendy M. Margono, “Gangguan Afektif Bipolar Episode Manik dengan Gejala Psikotik Fokus pada Penatalaksanaan”, *Tinjauan Kepustakaan Journal Unair*. hlm. 3

<sup>42</sup>Namora Lumongga Lubis, *Depresi: Tinjauan Psikologi*, (Jakarta: Kencana, 2009) hlm. 12-13.

Depresi sendiri merupakan salah satu diantara permasalahan suasana hati (mood). Gangguan-gangguan suasana hati dipecah jadi 2 golongan besar, yakni gangguan-gangguan depresi ataupun gangguan-gangguan unipolar (*unipolar disorders*). Gangguan-gangguan unipolar ini dipecah lagi menjadi episode depresi tunggal (*single depressive episode*) serta episode-episode depresi yang berkali-kali (*recurrent depressive episodes*). Golongan yang kedua ini dikenal dengan gangguan-gangguan bipolar (*bipolar disorders*). Didalam gangguan bipolar, depresi ialah simptom ataupun gejala yang mendominasi, namun setelah itu simptom itu berganti jadi manik dan hipomanik.<sup>43</sup> Yang membedakan antara gangguan depresi unipolar dengan depresi yang berasa pada gangguan bipolar ialah gangguan depresi unipolar termasuk kedalam kelompok *psikoneurosis* atau *neurosis* yaitu gangguan jiwa yang berada pada tahap ringan, diamana pengidapnya mengetahui atas situasi dirinya yang tengah mengalami gangguan, sebaliknya gangguan bipolar termasuk dalam kelompok *psikosis*<sup>44</sup> yaitu gangguan jiwa yang parah, sehingga membuat pengidapnya terganggu kontak dengan kenyataan serta terganggunya psikologis yang dimanifestasikan dengan fantasi, delusi serta halusinasi (meskipun pada pengidap bipolar hal ini bukan merupakan simptom yang khas), serta kebingungan dan terganggunya memori.<sup>45</sup>

#### 4. Diagnosis Gangguan Bipolar pada Episode Depresi

Setelah mengetahui pedoman diagnostik gangguan depresi seperti yang telah dipaparkan diatas bersumber pada Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ- III), kemudian kita beralih mengenali prinsip diagnostik pada gangguan bipolar episode depresi. Terdapat beberapa kategori pada gangguan bipolar episode depresi, diantaranya:

- 1) Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresif Ringan atau Sedang (F31.3)

*Pedoman Diagnostik:*

- a) Episode ini harus memenuhi patokan pada episode depresi ringan (F32. 0) ataupun sedang (F32. 1)

---

<sup>43</sup>Yustinus Semiun, *Kesehatan Mental 2*, (Yogyakarta: Kanisius, 2010) hlm. 404

<sup>44</sup>Yustinus Senum, *Kesehatan Mental 3*, (Yogyakarta: Kanisius, 2010 ) hlm. 108

<sup>45</sup>Yustinus Semiun, *Kesehatan Mental 2*, (Yogyakarta: Kanisius, 2010) hlm. 405

- b) harus terdapat sedikitnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif, ataupun kombinasi) di periode terdahulu.
- 2) Gangguan Afektif Bipolar, Episode Saat ini Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik (F31.4)

*Pedoman Diagnostik:*

- a) Episode ini harus memenuhi patokan pada episode depresif berat tanpa gejala psikotik (F32.2)
  - b) Harus terdapat sedikitnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif, ataupun kombinasi) di periode terdahulu.
- 3) Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresif Berat dengan Gejala Psikotik (F31.5)

*Pedoman Diagnostik:*

- a) Episode ini harus memenuhi patokan untuk episode depresif berat dengan gejala psikotik (F32.3)
- b) Harus terdapat sedikitnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif, ataupun kombinasi) di periode terdahulu.<sup>46</sup>

## 5. Pemeriksaan Fisik dan Status Mental

Pengecekan fisik terhadap pengidap gangguan ini mungkin diperoleh hasil yang normal, sebaliknya pada pengecekan status psikologis, bisa didapat simptom semacam:

- a) Performa atau persepsi umum: Retardasi psikomotor, postur membungkuk, pemikiran putus asa, memalingkan penglihatan, susah melakukan gerakan spontan hingga kataton.
- b) Mood depresif.
- c) Ucapan: kualitas dan kuantitas bicara cenderung berkurang.
- d) Arus pikir: Flight of idea, word salad, neologisme, inkoherensi (manik serius).
- e) Isi pikir: Bisa diiringi waham yang sesuai dengan mood.
- f) Bentuk pikir: Bisa nonrealistik ataupun realistik.

---

<sup>46</sup>Ibid., h. 62-63

- g) Presepsi : Bisa diiringi dengan halusinasi serta ataupun khayalan.
- h) Sensorium dan kognisi: Mungkin menurun (atau malas menanggapi pertanyaan yang ditanyakan).
- i) Pengaturan implus: Bisa menjadi susah dikendalikan ataupun kebalikannya tidak mempunyai tenaga untuk melakukan sesuatu.
- j) Judgement: Kurang baik (mungkin pelanggaran aturan amat besar).
- k) Tilikan: Umumnya buruk
- l) Reabilitas: Pengidap bisa saja membagikan data palsu maka klinisi harus jeli.<sup>47</sup>

## 6. Anamnesis

Gejala gangguan bipolar episode depresi:

- a) Hilangnya keinginan dan kesenangan
- b) Minimnya stamina sampai mudah letih dan aktivitas mulai mengendur
- c) Harga diri serta percaya diri menurun
- d) Merasa bersalah serta tidak berguna
- e) Pesimistik
- f) Perasaan murung
- g) Pikiran terfokus pada dosa dan kekhilafan serta merasa dirinya tidak bermanfaat lagi
- h) Berkurangnya fokus dan perhatian
- i) Berfikir menyakiti diri sendiri ataupun bunuh diri
- j) Gangguan tidur
- k) Nafsu makan menurun
- l) Hendaya dalam fungsi kehidupan sehari-hari.<sup>48</sup>

## B. Terapi Mindfulness Sufistik

---

<sup>47</sup>Arum Kartikadewi, *Buku Ajar Sistem Neurobehaviour (Psikiatri)* (Semarang: Unimus Press, 2017) hlm.57-58

<sup>48</sup>Arum Kartikadewi, *Buku Ajar Sistem Neurobehaviour (Psikiatri)* (Semarang: Unimus Press, 2017) hlm.57

Terapi mindfulness sufistik adalah teknik terapi non farmakologi yang merupakan campuran dari teknik terapi psikologis dan tasawuf, yang mana didalamnya terdapat uji coba yang dilakukan oleh subjek dengan penuh kesadaran (*mindfulness*) serta senantiasa mengaitkan Allah dalam tiap peristiwa yang dialaminya sebagai bentuk usaha yang dilakukan untuk mensucikan jiwanya.<sup>49</sup> Berikut penjelasan lebih rincinya:

## 1. Mindfulness

### 1) Pengertian Mindfulness

Kata *mindfulness* berasal dari bahasa Pali (India kuno) yaitu “sati”. Sati memiliki 3 makna, yaitu kesadaran (*awareness*), perhatian (*attention*), dan mengingat (*remembering*). Sati merupakan jantung dari seluruh tradisi Buddhis, sebab hanya melalui sati, seluruh jalan spiritual dapat terlaksana.<sup>50</sup> Menurut Marsha Lucas *mindfulness* adalah memusatkan perhatian hingga menghayati apa yang sedang dilakukan, tanpa melakukan penilaian.<sup>51</sup> Sedangkan menurut Zen *mindfulness* adalah melimpahkan seluruh perhatian sepenuhnya pada apapun yang sedang kita jalani, menyelami perasaan tersebut, dan meresapinya dalam-dalam.<sup>52</sup>

*Mindfulness* menggambarkan hidup dalam pemahaman serta keterjagaan pikiran, hal ini menggiring kesadaran hakiki kita ke dalam fokus yang lebih tajam. *Mindfulness* membantu memberikan perhatian pada apa yang tengah kita kerjakan sama seperti pada saat kita mengerjakannya, ini membantu kita benar-benar melihat apa yang sebenarnya tengah terjadi.<sup>53</sup> Karena *mindfulness* adalah

---

<sup>49</sup>Sri Rejeki, *Mindfulness Sebagai Teknik Terapi dalam Sufi Healing* (Semarang: Walisongo Press, 2019) hlm. 115

<sup>50</sup>Iman Setiadi Arif, Psikologi Positif Pendekatan Saintifik Menuju Kebahagiaan (Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama, 2016), hlm. 138

<sup>51</sup>Margarita Tartakovsky, *7 Easy Ways to be Mindful Every Day*. PsychCentral blog Stress Management Maret, 2020. hlm. 1

<sup>52</sup>Arvan Pradiansyah, *The 7 Laws Happiness: Tujuh Rahasia Hidup yang Bahagia* (Bandung: PT Mizan Pustaka, 2008) hlm. 165

<sup>53</sup>Lama Surya Day, *Awakening to The Sacres*, Terj. Bern Hidayat (Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama, 2002) hlm. 213

hidup dimasa sekarang (*be here now*). Orang yang memiliki mindfulness adalah orang yang sadar sesadar-sadarnya akan apa pun yang sedang ia lakukan.<sup>54</sup>

Mindfulness ialah salah satu bagian dari metode terapi psikologis. Anggapan dasar dari metode terapi mindfulness ialah jika banyak hal positif dari diri seseorang subjek dibanding hal-hal negatif atau kesalahannya.<sup>55</sup> Hal ini dikarenakan mindfulness merupakan kesadaran yang timbul dari pemberian atensi yang disengaja, dengan cara terbuka, baik (*kind*), serta membedakan (*discerning*).<sup>56</sup> Artinya yakni melimpahkan atensi seluruhnya pada apapun yang lagi kita jalani, menyelami perasaan tersebut, dan meresapinya dalam-dalam dengan mengamati sensai tubuh, pikiran dan emosi. Maksud dari mindfulness adalah benar-benar menyadari apa yang sedang kita lakukan pada saat ini.<sup>57</sup> Konsep atau kenangan inilah yang kemudian menjadi rangkaian teknik dalam kelas terapi yakni *visual imagery* (imajinasi visual), *deep breathing* (bernapas dalam-dalam) dan *self talk* (berbicara dengan diri). Melalui tiga teknik ini seseorang diasumsikan akan mampu memaksimalkan regulasi emosinya.<sup>58</sup>

Pokok pertama dari mindfulness adalah tentang pemberian perhatian (atensi). Atensi adalah nakhoda kesadaran kita. Segala hal yang mendapat atensi akan menempati posisi sentral dalam kesadaran kita. Oleh karena itu, para orang bijak dari berbagai tradisi dan berbagai zaman selalu mengingatkan kita untuk menjaga dan mengarahkan atensi kita dengan bijaksana. perhatian yang terpelihara dan terlatih akan membawa diri kita pada kenyamanan serta kejernihan dalam proses berpikir juga eksistensi kita, sedangkan perhatian yang liar, yang tidak berpengalaman, membawa pada kekacauan dan kegelisahan dalam berpikir dan eksistensi. Jadi, pokok pertama dalam mindfulness adalah untuk senantiasa sadar

---

<sup>54</sup>Arvan Pradiansyah, *The 7 Laws Happiness: Tujuh Rahasia Hidup yang Bahagia* (Bandung: PT Mizan Pustaka, 2008) hlm. 165

<sup>55</sup>Sri Rejeki, *Mindfulness Sebagai Teknik Terapi dalam Sufi Healing* (Semarang: Walisongo Press, 2019) hlm. 6

<sup>56</sup>Iman Setiadi Arif, *Psikologi Positif Pendekatan Sainifik Menuju Kebahagiaan* (Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama, 2016) hlm. 137

<sup>57</sup>Arvan Pradiansyah, *The 7 Laws Happiness: Tujuh Rahasia Hidup yang Bahagia* (Bandung: PT Mizan Pustaka, 2008) hlm. 165

<sup>58</sup> Sri Rejeki, *op.cit.*, hlm. 7



atas apa yang sedang kita cermati, serta senantiasa dengan lemah lembut mengarahkannya pada sumber kesenangan batin.<sup>59</sup>

## 2) Sejarah Mindfulness

Berkaca pada konteks sejarah, mindfulness sejatinya telah ada dan berkembang sejak dahulu, hanya saja dengan istilah yang berbeda.<sup>60</sup> Mindfulness sendiri ialah terjemahan dari kata “sati” yang berawal dari Pali (India kuno) serta merupakan jantung dari semua kultur Buddhis. Dalam adat Buddhisme, mindfulness merupakan salah satu metode yang sangat berarti yang perlu untuk diasah serta dibesarkan seumur hidup oleh semua penganut Buddha. Tujuan akhirnya tidak kurang daripada pembebasan. Yaitu pembebasan dari *dukkha* (pengidapan) di dunia ini, dan mencapai *nirvana* (kondisi terbebas dan penuh sukacita sejati). Latihan mindfulness bertujuan supaya orang yang melakukan terhindar dari kekalutan pikiran yang akan membuahkan derita dan sekaligus melatih pikiran untuk menyadari beberapa ciri keberadaan, supaya ia memperoleh pencerahan, mengenal hakikat sejati realitas dan terbebaskan.<sup>61</sup>

Namun, sesungguhnya di Barat, praktik ini telah berkembang pula sejak dahulu. Tercatat sebuah aktivitas di Yunani Kuno yang disebut *theoria*, yang berarti aktivitas mengalami atau mengamati, untuk kemudian dipahami oleh kesadaran, sehingga mampu mendekatkan diri pada kebenaran atau kesejatan.

Filsuf-filsuf Yunani, mulai dari Pythagoras, Heraclitus dan Plato menuliskan tentang pentingnya kebiasaan tersebut. Plato bahkan menganjurkan supaya setiap orang melakukannya demi meningkatkan kualitas hidup, sehingga semakin mendekati kondisi yang ideal. Hal ini dilakukan dengan cara meluangkan waktu untuk menatap bintang-bintang di langit malam, maka kita akan mampu menangkap kesadaran akan diri kita dan segala tentang kehidupan kita.

Praktik tersebut dirawat melalui para mistikus Kristiani, Yahudi, dan Muslim (para sufi), yaitu orang-orang yang secara khusus mendedikasikan hidupnya untuk

---

<sup>59</sup>Iman Setiadi Arif, *op.cit.*, hlm. 137-138

<sup>60</sup>Tim Wesfix, *Mindfulness for Succes* (Jakarta: Gramedia Widiasarana, 2007) hlm. 2

<sup>61</sup>*Ibid.*, hlm. 5

mendekatkan diri pada Tuhan. Bentuk-bentuk praktik kontemplasi yang mereka hayati memberikan sumbangan yang sangat besar pada pemahaman mengenai mindfulness.<sup>62</sup>

Sejalan dengan berkembangnya zaman, ketika perkembangan teknologi dan industri mulai mengambil porsi yang lebih besar dalam kehidupan manusia, nilai dan praktik tersebut mulai terlupakan, kemudian membuat manusia merasa jenuh dan akhirnya memuncak, terutama dipicu oleh frustrasi atas 2 kali Perang Dunia dan dampak-dampaknya. Akhirnya mindfulness mulai dirindukan kehadirannya, manusia mulai sadar akan nilai-nilai kemanusiaan yang harus dibangun ulang. Generasi paska perang mulai mencari-cari identitas sejati itu. Pada tahun 1950-an, Maharishi Mahesh Yogi mengenalkan *Trancendental Meditation* ke California. Dunia pun mulai terpicat pada praktik yang dianggap "keren" ini, ketika melihat foto personil *The Beatles*, duduk bersila bersama sang guru tersebut. Sejak itu hingga sekarang, pendekatan mindfulness terus berkembang dan menjadi bagian dari psikoterapi. *Gestalt therapy* yang dikembangkan oleh Fritz Perls (1893-1970) menggunakan mindfulness. Demikian pula dalam *Hakomitherapy* yang dikembangkan oleh Ron Kurtz pada tahun 1970-an, serta *Dialectical Behavior Therapy* yang dikembangkan oleh Marsha M. Linehan.<sup>63</sup>

### 3) Praktik Mindfulness

Praktik mindfulness bukanlah hal yang sukar untuk dilakukan, karena pada hakekatnya mindfulness adalah sadar, berarti sungguh-sungguh hadir pada sekarang ini, dan siap menerima segalanya apa adanya.<sup>64</sup> Praktik mindfulness dapat dilakukan oleh semua orang, kapan pun dan dimanapun dalam mengembangkan dan menerapkan aspek kehidupan yang paling sederhana, seperti bernapas, merasakan, makan, berjalan dan berbicara.<sup>65</sup> Tetapi sayangnya, masih banyak di antara kita yang belum melaksanakannya. Hal ini bisa diamati dari

---

<sup>62</sup>Ibid., hlm. 2

<sup>63</sup>Tim Wesfix, *Mindfulness for Succes* (Jakarta: Gramedia Widiasarana, 2007) hlm. 3

<sup>64</sup>Ibid., hlm. 5

<sup>65</sup>Mark W. Muesse, *Practiciting Mindfulness: An Introduction to Meditation* (Virginia: The Great Courses, 2011) hlm. 2

banyaknya orang yang dengan cara jelas berada di suatu tempat, namun pikiran dan emosinya mengembara ditempat lain. Tidak jarang orang sibuk bekerja keras, untuk mengejar masa depan, namun pada saat yang sama, membiarkan kehidupannya di saat ini terbengkalai.<sup>66</sup>

Jon Kabat Zinn adalah orang pertama yang mengembangkan mindfulness sebagai cara terapi. Menurutnya, praktik mindfulness mensyaratkan setiap subjek untuk menaruh perhatian dengan cara yang spesifik, yaitu dengan memperhatikan saat ini, dan memperhatikan tanpa perlu reaktif, tak tergesa menilai dan dengan terbuka, sebagaimana dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Menaruh perhatian Untuk menjadi sadar, subjek harus menaruh perhatian pada apapun yang dipilihnya. Dalam mindfulness sufistik, subjek harus memfokuskan perhatiannya hanya keimanannya. Keyakinan bahwa Allah maha segalanya dan semua peristiwa apapun yang terjadi pada subjek sudah menjadi kehendak Allah.
- 2) Saat ini. Saat ini (*present moment*) merupakan realitas saat ini dan sekarang juga, dimana subjek perlu menyadari hal-hal seperti adanya. Pengalaman subjek perlu diresapi seperti adanya dalam mindfulness sufistik, subjek harus menyadari peristiwa yang terjadi saat ini apa adanya dengan penuh keikhlasan.
- 3) Tanpa perlu reaktif. Biasanya ketika mengalami sesuatu, subjek secara otomatis bereaksi, seturut kebiasaan lamanya Mindfulness mengajak subjek untuk tidak bereaksi, tetapi memberi respons, sebab respons sifatnya lebih sadar dan terkontrol. Dengan mindfulness sufistik, subjek harus dapat menerima dengan penuh rasa syukur tanpa bereaksi seperti penolakan, kemarahan, kesedihan atau bahkan senang yang berlebihan.
- 4) Tidak menilai. Mindfulness melatih subjek untuk tidak tergoda menilai sebuah pengalaman secara langsung atau gegabah, sebagai sesuatu yang baik atau buruk. Subjek diajak untuk merasakan dan mencerna lebih dahulu. Di dalam mindfulness sufistik bahwa peristiwa apapun yang terjadi pada subjek adalah yang terbaik dari Allah untuk dirinya.

---

<sup>66</sup>Tim Wesfix, *op.cit.*, hlm. 5

- 5) Terbuka. Mindfulness melatih hati subjek untuk terbuka dan menerima segala bentuk perasaan dan pengalaman. Keterbukaan subjek dalam mindfulness sufistik adalah adanya kepercayaan bahwa akan ada hikmah dari setiap peristiwa yang menimpa dirinya.<sup>67</sup>

#### 4) Tujuan Praktik Mindfulness

Tujuan praktik mindfulness ialah membantu hidup dengan cara lebih suci dengan cara:

- a. Membuang lapisan-lapisan kebiasaan dan respon-respon yang kita pelajari yang mengarah pada tindakan-tindakan dan pikiran-pikiran yang tidak benar.
- b. Berpikir sebelum bertindak.
- c. Melepaskan perilaku dan respon yang terlalu terburu-buru terhadap kehidupan.
- d. Menjadi lebih penuh perhatian terhadap diri sendiri dan lingkungan.<sup>68</sup>

## 2. Sufistik

Sufistik berasal dari kata bahasa Arab yakni *s f* (صوف) yang berarti wol. Kemudian kata *s f* (صوف) ini diberi ya nisbah untuk menjadikannya kata sifat menjadi *s fiy* (صوفي) yang berarti makna asal berpakaian wol. Kata ini digunakan pada orang yang menjalani hidup sederhana dan zuhud dengan tekun beribadah untuk membersihkan jiwa yang dikenal sebagai kaum sufi.<sup>69</sup> Disisi lain, kata sufistik juga berasal dari kata *suffah* yaitu “serambi” Masjid Nabawi yang ditempati oleh sebagian sahabat Rasulullah. Atau berasal dari kata *safa* yang memiliki arti jernih.<sup>70</sup> Terdapat pula yang berkata *shaff* yang berarti barisan ataupun deretan. Apapun pangkal tuturnya, sufisme ataupun orang yang bersufi memberikan arti banyak orang

---

<sup>67</sup>Sri Rejeki, *Mindfulness Sebagai Teknik Terapi dalam Sufi Healing*, (Semarang: Walisongo Press, 2019) hlm. 116-117

<sup>68</sup>Lama Surya Day. *Awakening to The Sacres*, Terj. Bern Hidayat (Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama, 2002) hlm. 214

<sup>69</sup>Septiawadi, “Penafsiran Sufistik Sa‘Id H} Awwa dalam Al-Asa<S Fi<At-Tafsi<R”, *Disertasi*, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, 2010. hlm. 65

<sup>70</sup>Samsul Munir Amin, *Ilmu Tasawuf*, (Jakarta: Amzah, 2015) hlm. 2

yang mencari jalur ataupun praktik- praktik ibadah yang bisa menggapai membawakan pada kesadaran serta pencerahan batin.<sup>71</sup>

Pada bahasa Inggris, istilah sufistik menjadi kata sifat yang diambil dari kata *sufistic* dengan arti mistisme atau yang bersifat mistis.<sup>72</sup> Mistisme merupakan tata cara khusus dalam menggapai kenyataan (haqiqah serta trem kebatinan) dengan menggunakan spiritual impulsif serta emosional. yang akan aktif jika dilatih dibawah bimbingan. Hal ini suatu reaksi kepada rasionalisasi eksternal Islam dalam hukum teologi yang sistematis yang bertujuan pada independensi spiritual, serta independensi itu indra-indra kebatinan intuitif-intristik orang bisa di berikan jangkauan penuh.<sup>73</sup>

Kalangan sufi memaknakan sufistik ataupun penyembuhan sufistik sebagai penyembuhan dan pengobatan penyakit fisik, psikologis ataupun kejiwaan, rohani ataupun spiritual serta akhlak ataupun adab dalam kerangka pandangan tasawuf (lewat ajaran- ajaran al-Quran serta as-Sunnah Nabi Saw).<sup>74</sup> Objek pengobatan sufistik meliputi:

- a. Fisik (jasmani), tidak seluruh gangguan fisik bisa dipulihkan dengan psikoterapi Islam, melainkan memanglah terdapat kuasa Allah SWT. Namun ada saatnya mencoba dengan cara campuran antara pengobatan kedokteran ataupun lewat ilmu medis pada biasanya. Semacam lumpuh, penyakit jantung, hati, tunanetra dan .
- b. Psikologis (jiwa), merupakan yang berkaitan dengan fikiran, ide, ingatan ataupun cara yang bergabung dengan fikiran, ide, serta ingatan. Sebagai contoh mudah lupa, sulit berpikir, tidak sanggup berkonsentrasi, bodoh serta tidak bisa memutuskan keputusan secara baik dan relevan, dan bahkan tidak bisa membedakan antara yang halal dengan yang dilarang, yang bermanfaat maupun yang mudharat, dan yang hak dengan yang bathil.

