

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (CBT) UNTUK MENGATASI BULIMIA NERVOSA

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (CBT) FOR BULIMIA NERVOUSA

Katrim Alifa Putrikita¹

¹Universitas Mercu Buana Yogyakarta

¹katrim@mercubuana-yogya.ac.id

¹085320666906

Abstrak

Bulimia Nervosa merupakan salah satu gangguan makan yang ditandai dengan makan secara berlebihan, berulang, diikuti dengan keinginan untuk mengeluarkan makanan dengan cara tidak tepat sebagai kompensasi, dan perhatian yang berlebihan mengenai berat badan dan bentuk tubuh. Bulimia nervosa disebabkan oleh distorsi kognitif pada penderitanya yang muncul akibat evaluasi berlebihan terhadap bentuk tubuh. Penelitian *single case study* dilakukan terhadap seorang penderita bulimia nervosa berinisial B. B memenuhi tiga karakteristik bulimia nervosa di dalam PPDGJ-III, sehingga diagnosis bulimia nervosa bisa ditegakkan. Bulimia nervosa pada B disebabkan oleh distorsi kognitif jenis *dichotomous thinking*. Hal tersebut memunculkan perilaku maladaptif yaitu mengonsumsi makanan secara berlebihan kemudian memuntahkannya. *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* merupakan terapi yang berfokus pada perubahan kognitif untuk menghasilkan perubahan perilaku positif yang menjadi tujuan dari terapi itu sendiri. *CBT* dilakukan untuk merekonstruksi kognitif B yang kemudian menurunkan perilaku maladaptif B. Penelitian ini dilakukan untuk memaparkan penggunaan *CBT* pada B dalam enam kali pertemuan. Berdasarkan hasil pengukuran menggunakan lembar self-monitoring, menunjukkan adanya perubahan positif pada pola pikir B, serta terjadi penurunan perilaku makan berlebihan dan memuntahkan makanan. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan intervensi pada penderita bulimia nervosa lainnya.

Kata Kunci: bulimia nervosa, terapi pembiasaan kognitif

Abstract

Bulimia Nervosa is an eating disorder characterized by a lack of control binge eating, continuous eating, followed by the use of inappropriate ways of compensation for the binge eating, and excessive attention to body weight and body shape. Bulimia nervosa is caused by cognitive distortion's patients that arise from over-evaluation of shape or weight. This single case study was conducted on a patient with bulimia nervosa with the initials B. Subject B meets three characteristics of bulimia nervosa in PPDGJ-III so that subject B is diagnosed with bulimia nervosa. In this case, bulimia nervosa is caused by cognitive distortions that are dichotomous thinking. Cognitive distortions cause subject B's maladaptive behavior, binge eating, feeling guilty, and then make self-induced vomiting as compensation for the guilt. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is a focused therapy on changing cognition to produce desired changes in positive behavior according to the goal of the therapy. CBT is used for subject B's cognitive restructuring and to reduce B's maladaptive behavior. This study aimed to explain the use of CBT during six sessions. The self-monitoring result indicated a change in positive cognition and a decrease in overeating and self-induced vomiting behavior as well. This study may be used a reference of intervention towards other bulimia nervosa patients.

Keywords: bulimia nervosa, cognitive behavioral therapy

PENDAHULUAN

Bulimia nervosa merupakan salah satu jenis eating disorder atau gangguan makan. Bulimia nervosa merupakan salah satu gangguan makan yang ditandai dengan karakteristik makan secara berlebihan dan berulang, kemudian diikuti dengan keinginan untuk memuntahkan makanan, serta perhatian yang berlebihan mengenai berat badan dan bentuk tubuh (Nevid, Rathus & Greene,

2014). Sejalan dengan hal tersebut, Barlow, Durand & Hofmann (2018) menyebutkan bahwa bulimia nervosa ditandai dengan konsumsi makanan yang berlebihan disertai dengan cara-cara ekstrem mengeluarkan makanan dari tubuh, seperti merangsang diri sendiri untuk muntah, menggunakan obat pencahar atau obat diuretik, dan lain sebagainya sebagai bentuk kompensasi dari makan yang berlebihan tersebut.

Di Indonesia, penegakan diagnosis bulimia nervosa mengacu pada PPDGJ-III. Kriteria PPDGJ-III mengenai bulimia nervosa adalah sebagai berikut: terdapat episode makan berlebihan yang tidak bisa dilawan, berusaha melawan efek kegemukan dengan minimal salah satu cara yaitu merangsang diri untuk muntah, menggunakan obat pencahar, menggunakan obat penekan nafsu makan, ketakutan luar biasa terhadap kegemukan dan pengaturan berat badan yang sangat ketat. Diagnosa bulimia nervosa dapat ditegakkan jika individu memenuhi kriteria tersebut minimal dua kali seminggu dalam kurun waktu tiga bulan (Kourkouta et al., 2019).

Bulimia nervosa akan menyebabkan berbagai macam masalah psikologi dan fisik yang serius pada penderita. Menurut Taylor (2015) penderita bulimia cenderung memiliki riwayat depresi, penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan terlarang, dan bermasalah dalam pekerjaan, pendidikan, dan sosial. Komplikasi penyakit fisik sering terjadi pada penderita bulimia akibat asupan gizi yang tidak memadai, terlalu sering memuntahkan makanan, dan penggunaan obat pencahar atau diet yang berlebihan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 6,5% kematian pada penderita gangguan makan bulimia nervosa dan anoreksia nervosa (Franko et al., 2013). Komplikasi serius pada penderita bulimia, baik secara fisik dan psikologis, serta tingginya angka kematian pada penderitanya, maka diperlukan adanya penanganan yang tepat untuk mengatasi bulimia nervosa.

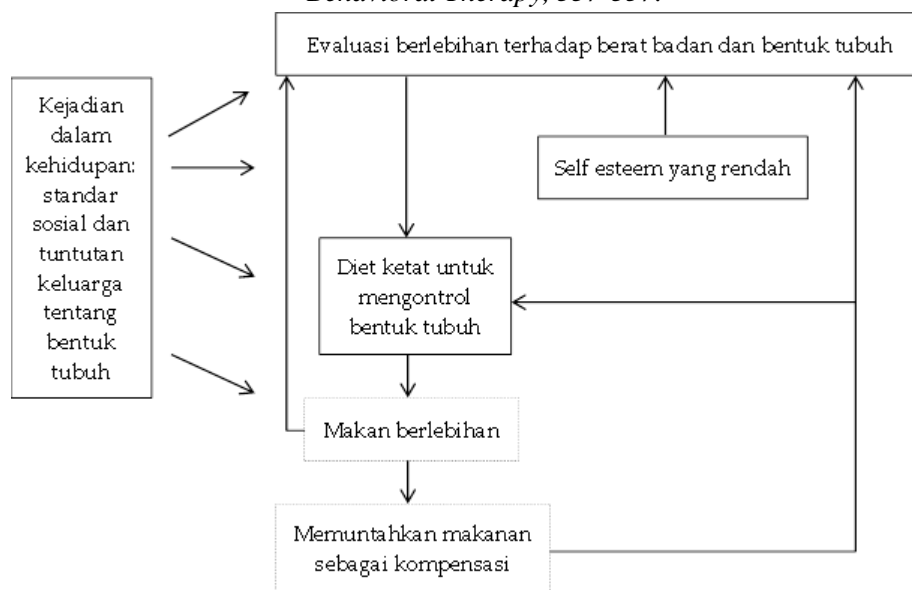
Permasalahan kehidupan dan tuntutan sosial menjadi awal mula individu memiliki konsep idealitas terhadap bentuk tubuh. Menurut Nevid et al (2013) standar kecantikan di dunia yaitu bertubuh langsing dan tuntutan tertentu mengenai bentuk tubuh dalam keluarga, memunculkan tekanan bagi individu dan ketidakpuasan pada diri sendiri ketika gagal mencapai standar tersebut. Idealitas mengenai bentuk tubuh mengakibatkan para wanita yang tidak bertubuh langsing memiliki pandangan negatif dan ketidakpuasan terhadap diri sendiri. Ketika individu merasa tidak puas terhadap dirinya sendiri, maka dapat dikatakan bahwa individu memiliki *self-esteem* yang rendah.

