

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Kelompok Penelitian

Penelitian ini melibatkan 20 responden yang bersedia mengikuti seluruh tahapan penelitian dan memenuhi kriteria eksklusi serta inklusi. Responden terbagi atas 10 responden sebagai kelompok kontrol dan 10 responden lainnya sebagai kelompok intervensi SEFT. Kedua kelompok sama-sama mendapat kuesioner *pretest* di awal penelitian dan kuesioner *post-test* di akhir penelitian. Pada kelompok intervensi, diberikan intervensi SEFT terlebih dahulu sebelum pengisian kuesioner *post-test*. Berdasarkan penelitian didapatkan skor tes skrining depresi responden adalah sebagai berikut.

Tabel 4. Skor tes skrining depresi *pretest* kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan skala BDI-II

Kategori Skor skrining depresi	Kontrol		Intervensi	
	N	%	N	%
Depresi sedang	9	90	9	90
Depresi berat	1	10	1	10
Total	10		10	

Sumber: Data Primer (*Lampiran 7*)

Menurut tabel 4 hasil skor *pretest* skrining depresi dengan BDI-II menunjukkan bahwa kelompok kontrol dan kelompok intervensi masing-masing terdiri dari 9 responden yang dikategorikan memiliki skor depresi sedang dan 1 responden yang memiliki skor depresi berat.

Kemudian kedua kelompok dilakukan *group matching* seperti yang disajikan dalam tabel 5 di bawah ini. Terlihat bahwa tidak terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi berdasarkan seluruh karakteristik responden.

Tabel 5. Karakteristik responden penelitian

Karakteristik	Kelompok		<i>p-value</i>
	Kontrol N(%)	Intervensi N(%)	
Usia *(mean ± SD)	45,1 ± 14,17	45,3 ± 8,87	0,970
Jenis Kelamin [∞]			
- Perempuan	8(80)	3(30)	0,070
- Laki-laki	2(20)	7(70)	
Pekerjaan **			
- Pekerja rumah tangga	3(30)	2(20)	0,988
- Pekerja sektor informal	1(10)	1(10)	
- Pekerja dengan ketrampilan khusus	0(0)	0(0)	
- Wiraswasta (pemilik usaha kecil/menengah, pedagang dll)	2(20)	1(10)	
- PNS, TNI & polisi	0(0)	0(0)	
- Pegawai perusahaan swasta	0(0)	0(0)	
- Pekerja profesional	0(0)	0(0)	
- Pensiunan	0(0)	1(10)	
- Tidak memiliki pekerjaan	4(40)	5(50)	
Pendidikan **			
- Tidak pernah sekolah	1(10)	1(10)	0,988
- Tidak tamat SD	0(0)	0(0)	
- SD	2(20)	1(10)	
- SMP	2(20)	1(10)	
- SMA/SMK	4(40)	7(70)	
- Akademi (Diploma)	0(0)	0(0)	
- Universitas: S1	1(10)	0(0)	
- Universitas: S2 & S3	0(0)	0(0)	
Status **			
- Tidak/belum menikah	0 (0)	1(10)	1,000
- Kawin	10(100)	8(80)	
- Berpisah	0(0)	0(0)	
- Cerai	0(0)	0(0)	
- Cerai mati	0(0)	1(10)	
Lama hemodialisis dalam bulan * (mean ± SD)	32,61 ± 31,86	61,9 ± 53,56	0,154
Komorbiditas [∞]			
- Hipertensi	8	8	1,000
- DM	3	1	0,582
- Penyakit Ginjal	1	2	1,000
- Obat	0	3	0,211
- Minuman	0	2	0,474
- Lainnya	0	1	1,000
Pretest [‡] (mean±SD)	23,1 ± 4,31	23,4 ± 3,95	0,604

**p-value* diukur dengan menggunakan uji *independent sample t* (Lampiran 4)

***p-value* diukur dengan menggunakan uji *Kolmogorov Smirnov* (Lampiran 4)

[∞] *p-value* diukur dengan menggunakan uji *Fisher* (Lampiran 4)

