

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)

Editor : Made Martini



M. Khalid Fredy Saputra
I Gusti Agung Tresna Wicaksana
Eltanina Ulfameytalia Dewi
Made Dian Shanti Kusuma
Ni Putu Dita Wulandari
I Putu Gde Yudara Sandra Putra
Tiur Romatua Sitohang
Ida Ayu Putri Wulandari

BUNGA RAMPAL

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)

M. Khalid Fredy Saputra
I Gusti Agung Tresna Wicaksana
Eltanina Ulfameytalia Dewi
Made Dian Shanti Kusuma
Ni Putu Dita Wulandari
I Putu Gde Yudara Sandra Putra
Tiur Romatua Sitohang
Ida Ayu Putri Wulandari

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)

M. Khalid Fredy Saputra
I Gusti Agung Tresna Wicaksana
Eltanina Ulfameyitalia Dewi
Made Dian Shanti Kusuma
Ni Putu Dita Wulandari
I Putu Gde Yudara Sandra Putra
Tiur Romatua Sitohang
Ida Ayu Putri Wulandari

Editor:
Made Martini

Tata Letak:
Linda Setia Kasih Zendrato

Desain Cover:
Nathanael

Ukuran:
A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:
vi, 128

ISBN:
978-623-195-259-2

Terbit Pada:
Mei 2023

Hak Cipta 2023 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA
(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk buku dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir dan memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan “*Cognitive Behavior Therapy* (CBT),” buku ini memberikan nuansa berbeda yang saling menyempurnakan dari setiap pembahasannya, bukan hanya dari segi konsep yang tertuang dengan detail, melainkan contoh yang sesuai dan mudah dipahami terkait konsep dan aplikasi terkait *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT).

Sistematika buku ini dengan judul “*Cognitive Behavior Therapy* (CBT),” mengacu pada konsep dan pembahasan hal yang terkait. Buku ini terdiri atas 8 bab yang dijelaskan secara rinci dalam pembahasan antara lain mengenai Insiden Dan Prevalensi Kasus ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa); Konsep Dan Gambaran Umum CBT; *Cognitive Behavior Therapy* Pada Kasus Insomnia; *Cognitive Behavior Therapy* Pada Kasus Depresi; *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) Pada Klien Dengan Risiko Bunuh Diri; CBT Pada Kasus Trauma (PTSD); *Cognitive Behavior Therapy* Pada Kasus Ansietas; Penerapan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) Pada Kasus Halusinasi.

Buku ini memberikan nuansa yang berbeda dengan buku lainnya, karena membahas berbagai, konsep dan aplikasi *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) sesuai dengan *update* keilmuan.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Maret 2023
Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 INSIDEN DAN PREVALENSI KASUS ODJG (ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA)	1
Latar Belakang	1
Insiden dan Prevalensi Kasus ODJG	2
Definisi ODJG	4
Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa.....	4
Penyebab ODGJ.....	6
Macam-Macam Gangguan Jiwa	10
Dampak Gangguan Jiwa.....	14
2 KONSEP DAN GAMBARAN UMUM CBT	19
Pengertian <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> (CBT)	19
Tujuan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> (CBT)	20
Indikasi <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> (CBT)	20
Prinsip Pelaksanaan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> (CBT).....	21
Sesi dalam <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> (CBT).....	24
3 COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PADA KASUS INSOMNIA	37
Pendahuluan	37
Gangguan Tidur Insomnia	37
<i>Cognitive Behavior Therapy</i> pada Insomnia	39
Jenis-Jenis Terapi Perilaku Kognitif pada Insomnia	40
4 COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PADA KASUS DEPRESI	49

	Depresi	49
	Psikoterapi pada Depresi	52
	<i>Cognitive Behaviour Therapy</i> pada Depresi.....	54
	Efektivitas CBT pada Depresi.....	61
5	<i>COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY</i> (CBT) PADA KLIEN DENGAN RISIKO BUNUH DIRI.....	65
	Bunuh Diri	65
	Penangan pada Klien Risiko Bunuh Diri	69
	<i>Cognitive Behaviour Therapy</i> pada Klien dengan Risiko Bunuh Diri.....	69
	Penerapan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> pada Klien dengan Risiko Bunuh Diri.....	71
6	CBT PADA KASUS TRAUMA (PTSD)	79
	<i>Post Traumatic Stress Disorder</i> (PTSD).....	79
	Tanda dan Gejala <i>Post Traumatic Stress Disorder</i>	82
	Respon Terhadap Gangguan <i>Post Traumatic Stress Disorder</i>	83
	Efek Gangguan <i>Post Traumatic Stress Disorder</i> (PTSD).....	84
	<i>Cognitive Behavior Therapy</i> (CBT).....	87
	Bahasan Efektivitas CBT Terhadap PTSD	90
7	<i>COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY</i> PADA KASUS ANSIETAS.....	97
	Pendahuluan	97
	Ansietas	99
	<i>Predisposisi Ansietas</i>	100
	<i>Cognitive Behavior Therapy</i>	102
	<i>Cognitive Behavior Therapy</i> pada Kasus Ansietas	104

8	PENERAPAN <i>COGNITIVE BEHAVIOUR</i> <i>THERAPY</i> (CBT) PADA KASUS HALUSINASI.....	119
	Konsep Halusinasi	119
	Jenis – jenis halusinasi.....	120
	Faktor Predisposisi dan Presipitasi Terjadinya Halusinasi	122
	Tanda gejala yang muncul pada seseorang yang mengalami halusinasi.....	123
	Penatalaksanaan pada Klien dengan Halusinasi .	123
	Penerapan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> (CBT) pada Kasus Halusinasi	123
	Efektivitas Penerapan <i>Cognitive Behaviour</i> <i>Therapy</i> (CBT) pada Klien dengan Halusinasi	125

INSIDEN DAN PREVALENSI KASUS ODJG (ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA)

M. Khalid Fredy Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep.
Stikes Baitul Hikmah

Latar Belakang

Di era globalisasi saat ini masalah gangguan jiwa dapat dikatakan cenderung mengalami peningkatan. Hal yang menjadi faktor penyebab di dalam peristiwa kehidupan yang penuh tekanan misalnya kehilangan seseorang yang di cintai, seseorang yang mengalami krisis ekonomi, putusnya hubungan sosial, pengangguran, tekanan di pekerjaan dan diskriminasi meningkatkan risiko menderita gangguan jiwa (Maramis, 2010). Pada gangguan jiwa yang paling sering dijumpai dan dirawat yaitu *skizofrenia*. Gangguan jiwa bisa terjadi pada siapapun, baik yang berusia muda, dewasa dan bahkan lansia. (Lestari, Choiriyyah and Mathafi, 2014) mengatakan bahwa usia yang rentan mengalami gangguan jiwa adalah usia dewasa yaitu paling banyak pada usia 18-35 tahun. pada masa ini individu mengalami masa transisi dari tahap remaja dengan dewasa. individu ingin memperpanjang rasa tidak bertanggung jawabnya sewaktu remaja tetapi juga ingin dianggap dewasa. pada masa ini individu banyak menghadapi stress mengatakan bahwa usia dewasa ini merupakan usia yang produktif

dimana mereka harus mampu secara mandiri menghidupi dirinya sendiri. Usia ini juga usia dimana seseorang telah berkeluarga, sehingga beban atau masalah yang dihadapi juga semakin banyak, bukan hanya masalahnya sendiri namun harus memikirkan beban atau masalah anggota keluarganya. Hal ini memungkinkan orang dewasa mempunyai masalah yang lebih kompleks dan beresiko mengalami gangguan jiwa.

Insiden dan Prevalensi Kasus ODJG

Masalah kesehatan jiwa di dunia sudah menjadi masalah kesehatan global yang sangat serius. Hampir 400 juta penduduk dunia menderita masalah kesehatan jiwa dan gangguan perilaku, satu dari empat keluarga sedikitnya mempunyai seorang anggota keluarga dengan gangguan kesehatan jiwa (WHO, 2011). Setiap empat orang yang membutuhkan pelayanan kesehatan seorang di antaranya mengalami gangguan jiwa dan sering kali tidak terdiagnosis secara tepat sehingga tidak memperoleh perawatan dan pengobatan dengan tepat. Menurut *World Federation of Mental Health* atau disingkat WFMH dalam (Ikatan Dokter Indonesia, 2016) ada fakta mencengangkan, bahwa satu dari empat orang dewasa akan mengalami masalah kesehatan jiwa pada satu waktu dalam hidupnya. Bahkan kerap terjadi di suatu tempat di dunia ada seseorang yang meninggal karena bunuh diri.

Gangguan jiwa dapat dialami oleh seluruh kalangan mulai dari anak-anak, remaja, dewasa, hingga lansia. Saat ini, prevalensi gangguan jiwa terus meningkat setiap tahunnya (Maulana *et al.*, 2019). Data WHO tahun 2018 menunjukkan bahwa lebih dari 300 juta penduduk dunia mengalami depresi, lebih dari 60 juta penduduk dunia menderita bipolar dan 23 juta orang mengalami masalah kejiwaan berat seperti skizofrenia dan psikosis lainnya.

Sejalan dengan situasi global, Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013) menunjukkan peningkatan jumlah dari 1,7 tahun 2013 menjadi 7 permil rumah tangga tahun 2018 yang artinya bahwa 7 dari 1000 rumah tangga terdapat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Lebih dari 19 juta penduduk usia diatas 15 tahun terkena gangguan mental emosional, lebih dari 12 juta orang berusia diatas 15 tahun diperkirakan telah mengalami depresi. Menurut data statistik direktorat kesehatan jiwa, ODGJ terbesar terdiagnosa medis skizofrenia yaitu 70% (Puspasari and Agustiya, 2022). Kelompok skizofrenia menempati 90% ODGJ di rumah sakit jiwa di seluruh Indonesia (Jalil, 2006). Salah satu masalah dalam penanganannya menurut (Olfson dkk, 2000) dalam (Stuart and Laraia, 2011) adalah terjadinya kekambuhan dimana dialami oleh: 60%-70% pada ODGJ yang mendapatkan terapi medikasi; 40% pada ODGJ yang hanya mendapatkan medikasi, serta 15,7% pada ODGJ dengan kombinasi terapi medikasi, psikoterapi dan mendapat dukungan dari tenaga kesehatan, keluarga, dan masyarakat, kekambuhan tersebut terjadi pada satu tahun setelah terdiagnosa skizofrenia.

Frekuensi kekambuhan dan proporsinya dalam satu tahun menambah masalah penanganan skizofrenia pada ODGJ selain angka kekambuhan. Survei yang dilakukan pada 697 psikiater serta 1082 keluarga oleh Federasi Kesehatan Jiwa Sedunia (*World Federation of Mental Health*) tahun 2006 menunjukkan hasil bahwa hampir 37% keluarga menyatakan ODGJ kambuh lima kali atau lebih setelah terdiagnosa skizofrenia. Hal tersebut diperkuat bahwa ODGJ dengan skizofrenia mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama dan 70% pada tahun kedua (Keliat, 1999).