Self-esteem merupakan evaluasi diri yang dibuat oleh setiap individu yang merujuk pada pandangan individu terhadap dirinya sendiri, baik secara positif dan negatif (Branscombe & Baron, 2017). Rendahnya *self-esteem* pada individu menyebabkan individu merasa tidak berharga. Akhirnya muncul evaluasi berlebihan terhadap dirinya sendiri, bahkan merasa tidak berhak bahagia karena tidak bertubuh langsing. Sejalan dengan hal tersebut Cooper dan Fairburn (2011) menjelaskan bahwa *self-esteem* yang rendah menyebabkan evaluasi yang berlebihan terhadap berat badan dan bentuk tubuh.

Evaluasi berlebihan terhadap bentuk tubuh menyebabkan obsesi untuk memiliki tubuh yang langsing dan sesuai dengan standar idealitas wanita cantik. Individu yang rentan terhadap bulimia

nervosa biasanya merasa tidak menarik, memiliki ketakutan berlebihan mengenai kegemukan dan kenaikan berat badan, serta selalu merasa lebih gemuk dibandingkan berat badan yang sebenarnya (Benner, 2011). Hal-hal tersebut menyebabkan individu melakukan diet sangat ketat untuk memenuhi obsesi untuk langsing tersebut. Pada kasus bulimia nervosa, penderita gagal untuk melakukan diet ketat. Akibatnya, sebagai bentuk kompensasi kegagalan, individu melakukan berbagai cara untuk mengeluarkan makanan yang dikonsumsi dengan pemikiran bahwa diet ketat tetap dilakukan.

Gambar 1. Konseptualisasi Bulimia Nervosa. Sumber: modifikasi dari Cooper, Z., & Grave, R.D. (2107). *Eating Disorders: Transdiagnostic Theory and Treatment. The Science of Cognitive Behavioral Therapy*, 337-357.



Evaluasi berlebihan terhadap bentuk tubuh akan memunculkan pikiran-pikiran ekstrem pada penderita bulimia nervosa, misalnya, “Jika aku tidak langsing, maka aku akan gagal dan tidak bisa Bahagia.” Pemikiran ekstrem tersebut dinamakan distorsi kognitif. Distorsi kognitif merupakan pemikiran tidak tepat atau disfungsi kognitif terhadap suatu masalah (Nelson-Jones, 2011). Berdasarkan hal tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa bulimia nervosa muncul akibat distorsi kognitif.

Salah satu intervensi yang sesuai untuk penderita bulimia adalah *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*. Murphy et al (2010) menjelaskan bahwa *CBT* merupakan jenis intervensi yang sesuai pada penderita bulimia nervosa karena psikopatologi utama bulimia nervosa berasal dari evaluasi yang berlebihan terhadap bentuk tubuh yang merupakan distorsi kognitif. Sejalan dengan hal tersebut, permasalahan psikologis yang disebabkan oleh kognitif dan berdampak pada perilaku dapat diselesaikan melalui intervensi berbasis *CBT* (Corey, 2016).

CBT merupakan terapi yang sesuai untuk penderita bulimia nervosa karena melibatkan pikiran sadar penderita mengenai distorsinya terhadap bentuk tubuh disertai tugas rumah sebagai modifikasi perilaku maladaptif penderita, yaitu mengkonsumsi makanan secara berlebihan dan

memuntahkannya (Cooper & Grave, 2017). Terdapat tiga hal utama dalam *CBT* untuk menangani bulimia nervosa menurut Dattadeen (2015), yaitu: edukasi mengenai bulimia nervosa dan penyebabnya, yaitu proses berpikir yang terdistorsi, modifikasi perilaku pada penderita terkait diet yang terlalu ketat, mempertahankan perubahan positif yang terjadi setelah intervensi berakhir. *CBT* akan menurunkan perilaku maladaptif penderita bulimia yaitu makan berlebihan dan memuntahkan makanan melalui restrukturisasi distorsi kognitif pada penderita.

Berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya, dapat diketahui bahwa *CBT* merupakan intervensi yang efektif untuk mengatasi bulimia nervosa. Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan efektivitas prosedur *CBT* dalam menangani kasus bulimia nervosa pada wanita usia remaja akhir. Penelitian mengenai *CBT* terhadap bulimia nervosa di Indonesia sendiri cenderung jarang dilakukan karena banyak penderita bulimia yang tidak terbuka terhadap masalah yang dihadapi. Adanya penderita bulimia yang bersedia untuk terbuka dan memeriksakan dirinya, menjadikan penelitian ini menjadi penting untuk dilakukan, sehingga bisa mengungkapkan prosedur penanganan dan penyebab dari bulimia nervosa dalam pandangan *CBT*.

METODE

Partisipan Penelitian

Partisipan merupakan perempuan berinisial B dan berusia 19 tahun. Saat intervensi dilakukan, B sedang menempuh pendidikannya di salah satu Perguruan Tinggi. B tinggal bersama orang tua dan dua orang kakak laki-laki. Ayah dan Ibu B sama-sama bekerja, sementara kedua kakak laki-laki B sedang menempuh pendidikan di Perguruan Tinggi. Status Sosial Ekonomi (SSE) keluarga B termasuk menengah ke atas. Seluruh keluarga B juga memiliki status Pendidikan yang tinggi, dimana kedua orangtua B adalah lulusan S1, B dan kedua kakaknya juga sedang menempuh Pendidikan S1.

B merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara, dimana hubungan antara anggota keluarga B cenderung tidak hangat dan tidak akrab. B memiliki hubungan yang kurang hangat dengan seluruh anggota keluarganya, terutama dengan sosok ayah. Sejak SMP, ayah B sering mengomentari fisik B, terutama hal-hal yang terkait dengan berat badan. Ayah B sering menyebut bahwa B gemuk dan mempermasalahkan berat badan B yang cenderung berlebihan.

Ketika SMA, B mulai sering memikirkan komentar-komentar negatif ayahnya terkait bentuk dan berat badan B yang dirasa terlalu gemuk. Ketika kelas 2 SMA laki-laki yang disukai oleh B memilih untuk berpacaran dengan wanita lain. Saat itu B merasa sangat sakit hati dan berpikir bahwa lelaki tersebut lebih memilih wanita lain yang langsing dibandingkan B yang bertubuh gemuk. Sejak saat itu B berpikir bahwa wanita yang menarik adalah wanita yang langsing, sedangkan wanita bertubuh gemuk tidak menarik dan tidak disukai oleh laki-laki. Lebih lanjut, B mulai memiliki pemikiran ekstrem bahwa, hanya wanita langsing yang bisa bahagia, karena semua bisa dilakukan dengan baik oleh wanita bertubuh langsing.