[‡] *p-value* diukur dengan menggunakan uji *Mann Whitney* (Lampiran 4)

a. Usia, status, dan jenis kelamin

Tabel 5 menunjukkan bahwa usia rata-rata responden pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi adalah 45 tahun (standar deviasi kelompok kontrol sebesar $\pm 14,17$ dan kelompok intervensi sebesar $\pm 8,87$). Berdasarkan nilai uji *independent sample t* didapatkan nilai $p=0,970$. Sedangkan menurut kelompok status, ditemukan bahwa baik responden pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi rata-rata sudah menikah dengan nilai $p=1,000$ melalui uji *Kolmogorov Smirnov*. Berdasarkan jenis kelamin, kelompok kontrol didominasi oleh responden perempuan sedangkan pada kelompok intervensi didominasi oleh responden laki-laki. Ditemukan nilai $p=0,070$ menggunakan uji Fisher. Besarnya nilai p dari kelompok usia, status dan jenis kelamin yang $>0,05$. Artinya berdasarkan kelompok usia, status, dan jenis kelamin tidak terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi.

b. Pekerjaan dan pendidikan

Berdasarkan tabel 5, ditemukan bahwa baik responden pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi rata-rata sudah tidak bekerja dengan nilai $p=0,988$ melalui uji *Kolmogorov Smirnov*. Sedangkan melihat dari segi pendidikan, baik responden pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi didominasi berpendidikan SMA dengan nilai $p=0,988$ menggunakan uji *Kolmogorov Smirnov*. Besarnya nilai p dari kelompok pekerjaan dan

pendidikan yang $>0,05$. Artinya berdasarkan kelompok pekerjaan dan pendidikan tidak terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi.

c. Lama hemodialisis, penyakit yang mendasari, dan *hasil pretest*

Tabel 5 menunjukkan bahwa durasi lama hemodialisis rata-rata responden pada kelompok kontrol adalah 33 bulan (standar deviasi sebesar $\pm 31,86$) dan untuk kelompok intervensi sebesar 62 bulan (standar deviasi sebesar $\pm 53,56$). Berdasarkan uji *independent sample t* didapatkan nilai $p=0,154$. Sedangkan menurut komorbiditas, ditemukan bahwa penyakit yang diderita responden baik kelompok kontrol maupun intervensi didominasi oleh hipertensi dengan nilai $p=1,000$ menggunakan uji *Fisher*. Uji *Mann Whitney* yang dilakukan pada nilai *pretest* antara kelompok kontrol dan intervensi, ditemukan bahwa nilai *pretest* rata-rata kelompok kontrol adalah sebesar 23,1 (SD $\pm 4,31$) sedangkan kelompok intervensi sebesar 23,4 (SD $\pm 3,95$) dengan nilai $p=0,604$. Adapun nilai p dari lamanya hemodialisis, penyakit yang mendasari responden, serta nilai *pretest* artinya antara kelompok kontrol dengan intervensi berdasarkan lama hemodialisis, penyakit yang mendasari serta nilai *pretest* juga tidak terdapat perbedaan.

2. Analisis Depresi Kelompok

Penelitian ini merekrut sebanyak 20 responden yang bersedia untuk mengikuti penelitian secara keseluruhan tahap dan memenuhi kriteria

inklusi serta eksklusi penelitian. Seluruh responden yang didapatkan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kedua kelompok sama-sama mendapat kuesioner *pretest* di awal penelitian dan kuesioner *post-test* di akhir penelitian. Untuk kelompok intervensi, terapi SEFT diberikan terlebih dahulu sebelum pengisian kuesioner *post-test*. Hasil perubahan *pretest* dan *post-test* kedua kelompok disajikan dalam tabel 6 di bawah ini.