Definisi ODJG

Gangguan jiwa adalah suatu keadaan terjadinya penyimpangan proses pikir, alam perasaan serta perilaku seseorang. Menurut (Stuart *et al.*, 1998) gangguan jiwa merupakan suatu masalah kesehatan yang menyebabkan ketidakmampuan psikologis atau perilaku yang ditimbulkan akibat gangguan pada fungsi sosial, psikologis, genetik, fisik/kimiawi, serta biologis (Thong, 2013). Gangguan jiwa menurut (Depkes RI, 2010) adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa yang menimbulkan penderitaan pada individu dan hambatan dalam melaksanakan peran sosial. Gangguan jiwa atau *mental illness* adalah kesulitan yang harus dihadapi oleh seseorang karena hubungannya dengan orang lain, kesulitan karena persepsinya tentang kehidupan dan sikapnya terhadap dirinya sendiri (Kurniawan, 2016). Gangguan jiwa sesungguhnya sama dengan gangguan jasmaniah lainnya, hanya saja gangguan jiwa bersifat lebih kompleks mulai dari yang ringan seperti rasa cemas, takut, hingga yang tingkat berat berupa sakit jiwa atau lebih kita kenal sebagai gila (Kurniawan, 2016).

Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Gejala gangguan jiwa adalah sebagai suatu hasil interaksi yang kompleks antara unsur somatic, psikologis dan sosial budaya. gejala ini sebenarnya menandakan dekompensasi proses adaptasi dan terutama pada pemikiran, perasaan dan perilaku ada beberapa gejala pada pasien gangguan jiwa; ada gejala primer dan ada pula gejala sekunder, pada gangguan jiwa gejala primer itu berupa ambivalensi, autisme, asosiasi longgar dan efek yang tidak tepat, sedangkan gejala sekundernya berupa halusinasi dan waham.

Ada gejala pokok dan tanda gejala tambahan pada penderita depresi maka gejala pokoknya berupa kesedihan dan kekurangan nafsu makan sedangkan gejala tambahan berupa neuropatik, karena kurang makan (Maramis and Maramis, 2009). (Videbeck, 2008) Gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kategori utama yaitu; (1) Gejala Negatif atau gejala samar, seperti afek datar, tidak memiliki kemauan, rasa tidak nyaman dan menarik diri dari masyarakat. Gejala negatif sering kali menetap sepanjang waktu dan menjadi penghambat utama pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari-hari pasien; (2) Gejala Positif atau gejala nyata; yang mencakup waham, halusinasi dan disorganisasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur. Gejala positif seperti halusinasi dapat dikontrol dengan pengobatan.

Tanda dan Gejala gangguan jiwa secara umum menurut (Yosep, 2009) terdiri dari:

Gangguan Kognitif yaitu merasa mendengar atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak hanya muncul dari dalam diri individu. Hal ini sering disebut dengan Halusinasi.

Ketegangan: yaitu munculnya perasaan cemas yang berlebihan, putus asa, murung, gelisah, takut, serta pikiran-pikiran yang buruk.

Gangguan emosi: yaitu individu biasanya merasa senang yang berlebihan namun beberapa menit kemudian pasien bisa merasa sangat sedih, menangis dan tak berdaya sampai ada keinginan untuk bunuh diri.

Gangguan psikomotor hiperaktivitas: yaitu individu melakukan pergerakan yang berlebihan. Misalnya melakukan gerakan-gerakan yang aneh seperti meloncat-loncat, berjalan maju mundur serta menentang apa yang disuruh.

Gangguan kemauan: yaitu individu tidak memiliki kemauan serta sulit untuk membuat keputusan atau memulai tingkah laku.

Penyebab ODGJ

Gangguan jiwa ini bisa dialami dengan berbagai penyebab. Gangguan jiwa yang bersumber dari hubungan dengan orang lain yang tidak memuaskan seperti diperlakukan tidak adil, diperlakukan semena-mena, kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan dan sebagainya. Ada pula gangguan jiwa yang disebabkan oleh faktor organik, kelainan saraf, dan gangguan pada otak (Sutejo and Sulistiawati, 2020).

Menurut (Santrock, 2012) dalam (Sutejo and Sulistiawati, 2020), penyebab gangguan jiwa dapat dibedakan atas:

1. Faktor Biologis/Jasmaniah

a. Keturunan

Ada banyak juga gangguan jiwa yang berasal dari keturunan. Penelitian menemukan bahwa kemungkinan seorang anak menjadi depresi lebih besar terjadi jika orang tuanya juga mengalami depresi ketimbang anak yang berasal dari orang tua non depresi. Selain dari gen, para ahli klinis juga mencurigai gangguan fisik sebagai penyebab gangguan jiwa. Gangguan tersebut dapat berasal dari berbagai sumber, misalnya kondisi medis, kerusakan otak, atau keterpaparan dalam lingkungan tertentu.

b. Temperamen

Orang yang terlalu peka/sensitif biasanya mempunyai masalah kejiwaan dan ketegangan yang memiliki kecenderungan mengalami gangguan jiwa.

c. Penyakit dan cedera tubuh

Penyakit-penyakit tertentu misalnya penyakit jantung, kanker, dan sebagainya mungkin dapat menyebabkan rasa murung dan sedih. Demikian pula cedera/cacat tubuh tertentu dapat menyebabkan rasa rendah diri.

d. Keadaan kesehatan

Secara umum misalnya kelemahan, infeksi, penurunan aktivitas, malas untuk mencari bantuan pelayanan kesehatan, kurang gizi dan kurang tidur.

e. Sensitivitas biologi

Riwayat penggunaan obat halusinogen, riwayat terkena infeksi dan trauma serta radiasi dan riwayat pengobatannya.

f. Riwayat janin

Pada saat prenatal dan perinatal meliputi trauma, penurunan oksigen pada saat melahirkan, premature, preeklamsi, malnutrisi, stress, ibu perokok, alcohol, pemakaian obat-obatan, infeksi, agen teratogenik dan hipertensi.

g. Nutrisi

Adanya riwayat gangguan nutrisi yang ditandai dengan rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa dan penurunan BB.

2. Faktor Psikologis

Berbagai pengalaman frustrasi, kegagalan dan keberhasilan yang dialami akan mewarnai sikap, kebiasaan dan sifatnya. Pemberian kasih sayang orang tua yang dingin, acuh tak acuh, kaku dan keras akan menimbulkan rasa cemas dan tekanan serta

memiliki kepribadian yang bersifat menolak dan menentang terhadap lingkungan. Gangguan keterampilan verbal akibat faktor komunikasi dalam keluarga, seperti: komunikasi peran ganda, tidak ada komunikasi, komunikasi dengan emosi berlebihan, komunikasi tertutup, Adanya riwayat gangguan fungsi bicara, akibatnya adanya riwayat stroke, trauma kepala, adanya riwayat ideal diri yang tidak realistis, identitas diri tidak jelas, harga diri rendah, krisis peran dan gambaran diri negatif, riwayat kurangnya penghargaan dan riwayat kegagalan, ambang toleransi terhadap stress rendah dan adanya riwayat gangguan perkembangan, adanya riwayat tidak bisa mengontrol stimulus yang datang, misalnya suara, rabaan, penglihatan, penciuman, penggerakan dan pengecap.

3. Faktor Sosio –Kultural

Dalam hal ini termasuk pendidikan yang rendah, riwayat putus sekolah dan gagal sekolah, Pengalaman sosial: perubahan dalam kehidupan, misalnya bencana, kerusakan, perceraian dengan istri, perang, kesulitan dalam mendapatkan pekerjaan dan tekanan dalam pekerjaan, isolasi sosial khususnya untuk usia lanjut, stigma yang negatif dari masyarakat, diskriminasi, *stereotype*, praduga *negative*.

Dan mengenai kebudayaan sendiri secara teknis adalah ide atau tingkah laku yang dapat dilihat maupun yang tidak terlihat. Faktor budaya bukan merupakan penyebab langsung yang dapat menimbulkan gangguan jiwa, biasanya terbatas menentukan “warna” gejala-gejala. Disamping memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan kepribadian seseorang, misalnya melalui aturan-aturan kebiasaan yang berlaku dalam kebudayaan

tersebut (Sutejo and Sulistiawati, 2020). Beberapa faktor-faktor kebudayaan tersebut, yaitu:

a. Cara membesarkan anak

Cara membesarkan anak yang kaku dan otoriter, dapat menyebabkan hubungan orangtua dan anak menjadi kaku dan tidak hangat. Anak-anak dewasa mungkin bersifat sangat agresif atau pendiam dan tidak suka bergaul atau justru menjadi penurut yang berlebihan.

b. Sistem nilai

Perbedaan sistem nilai moral dan etika antara kebudayaan yang satu dengan yang lain, antara masa lalu dengan sekarang, sering menimbulkan masalah-masalah kejiwaan. Begitu pula perbedaan moral yang diajarkan di rumah/sekolah, dengan yang dipraktikkan di masyarakat sehari-hari.

c. Kepincangan antara keinginan dengan kenyataan yang ada

Iklan-iklan di radio, televisi, surat kabar, film dan lain lain menimbulkan bayangan-bayangan yang menyilaukan tentang kehidupan modern yang mungkin jauh dari kenyataan hidup sehari-hari. Akibat rasa kecewa yang timbul, seseorang mencoba mengatasinya dengan khayalan atau melakukan sesuatu yang merugikan masyarakat.

d. Ketegangan akibat faktor ekonomi dan kemajuan teknologi

Dalam masyarakat modern, kebutuhan dan persaingan makin meningkat dan makin ketat untuk meningkatkan ekonomi hasil teknologi modern.

Memacu orang untuk bekerja lebih keras agar dapat memilikinya. Faktor-faktor gaji rendah, perumahan yang buruk, waktu istirahat dan berkumpul dengan keluarga sangat terbatas dan sebagainya, merupakan sebagian mengakibatkan perkembangan kepribadian yang abnormal.

e. Perpindahan kesatuan keluarga

Khusus untuk anak yang sedang berkembang kepribadian, perubahan-perubahan lingkungan (kebudayaan dan pergaulan), sangat cukup mempengaruhi.

4. Presipitasi

Situasi dimana individu tidak mampu menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Misalnya lingkungan dan stressor dapat mempengaruhi gambaran diri dan hilangnya bagian badan, tindakan operasi, proses patologi penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh, proses tumbuh kembang dan prosedur tindakan serta pengobatan.

Macam-Macam Gangguan Jiwa

Sistem yang paling banyak digunakan untuk mengelompokkan gangguan jiwa dan menyediakan kriteria **diagnosis** standar, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM) (2013) merilis beberapa kategori gangguan mental umum, termasuk gangguan kecemasan, bipolar, gangguan disosiatif, gangguan makan, gangguan neuro kognitif, gangguan perkembangan saraf, gangguan kepribadian, gangguan tidur bangun, gejala somatik, gangguan adiktif dan yang terkait substansi, serta trauma dan gangguan terkait stressor.

1. Skizofrenia

Merupakan bentuk psikosa fungsional paling berat, dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Skizofrenia juga merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai dimana-mana sejak dahulu kala. Meskipun demikian pengetahuan kita tentang sebab-musabab dan patogenesisnya sangat kurang (Maramis, 2010). Dalam kasus berat, klien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal. Perjalanan penyakit ini secara bertahap akan menuju ke arah kronisitas, tetapi sekali-kali bisa timbul serangan. Jarang bisa terjadi pemulihan sempurna dengan spontan dan jika tidak diobati biasanya berakhir dengan personalitas yang rusak “cacat” (Sutejo and Sulistiawati, 2020).