---

<sup>71</sup>Syaikh Fadhallah Haeri, *Jenjang-Jenjang Sufisme*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2000) hlm. 1

<sup>72</sup>AbdullahHadziq, "Psikologi Sufistik dan Humanistik, Studi Pemikiran Al Gazali dan Abraham Maslow serta Implikasinya Bagi Pengembangan Pemikiran Psikologi", *Disertasi*, IAIN Sunan Kalijaga Yogyakarta, 2004. hlm. 21

<sup>73</sup>Samsul Munir Amin, *Ilmu Tasawuf*, (Jakarta: Amzah, 2015) hlm. 166

<sup>74</sup>Gusti Abd. Rahman, *Terapi Sufistik untuk Penyembuhan Gangguan kejiwaan*, (Yogyakarta: Aswaja Pressindo, 2012) hlm. 5

- c. Spiritual (rohani), ialah yang berkaitan dengan permasalahan ruh, antusias, jiwa, religius yang berkaitan dengan agama, keagamaan, keshalehan serta menyangkut nilai- nilai trancendental, semacam syirik (menduakan Allah), kufur, minim keyakinan serta alam ghoib, semuanya adalah dampak dari kedurhakaan serta pengingkaran kepada Allah Swt.
- d. Moral (akhlaq), ialah sesuatu kondisi yang menyatu pada jiwa seseorang, yang darinya timbul perbuatan-perbuatan dengan mudahnya, tanpa melalui cara pernikahan, estimasi serta riset. Ataupun tindakan psikologis maupun karakter yang menjabarkan dalam wujud berfikir, berdialog, bertingkah laku sebagai ekspresi jiwa.<sup>75</sup>

Amin Syukur mendefinisikan terapi sufistik atau *sufi healing* sebagai pengobatan atau penyembuhan yang dilaksanakan atas dasar konsep sufi. Upaya ini ditujukan untuk lebih menumbuhkan kepercayaan diri seseorang serta untuk mengingatkan aspek spiritualnya. Melalui proses penyembuhannya, terapi sufistik menggunakan teori tasawuf sebagai metode pengobatannya. Yang pertama, tasawuf akhlaqi sebagai sebuah teori yang berorientasi pada dimensi akhlak atau perilaku. Kedua, tasawuf amali sebagai sebuah teori yang berorientasi pada metode pendekatan diri seseorang hamba kepada Allah Swt. Ketiga, tasawuf falsafi sebagai sebuah teori yang mengkolaborasikan visi intuitif dan visi rasional dengan metode yang menggunakan dimensi perasaan atau dzauq.<sup>76</sup>

Sedangkan Amir An- Najjar beranggapan jika penyembuhan sufistik ataupun pengobatan sufistik (ath- thibb ash- shufi) bukan hanya filosofi belaka, tetapi pula bersifat efisien. Para sufi sudah membuat kesimpulan tata cara menerapi penyakit jiwa untuk para pengidapnya, ialah dengan cara memaparkan pada para pengidap jalur menuju keutuhan jiwa dengan membangkitkan ruh keagamaan dalam jiwa yang lemah, setelah itu mengajak mereka buat membersihkan niat, menguatkan niat, dan memberikan seluruh urusannya pada Allah Swt serta bertakwa kepada- Nya. Para sufi pula menyarankan pengidap buat penuhi jiwa mereka dengan kejujuran,

---

<sup>75</sup>Untung Joko Basuki, "Psikoterapi Islam Melalui Metode Sufistik Mengatasi Gangguan Kejiwaan", *Laporan Penelitian*, Institut Sains dan Teknologi Akprind, 2013. hlm. 4

<sup>76</sup>Sri Rejeki, *Mindfulness Sebagai Teknik Terapi dalam Sufi Healing*, (Semarang: Walisongo Press, 2019) hlm. 31-32

keikhlasan hati, serta senantiasa mengisi perut dengan barang yang halal. Setelah itu mengajak para pengidap buat menerapi jiwa- jiwa yang gelisah lewat dzikir yang betul, yang bisa menentramkan jiwa yang lemah serta depresi.<sup>77</sup>

Amin Syukur pula beranggapan kalau cara pengobatan didalam *sufi healing* ataupun pengobatan sufistik menyandarkan praktik- praktik pada amalan tasawuf semacam yang ada dalam maqomat serta ahwal, dan jalur mengarah kesana yang wajib melampaui fase-fase khusus.<sup>78</sup>

Maqamat merupakan wujud jama' dari perkataan maqam yang merupakan hasil perjuangan dan kesungguhan terus menerus, dengan melaksanakan kebiasaan-kebiasaan yang lebih baik lagi. Sebaliknya hal ataupun ahwal dalam wujud jama' nya mempunyai makna situasi tindakan yang didapat seorang yang datangnya atas anugerah Allah SWT pada yang dikehendaki- Nya.<sup>79</sup>

Amir An- Najar pula memandang kalau maqamat serta ahwal merupakan jalur yang amat pas buat menerapi bermacam penyakit jiwa serta batin, membersihkan segala bentuk kerendahan, melengkapi keduanya dengan kebaikan, dan pembawa pada keutuhan jiwa. Hal ini disebabkan jalur yang digunakan untuk sampai menuju Allah SWT amat berhubungan dengan maqam- maqam dalam batin, sebagai contoh taubat, wara, zuhud, sabar, tawadhu, takwa, berserah diri, ridha, mahabbah, serta makrifah, dan berhubungan dengan sifat- sifat baik semacam shiddiq, ikhlas, khauf, serta raja'.<sup>80</sup>

### 3. Praktik Terapi Mindfulness Sufistik

Terapi mindfulness sufistik adalah teknik terapi non farmakologi yang merupakan gabungan antara teknik terapi psikologis dan tasawuf, yang mana didalamnya terdapat bimbingan yang dilakukan pribadi dengan penuh pemahaman (mindfulness) serta senantiasa mengaitkan Allah SWT dalam tiap peristiwa yang dirasakannya. Dasar dari pengobatan mindfulness adalah jika banyak keadaan positif

---

<sup>77</sup>Amir An-Najar, *Psikoterapi Sufistik dalam Kehidupan Modern*, (Jakarta: Hikmah,2004), hlm. 1

<sup>78</sup>*Ibid.*, hlm. 12

<sup>79</sup>Amin Syukur, *Sufi Healing (Terapi dalam Literatur Tasawuf)*, (Semarang: Walisongo Press, 2010) hlm.

<sup>80</sup>*Ibid.*, hlm. 64

atau sesuai dalam diri seseorang orang dibanding kekeliruan ataupun keadaan negatif.<sup>81</sup> Cara ini merupakan salah satu metode yang digunakan untuk mengetahui tindakan, kebiasaan serta respon kepada diri sendiri dalam mengamati pengalaman diri dengan penuh pemahaman.<sup>82</sup> Sedangkan sufistik sendiri adalah metode yang dipakai para sufi dalam penyembuhan serta pengobatan dengan metode-metode yang bersumber pada ajaran agama islam yakni dengan membangkitkan kemampuan keimanan seorang pada Tuhannya (Allah), setelah itu menggerakkannya kearah pencerahan hati ataupun rohani yang pada nantinya akan memunculkan keyakinan diri kalau Allah merupakan salah satunya daya penyembuh dari seluruh penyakit yang dideritanya.<sup>83</sup> Dan mampu meningkatkan spiritualitasnya.<sup>84</sup> Dengan aplikasi mindfulness sufistik, sehingga dapat meningkatkan kualitas keimanan dan ketakwaan seseorang menjadi terus menerus dekat dengan Allah, dan sadar akan keterlibatan Allah dalam setiap peristiwa, menjadikan pikiran subjek tenang dan tentram yang berpengaruh terhadap kesehatannya.<sup>85</sup>

Praktik ini dapat dilakukan oleh subjek setiap saat, terutama jika kondisi tubuh sedang dalam keadaan tidak sehat, baik secara psikis maupun fisiknya. Dalam setiap praktik mindfulness sufistik ini harus dimulai menggunakan niat ikhlas serta sungguh-sungguh. Berikut ini adalah teknik yang dapat dilakukan dalam melakukan praktik mindfulness sufistik:

a) Membangun kesadaran kuantum

Sesi ini memiliki sepuluh tahap kerja yang mana didalamnya terdapat konsep bahwa kejadian dalam kehidupan di alam semesta dikendalikan oleh pikiran diri sendiri dan atas kehendak Tuhan, serta menyadari bahwa setiap subjek memiliki kebebasan dalam menentukan pikirannya untuk kehidupan dirinya di dunia dan akherat. Selain itu sesi ini juga bertujuan untuk memahami bahwa sebuah pikiran memiliki kekuatan menuju perubahan

---

<sup>81</sup>Sri Rejeki, *Mindfulness Sebagai Teknik Terapi dalam Sufi Healing* (Semarang: Walisongo Press, 2019), hlm. 6-7

<sup>82</sup>Ummiyah, Tina Afiatin, "Pengaruh Pelatihan Pemusatan Perhatian (*Mindfulness*) Terhadap Peningkatan Empati Perawat," *Jurnal Intervensi Psikologi*, Vol. 1, No. 1 (Juni, 2009), h. 20.

<sup>83</sup>Gusti Abd. Rahman, *Terapi Sufistik untuk Penyembuhan Gangguan Kejiwaan*, (Yogyakarta: Aswaja Pressindo, 2012), hlm. 5

<sup>84</sup>Amin Syukur, *Sufi Healing : Terapi dengan Metode Tasawuf*, (Jakarta: Erlangga, 2012), h.13

<sup>85</sup>Ibid.,hlm. 117-118



kearah yang lebih baik. Dan menumbuhkan keyakinan bahwa Tuhan senantiasa bersama kita dan selalu mengawasi tingkah laku kita.

b) Latihan unit dasar mindfulness sufistik

Sesi ini memiliki sepuluh tahap kerja yang mana didalamnya memiliki tujuan dalam memahami hal-hal yang harus dilakukan dalam terapi mindfulness sufistik. Serta bertujuan agar subjek memiliki sikap husnudhon, sabar, qona'ah, ikhlas, jujur, syukur, dan ridha terhadap peristiwa apapun yang menimpa dirinya sebagai dasar melakukan terapi mindfulness sufistik. Dan mampu membangun kesadaran diri dan kesadaran Illahiah melalui latihan sikap dasar mindfulness sufistik.

c) Praktik mindfulness sufistik

Sesi ini memiliki sembilan tahap kerja yang mana didalamnya memiliki tujuan untuk menurunkan gangguan depresi dalam terapi mindfulness sufistik. Serta mampu membantu subjek mengenali dan mengobservasi kejadian atau peristiwa yang dialami baik internal maupun eksternal. Sesi ini juga mampu membantu subjek mempraktekan meditasi dalam terapi mindfulness sufistik, serta mempraktikannya secara mandiri meditasi pernafasan dalam mindfulness sufistik di kehidupan sehari-hari untuk mengatasi segala permasalahan hidup.

### **C. Hubungan Terapi Mindfulness Sufistik dengan Depresi pada Pengidap Gangguan Bipolar**

Depresi pada gangguan bipolar ialah sesuatu gangguan suasana hati yang parah serta berat yang diisyrati dengan penyusutan afek yang diiringi penurunan tenaga serta kegiatan. Jumlah waktu seseorang dengan situasi ini dihabiskan dalam keadaan depresi serta sebab ketidakstabilan suasana hati yang dirasakan oleh pengidap gangguan bipolar umumnya diiringi dengan penurunan etos kerja serta sosial yang serius.<sup>86</sup> Terdapat dua cara penanganan terhadap pengidap bipolar yaitu secara farmaklogi non farmakologi.

---

<sup>86</sup>Mahyuni Suwika Sari, "DSMV : Gangguan Bipolar", *Refeat Kepaniteraan Klinik Madya*, Universitas Mataram, 2014. hlm. 1

Penanganan farmakologi diantaranya dengan pemberian obat-obatan seperti litium, obat anti konvulsan, carbamazepine, chlorpromazine HCL (CPZ), trihexyphenidyl, dan sebagainya.<sup>87</sup> Sedangkan penanganan non farmakologi atau yang lebih dikenal dengan intervensi psikologi ialah salah satunya dapat dilakukan dengan cara terapi mindfulness, yang mana mindfulness sendiri merupakan pemusatan perhatian dalam penuh kesadaran selaku latihan mengetahui situasi yang dirasakan oleh tubuh, pikiran, serta perasaan pada waktu sekarang, serta berfikir dengan penuh kesadaran untuk membuat perasaan ataupun suasana menjadi lebih tenang.<sup>88</sup> Dasar dari pengobatan mindfulness ialah bahwa lebih banyak keadaan positif ataupun kebenaran dalam diri seseorang dibanding kekeliruan ataupun keadaan negatif.<sup>89</sup> Tata cara ini ialah salah satu metode untuk mengetahui tindakan, kebiasaan serta respon kepada diri sendiri dalam mengamati pengalaman diri dengan penuh kesadaran.<sup>90</sup>

Dalam penelitian ini peneliti menggabungkan unsur sufistik atau tasawuf dalam pemberian terapi mindfulness untuk menurunkan depresi pada pengidap bipolar. Hal ini dikarenakan sufistik ialah penyembuhan serta pengobatan dengan metode-metode yang bersumber pada kaidah agama islam yakni dengan membangkitkan kemampuan keimanan seorang pada Tuhannya (Allah), setelah itu menggerakkannya kearah pencerahan hati ataupun rohani yang pada kesimpulannya memunculkan keyakinan diri jika Allah merupakan salah satunya daya penyembuh dari seluruh penyakit yang dideritanya.<sup>91</sup> Serta dapat meningkatkan aspek spiritualnya.<sup>92</sup> Dengan terapi mindfulness sufistik ini diharapkan subjek secara sadar mengerti keadaan atau pengalaman yang

---

<sup>87</sup>Nisa Nur Fauziah, "Faktor-Faktor Pendukung Pemulihan pada Pengidap Gangguan Bipolar", *Skripsi*, Universitas Indonesia, 2008.hlm. 13-14

<sup>88</sup>Asiah, Meidiana Dwidiyanti, Diyan Yuli Wijayanti, "Penurunan Tingkat Depresi pada Pasien dengan Intervensi Mindfulness Spiritual Islam," *Jurnal Keperawatan Jiwa* Volume 7 No 3 (November, 2019), h. 268.

<sup>89</sup>Sri Rejeki, *Mindfulness Sebagai Teknik Terapi dalam Sufi Healing* (Semarang: Walisongo Press, 2019), hlm. 6-7

<sup>90</sup>Umniyah, Tina Afiatin, "Pengaruh Pelatihan Pemusatan Perhatian (*Mindfulness*) Terhadap Peningkatan Empati Perawat," *Jurnal Intervensi Psikologi*, Vol. 1, No. 1 (Juni, 2009), hlm. 20.

<sup>91</sup>Gusti Abd. Rahman, *Terapi Sufistik untuk Penyembuhan Gangguan Kejiwaan*, (Yogyakarta: Aswaja Pressindo, 2012), h. 5

<sup>92</sup>Amin Syukur, *Sufi Healing : Terapi dengan Metode Tasawuf*, (Jakarta: Erlangga, 2012), h.13

dihadapinya bukan sebagai kebetulan tetapi sebagai peristiwa yang dibuat oleh Allah SWT.<sup>93</sup>

Terapi mindfulness sufistik ini merupakan salah satu teknik non farmakologi yang merupakan gabungan antara teknik terapi psikologis dan tasawuf yang bertujuan untuk mengatasi berbagai problematika psikologis dan gangguan kejiwaan salah satunya ialah depresi. Subjek yang menderita depresi pada gangguan bipolar mengalami hilangnya minat dan kesenangan, berkurangnya energi yang berakibat meningkatnya keadaan mudah lelah, konsentrasi dan perhatian menurun, harga diri dan rasa percaya diri berkurang, gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna, pemikiran masa depan yang suram dan pesimistis, gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu, serta nafsu makan berkurang.<sup>94</sup>

Dengan praktik mindfulness sufistik ini maka diharapkan bisa menurunkan depresi pada pengidap bipolar serta secara sadar mengikhlaskan dan memahami keadaan yang sedang dihadapi bukan sebagai kebetulan namun sebagai peristiwa yang telah diberikan oleh Allah sehingga bisa menjadikannya semakin dekat dengan Allah. Sehingga akan terciptanya sikap ketenangan di dalam jiwa serta rela karena semua yang dilakukan selalu dikakukan untuk meraih puncak kesuksesan dan kebahagiaan hidup di dunia dan di akhirat.

#### **D. Hipotesis**

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap permasalahan penelitian yang sebenarnya masih harus diuji secara empiris.<sup>95</sup>

Berdasarkan pemaparan di atas maka hipotesis yang diajukan pada penelitian ini adalah terapi mindfulness sufistik dapat menurunkan depresi pada pengidap gangguan bipolar.

---

<sup>93</sup>Asiah, Meidiana Dwidiyanti, Diyan Yuli Wijayanti, "Penurunan Tingkat Depresi pada Pasien dengan Intervensi Mindfulness Spiritual Islam", *Jurnal Keperawatan Jiwa*, Volume 7 No 3. FIKKes Universitas Muhammadiyah Semarang, 2019, hlm 271

<sup>94</sup>Rusdi Muslim, *Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-5*, (Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya, 2013) hlm. 64

<sup>95</sup>Sumadi Suryabrata, *Metode Penelitian*, (Grafindo: Jakarta, 2001) hlm. 69

## BAB III

### METODOLOGI PENELITIAN

#### A. Jenis Penelitian

Bentuk desain eksperimen dari penelitian ini adalah:

A – B – A Design

Keterangan

- A : *baseline measurement*  
 B : *Application of Treatment*  
 C : *return to baseline measurement conditions*

#### B. Variable Penelitian

Variabel adalah objek dari suatu penelitian, atau sesuatu yang menjadi inti perhatian dalam suatu penelitian. Variabel penelitian merupakan segala sesuatu yang berbentuk yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya.<sup>96</sup> Terdapat dua variable di dalam penelitian ini, yaitu:

- 1) Variabel bebas (*independent variable*) adalah variabel yang menentukan atau yang mempengaruhi adanya variabel yang lain.<sup>97</sup> Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu terapi mindfulness sufistik.
- 2) Variabel terikat (*dependent variable*) adalah variabel yang diperkirakan sebagai akibat atau yang dipengaruhi oleh variabel yang mendahuluinya, yaitu variabel bebas.<sup>98</sup> Adapun variabel terikat dalam penelitian ini adalah depresi pada pengidap gangguan bipolar.

#### C. Definisi Operasional Variabel

---

<sup>96</sup>Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, Penerbit Alfabeta, (Bandung: Alfabeta, 2009), hlm. 38

<sup>97</sup>Jusuf Soewadji, *Pengantar Metodologi Penelitian*, (Jakarta: Mitra Wacana Media, 2012) hlm. 115

<sup>98</sup>Ibid., hlm. 115

Definisi operasional variabel merupakan definisi berdasarkan pandangan peneliti mengenai variabel-variabel yang disebutkan dalam penelitian ini. Namun, ada kemungkinan yang sama antara definisi operasional variabel dalam penelitian ini dan definisi umum (konseptual) dari variabel yang ada dalam literatur. Definisi operasional juga dapat dipahami sebagai definisi yang dikemukakan oleh peneliti sesuai dengan tujuan penelitian untuk menentukan alat ukur yang digunakan dalam penelitian.<sup>99</sup> Definisi operasional dibutuhkan dalam sebuah penelitian karena tidak semua orang yang membaca hasil penelitian memahami konsep yang sedang dikerjakan peneliti.<sup>100</sup> Definisi operasional variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Terapi mindfulness sufistik adalah terapi yang meliputi dua jenis terapi yaitu terapi kesadaran (mindfulness) dengan cara memberikan meditasi pernapasan dan terapi sufistik dengan cara berdzikir dan menanamkan sikap-sikap sufistik seperti berhusnudhon, bersabar, ikhlas, bersyukur dan ridha kedalam diri subjek yang dipandu oleh seorang terapis. Adapun cara melakukannya sebagai berikut:
  - a) Terapis mengajak subjek untuk menetapkan tujuan yang jelas sebelum melakukan praktek mindfulness sufistik.
 

“Apa tujuan anda sekarang mempraktekan mindfulness sufistik?”

“Nyatakan dengan jelas bahwa anda melakukan mindfulness bertujuan untuk mengurangi depresi, sehingga anda menjadi tenang dan bahagia”.
  - b) Terapis mengajak subjek untuk mengenali, memperhatikan, memfokuskan dan mengobservasi terhadap peristiwa yang terjadi baik dari internal maupun eksternal.
 

“Peristiwa apa yang pada saat ini sedang anda pikirkan dan rasakan?”

“Tetap focus dan perhatikan apa yang pada saat ini sedang anda pikirkan dan rasakan”

“Amati peristiwa apa yang sedang anda pikirkan tanpa melibatkan masa lalu maupun masa depan”

---

<sup>99</sup>Muhammad Abdul Basyir, “Pengaruh Intensitas Latihan Seni Teater Terhadap Konsep Diri Crew Teater Metafisis Fakultas Ushuluddin Dan Humaniora Uin Walisongo Semarang”, *Skripsi*, Universitas Islam Negeri Walisongo Semarang, 2017.hlm. 43

<sup>100</sup> Muhammad Idrus, *Metode Penelitian Ilmu Sosial* (Jakarta: Penerbit Erlangga, 2009) hlm.81

“anggaplah peristiwa yang sedang anda alami tidak ada hubungannya dengan peristiwa sebelumnya juga peristiwa yang mungkin terjadi di masa yang akan datang”

- c) Terapis mengajak subjek untuk latihan dalam bersikap husnudhon, sabar, qona’ah, ikhlas, jujur, syukur, dan ridla terhadap peristiwa apapun yang menimpa dirinya.