Tabel 6. Perubahan skor skrining depresi *pretest* dan *post-test* skrining depresi dengan skala BDI-II pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Perubahan Skor Skrining Depresi	Kontrol		Intervensi	
	N	%	N	%
Meningkat	4	40	1	10
Tetap	1	10	0	0
Menurun	5	50	9	90
Total	10		10	

Sumber: Data Primer (*Lampiran 7*)

Menurut tabel 6 di atas, didapatkan sebesar 5 responden pada kelompok kontrol mengalami penurunan skor tes skrining depresi. Sedangkan pada kelompok intervensi sebanyak 9 responden mengalami penurunan skor tes skrining depresi. Hal ini menunjukkan bahwa responden yang diberikan terapi SEFT lebih banyak mengalami penurunan skor tes skrining depresi.

Tabel 7. Skor skrining depresi *post test* kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan skala BDI-II

Tingkat skor skrining depresi	Kontrol		Intervensi	
	N	%	N	%
Normal	0	0	2	20
Gangguan mood ringan	3	30	4	40
Borderline	0	0	1	10
Depresi sedang	7	70	3	30
Depresi berat	0	0	0	0
Total	10		10	

Sumber: Data Primer (*Lampiran 7*)

Menurut tabel 7 di atas dapat dilihat bahwa setelah dilakukan *post-test* skrining depresi pada kelompok kontrol yang tidak diberi intervensi apapun ditemukan sejumlah 7 responden masih memiliki skor tes skrining depresi sedang. Sedangkan hasil *post-test* skrining depresi yang dilakukan pada kelompok intervensi setelah diberikan terapi SEFT menunjukkan bahwa responden yang diberikan terapi SEFT mengalami penurunan skor tes skrining depresi yang lebih banyak, dibuktikan dengan 7 responden yang memiliki skor tes skrining depresi di bawah depresi sedang.

3. Hasil Uji Normalitas Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Uji normalitas dilakukan sebelum menentukan hipotesis untuk mengetahui apakah data terdistribusi normal atau tidak sehingga dapat diketahui uji parametrik atau nonparametrik yang akan digunakan.

Tabel 8. Hasil uji normalitas terhadap skor *pretest* dan *post-test* kuesioner skrining depresi dengan skala BDI-II pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Pengukuran	Waktu	Kelompok	Rerata	<i>p-value</i>
Depresi	<i>Pre</i>	Kontrol	23,1	0,000
		Intervensi	23,4	0,000
	<i>Post</i>	Kontrol	21,3	0,480
		Intervensi	16,8	0,086

**p-value* diukur dengan uji *Shapiro-Wilk* (*Lampiran 5*)

Pada tabel 8 terlihat bahwa hasil uji normalitas menggunakan uji statistik *Shapiro-Wilk* menunjukkan nilai p skor tes skrining depresi sebelum (*pre*) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat distribusi yang tidak normal ($<0,05$). Sedangkan nilai p yang menunjukkan distribusi normal ditemukan pada hasil uji normalitas terhadap skor tes skrining depresi sesudah (*post*) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($>0,05$). Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa data skor tes skrining depresi pada kelompok intervensi dan kontrol tidak terdistribusi secara normal, sehingga uji statistik yang digunakan adalah uji non parametrik yaitu uji *Wilcoxon*.

4. Perbedaan Skor Tes Skrining Depresi Sebelum dan Sesudah Terapi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Uji statistik *Wilcoxon* digunakan untuk melihat perbedaan skor tes skrining depresi sebelum dan sesudah terapi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Berdasarkan pengolahan data hasil uji beda rerata sebelum dan sesudah terapi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ditemukan bahwa data tidak terdistribusi secara normal sehingga digunakan uji *Wilcoxon* untuk menentukan hipotesis.