2. Depresi

Merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri. Depresi juga dapat diartikan sebagai salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan yang ditandai dengan kemurungan, kekecewaan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya. Depresi adalah suatu perasaan sedih dan yang berhubungan dengan penderitaan, dapat berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang mendalam (Sutejo and Sulistiawati, 2020).

3. Gangguan Kepribadian

Klinik menunjukkan bahwa gejala-gejala gangguan kepribadian (psikopatis) dan gejala-gejala neurosa berbentuk hampir sama pada orang-orang dengan intelegensi tinggi ataupun rendah. Jadi boleh dikatakan bahwa gangguan kepribadian, neurosis dan gangguan intelegensi sebagian besar tidak tergantung pada satu dan yang lain atau tidak berkorelasi (Kurniawan, 2016).

4. Gangguan mental organik

Merupakan gangguan jiwa yang psikotik atau non-psikotik yang disebabkan oleh gangguan fungsi jaringan otak (Maramis, 2010). Gangguan fungsi jaringan otak ini dapat disebabkan oleh penyakit badaniah yang terutama mengenai otak atau yang terutama di luar otak. Bila bagian otak yang terganggu itu luas, maka gangguan dasar mengenai fungsi mental sama saja, tidak tergantung pada penyakit yang menyebabkannya bila hanya bagian otak dengan fungsi tertentu saja yang terganggu, maka lokasi inilah yang menentukan gejala dan sindroma, bukan penyakit yang menyebabkannya. Pembagian menjadi psikotik dan tidak psikotik lebih menunjukkan kepada berat gangguan otak pada suatu penyakit tertentu dari pada pembagian akut dan menahun (Kurniawan, 2016).

5. Gangguan psikosomatik

Merupakan komponen psikologik yang diikuti gangguan fungsi badaniah (Maramis, 2010). Sering terjadi perkembangan neurotik yang memperlihatkan sebagian besar atau semata-mata karena gangguan fungsi alat-alat tubuh yang dikuasai oleh susunan saraf vegetative.

Gangguan psikosomatik dapat disamakan dengan apa yang dinamakan dahulu neurosa organ. Karena biasanya hanya fungsi faaliah yang terganggu, maka sering disebut juga gangguan psikofisiologik (Sutejo and Sulistiawati, 2020).

6. Gangguan Intelektual

Gangguan intelektual merupakan keadaan dengan intelegensi kurang (abnormal) atau dibawah rata-rata sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa kanak-kanak). Retardasi mental ditandai dengan adanya keterbatasan intelektual dan ketidakcakapan dalam interaksi sosial (Stuart and Sundeen, 2006).

7. Gangguan Perilaku Masa Anak dan Remaja

Anak dengan gangguan perilaku menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan permintaan, kebiasaan atau norma-norma masyarakat (Maramis, 2010). Anak dengan gangguan perilaku dapat menimbulkan kesukaran dalam asuhan dan pendidikan. Gangguan perilaku mungkin berasal dari anak atau mungkin dari lingkungannya, akan tetapi akhirnya kedua faktor ini saling memengaruhi. Diketahui bahwa ciri dan bentuk anggota tubuh serta sifat kepribadian yang umum dapat diturunkan dari orang tua kepada anaknya. Pada gangguan otak seperti trauma kepala, encephalitis, neoplasma dapat mengakibatkan perubahan kepribadian. Faktor lingkungan juga dapat mempengaruhi perilaku anak, dan sering lebih menentukan oleh karena lingkungan itu dapat diubah, maka dengan demikian gangguan perilaku itu dapat dipengaruhi atau dicegah (Sutejo and Sulistiawati, 2020).

Dampak Gangguan Jiwa

Dampak gangguan menurut (Wahyu, 2012) terdiri dari:

Penolakan: Timbul ketika ada keluarga yang menderita gangguan jiwa, anggota keluarga lain menolak penderita tersebut. Sikap ini mengarah pada ketegangan, isolasi dan kehilangan hubungan yang bermakna.

Stigma: Informasi dan pengetahuan tentang gangguan jiwa tidak semua dalam anggota keluarga mengetahuinya. Keluarga menganggap penderita tidak dapat berkomunikasi layaknya orang normal lainnya. Sehingga menyebabkan beberapa keluarga merasa tidak nyaman dengan adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Kelelahan dan *Burn out*: Sering kali keluarga menjadi putus asa berhadapan dengan anggota keluarga yang memiliki penyakit mental. Mereka mungkin mulai merasa tidak mampu untuk mengatasi anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang terus-menerus harus dirawat.

Duka: Kesedihan bagi keluarga di mana orang yang dicintai memiliki penyakit mental. Penyakit ini mengganggu kemampuan seseorang untuk berfungsi dan berpartisipasi dalam kegiatan normal dari kehidupan sehari-hari.

Daftar Pustaka

- Keliat, B.A. (1999) 'Gangguan Konsep Diri, Edisi 1', Jakarta: EGC [Preprint].
- Kurniawan, F. (2016) 'Gambaran Karakteristik Pada Pasien Gangguan Jiwa Skizofrenia di Instalasi Jiwa RSUD Banyumas tahun 2015'. UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PURWOKERTO.
- Lestari, P., Choiriyyah, Z. and Mathafi, M. (2014) 'Kecenderungan atau sikap keluarga penderita gangguan jiwa terhadap tindakan pasung (Studi kasus di RSJ Amino Gondohutomo Semarang)', *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2(1), pp. 14–23.
- Maramis, W.F. (2010) 'Catatan Keperawatan Jiwa', *Annals of Tourism Research*, pp. 1–2. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160738315000444>.
- Maramis, W.F. and Maramis, A.A. (2009) *Catatan ilmu kedokteran jiwa edisi 2*. Airlangga University Press.
- Maulana, I. et al. (2019) 'Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya', *Media Karya Kesehatan*, 2(2).
- Puspasari, H.W. and Agustiya, R.I. (2022) 'Upaya Preventif Dan Promotif Kesehatan Jiwa Di Kota Denpasar', in *PROSIDING SEMINAR NASIONAL UNARS*, pp. 148–157.
- Riskesdas, L. (2013) 'Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI', Jakarta. Dari www.litbang.depkes.go.id/.../riskesdas/Riskesdas. Diakses, 15.
- Santrock, J.W. (2012) 'Lifespan Development: Perkembangan Masa', *Hidup Jilid I*. (B. Widyasinta, Penerj.) Jakarta: Penerbit Erlangga [Preprint].

- Stuart, G.W. *et al.* (1998) *Principles and Practice of Psychiatric Nursing: Instructor's Resource Manual and Test Bank*. Mosby.
- Stuart, G.W. and Laraia, M.T. (2011) 'Principles and practice of psychiatric nursing. 8th Edition', *St Louis: Mosby Elsevier* [Preprint].
- Stuart, G.W. and Sundeen, S.J. (2006) 'Keperawatan Jiwa: Edisi 3', *Jakarta: EGC* [Preprint].
- Sutejo, S. and Sulistiawati, S. (2020) 'Terapi Kelompok Terapeutik Remaja Menurunkan Sikap Agresif Siswa Di Sman 1 Ngaglik Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta', *Konferensi Nasional (Konas) Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 4(1), pp. 183–189.
- Thong, D. (2013) *Memanusiaikan Manusia*. Gramedia Pustaka Utama.
- Videbeck, S.L. (2008) 'Buku Ajar Keperawatan Jiwa EGC'. Jakarta.
- Wahyu, S. (2012) 'Buku saku keperawatan jiwa', *Yogyakarta: Nuha Medika*.
- Yosep, I. (2009) 'Keperawatan Jiwa (edisi revisi)', *Bandung: Refika Aditama*.

Profil Penulis



M. Khalid Fredy Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep.

Penulis merupakan anak dari Drs. H Mudarni, M.Pd.I dan Hj. Erna Wati, S.Pd sebagai anak ke- dua dari tiga bersaudara, Kakak penulis bernama M.Eko Arif Saputra, S.Pd dan adik bernama Apt. Rizka Amalia Putri, S.Farm. Penulis menempuh pendidikan di SDN 1 Pasar Krui, melanjutkan pendidikan di MTs NU Krui, MAN 1 Pesisir Barat kemudian melanjutkan kuliah di perguruan tinggi dengan jurusan S1 Keperawatan (S.Kep) dan Profesi Ners (Ns) di Universitas Mitra Indonesia, setelah itu melanjutkan kuliah lagi di jenjang S2 dengan jurusan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Penulis aktif di dunia organisasi saat menjadi pelajar dan di bangku perkuliahan, pernah menjabat sebagai Presiden BEM di Universitas Mitra Indonesia, HMI (Himpunan mahasiswa Islam), LDK (Lembaga dakwah kampus), UKM Seni dan Olahraga, Pramuka, PPI Pesisir Barat dan kerap diundang menjadi narasumber di berbagai kegiatan seminar.

Penulis merupakan praktisi keperawatan dan menjadi dosen keperawatan perguruan tinggi di provinsi lampung, penulis juga sebagai owner di sebuah lembaga yang bergerak di bidang pelatihan dan pendidikan kesehatan, Penulis sering mengikuti berbagai kegiatan pelatihan sertifikasi dan mendapatkan berbagai gelar non akademik seperti CP.NNLP, CH., CHt., CBWCN., C.PI., C.PS., C.MPI dan lain sebagainya.

Akhir kata penulis mengucapkan rasa syukur yang sebesar – besarnya atas selesainya buku ini dan semoga memberikan manfaat yang besar bagi para pembaca nya, Aamiin.

Email Penulis: fredyfk@gmail.com

KONSEP DAN GAMBARAN UMUM CBT

Ns. I Gusti Agung Tresna Wicaksana, S.Kep., M.Kep.
Institut Teknologi dan Kesehatan Bali

Pengertian *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT)

Menurut Martin (2010), Terapi perilaku kognitif atau *Cognitive behaviour therapy* (CBT) adalah terapi yang berfokus pada perubahan perilaku dan pikiran orang. CBT mengubah pikiran, perasaan dan perilaku dengan menekankan peran otak dalam menganalisis, memutuskan, mempertanyakan, bertindak, dan memutuskan kembali, serta mengubah keadaan pikiran dan pikiran tersebut. Perasaan pasien diharapkan mampu mengubah perilakunya dari negatif menjadi positif. Sementara itu, menurut British Association for Behavioral and Cognitive Psychotherapy (2006), CBT adalah terapi yang dapat membantu orang mengubah pemikiran dan perilakunya sehingga perubahan tersebut membuat mereka merasa lebih baik. CBT adalah terapi yang dapat membantu pasien mengubah pikiran dan perilaku negatif mereka menjadi positif dan fokus pada situasi atau masalah pasien saat ini.