“Aapun yang datang dan dialami oleh anda, maka berhusnudhonlah, sambutlah dengan positif tanpa menghakimi”

“Bersabarlah pada apapun yang menimpa anda, yang berarti bahwa anda harus menahan diri untuk tidak mengeluh dan tidak langsung bereaksi (missalnya dalam pikiran, anda protes *loh..ko begini, harusnya kan begitu*)”

“Qona’ahlah terhadap kondisi atau kejadian apapun yang menimpa anda, yang berarti bahwa anda harus berlapang hati menerima kenyataan tanpa harus memaksakan diri dan berandai-andai”

“Terimalah dengan ikhlas apapun yang yang menimpa anda, bahwa kejadian apapun yang anda alami adalah yang terbaik buat anda sehingga anda harus rela menghadapinya dengan senyuman”

“Jujurlah pada diri sendiri, bahwa anda benar-benar telah menerima keadaan diri anda seperti yang anda pikirkan, bukan apa kata orang lain atau apapun yang berada diluar diri anda”

“Bersyukurlah setiap saat atas segala hal yang telah anda alami, maka hati anda akan menjadi tenang”

“Ridlolah terhadap ketentuan Tuhan”

“Jika anda telah ridlo terhadap takdir Illahi maka berarti bahwa anda telah bersikap husnudhon, sabar, qonaah, ikhlas, jujur dan bersyukur atas kehendak Tuhan. Kerelaan hati menerima penyakit yang telah ditentukan Tuhan maka akan mendatangkan kesembuhan yang berasal dari Tuhan.”

- d) Terapis mengajak subjek untuk mempraktekkan mindfulness sufistik melalui meditasi pernafasan.

“Kita akan mempraktekan meditasi pernafasan sekitar 15-20 menit, persiapkanlah diri anda dengan ikhlas dan berkeyakinan bahwa ‘aku pasti bisa’”

“Ambillah posisi duduk yang nyaman, rileks, santai, pejamkan mata secara perlahan dan tersenyumlah dengan lepas”

“Bismillahirrahmaanirrahim...katakan dalam hati ‘saya melakukan mindfulness sufistik bertujuan untuk mengurangi depresi agar kehidupan saya menjadi lebih tenang dan bahagia’”

“Bernafaslah seperti biasa secara perlahan hingga nafas anda tenang”

“Keluar masuknya nafas bebas melalui hidung-hidung/ hidung-mulut, dimana anda merasa rileks dan nyaman itu yang terpenting”

“Berdzikirlah dalam hati dengan mengucap *astaghfirullahal’adzim, laa ilaha ilallah muhammadurrosulullah* dan *laa haula walaa quwwata illa billaahil aliyil adziim*”

“Bernafaslah secara alami sesuai ritme anda, katakanlah dalam hati ‘tarik nafas’ saat anda menarik nafas dan ‘buang nafas’ saat anda membuang nafas.”

“Ketika ada pikiran-pikiran lain yang terlintas maka perhatikan saja, katakan dalam hati ‘oh saya memikirkan hal itu’ biarkan pikiran itu menguap lalu bawa lagi pikiran anda ke nafas anda.”

“Hadirkan diri anda saat ini dan disini seutuhnya”

“Atensikan nafas anda ke perut, tarik nafas dengan lembut dan dalam lalu keluarkan sehalus dan selembut mungkin, lakukan berulang-ulang sekitar 3 menit”

“Tenangkan pikiran anda, fokuslah merasakan keluar masuknya nafas dengan lembut”

“Sekarang atensikan kesadaran anda pada area dada/hati, tarik nafas dengan lembut, tahan sejenak, lalu keluarkan dengan lembut, lakukan berulang-ulang senyaman mungkin sekitar 3 menit”

“Sekarang atensikan kesadaran anda pada area kening, tarik nafas dengan lembut, tahan sejenak, lalu keluarkan dengan lembut, tahan lagi sejenak,

lalu keluarkan semua sampai terasa kosong, lakukan berulang-ulang dengan nyaman sekitar 3 menit”

“Sekarang mulai rasakan ketenangan jiwa anda, heningkanlah cipta untuk anda berdoa kepada Tuhan agar senantiasa berada dalam kebaikan dan keberkahan hidup di dunia dan akherat”

“Sadari setiap tarikan nafas anda dan rasakan aliran nafas itu ke seluruh tubuh anda”

“Amati tubuh anda dan rasakan sensasi apapun yang ada tanpa paksaan”

“Nikmatilah hingga anda merasa cukup untuk mengakhiri meditasi anda”

“Tutup meditasi anda dengan rasa syukur atas karunia yang telah Tuhan berikan kepada anda dengan membaca *alhamdulillahirabbil ‘alamin*. Kemudian bukalah mata anda secara perlahan-lahan.”

2. Gangguan bipolar pada episode depresi pada penelitian ini berpedoman pada *Bipolar Depression Rating Scale* yang memiliki pedoman diagnostik seperti berikut:

1) Gangguan mood

Subjek melaporkan sendiri dan terapis mengamati perilaku subjek dan dibuktikan dengan adanya kesuraman, kesedihan, pesimisme, keputusasaan, dan ketidakberdayaan dalam diri subjek.

Skor 0 ditandai dengan subjek tidak merasakan apa-apa

Skor 1 ringan (periode depresi singkat atau sementara, atau suasana hati yang sedikit tertekan).

Skor 2 sedang (suasana hati yang tertekan jelas tetapi tidak secara konsisten hadir dan lainnya emosi diekspresikan, atau depresi dengan intensitas sedang).

Skor 3 parah (suasana hati depresi yang meresap atau terus menerus dengan intensitas yang nyata)

2) Gangguan tidur

a) Insomnia (pengurangan total waktu tidur)

Skor 0 tidak mengalami insomnia

Skor 1 ringan (mengalami insomnia hingga 2 jam)

Skor 2 sedang (mengalami insomnia 2-4 jam)

Skor 3 parah (mengalami insomnia lebih dari 4 jam)

b) Hipersomnia (peningkatan total waktu tidur, termasuk tidur siang hari)

Skor 0 tidak mengalami hipersomnia

Skor 1 ringan (mengalami hipersomnia kurang dari 2 jam atau jumlah normal tetapi tidak memulihkan)



- Skor 2 sedang (mengalami hipersomnia lebih dari 2 jam)  
 Skor 3 parah (lebih hipersonia lebih dari 4 jam)
- 3) Gangguan makan
- a) Hilangnya nafsu makan  
 Skor 0 tidak kehilangan nafsu makan  
 Skor 1 ringan (tidak ada perubahan asupan makanan, tetapi harus memaksakan diri untuk makan atau melaporkan bahwa makanan telah kehilangan rasa)  
 skor 2 sedang (beberapa penurunan asupan makanan)  
 skor 3 parah (penurunan asupan makanan yang nyata, hampir tidak makan)
- b) Menambah nafsu makan  
 Skor 0 tidak menambah nafsu makan  
 Skor 1 ringan (tidak ada perubahan asupan makanan, tetapi rasa lapar meningkat)  
 Skor 2 sedang (beberapa peningkatan asupan makanan, misalnya, kenyamanan makan)  
 Skor 3 parah (peningkatan mencolok dalam asupan makanan atau mengidam)
- 4) Pengurangan keterlibatan sosial (melaporkan berkurangnya keterlibatan atau interaksi sosial dan interpersonal)  
 Skor 0 Nihil (normal)  
 Skor 1 Ringan (sedikit pengurangan dalam keterlibatan sosial tanpa gangguan dalam interaksi sosial atau fungsi antarpribadi)  
 Skor 2 Sedang (pengurangan yang jelas dalam keterlibatan sosial dengan beberapa fungsional gejala sisa, misalnya, menghindari beberapa keterlibatan sosial atau percakapan)  
 Skor 3 Parah (pengurangan yang nyata dalam interaksi sosial atau penghindaran hampir semua bentuk kontak sosial, misalnya menolak menjawab telepon atau bertemu teman atau keluarga)
- 5) Pengurangan energi aktivitas (pengurangan energi, dorongan, dan perilaku yang diarahkan pada tujuan)  
 Skor 0 Nihil (normal)  
 Skor 1 Ringan (mampu melakukan aktivitas biasa tetapi dengan usaha yang meningkat)  
 Skor 2 Sedang (pengurangan energi yang signifikan yang mengarah pada pengurangan beberapa aktivitas spesifik peran)  
 Skor 3 Paralisis parah (kelumpuhan atau penghentian hampir semua aktivitas spesifik peran, misalnya, menghabiskan waktu berlebihan di tempat tidur, menghindari menjawab telepon, miskin kebersihan pribadi)

- 6) Pengurangan motivasi (laporan pengurangan subjektif dalam dorongan, motivasi, dan tujuan konsekuen kegiatan terarah)  
Skor 0 Nihil (motivasi normal)  
Skor 1 Ringan (sedikit penurunan motivasi tanpa pengurangan fungsi)  
Skor 2 Sedang (motivasi atau dorongan berkurang dengan kemauan yang berkurang secara signifikan aktivitas atau membutuhkan upaya substansial untuk mempertahankan tingkat fungsi yang biasa)  
Skor 3 Parah (motivasi atau dorongan yang berkurang sedemikian rupa sehingga perilaku yang diarahkan pada tujuan atau fungsi sangat berkurang)
- 7) Gangguan konsentrasi dan memori (laporan subyektif tentang berkurangnya perhatian, konsentrasi, atau memori, dan gangguan fungsional konsekuen)  
Skor 0 Nihil  
Skor 1 Ringan (sedikit gangguan perhatian, konsentrasi, atau memori tanpa gangguan fungsional)  
Skor 2 Sedang (gangguan perhatian, konsentrasi, atau kelupaan yang signifikan dengan beberapa gangguan fungsional)  
Skor 3 Parah (gangguan konsentrasi atau memori yang nyata dengan fungsi substansial gangguan, misalnya, tidak dapat membaca atau menonton TV)
- 8) Kecemasan (laporan subjektif tentang kecemasan, ketegangan, dan/atau gejala kecemasan somatik misalnya, tremor, palpitasi, pusing, pusing, kesemutan, berkeringat, sesak, kupu-kupu di perut, atau diare)  
Skor 0 Nihil  
Skor 1 Ringan (kekhawatiran atau ketegangan sementara tentang hal-hal kecil)  
Skor 2 Sedang (kecemasan, ketegangan, atau kekhawatiran yang signifikan, atau beberapa fitur somatik yang menyertainya)  
Skor 3 Parah (kecemasan, ketegangan, atau kekhawatiran terus-menerus yang nyata yang mengganggu aktivitas biasa; atau serangan panik)
- 9) Anhedonia (Kemampuan berkurang secara subjektif untuk mengalami kesenangan dalam aktivitas biasa)  
Skor 0 Nihil  
Skor 1 Ringan (sedikit pengurangan kesenangan dari aktivitas yang biasanya menyenangkan)  
Skor 2 Sedang (pengurangan kesenangan secara signifikan dari aktivitas yang biasanya menyenangkan dari kegiatan terisolasi dipertahankan)  
Skor 3 Parah (ketidakmampuan total untuk mengalami kesenangan)
- 10) Flattening affektif (pengertian subjektif dari berkurangnya intensitas atau rentang perasaan atau emosi)  
Skor 0 Nihil

Skor 1 Ringan (sedikit penyempitan jangkauan afek, atau pengurangan sementara dalam jangkauan atau intensitas perasaan)

Skor 2 Sedang (penyempitan signifikan jangkauan atau intensitas perasaan dengan pelestarian beberapa emosi, misalnya, tidak bisa menangis)

Skor 3 Parah (penyempitan yang nyata dan meluas dari jangkauan afek atau ketidakmampuan untuk mengalami emosi biasa)

- 11) Ketidakberhargaan (Pengertian subjektif, atau pikiran, tentang penurunan nilai diri atau harga diri)

Skor 0 Nihil

Skor 1 Ringan (sedikit penurunan rasa harga diri)

Skor 2 Sedang (beberapa pemikiran tentang ketidakberhargaan dan penurunan harga diri)

Skor 3 Parah (perasaan tidak berharga yang nyata, meresap, atau terus-menerus, misalnya, merasa orang lain lebih baik tanpa mereka, tidak dapat menghargai atribut positif)

- 12) Ketidakberdayaan dan Keputusan (Perasaan subjektif dari pesimisme atau kesuraman tentang masa depan, ketidakmampuan untuk mengatasi, atau rasa kehilangan kendali)

Skor 0 Nihil

Skor 1 Ringan (sesekali dan perasaan ringan tidak mampu mengatasi seperti biasa atau pesimisme)

Skor 2 Sedang (sering merasa tidak mampu mengatasi, atau perasaan tidak berdaya yang signifikan atau keputusan yang terkadang terangkat)

Skor 3 Parah (perasaan pesimisme, ketidakberdayaan, atau keputusan)

- 13) Pemikiran bunuh diri (Pemikiran atau perasaan bahwa hidup ini tidak berharga: pikiran tentang kematian atau bunuh diri)

Skor 0 Nihil

Skor 1 Ringan (berpikir bahwa hidup ini tidak berharga atau tidak berarti)

Skor 2 Sedang (pikiran tentang kematian atau kematian, tetapi tanpa pikiran bunuh diri aktif atau rencana)

Skor 3 Parah (pikiran atau rencana bunuh diri)

- 14) Rasa bersalah (Perasaan subjektif menyalahkan diri sendiri, kegagalan, atau penyesalan atas kesalahan masa lalu yang nyata atau yang dibayangkan)

Skor 0 Nihil

Skor 1 Ringan (sedikit penurunan harga diri atau peningkatan kritik diri)

Skor 2 Sedang (pemikiran yang signifikan tentang kegagalan, kritik diri, ketidakmampuan untuk mengatasi, atau perenungan tentang kegagalan masa lalu dan pengaruhnya terhadap orang lain; mampu mengenali sebagai berlebihan)

- Skor 3 Parah (rasa bersalah yang nyata, meresap, atau terus-menerus, misalnya, perasaan pantas menerima hukuman atau tidak dengan jelas dikenali sebagai berlebihan)
- 15) Gejala psikotik (Adanya ide, delusi, atau halusinasi yang dinilai terlalu tinggi)
- Skor 0 Nihil (absen)
- Skor 1 Ringan (ide-ide yang dinilai terlalu tinggi, misalnya, kritik diri atau pesimisme tanpa efek pada perilaku)
- Skor 2 Sedang (ide-ide signifikan yang dinilai terlalu tinggi dengan efek yang jelas pada perilaku, misalnya, perasaan bersalah yang kuat, pikiran jernih bahwa orang lain akan lebih baik tanpa mereka)
- Skor 3 Parah (gejala psikotik yang jelas, misalnya delusi atau halusinasi)
- 16) Sifat lekas marah atau iritabilitas (Melaporkan iritabilitas subjektif yang tidak seperti biasanya, sekering pendek, mudah marah, dimanifestasikan oleh ledakan verbal atau fisik)
- Skor 0 Nihil
- Skor 1 Ringan (sedikit iritabilitas subjektif; mungkin tidak hadir secara terang-terangan)
- Skor 2 Sedang (ketegasan verbal dan iritabilitas yang jelas terlihat di wawancara)
- Skor 3 Parah (laporan ledakan fisik, misalnya melempar/memecah benda, atau ledakan verbal yang sangat kasar)
- 17) Labilitas (labilitas suasana hati yang teramati atau perubahan suasana hati yang dilaporkan)
- Skor 0 Nihil
- Skor 1 Ringan (laporan subjektif dari peningkatan ringan pada labilitas suasana hati)
- Skor 2 Sedang (labilitas suasana hati terlihat jelas, intensitas sedang)
- Skor 3 Parah (labilitas suasana hati yang mencolok dan dominan, perubahan yang sering atau dramatis dalam suasana hati)
- 18) Drive motor meningkat (Laporan subjektif dan bukti objektif peningkatan motor drive dan aktivitas motorik)
- Skor 0 Nihil (penggerak motor normal)
- Skor 1 Ringan (sedikit peningkatan dalam berkendara, tidak terlihat dalam wawancara)
- Skor 2 Sedang (peningkatan energi dan dorongan yang jelas dan dapat diamati)
- Skor 3 Parah (peningkatan drive yang ditandai atau terus-menerus)
- 19) Peningkatan Bicara (Peningkatan yang diamati baik dalam kecepatan atau kuantitas bicara, atau penerbangan yang diamati dari ide ide)
- Skor 0 Nihil

- Skor 1 Ringan (sedikit peningkatan kecepatan atau kuantitas bicara)  
 Skor 2 Sedang (pemikiran yang cepat, secara signifikan lebih banyak bicara, jelas dapat dialihkan, atau beberapa keadaan; tidak menghalangi wawancara)  
 Skor 3 Parah (pelarian ide; mengganggu wawancara)
- 20) Agitasi atau kegelisahan (gelisah atau agitasi yang teramati)  
 Skor 0 Nihil (normal)  
 Skor 1 Ringan (sedikit gelisah)  
 Skor 2 Sedang (peningkatan jelas dalam tingkat agitasi)  
 Skor 3 Parah (agitasi yang nyata, misalnya, hampir terus menerus mondar-mandir atau meremas-remas tangan)

#### D. Subjek Penelitian

Menurut Suharsimi Arikunto mengungkapkan bahwa subjek penelitian merupakan sesuatu yang posisi kedudukannya sangat penting karena pada subjek penelitian itulah data variabel yang diteliti berada dan diamati oleh peneliti.<sup>101</sup> Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *single subject design* dengan kriteria sebagai berikut:

- 1) Pengidap gangguan bipolar yang sedang berada di fase episode depresi
- 2) Berusia 18-25 tahun (dewasa awal)
- 3) Bersedia mengikuti keseluruhan proses intervensi.

#### E. Desain Eksperimen

Desain penelitian merupakan rencana atau strategi yang digunakan untuk menjawab masalah penelitian atau menguji hipotesis penelitian.<sup>102</sup> Eksperimen adalah metode penelitian yang digunakan untuk menemukan pengaruh suatu perlakuan tertentu terhadap perlakuan lainnya dalam kondisi yang terkendalikan.<sup>103</sup> Desain penelitian eksperimen pada penelitian ini adalah desain eksperimen kasus tunggal (*single-case experimental design*) yang berfungsi untuk mengevaluasi efek suatu perlakuan (*intervensi*) dengan

---

<sup>101</sup>Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian*, (Rineka Cipta, Jakarta, 2010) hlm. 90

<sup>102</sup> Latipun, *Psikologi Eksperimen*, (Malang: UMM Pres, 2002) hlm. 18

<sup>103</sup>Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, (Bandung : Alfabeta, 2012) hlm. 72

kasus tunggal. Kasus tunggal dapat berupa beberapa subjek dalam satu kelompok atau subjek yang diteliti adalah tunggal (N=1).<sup>104</sup>

Desain eksperimen kasus tunggal, baik sampel kelompok maupun N=1, untuk kasus tertentu dianggap paling cocok untuk meneliti manusia, terutama apabila perilaku yang diamati tidak mungkin diambil rata-ratanya. Dalam beberapa kasus, rata-rata kelompok tidak dapat mencerminkan kondisi perilaku subjek di dalam kelompok itu. Dengan kata lain, rata-rata kelompok tidak selalu mencerminkan kondisi subjek-subjek dalam kelompoknya. Lebih dari itu, penggunaan desain kasus tunggal sering dipakai pada “*clinical setting*” tujuan pokoknya adalah efek terapi, bukan kontribusi pada landasan penelitian.<sup>105</sup> Peneliti memilih desain ini karena penekanan dalam penelitian ini adalah “*clinical setting*” atau pada efek terapi. Alasan lain yang mendasari pemakaian desain ini adalah jumlah subjek penelitian yang sangat terbatas sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan antar kelompok.