Menurut Beck (Corey, 2016) pemikiran yang dikembangkan oleh B tersebut merupakan distorsi kognitif jenis *dichotomous thinking*. *Dichotomous thinking* merupakan pola pemikiran hitam-putih, dimana individu hanya berpikir ketika sesuatu tidak sesuai keinginan, maka akan gagal sepenuhnya (Nelson-Jones, 2011). B mengembangkan pikiran bahwa jika B tidak memiliki tubuh yang ideal, maka B adalah individu yang gagal. Distorsi kognitif tersebut menyebabkan B melakukan berbagai macam cara agar mendapatkan tubuh yang ideal.

B bertekad untuk menurunkan berat badannya agar lebih langsing dan tampak menarik. Pemikiran tersebut memunculkan suatu ambisi baru dalam hidup B, yaitu, “Aku ingin kurus.” B melakukan diet sangat ketat agar menjadi kurus. Akan tetapi, setelah mengkonsumsi makanan dengan jumlah yang sangat terbatas, B menjadi kelaparan dan susah mengontrol nafsu makannya. Akibatnya B justru mengkonsumsi makanan dalam jumlah banyak. B bisa menghabiskan dua porsi nasi, satu porsi mi, dan makanan lainnya secara berturut-turut tanpa jeda. Sebagai kompensasi, B memutuskan untuk mengeluarkan makanan tersebut. B beranggapan bahwa dengan mengeluarkan makanan yang dikonsumsi, diet B tetap berjalan.

B mengeluarkan makanan dengan cara memuntahkannya. B akan merangsang dirinya untuk muntah dengan meminum air putih sebanyak mungkin. Kebiasaan tersebut berlangsung terus menerus sampai saat B datang ke Poli Psikologi. Paling banyak, B memuntahkan makanan sebanyak empat kali dalam sehari. B biasanya akan memuntahkan makanan yang dimakan ketika merasa makan makanan yang berlemak. Selain memuntahkan makanan, B juga memiliki kebiasaan untuk melakukan olahraga berlebihan setelah makan berlemak atau berlebihan. B bisa melakukan olahraga terus menerus tanpa henti, misalnya melakukan treadmill selama satu jam dan langsung melakukan senam aerobik selama dua jam.

Instrumen Penelitian

Desain penelitian ini adalah *single subject design* yang digunakan untuk melihat efektivitas CBT pada individu penderita bulimia nervosa. *Single subject design* dipilih karena rendahnya prevalensi kasus bulimia nervosa. Di negara non-Barat, termasuk Indonesia, prevalensi kasus bulimia nervosa sebesar 0,46-3,2% (Makino, dkk dalam Krisnani, Santoso & Putri, 2017). Di Indonesia sendiri, prevalensi kasus bulimia nervosa tidak diketahui secara pasti karena minimnya penelitian mengenai hal tersebut (Krisnani et al., 2018).

Evaluasi untuk mengetahui efektivitas CBT akan dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Evaluasi secara kuantitatif dilakukan dengan cara memberikan lembar *self-monitoring* kepada B. Lembar *self-monitoring* ini diadaptasi dari penelitian yang dilakukan oleh Murphy et al (2010). Pada lembar *self-monitoring* tersebut, B akan menuliskan makanan yang dikonsumsi setiap hari dan berapa kali memuntahkan makanan di hari tersebut. Lembar *self-monitoring* diisi oleh B mulai dari sebelum intervensi dilakukan sampai dengan satu bulan setelah intervensi selesai. Evaluasi secara kualitatif dilakukan dengan melakukan wawancara kepada B. Hasil wawancara yang dilakukan

sebelum dan setelah intervensi akan dibandingkan untuk mengetahui perubahan yang terjadi setelah *CBT* diberikan pada B.

Asesmen

Sebelum melakukan intervensi, peneliti terlebih dahulu melakukan asesmen terhadap B, dengan tujuan untuk menggali lebih dalam permasalahan yang dialami oleh B. Asesmen yang dilakukan adalah observasi wawancara dan tes psikologi. Tes psikologi yang dilakukan meliputi *Standard Progressive Matrices (SPM)*, *Draw a Person (DAP)*, *Baum Test*, *House Tree Person (DAP) Test*, *Wartegg Test*, dan *Sack Sentence Completion Test (SSCT)*. Tes psikodiagnostik tersebut digunakan untuk mendukung hasil wawancara yang dilakukan.

Berdasarkan hasil asesmen tersebut, diketahui bahwa B memiliki hubungan yang tidak hangat dengan seluruh anggota keluarga, mendapatkan komentar negatif mengenai bentuk tubuh dan berat badan dari ayah, sehingga menyebabkan B memiliki distorsi kognitif. Hasil asesmen terhadap B juga menunjukkan bahwa B tiga karakteristik bulimia nervosa di dalam PPDGJ-III, sehingga diagnosis bulimia nervosa bisa ditegakan.

Penjelasan mengenai penegakan diagnosis pada B dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Penegakan Diagnosis F.50.2: Bulimia Nervosa

Kriteria PPDGJ	Kategori Khusus (pada B)
Terdapat preokupasi yang menetap untuk makan dan ketagihan (craving) terhadap makanan yang tidak bisa dilawan; penderita tidak berdaya terhadap datangnya episode makan berlebihan dimana makanan dalam jumlah besar dimakan dalam waktu singkat	B bisa menghabiskan beberapa porsi makanan berat sekaligus B tidak mampu melawan keinginannya untuk mengkonsumsi banyak makanan
Pasien berusaha melawan efek kegemukan dengan salah satu atau lebih cara seperti berikut: - Merangsang muntah oleh diri sendiri - Menggunakan pencahar berlebihan - Memakai obat-obatan seperti penekan nafsu makan, sediaan tiroid atau diuretika. Jika terjadi pada penderita diabetes, mereka akan mengabaikan pengobatan insulinnya	B merangsang dirinya untuk memuntahkan makanan yang dikonsumsi dengan cara minum air putih secara berlebihan B melakukan olahraga secara berlebihan dan tanpa jeda, terutama setelah mengkonsumsi makanan dalam jumlah banyak atau berlemak
Gejala psikopatologinya terdiri dari ketakutan yang luar biasa akan kegemukan dan penderita mengatur sendiri batasan yang ketat dari ambang berat badannya, sangat dibawah berat badan sebelum sakit dianggap berat badan yang sehat	B memiliki ketakutan yang berlebihan apabila mengalami kenaikan berat badan

Intervensi *CBT* diberikan kepada B berdasarkan hasil asesmen dan penegakan diagnosis tersebut. *CBT* dipilih karena intervensi ini merupakan intervensi yang sesuai dengan sumber permasalahan klien, yaitu distorsi kognitif yang menyebabkan bulimia nervosa. Intervensi dilaksanakan selama enam kali pertemuan, dimana masing-masing pertemuan berlangsung dengan

durasi 60 sampai dengan 90 menit. Tujuan dari intervensi ini adalah merekonstruksi distorsi kognitif B dan merubah perilaku maladaptif B, yaitu makan berlebihan dan memuntahkan makanan.

Prosedur Intervensi CBT

Intervensi yang dilakukan kepada B diadaptasi dari intervensi *CBT* yang telah dilakukan oleh Murphy et al (2010) pada pasien bulimia nervosa. Modul intervensi *CBT* kemudian divalidasi dengan melakukan *professional judgement*. *Professional judgement* dilakukan oleh dua orang Psikolog, dimana satu orang Psikolog yang berprofesi sebagai akademisi sekaligus praktisi, sementara satu orang Psikolog berprofesi sebagai akademisi. *CBT* yang dilakukan pada B terdiri dari empat tahapan utama.