Tujuan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT)

1. Tujuan umum

Membantu individu untuk dapat menolong diri sendiri dengan mengajarkan cara mengubah pikiran dan perilaku negatif menjadi positif melalui pembelajaran dan latihan terhadap kognitif dan perilaku sehingga memungkinkan bagi klien untuk melakukan koping yang konstruktif dalam jangka waktu yang panjang di masa yang akan datang. Secara umum CBT juga merubah pikiran dan perilaku pasien secara bersamaan. Guerrero, et al. *et al.* (2014) menyebutkan bahwa *cognitive behaviour therapy* dapat membantu pasien mengatasi masalah, merubah perilaku, lingkungan atau kognitifnya secara langsung dan meningkatkan kemampuan koping pasien.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengemukakan pikiran dan perilaku yang negatif/mengganggu
- b. Melakukan latihan terapi kognitif untuk melawan pikiran negatif yang mengganggu
- c. Melakukan latihan terapi perilaku untuk melawan perilaku negatif yang dilakukan.
- d. Melakukan Evaluasi latihan terapi kognitif dan terapi perilaku
- e. Melakukan upaya mencegah kekambuhan

Indikasi *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT)

Terapi perilaku kognitif diberikan kepada individu dengan indikasi gangguan klinis khusus seperti: depresi, ansietas, panik, agoraphobia, sosial phobia, bulimia, *obsessive compulsive disorder*, PTSD, psikosis, marah, distress HIV, masalah keluarga, kelainan fungsi seksual,

kerusakan personality, termasuk *obsessive compulsive, phobia* spesifik, ansietas menyeluruh dan post trauma, stress, gangguan makan, adiksi, *hypochondriasis*, disfungsi seksual, manajemen marah, gangguan pengontrolan impuls, perilaku antisosial, kecemburuan, pemulihan sexual abuse, gangguan kepribadian, masalah kesehatan mental kronis, *disability* psikis, skizofrenia, manajemen nyeri, manajemen stress, gangguan perilaku pada anak dan remaja dan masalah hubungan dalam keluarga (*Royal College of Psychiatry*, 2005 & FIK-UI, 2009).

Prinsip Pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT)

Cognitive behaviour therapy memiliki asumsi bahwa pola berpikir dan keyakinan mempengaruhi perilaku dan perubahan kognisi ini dapat menghasilkan perubahan perilaku yang diharapkan (Armstrong, P. V, & Preston, M. H. 2006). Teori *Cognitive Behaviour* pada dasarnya meyakini bahwa pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon yang saling berkaitan dan membentuk semacam jaringan dalam otak manusia, dimana proses kognitif akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa dan bertindak. Sementara itu adanya keyakinan bahwa manusia memiliki potensi untuk menyerap pemikiran yang rasional dan irasional, dimana pemikiran yang irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku maka *cognitive behaviour therapy* diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali sehingga dengan merubah status pikiran dan perasaannya, pasien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya dari negatif menjadi positif.

Menurut Oemarjoedi (2003), menyatakan bahwa bagaimana individu menilai situasi dan bagaimana cara mereka menginterpretasikan suatu kejadian akan sangat berpengaruh terhadap kondisi reaksi emosional yang kemudian akan mempengaruhi tindakan yang dilakukan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa sistem keyakinan atau kepercayaan adalah penyebab utama dari gangguan perilaku.

Untuk memahami psikopatologi gangguan mental dan perilaku, *cognitive behaviour therapy* mencoba menguraikan penyebabnya sebagai akibat dari adanya pemikiran dan asumsi irasional, adanya distorsi dalam proses pemikiran manusia. Walaupun pada umumnya masalah gangguan mental psikologis berakar pada masa anak-anak, namun gangguan tersebut diperkuat dengan cara pengulangan pada masa selepas masa anak-anak. Dialog internal di dalam diri individu memegang peran penting dalam tingkah laku yang ditampilkan. Individu menyimpulkan asumsi dan membentuk konsep yang salah atau negatif. Dan konsep yang negatif tersebut akan mempengaruhi kualitas perasaan yang ditampilkan untuk menjadi negatif, dan perasaan negatif akan mengarah pada tingkah laku menjadi negatif pula (Oemarjoedi, 2003).

Menurut Stuart dan Laraia (2005), strategi *cognitive behaviour therapy* adalah menurunkan ansietas yang salah satunya dengan cara latihan relaksasi, restrukturisasi kognitif dengan cara memonitor pikiran dan perilaku dan belajar perilaku baru seperti belajar *token economy*, *role play* dan *sosial skills training*. Proses *cognitive behaviour modification* menggunakan teknik terapi *self instructional* yang merupakan proses restrukturisasi sistem kognisi pasien, dan sebagai langkah awal untuk perubahan perilaku pasien harus mengenali cara mereka berpikir, merasa dan bertindak

serta bagaimana akibatnya terhadap orang lain. Proses tahapan dalam *cognitive behaviour modification* adalah 1) observasi diri, pasien diminta mendengar dialog internal dalam diri mereka dan mengenali karakteristik pernyataan negatif yang ada, proses ini melibatkan kegiatan meningkatkan sensitivitas terhadap pikiran, perasaan, perbuatan, reaksi fisiologis dan pola reaksi terhadap orang lain. 2) Membuat dialog internal baru; setelah pasien belajar untuk mengenali perilaku menyimpang, mereka mulai mencari kesempatan untuk mengembangkan alternatif tingkah laku adaptif dengan cara merubah dialog internal sehingga dengan dialog internal baru tersebut dapat menghasilkan tingkah laku baru yang akan memberi dampak terhadap struktur kognisi pasien. 3) Belajar keterampilan baru; pasien belajar teknik mengatasi masalah secara praktis yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

Pada pelaksanaannya *cognitive behaviour therapy* juga mempersiapkan diri pasien agar dapat melakukan intervensi dan memotivasi dirinya sendiri untuk berubah, serta mampu berhadapan dengan kemungkinan resistensi dan relapse melalui pelatihan *stress- inoculation* yang terdiri dari kombinasi antara pemberian informasi, diskusi, restrukturisasi kognitif, problem solving, relaksasi, pengulangan tingkah laku, monitor diri, instruksi diri, penguatan diri dan kemampuan dalam merubah lingkungan.

Pada dasarnya pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon, sistem keyakinan/kepercayaan adalah penyebab utama dari gangguan perilaku dan *cognitive behaviour therapy* lebih menekankan pada masa kini dari pada masa lalu namun bukan berarti mengabaikan masa lalu. Terapis diharapkan mampu berfungsi sebagai guru dan pasien sebagai murid dimana terapis bersikap direktif dan

mengajarkan pasien mekanisme stimulus-kognisi-respon yang baru untuk merubah struktur kognitif pasien. Terapis juga diharapkan mampu menolong pasien menentukan keyakinan yang salah dan membuka alternatif lain untuk melanjutkan kehidupannya (Oemarjoedi, 2003). Dengan demikian terapis membantu pasien untuk mengurangi distress yang dihadapi pasien akibat gejala yang dialaminya.

Sesi dalam *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT)

Dalam Workshop Keperawatan Jiwa ke-X, Depok. 23 Agustus 2016 *Program Studi Ners Spesialis Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia* ada beberapa sesi dalam pelaksanaan CBT:

1. SESI I CBT: Pengkajian

Pengalaman berupa ancaman yang terjadi pada diri seseorang dapat menyebabkan hilangnya kemampuan memproses informasi secara efektif, oleh Aaron T. Beck dikenal dengan distorsi kognitif. Proses tersebut yang membuat seseorang sering mempunyai pikiran negatif yang selanjutnya akan mempengaruhi perilaku yang ditunjukkannya.

Orang dengan skizofrenia sering tidak dapat menghasilkan pemikiran logis yang rumit dan mengungkapkan kalimat yang koheren karena neurotransmisi dalam sistem pengolahan informasi otak rusak (Stuart, 2009). Penelitian menemukan gen GAD 1 yang bertanggung jawab memproduksi GABA, dimana pada klien skizofrenia tidak dapat meningkat secara normal sesuai perkembangan pada daerah frontal, dimana bagian ini berfungsi dalam proses berpikir dan pengambilan keputusan Hung et al, (2007 dalam Stuart, 2009).

Copel (2007) menyebutkan bahwa tanda-tanda positif skizofrenia seperti psikosis disebabkan karena fungsi otak yang abnormal pada lobus temporalis. Sedangkan tanda-tanda negatif seperti tidak memiliki kemauan atau motivasi dan anhedonia disebabkan oleh fungsi otak yang abnormal pada lobus frontalis. Hal ini sesuai dengan Sadock dan Sadock (2007) yang menyatakan bahwa fungsi utama lobus frontalis adalah aktivasi motorik, intelektual, perencanaan konseptual, aspek kepribadian, aspek produksi bahasa. Apabila terjadi gangguan pada lobus frontalis, maka akan terjadi perubahan kepribadian, tidak memiliki kemauan atau motivasi, anhedonia yang mengarah pada harga diri rendah. Sedangkan fungsi utama dan lobus temporalis adalah ingatan dan juga emosi. Sehingga gangguan yang terjadi pada korteks temporalis dan nukleus limbik yang berhubungan pada lobus temporalis akan menyebabkan timbulnya gejala halusinasi dan perilaku kekerasan. Beberapa referensi menunjukkan bahwa neurotransmiter yang berperan menyebabkan skizofrenia adalah dopamin dan serotonin. Satu teori yang terkenal memperlihatkan dopamin sebagai faktor penyebab, ini dibuktikan dengan obat-obatan yang menyekat reseptor dopamin pascasinaptik mengurangi gejala psikotik dan pada kenyataannya semakin efektif obat tersebut dalam mengurangi gejala skizofrenia.

Pengolahan informasi dari klien dengan skizofrenia mengalami perubahan karena defisit otak. Namun, gangguan dalam fungsi kognitif sering membuat orang dengan skizofrenia mempunyai ide-ide dan perilaku berbeda dari orang lain. Hal ini tampak dalam kesalahan interpretasi persepsi diri dan kemampuan yang muncul pada klien isolasi sosial. Kesalahan dalam pengolahan informasi pada klien skizofrenia ini yang sering dinamakan sebagai distorsi kognitif.

Terapi kognitif mengusulkan bahwa bukan peristiwa itu sendiri yang menimbulkan kecemasan dan respon maladaptif melainkan penilaian orang terhadap harapan, dan interpretasi dari peristiwa ini. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku maladaptif dapat diubah oleh keputusan langsung terhadap pikiran dan keyakinan seseorang (Beck, 1976, 1995 dalam Stuart, 2009) Secara khusus, terapi kognitif percaya bahwa respon maladaptif timbul dari distorsi kognitif, distorsi tersebut dapat meliputi kesalahan logika, kesalahan dalam penalaran, atau pandangan dunia individual yang tidak mencerminkan realitas yang distorsi mungkin baik positif atau negatif. Bentuk distorsi kognitif yang dapat terjadi pada seseorang menurut Stuart (2009) adalah:

a. *Overgeneralization*

Menggambarkan kesimpulan secara menyeluruh segala sesuatu berdasarkan kejadian tunggal, contoh: Seorang mahasiswa yang dalam suatu ujian mengatakan: “Sepertinya saya tidak akan lulus dalam setiap ujian”

b. *Personalization*

Menghubungkan kejadian di luar terhadap dirinya meskipun hal tersebut tidak beralasan, contoh: “atasan saya mengatakan produktivitas perusahaan sedang menurun tahun ini, saya yakin apa yang dikatakannya ditujukan pada saya”.

c. *Dichotomous thinking*

Berpikir ekstrim, menganggap segala sesuatunya selalu sangat bagus atau sangat buruk, contoh: “bila suami meninggalkan saya, saya pikir lebih baik saya mati”

d. *Catastrophizing*

Berpikir sangat buruk tentang orang dan kejadian, contoh; “saya lebih baik tidak mengisi formulir promosi jabatan itu, sebab saya tidak menginginkan dan tidak akan nyaman dengan jabatan itu”

e. *Selective abstraction*

Berfokus pada detail, tetapi tidak relevan dengan informasi yang lain, contoh: seorang istri percaya bahwa suaminya tidak mencintainya sebab ia datang terlambat dari pekerjaannya, tetapi ia mengabaikan perasaannya, hadiah dari suaminya tetap diterima dan libur bersama tetap dilaksanakan.

f. *Arbitrary inference*

Menggambarkan kesimpulan yang salah tanpa didukung data, contoh: “teman saya tidak pernah lama menyukai saya sebab ia tidak mau diajak pergi”.

g. *Mind reading*

Percaya seseorang mengetahui pikiran orang lain tanpa mengecek kebenarannya, contoh: “mereka pasti berpikir kalau dirinya terlalu gemuk atau terlalu kurus”.

h. *Magnification*

Melebih-lebihkan atau membuat tidak berarti pentingnya peristiwa, contoh: “saya telah meninggalkan makan malam saya, hal ini menunjukkan betapa tidak kompetennya saya”.

i. *Perfectionism*

Segalanya harus dilakukan dengan sempurna untuk merasakan kesempurnaan dirinya, contoh: aku akan merasa gagal jika aku tidak mendapatkan nilai A untuk semua ujianku”

j. *Externalization self worth*

Menentukan tata nilai sendiri untuk diterapkan pada orang lain, contoh: “saya sudah berusaha untuk kelihatan baik setiap waktu tetapi teman-teman saya yang tidak menginginkan saya berada di sampingnya”.