Desain eksperimen kasus tunggal pada bidang modifikasi perilaku dapat diklarifikasikan menjadi tiga kategori, yaitu (1) Desain Reversal, yaitu terdiri dari empat macam yaitu (a) desain A-B, (b) desain A-B-A, (c) desain A-B-A-B. (2) Desain *Multiple Baseline*, yang terdiri dari (a) multi garis-dasar kondisi (*multiple baseline cross conditions*), (b) multi garis-dasar variable (*multiple baseline cross variables*), (c) multi garis-dasar subjek (*multiple baseline cross subjects*).<sup>106</sup> (3) Desain Perubahan atau perlakuan berganti-ganti, yang terdiri dari (a) desain perubahan kriteria (*changing-criterion design*), dan (b) desain perubahan-penanganan atau desain multi-unsur (*alternating-treatments design/multielement design*).<sup>107</sup>

Desain *single case experimental* yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain A-B-A (*Follow up*), yaitu untuk mengetahui efek terapi selama *baseline*, *treatment*, dan *follow up* dan pengaruh antara variabel independen dan variabel dependen.<sup>108</sup> Pada awalnya target behavior (variabel terikat) diukur secara bertahap dan terus menerus pada kondisi awal (*baseline*) (A) dengan periode waktu tertentu, kemudian pada kondisi

---

<sup>104</sup>Latipun, *Psikologi Eksperimen* (Malang: UMM Press, 2002) hlm. 99

<sup>105</sup>Ibid., hlm. 141

<sup>106</sup>Juang Sunanto, *et al, loc.cit.*

<sup>107</sup>Garry Martin, Joseph Pear, *Modifikasi Perilaku; Makna dan Penerapannya*, Terj. Yudi Santos, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2015) hlm. 599-601

<sup>108</sup>Latipun, *Psikologi Eksperimen*, (Malang: UMM Pres, 2002) hlm. 149

intervensi (B). Setelah pengukuran pada kondisi intervensi (B) pengukuran pada kondisi *baseline* kedua (A2 atau *follow up*) diberikan. Penambahan kondisi *baseline* kedua ini dimaksudkan sebagai kontrol untuk fase intervensi sehingga memungkinkan untuk menarik kesimpulan adanya hubungan fungsional antara variabel bebas dan variabel terikat.<sup>109</sup>

## F. Instrument Penelitian

**Tabel 3.1 Data Pengukuran Gangguan Bipolar Episode Depresi Berdasarkan *Bipolar Depression Rating Scale (BDRS)***

No	Aspek	Gejala	skor	Intensitas									
				baseline			treatment			Followup			
1	Gangguan mood	Subjek tidak merasakan apa-apa	0										
		Periode depresi sigkat atau sementara, atau suasana hati yang sedikit tertekan	1										
		Suasana hati yang tertekan jelas tetapi tidak secara konsisten hadir dan emosi diekspresikan, atau depresi dengan intensitas sedang	2										
		Suasana hati depresi yang meresap atau terus menerus dengan intensitas yang nyata	3										
2	Gangguan tidur	<i>Insomnia</i>	0										
		Tidak mengalami											

<sup>109</sup>Juang Sunanto, *et al*, *Penelitian dengan Subyek Tunggal*, (Bandung : UPI Press, 2006) hlm. 59







		jelas dalam keterlibatan sosial dengan beberapa fungsional gejala sisa, misalnya, menghindari beberapa keterlibatan sosial atau percakapan									
		pengurangan yang nyata dalam interaksi sosial atau penghindaran hampir semua bentuk kontak sosial, misalnya menolak menjawab telepon atau bertemu teman atau keluarga	3								
5	Pengurangan energi aktivitas	Tidak ada	0								
		mampu melakukan aktivitas biasa tetapi dengan usaha yang meningkat	1								
		pengurangan energi yang signifikan yang mengarah pada pengurangan beberapa aktivitas spesifik peran	2								
		kelumpuhan atau penghentian hampir semua aktivitas spesifik peran, misalnya,	3								

		menghabiskan waktu berlebihan di tempat tidur, menghindari menjawab telepon, miskin kebersihan pribadi										
6	Pengurangn motivasi	Motivas normal	0									
		sedikit penurunan motivasi tanpa pengurangan fungsi	1									
		motivasi atau dorongan berkurang dengan kemauan yang berkurang secara signifikan aktivitas atau membutuhkan upaya substansial untuk mempertahankan tingkat fungsi yang biasa	2									
		motivasi atau dorongan yang berkurang sedemikian rupa sehingga perilaku yang diarahkan pada tujuan atau fungsi sangat berkurang	3									
7	Gangguan konsentrasi dan memori	Tidak ada	0									
		sedikit gangguan perhatian, konsentrasi,	1									

		atau memori tanpa gangguan fungsional									
		gangguan perhatian, konsentrasi, atau kelupaan yang signifikan dengan beberapa gangguan fungsional	2								
		gangguan konsentrasi atau memori yang nyata dengan fungsi substansial gangguan, misalnya, tidak dapat membaca atau menonton TV	3								
8	Kecemasan	Tidak ada	0								
		kekhawatiran atau ketegangan sementara tentang hal-hal kecil	1								
		kecemasan, ketegangan, atau kekhawatiran yang signifikan, atau beberapa fitur somatik yang menyertainya	2								
		kecemasan, ketegangan, atau kekhawatiran terus-menerus yang nyata yang mengganggu aktivitas biasa; atau serangan panic	3								



		ketidakmampuan untuk mengalami emosi biasa									
11	Ketidakberhargaan	Tidak ada	0								
		sedikit penurunan rasa harga diri	1								
		beberapa pemikiran tentang ketidakberhargaan dan penurunan harga diri	2								
		perasaan tidak berharga yang nyata, meresap, atau terus-menerus, misalnya, merasa orang lain lebih baik tanpa mereka, tidak dapat menghargai atribut positif	3								
12	Ketidakberdayaan dan Keputusan	Tidak ada	0								
		sesekali dan perasaan ringan tidak mampu mengatasi seperti biasa atau pesimisme	1								
		sering merasa tidak mampu mengatasi, atau perasaan tidak berdaya yang signifikan atau keputusan yang terkadang terangkat	2								
		perasaan pesimisme, ketidakberdayaan, atau keputusan	3								



		hukuman atau tidak dengan jelas dikenali sebagai berlebihan									
15	Gejala psikotik	Tidak ada	0								
		ide-ide yang dinilai terlalu tinggi, misalnya, kritik diri atau pesimisme tanpa efek pada perilaku	1								
		ide-ide signifikan yang dinilai terlalu tinggi dengan efek yang jelas pada perilaku, misalnya, perasaan bersalah yang kuat, pikiran jernih bahwa orang lain akan lebih baik tanpa mereka	2								
		gejala psikotik yang jelas, misalnya delusi atau halusinasi	3								
16	Sifat lekas marah atau iritabilitas	Tidak ada	0								
		sedikit iritabilitas subjektif; mungkin tidak hadir secara terang-terangan	1								
		ketegasan verbal dan iritabilitas yang jelas terlihat di wawancara	2								
		laporan ledakan fisik, misalnya	3								



		melempar/memecah benda, atau ledakan verbal yang sangat kasar									
17	Labilitas	Tidak ada	0								
		laporan subjektif dari peningkatan ringan pada labilitas suasana hati	1								
		labilitas suasana hati terlihat jelas, intensitas sedang	2								
		labilitas suasana hati yang mencolok dan dominan, perubahan yang sering atau dramatis dalam suasana hati	3								
18	Drive motor meningkat	Drive motor normal	0								
		sedikit peningkatan dalam berkendara, tidak terlihat dalam wawancara	1								
		peningkatan energi dan dorongan yang jelas dan dapat diamati	2								
		peningkatan drive yang ditandai atau terus-menerus	3								
19	Peningkatan Bicara	Normal	0								
		sedikit peningkatan kecepatan atau kuantitas	1								



## G. Tempat dan Waktu Penelitian

### 1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah subjek yang berlokasi di Gunungpati, Semarang.

### 2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian di mulai pada 09 Juli 2020 dan berakhir pada 29 Juli 2020. Penelitian dilaksanakan dalam 3 fase yang didalamnya terdapat 8 sesi, dan pada setiap sesi akan dilaksanakan selama 60 menit. Berikut kegiatan yang dilakukan pada masing-masing fase:

- a) **Fase I** disebut juga sebagai **Baseline** yang terdiri atas 3 sesi yaitu:
  - Sesi 1** yaitu Baseline 1 : Bina hubungan yang baik dan dan nyaman
  - Sesi 2** yaitu Baseline 2 : Asesmen behavioral
  - Sesi 3** yaitu Baseline 3 : Psikoedukasi mengenai episode depresi gangguan bipolar dan treatmen mindfulness sufistik
- b) **Fase II** yang disebut sebagai **Treatment** yang terdiri atas 3 sesi yaitu:
  - Sesi 4** yaitu Treatment 1 : Treatment terapi mindfulness sufistik yang pertama
  - Sesi 5** yaitu Treatment 2 : Treatment terapi mindfulness sufistik yang kedua
  - Sesi 6** yaitu Treatment 3 : Treatment terapi mindfulness sufistik yang ketiga
- c) **Fase III** yang disebut juga sebagai **Follow Up** yang terdiri atas 2 sesi yaitu:
  - Sesi 7** yaitu Follow Up 1 : Pertemuan tindak lanjut atau evaluasi yang pertama
  - Sesi 8** yaitu Follow Up 2 : Pertemuan tindak lanjut atau evaluasi yang kedua

Adapun alokasi waktu yang dipergunakan dalam terapi mindfulness sufistik adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.2 Jadwal Pelaksanaan Terapi Mindfulness Sufistik**

No	Hari/Tanggal	Tempat	Waktu	Fase
1	Kamis, 09 Juli 2020	Rumah Subjek	16.00-17.00	Bina hubungan yang baik dan dan nyaman
2	Sabtu, 11 Juli 2020	Rumah Subjek	16.00-17.00	Asesmen behavioral
3	Senin, 13 Juli 2020	Rumah Subjek	16.00-17.00	Psikoedukasi mengenai episode depresi pada gangguan bipolar dan

				treatment mindfulness sufistik
4	Senin, 20 Juli 2020	Rumah Subjek	16.00-17.00	Treatment terapi mindfulness sufistik yang pertama
5	Selasa, 21 Juli 2020	Rumah Subjek	16.00-17.00	Treatment terapi mindfulness sufistik yang kedua
6	Rabu, 22 Juli 2020	Rumah Subjek	16.00-17.00	Treatment terapi mindfulness sufistik yang ketiga
7	Minggu, 26 Juli 2020	Rumah Subjek	16.00-17.00	Pertemuan tindak lanjut atau evaluasi yang pertama
8	Rabu, 29 Juli 2020	Rumah Subjek	16.00-17.00	Pertemuan tindak lanjut atau evaluasi yang kedua

## H. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data asesmen perilaku melibatkan pengumpulan dan penganalisan informasi data dalam rangka:

- a. mengidentifikasi dan mendeskripsikan perilaku subjek.
- b. mengidentifikasi sebab-musabab perilaku yang ada terjadi saat ini.
- c. memandu pemilihan penanganan perilaku yang tepat.
- d. mengevaluasi hasil-hasil penanganan.<sup>110</sup>

Proses terapi dilakukan sebanyak 8 sesi terapi dan dibagi menjadi tiga fase yaitu baseline (3 sesi), treatment (3 sesi), dan follow up (2 sesi). Adapun metode pengumpulan data adalah:

1. *Behavioral Interview*.

Hal ini dilakukan untuk mengetahui latar belakang terbentuknya depresi yang dialami subjek sebelum dan setelah intervensi dilakukan. Adapun garis besar pertanyaan yang diajukan ketika dilakukan interview ada di lampiran.

2. *Behavioral Observation* dengan Skala *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS).

---

<sup>110</sup>Garry Martin, Joseph Pear, *Modifikasi Perilaku; Makna dan Penerapannya*, Terj. Yudi Santos, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2015) hlm. 14

Pengukuran kondisi depresi untuk pengidap bipolar pada penelitian ini menggunakan kuesioner yang berupa skala *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS). Cara melengkapi alat ukur ini adalah dengan menanyakan kepada responden apakah mereka bersedia menjawab semua pertanyaan dengan memilih atau menentukan salah satu dari empat pilihan jawaban yang sesuai dengan subjek tersebut pada setiap elemen pernyataan. Setiap gejala memiliki tingkat intensitas sebagai berikut:

a = 0: tidak ada gejala

b = 1: ada gejala ringan

c = 2: ada gejala sedang

d = 3: ada gejala berat

Penilaian atau penskoran jawaban dari responden dilakukan dengan menjumlahkan seluruh skor yang diperoleh oleh responden. Jumlah total nilai yang diperoleh oleh responden akan menunjukkan tingkat depresi yang dimiliki oleh responden yang bersangkutan. Nilai total berkisar dari 0-40. Indikasinya adalah:

- a. Jumlah nilai 0-10: Naik turunnya perasaan ini tergolong normal
- b. Jumlah nilai 11-16: Gangguan mood ringan atau perasaan murung ringan
- c. Jumlah nilai 17-20: Batas depresi
- d. Jumlah nilai 21-30: Depresi rendah
- e. Jumlah nilai 31-40: Depresi sedang
- f. Jumlah nilai lebih dari 40: Depresi ekstrem

Penyebaran item pada skala depresi pada pengidap gangguan bipolar dapat dilihat pada table dibawah ini:

**Table 3.3 Blue Print Item Skala Gangguan Bipolar Episode Depresi**

No	Dimensi	Indikator	Nomor Item
1	Emosi	Keadaan Sedih	1
		Kegelisahan	8
		Anhedonia	9
		Flattening Affektif	10

		Kepatuhan dan Kehamilan	12
		Lekas Marah	16
		Labilitas	17
		Agitasi	20
2	Kognitif	Konsentrasi dan Memori	7
		Kesehatan	11
		Kesalahan	14
		Gejala Psikotik	15
		Pidato Meningkat	19
3	Motivasi	Pengurangan Keterliatan Sosial	4
		Pengurangan Energi dan Aktivitas	5
		Pengurangan Motivasi	6
		Pemikiran Bunuh Diri	13
4	Vegetatif dan Fisik	Gangguan Tidur	2
		Gangguan Nafsu Makan	3
		Peningkatan Drive Motorik	18
Jumlah Total Item			20

## I. Validitas dan Reabilitas Instrumen

### 1. Validitas Instrumen

Validitas berasal dari kata *validity* yang berarti ketepatan dan ketelitian alat ukur dalam menjalankan fungsi pengukurannya. Jika alat tersebut menyelesaikan fungsi pengukurannya atau memberikan hasil pengukuran yang sesuai dengan tujuan pengukuran, maka dapat dikatakan alat ukur tersebut memiliki tingkat validitas yang tinggi.<sup>111</sup> Oleh karena itu, jika suatu instrumen dapat mengukur apa yang seharusnya diukur, maka instrumen tersebut dikatakan valid.<sup>112</sup>

<sup>111</sup>Saifuddin Azwar, *Reliabilitas dan Validitas* (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2001) hlm. 5-6

<sup>112</sup>Sugiyono, *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D* (Bandung: Alfabeta, 2015) hlm. 121

Konsep validitas tes dapat dibedakan menjadi tiga macam yaitu validitas isi (*content validity*), validitas konstruk (*construct validity*), dan validitas empiris atau validitas kriteria. Konsep validitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah validitas isi (*content validity*), yaitu validitas yang menggambarkan sejauhmana item-item alat ukur mewakili komponen-komponen dalam keseluruhan kawasan isi objek yang hendak diukur (aspek representasi) dan sejauhmana item-item tersebut mencerminkan ciri perilaku yang hendak diukur (aspek relevansi).<sup>113</sup> Pengujian validitas ini dilakukan dengan cara meminta pendapat dari para ahli (*judgement experts*) dalam menelaah item pada skala *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS). Adapun hasil pengujian validitas pada penelitian ini merupakan adaptasi dari skala *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS) Syifa Triswidiastuty, Ahmad Rusdi, dan Rumiani Selvia (2019) dalam penelitiannya di Universitas Islam Indonesia yang berjudul “*Penurunan Simtom Depresi pada Pasien Bipolar Menggunakan Terapi Dzikir: Intervensi Klinis*” dengan validitas sebesar 0,719 dan nilai  $p=0,003$  ( $p<0.05$ ).<sup>114</sup>

## 2. Reabilitas Instrumen

Reabilitas merupakan terjemahan dari kata *reability* yang yang berasal dari kata *rely* dan *ability* yang berarti kepercayaan, keandalan, konsistensi, stabilitas dan sebagainya.<sup>115</sup> Tujuan dari uji realibilitas instrumen dilakukan adalah untuk mengetahui konsistensi dari instrumen sebagai alat ukur. Sehingga hasil suatu pengukuran dapat dipercaya.<sup>116</sup> Hasil pengukuran dapat dipercaya hanya apabila dalam beberapa kali pelaksanaan pengukuran terhadap kelompok subjek yang sama diperoleh hasil yang relatif sama, selama aspek yang diukur dalam diri subjek memang belum berubah. Dalam hal ini, relatif sama berarti tetap adanya toleransi adanya perbedaan-perbedaan kecil diantara hasil beberapa kali pengukuran. Apabila

---

<sup>113</sup>Zulkifli Matondang, “Validitas dan Reliabilitas Suatu Instrumen Penelitian”, *Jurnal Tabularasa PPS Unimed*, Vol.6 No.1, Juni, 2009.hlm. 89-90

<sup>114</sup>Syifa Triswidiastuty, Ahmad Rusdi, Rumiani, “Penurunan Simtom Depresi pada Pasien Bipolar Menggunakan Terapi Dzikir: Intervensi Klinis”, *Jurnal Psikologi Sains dan Profesi*, Vol.3 No.1. Universitas Islam Indonesia, 2019.hlm. 46

<sup>115</sup>Saifuddin Azwar, *Reliabilitas dan Validitas*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2001) hlm. 4

<sup>116</sup>Nana Syaodih Sukmadinata, *Metode Penelitian Pendidikan*, (Bandung: PT. Remaja Rosdakarya, 2010) hlm. 229

perbedaan itu terlalu besar dari waktu ke waktu, maka hasil pengukuran tidak dapat dipercaya dan dikatakan sebagai tidak reliabel.<sup>117</sup>

Rentang koefisien reliabilitas berada 0-1.00. Semakin tinggi koefisien reliabilitas mendekati angka 1.00 berarti semakin tinggi reliabilitas. Sebaliknya, jika koefisien reliabilitas semakin rendah mendekati angka 0 berarti semakin rendah reliabilitas. Berikut merupakan kriteria koefisien reliabilitas *Alpha Cronbach Guildford*. Berikut table koefisien Reabilitas *Alpha Cronbach*:

**Table 3.4 Koefisien Reabilitas Alpha Cronbach**

Nilai	Kriteria
>0,900	Sangat Reliable
0,700 –0,900	Reliable
0,400 –0,700	Cukup Reliable
0,200 –0,400	Kurang Reliable
< 0,200	Tidak Reliable

Dengan mengacu pada kategorisasi koefisien reliabilitas *alpha cronbach* di atas, diperoleh kesimpulan bahwa kedua instrument yang diuji cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data. Adapun hasil pengujian skala *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS) pada penelitian ini merupakan adaptasi dari skala *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS) Syifa Triswidiastuty, Ahmad Rusdi, dan Rumiani Selvia (2019) dalam penelitiannya di Universitas Islam Indonesia yang berjudul “*Penurunan Simtom Depresi pada Pasien Bipolar Menggunakan Terapi Dzikir: Intervensi Klinis*” dengan reliabilitas sebesar 0,917.<sup>118</sup>

## J. Teknik Analisis Data

Analisis data hasil eksperimen kasus tunggal umumnya menggunakan analisis grafik, dan kriteria utama efektivitas hasil eksperimen biasanya adalah signifikansi klinis, bukan

<sup>117</sup>Saifuddin Azwar, *op.cit.*

<sup>118</sup>Syifa Triswidiastuty, Ahmad Rusdi, Rumiani, *Penurunan Simtom Depresi pada Pasien Bipolar Menggunakan Terapi Dzikir: Intervensi Klinis*. Jurnal Psikologi Sains dan Profesi Vol. 3, No. 1. Universitas Islam Indonesia, 2019.hlm. 46



signifikansi statistik. Analisis statistik menjadi pelengkap yang sangat membantu pada analisis visual.<sup>119</sup>

Teknik analisis dalam penelitian ini adalah menggunakan analisis grafik. Grafik berfungsi: Pertama, evaluasi dibuat sehubungan dengan mutu desain. Kedua, dibuat untuk penilaian terhadap keefektifan perlakuan (intervensi). Jadi kriteria utama efektivitas hasil eksperimen ini adalah *signifikansi klinis* (efek terapi). Selanjutnya, data *interview* anamnesa, data observasi, dan data *self report* terkait pikiran, perasaan, perilaku, dan kondisi fisiologis saat intervensi, akan dipaparkan secara diskriptif.

## **K. Prosedur Penelitian**

Adapun langkah-langkah yang ditempuh dalam penelitian eksperimen meliputi:

1. Merancang modul panduan pelaksanaan terapi mindfulness sufistik.
2. Melakukan asesmen pada responden, mengukur tingkat depresi responden, dan menentukan jadwal eksperimen.
3. Mengajukan surat pernyataan kesediaan dan *informed consent* pada subjek.
4. Memberikan materi tentang mindfulness dan gangguan bipolar episode depresi pada subjek.
5. Memberikan terapi mindfulness sufistik dengan fase *baseline, treatment, dan follow up*.
6. Menganalisis data observasi dan jawaban kuesioner (skala) yang telah terkumpul.

---

<sup>119</sup>Latipun, *Psikologi Eksperimen*, (Malang: UMM Pres, 2002) hlm. 140

## BAB IV

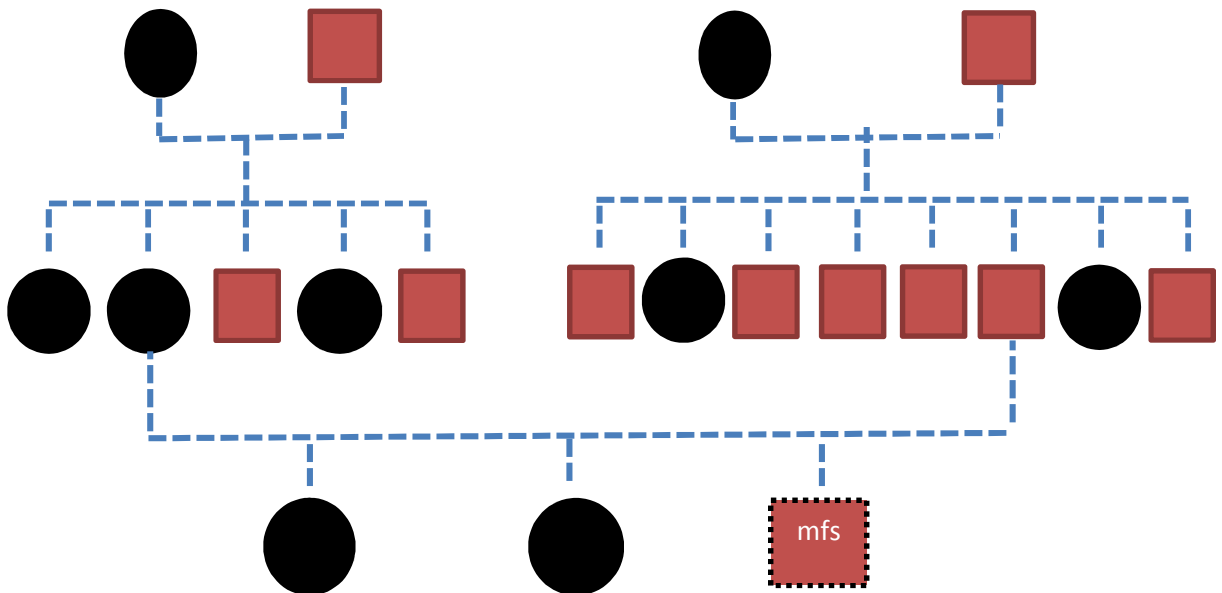
### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Deskripsi Kasus

##### 1. Identitas Subjek

Nama (inisial) : MFS  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Tempat, tanggal lahir : Semarang, 19 Februari 1996  
Usia : 24 tahun  
Pendidikan : Mahasiswi  
Alamat : Gunungpati, Semarang  
Agama : Islam

##### 2. Genogram



Keterangan:



: Laki-laki



: Perempuan



: Subjek MFS



: Garis keluarga

### 3. Anamnesa (Latar Belakang Subjek)

MFS merupakan putri dari Alm. Bapak Surarno, pada masa akhir Sekolah Menengah Pertama (SMP) MFS mengalami gejala-gejala yang mengindikasikan adanya depresi seperti sering menangis, mengurung diri dikamar serta tidak mau makan yang disebabkan adanya suatu konflik yang tidak bisa MFS ceritakan pada peneliti. Ibu MFS mulai merasa panik ketika MFS menunjukkan gejala depresi hingga tidak mau makan selama 2 hari dan menceritakan hal tersebut kepada tantenya MFS. Tante MFS menyarankan ibunya agar membawa MFS ke RSUP. Dr. Kariadi Semarang untuk memastikan apa yang terjadi secara medis ke dokter, dan dari hasil pemeriksaan diketahui ternyata MFS dinyatakan depresi oleh pihak rumah sakit. Setelah memperoleh obat yang pertama MFS memutuskan untuk berhenti minum obat dan tidak melanjutkannya karena MFS masih menyangkal penyakit yang di deritanya. Hal ini dapat dibuktikan dengan pernyataan subjek berikut ini:

“Waktu itu kelas 3 SMP aku sering nangis dan mengurung diri gak mau makan, dikarenakan ada suatu konflik. Sampai aku gak mau makan selama dua hari, kemudian ibuku cerita sama tanteku, dan tanteku menyuruh ibuku untuk membawa ku ke RS. Kariadi, ternyata aku depresi.”<sup>120</sup>

<sup>120</sup>Wawancara Behavior dengan subjek MFS, Semarang, Kamis 09 Juli 2020

“Aku cuman mengkonsumsi obat satu kali pertemuan, habis itu aku lepas obat dikarenakan aku masih takut sebab masih kecil, dan saat itu aku juga masih menolak fakta atau menyangkal keadaan bahwa aku tidak sakit, aku sehat baik-baik saja.”<sup>121</sup>

MFS memutuskan untuk melanjutkan jenjang Sekolah Menengah Atas (SMA) di salah satu pondok X di Jawa Timur dengan harapan memperoleh ketenangan. Namun yang terjadi justru sebaliknya. Setahun kemudian MFS pindah sekolah yang berada di dekat rumahnya, namun di sana dia merasa terasingkan, MFS merasa berada di lingkungan yang berbeda dengan dunianya, disisi lain MFS juga masih menyangkal penyakit yang ia derita. Hal tersebutlah yang membuat keadaan MFS justru semakin terpuruk. Puncaknya terjadi ketika MFS memasuki semester 2 perkuliahan, masalah-masalah baru bermunculan disebabkan oleh konflik batin yang dialaminya, ditambah fakta bahwa ayahnya dinyatakan tidak dapat bertahan hidup lebih lama sebab penyakit yang di deritanya. MFS mulai mengurung diri di kos, memutuskan komunikasi dengan teman-temannya, tidak nafsu makan, berhenti mengikuti perkuliahan, hingga berfikir untuk mengakhiri hidupnya. Hal ini berlangsung selama dua minggu, hingga di titik MFS merasa ada sesuatu yang terjadi pada dirinya. MFS kemudian memberanikan diri untuk menemui psikiater dan mendapati fakta bahwa dirinya mengidap bipolar campuran, kecemasan dan psikosomatis, namun fakta ini belum diketahui oleh keluarganya. Satu bulan kemudian MFS merasa tidak mampu untuk membiayai biaya konsultasi dan obatnya. Akhirnya MFS memutuskan untuk memberitahu keluarganya tentang penyakit yang dialami, disitulah dukungan keluarga ia dapatkan. Hal ini dapat dibuktikan dengan pernyataan subjek berikut ini:

“Setelah mengkonsumsi obat satu kali pertemuan dan melanjutkan hari-hari ku dengan menolak fakta dan menyangkal keadaan bahwa aku tidak sakit, aku tidak gila, aku sehat. Saat memasuki jenjang SMA Aku sengaja memilih untuk tinggal di

---

<sup>121</sup>Wawancara Behavior dengan subjek MFS, Semarang, Kamis 09 Juli 2020

pondok pesantren X di Jawa Timur. Hal ini aku lakukan dengan harapan aku bisa memperoleh ketenangan disana, namun yang aku dapatkan justru sebaliknya.”