Stage one merupakan tahapan yang dilakukan untuk meminimalisir perilaku maladaptif B, yaitu makan berlebihan dan memuntahkan makanan yang dikonsumsi. Terdapat tujuh sesi dalam *stage one*. Pertama, *engaging the patient in treatment and change* yang bertujuan untuk mendapatkan persetujuan dan keterlibatan penuh B selama proses intervensi berlangsung. Kedua, *jointly creating the formulation* yang bertujuan untuk menjelaskan kepada B bagaimana bulimia nervosa muncul pada diri B. Pada sesi ini, peneliti menjelaskan psikopatologi bulimia nervosa yang dialami oleh klien berdasarkan diagram 1.

Sesi ketiga, *establishing real-time self-monitoring* yang bertujuan untuk membantu B menyadari perilaku maladaptifnya melalui *self-monitoring* yang dilakukan. Di sesi ini, B menulis dan melaporkan perilaku maladaptifnya beserta pikiran dan perasaan yang menyertai. Keempat, *establishing collaborative "weekly weighing"* yang bertujuan untuk meminimalisir kebiasaan B yang terlalu sering melakukan pengecekan berat badan. Pada setiap pertemuan dalam intervensi, B akan didampingi oleh peneliti untuk menimbang berat badannya, dan B tidak diperbolehkan untuk menimbang berat badannya di luar sesi intervensi. Dua sesi tersebut menunjukkan pada B mengenai dirinya sendiri, seperti sebanyak apa B mengonsumsi makanan, berapa kali B memuntahkan makanannya, dan berat badan B yang sesungguhnya.

Selanjutnya sesi kelima adalah *providing education* yang bertujuan untuk memberikan pengetahuan baru pada B berdasarkan teori, hasil penelitian dan *self-monitoring* yang telah dilakukan. Edukasi yang diberikan meliputi dampak bulimia nervosa termasuk ketidakefektifan memuntahkan makanan untuk mengontrol dan menurunkan berat badan. Keenam, *establishing "regular eating"* yang bertujuan untuk memodifikasi pola makan B menjadi lebih adaptif. B diminta untuk menuliskan jadwal makan setiap hari beserta jenis makanan yang akan dikonsumsi. Jadwal makan B adalah tiga kali makan berat dan 2-3 kali snack. Ketujuh, *involving significant others* bertujuan untuk melibatkan orang terdekat B yang bertugas mendampingi B selama melakukan perubahan pola makan tersebut.

Stage two merupakan tahapan kedua dimana B secara rutin bertemu dengan peneliti untuk melaporkan perubahan pola makan yang dilakukan. Pada tahap ini, B akan mempraktekan jadwal

makan yang telah dibuat sendiri dan sudah disepakati dengan peneliti. Tahap selanjutnya adalah stage three yang bertujuan untuk restrukturisasi kognitif pada B. Pada tahap ini terdapat empat sesi untuk merekonstruksi distorsi kognitif B. Pertama, *addressing the overevaluation of shape and weight* yang bertujuan untuk rekonstruksi distorsi kognitif B mengenai “bertubuh langsing adalah penentu utama kebahagiaan”. Di tahap ini, B membantah distorsi kognitif tersebut dengan pikiran-pikiran alternatif yang dimunculkan.

Kedua, *addressing dietary rules* yang bertujuan untuk memberikan penjelasan bahwa kebiasaan makan B selama ini tidak memberikan hasil yang positif, sehingga B perlu mengubahnya. Ketiga, *addressing event-related changes in eating* yang bertujuan untuk melatih B mengendalikan emosi dan suasana hati, karena pola makan yang tidak tepat berkaitan dengan emosi negatif dan suasana hati yang buruk. B dilatih untuk tidak melampiaskan emosi negatifnya dengan makan berlebihan. Sesi keempat adalah *addressing clinical perfectionism, low self-esteem, and interpersonal problems* yang bertujuan agar B dapat menerima dirinya secara utuh, termasuk bentuk badan, berat badan, dan segala permasalahan yang pernah dialami.

Stage four merupakan tahap terakhir yang bertujuan untuk meminimalisir kekambuhan pada B. Ada tiga cara yang dilakukan oleh peneliti untuk meminimalisir kekambuhan tersebut. Cara pertama adalah meminta B untuk tetap konsisten mematuhi jadwal makan yang telah dibuat, sehingga meminimalisir makan berlebihan dan memuntahkannya. Kedua adalah dengan cara meminta B menuliskan tujuan yang realistis terkait dengan bentuk tubuh dan berat badan. Ketiga adalah meminta B untuk mempraktekkan berbagai strategi yang dilakukan selama proses intervensi, terutama ketika pikiran negatif B mulai muncul.

Tabel 2. Prosedur Pelaksanaan CBT

Tahap	Sesi	Prosedur
<i>Stage One</i>	<i>Engaging the Patient in Treatment and Change</i>	Meminta kesediaan dan kesiapan B untuk terlibat penuh pada seluruh sesi terapi
	<i>Jointly Creating the Formulation</i>	Menjelaskan psikopatologi bulimia nervosa yang dialami B menggunakan bagan (diagram 1)
	<i>Establishing Real-time Self-monitoring</i>	Meminta B melakukan <i>self-monitoring</i> mengenai pola makannya dan melaporkan hasilnya secara tertulis
	<i>Establishing Collaborative “Weekly Weighing”</i>	Mendampingi B selama menimbang berat badannya dan menyepakati bahwa B tidak diperbolehkan menimbang berat badannya di luar sesi intervensi
	<i>Providing Education</i>	Memberikan edukasi mengenai bulimia nervosa dan dampak buruk yang menyertai
	<i>Establishing “Regular Eating”</i>	Mendiskusikan dan menentukan jadwal makan/pola makan seimbang untuk B, kemudian akan dipraktekan setiap hari
	<i>Involving Significant Others</i>	Melibatkan orang yang dipercaya oleh B untuk memantau selama proses modifikasi pola makan

<i>Stage Two</i>		Memberikan B tugas rumah untuk mempraktekan pola makan barunya setiap hari Melaporkan hasilnya, kemudian melakukan evaluasi dan diskusi bersama dengan terapis
<i>Stage Three</i>	<i>Addressing The Overevaluation of Shape and Weight</i>	Melakukan restrukturisasi distorsi kognitif B dengan memunculkan pikiran alternatif untuk membantah distorsi kognitif tersebut
	<i>Addressing Dietary Rules</i>	Memberikan penjelasan bahwa pola makan B tidak memberikan dampak positif
	<i>Addressing Event-related Changes in Eating</i>	Melatih B untuk mengendalikan emosi dan suasana hatinya, serta melatih B untuk melakukan <i>problem solving</i> yang lebih adaptif
<i>Stage Four</i>	<i>Addressing Clinical Perfectionism, Low Self-Esteem, and Interpersonal Problems</i>	Meminta B menuliskan hal-hal positif mengenai dirinya beserta kalimat pujian untuk membantu B menerima dirinya secara utuh serta memandang dirinya dengan positif
		Meminta B untuk konsisten mematuhi jadwal makan yang sudah disusun setelah intervensi berakhir
		Menuliskan tujuan realistis mengenai bentuk tubuh dan berat badan Meminta B untuk mempraktekkan strategi yang sudah dipelajari selama proses intervensi

Analisis Data

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada diri B antara sebelum dan setelah *CBT* dilakukan. Analisis data dilakukan melalui dua cara, yaitu berdasarkan *hasil self-monitoring* dan hasil secara deskriptif. Selama prosesnya, B melakukan *self-monitoring*, baik sebelum intervensi, saat intervensi, dan setelah intervensi dilakukan. Hasil *self-monitoring* tersebut kemudian akan dianalisis untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada diri B sebelum dan setelah *CBT* dilakukan.