Tabel 9. Hasil Uji Wilcoxon terhadap skor *pretest* dan *post-test* skrining depresi yang diukur dengan skala BDI-II pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Parameter	Kontrol (n=10)		Intervensi (n=10)		p^1	p^2
	Mean (SD)		Mean (SD)			
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>		
BDI-II	23.10 (1.36)	21.3 (1.86)	23.4 (1.25)	16.8 (1.84)	0,342	0,008

* p^1 dan p^2 diukur dengan menggunakan uji Wilcoxon (*Lampiran 6*)

p^1 adalah hasil signifikansi uji beda *pre-post* kelompok kontrol

p^2 adalah hasil signifikansi uji beda perbedaan *pre-post* kelompok intervensi

Berdasarkan tabel 9 didapatkan hasil uji beda *pretest* dan *post-test* skor tes skrining depresi dengan kuesioner BDI-II pada kelompok kontrol sebesar 0,342. Hasil tersebut dapat diartikan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara skor tes skrining depresi *pretest* dan *post test* kelompok kontrol. Sedangkan hasil uji beda skor *pretest* dan *post-test* skrining depresi dengan kuesioner BDI-II pada kelompok intervensi didapatkan sebesar 0,008. Hasil tersebut dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara hasil *pretest* dan *post-test* skrining depresi kelompok intervensi setelah diberikan terapi SEFT.

5. Uji Selisih Skor Pre-Post Tes Skrining Depresi antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol

Uji statistik *independent sample t* digunakan untuk melihat perbedaan uji selisih *pre* dan *post* tes skrining depresi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol karena kedua data terdistribusi normal. Berdasarkan tabel 10, didapatkan hasil bermakna pada uji selisih *pre* dan

post tes skrining depresi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yaitu sebesar 0.047 ($p < 0.05$).

Tabel 10. Hasil uji selisih *pre-post* tes skrining depresi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Kelompok	N	Mean (SD)	<i>p-value</i>
Kontrol	10	-1.8 (5.3)	0.047
Intervensi	10	-6.6 (4.7)	

Sumber: Data Primer (*Lampiran 6*)

B. Pembahasan

Pada karakteristik penelitian terlihat bahwa penelitian ini didominasi oleh responden perempuan (55%) dengan rerata umur responden adalah 45 tahun (dewasa akhir). Hal ini sesuai dengan penelitian Fan *et al.* (2011) bahwa perempuan dan usia tua mempunyai faktor risiko yang besar untuk mengalami gejala klinis PTSD, kecemasan serta depresi. Kop *et al.* (2011) dan Chiang *et al.* (2013) dalam penelitiannya juga menemukan bahwa mayoritas penderita gagal ginjal yang mengalami depresi adalah perempuan. Penelitian lain yang dilakukan oleh Ricardo *et al.* (2010) menyebutkan pula bahwa pasien gagal ginjal yang depresi didominasi berusia 40-59 tahun.

Berdasarkan kategori pekerjaan, sebagian besar responden sudah tidak memiliki pekerjaan hal ini sesuai dengan penelitian Andrade & Sesso (2012). Penelitian tersebut menyatakan bahwa pasien hemodialisis yang mengalami depresi rata-rata adalah pasien yang sudah berhenti dari pekerjaannya ataupun pengangguran sehingga orang - orang tersebut menjadi inaktif secara profesional.

Pendidikan responden rata-rata adalah Sekolah Menengah Atas (SMA). Studi yang dilakukan oleh Kop *et al.* (2011) bahwa mayoritas 50% subjek gagal ginjal yang mengalami depresi berpendidikan minimal SMA.

Karakteristik responden yang lainnya adalah rata-rata responden berstatus sudah menikah, hal ini sesuai dengan penelitian Andrade & Sesso (2012) dan Chiang *et al.* (2013) bahwa pasien gagal ginjal kronis yang mengalami depresi rata-rata berstatus sudah menikah. Pernikahan dapat menjadi suatu stressor karena tanggungan hidup seseorang tentunya akan menjadi lebih besar daripada orang yang tidak menikah (Hawari, 2001).

Berdasarkan kategori komorbiditas, rerata responden memiliki komorbiditas hipertensi. Hal yang sama dikemukakan pula pada penelitian Andrade & Sesso (2012) dan Loosman *et al.* (2015) bahwa depresi pada pasien yang menjalani hemodialisis memiliki komorbiditas terbesar pada penyakit kardiovaskuler. Depresi kemungkinan berkaitan dengan aktivasi dari axis *hipotalamus-pituitary-adrenal* (HPA) sehingga meningkatkan pengeluaran kortisol dan katekolamin yang dapat mencetuskan disfungsi imun, kelainan koagulasi dan disfungsi platelet serta endotel pembuluh darah sehingga meningkatkan proses inflamasi dan penyakit kardiovaskular (Loosman *et al.*, 2015).