“Setelah satu tahun aku SMA di pondok pesantren X di Jawa Timur, aku memutuskan untuk pindah sekolah di dekat rumah. Namun ternyata disekolah baru tersebut aku merasa terasingkan sebab ketika aku berinteraksi tidak nyambung dengan teman-teman baruku, mungkin karena latar belakang mereka berbeda dengan ku, dan saat itulah aku merasa berada di lingkungan yang berbeda dengan dunia mereka.”

“Saat perkuliahan di semester dua ada fase dimana aku takut buat ketemu orang, akhirnya aku mengurung diri di kos. Aku tidak nafsu makan, yang aku makan hanyalah kripik pisang. Aku di suruh masuk kuliah sama teman ku, sampai pintu kosku di ketuk-ketuk tapi aku gak jawab perkataan temanku. Akhirnya aku ada pikiran bunuh diri setiap harinya, dan aku takut akan hal tersebut karena semua itu berlangsung selama dua minggu.”

“Maka timbul rasa kesadaran dalam diriku untuk pergi ke psikiater, dikarenakan aku banyak tekanan ditambah waktu itu bapakku kan umurnya tidak lama lagi. Kemudian aku stres karena orang yang paling dekat dengan bapak kan aku. Bapak juga sempat pernah bilang gak siap mati soalnya aku masih butuh bapak. Selain itu juga dikarenakan kuliahku berantakan, aku melihat diriku sudah bahaya banget, aku sakit dan aku langsung pergi ke psikiater dan hasilnya aku terkena gangguan bipolar episode campuran, kecemasan dan psikosomatis. Saat itu belum ada yang mengetahui tentang penyakit ini sampai pada saat aku tidak kuat lagi untuk membayar biaya konsultasi serta obatnya. Akhirnya aku cerita ke keluargaku, dan bagusnya mereka mendukung apa yang aku lakukan.”<sup>122</sup>

MFS sempat berganti-ganti psikiater dan berhenti minum obat karena merasakan adanya perurunan kognitif pada dirinya, namun tanpa disadari hal

---

<sup>122</sup>Wawancara Behavior dengan subjek MFS, Semarang, Sabtu 11 Juli 2020

tersebut justru sebenarnya memperburuk kondisi kesehatannya, ditambah pandangan negatif dari teman-teman kampusnya karena MFS jarang mengikuti perkuliahan. Akibatnya MFS justru didiagnosa bipolar episode depresi karena dosis obat yang berganti-ganti sebab ketidakteraturannya, MFS bahkan sempat mengalami tegang dan kejang-kejang pada saat proses penyesuaian dosis obat yang dilakukan. Saat ini MFS mencoba untuk kembali mengubah pola hidupnya dengan mengonsumsi obatnya secara teratur meskipun terkadang masih timbul rasa malas untuk mengonsumsi obatnya. Hal ini dapat dibuktikan dengan pernyataan subjek berikut ini:

“Aku ke psikiater tahun 2016 kemudian berhenti mengonsumsi obat dan konsultasi pada tahun 2017, trus pergi ke psikater baru dan minum obat lagi tahun 2018, dan pada tahun 2019 aku berhenti mengonsumsi obat dan berhenti konsultasi lagi selama satu tahun, dan tahun 2020 ini aku baru mulai mengonsumsi obat dengan pergi ke psikiater baru lagi.”

“Aku melakukan itu semua sebab aku sebel dikarenakan aku merasa sejak aku minum obat itu kognitif ku kena, semua hafalan ku hilang, dan pikiranku lebih lamban. Tapi mau gak mau aku harus tetap mengonsumsi obat, dan semoga tahun depan aku gak berhenti soalnya tahun kemarin aja (2019) karena berhenti minum obat dan mencoba untuk memulainya kembali aku tegang dan sempat kejang-kejang, itu dikarenakan dosis obatnya sudah beda sebab aku berhenti satu tahun jadinya dosisnya ngulang dari awal dan penyesuaian lagi. Maka dari itu aku ga mau berhenti minum obat lagi, dan semoga tahun depan aku bisa konsisten minum obat, soalnya aku ga mau kondisiku lebih parah lagi dan terkena skizofrenia, ini aja saat ini aku sudah kena bipolar episode depresi.”<sup>123</sup>

Gangguan mental sudah dialami MFS selama 8 tahun yang diawali dengan diagnosis depresi, kemudian pada tahun 2015 gejala yang dirasakan MFS semakin buruk dan MFS didiagnosis menderita bipolar campuran, kecemasan dan psikosomatis.

---

<sup>123</sup>Wawancara Behavior dengan subjek MFS, Semarang, Senin 13 Juli 2020

## B. Deskripsi Hasil dan Eksperiment

### 1. Data Pengukuran

Berikut adalah data hasil pengukuran eksperimen yang dilaksanakan di rumah subjek MFS yang terletak di daerah Gunungpati Semarang. Proses pengumpulan data dan treatment dilakukan menggunakan metode observasi dan wawancara yang diperoleh peneliti selama 8 kali pertemuan yang terbagi menjadi 3 sesi yaitu sesi baseline, sesi treatment dan sesi follow up, dimulai pada tanggal 09 Juli 2020 sampai pada tanggal 29 Juli 2020. Adapun hasil penelitian disajikan dalam bentuk grafik seperti dibawah ini:

**Tabel 4.1 Data Pengukuran Gangguan Bipolar Episode Depresi Berdasarkan *Bipolar Depression Rating Scale (BDRS)***

No	Aspek	Gejala	skor	Intensitas							
				baseline			treatment			Followup	
1	Gangguan mood	Subjek tidak merasakan apa-apa	0								
		Periode depresi sigkat atau sementara, atau suasana hati yang sedikit tertekan	1								
		Suasana hati yang tertekan jelas tetapi tidak secara konsisten hadir dan emosi diekspresikan, atau depresi dengan intensitas sedang	2	√	√	√	√	√	√	√	√
		Suasana hati depresi yang meresap atau terus menerus dengan	3								





		memaksakan diri untuk makan atau melaporkan bahwa makanan telah kehilangan rasa									
		Beberapa penurunan asupan makan	2								
		Penurunan asupan makanan yang nyata, hampir tidak makan	3								
		<i>Menambah nafsu makan</i>	0								
		Tidak menambah nafsu makan									
		Tidak ada perubahan asupan makanan, tetapi rasa lapar meningkat	1								
		Beberapa peningkatan asupan makanan, misalnya, kenyamanan makan	2								
		Peningkatan mencolok dalam asupan makanan atau mengidam	3								
4	Pengurangan keterlibatan sosial	Normal	0								
		sedikit pengurangan dalam keterlibatan sosial tanpa gangguan dalam interaksi sosial	1	√			√	√	√	√	√

		atau fungsi antarpribadi								
		pengurangan yang jelas dalam keterlibatan sosial dengan beberapa fungsional gejala sisa, misalnya, menghindari beberapa keterlibatan sosial atau percakapan	2		√	√				
		pengurangan yang nyata dalam interaksi sosial atau penghindaran hampir semua bentuk kontak sosial, misalnya menolak menjawab telepon atau bertemu teman atau keluarga	3							
5	Pengurangan energi aktivitas	Tidak ada	0							
		mampu melakukan aktivitas biasa tetapi dengan usaha yang meningkat	1	√	√		√	√	√	√
		pengurangan energi yang signifikan yang mengarah pada pengurangan beberapa aktivitas spesifik peran	2			√				
		kelumpuhan atau penghentian hampir	3							





		menggangu aktivitas biasa; atau serangan panic									
9	Anhedonia	Tidak ada	0								
		sedikit pengurangan kesenangan dari aktivitas yang biasanya menyenangkan	1	√	√		√	√	√	√	√
		pengurangan kesenangan secara signifikan dari aktivitas yang biasanya menyenangkan dari kegiatan terisolasi dipertahankan	2			√					
		ketidakmampuan total untuk mengalami kesenangan	3								
10	Flattening afektif	Tidak ada	0								√
		sedikit penyempitan jangkauan afek, atau pengurangan sementara dalam jangkauan atau intensitas perasaan	1	√	√		√	√	√	√	
		penyempitan signifikan jangkauan atau intensitas perasaan dengan pelestarian beberapa emosi, misalnya, tidak bisa menangis	2			√					

		penyempitan yang nyata dan meluas dari jangkauan afek atau ketidakmampuan untuk mengalami emosi biasa	3									
11	Ketidakberhargaan	Tidak ada	0									
		sedikit penurunan rasa harga diri	1	√	√	√	√	√	√	√	√	
		beberapa pemikiran tentang ketidakberhargaan dan penurunan harga diri	2									
		perasaan tidak berharga yang nyata, meresap, atau terus-menerus, misalnya, merasa orang lain lebih baik tanpa mereka, tidak dapat menghargai atribut positif	3									
12	Ketidakberdayaan dan Keputusan	Tidak ada	0									
		sesekali dan perasaan ringan tidak mampu mengatasi seperti biasa atau pesimisme	1	√	√		√	√	√	√	√	
		sering merasa tidak mampu mengatasi, atau perasaan tidak berdaya yang signifikan atau keputusan yang terkadang terangkat	2			√						



		terus-menerus, misalnya, perasaan pantas menerima hukuman atau tidak dengan jelas dikenali sebagai berlebihan									
15	Gejala psikotik	Tidak ada	0	v	v	v	v	v	v	v	v
		ide-ide yang dinilai terlalu tinggi, misalnya, kritik diri atau pesimisme tanpa efek pada perilaku	1								
		ide-ide signifikan yang dinilai terlalu tinggi dengan efek yang jelas pada perilaku, misalnya, perasaan bersalah yang kuat, pikiran jernih bahwa orang lain akan lebih baik tanpa mereka	2								
		gejala psikotik yang jelas, misalnya delusi atau halusinasi	3								
16	Sifat lekas marah atau iritabilitas	Tidak ada	0		v		v	v	v	v	v
		sedikit iritabilitas subjektif; mungkin tidak hadir secara terang- terangan	1	v		v					
		ketegasan verbal dan iritabilitas yang jelas terlihat di	2								





19	Peningkatan Bicara	Normal	0	√	√	√		√	√	√	√	
		sedikit peningkatan kecepatan atau kuantitas bicara	1				√					
		pemikiran yang cepat, secara signifikan lebih banyak bicara, jelas dapat dialihkan, atau beberapa keadaan; tidak menghalangi wawancara	2									
		pelarian ide; mengganggu wawancara	3									
20	Agitasi atau kegelisahan	Normal	0	√	√	√	√	√	√	√	√	
		sedikit gelisah	1									
		peningkatan jelas dalam tingkat agitasi	2									
		agitasi yang nyata, misalnya, hampir terus menerus mondar-mandir atau meremas-remas tangan	3									

Pengukuran data diatas memperlihatkan pada aspek 1 yaitu gangguan mood skor yang diperoleh subjek MFS tetap sama pada setiap sesinya yaitu skor 2 tanpa adanya perubahan yang menandakan suasana hati yang tertekan jelas tetapi tidak secara konsisten hadir dan emosi diekspresikan, atau depresi dengan intensitas sedang.

Lalu pada aspek nomor 2 yaitu gangguan tidur, skor yang diperoleh subjek pada sesi baseline 1 dan baseline 2 ialah insomnia 3 yang mengartikan bahwa subjek mengalami gangguan tidak bisa tidur selama lebih dari 4 jam. Kemudian pada sesi baseline 3 skor yang diperoleh subjek mengalami perubahan dari insomnia 3 menjadi hipersomnia 3, hal ini dikarenakan pengaruh obat yang di minum subjek. Selanjutnya

pada sesi treatment 1 hingga sesi follow up 2 skor subjek berubah menjadi 2 hipersomnia yang menandakan intensitas waktu tidur subjek melebihi 2 jam namun kurang dari 4 jam. Hal ini mungkin disebabkan oleh pengaruh kesesuaian obat yang dikonsumsi subjek dan adanya pengaruh pemberian treatment terapi mindfulness sufistik pada diri subjek.

Selanjutnya pada aspek nomor 3 yaitu gangguan makan, pada aspek ini terlihat skor yang diperoleh subjek MFS tidak mengalami penurunan ataupun peningkatan. Skor pada aspek ini yaitu gangguan makan (kehilangan nafsu makan) menunjukkan angka 1 yang berarti subjek tidak ada perubahan dalam asupan makan, tetapi subjek harus memaksakan diri untuk makan atau subjek melaporkan bahwa makanan telah kehilangan rasa.

Selanjutnya pada aspek nomor 4 yaitu pengurangan keterlibatan sosial, pada aspek ini terlihat bahwa adanya kenaikan dan penurunan skor. Hal ini bisa dilihat saat sesi baseline 1 skor menunjukkan angka 1 dengan gejala sedikit pengurangan dalam keterlibatan sosial tanpa gangguan dalam interaksi sosial atau fungsi antarpribadi. Kemudian pada baseline 2 dan baseline 3 skor naik menjadi 2 yang berarti gejala yang dialami subjek meningkat seperti pengurangan yang jelas dalam keterlibatan sosial dengan beberapa fungsional gejala sisa, misalnya, menghindari beberapa keterlibatan sosial atau percakapan. Kemudian pada sesi treatment 1 hingga sesi follow up 2 skor mengalami penurunan menjadi 1. Kenaikan skor pada aspek ini dapat terjadi dikarenakan adanya pengaruh dari luar yaitu pengaruh obat yang sedang dikonsumsi oleh subjek yang menyebabkan pengurangan yang jelas dalam keterlibatan subjek terhadap lingkup sosialnya. Dan adanya penurunan skor juga dikarenakan adanya efek pengaruh obat yang telah subjek konsumsi serta adanya konsultasi terhadap psikiater subjek setelah pertemuan sesi baseline ke 3.

Selanjutnya pada aspek nomor 5 yaitu pengurangan energi dan aktivitas skor yang diperoleh subjek pada sesi baseline 1 dan baseline 2 sebanyak 1 yang berarti bahwa subjek mampu melakukan aktivitas biasa tetapi dengan usaha yang meningkat, namun pada sesi baseline 3 skor mengalami kenaikan menjadi 2 yang menunjukkan pengurangan energi yang signifikan yang mengarah pada pengurangan beberapa aktivitas spesifik peran. Lalu pada sesi treatment 1 skor menurun menjadi 1

hingga pada sesi follow up 2. Sama seperti aspek sebelumnya, adanya kenaikan skor pada aspek ini pada sesi baseline 3 dikarenakan efek pengaruh kesesuaian obat yang saat itu sedang subjek konsumsi, dan adanya penurunan skor juga dikarenakan efek pengaruh obat yang telah subjek konsumsi serta adanya konsultasi ke psikiater yang dilakukan subjek setelah sesi baseline 3.

Selanjutnya pada aspek nomor 6 yaitu pengukuran motivasi skor yang diperoleh subjek pada sesi baseline 1 hingga treatment 1 sebanyak 2 yang mengartikan bahwa motivasi atau dorongan berkurang dengan kemauan yang berkurang secara signifikan aktivitas atau membutuhkan upaya substansial untuk mempertahankan tingkat fungsi yang biasa. Kemudian pada sesi treatment 2 hingga follow up 2 skor mengalami penurunan menjadi 1 yang berarti sedikit penurunan motivasi tanpa pengurangan fungsi. Adanya penurunan skor pada aspek ini dikarenakan 2 hal, yang pertama dikarenakan adanya konsultasi subjek ke psikiater setelah pertemuan sesi baseline 3 dan yang ke 2 dikarenakan adanya pengaruh treatment terapi mindfulness suistik yang subjek lakukan atas arahan dari peneliti.

Selanjutnya pada aspek nomor 7 yaitu gangguan konsentrasi dan memori skor yang diperoleh subjek pada sesi baseline 1 hingga baseline 3 sebanyak 2 yang mengartikan bahwa gangguan perhatian, konsentrasi, atau kelupaan yang signifikan dengan beberapa gangguan fungsional. Kemudian pada sesi treatment 1 hingga follow up 2 skor yang dialami subjek mengalami penurunan menjadi 1 yang menunjukkan bahwa subjek mengalami sedikit gangguan perhatian, konsentrasi, atau memori tanpa gangguan fungsional. Adanya penurunan skor pada aspek ini dikarenakan 2 hal, yang pertama dikarenakan adanya konsultasi subjek ke psikiater setelah pertemuan sesi baseline 3 dan yang ke 2 dikarenakan adanya pengaruh treatment terapi mindfulness suistik yang subjek lakukan atas arahan dari peneliti.

Selanjutnya pada aspek nomor 8 yaitu aspek kecemasan skor yang diperoleh subjek pada sesi baseline 1 dan baseline 2 yaitu 1 yang berarti kekhawatiran atau ketegangan sementara tentang hal-hal kecil. Kemudian pada sesi baseline 3 skor mengalami kenaikan menjadi 2 yang mengartikan bahwa kecemasan, ketegangan, atau kekhawatiran yang signifikan, atau beberapa fitur somatik yang menyertainya. Lalu pada sesi treatment 1 hingga sesi treatment 3 skor mengalami penurunan menjadi

1, dan pada sesi follow up 1 dan follow up 2 skor mengalami penurunan lagi menjadi 0 yang mengartikan bahwa subjek tidak mengalami kecemasan. Adanya kenaikan skor pada aspek ini pada sesi baseline 3 dikarenakan efek pengaruh kesesuaian obat yang saat itu sedang subjek konsumsi, dan adanya penurunan skor juga di karenakan efek pengaruh obat yang telah subjek konsumsi serta adanya konsul ke psikiater yang di lakukan subjek setelah sesi baseline 3. Dan adanya penurunan pada sesi follow up 1 dan follow up 2 dikarenakan adanya pengaruh dari efek treatment terapi mindfulness sufistik yang subjek lakukan atas panduan dari peneliti.

Selanjutnya pada aspek nomor 9 yaitu aspek anhedonia, skor yang diperoleh subjek pada sesi baseline 1 dan baseline 2 yaitu 1 yang menandakan bahwa sedikit pengurangan kesenangan dari aktivitas yang biasanya menyenangkan. Kemudian pada sesi baseline 3 skor mengalami kenaikan menjadi 2 yang menandakan bahwa pengurangan kesenangan secara signifikan dari aktivitas yang biasanya menyenangkan dari kegiatan terisolasi dipertahankan. Lalu pada sesi treatment 1 skor kembali turun ke 1 sampai sesi followup 2. Sama seperti aspek sebelumnya, adanya perubahan kenaikan skor pada aspek ini pada sesi baseline 3 dikarenakan efek pengaruh kesesuaian obat yang saat itu sedang subjek konsumsi, dan adanya penurunan skor juga di karenakan efek pengaruh obat yang telah subjek konsumsi serta adanya konsul ke psikiater yang di lakukan subjek setelah sesi baseline 3.

Selanjutnya pada aspek nomor 10 yaitu aspek flattening afektif, skor yang diperoleh subjek pada sesi baseline 1 dan baseline 2 ialah skor 1 yang memiliki arti bahwa sedikit penyempitan jangkauan afek, atau pengurangan sementara dalam jangkauan atau intensitas perasaan. Kemudian pada sesi baseline 3 skor mengalami kenaikan menjadi 2 yang berarti penyempitan signifikan jangkauan atau intensitas perasaan dengan pelestarian beberapa emosi, misalnya, tidak bisa menangis. Lalu pada sesi treatment 1 skor turun menjadi 1 hingga sesi follow up 1, dan pada sesi terakhir yaitu sesi follow up 2 skor mengalami penurunan lagi menjadi 0 yang mengartikan bahwa normal atau tidak adanya gangguan flattening afektif. Adanya kenaikan skor pada aspek ini pada sesi baseline 3 dikarenakan efek pengaruh kesesuaian obat yang saat itu sedang subjek konsumsi, dan adanya penurunan skor juga di karenakan efek pengaruh obat yang telah subjek konsumsi serta adanya

konsul ke psikiater yang dilakukan subjek setelah sesi baseline 3. Dan adanya penurunan pada sesi follow up 2 dikarenakan adanya pengaruh dari efek treatment terapi mindfulness sufistik.

Selanjutnya pada aspek nomor 11 yaitu aspek ketidakberhargaan, skor yang diperoleh subjek dari sesi baseline 1 hingga sesi follow up 2 mengalami kestabilan atau yang berarti tidak skor tidak naik maupun turun. Skor pada aspek ini dari sesi baseline 1 hingga sesi follow up 2 menunjukkan angka 1 yang berarti subjek sedikit penurunan rasa harga diri.