Analisis secara deskriptif dilakukan berdasarkan hasil pemaparan B kepada peneliti untuk mengetahui bagaimana perubahan yang terjadi pada B antara sebelum dan setelah *CBT* dilakukan. Sasaran utama dari intervensi yang telah dilakukan adalah merekonstruksi pola pikir B agar menjadi lebih positif, serta memodifikasi pola makan B menjadi lebih adaptif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Salah satu faktor yang berkaitan dengan kemunculan bulimia nervosa pada diri Individu adalah faktor keluarga. Masalah-masalah yang terjadi di dalam keluarga bisa menjadi faktor pemicu munculnya bulimia nervosa pada individu. Hasil penelitian menjelaskan bahwa malfungsi di dalam keluarga seperti hubungan yang tidak baik, minimnya interaksi dan toleransi, serta konflik di keluarga, merupakan masalah-masalah yang sering terjadi di dalam keluarga penderita bulimia (Cerniglia et al., 2017). Berdasarkan hasil asesmen, diketahui bahwa B memiliki hubungan yang

kurang hangat dengan seluruh anggota keluarganya. B juga tidak dekat secara emosi dengan anggota keluarganya.

Berdasarkan hasil integrasi Tes Grafis (BAUM, DAP, dan HTP) diketahui bahwa B memiliki hubungan keluarga yang tidak hangat. Hubungan yang kurang hangat tersebut berkaitan dengan sikap ayah B yang cenderung otoriter. B menyatakan bahwa ayah merupakan sosok yang tidak mau dibantah dan selalu mau menang sendiri. Hasil penelitian menunjukkan bahwa individu yang dididik dengan pola asuh otoriter dalam keluarga memiliki risiko terhadap bulimia nervosa (Bowles, Kurlender & Hellings, 2011). Ayah B juga sering menuntut B untuk memiliki bentuk tubuh langsing dan berat badan ideal. B sering mendapat komentar negatif dari ayahnya mengenai fisik B yang cenderung gemuk. Tuntutan dari ayah kepada B untuk menjaga pola makannya agar memiliki tubuh yang langsing menyebabkan B merasa tertekan dan tidak nyaman.

Tuntutan ayah B tersebut sejalan dengan standar kecantikan yang ada di budaya Indonesia. Standar kecantikan wanita di Indonesia adalah bertubuh langsing. Hal tersebut terbukti dari pemilihan model untuk berbagai macam iklan komersial yang menampilkan wanita bertubuh langsing. Hasil studi longitudinal yang dilakukan oleh Boone, Soenans dan Braet (2011) menunjukkan bahwa harapan mengikuti standar tubuh langsing pada wanita berkaitan dengan kecenderungan perfeksionisme dan ketidakpuasaan terhadap bentuk tubuh, keduanya berkaitan dengan bulimia nervosa. Secara tidak sadar, para wanita menuntut dirinya terlalu tinggi sehingga memunculkan sikap perfeksionisme. Hal yang sama terjadi pada diri B. Hasil asesmen menunjukkan bahwa B merupakan sosok yang memiliki kecenderungan perfeksionis dan mematuhi norma. Hal itu menyebabkan B berusaha untuk memenuhi tuntutan atau standar ideal mengenai bentuk tubuh dan berat badan.

Standar ideal tentang bentuk tubuh berkaitan dengan rendahnya *body image* dan gangguan makan pada wanita (Simeunovic Ostojic & Hansen, 2013). Standar kecantikan wanita yang selalu diasosiasikan dengan tubuh langsing membuat wanita bertubuh gemuk mengalami ketidakpuasaan terhadap tubuhnya. Hasil wawancara dan tes psikodiagnostika pada B menunjukkan bahwa B tidak puas terhadap tubuhnya. B merasa bahwa dirinya tidak menarik, tidak memiliki banyak teman, dan tidak diterima karena memiliki tubuh yang gemuk. Pada tes SSCT, terungkap bahwa B merasa sulit bergaul dan tidak memiliki banyak teman. Menurut B, hal itu disebabkan karena B memiliki berat badan yang tidak ideal. B berpikir bahwa sebagian besar wanita melihat fisik memilih teman, sehingga wanita bertubuh langsing selalu lebih disukai dan memiliki banyak teman.

B mengembangkan pemikiran ekstrim bahwa memiliki tubuh langsing berarti diterima dan bahagia, sebaliknya, memiliki tubuh gemuk berarti gagal dan menderita dalam segala hal. B berpikiran bahwa kebahagiaan dan kesuksesan hidupnya ditentukan oleh berat badan. Pikiran B tersebut merupakan distorsi kognitif jenis *dichotomous thinking* yang menyebabkan kemunculan bulimia nervosa pada diri B. Berdasarkan hal tersebut, maka CBT merupakan intervensi yang sesuai untuk B, karena CBT fokus pada rekonstruksi distorsi kognitif. Berdasarkan hasil yang

diperoleh, dapat diketahui bahwa *CBT* merupakan intervensi yang efektif untuk mengatasi bulimia nervosa pada diri klien. Seperti yang dikemukakan oleh Dattadeen (2015), *CBT* merupakan intervensi yang paling efektif untuk penderita bulimia jika dibandingkan dengan intervensi lainnya.

Intervensi ini diawali dengan formulasi masalah. Peneliti menjelaskan kepada klien mengenai psikopatologi bulimia nervosa pada B sesuai dengan diagram 1. Pada sesi ini, B juga dijelaskan mengenai distorsi kognitifnya. Penjelasan tersebut meliputi bagaimana distorsi kognitif itu muncul dan akhirnya menyebabkan bulimia nervosa. Ketika dijelaskan, B terus menerus mengangguk dan berpendapat bahwa yang dijelaskan oleh peneliti tersebut sangat sesuai dengan diri B.

Pada pertemuan awal, peneliti juga menjelaskan bahwa intervensi ini tidak akan bisa dilakukan tanpa komitmen dari B. Peneliti memastikan kembali kesiapan dan kesediaan B untuk terlibat secara aktif dalam intervensi *CBT* dan siap untuk berubah. B menyatakan dengan tegas bahwa B siap dan berkomitmen penuh untuk berubah. B merasa bahwa dirinya tidak ingin terus menerus mengidap bulimia nervosa. Setelah sama-sama sepakat, selanjutnya B menentukan perubahan pola makan dengan didampingi oleh peneliti.

B menyusun jadwal makannya mulai hari pertama hingga ketujuh yang berisi empat kali waktu makan, yaitu pukul 08.00 untuk sarapan, 12.00 untuk makan siang, 15.00 untuk snack dan 18.00 untuk makan malam. Sarapan terdiri dari dua slice roti gandum dan selai, makan siang terdiri dari nasi, sayur dan lauk, snack terdiri dari buah (papaya/jeruk/apel/pisang), makan malam terdiri dari oat meal dan susu/jagung dan susu/ubi/kentang dan sambal kacang. Setelah seluruh jadwal makan disusun oleh B, peneliti memberikan tugas pada B untuk makan sesuai dengan jadwal makan tersebut selama satu minggu.