Pengkajian terhadap pikiran dan perilaku negatif klien merupakan langkah awal yang dilakukan dalam terapi ini. Klien akan menceritakan tentang pikiran, perasaan dan perilaku negatif yang dialami terkait masalah isolasi sosial yang mengalami penurunan kemampuan interaksi sosial. Dari beberapa pikiran negatif yang teridentifikasi maka akan dilatih satu pikiran negatif dengan beberapa pikiran positif dengan dibantu oleh terapis.

Rupke dkk (2006), mengatakan selama *cognitive behaviour therapy* terapis membantu kliennya melalui beberapa langkah. Pertama klien menerima dan mengakui bahwa beberapa persepsi dan interpretasinya terhadap kenyataan mungkin salah (dapat disebabkan pengalaman masa lalu/faktor keturunan/faktor biologis) dan interpretasi tersebut menyebabkan munculnya pikiran negatif. Langkah berikutnya, klien belajar untuk mengakui pikiran negatif (otomatis) dan menemukan pikiran alternatif yang akhirnya akan merefleksikan kenyataan.

2. SESI II. CBT: Terapi Kognitif

Terapi kognitif berusaha memfokuskan untuk menempatkan suatu pikiran, keyakinan, atau bentuk pembicaraan diri (*self talk*) terhadap orang lain yang lebih positif. Selain itu, terapi juga memfokuskan pada upaya membelajarkan klien agar dapat memiliki cara berpikir yang lebih positif dalam berbagai peristiwa kehidupan. Pada sesi ini klien akan mengevaluasi pikiran negatif yang masih ada dan melanjutkan dengan melatih mengatasi pikiran negatif yang kedua menggunakan pikiran positif.

3. SESI III. CBT: Terapi Perilaku

Perilaku merupakan respon yang timbul secara eksternal, dipengaruhi oleh stimulus lingkungan & dapat dikontrol secara primer oleh konsekuensi-konsekuensinya. Perilaku dapat diamati, diukur, dan dicatat oleh diri sendiri maupun orang lain. Perilaku dapat ditingkatkan frekuensi terjadinya melalui reinforcement. Modifikasi perilaku seperti itu menurut Murray dan Wilson disebut *operant conditioning*. Dalam *operant conditioning* ini lingkungan sosial digunakan untuk membantu klien dalam meningkatkan kontrol terhadap perilaku yang berlebihan atau berkurang.

Intervensi Perubahan Perilaku menerapkan teori belajar untuk persoalan hidup dengan tujuan membantu orang mengatasi kesulitan dalam kehidupan sehari-hari. Kesulitan-kesulitan ini sering terjadi bersama dengan masalah kesehatan atau kondisi psikiatrik. Perawat dapat menggunakan prinsip-prinsip berikut untuk memandu intervensi perubahan perilaku klien (Stuart, 2009):

- a. Semua perubahan adalah perubahan diri. Klien adalah peserta aktif dan agen utama perubahan.

Perawat dan penyedia perawatan kesehatan lainnya adalah pelatih, bukan pelaku perubahan.

- b. *Self-efficacy* sangat penting. Klien perlu merasa bahwa mereka mengendalikan kehidupan mereka sendiri dan menerima tanggung jawab atas upaya mereka. Semua klien memiliki kekuatan.
- c. Pengetahuan tidak berubah sama. Pendidikan adalah hanya salah satu bagian dari *proses* perubahan. Klien perlu untuk mentransfer apa yang mereka ketahui ke dalam tindakan yang mereka ambil.
- d. Sebuah aliansi terapi membantu klien memulai dan mempertahankan perubahan. *Dimensi* responsif dan tindakan tentang hubungan perawat-klien adalah bahan penting untuk perubahan.
- e. Harapan adalah penting. Semua intervensi yang efektif didasarkan pada harapan positif dan penuh harapan bahwa kehidupan bisa lebih baik.

Kesiapan untuk berubah terkait dengan motivasi seseorang atau apa yang disebut kesiapan sebagai motivasi. Elemen sentral dalam meningkatkan motivasi dan perubahan perilaku akhirnya adalah untuk memperhitungkan kesiapan orang untuk berubah. Perubahan perilaku terjadi secara bertahap dari waktu ke waktu (Prochaska et al, 1992 dalam Stuart, 2009).

4. SESI IV.CBT: Evaluasi Terapi Kognitif Dan Terapi Perilaku

Langkah berikut adalah untuk mengetahui lebih lanjut tentang pengalaman klien dengan masalah dengan menggunakan analisis perilaku. Analisis ini terdiri dari tiga bagian (ABC dari perilaku):

- a. *Antecedent*: stimulus atau isyarat yang terjadi sebelum perilaku dan mengarah ke manifestasinya.
 - b. *Behaviour*/Perilaku: apa yang orang katakan atau tidak katakan atau lakukan.
 - c. *Consequence*/Konsekuensi: apa efeknya (positif, negatif, atau netral) orang berpikir hasil dari perilaku
5. SESI V. CBT: Kemampuan Merubah Pikiran Negatif Dan Perilaku Maladaptif Untuk Mencegah Kekambuhan

Pikiran akan mempengaruhi respon emosi dan perilaku. Pikiran yang positif akan menghasilkan perasaan dan perilaku yang positif dan dapat diterima oleh orang lain sehingga dapat menimbulkan kenyamanan. Keterampilan berpikir dan berperilaku positif harus dilatih secara terus menerus sehingga menjadi suatu kebiasaan dalam hidup.

Kunci untuk mencegah kekambuhan adalah kesadaran dari awal mengenali perilaku kambuh. Sekitar 70% dari klien dan 90% dari keluarga mampu melihat gejala kekambuhan penyakit, dan hampir semua klien tahu kapan gejala kambuh muncul. Fase prodromal terjadi sebelum kambuh (Stuart, 2009).

Fase prodromal adalah waktu antara timbulnya gejala dan kebutuhan untuk perawatan. Dengan mayoritas klien dan keluarga menunjukkan periode prodromal yang berlangsung lebih dari 1 minggu, adalah penting bahwa perawat berkolaborasi dengan klien, keluarga, dan anggota keluarga mengenai terjadinya kambuh.

Mengidentifikasi dan mengelola perilaku dan gejala membantu mengurangi jumlah dan keparahan relaps/kekambuhan.

Pengajaran untuk klien dan keluarga adalah intervensi efektif yang dapat memberikan mereka kendali atas kehidupan mereka dan menurunkan jumlah atau panjang rawat inap. Semakin banyak penelitian telah menunjukkan penurunan yang signifikan dalam tingkat kambuhan sebagai hasil dari intervensi psiko-pendidikan (Magliano et al, 2006).

Panduan untuk Klien dalam mencegah kekambuhan (Stuart, 2009) adalah pergi ke lingkungan yang aman dengan seseorang yang bisa membantu Anda jika bantuan diperlukan. Orang ini harus dapat memonitor perilaku yang menunjukkan kambuh makin parah. Mengurangi stres dan tuntutan pada diri sendiri. Ini termasuk mengurangi rangsangan. Beberapa orang menemukan sebuah ruangan yang tenang di mana mereka dapat sendiri, mungkin dengan musik lembut. Teknik relaksasi atau teknik distraksi dapat bekerja untuk Anda. Sebuah tempat yang tenang di mana Anda dapat berbicara dengan satu orang yang Anda percayai sering membantu. Minum obat jika ini merupakan bagian dari program anda. Bekerja dengan resep Anda untuk menentukan apakah obat dapat berguna dalam mengurangi kambuh. Obat yang paling bermanfaat bila digunakan dengan lingkungan yang aman, tenang dan pengurangan stres. Bicara dengan orang yang terpercaya tentang apa suara-suara yang mengatakan kepada Anda atau tentang pikiran Anda mengalami. Orang ini perlu mengetahui di depan waktu yang Anda akan panggilan jika Anda memerlukan bantuan. Hindari negatif orang-orang yang mengatakan hal-hal seperti, Anda berpikir gila 'atau "Stop berbicara negatif"

Pada sesi ini klien diajarkarkan cara mencegah kekambuhan dengan menerapkan terapi kognitif dan perilaku dalam setiap kejadian yang mengganggu klien melalui latihan terjadwal. Klien juga diajarkan tentang pemahaman terhadap psikofarmaka dalam upaya mencegah kekambuhan.

Daftar Pustaka

- Armando, F.T. *et al.* (2020) *Effektivität Cognitive Behavior Therapy (CBT) Sebagai Penanganan Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Pasca Bencana Alam*, *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*. Available at: <https://doi.org/DOI:>
<http://dx.doi.org/10.33846/sf11nk407> Efektifitas.
- Armstrong, P. V., & Freeston, M. H. (2006). Conceptualising and formulating cognitive therapy supervision. In *Case formulation in cognitive behavior therapy* (pp. 365-388). Routledge.
- FIK-UI. (2009). *Draft terapi spesialis keperawatan jiwa yang telah di riset*. Jakarta: FIK-UI
- Guerrero, et al. *et al.* (2014) 'Cognitive fusion in dementia caregiving: psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Fusion Questionnaire María Márquez-González Universidad Autónoma de Madrid', *Behavioral Psychology*, 22(1), pp. 161–166. Available at:
<https://www.researchgate.net/publication/266030695>.
- Martin, P.F. (2010). *CBT*. 27 Maret 2010. <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Cognitive-behavioral-therapy.html>
- Oemarjoedi, A. K. (2003). Pendekatan cognitive behavior dalam psikoterapi. *Jakarta: Kreatif Media*, 6-21.
- Rimayati, E. (2019) 'Konseling Traumatik Dengan CBT: Pendekatan dalam Mereduksi Trauma Masyarakat Pasca Bencana Tsunami di Selat Sunda', *Indonesian Journal of Guidance and Counseling: Theory and Application*, 8(1), pp. 55–61. Available at: <https://doi.org/10.15294/ijgc.v8i1.28273>.