Selanjutnya pada aspek nomor 12 yaitu aspek ketidakberdayaan dan keputusasaan, skor yang diperoleh subjek pada sesi baseline 1 hingga sesi baseline 2 yaitu skor 1 yang menandakan bahwa adanya sedikit penurunan harga diri atau peningkatan kritik diri pada diri subjek. Kemudian pada sesi baseline 3 skor mengalami kenaikan menjadi 2 yang berarti subjek sering merasa tidak mampu mengatasi, atau perasaan tidak berdaya yang signifikan atau keputusasaan yang terkadang terangkat. Lalu pada sesi selanjutnya yaitu sesi treatment 1 hingga follow up 2 skor subjek mengalami penurunan menjadi 1. Adanya kenaikan skor pada aspek ini pada sesi baseline 3 dikarenakan efek pengaruh kesesuaian obat yang saat itu sedang subjek konsumsi, dan adanya penurunan skor juga dikarenakan efek pengaruh obat yang telah subjek konsumsi serta adanya konsul ke psikiater yang dilakukan subjek setelah sesi baseline 3, serta adanya pengaruh dari treatment terapi mindfulness sufistik yang subjek lakukan atas panduan peneliti.

Selanjutnya pada aspek nomor 13 yaitu aspek pemikiran bunuh diri, skor yang diperoleh subjek pada sesi baseline 1 hingga sesi follow up 2 mengalami kestabilan yang menandakan bahwa skor tidak mengalami kenaikan ataupun penurunan. Skor 1 yang diperoleh subjek pada aspek ini mengartikan bahwa subjek berpikir bahwa hidup ini tidak berharga atau tidak berarti.

Selanjutnya pada aspek nomor 14 yaitu aspek rasa bersalah, skor yang diperoleh subjek pada aspek ini mengalami kenaikan pada baseline 3 dan kembali turun ke skor semula yaitu skor 1 pada sesi treatment 1 hingga sesi follow up 2. Skor pada sesi baseline 1 dan baseline 2 menunjukkan angka 1 yang menandakan bahwa subjek sedikit penurunan harga diri atau peningkatan kritik diri. Kemudian pada sesi

baseline 3 skor naik menjadi 2 yang memiliki arti pemikiran yang signifikan tentang kegagalan, kritik diri, ketidakmampuan untuk mengatasi, atau perenungan tentang kegagalan masa lalu dan pengaruhnya terhadap orang lain; mampu mengenali sebagai berlebihan. Lalu pada sesi treatment 1 skor turun menjadi 1 hingga sesi follow up 2. adanya kenaikan skor pada aspek ini pada sesi baseline 3 dikarenakan efek pengaruh kesesuaian obat yang saat itu sedang subjek konsumsi, dan adanya penurunan skor juga di karenakan efek pengaruh obat yang telah subjek konsumsi serta adanya konsul ke psikiater yang di lakukan subjek setelah sesi baseline 3, serta adanya pengaruh dari treatment terapi mindfulness sufistik yang subjek lakukan atas panduan peneliti.

Selanjutnya pada aspek nomor 15 yaitu gejala psikotik, skor yang diperoleh subjek pada aspek ini ialah 0 yang menandakan bahwa subjek tidak mengalami gejala psikotik. Dari sesi baseline 1 hingga sesi follow up 2 skor yang diperoleh subjek sama yaitu 0.

Selanjutnya pada aspek nomor 16 yaitu sifat lekas marah atau iritabilitas, skor yang diperoleh subjek pada aspek ini di sesi baseline 1 ialah 1 yang menandakan bahwa subjek sedikit iritabilitas subjektif; mungkin tidak hadir secara terang-terangan. Kemudian pada sesi baseline 2 skor mengalami penurunan menjadi 0 yang mengartikan bahwa subjek tidak mengalami gejala iritabilitas. Namun pada sesi baseline 3 skor mengalami kenaikan kembali menjadi 1, lalu pada sesi treatment 1 hingga sesi follow up 2 skor mengalami penurunan lagi menjadi skor 0. Adanya kenaikan skor yang dialami subjek pada sesi baseline 3 dapat dikarenakan adanya pengaruh adaptasi obat yang saat itu subjek konsumsi, serta adanya penurunan skor pada sesi treatment 1 hingga sesi followup 2 dikarenakan adanya konsul ke psikiater yang di lakukan subjek setelah sesi baseline 3, serta adanya pengaruh dari treatment terapi mindfulness sufistik yang subjek lakukan atas panduan peneliti.

Selanjutnya pada aspek nomor 17 yaitu labilitas, skor yang diperoleh subjek pada sesi baseline 1 hingga sesi follow up 2 ialah 0 yang mendakan subjek tidak sedang mengalami gejala labilitas.

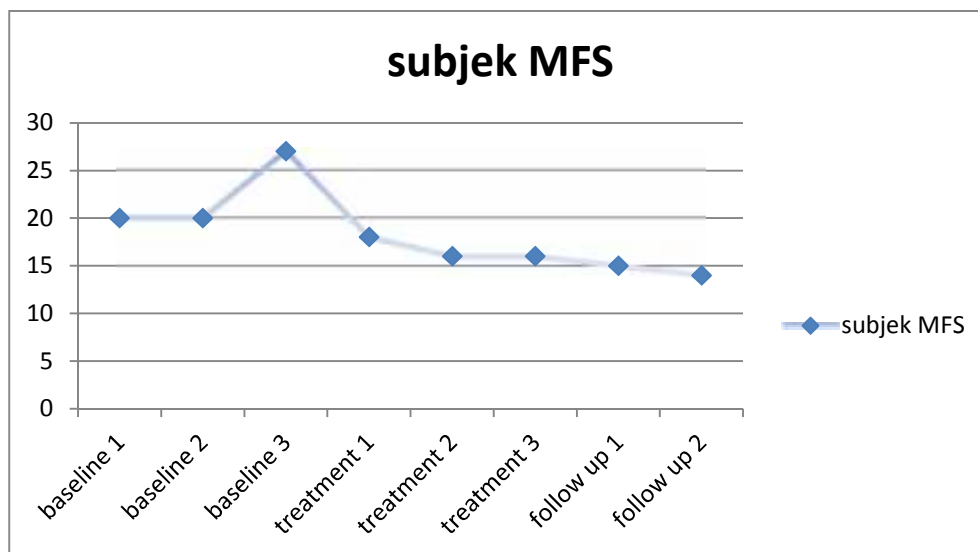
Selanjutnya pada aspek nomor 18 yaitu drive motor meningkat, skor yang diperoleh subjek pada sesi baseline 1 hingga sesi follow up 2 ialah 0 yang mendakan subjek tidak sedang mengalami gejala drive motor meningkat.

Selanjutnya aspek nomor 19 yaitu peningkatan bicara, skor yang diperoleh subjek pada sesi baseline 1 hingga baseline 3 ialah 0 yang mengartikan bahwa subjek tidak mengalami gejala peningkatan bicara. Kemudian pada sesi treatment 1 skor subjek mengalami kenaikan menjadi 1 yang berarti subjek sedang mengalami sedikit peningkatan kecepatan atau kuantitas bicara. Namun pada sesi selanjutnya yaitu sesi treatment 2 hingga sesi follow up 2 skor subjek kembali menurun menjadi 0. Adanya kenaikan skor pada sesi treatment 1 dikarenakan adanya efek awal pengaruh treatment terapi mindfulness sufistik yang subjek lakukan. Kemudian pada sesi selanjutnya skor kembali 0 atau normal.

Selanjutnya aspek terakhir yaitu aspek agitasi atau kegelisahan, skor yang diperoleh subjek pada sesi baseline 1 hingga sesi follow up 2 ialah 0 yang mendakan subjek tidak sedang mengalami gejala agitasi atau kegelisahan.

## 2. Integritas Pengukuran dan Observasi

**Grafik 4.1 Hasil Skala Gangguan Bipolar Episode Depresi Subjek MFS**



Pengukuran grafik diatas memperlihatkan pada fase I sesi 1 yaitu baseline 1 (B1) subjek MFS mendapatkan skor 20 yang menjelaskan bahwa subjek MFS mengalami



tingkat depresi rendah. Hasil observasi yang peneliti dapatkan pada tahap sesi baseline 1 atau pertemuan pertama yang diadakan di rumah subjek MFS terlihat jelas raut muka kesedihan, tertekan, ketidakberdayaan serta kesuraman dalam diri subjek. Suasana depresi atau mood depresi yang dialami oleh subjek terlihat dari mimik wajah subjek yang tertekan, ketidakberdayaan serta kesuraman saat di wawancarai oleh peneliti terkait pengenalan, penjelasan mengenai maksud dari penelitian, identifikasi keluhan dan masalah awal subjek MFS untuk berpartisipasi dalam penelitian. Menurut hasil wawancara subjek MFS merasakan kesedihan yang mendalam yang datangnya secara tiba-tiba dan hal ini yang menyebabkan subjek mengalami gangguan tidur insomnia yang ektrim yaitu melebihi 4 jam, bahkan subjek juga menyampaikan bahwa ia bisa tidak tidur seharian. Hal ini sesuai dengan pernyataan subjek saat di wawancarai: *“Suasana hati yang sedang saya rasakan akhir-akhir ini dan sampai saat ini adalah mood depresi yang terus menerus datang secara tiba-tiba tanpa adanya stimulus yang saya buat. Karena gangguan bipolar itu dikarenakan syaraf otaknya yang bermasalah, jadi mood depresi yang saya alami ini bisa datang tanpa adanya stimulus yang membuat saya depresi. Tapi sering juga gangguan mood depresi ini datang karena adanya stimulus atau masalah yang sedang saya alami. Tapi untuk saat ini saya tidak tau penyebabnya apa.”* *“Salah satu efek yang saya rasakan saat ini ialah waktu tidur saya yang berantakan. Saya bisa seharian tidak tidur bahkan saya tidak merasakan ngantuk sama sekali.”*<sup>124</sup>

Selanjutnya pada sesi 2 yaitu baseline 2 (B2) skor yang diperoleh subjek MFS masih sama dengan pertemuan sebelumnya yaitu 20 yang mengartikan bahwa subjek MFS mengalami depresi pada tingkat rendah. Dalam sesi ini masih terlihat jelas raut wajah kesedihan, tertekan, ketidakberdayaan serta kesuraman dalam diri subjek saat di ajak berdiskusi oleh peneliti. Aspek yang berubah pada diri subjek pada sesi baseline 2 ini dengan sesi baseline 1 ialah adanya pengurnagan yang jelas dalam keterlibatan subjek terhadap lingkup sosialnya, seperti saat peneliti ajak berdiskusi subjek terlihat sedikit menghindari percakapan, serta dalam sesi ini subjek terlihat lebih banyak diam termenung dengan tatapan kosong dengan mimik wajah sedih.

---

<sup>124</sup>Wawancara Behavior dengan subjek MFS, Semarang, Kamis 09 Juli 2020

Kemudian pada sesi 3 yaitu baseline 3 (B3) subjek mengalami kenaikan skor sebanyak 7 poin menjadi 27 yang menandakan tingkat depresi rendah. Sesi baseline 3 ini dilakukan sama seperti sesi baseline sebelumnya dimana raport masih tetap dilakukan sekaligus pengambilan data sesi baseline yang ke tiga menggunakan skala depresi *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS) dengan tujuan mengetahui stabilitas depresi yang dialami oleh subjek MFS. Penyebab kenaikan skor pada sesi baseline 3 ini dapat diketahui menurut hasil wawancara terhadap subjek MFS karena adanya efek penyesuaian penggunaan obat baru sehingga subjek MFS mengalami hipersomnia atau meningkatnya waktu tidur lebih dari 4 jam bahkan subjek bercerita bahwa dia bisa tidur seharian tanpa aktivitas lainnya seperti tidak makan, tidak membersihkan diri, menghindari diri dari interaksi sosial seperti menjawab telepon atau membalas chat. Hal ini berkaitan dengan perasaan yang dirasakan oleh subjek MFS dimana subjek merasakan dirinya tidak berharga. *“Perasaan yang saya alami saat ini sangat tidak baik. Mungkin ini karena efek samping penyesuaian obat dosis tinggi yang kurang cocok saya konsumsi akhir-akhir ini. Rencananya saya besok mau periksa dan konsultasi terkait masalah efek obat ini yang tidak cocok.”*<sup>125</sup> Hasil observasi yang peneliti dapatkan pada sesi baseline 3 ini memang berkaitan dengan data wawancara yang subjek sampaikan, hal ini dapat dilihat dari cara berinteraksi dengan peneliti dimana subjek pada sesi ini terlihat lebih jelas menutup diri dari dunia sosialnya, bahkan subjek lebih banyak diam pada sesi ini. Dan juga terdapat pengurangan aktivitas yang signifikan, serta pada sesi ini juga terlihat sangat jelas adanya ketegangan yang signifikan pada diri subjek. Berdasarkan seluruh assesmen pada tahap baseline dapat ditarik kesimpulan bahwa subjek MFS mengalami depresi rendah. Dalam sesi ini peneliti juga memberikan penjelasan mengenai rancangan treatment yang akan dilakukan pada pertemuan selanjutnya. Adapun pengukuran yang dilakukan pada fase I atau baseline merupakan keadaan awal subjek dimana subjek belum diberikan treatment atau perlakuan.

Fase II atau *treatment* diberikan setelah dilaksanakannya pengukuran garis dasar sebanyak tiga kali. Pada fase dan sesi ini treatment yang dibutuhkan oleh subjek MFS mulai diberikan. Subjek MFS diberikan treatment *mindfulness* sufistik yakni

---

<sup>125</sup>Wawancara Behavior dengan subjek MFS, Semarang, Senin 13 Juli 2020

subjek MFS dibimbing untuk mengikuti intruksi dari peneliti yaitu mengontrol pikirannya untuk fokus pada kondisi yang terjadi saat ini, serta merasakan dan menerima kejadian apapun yang sedang dialami oleh subjek MFS. Selanjutnya peneliti juga mengajak subjek untuk latihan dalam bersikap husnudhon, sabar, qona'ah, ikhlas, jujur, syukur dan ridha terhadap peristiwa apapun yang menimpa diri subjek MFS. Berdasarkan hasil pengukuran menggunakan skala depresi *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS) pada sesi 4 yaitu *treatment 1* (T1) menunjukkan skor 18 atau batas depresi. Menurut hasil pengukuran dan observasi, diketahui bahwa gejala depresi pada gangguan bipolar yang dialami subjek MFS mulai menurun adalah gangguan tidur yang tadinya mengalami hipersomnia lebih dari 4 jam sekrang berkurang menjadi kurang dari 4 jam, selain itu ada juga pengurangan skor pada gejala gangguan keterlibatan sosial yang mana sebelumnya subjek terlihat jelas menghindari kontak sosial seperti lebih banyak diam atau tidak mau menjawab serta merespon pertanyaan yang peneliti utarakan serta tidak maunya subjek dijumpai orang lain. Namun pada sesi ini hanya terlihat sedikit penurunan dalam hal keterlibatan sosial. Selain itu pada sesi ini juga terlihat subjek mulai fokus terhadap ucapan atau intruksi dari peneliti serta ketegangan yang pada pertemuan sebelumnya sangat terlihat dalam diri subjek, pada sesi ini sudah mulai berkurang. Dan pada sesi ini juga terlihat adanya kemajuan dalam diri subjek terkait penurunan harga diri yang tadinya subjek banyak merenung, namun pada sesi ini subjek sedikit sudah mulai terbuka. Berdasarkan hasil wawancara dengan subjek MFS diperoleh keterangan bahwa terdapat perubahan yang diraskaan oleh subjek, hal ini dikarenakan pada hari sebelum dilakukannya sesi *treatment* ini subjek telah berobat dan berkonsultasi dengan psikiaternya dirumah sakit terkait pengaruh penyesuaian obat yang subjek rasakan pada beberapa hari yang lalu yaitu pada sesi baseline 3. Hal ini sesuai dengan pernyataan subjek saat di wawancarai: *“Saya merasakan diri saya lebih tenang dan nyaman dari sebelumnya, dikarenakan kemarin saya sudah bertemu dan berkonsultasi dengan psikiter terkait peengaruh penyesuaian obat yang kemarin saya minum ternyata tidak dosisnya ketinggian. Selain itu juga karena tadi saya mengikuti treatmen terapi yang kamu berikan saya merasa lebih tenang dari sebelumnya serta merasa lebih ikhlas dengan apa yang sedang saya alami*

ini.”<sup>126</sup> Hal ini dikarenakan pada sesi *treatment* subjek diberikan intervensi yang berupa kesadaran diri untuk bisa mengelola pikiran kearah yang lebih baik dan selalu mengingat keberadaan Tuhan dalam setiap kehidupannya, serta menyadari subjek bahwa dirinya memiliki kebebasan untuk menentukan kehidupannya.

Selanjutnya pada sesi 5 yaitu *treatment 2* (T2) skor subjek MFS adalah 16. Depresi yang dialami MFS mengalami penurunan. Meskipun ada penurunan skor namun tingkat depresi yang dialami subjek menunjukkan gangguan mood ringan atau perasaan murung ringan. Hasil observasi pada sesi ini hampir sama dengan sesi sebelumnya yaitu sesi *treatment 1* namun yang membedakan adalah mulai timbulnya motivasi dalam diri subjek meskipun masih ada sedikit penurunan motivasi namun tidak melibatkan penurunan fungsi. Dan pada sesi ini juga tidak lagi terlihat peningkatan laju bicara seperti pada pertemuan sebelumnya yaitu sesi *treatment 1*. Menurut hasil wawancara dengan subjek MFS, diperoleh keterangan bahwa subjek merasa jauh lebih tenang dibandingkan sesi sebelumnya. “*Setelah saya mengikuti treatment yang kedua ini yaitu treatment terapi mindfulness sufistik yang berupa meditasi dzikir mengingat Allah, saya merasa diri saya jauh lebih tenang.*”<sup>127</sup> Hal ini sangat mungkin terjadi sebab subjek MFS menjadi lebih menerima keadaan atas apa yang sedang dialaminya saat ini dan menjadi lebih bisa mengelola pikiran kearah yang lebih baik serta mengingat keberadaan Tuhan dalam kehidupannya. Pada sesi *treatment 2* ini dapat diambil kesimpulan bahwa depresi pada diri subjek sudah mengalami penurunan, subjek mulai dapat berfikir positif tentang penyakit yang dialami saat ini dan selalu mengingat keberadaan Tuhan dalam kehidupannya.

Kemudian pada sesi 6 yaitu *treatment 3* (T3) skor subjek MFS masih sama pada sesi sebelumnya yaitu 16 yang menunjukkan gangguan mood ringan atau perasaan murung ringan. Berdasarkan hasil wawancara subjek MFS mengungkapkan bahwa subjek MFS merasa sama seperti sesi sebelumnya hal ini juga terlihat dari pengamatan observasi yang peneliti lakukan terhadap subjek, bahwa tidak ada yang berubah pada sesi ini namun subjek terlihat sedikit lebih enjoy menjalani *treatment* ke 2 ini.

---

<sup>126</sup>Wawancara Behavior dengan subjek MFS, Semarang, Senin 20 Juli 2020

<sup>127</sup>Wawancara Behavior dengan subjek MFS, Semarang, Selasa 21 Juli 2020

Pada fase III atau sesi 7 yaitu *Follow Up 1* (F1) subjek MFS sudah tidak lagi diberikan treatment mindfulness sufistik, akan tetapi subjek MFS masih diberikan skala pengukuran depresi yaitu *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS) untuk mengetahui tingkat efektifitas treatment yang diberikan. Diketahui skor yang diperoleh subjek MFS pada saat sesi *follow up 1* mengalami penurunan skor yang diperoleh subjek mengalami penurunan 1 poin menjadi 15 yang menandakan bahwa subjek sedang berada di gangguan mood ringan. Pada sesi ini subjek terlihat sama seperti sesi sebelumnya namun yang membedakan adalah tidak ada lagi tampak raut ketegangan dan kekhawatiran di dalam wajah subjek.

Selanjutnya pada sesi 8 yaitu *Follow Up 2* (F2) skor yang diperoleh subjek mengalami penurunan lagi sebanyak 1 poin menjadi 14 yang menandakan bahwa subjek sedang berada di gangguan mood ringan. Pada sesi ini subjek terlihat sama seperti sesi sebelumnya yaitu tidak ada lagi tampak raut ketegangan dan kekhawatiran di dalam wajah subjek serta mood intensitas perasaan yang dialami oleh subjek yang sudah kembali stabil.

Menurut analisis peneliti, intervensi terapi mindfulness sufistik yang diberikan pada subjek MFS dapat membantu subjek dalam mengelola emosi depresi dan sedikit mengurangi depresi pada subjek baik pada aspek fisiologis, emosional, kognitif maupun perilaku hal ini dapat dilihat dari pengukuran skor yang diperoleh subjek pada sesi treatment 2 hingga followup 2. Hal ini didukung dengan keseriusan dan kesungguhan subjek dalam menjalani sesi-sesi terapi, kemampuan subjek saat melakukan treatment terapi mindfulness sufistik dan kemauan subjek melatih mindfulness sufistik secara mandiri diluar sesi terapi. Meskipun dalam sesi penelitian ini kenaikan dan penurunan skor depresi yang subjek alami lebih banyak dipengaruhi oleh efek penyesuaian obat dan dukungan dari psikiater subjek pada sesi baseline 2, baseline 3 serta sesi treatment 1. Maka yang harus dilakukan oleh subjek adalah selalu konsisten untuk kontrol ke psikiater dan minum obat dengan teratur.

## **E. Pembahasan**

Pemberian treatment terapi mindfulness sufistik membantu subjek menurunkan gangguan bipolar pada episode depresi yang sedang subjek alami. Berdasarkan hasil eksperimen dan observasi selama sesi terapi terhadap subjek MFS terdapat adanya penurunan tingkat depresi setelah diberikan treatment menggunakan terapi mindfulness sufistik pada sesi treatment 2 hingga sesi follow up 2. Meskipun ada campur tangan psikiater dan pengaruh penyesuaian obat pada sesi baselin 2, baseline 3 serta sesi treatment 1. Hal ini dapat dibuktikan dan diketahui dari skor yang diperoleh kemudian dijumlahkan untuk mengetahui gambaran tinggi rendahnya depresi yang dialami oleh subjek. Cara pemberian skor berpedoman pada *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS) dengan menjumlahkan semua item pada kisaran 0-60 dengan keterangan:

Jumlah nilai 0-10: Naik turunnya perasaan ini tergolong normal

Jumlah nilai 11-16: Gangguan mood ringan atau perasaan murung ringan

Jumlah nilai 17-20: Batas depresi

Jumlah nilai 21-30: Depresi rendah

Jumlah nilai 31-40: Depresi sedang

Jumlah nilai 40-60: Depresi ekstrem

Tingkat depresi yang dialami subjek sebelum diberikan treatment digolongkan rendah seperti menutup diri dari interaksi sosial, penurunan asupan makan, insomnia, penurunan konsentrasi, adanya perasaan menyalahkan diri sendiri atau penurunan harga diri. Setelah diberikan perlakuan tingkat depresi subjek menjadi gangguan mood ringan atau perasaan murung ringan. Dapat dikatakan bahwa hipotesis yang diterima adalah mindfulness sufistik bisa menurunkan depresi pada pengidap bipolar namun ada juga campur tangan psikiter dalam sesi baseline 3 dan treatment 1 karena adanya pengaruh kesesuaian obat. Setelah diberi perlakuan berupa treatment mindfulness sufistik pada sesi treatment 1, treatment 2 dan treatment 3, subjek mengalami penurunan depresi. Penurunan depresi pada pengidap bipolar dengan terapi mindfulness sufistik dapat dijelaskan sebagai berikut:

Subjek MFS yang mendapatkan perlakuan berupa treatment mindfulness sufistik lebih dapat mengontrol diri terhadap timbulnya depresi sehingga depresi dapat diminimalisir. Mindfulness sufistik mendatangkan ketenangan dan kesadaran akan kegiatan yang sedang dialami serta perasaan selalu diawasi oleh Allah SWT. Hal ini

dikarenakan pada saat melakukan mindfulness sufistik subjek dilatih untuk selalu berada dalam posisi rileks dan nyaman untuk mengenali, memperhatikan, memfokuskan dan mengobservasi peristiwa yang terjadi pada kondisi saat ini dan disini dengan bersikap husnudhon, sabar, qona'ah, ikhlas, jujur, syukur serta ridha terhadap peristiwa apapun yang menimpa dirinya.