Di pertemuan selanjutnya (satu minggu kemudian), dilakukan evaluasi terhadap apa yang terjadi pada diri B setelah mengikuti pola makan yang lebih sehat. Menurut B, sarapan memang membuat B menjadi lebih kenyang, sehingga menahan keinginan B untuk makan berlebihan di siang hari. Selama ini B hampir tidak pernah sarapan, sehingga menjadi makan berlebihan ketika siang atau sore hari. Selain itu, B merasakan bahwa dukungan teman juga sangat membantu B untuk mematuhi jadwal makan yang telah disusun dan menahan keinginan untuk makan berlebihan dan memuntahkan makanan.

Selama satu minggu, B makan berlebihan dan memuntahkan makanan sebanyak satu kali pada hari keempat. Peneliti memberikan pujian kepada B mengenai hal tersebut karena biasanya B memuntahkan makanan setiap hari bahkan lebih dari sekali dalam satu hari. B menyatakan bahwa makan secara teratur membuat B merasa kenyang sehingga mampu menahan keinginannya untuk makan berlebihan dan memuntahkan makanan yang telah dikonsumsi. Berdasarkan hal tersebut, peneliti meminta B untuk tetap mematuhi jadwal makan yang telah disusun.

Proses selanjutnya adalah restrukturisasi kognitif pada B. Restrukturisasi dilakukan untuk membantah distorsi kognitif klien mengenai bentuk tubuh. Peneliti berusaha memunculkan pikiran-

pikiran alternatif B untuk membantah distorsi kognitif tersebut melalui dialog. B juga diminta untuk menyebutkan bukti-bukti yang mendukung distorsi kognitifnya. Berikut ini adalah tabel mengenai hasil restrukturisasi kognitif yang dilakukan oleh B.

Tabel 3. Hasil Restrukturisasi Kognitif

Distorsi Kognitif	Bukti	Pikiran Alternatif	Bukti
Kurus membuat saya akan memiliki banyak teman	Tidak ada	Saya mempunyai teman dekat yang selalu ada	Saya memiliki sahabat-sahabat yang peduli pada saya Saya jarang mengalami masalah pertemanan
Kurus akan membuat laki-laki yang saya sukai juga menyukai saya	Tidak ada	Tidak semua laki-laki seperti itu	Banyak laki-laki yang menyukai wanita dengan tulus tanpa memandang fisik Tidak hanya wanita bertubuh langsing yang punya pasangan
Kurus membuat saya terlihat cocok memakai baju Apapun	Ketika saya lebih kurus, baju yang dulu tidak muat menjadi muat dan pantas saya kenakan	Banyak baju yang pas dan cocok untuk ukuran tubuh saya	Saya bisa memilih baju dengan model yang bagus dimanapun yang sesuai dengan tubuh saya Saat ini tidak ada yang menghina <i>style</i> saya

Peneliti mencatat restrukturisasi kognitif klien, kemudian membahasnya bersama B setelah prosesnya selesai. Setelah membaca catatan yang diberikan oleh peneliti, B mengatakan bahwa selama ini B selalu berpikir bahwa kurus adalah segalanya. B menyadari bahwa ternyata selama ini pikiran B itu tidak tepat. Peneliti membenarkan, kemudian menjelaskan bahwa hal tersebut adalah distorsi kognitif karena bukti yang mendukung sangat minim. B menyetujuinya dan bertekad untuk lebih memperkuat pikiran alternatifnya agar distorsi kognitif tersebut tidak terus menerus muncul.

Selama proses *CBT*, peneliti juga memberikan berbagai macam edukasi mengenai bulimia nervosa kepada klien. Peneliti menjelaskan dampak yang akan terjadi pada B, jika terus menerus mengkonsumsi makanan secara berlebihan dan memuntahkan makanan. Peneliti juga mendampingi B untuk berkonsultasi dengan ahli gizi yang memberikan edukasi mengenai diet yang sehat dan diet yang tidak sehat. Diet yang sehat adalah makan secara teratur dan seimbang dalam porsi yang tepat. B juga dilatih untuk menerima dirinya secara utuh serta tidak melampiaskan emosi negatif dan suasana hati yang sedang buruk terhadap pola makan.

Secara garis besar, terdapat perubahan positif pada diri B setelah melakukan *CBT* bersama peneliti. Melalui proses restrukturisasi kognitif dan edukasi yang diberikan, B berhasil untuk meminimalisir distorsi kognitifnya dengan memunculkan pikiran alternatif. Pada sisi perilaku, terdapat penurunan perilaku makan berlebihan dan memuntahkan makanan pada diri B. Pengaturan pola makan, jadwal makan yang terstruktur, serta membatasi penimbangan berat badan membantu

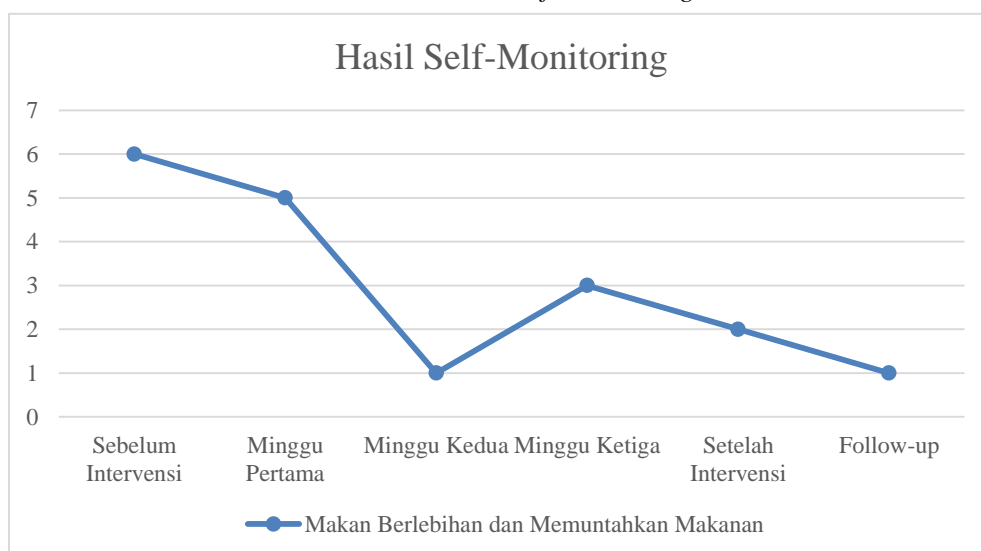
B untuk mengontrol dirinya sendiri. Perubahan yang terjadi pada diri B antara sebelum dan setelah CBT dilakukan dijabarkan pada tabel 4.