- Stuart, G. W., and Laraia (2005), *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th ed.). St. Louis: Mosby Year B.
- Subhi, M.S. (2021) 'Efektivitas cognitive behavior therapy untuk menurunkan ptsd kecelakaan berkendara motor pada mahasiswa', *JRTI (Jurnal Riset Tindakan Indonesia)*, 6(2), p. 684. Available at: <https://doi.org/10.29210/30031250000>.
- Umi pujiyanti (2020) 'Hubungan Karakteristik Individu Dengan Tingkat Ptsd Akibat Pandemi Covid-19 Di Desa Rejosari Kecamatan Bandongan Kabupaten Magelang Tahun 2020'.
- Wati, D.F. and Wulan, W.R. (2018) 'Gambaran Efektivitas Penerapan Cognitive Behavior Therapy Pada Korban Bencana Dengan Ptsd (Post-Traumatic Stress Disorder)', *REAL in Nursing Journal*, 1(3), p. 95. Available at: <https://doi.org/10.32883/rnj.v1i3.473>.
- Workshop Keperawatan Jiwa ke-X, Depok. 23 Agustus 2016 *Program Studi Ners Spesialis Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia*

Profil Penulis



Ns. I Gusti Agung Tresna Wicaksana, S.Kep., M.Kep.

Menempuh jenjang Pendidikan Sarjana Keperawatan Ners di Universitas Pembangunan Nasional (UPN) “Veteran” Jakarta Tahun 2009 dan Magister Keperawatan Jiwa di Universitas Brawijaya Malang Tahun 2018. Penulis adalah staf dosen di Institut Teknologi dan Kesehatan (ITEKES) Bali. Mengampu mata kuliah komunikasi dalam keperawatan, psikososial dan Keperawatan Jiwa di ITEKES Bali.

Jabatan yang diemban saat ini adalah sebagai dosen pengajar di departemen keperawatan jiwa dan komunitas di ITEKES Bali, sebagai Gugus Kendali Mutu (GKM) Prodi magister dan sarjana Keperawatan ITEKES Bali, dan aktif menjadi pengurus Ikatan Keperawatan Jiwa (IPKJI) Provinsi Bali.

Fokus penelitian yang diminati adalah keperawatan jiwa komunitas. Untuk mengembangkan serta mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain meneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang tercinta ini.

Email Penulis: wicaksana.lfc@gmail.com

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PADA KASUS INSOMNIA

Eltanina Ulfameytalia Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep.
STIKES Guna Bangsa Yogyakarta

Pendahuluan

Insomnia lebih sering terjadi pada lanjut usia dengan prevalensi 10-50% dan insomnia kronis adalah jenis yang paling umum terjadi. Kurang tidur dianggap sebagai masalah utama. Sekitar 50-70 orang dewasa AS mengalami kesulitan terkait tidur. Survei internasional menunjukkan data prevalensi insomnia di Amerika 37,2%, di Prancis dan Italia berkisar 6,6%. Adapun di beberapa negara lainnya seperti India 82,17%, Pakistan 42,1%, Cina 37,75% dan Nepal 56,4%. Kuantitas dan kualitas tidur cenderung menurun seiring dengan bertambahnya usia dengan tingkat kejadian insomnia pada individu usia lanjut yang sehat berkisar antara 12-25%. Prevalensi insomnia sendiri masih tergolong tinggi dan terdapat variasi yang berbeda berdasarkan laporan dari berbagai dunia (Al Karaki et al., 2020; Farazdaq et al., 2019; Gencarelli et al., 2021).

Gangguan Tidur Insomnia

Tidur merupakan fenomena biologis yang terkait dengan irama sirkadian bersiklus 24 jam mulai dari terbit sampai dengan terbenamnya matahari.

Tidur merupakan kebutuhan manusia yang teratur dan berulang untuk menghilangkan kelelahan jasmani dan kelelahan mental. Tidur dijabarkan sebagai keadaan neurobehavioral yang terjadi berulang dan reversible dari pelepasan persepsi relatif dan tidak responsif terhadap lingkungan. Postur tidur pada manusia biasanya disertai dengan berbaring, berperilaku tenang dan mata tertutup dengan durasi waktu tidur 7 hingga 8 jam per malam. Tidur malam yang baik membantu meningkatkan konsentrasi dan pembentukan memori sehingga memberikan waktu untuk tubuh memperbaiki kerusakan sel yang terjadi di siang hari dan meningkatkan sistem kekebalan tubuh (Kamagi & Sahar, 2021; Sheth & Thomas, 2019).

Insomnia merupakan salah satu masalah kesehatan terkait dengan gangguan tidur yang umum terjadi. Insomnia merupakan kesulitan tidur di awal periode tidur, terbangun di malam hari dan mengalami kesulitan untuk tidur kembali, serta bangun lebih awal atau tidak bisa tidur kembali. Seseorang yang mengalami gangguan kesulitan tidur (insomnia) akan berkurang kualitas dan kuantitas tidurnya. Gangguan tidur ini dapat mempengaruhi pekerjaan, aktivitas sosial dan bahkan status kesehatan. Masalah kesehatan yang muncul pada seseorang yang mengalami gangguan tidur dapat menimbulkan masalah kesehatan yang serius (Liu et al., 2021; Zou et al., 2019).

Insomnia dimanifestasikan sebagai kesulitan tidur, tetap terjaga atau bangun lebih awal dan disertai dengan setidaknya satu gejala siang hari seperti mengantuk atau kekhawatiran tentang kurang tidur. Sepertiga orang dewasa memiliki gejala insomnia, 10-15% memiliki masalah siang hari yang berhubungan dengan insomnia dan sekitar 6-10% menderita insomnia (Al Karaki et al., 2020).

Dampak dari insomnia yang dapat mempengaruhi kualitas hidup dan kemampuan kognitif yaitu kantuk di siang hari, lemas, sulit berkonsentrasi, meningkatkan kejadian jatuh, resiko kecelakaan dan gangguan memori. Insomnia berpotensi mengakibatkan permasalahan kesehatan jangka panjang seperti kelangsungan hidup yang lebih pendek dan dua kali lebih mungkin meninggal karena serangan jantung dan stroke (Farazdaq et al., 2019).

Faktor penyebab insomnia oleh Spielman diuraikan menjadi beberapa bagian, yaitu *faktor predisposisi* merupakan kondisi yang melekat pada diri individu, *faktor pencetus* merupakan kejadian yang biasanya bersifat traumatis dan *faktor pendorong* yaitu pergeseran pola kognitif dan perilaku yang memperparah kondisi insomnia. Faktor predisposisi meliputi demografis, biologis, psikologis dan karakteristik sosial, dimana ditemukan bahwa wanita lebih mudah mengalami insomnia. Faktor pencetus meliputi kondisi penyakit yang dialami dan tekanan hidup. Sedangkan faktor pendorong lainnya adalah adanya perilaku dan perubahan kognitif. Pada usia lanjut, perubahan siklus sirkadian dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu adanya degenerasi lambat dari SCN, berkurangnya sekresi melatonin endogen dan berkurangnya sensitivitas terhadap cahaya terang (Farazdaq et al., 2019; Kamagi & Sahar, 2021).

Cognitive Behavior Therapy pada Insomnia

Cognitive Behavior Therapy atau terapi perilaku kognitif adalah terapi yang bertujuan untuk meningkatkan kebiasaan tidur, dengan cara mengubah, mengidentifikasi dan mempengaruhi pikiran dan perilaku seseorang sehingga memiliki kualitas tidur yang baik (Newsom & Dimitriu, 2023).

Jenis-Jenis Terapi Perilaku Kognitif pada Insomnia

1. Terapi Relaksasi

Terapi perilaku kognitif jenis relaksasi dilakukan dengan cara mengarahkan pikiran dan tubuh agar tetap santai sehingga tidak terjadi gangguan kecemasan dan gelisah. Gangguan kecemasan pada malam hari adalah satu penyebab seseorang mengalami insomnia. Relaksasi bisa dilakukan dengan meditasi, relaksasi otot dan latihan pernapasan. Salah satu teknik relaksasi adalah relaksasi progresif yaitu teknik untuk mengurangi ketegangan. Semua bentuk ketegangan didasarkan pada kontraksi otot (Stanford Health Care, 2022).

Latihan relaksasi dapat digunakan untuk memasuki kondisi tidur karena dengan mengendorkan otot secara sengaja akan membentuk suasana tenang dan santai. Suasana ini diperlukan untuk mencapai kondisi gelombang alpha yaitu suatu keadaan yang diperlukan seseorang untuk memasuki fase tidur awal. Respon relaksasi pada orang dengan gangguan tidur insomnia akan membuat reaksi fisiologis tubuh yang dirasakan individu akan berkurang, apabila seseorang sudah merasa rileks maka kondisi psikisnya juga akan lebih tenang. Kombinasi terapi relaksasi dengan melibatkan keyakinan yang dimiliki oleh seorang individu akan melipatgandakan manfaat yang didapat dari respon relaksasi. Semakin cepat seseorang mencapai kondisi rileks, maka akan lebih untuk memasuki kondisi tidur yang berarti dapat mengatasi gangguan insomnia yang dialami (Hapsari & Kurniawan, 2019; Newsom & Dimitriu, 2023; Stanford Health Care, 2022).

2. Terapi Kognitif Psikoterapi

Terapi kognitif dengan psikoterapi dilakukan dengan cara mengidentifikasi perasaan dan pikiran negatif yang membuat seseorang untuk mengidentifikasi perasaan dan pikiran negatif yang membuat pasien kesulitan untuk tidur. Terapi ini akan mengajarkan bagaimana cara mengatasi perasaan dan pikiran negatif tersebut, menjadi hal-hal yang positif. Sehingga kekhawatiran yang dirasakan dan dipikirkan akan hilang. Terapis harus mengoreksi keyakinan yang tidak benar mengenai tidur. Hal ini dapat mengurangi kekhawatiran yang berlebihan dan pikiran negatif untuk bisa tidur yang cukup. Sebagian besar pasien memikirkan sebelumnya tidak pernah bisa tidur sehingga rasa khawatir yang berlebihan akan semakin membuat gagal untuk tidur. Pengalaman buruk sebelumnya menjadi faktor penyebab insomnia (Purnamaningsih, 2015).

3. Terapi Stimulus Kontrol

Terapi stimulus kontrol adalah untuk mengatur dan mendapatkan respon positif dari otak dan tubuh. Terapi jenis ini memberikan stimulus bahwa tempat tidur adalah isyarat untuk tidur dan melemahkannya sebagai isyarat untuk terjaga. Adapun beberapa hal yang dapat dilakukan diantaranya adalah (Hapsari & Kurniawan, 2019; Stanford Health Care, 2022):

a. Tetapkan waktu bangun pagi yang teratur

Hal ini akan membantu memperkuat jam sirkadian yang mengatur tidur dan terjaga. Idealnya waktu tidur juga harus teratur, tetapi bagi penderita gangguan tidur insomnia, mungkin akan terdapat kesulitan untuk memulai tidur di waktu yang sama setiap malam. Waktu tidur yang teratur dapat memperkuat irama sirkadian.

- b. Tidur di tempat tidur hanya saat mengantuk

Bagi penderita gangguan tidur insomnia penting untuk membedakan antara kelelahan dan kantuk. Kelelahan adalah keadaan energi rendah, fisik atau mental. Kantuk adalah keadaan harus berjuang untuk tetap terjaga. Mengantuk saat menonton televisi atau duduk sebagai penumpang di dalam mobil melibatkan rasa kantuk. Jika tidak bisa tidur baik di awal atau di tengah malam, bangun dan bangkitlah dari tempat tidur dan kembali ke tempat tidur hanya saat mengantuk lagi.