Pengukuran garis dasar pada subjek MFS dilakukan setelah memastikan bahwa subjek mengalami depresi pada penyakit bipolar berdasarkan keterangan subjek setelah dilakukan proses wawancara serta bukti lainnya seperti obat-obatan yang selalu dikonsumsi oleh MFS setiap harinya.

Hal ini dapat dibuktikan pada fase baseline yang merupakan keadaan awal subjek yang belum diberikan treatment atau perlakuan. Pada fase I sesi 1 baseline 1 (B1) skor yang diperoleh subjek menunjukkan angka 20, selanjutnya pada sesi 2 yaitu baseline 2 (B2) skor subjek mengalami kesamaan dengan sesi sebelumnya yakni 20, kemudian pada sesi 3 yaitu baseline 3 (B3) skor mengalami kenaikan hingga menunjukkan skor 27 hal ini disebabkan adanya pengaruh penyesuaian obat yang saat ini subjek konsumsi. Pada fase I sesi baseline menunjukkan bahwa depresi yang dialami subjek MFS tergolong rendah.

Setelah mengetahui keadaan depresi yang dialami oleh MFS pada tanggal 20 Juli 2020 dilakukan fase II sesi 4 yaitu treatment 1 (T1) mindfulness sufistik yang menghasilkan skor 18 menunjukkan MFS berada pada batas depresi yang berarti mengalami penurunan dari pengukuran sebelumnya. Digejalai dengan respon positif dari MFS yang terampil dalam kuisisioner penelitian. Dalam sesi ini diketahui bahwa pada hari sebelumnya subjek telah menjumpai psikiaternya terkait masalah penyesuaian obat yang sebelumnya dialaminya. Selanjutnya sesi 5 yaitu Treatment 2 (T2) dilakukan pada tanggal 21 Juli 2020 dengan hasil skor 16 dimana hasil tersebut menandakan penurunan aktivitas depresi dan MFS hanya mengalami gangguan mood ringan. Pada sesi ini subjek merasa lebih baik lagi keadaannya hal ini sangat mungkin terjadi sebab subjek MFS menjadi lebih menerima keadaan atas apa yang sedang dialaminya saat ini dan menjadi lebih bisa mengelola pikiran kearah yang lebih baik serta mengingat keberadaan Tuhan dalam kehidupannya. Pada sesi *treatment 2* ini dapat diambil kesimpulan bahwa depresi pada diri subjek sudah mengalami penurunan, subjek mulai dapat berfikir positif tentang

penyakit yang dialami saat ini dan selalu mengingat keberadaan Tuhan dalam kehidupannya. Kemudian sesi 6 yaitu treatment 3 (T3) dilakukan pada tanggal 22 Juli 2020 skor mengalami kesaman seperti sesi sebelumnya yaitu 16. Berdasarkan hasil wawancara subjek MFS mengungkapkan bahwa subjek MFS merasa sama seperti sesi sebelumnya hal ini juga terlihat dari pengamatan observasi yang peneliti lakukan terhadap subjek, bahwa tidak ada yang berubah pada sesi ini namun subjek terlihat sedikit lebih enjoy menjalani treatment ke 2 ini. Berdasarkan tiga treatment yang dilakukan dan mengacu pada *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS) tingkat depresi yang dialami MFS mengalami reaksi yang positif terhadap treatment.

Fase selanjutnya adalah fase III yang dilakukan adalah follow up. Follow up 1 (F1) atau sesi 7 dilakukan pada tanggal 26 Juli 2020 dengan hasil skor 15 yang menandakan MFS dalam keadaan perasaan mood ringan atau perasaan murung ringan. Tahap terakhir pada penelitian ini yaitu sesi 8 yaitu follow up 2 (F2) dilakukan pada tanggal 29 Juli 2020 dengan hasil skor 14. Pada sesi ini subjek terlihat sama seperti sesi sebelumnya yaitu tidak ada lagi tampak raut ketegangan dan kekhawatiran di dalam wajah subjek serta mood intensitas perasaan yang dialami oleh subjek yang sudah kembali stabil.

Terapi mindfulness sufistik dalam penelitian ini adalah terapi yang meliputi dua jenis terapi yaitu terapi kesadaran (mindfulness) dengan cara memberikan meditasi pernapasan dan terapi sufistik dengan cara berdzikir dan menanamkan sikap-sikap sufistik seperti berhusnudhon, bersabar, ikhlas, bersyukur dan ridha kedalam diri subjek yang dipandu oleh seorang terapis. Terapi mindfulness sufistik bertujuan untuk mengatasi berbagai masalah psikologis dan gangguan kejiwaan salah satunya ialah gangguan bipolar pada episode depresi. Terapi mindfulness sufistik dilakukan untuk menyadarkan banyak hal-hal positif atau benar dalam diri seorang subjek dibandingkan kesalahan atau hal-hal negatif<sup>128</sup> dengan membangkitkan potensi keimanan seseorang kepada Tuhannya (Allah), kemudian menggerakkannya kearah pencerahan batin atau rohani yang pada akhirnya menumbuhkan kepercayaan diri bahwa Allah adalah satu-satunya kekuatan penyembuh dari segala penyakit yang dideritanya.<sup>129</sup>

---

<sup>128</sup> Sri Rejeki, *Mindfulness Sebagai Teknik Terapi dalam Sufi Healing* (Semarang: Walisongo Press, 2019), hlm. 6-7

<sup>129</sup> Gusti Abd. Rahman, *Terapi Sufistik untuk Penyembuhan Gangguan Kejiwaan*, (Yogyakarta: Aswaja Pressindo, 2012), hlm. 5



Subjek yang menderita episode depresi pada gangguan bipolar mengalami hilangnya minat dan kegembiraan, berkurangnya energi sehingga potensi menuju keadaan mudah lelah meningkat, konsentrasi dan perhatian menurun, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna, pemikiran masa depan yang suram dan pesimistis, munculnya keinginan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu, serta nafsu makan berkurang yang berkurang.<sup>130</sup>

Dengan praktik mindfulness sufistik, maka subjek diharapkan menjadi semakin dekat dengan Allah, sehingga dapat meningkatkan keimanan dan ketakwaannya kepada Allah, serta sadar akan keterlibatan Allah dalam setiap peristiwa, menjadikan pikiran subjek tenang dan tentram yang berpengaruh terhadap kesehatannya.<sup>131</sup> Sehingga akan terciptanya sikap ketenangan di dalam jiwa serta rela karena semua yang dilakukan selalu memiliki tujuan untuk meraih puncak sukses dan kebahagiaan hidup di dunia dan di akhirat.

Dengan penjelasan dan hasil dari penelitian di atas hipotesis diterima yaitu terapi mindfullnes sufistik berpengaruh pada penurunan tingkat depresi pengidap gangguan bipolar. Dengan demikian adanya respon positif tersebut terapi mindfulness sufistik dapat menurunkan depresi pada pengidap gangguan bipolar.

---

<sup>130</sup>Rusdi Muslim, *Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-5*, (Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya, 2013) hlm. 64

<sup>131</sup>Ibid.,hlm. 117-118

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan analisis hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh dari terapi *mindfulness* sufistik dalam menurunkan tingkat depresi pengidap gangguan bipolar. Hal itu dibuktikan dari hasil penurunan skor pada grafik yang disajikan. Penelitian dilakukan terhadap subjek MFS yaitu pengidap bipolar. Sebelum dilakukan treatment skor depresi menunjukkan depresi rendah dengan rentang skor 21-30 berdasarkan *Bipolar Depression Rating Scale* (BDRS). Setelah menerima perlakuan treatment tingkat depresi yang dirasakan MFS mengalami penurunan skor yaitu dengan rentang skor 11-16 yang artinya MFS dalam kondisi gangguan mood ringan atau perasaan murung ringan.

Dalam terapi *mindfulness* sufistik subjek diharapkan menjadi semakin dekat dengan Allah, sehingga dapat meningkatkan keimanan dan ketakwaannya kepada Allah, serta sadar akan keterlibatan Allah dalam setiap peristiwa, menjadikan pikiran subjek tenang dan tentram yang berpengaruh terhadap kesehatannya. Sehingga akan terciptanya sikap ketenangan dan kerelaan di dalam jiwa karena semua yang dilakukan selalu memiliki tujuan untuk meraih puncak sukses dan kebahagiaan hidup di dunia dan di akhirat.

#### **B. Saran**

1. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan yang konstruktif dalam rangka mendukung teori-teori yang berkaitan dengan relaksasi dan terapi sebagai upaya untuk menurunkan tingkat depresi pengidap bipolar.
2. Penelitian ini diharapkan memiliki manfaat dalam memperkaya dan memperluas studi ilmiah khususnya bagi mahasiswa program studi Tasawuf dan Psikoterapi (TP) dan dapat dijadikan khazanah keilmuan bagi mahasiswa UIN Walisongo pada umumnya.
3. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan efek positif dan membantu proses penurunan tingkat depresi bagi pengidap bipolar

4. Dengan dilakukannya penelitian ini, peneliti dapat memperoleh, menambah, dan meningkatkan wawasan ilmu pengetahuan terkait terapi mindfulness suistik berpengaruh pada penurunan tingkat depresi pengidap gangguan bipolar.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agus, Muthi'ah Ramadhani. 2015. "Gangguan Bipolar dan Komorbiditasnya", *Referat Psikiatri RSKJ Soeprpto*, Universitas Bengkulu.
- Aini, Nur. *Bipolar Disorder*. diakses pada tanggal 06 Februari 2020 pukul 01:48 WIB, dari [https://www.academia.edu/29213239/BIPOLAR\\_DISORDER](https://www.academia.edu/29213239/BIPOLAR_DISORDER)
- Amin, Samsul Munir. 2015. *Ilmu Tasawuf*. Jakarta: Amzah.
- An-Najar, Amir. 2004. *Psikoterapi Sufistik dalam Kehidupan Modern*. Jakarta: Hikmah.
- Asiah, Meidiana Dwidiyanti, Diyan Yuli Wijayanti. 2019 "Penurunan Tingkat Depresi pada Pasien dengan Intervensi Minfulness Spiritual Islam", *Jurnal Keperawatan Jiwa* Volume 7 No 3 November.
- Asla, Asmadi. 2003. *Pendekatan Kuantitatif dan Kualitatif Serta Kombinasinya dalam Penelitian Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Arif, Iman Setiadi. 2016. *Psikologi Positif Pendekatan Sainifik Menuju Kebahagiaan*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Aziz, Dimas Fajar. 2019. "Studi Pola Penggunaan Diazepam pada Pasien Gangguan Bipolar". *Skripsi*, Universitas Muhammadiyah Malang.
- Azwar, Saifuddin. 2001. *Reliabilitas dan Validitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Basuki, Untung Joko. 2013. "Psikoterapi Islam Melalui Metode Sufistik Mengatasi Gangguan Kejiwaan", *Laporan Penelitian*, Institut Sains dan Teknologi Akprind.
- Basyir, Muhammad Abdul. 2017. "Pengaruh Intensitas Latihan Seni Teater Terhadap Konsep Diri Crew Teater Metafisis Fakultas Ushuluddin Dan Humaniora Uin Walisongo Semarang", *Skripsi*, Universitas Islam Negeri Walisongo Semarang.

- Booklet National Institute of Mental Health. 2018. *Mengenal Gangguan Bipolar*. (Dinarti dan Anta Samsara, Terjemahan). Jakarta.
- Day, Lama Surya. 2002. *Awakening to The Sacres*. (Bern Hidayat, Terjemahan). Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Dewi, Arum Kartika. 2017. *Buku Ajar Sistem Neurobehaviour*. Semarang: Unimus Press.
- Fauziah, Nisa Nur. 2008. “Faktor-Faktor Pendukung Pemulihan pada Pengidap Gangguan Bipolar”, *Skripsi*, Universitas Indonesia.
- Ferdinand, Zaviera. 2007. *Teori Kepribadian Sigmund Frued*. Yogyakarta: Prosmasophie.
- Fithriyah, Izzatul & Hendy M. Margono. Tt. “Gangguan Afektif Bipolar Episode Manik dengan Gejala Psikotik Fokus pada Penatalaksanaan”, *Tinjauan Kepustakaan Journal Unair*.
- Hadziq, Abdullah. 2004. “Psikologi Sufistik dan Humanistik, Studi Pemikiran Al Gazali dan Abraham Maslow serta Implikasinya Bagi Pengembangan Pemikiran Psikologi”, *Disertasi*, IAIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.
- Haeri, Syaikh Fadhallah. 2000. *Jenjang-Jenjang Sufisme*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Hartono, Jogyanto. 2018. *Strategi Penelitian Bisnis*. Yogyakarta: Andi.
- Haurissa, Jenny. 2013. “Gangguan Bipolar dan Penatalaksanaan”, *Referat Kepaniteraan Klinik Ilmu Kesehatan Jiwa*, Universitas Krida Wacana.
- Hutagaol, Eddy. 2011. “Bipolar Disorder” diakses pada tanggal 26 April 2020 pukul 09:08 WIB dari <https://www.slideshare.net/eddyhutagaol/bipolar-disorder-8052071>
- Idrus, Muhammad. 2009. *Metode Penelitian Ilmu Sosial*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Jiwo, Tirto. 2012. *Gangguan Jiwa Bipolar: Panduan Bagi Pasien, Keluarga dan Teman Dekat*. Purworejo: Tirto Jiwo
- Kartikadewi, Arum. 2017. *Buku Ajar Sistem Neurobehaviour*. Semarang: Unimus Press.
- Latipun. 2002. *Psikologi Eksperimen*. Malang: UMM Pres.

- Lesmana, Cokorda Bagus Jaya. 2017. *Buku Panduan Belajar Koas Ilmu Kedokteran Jiwa*. Bali: Udayana Universitas Press.
- Lubis, Namora Lumongga. 2009. *Depresi: Tinjauan Psikologi*. Jakarta: Kencana
- Martin, Garry Joseph Pear, 2015. *Modifikasi Perilaku; Makna dan Penerapannya*. (Yudi Santos, Terjemahan). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marchand, William R. 2015. *Mindfulness for Bipolar Disorder*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Matondan, Zulkifli. 2009. "Validitas dan Reliabilitas Suatu Instrumen Penelitian", *Jurnal Tabularasa PPS Unimed*, Vol.6 No.1, Juni.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2015. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.02.02/Menkes/73/2015 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Ilmu Kedokteran Jiwa (Psikiatri).
- Muesse, Mark W. 2011. *Practicing Mindfulness: An Introduction to Meditation*. Virginia: The Great Courses.
- Muslim, Rusdi. 2013. *Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-5*, Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya.
- Nurfatriani. 2018. "Gangguan Afektif Bipolar", *Referat Kepaniteraan Klinik Psikiatri*, Universitas Muslim Indonesia
- Nurhairunnisa. 2015. "Perilaku Keagamaan Pengidap Bipolar Disorder (Studi Kasus Pada Saudari Yayuk Sunarsih)". *Skripsi*. Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya.
- Payadnya, Putu Ade Andre, Gusti Agung Ngurah Trisna Jayantika. 2018. *Panduan Penelitian Eksperimen Beserta Analisis Statistik dengan SPSS*. Yogyakarta: Grup Penerbitan CV Budi Utama.
- Pradiansyah, Arvan. 2008. *The 7 Laws Happiness: Tujuh Rahasia Hidup yang Bahagia*. Bandung: PT Mizan Pustaka.
- Rahman, Gusti Abd. 2012. *Terapi Sufistik untuk Penyembuhan Gangguan Kejiwaan*,. Yogyakarta: Aswaja Pressindo.
- Rejeki, Sri. 2019. *Mindfulness Sebagai Teknik Terapi dalam Sufi Healing*. Semarang: Walisongo Press.

- Renaldo, Eduardo. *Data Penyintas Gangguan Bipolar*. diakses pada tanggal 17 Februari 2020 pukul 15:26 WIB, dari <https://www.bipolarcareindonesia.org/2018/11/data-penyintas-gangguan-bipolar.html>
- Sari, Mahyuni Suwika. 2014. “DSMV : Gangguan Bipolar”, *Refeat Kepaniteraan Klinik Madya*, Universitas Mataram.
- Senum, Yustinus. 2010. *Kesehatan Mental 3*. Yogyakarta: Kanisius.
- Septiawadi. 2010. “Penafsiran Sufistik Sa’id H} Awwa dalam Al-Asa<S Fi<At-Tafsir”, *Disertasi*, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Shaughnessy, John J. 2007. *Metodologi Penelitian Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Soewadji, Jusuf. 2012. *Pengantar Metodologi Penelitian*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sukmadinata, Nana Syaodih. 2010. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Sunanto, Juang. *et al.* 2006. *Penelitian dengan Subyek Tunggal*. Bandung: UPI Press.
- Suryabrata, Sumadi. 2001. *Metode Penelitian*. Jakarta: Grafindo.
- Syukur, Amin. 2012. *Sufi Healing : Terapi dengan Metode Tasawuf*. Jakarta: Erlangga.
- Triswidiastuty, Syifa, Ahmad Rusdi, Rumiani. 2019. “Penurunan Simtom Depresi pada Pasien Bipolar Menggunakan Terapi Dzikir: Intervensi Klinis”, *Jurnal Psikologi Sains dan Profesi*, Vol. 3, No. 1. Universitas Islam Indonesia.
- Umniyah, Tina Afiatin. 2009. “Pengaruh Pelatihan Pemusatan Perhatian (*Mindfulness*) Terhadap Peningkatan Empati Perawat”, *Jurnal Intervensi Psikologi*. Vol. 1. No. 1 Juni.
- Wesfix, Tim. 2007. *Mindfulness for Succes*. Jakarta: Gramedia Widiasarana.

Zannah, Uzlifatul, Irma Melyani Puspitasari & Rano Kurnia Sinuraya. 2018.  
“Review: Farmakoterapi Gangguan Bipolar”, *Jurnal Farmaka Suplemen*,  
Volume 16 Nomor 1 Agustus.



## LAMPIRAN-LAMPIRAN

### Lampiran A

#### PERNYATAAN KESEDIAAN UNTUK IKUT PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : MFS  
Umur : 21  
Jenis kelamin : P  
Pekerjaan : Mahasiswa

Bersedia menjadi subjek dalam penelitian tentang **"Pengaruh Terapi Mindfulness Sufistik dalam Menurunkan Depresi pada Penderita Bipolar II"** yang dilakukan oleh:

Nama : Nafidza Ilimi Khairina  
NIM : 1504046042  
Pekerjaan : Mahasiswa Tasawuf dan Psikoterapi UIN Walisongo Semarang

Dengan ini saya menyatakan kesediaan untuk berperan serta menjadi subjek penelitian dan bersedia melakukan pemeriksaan sesuai dengan data yang diperlukan.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Yang membuat pernyataan,



MFS

## Lampiran B

### INFORMED CONSENT

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Pengaruh Mindfulness Sufistik Terhadap Penurunan Depresi pada Pengidap Bipolar. Dilakukan oleh Nafidza Ilmi Khairina dibawah bimbingan Sri Rejeki, S. Sos. I. M.Si atas sepengetahuan Jurusan Tasawuf dan Psikoterapi UIN Walisongo Semarang. Proses *treatment* ini dilakukan pada bulan Juli 2020.

Waktu yang dibutuhkan atau jumlah pertemuan : 7 sesi terapi atau pertemuan,

Adapun prosedur atau jadwal pelaksanaan penelitian ini sebagai berikut:

- a. Baseline: 2 sesi
- b. Terapi Mindfulness Sufistik (*treatment*): 3 sesi
- c. Follow Up: 2 sesi

Adapun resiko yang mungkin dihadapi sebagai dampak dari penelitian ini adalah

#### **Dampak Positif:**

1. Mengetahui situassituasi yang membuat cemas
2. Mampu mengotrol depresi saat berhadapan dengan situasi yang buruk

#### **Dampak Negatif:**

1. Kondisi psikis bisa bertambah depresi
2. Waktu subjek terbuang untuk melakukan terapi Mindfulness Sufistik

Peneliti menyatakan bersedia bertanggung jawab atas resiko fisik, psikologis dan sosial yang timbul sebagai dampak dari proses penelitian ini. Bila ada hal-hal yang kurang jelas mengenai proses penelitian, dapat menghubungi: Nafidza Ilmi Khairina, nomor HP: 08232452652. Semua data pribadi klien akan kami jaga kerahasiaannya, partisipasi dilakukan secara sukarela, tanpa paksaan. Bila dirasa ada ketidakcocokan, dapat menarik diri dari kegiatan penelitian tanpa dikenakan penalti. Setelah membaca keterangan diatas, saya menyatakan bersedia untuk ikut berpartisipasi dalam rangka kegiatan penelitian.

Semarang, Juli 2020

Menyetujui



## Lampiran C

### Bipolar Depression Rating Scale (BDRS)

Nama :

Sesi ke :

Tanggal :

#### PETUNJUK PENGISIAN

1. Sebelum mengisiskala, Anda dimohon untuk mengisi identitas Anda terlebih dahulu.
2. Bacalah dengan teliti beberapa kalimat atau pernyataan dibawah ini.
3. Pilihlah satu pernyataan dalam masing-masing kelompok yang paling menggambarkan perasaan Anda sekarang dan beberapa hari yang lalu.
4. Berilah gejala silang (X) pada kotak yang terdapat di samping pernyataan yang paling sesuai dengan perasaan anda. Pastikan bahwa anda hanya memilih satu pernyataan setiap nomor.
5. Bila Anda memiliki kekeliruan dalam memilih jawaban, Anda cukup memberikan 2 (dua) garis horizontal (=) pada pilihan jawaban yang salah, kemudian memberigejala silang (X) pada jawaban yang benar atau yang baru.
6. Kami akan merahasiakan semua jawaban Anda.
7. Terimakasih atas perhatian dan ketersediaan Anda untuk mengisi skala ini.