Tabel 4. Perubahan Sebelum dan Setelah CBT dilakukan

Sebelum CBT	Setelah CBT
B berpikir bahwa menjadi kurus adalah hal yang paling baik	B menyadari bahwa hal yang paling penting adalah sehat, sementara kurus adalah bonus
B berpikir bahwa dengan menjadi kurus, maka B akan menjadi lebih menarik dan disukai/diterima semua orang	B menyadari bahwa selama ini beberapa laki-laki memperhatikan B dan selama ini B diterima oleh teman-temannya, terutama teman dekat
B berpikir bahwa satu-satunya cara untuk menjadi kurus adalah dengan diet ketat	B menyadari bahwa makan teratur dan sehat dapat mengurangi lemak dan berat badan, sehingga lebih sehat
Memuntahkan makanan setelah makan berlebihan sama saja dengan diet	B menyadari bahwa makan berlebihan dan memuntahkan makanan berbeda dengan diet
B tidak mampu menahan keinginannya untuk makan berlebihan dan memuntahkan makanan tersebut	B mampu menahan keinginannya untuk makan berlebihan dan memuntahkan makanan tersebut dengan melakukan pola makan yang sehat dan seimbang

Selain melalui hasil analisis deskriptif, perubahan perilaku pada B diketahui melalui hasil *self-monitoring*. Pada pertemuan awal, B diberikan lembar *self-monitoring* untuk melaporkan pola makannya secara tertulis. *Self-monitoring* tersebut mulai dilakukan oleh B sejak sebelum CBT dilakukan sampai dengan setelah CBT dilakukan. Selama proses CBT berlangsung, B juga tetap melakukan *self-monitoring* yang kemudian selalu dievaluasi pada setiap pertemuan dengan peneliti. Berikut ini dijabarkan hasil *self-monitoring* B yang menunjukkan terjadi penurunan perilaku maladaptif pada diagram 2.

Gambar 2. Hasil *Self-Monitoring*



Berdasarkan diagram 2, diketahui bahwa terjadi penurunan perilaku maladaptif pada diri B, terutama setelah intervensi *CBT* dilakukan. Perilaku maladaptif yang dimaksud adalah makan berlebihan dan memuntahkan makanan. B akan memuntahkan makanan jika merasa telah makan berlebihan, jika tidak makan berlebihan, maka B merasa tidak perlu memuntahkan makanan yang dikonsumsinya. Sebelum diberikan *CBT*, dalam satu minggu, B makan berlebihan dan memuntahkan makanan hampir setiap hari. Sementara setelah *CBT* diberikan, dalam satu minggu, B hanya satu kali makan berlebihan dan memuntahkan makanan.

Setelah *CBT* dilakukan pada klien, hasil analisis data menunjukkan bahwa terjadi perubahan positif pada pola pikir B, serta terjadi penurunan perilaku makan berlebihan dan memuntahkan makanan. Hasil ini, sesuai dengan penelitian sebelumnya mengenai intervensi *CBT* kepada 78 wanita penderita bulimia. Setelah mengikuti *CBT*, terdapat perubahan signifikan dalam hal perilaku makan yang menjadi lebih adaptif (Waller et al., 2014). Konsumsi makanan secara berlebihan dan memuntahkan makanan pada para responden menurun dengan signifikan. Pada B, penurunan konsumsi makanan secara berlebihan dan memuntahkannya didapatkan melalui modifikasi pola makan yang dilakukan bersama peneliti.

Penjadwalan pola makan, membantu B untuk menghindari diet sangat ketat yang selalu dilakukan dan berakhir dengan kegagalan dan kelaparan. Selain itu, penjadwalan pola makan juga membantu B untuk tetap kenyang tanpa harus mengkonsumsi makanan secara berlebihan. Ketika B tidak mengkonsumsi makanan secara berlebihan, maka tidak ada keinginan untuk memuntahkan makanannya. Pada penderita bulimia, memuntahkan makanan berkaitan dengan konsumsi makanan yang berlebihan. Sathyapriya (2018) menyatakan bahwa memuntahkan makanan merupakan bentuk kompensasi penderita setelah terjadi episode makan secara berlebihan.

Selain modifikasi pola makan, dilakukan juga restrukturisasi kognitif pada B. Restrukturisasi kognitif membantu klien untuk memahami bahwa apa yang diyakini selama ini bukan keadaan yang sebenarnya karena tidak ada bukti-bukti yang mendukung (O'Donohue & Fisher, 2018). Restrukturisasi kognitif membantu B untuk menyadari bahwa pikirannya selama ini tidak tepat dan memunculkan pemikiran baru yang lebih positif yang sering disebut dengan pikiran alternatif. Pikiran alternatif ini bertujuan untuk membantah distorsi kognitif yang selama ini dikembangkan oleh B. Selama proses *CBT*, pikiran alternatif berhasil dimunculkan B melalui bukti-bukti yang mendukung atau tidak mendukung distorsi kognitif B, serta dialog yang dilakukan oleh B dan peneliti.

B yang pada awalnya berpikir bahwa langsing adalah segalanya, berhasil merubahnya menjadi "Kurus adalah bonus, yang paling penting adalah sehat." Perubahan pola pikir tersebut sedikit demi sedikit memperbaiki cara pandang B terhadap dirinya sendiri, sehingga B tidak lagi terobsesi pada tubuh langsing. Penderita bulimia nervosa secara umum memandang dirinya secara negatif, sehingga memiliki *self-esteem* yang rendah (Sathyapriya, 2018). Oleh karena itu,

diharapkan perubahan pola pikir ini bisa meningkatkan *self-esteem* B, sehingga meminimalisir kemunculan bulimia nervosa kembali pada B.

Perubahan positif, baik secara kognitif ataupun perilaku, yang dialami oleh B dipengaruhi oleh beberapa hal. Pertama adalah komitmen B selama proses *CBT* berlangsung. Wonderlich, Peterson dan Smith (2010) menjelaskan bahwa komitmen merupakan hal penting dalam keberhasilan intervensi pada penderita bulimia nervosa. Sejak awal, B sudah menunjukkan komitmen yang kuat untuk terus mengikuti proses intervensi dan terlibat secara aktif. Hal ini ditunjukkan melalui kedatangan B yang selalu tepat waktu dalam setiap sesi intervensi. B juga tidak pernah meminta perubahan jadwal pertemuan dengan peneliti atau meminta izin untuk tidak hadir.

Selain komitmen di dalam sesi intervensi bersama peneliti, B juga menunjukkan komitmennya di luar sesi intervensi bersama peneliti. B selalu mengerjakan pekerjaan rumah yang diberikan dengan baik, tepat waktu, dan sesuai dengan yang sudah didiskusikan sebelumnya. B juga aktif melaporkan kepada peneliti apa yang dialami dalam kehidupan sehari-hari, sehingga bisa di evaluasi bersama. Komitmen ini membuat B kooperatif dan aktif, sehingga mendukung keberhasilan dalam intervensi yang dilakukan terhadap B.

Kedua adalah motivasi yang kuat pada diri B. Motivasi akan membantu individu untuk mencapai tujuan dalam hidupnya dan berusaha berubah untuk menjadi lebih baik (Wade & Tavaris, 2017). Motivasi B sudah tampak sejak awal bertemu peneliti, dimana B merupakan klien APS (Atas Permintaan Sendiri) dan menyatakan bahwa ingin sembuh dari bulimia nervosa. B juga menyadari bahwa bulimia nervosa sudah memberikan dampak negatif bagi seluruh aspek kehidupannya, termasuk fisik dan sosial. Hal tersebut membuat B bertekad kuat untuk sembuh. Kuatnya motivasi B untuk berubah juga terlihat dari kesungguhan B untuk merubah pola makannya dan melawan dirinya sendiri untuk tidak makan berlebihan.