Berdasarkan lama hemodialisis kelompok kontrol sebesar 33 bulan dan kelompok intervensi sebesar 62 bulan. Hal ini sesuai dengan penelitian Babatsikou & Georgianni (2014) bahwa depresi paling banyak terjadi pada

pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialis pada tahun ketiga hingga tahun kesembilan.

Gagal ginjal kronis adalah proses kerusakan ginjal yang ireversibel dan progresif. Hemodialisis merupakan terapi pilihan yang paling sering dilakukan dan ini sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien dari segi status kesehatan, fungsional serta sosial dan ekonomi. Pasien gagal ginjal kronis yang mengalami depresi memiliki risiko dua kali lipat lebih besar terhadap kematian dan hospitalisasi serta inisiasi dialisis (Kop, et al., 2011). Studi yang dilakukan oleh Koutsopoulou *et al.* (2009) menemukan bahwa depresi adalah gangguan psikologis terbanyak pada pasien hemodialis yang memiliki dampak besar pada pasien dan keluarganya, mempengaruhi keadaan sosial, ekonomi dan psikologis secara negatif. Depresi sendiri dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti faktor genetik, faktor biologis, faktor psikososial, kondusif tidaknya keadaan keluarga serta faktor kepribadian seseorang (Kaplan & Sadock, 2010).

Penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Safitri & Sadif (2013) bahwa terapi SEFT efektif dalam menurunkan tingkat depresi pada 12 penderita GGK yang menjalani hemodialisis di RS Cilacap. Hasil penelitian tersebut menunjukkan *paired sample correlation* 0,182 (>0.05) serta *sig F change*=0.000 (<0.01) yang artinya terdapat signifikansi terapi yang tinggi.

Pada awalnya SEFT dikembangkan dari metode EFT yang juga mendasari terbentuknya SEFT. Perbedaannya terletak pada aspek religiusitas

yang terdapat pada SEFT. Banyak penelitian yang sudah membuktikan keefektivitasan terapi EFT, salah satunya adalah penelitian yang dilakukan oleh Church *et al.* (2012) yang menunjukkan bahwa terdapat penurunan tingkat depresi yang signifikan pada 9 mahasiswa sarjana psikologi di Universitas Santo Tomas, Manila dengan pemberian sesi EFT selama 90 menit. Studi lain yang juga dilakukan oleh Babamahmoodi *et al.* (2015) menemukan pula bahwa pada 28 veteran dengan cedera paru-paru yang diberikan terapi EFT mengalami peningkatan kesehatan mental, kualitas hidup, serta perbaikan kondisi dan gejala respiratorik. Melihat bahwa EFT dapat membantu mengatasi berbagai permasalahan yang berbeda-beda pemicunya maka SEFT sebagai pengembangan dari metode EFT dapat pula mengatasi hal-hal tersebut.

Pada penelitian ini terdapat 4 responden dari kelompok kontrol yang memiliki skor tes skrining depresi tetap dan 1 responden yang skor tes skrining depresinya meningkat. Sedangkan dari kelompok intervensi, hanya terdapat 1 responden yang skor tes skrining depresinya meningkat. Kemampuan seseorang untuk melakukan *coping* menentukan dampak dari stress itu sendiri. *Coping* adalah perubahan yang konstan dari usaha kognitif dan perilaku untuk mengelola tuntutan-tuntutan yang melebihi kemampuan diri seseorang (Lazarus & Folkman, 1984). Dalam hal ini tuntutan tersebut adalah tuntutan lingkungan dan internal pribadi serta konflik diri. *Coping* yang adaptif dapat mengembalikan fungsi homeostasis dan mengurangi tingkat stress serta menciptakan kesehatan dalam jangka panjang. Sebaliknya *coping*

yang maladaptif menurunkan stress secara jangka pendek namun sejatinya memperburuk kondisi jangka panjang (Everly & Lating, 2013).