 SELAMAT MENGERJAKAN 

**1) Suasana yang Tergantung**

Diri melaporkan dan / atau mengamati depresi yang dibuktikan dengan kesuraman, kesedihan, pesimisme, keputusasaan, dan ketidakberdayaan

- 0. Saya tidak merasa apa-apa
- 1. Periode depresi singkat atau sementara, atau suasana hati yang agak tertekan
- 2. Suasana hati depresi jelas tetapi tidak secara konsisten hadir dan emosi lainnya diekspresikan, atau depresi adalah intensitas sedang
- 3. Mood depresi meresap atau terus menerus

**2) Gangguan Tidur**

**A. Insomnia (Pengurangan Waktu Tidur Total)**

- 0. Tidak mengalami insomnia
- 1. Hingga 2 jam
- 2. 2-4 jam
- 3. Lebih dari 4 jam

**ATAU**

**i. Hipersomnia (Peningkatan Waktu Tidur Total, Termasuk Tidur Siang Hari)**

- 0. Tidak mengalami hipersomnia
- 1. Kurang dari 2 jam, atau jumlah normal tetapi tidak restoratif
- 2. Lebih dari 2 jam
- 3. Lebih dari 4 jam

**3) Gangguan Appetite**

**A. Kehilangan Nafsu Makan**

- 0. Tidak kehilangan nafsu makan
- 1. Tidak ada perubahan dalam asupan makanan, tetapi harus memaksakan diri untuk makan atau melaporkan bahwa makanan telah kehilangan rasanya
- 2. Beberapa penurunan asupan makanan
- 3. Digejalai penurunan asupan makanan, sulit makan

**ATAU**

**B. Menambah Nafsu Makan**

- 0. Tidak menambah nafsu makan

- 1. Tidak ada perubahan dalam asupan makanan, tetapi meningkatkan kelaparan
- 2. Beberapa peningkatan asupan makanan, misalnya kenyamanan makan
- 3. Digejalai peningkatan asupan makanan atau mengidam

**4) Keterlibatan Sosial yang Mengurangi**

Mengurangi keterlibatan atau interaksi sosial dan interpersonal

- 0. Normal
- 1. Sedikit penurunan dalam keterlibatan sosial tanpa gangguan sosial atau interpersonal fungsi
- 2. Pengurangan yang jelas dalam keterlibatan sosial dengan beberapa gejala sisa fungsional, misalnya, hindari beberapa keterlibatan sosial atau percakapan
- 3. Pengurangan nyata dalam interaksi sosial atau penghindaran hampir semua bentuk sosial kontak, misalnya, menolak untuk menjawab telepon atau melihat teman atau keluarga

**5) Energi dan Aktivitas yang Mengurangi**

Pengurangan energi, dorongan dan perilaku yang diarahkan pada tujuan

- 0. Tidak ada
- 1. Dapat terlibat dalam aktivitas biasa tetapi dengan upaya yang meningkat
- 2. Pengurangan energi yang signifikan yang mengarah pada pengurangan beberapa aktivitas spesifik peran
- 3. Menyebabkan kelumpuhan atau penghentian hampir semua aktivitas spesifik misalnya, dihabiskan waktu yang berlebihan di tempat tidur, menghindari menjawab telepon, kebersihan pribadi yang buruk

**6) Motivasi Mengurangi**

Pengurangan subyektif dalam dorongan, motivasi, dan aktivitas yang diarahkan pada tujuan

- 0. Motivasi normal
- 1. Sedikit penurunan motivasi tanpa penurunan fungsi

- 2. Motivasi atau dorongan yang dikurangi dengan kegiatan atau kebutuhan kehendak yang berkurang secara signifikan upaya substansial untuk mempertahankan tingkat fungsi yang biasa
- 3. Pengurangan motivasi atau dorongan sedemikian rupa sehingga perilaku atau fungsi yang diarahkan pada tujuan sangat nyata berkurang

**7) Konsentrasi dan Memory Impaired**

Berkurangnya perhatian, konsentrasi, atau memori, dan gangguan fungsional akibatnya

- 0. Tidak ada
- 1. Sedikit gangguan perhatian, konsentrasi, atau memori tanpa gangguan fungsional
- 2. Beberapa gangguan perhatian, konsentrasi, atau pelupa secara signifikan gangguan fungsional
- 3. Digejalai penurunan konsentrasi atau memori dengan gangguan fungsional substansial, misalnya, tidak bisa membaca atau menonton TV

**8) Kegelisahan**

Kekhawatiran, ketegangan, dan / atau gejala kecemasan somatik misalnya, tremor, jantung berdebar, pusing, pusing, pin dan jarum, berkeringat, dyspnoea, kupu-kupu di perut, atau diare

- 0. Tidak ada
- 1. Kekhawatiran atau ketegangan sementara tentang masalah-masalah kecil
- 2. Kecemasan signifikan, ketegangan, atau khawatir, atau beberapa fitur somatik yang menyertainya
- 3. Digejalai kecemasan terus menerus, ketegangan, atau kekhawatiran yang mengganggu aktivitas normal atau serangan panik

**9) Anhedonia**

Berkurang kemampuan untuk mengalami kesenangan dalam kegiatan biasa

- 0. Tidak ada
- 1. Sedikit pengurangan kenikmatan dari aktivitas yang biasanya menyenangkan
- 2. Pengurangan kesenangan secara signifikan dari aktivitas yang biasanya menyenangkan dari kegiatan terisolasi dipertahankan
- 3. Ketidakmampuan total untuk mengalami kesenangan

#### **10) Flattening Affektif**

Berkurangnya intensitas atau rentang perasaan atau emosi

- 0. Tidak ada
- 1. Sedikit penyempitan rentang pengaruh, atau pengurangan sementara dalam rentang atau intensitas perasaan
- 2. penyempitan signifikan rentang atau intensitas perasaan dengan pelestarian beberapa emosi, misalnya, tidak bisa menangis
- 3. Penyempitan jangkauan pengaruh atau ketidakmampuan yang di gejalai dan meresap yang parah mengalami emosi yang biasa

#### **11) Kesehatan**

Perasaan atau pemikiran, penurunan nilai diri atau harga diri

- 0. Tidak ada
- 1. Sedikit penurunan harga diri
- 2. Beberapa pemikiran tidak berharga dan penurunan harga diri
- 3. Perasaan tidak berharga, misalnya, merasa orang lain lebih baik tanpa diriku, tidak dapat menghargai atribut positif

#### **12) Kepatuhan dan Kehamilan**

Perasaan pesimisme atau kegelapan tentang masa depan, ketidakmampuan untuk mengatasi, atau rasa kehilangan kendali

- 0. Tidak ada
- 1. Perasaan sesekali dan ringan tidak mampu mengatasi seperti biasa atau pesimisme

- 2. Sering merasa tidak mampu mengatasi, atau perasaan tidak berdaya yang signifikan atau keputusan yang kadang-kadang muncul
- 3. Perasaan pesimisme, ketidakberdayaan atau keputusan yang nyata dan terus-menerus

### 13) **Pemikiran Bunuh Diri**

Pikiran atau perasaan bahwa hidup tidak berharga; pikiran kematian atau bunuh diri

- 0. Tidak ada
- 1. Memiliki pemikiran bahwa hidup ini tidak berharga atau tidak ada artinya
- 2. Memiliki pikiran sekarat atau mati, tetapi tanpa memiliki rencana pikiran bunuh diri
- 3. Pikiran atau rencana bunuh diri yang parah

### 14) **Kesalahan**

Perasaan menyalahkan diri sendiri, kegagalan atau penyesalan atas kesalahan masa lalu yang nyata atau yang dibayangkan

- 0. Tidak ada
- 1. Sedikit penurunan harga diri atau peningkatan kritik diri
- 2. Pemikiran penting tentang kegagalan, kritik diri, ketidakmampuan untuk mengatasi atau perenungan tentang kegagalan masa lalu dan efeknya pada orang lain
- 3. Rasa bersalah yang parah, digejala, meresap, atau terus-menerus, misalnya perasaan pantas menerima hukuman

### 15) **Gejala Psikotik**

Kehadiran ide, delusi atau halusinasi yang dinilai terlalu tinggi

- 0. Tidak ada
- 1. Ide-ide yang dinilai terlalu rendah, misalnya, kritik diri atau pesimisme tanpa efek yang jelas pada perilaku



- 2. Ide-ide yang dinilai terlalu tinggi signifikan dengan efek yang jelas pada perilaku, misalnya perasaan bersalah yang kuat, pikiran jernih bahwa orang lain akan lebih baik tanpanya
- 3. Gejala psikotik yang jelas, misalnya delusi atau halusinasi

#### **16) Iritabilitas**

Sifat iritabilitas yang tidak seperti biasanya seperti, sumbu pendek, mudah marah, dimanifestasikan oleh ledakan verbal atau fisik

- 0. Tidak ada
- 1. Sedikit iritasi subjektif; mungkin tidak hadir secara terbuka
- 2. Kedekatan verbal dan lekas marah
- 3. Melakukan ledakan fisik seperti, melempar atau menghancurkan benda atau ledakan verbal yang sangat kasar

#### **17) Labilitas**

Stabilitas mood atau perubahan suasana hati

- 0. Tidak ada
- 1. Peningkatan ringan dalam mood labilitas
- 2. Mood lability dapat diamati dengan jelas, intensitas sedang
- 3. Labilitas mood yang di gejalai dan dominan, perubahan mood yang sering atau dramatis

#### **18) Drive Motor Meningkat**

Peningkatan penggerak motorik dan aktivitas motorik

- 0. Drive motor normal
- 1. Sedikit peningkatan drive
- 2. Peningkatan energi dan dorongan yang jelas
- 3. Peningkatan drive yang di gejalai atau berkelanjutan

#### **19) Pidato Meningkat**

Peningkatan tingkat atau jumlah ucapan dan pemikiran

- 0. Normal
- 1. Sedikit peningkatan laju atau jumlah bicara
- 2. Berpacu pikiran, lebih banyak bicara, jelas teralihkan atau beberapa sifat terperinci
- 3. Pelarian gagasan yang parah

**20) Agitasi atau Kegelisahan**

- 0. Normal
- 1. Sedikit gelisah
- 2. Peningkatan agitasi yang jelas
- 3. Agitasi yang diagejalai dengan berjalan mondar-mandir terus menerus atau posisi tangan mengepal

**Scoring:**

**Bipolar Depression Rating Scale (BDRS)**

<i>Numeric Number</i>	<i>Description</i>
1-10	Naik turunnya perasaan ini tergolong normal.
11-16	Gangguan mood ringan atau perasaan murung ringan.
17-20	Batas depresi.
21-30	Depresi rendah.
31-40	Depresi sedang.
Lebih dari 40	Depresi ekstrem.

## Lampiran D

### PEDOMAN ASESMEN BEHAVIORAL

#### Checklit Wawancara Behavioral

#### 3. Informasi data-data subjek

Nama Subjek/ Nama Inisial :

Umur :

Pendidikan Terakhir :

Alamat :

Diagnosa Medis :

#### 4. Wawancara setiap sesi

##### a) Fase I

##### 1) Sesi 1 atau Baseline 1 (B1)

##### a. Perkenalan diri :

“Siapa nama lengkap anda?”

“Nama panggilannya siapa?”

“Apakah anda menginginkan nama anda disamarkan?”

“Berapakah usia anda saat ini?”

“Apa pendidikan terakhir anda?”

“Pendidikan apa yang sedang anda tempuh saat ini?”

“Dimanakah anda tinggal saat ini?”

“Dimanakah alamat tempat tinggal anda?”

“Dengan siapa anda tinggal saat ini?”

##### b. Riwayat penyakit gangguan bipolar :

“Bisakah anda menceritakan latar belakang riwayat gangguan bipolar yang sedang anda alami?”

“Apa yang anda rasakan pada saat awal timbulnya gejala awal?”

“Tindakan apa yang anda lakukan saat itu?”

“Kapan pertama kali itu terjadi?”

“Bagaimana respon diri, keluarga dan lingkungan pada saat itu?”

“Tindakan apa yang dilakukan keluarga saat melihat perubahan yang terjadi pada diri anda?”

“Apa diagnosa awal yang diterima?”

“Bagaimana reaksi atau pandangan anda saat mengetahui diagnosa awal?”

“Berapa lama gejala itu terjadi?”

b. Identifikasi keluhan saat ini :

“Bagaimana perasaan anda saat ini”

“Apa yang anda rasakan saat ini?”

“Apakah anda mengalami gangguan tidur?”

“Apakah anda kehilangan nafsu makan?”

“Apakah nafsu makan anda bertambah?”

“Bagaimana aktivitas sosial anda akhir-akhir ini?”

“Apakah anda mengurangi interaksi sosial dengan orang lain ?”

“Apakah anda memiliki motivasi dan energi untuk melakukan aktivitas pada akhir-akhir ini?”

“Adakah pemikiran atau perasaan ingin bunuh diri dalam diri anda saat ini atau akhir-akhir ini?”

“Apakah ada perasaan menyalahkan diri sendiri atau penyesalan dalam diri anda saat ini?”

“Apakah anda merasakan gejala psikotik seperti adanya delusi atau halusinasi?”

2) Sesi 2 atau Baseline 2 (B2)

- a. Riwayat penyakit gangguan bipolar:
- “Apakah gejala penyakit bipolar atau depresi itu muncul kembali?”
  - “Bisakah anda menceritakan awal mula gejala itu kembali dirasakan?”
  - “Kapan itu terjadi?”
  - “Apa yang anda rasakan saat itu?”
  - “Apa yang menimbulkan gejala itu muncul lagi?”
  - “Tindakan apa yang anda lakukan setelah menyadari bahwa anda butuh bantuan profesional?”
  - “Bagaimana respon diri, keluarga dan lingkungan saat mengetahui diagnosa tersebut?”
  - “Apakah diagnosa saat itu sama dengan diagnosa awal?”

- b. Identifikasi keluhan saat ini:
- “Bagaimana perasaan anda saat ini?”
  - “Adakah perubahan yang anda rasakan dari pertemuan kemarin dengan pertemuan saat ini?”
  - “Apa yang anda rasakan saat ini?”
  - “Apakah anda mengalami gangguan tidur?”
  - “Apakah anda kehilangan nafsu makan?”
  - “Apakah nafsu makan anda bertambah?”
  - “Bagaimana aktivitas sosial anda saat ini?”
  - “Apakah anda mengurangi interaksi sosial dengan orang lain ?”
  - “Apakah anda memiliki motivasi dan energi untuk melakukan aktivitas pada saat ini?”
  - “Adakah pemikiran atau perasaan ingin bunuh diri dalam diri anda saat ini atau akhir-akhir ini?”
  - “Apakah ada perasaan menyalahkan diri sendiri atau penyesalan dalam diri anda saat ini?”
  - “Apakah anda merasakan gejala psikotik seperti adanya delusi atau halusinasi?”

3) Sesi 3 atau Baseline 3 (B3)

- a. Riwayat gangguan bipolar:
- “Berapa lama anda menjalani perawatan psikis?”
  - “Apakah ada perasaan capek dan lelah selama menjalani perawatan psikis?”

“Tindakan apa yang anda lakukan saat anda mengalami kelelahan atau kebosanan saat menjalani perawatan psikis?”

“Bagaimana efek yang anda rasakan saat anda tidak rutin dan berhenti mengkonsumsi obat?”

“Apa yang dilakukan ketika anda mengalami fase depresi?”

“Disituasi apa dan seperti apa biasanya depresi muncul?”

“Apa yang biasanya anda pikirkan atau rasakan ketika masalah muncul?”

b. Identifikasi keluhan saat ini:

“Bagaimana perasaan anda saat ini?”

“Adakah perubahan yang anda rasakan dari pertemuan kemarin dengan pertemuan saat ini?”

“Apa yang anda rasakan saat ini?”

“Apakah anda mengalami gangguan tidur?”

“Apakah anda kehilangan nafsu makan?”

“Apakah nafsu makan anda bertambah?”

“Bagaimana aktivitas sosial anda saat ini?”

“Apakah anda mengurangi interaksi sosial dengan orang lain ?”

“Apakah anda memiliki motivasi dan energi untuk melakukan aktivitas pada saat ini?”

“Adakah pemikiran atau perasaan ingin bunuh diri dalam diri anda saat ini atau akhir-akhir ini?”

“Apakah ada perasaan menyalahkan diri sendiri atau penyesalan dalam diri anda saat ini?”

“Apakah anda merasakan gejala psikotik seperti adanya delusi atau halusinasi?”

b) Fase II

1) Sesi 4 atau Treatment 1 (T1)

a. Identifikasi keluhan setelah diberikan treatment:

“Bagaimana perasaan anda saat ini?”

“Adakah perubahan yang anda rasakan setelah diberikannya treatment?”

“Perubahan apa yang anda rasakan setelah diberikan treatment?”

“Apa yang anda rasakan saat ini?”

“Apakah anda memiliki motivasi dan energi untuk melakukan aktivitas pada saat ini?”

“Apakah anda kehilangan nafsu makan?”

“Apakah nafsu makan anda bertambah?”

“Bagaimana aktivitas sosial anda saat ini?”

“Apakah anda masih mengurangi interaksi sosial dengan orang lain?”

“Apakah masih ada pemikiran atau perasaan ingin bunuh diri dalam diri anda saat ini?”

“Apakah ada perasaan menyalahkan diri sendiri atau penyesalan dalam diri anda saat ini?”

“Apakah anda merasakan gejala psikotik seperti adanya delusi atau halusinasi?”

2) Sesi 5 atau Treatment 2 (T2)

a. Identifikasi keluhan setelah diberikan treatment:

“Bagaimana perasaan anda saat ini?”

“Adakah perubahan yang anda rasakan setelah diberikannya treatment kedua?”

“Perubahan apa yang anda rasakan setelah diberikan treatment kedua?”

“Apa yang anda rasakan saat ini?”

“Apakah anda memiliki motivasi dan energi untuk melakukan aktivitas pada saat ini?”

“Apakah ada perubahan dalam gangguan tidur anda?”

“Apakah anda masih kehilangan nafsu makan?”

“Apakah nafsu makan anda bertambah?”

“Bagaimana aktivitas sosial anda saat ini?”

“Apakah anda masih mengurangi interaksi sosial dengan orang lain?”

“Apakah masih ada pemikiran atau perasaan ingin bunuh diri dalam diri anda saat ini?”

“Apakah ada perasaan menyalahkan diri sendiri atau penyesalan dalam diri anda saat ini?”

“Apakah anda merasakan gejala psikotik seperti adanya delusi atau halusinasi?”

3) Sesi 6 atau Treatment 3 (T3)

a. Identifikasi keluhan setelah diberikan treatment:

“Bagaimana perasaan anda saat ini?”



“Adakah perubahan yang anda rasakan setelah diberikannya treatment ketiga?”

“Perubahan apa yang anda rasakan setelah diberikan treatment ketiga?”

“Apa yang anda rasakan saat ini?”

“Apakah anda memiliki motivasi dan energi untuk melakukan aktivitas pada saat ini?”

“Apakah ada perubahan dalam gangguan tidur anda?”

“Apakah anda masih kehilangan nafsu makan?”

“Apakah nafsu makan anda bertambah?”

“Bagaimana aktivitas sosial anda saat ini?”

“Apakah anda masih mengurangi interaksi sosial dengan orang lain?”

“Apakah masih ada pemikiran atau perasaan ingin bunuh diri dalam diri anda saat ini?”

“Apakah ada perasaan menyalahkan diri sendiri atau penyesalan dalam diri anda saat ini?”

“Apakah anda merasakan gejala psikotik seperti adanya delusi atau halusinasi?”

c) Fase III

1) Sesi 7 atau Follow Up 1 (F1)

a. Identifikasi keluhan saat ini:

“Bagaimana perasaan anda saat ini?”

“Adakah perubahan yang anda rasakan saat ini setelah kemarin diberikannya treatment?”

“Perubahan apa yang anda rasakan saat ini setelah kemarin diberikan treatment?”

“Apa yang anda rasakan saat ini?”

“Apakah anda memiliki motivasi dan energi untuk melakukan aktivitas pada saat ini?”

“Apakah ada perubahan dalam gangguan tidur anda?”

“Apakah anda masih kehilangan nafsu makan?”

“Apakah nafsu makan anda bertambah?”

“Bagaimana aktivitas sosial anda saat ini?”

“Apakah anda masih mengurangi interaksi sosial dengan orang lain?”

“Apakah masih ada pemikiran atau perasaan ingin bunuh diri dalam diri anda saat ini?”

“Apakah ada perasaan menyalahkan diri sendiri atau penyesalan dalam diri anda saat ini?”

“Apakah anda merasakan gejala psikotik seperti adanya delusi atau halusinasi?”

2) Sesi 8 atau Follow Up 1 (F2)

a. Identifikasi keluhan saat ini:

“Bagaimana perasaan anda saat ini?”

“Apakah masih ada perubahan yang anda rasakan saat ini setelah beberapa pertemuan kemarin diberikannya treatment?”

“Perubahan apa yang anda rasakan saat ini setelah kemarin diberikan treatment?”

“Apa yang anda rasakan saat ini?”

“Apakah anda memiliki motivasi dan energi untuk melakukan aktivitas pada saat ini?”

“Apakah ada perubahan dalam gangguan tidur anda?”

“Apakah anda masih kehilangan nafsu makan?”

“Apakah nafsu makan anda bertambah?”

“Bagaimana aktivitas sosial anda saat ini?”

“Apakah anda masih mengurangi interaksi sosial dengan orang lain?”

“Apakah masih ada pemikiran atau perasaan ingin bunuh diri dalam diri anda saat ini?”

“Apakah ada perasaan menyalahkan diri sendiri atau penyesalan dalam diri anda saat ini?”

“Apakah anda merasakan gejala psikotik seperti adanya delusi atau halusinasi?”

**Lampiran E**



**Gambar 1**



**Gambar 2**



**Gambar 3**

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### **A. Identitas Diri**

1. Nama : Nafidza Ilmi Khairina
2. NIM : 1504046042
3. Tempat / Tanggal Lahir : Tapanuli Tengah, 26 Desember 1997
4. Alamat : Perumahan Graha Wahid Cluster Milan A19.  
Sambiroto, Tembalang
5. Nomor Telepon / Hp : 082324526523
6. E-Mail : [nafidzailmi97@gmail.com](mailto:nafidzailmi97@gmail.com)

### **B. Riwayat Pendidikan**

1. Pendidikan Formal:
  - a. SD Darma Medan
  - b. SMPIT Bina Amal
  - c. MA Amsilati
2. Pendidikan Non Formal:
  - a. Pondok Pesantren Darul Falah Amsilati
  - b. Ma'had Walisongo

### **C. Pengalaman Organisasi**

1. Anggota KSR PMI Kota Semarang
2. Student-Staff di Perpustakaan Fakultas Ushuluddin dan Humaniora UIN Walisongo Semarang
3. Pengurus komunitas Sahabat Unik Luar Biasa (SULBI)