Beberapa kali B merasa kesulitan karena hasrat untuk makan berlebihan tiba-tiba muncul, tetapi B berusaha untuk menahannya karena B sudah bertekad untuk sembuh. Motivasi yang kuat pada penderita bulimia merupakan salah satu faktor penting yang menentukan berhasil atau tidaknya intervensi pada penderita bulimia nervosa (Wonderlich et al., 2010). Motivasi untuk berubah menjadi lebih baik dan sembuh membuat B mengikuti semua sesi *CBT* dengan sungguh-sungguh. Hal tersebut menunjukkan bahwa motivasi yang kuat dalam diri B mendukung keberhasilan dalam intervensi ini.

Ketiga adalah hubungan terapeutik yang terjalin antara B dan peneliti selama intervensi berlangsung. Selama intervensi berlangsung, terjalin hubungan profesional yang penuh rasa aman dan percaya antara B dan peneliti. Hal ini dapat diketahui dari kesediaan B untuk menceritakan masalahnya dengan runtut dan jelas mulai dari awal hingga akhir. B juga mengatakan bahwa B hanya menceritakan masalahnya secara detail kepada peneliti, B bahkan tidak menceritakan masalah ini pada siapapun termasuk keluarga dan sahabatnya. Hal tersebut menunjukkan bahwa B percaya sepenuhnya pada peneliti serta merasa aman dan nyaman untuk bercerita.

Hubungan tersebut dinamakan hubungan terapeutik dan merupakan salah satu faktor penentu dalam keberhasilan suatu intervensi. Penelitian yang dilakukan oleh Accurso et al (2015) menunjukkan bahwa hubungan terapeutik yang kuat merupakan prediktor keberhasilan intervensi pada penderita bulimia nervosa. Lebih lanjut lagi, penelitian tersebut menunjukkan bahwa klien (penderita bulimia) dan peneliti yang memiliki hubungan terapeutik yang kuat menunjukkan hasil intervensi yang lebih baik. Hasil tersebut sejalan dengan hasil dalam penelitian ini, yaitu hubungan terapeutik antara B dan peneliti menjadi salah satu faktor penentu dalam perubahan positif pada diri B.

KESIMPULAN

Berdasarkan pelaksanaan dan hasil intervensi, maka dapat diketahui bahwa *CBT* merupakan intervensi yang efektif untuk menangani bulimia nervosa pada B. Hal tersebut dapat diketahui dari perubahan positif yang terjadi pada B setelah intervensi, baik secara kognitif maupun perilaku. Perubahan kognitif terlihat dari munculnya pikiran alternatif yang lebih positif mengenai berat badan dan bentuk tubuh. Di sisi perilaku terjadi perubahan pola makan yang lebih adaptif, dimana B makan secara teratur dan seimbang, sehingga meminimalisir terjadinya makan berlebihan yang dilanjutkan dengan memuntahkan makanan.

Keberhasilan intervensi ini dipengaruhi oleh ketepatan intervensi yang dipilih, yaitu *CBT*. Intervensi *CBT* sesuai dengan permasalahan utama B, yaitu distorsi kognitif tentang gemuk dan kurus, yang menyebabkan munculnya perilaku maladaptif yaitu mengonsumsi makanan berlebihan dan memuntahkannya. Selain itu, keberhasilan dalam intervensi ini juga dipengaruhi oleh komitmen B dalam menjalankan proses intervensi, motivasi B untuk sembuh dan berubah menjadi lebih baik, serta hubungan terapeutik antara B dan peneliti. Berdasarkan hal tersebut, maka *CBT* dapat dijadikan referensi untuk menangani kasus bulimia nervosa yang disebabkan oleh distorsi kognitif.

DAFTAR PUSTAKA

- Accurso, E. C., Fitts-Craft, E. E., Ciao, A., Cao, L., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2015). Therapeutic alliance in a randomized clinical trial for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(3), 637–642. <https://doi.org/10.1037/ccp0000021>
- Bennett, P. (2011). *Abnormal and Clinical Psychology, An Introductory Textbook, Third Edition*. New York: McGraw-Hill Education.
- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Hofmann, S. G. (2018). *Abnormal Psychology, An Integrative Approach, Eighth Edition*. USA: Cengage Learning.
- Boone, L., Soenens, B., & Braet, C. (2011). Perfectionism, body dissatisfaction, and bulimic symptoms: The intervening role of perceived pressure to be thin and thin ideal internalization. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(10), 1043–1068. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.10.1043>

- Bowles, T., Kurlender, M., & Hellings, B. (2011). Family functioning and family stage associated with patterns of disordered eating in adult females. *Australian Educational and Developmental Psychologist*, 28(1), 47–60. <https://doi.org/10.1375/aedp.28.1.47>
- Branscombe, N. R., & Baron, R. A. (2017). *Social Psychology, Fourteenth Edition*. England: Pearson Education Limited.
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: Family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 305–312. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S145463>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2011). The evolution of “Enhanced” Cognitive behavior therapy for eating disorders: Learning from treatment nonresponse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(3), 394–402. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.007>
- Cooper, Z., & Grave, R. D. (2017). Eating disorders: Transdiagnostic theory and treatment. In *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* (Issue January 2017). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00014-3>
- Corey, G. (2016). *Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy (10th Ed.)*. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/acap/detail.action?docID=4643533>.
- Dattadeen, J.A. (2015). Treating Bulimia Nervosa with Cognitive-Behavioral Therapy dan Interpersonal Psychotherapy. *Inquiries Journal/Student Pulse*, 7 (2), 1-5.
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917–925. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070868>
- Kourkouta, L., Frantzana, E., Iliadis, C., Kleisiaris, C., & Papathanasiou, I. (2019). Bulimia Nervosa: a Review. *Sanitas Magisterium, February*, 1–6. https://www.researchgate.net/publication/333853004_BULIMIA_NERVOSA_-A_REVIEW
- Krisnani, H., Santoso, M. B., & Putri, D. (2018). Gangguan Makan Anorexia Nervosa Dan Bulimia Nervosa Pada Remaja. *Prosiding Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(3), 399. <https://doi.org/10.24198/jppm.v4i3.18618>
- Nelson-Jones, R. (2011). *Theory and Practice of Counselling & Therapy, Fifth Edition*. London: Sage Publications.
- Nevid, S. N., Rathus, S.A., & Greene, B. (2014). *Abnormal Psychology, In Changing World, Ninth Edition*. USA: Pearson Education, Inc.
- O’Donohue, W.T., & Fisher, J.E. (2012). *Cognitive Behavioral Therapy, Prinsip-Prinsip Utama untuk Praktik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Sathyapriya, B., Lakshmanan, P., Sumathy, G., Koshy, J.M., Chandrakala, B., & Gokulalakshmi, E.. (2018). *Bulimia Nervosa – A Psychiatric Eating Disorder*. 2(2), 21–26.
- Simeunovic Ostojic, M., & Hansen, A. M. J. (2013). Sociocultural factors in the development of bulimia nervosa in a blind woman: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 284–288. <https://doi.org/10.1002/eat.22058>
- Taylor, S. E. (2015). Health Psychology, Ninth Edition. In *McGraw-Hill Education*.
- Wade, C., & Tavris, C. (2017). *Psychology Twelfth Edition*. www.prisonstudies.org
- Waller, G., Gray, E., Hinrichsen, H., Mountford, V., Lawson, R., & Patient, E. (2014). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic nervosa: Effectiveness in

clinical settings. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 13–17.
<https://doi.org/10.1002/eat.22181>

Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Smith, T. L., Klein, M., Mitchell, J. E., Crow, S. J., & Engel, S. G. (2010). Integrative cognitive-affective therapy for bulimia nervosa. In *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*. (pp. 317–338).
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc7&NEWS=N&AN=2009-21675-017>