- c. Hindari tidur siang berlebihan di siang hari

Setelah beraktivitas di siang hari tubuh memerlukan kondisi istirahat. Tidur siang singkat dengan durasi 15 hingga 30 menit, yang dilakukan kira-kira 7 hingga 9 jam setelah waktu bangun, dapat menyegarkan dan tidak akan mengganggu tidur malam.

4. *Sleep Hygiene*

Sleep hygiene dalam terapi perilaku kognitif mengacu pada kebiasaan sehari-hari dengan meningkatkan pemeliharaan kualitas tidur yang baik dan tetap waspada penuh di siang hari. Salah satu langkahnya adalah dengan tidak menggunakan handphone jika sudah mendekati waktu tidur, tidak mengonsumsi minuman yang mengandung kafein di malam hari, dan menggunakan lampu tidur di kamar saat akan tidur. *Sleep hygiene* dapat diartikan sebagai perilaku ataupun kebiasaan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas tidur seseorang (Fry & Rehman, 2023).

Sleep hygiene yang optimal termasuk praktik perilaku dan lingkungan tidur seperti konsisten pada jam tidur, disarankan tidur pada tempat tidur dan lingkungan tidur seperti konsisten pada jam tidur, disarankan tidur pada tempat tidur dan lingkungan yang nyaman, olahraga secara teratur, mengurangi jam tidur siang, menghindari minuman berkafein atau stimulant sebelum tidur, dan menghindari aktivitas yang merangsang secara emosional dan kognitif sebelum tidur (Chung et al., 2018; Rizki et al., 2022).

5. Terapi *Sleep Restriction*

Sleep restriction atau pembatasan tidur merupakan terapi yang diatur oleh Arthur Spielman bertujuan untuk membatasi waktu yang dihabiskan di tempat tidur, bukan untuk membatasi waktu tidur. Langkah selanjutnya terdiri dari peningkatan waktu yang dihabiskan di tempat tidur secara bertahap. Waktu awal di tempat tidur biasanya adalah rata-rata total waktu tidur malam selama seminggu terakhir. Namun, waktu yang diperbolehkan di tempat tidur tidak boleh lebih kurang dari 5,5 jam, bahkan untuk orang yang tidurnya kurang dari 5,5 jam per malam (Stanford Health Care, 2022).

Sebagai contoh, pertimbangkan seseorang yang tidur pada pukul 11 malam dan bangun dari tempat tidur pada pukul 08.00 tetapi tidur rata-rata hanya 6 jam per malam. Selama langkah pertama prosedur ini, orang tersebut hanya akan berada di tempat tidur selama 6 jam (misal pukul 12.00 hingga 06.00). Setelah satu minggu akan ada penurunan yang nyata dalam waktu dihabiskan untuk terjaga di tengah malam. Seseorang akan mengalami peningkatan kualitas tidur yang nyata setelah satu minggu menerapkan pembatasan waktu di tempat tidur, tetapi mereka juga menyadari bahwa mereka tidak cukup tidur.

Dalam hal ini, selanjutnya adalah memperpanjang waktu yang dihabiskan di tempat tidur secara bertahap selama 15 hingga 30 menit (Stanford Health Care, 2022).

Setiap perpanjangan waktu di tempat tidur diikuti setidaknya selama seminggu sebelum melanjutkan ke perpanjangan waktu berikutnya. Keputusan kapan memperpanjang waktu di tempat tidur didasarkan pada persentase waktu tidur relatif terhadap waktu yang dihabiskan di tempat tidur. Hal ini disebut dengan efisiensi tidur. Jika efisiensi tidur rata-rata 85% atau lebih, maka waktu di tempat tidur diperpanjang. Jika efisiensi tidur dibawah 80% maka waktu tidur dibatasi lebih lanjut. Hal ini akan bervariasi antara satu orang dengan yang lainnya (Fry & Rehman, 2023).

Penutup

Efektivitas terapi perilaku kognitif untuk penderita insomnia juga bergantung pada peran terapis. Terapis mengidentifikasi target yang paling relevan untuk perubahan perilaku dan membantu pasien mengatasi hambatan untuk membuat perubahan dalam perilaku tidur. Setiap pasien dapat memilih metode mana yang diyakini membantu pasien untuk mengatasi gangguan tidurnya. Proses dan lama perawatan akan bervariasi tergantung dari masing-masing individu.

Daftar Pustaka

- Al Karaki, G., Hallit, S., Malaeb, D., Kheir, N., Sacre, H., Salameh, P., & Hallit, R. (2020). Prevalence and Factors Associated with Insomnia among a Representative Sample of the Lebanese Population: Results of a Cross-Sectional Study. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 10(2), 124–130. <https://doi.org/https://doi.org/10.2991/jegh.k.200117.001>
- Chung, K.-F., Lee, C.-T., Yeung, W.-F., Chan, M.-S., Chung, E. W.-Y., & Lin, W.-L. (2018). Sleep hygiene education as a treatment of insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Family Practice*, 35(4), 365–375. <https://doi.org/doi:10.1093/fampra/cmz122>
- Farazdaq, H., Andrades, M., & Nanji, K. (2019). Insomnia and Its Correlates among Elderly Patients Presenting to Family Medicine Clinics at an Academic Center. *Malaysian Family Physician*, 13(3), 12–19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6382090/pdf/MFP-13-12.pdf>
- Fry, A., & Rehman, A. (2023). *Insomnia and Older Adults*. Sleep Foundation. <https://www.sleepfoundation.org/insomnia/older-adults>
- Gencarelli, A., Sorrell, A., Everhart, C. M., Zurlinden, T., & Everhart, D. E. (2021). Behavioral and Exercise Interventions for Sleep Dysfunction in the Elderly: A Brief Review and Future Directions. *Sleep Breath*, 25, 2111–2118. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11325-021-02329-9>

- Hapsari, A., & Kurniawan, A. (2019). Efektivitas Cognitive Behavior Therapy (CBT) Untuk Meningkatkan Kualitas Tidur Penderita Gejala Insomnia Usia Dewasa Awal. *Jurnal Ilmiah Kel Dan Kons*, 12(3), 223–235. <https://doi.org/DOI:http://dx.doi.org/10.24156/jikk.2019.12.3.223>
- Kamagi, R. H., & Sahar, J. (2021). Terapi Musik Pada Gangguan Tidur Insomnia. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3(2), 797–809. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/joting.v3i2.3002>
- Liu, R., Shao, W., Lai, L., Zhou, L., Ren, M., & Sun, N. (2021). Identification of Comprehensive Geriatric Assessment - Based Risk Factors for Insomnia in Elderly Chinese Hospitalized Patients. *Ageing Medicine*, 4(1), 26–34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/agm2.12146>
- Newsom, R., & Dimitriu, A. (2023). *Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I)*. Sleep Foundation. <https://www.sleepfoundation.org/insomnia/treatment/cognitive-behavioral-therapy-insomnia>
- Purnamaningsih, E. H. (2015). *Pengaruh Psikoedukasi Strategi Regulasi Emosi Reappraisal Terhadap Kualitas Hidup Orang dengan Hipertensi*. Universitas Gadjah Mada.
- Rizki, F., Aini, Z., & Ismy, J. (2022). Hubungan tingkat stres dan sleep hygiene dengan kejadian sleep paralysis pada mahasiswa Pendidikan Dokter Universitas Syiah Kuala. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 22(2), 89–95. <https://doi.org/DOI:10.24815/jks.v22i2.25966>

- Sheth, M., & Thomas, H. (2019). *Managing Sleep Deprivation in Older Adults: A Role for Occupational Therapy*.
<https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Publications/CE-Articles/CE-Article-March-2019-Managing-Sleep-Deprivation-Older-Adults.pdf>
- Stanford Health Care. (2022). *Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia*. Stanford Medicine Health Care.
<https://stanfordhealthcare.org/medical-treatments/c/cognitive-behavioral-therapy-insomnia/procedures.html>
- Zou, Y., Chen, Y., Yu, W., Chen, T., Tian, Q., Tu, Q., Deng, Y., Duan, J., Xiao, M., & Yang, L. (2019). The Prevalence and Clinical Risk Factors of Insomnia in the Chinese Elderly Based on Comprehensive Geriatric Assessment in Chongqing Population. *Psychogeriatrics*, 19(4), 384–390.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/psyg.12402>

Profil Penulis



Eltanina Ulfameytalia Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Penulis lahir di Temanggung dan merupakan anak kedua dari tiga bersaudara. Penulis mengawali ketertarikannya pada keperawatan dimulai dengan menempuh pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di Akper Ngesti Waluyo Parakan (saat ini menjadi STIKES Ngesti Waluyo Parakan), kemudian dilanjutkan dengan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta. Pada tahun 2015, penulis melanjutkan pendidikan magister di Jurusan Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang dengan mengembangkan intervensi keperawatan berupa psikoedukasi bagi keluarga penderita skizofrenia untuk tugas akhirnya.

Penulis mengembangkan penelitian dan melakukan pengabdian kepada masyarakat, yang berfokus dan berhubungan dengan pelayanan dan intervensi keperawatan terkait dengan penguatan pada komunitas, keluarga, lansia, dan kelompok khusus keluarga dengan gangguan jiwa. Beberapa hasil karyanya diterbitkan melalui artikel ilmiah pada jurnal nasional.

Pada saat ini penulis aktif sebagai dosen pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, serta tergabung dalam organisasi profesi dan terus berupaya untuk memberikan kontribusi pada keilmuan keperawatan dengan menulis buku.

Email Penulis: eltanina.dewi@gmail.com

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PADA KASUS DEPRESI

Ns. Made Dian Shanti Kusuma, S.Kep., MNS.
Institut Teknologi dan Kesehatan Bali

Depresi

Depresi merupakan masalah psikologis yang paling umum tetapi masalah kesehatan jiwa yang serius. Depresi dapat menyebabkan masalah yang serius yang dapat berpengaruh pada perasaan, pikiran, dan aktivitas sehari-hari seperti tidur, makan, dan bekerja. Untuk mendiagnosis adanya gejala depresi, gejala tersebut muncul secara persisten atau berulang-ulang sejak dua minggu terakhir. Tergantung pada jumlah dan tingkat keparahan gejala, episode depresi dapat dikategorikan ringan, sedang, atau berat. Seseorang dengan episode depresi ringan akan mengalami kesulitan melanjutkan pekerjaan biasa dan aktivitas sosial, tetapi mungkin tidak akan berhenti berfungsi sepenuhnya. Selama episode depresi yang berat, sangat kecil kemungkinan penderitanya akan dapat melanjutkan kegiatan sosial, pekerjaan, atau rumah tangga, kecuali pada tingkat yang sangat terbatas (WHO, 2021).

Depresi dapat disebabkan oleh interaksi kompleks dari faktor sosial, psikologis dan biologis. Seseorang yang telah mengalami suatu peristiwa kehidupan seperti berduka, kehilangan seseorang yang dicintai, trauma psikologis

akan lebih beresiko memiliki gejala depresi. Seseorang umumnya akan mengalami stres yang dapat memperburuk kehidupan. Teori *Transactional Theory of Stress and Coping* oleh Lazarus dan Folkman (1984) menyebutkan kejadian buruk pada kehidupan dapat sebagai pemicu stres, jika orang tidak dapat mengatasi sendiri dan kekurangan dukungan eksternal, mereka akan mengalami stres yang berdampak negatif dan mempengaruhi suasana hati yaitu depresi (Lazarus & Folkman, 1984).