Hasil *pretest* dan *post-test* skrining depresi dengan kuesioner BDI-II pada kelompok kontrol dengan uji beda *Wilcoxon* didapatkan nilai $p=0,342$ yang menandakan bahwa tidak terdapat perbedaan antara skor kuesioner skrining depresi *pretest* dan *post test* pada kelompok kontrol. Sedangkan hasil *pretest* dan *post-test* dengan kuesioner BDI-II pada kelompok intervensi dengan uji beda *Wilcoxon* didapatkan nilai $p=0,008$ yang menandakan bahwa terdapat perbedaan skor tes skrining depresi *pretest* dan *post test* pada kelompok intervensi sesudah diberikan terapi SEFT. Hasil uji selisih *pre* dan *post* tes skrining depresi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol juga menunjukkan $p=0.047$ yang menandakan bahwa kelompok intervensi yang diberikan terapi SEFT memiliki penurunan tingkat depresi yang signifikan secara statistik dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan SEFT.

SEFT memiliki tiga aspek yaitu adalah aspek psikis, fisik dan religiusitas yang apabila ketiganya seimbang maka manusia dapat mengendalikan hakikatnya sebagai manusia (Zainuddin, 2012). SEFT yang terdiri dari beberapa pendekatan, salah satunya metode Sedona yang membuat pasien dapat merasakan sakitnya yang semakin lama akan semakin berkurang. Pendekatan psikis serta emosional dilakukan dengan *tapping* (ketukan) pada titik-titik energi tubuh. Hal yang terakhir yaitu aspek religiusitas di mana seseorang diminta untuk mengutarakan keikhlasan, kepasrahan dan doa

terhadap segala masalahnya (Ulfah,2013). Penelitian Cornah (2006) menunjukkan bahwa kegiatan spiritual dapat mempengaruhi sistem pengaturan endokrin yaitu menurunkan kadar hormon stres seperti kortisol dan norepinefrin serta memperbaiki sistem imun.

Orang yang mengalami depresi memiliki masalah dalam berpikir, memiliki pikiran negatif serta kesalahan kognitif (Beck, 2009). Penelitian menunjukkan bahwa melakukan *tapping* dan gerakan *gamut spot* dapat menurunkan *hyperarousal* amygdala serta memicu terjadinya *cognitive shift*. Pada penderita depresi biasanya aktivitas otak akan terfokus pada bagian limbik sehingga dengan dilakukannya terapi maka aktivitas otak akan beralih ke korteks orbitofrontal, prefrontal, dan *cingulate anterior* yang merupakan pemroses pikiran kognitif (MacKinnon, 2015). Selain itu gelombang otak juga dapat berubah menjadi gelombang delta sehingga dapat meredam reseptor glutamat pada sinaps akibatnya terjadi deaktivasi amygdala yang akan menginterupsi timbulnya memori-memori buruk (Feinstein, 2012).

Kelemahan dari penelitian ini adalah jumlah sampel penelitian terhitung kecil, sehingga mengurangi validitas dan tidak dapat mewakili populasi. Oleh karena jarak antara pengukuran *pretest* dan *post test* banyak yang terpaut lebih dari 2 minggu dikhawatirkan ada banyak faktor yang mempengaruhi kondisi depresi pasien sehingga akan mempengaruhi hasil terapi SEFT. Terdapat beberapa penolakan pasien untuk menjadi responden penelitian untuk diterapi SEFT, kemungkinan oleh karena adanya keterbatasan mobilitas gerak pasien yang banyak bergantung pada alat dialisis, serta tidak adanya privasi tempat

intervensi terapi sehingga menimbulkan keengganan pada diri pasien. Dalam penelitian ini terapi SEFT juga hanya diberikan dalam 1 sesi dan tidak ada *follow up*, sehingga efek terapi menjadi kurang optimal dan tidak ada pemantauan durasi efek terapi untuk perkembangannya.