Depresi memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap perasaan dan perubahan suasana hati seseorang. Gejala depresi yang umum muncul pada seseorang yaitu, rasa tidak percaya diri, keputusasaan, cemas, kehilangan minat dalam melakukan aktivitas sehari-hari, mudah marah, merasa tidak berdaya, adanya perubahan pola makan serta sulit dalam berkonsentrasi yang berhubungan dengan daya ingat. Namun gejala depresi tersebut tidak sama pada setiap orang. Pada lansia, gejala biasanya muncul berbarengan dengan masalah kesehatan yang dialami misalnya pada lansia yang memiliki penyakit kronis, sehingga munculnya gejala depresi pada lansia sering tidak terdeteksi oleh keluarga atau tenaga kesehatan. Sedangkan pada anak-anak atau remaja biasanya akan mempengaruhi prestasi belajar, serta mudah tersinggung, dan perubahan suasana hati secara tiba-tiba.

Munculnya gejala depresi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, dimana pada lansia faktor-faktor yang dapat mempengaruhi munculnya gejala depresi adalah peristiwa buruk dalam kehidupan, memiliki penyakit kronis, dan aktivitas fisik (Kusuma, Sitthimongkol, Wirojratana, & Kesornsamut, 2020). Peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan dapat mempengaruhi munculnya stress yang dapat menyebabkan lansia

memiliki gejala depresi. Kemudian faktor lain yang mempengaruhi munculnya depresi pada lansia yaitu memiliki penyakit kronis, dimana penelitian menyebutkan bahwa lansia mungkin akan memiliki lebih dari tiga penyakit di waktu bersamaan, yang mana pada situasi tersebut mereka akan banyak mengonsumsi obat-obatan. Hal ini juga berdampak pada aktivitas fisik yang terbatas pada lansia, mereka akan cenderung diam di rumah sehingga aktivitas fisik dan sosial nya sangat terbatas. Sehingga lansia akan mudah merasa kesepian, tidak berdaya, sedih, dan perubahan suasana hati.

Penelitian menyebutkan beberapa faktor yang mempengaruhi munculnya gejala depresi pada anak dan remaja antara lain lingkungan sekolah, masalah finansial keluarga, dan kecerdasan emosional (Saputri & Nurrahima, 2020). Faktor lingkungan ini berkaitan juga dengan tekanan yang dialami setiap hari, misalnya hubungan yang kurang baik dengan teman, adanya indikasi perilaku bullying, serta diskriminasi. Stress ekonomi pada keluarga juga dapat menyebabkan munculnya gejala depresi pada anak. Kecerdasan emosional juga dapat menimbulkan munculnya gejala depresi pada anak, dimana jika anak tidak mampu mengelola dan menunjukkan emosi yang baik akan berpengaruh pada mekanisme koping terhadap suatu masalah yang dialami. Jika anak dengan kecerdasan emosional yang baik, tentunya akan memiliki keterampilan dalam penyelesaian masalah dan mampu mengatur emosi dengan baik.

Berdasarkan uraian tersebut, mengidentifikasi munculnya gejala depresi sangat penting untuk semua kalangan. Jika kita sudah mampu mengidentifikasi gejala depresi yang ada pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan, hal ini dapat mencegah seseorang memiliki depresi berat yang dapat memberikan berdampak buruk

misalnya adanya percobaan bunuh diri. Oleh karena itu, skrining depresi secara rutin sangat diperlukan. Serta, seseorang yang telah terdiagnosa oleh psikiater memiliki depresi perlu diberikan penanganan berupa medikasi, psikoedukasi atau psikoterapi untuk menangani masalah yang dimiliki.

Psikoterapi pada Depresi

Seseorang yang sudah didiagnosa oleh psikiater memiliki masalah depresi akan diberikan penanganan baik penatalaksanaan medis berupa medikasi serta juga psikoterapi baik secara individu ataupun kelompok. Psikoterapi merupakan suatu metode yang biasanya diberikan pada berbagai masalah kesehatan mental salah satunya depresi. Melalui psikoterapi ini yang berperan dalam memberikan terapi adalah konselor terlatih, terapis, psikiater, psikolog, serta perawat yang telah menyelesaikan pelatihan sebagai konselor. Dalam pelaksanaan, fokus terapi yang diberikan adalah membantu pasien atau seseorang yang memiliki masalah untuk dapat memiliki perilaku positif terhadap dirinya dengan masalah yang sedang dihadapi saat ini.

Psikoterapi umumnya berfokus pada perbincangan yang membicarakan tentang pengalaman dan Riwayat hidup, emosi dan perasaan yang dirasakan saat ini, hubungan sosial, kebiasaan, perilaku, serta harapan yang ingin dicapai. Ada beberapa jenis psikoterapi yang dapat diberikan pada seseorang yang memiliki masalah kesehatan jiwa yaitu:

1. *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT)/Terapi Perilaku Kognitif

Terapi perilaku kognitif bertujuan untuk mengubah dan mengidentifikasi pola negatif pasien terhadap masalah yang dialami saat ini.

Tujuan yang diharapkan dari terapi ini adalah menghasilkan perilaku yang bermanfaat dalam mengatasi masalah yang dialami oleh pasien. Terapis dan pasien atau seseorang yang memiliki masalah depresi akan bekerja sama untuk menciptakan perilaku yang positif yang dapat dilakukan demi mencapai tujuan yang diharapkan serta kegiatan yang disepakati dapat bermanfaat untuk pasien dalam mengatasi masalah.

2. *Interpersonal Therapy (IPT)*/Terapi Interpersonal

Terapi interpersonal bertujuan untuk membantu seseorang mengatasi masalah pribadi yang berhubungan dengan kehidupannya, dimana harapan dari terapi ini adalah pasien mampu memiliki keterampilan dalam berkomunikasi serta memperoleh manfaat bagaimana pasien dalam menyelesaikan konflik dengan koping yang adaptif.

3. Terapi Psikodinamik

Terapi ini berhubungan dengan gambaran peristiwa masa kecil serta masa lalu pasien. Tujuan yang diharapkan adalah bagaimana pasien dapat melihat pola negatif atau perilaku yang ditunjukkan dalam masalah kesehatan jiwa dan fisiknya. Peristiwa kehidupan masa lalu yang buruk atau peristiwa yang traumatis dapat menghambat pola positif yang dimiliki seseorang. Sehingga fokus dari terapi ini adalah pasien mampu melepaskan pengaruh masa lalu yang tidak menyenangkan serta dapat mengontrol perilaku terhadap hidupnya saat ini.

4. Terapi Suportif

Terapi suportif memerlukan kerjasama dengan lingkungan, keluarga, serta sosial dengan bimbingan atau dorongan yang bersifat positif sehingga dapat

membantu pasien dalam meningkatkan fungsi sosial, harga diri, memiliki mekanisme koping yang baik atau adaptif serta mengurangi perasaan cemas dan stress terhadap masalah yang dihadapi.

Cognitive Behaviour Therapy pada Depresi

Depresi dapat menyebabkan seseorang memiliki penurunan minat dan aktivitas yang dapat berdampak pada kehilangan aktivitas yang sebelumnya dirasa menyenangkan, penurunan prestasi dan aktivitas sosial. Sehingga perlu pemberian terapi perilaku kognitif/ CBT bertujuan untuk merubah perilaku negatif, emosi negatif, dan pikiran yang negatif terhadap diri sendiri dan lingkungan yang dapat mendukung tercapainya harapan, serta terapi ini dapat membantu untuk menciptakan strategi koping yang bagus dalam memecahkan masalah yang dimiliki. Pada proses CBT klien akan diminta untuk mengidentifikasi penyimpangan yang berhubungan dengan masalah yang dialami. Penyimpangan tersebut akan dicoba untuk diubah sehingga masalah bisa teratasi.

Prinsip dasar CBT antara lain:

1. CBT berkaitan dengan perilaku, kognitif, dan emosi seseorang
2. CBT memerlukan hubungan yang terapeutik antara pasien dan terapis
3. Saat proses CBT pasien akan dipandu oleh terapis untuk menemukan pandangan pada masalah yang dialami
4. CBT menganjurkan pasien untuk berlatih merubah pola negatif menjadi positif
5. CBT berfokus pada masalah dan kondisi saat ini
6. CBT diberikan dengan komunikasi edukasi dan informasi

Teknik CBT pada seseorang dengan masalah depresi (Fenn & Byrne, 2013):

1. Teknik Kognitif

Kunci utama dalam konsep kognitif pada CBT adalah Pemberian Teknik yang diberikan oleh terapis yaitu pemanduan dalam penemuan “*Guided Discovery*” terkait masalah yang dihadapi oleh pasien. Teknik ini menggunakan pendekatan terapeutik dalam membantu pasien mengenali pikiran dan membantu pasien mengembangkan asumsi terhadap masalah untuk memperoleh solusi dalam pemecahan masalah. Terapis akan menggunakan pertanyaan untuk menguji asumsi pasien, contohnya “Menurut anda, apa yang menyebabkan?”, “Mengapa hal tersebut penting?”. *Guided Discovery* adalah hal yang utama dalam intervensi kognitif.

2. Teknik Perilaku

Dalam Teknik ini, terapis dan pasien akan membuat jadwal untuk sesi terapi, dimana pada tiap sesi pasien akan diberikan penugasan yang bertujuan menciptakan langkah-langkah dalam menghadapi masalah yang dialami. Teknik ini membantu pasien membangun kembali rutinitas sehari-hari, meningkatkan aktivitas yang menyenangkan dan mengatasi masalah yang sulit dengan meningkatkan pemecahan masalah.

Latihan relaksasi otot progresif dan latihan nafas dalam dapat digunakan untuk membantu mengatasi serangan panik atau gejala gangguan kecemasan lainnya.

Intervensi CBT pada seseorang dengan masalah depresi:

1. Diawali dengan pengenalan konsep tentang pola dan keyakinan pasien

2. Proses pembentukan konsep yang berfokus pada perubahan emosi, perilaku dan keyakinan menjadi lebih rasional.
3. Mengidentifikasi masalah yang dialami oleh pasien, serta terapis mengidentifikasi sumber yang mampu membantu dalam proses pemecahan masalah
4. Pemberian Teknik relaksasi misalnya relaksasi nafas dalam, pelepasan otot, serta melakukan imajinasi terhadap hal-hal positif yang dapat membantu pasien dalam pemecahan masalah
5. Menentukan tujuan akhir yaitu ada perubahan perasaan, perilaku serta pikiran yang sebelumnya negatif menjadi ke arah yang positif.

Terdapat beberapa sesi/pertemuan oleh terapis dan pasien dalam pelaksanaan CBT. Sebelum dilakukan terapi, pasien dan terapis akan membuat janji terlebih dahulu untuk kesepakatan hari dan waktu pelaksanaan. Terapis akan memberikan jadwal kepada pasien sesuai kesepakatan.

Pada penerapan CBT, terapis akan melihat perbandingan kondisi perilaku dan pikiran pasien sebelum, saat dan setelah intervensi. Terapis juga akan melakukan penilaian terhadap masalah depresi yang dialami dengan menggunakan instrumen/kuesioner skrining depresi untuk mengukur tingkat depresi yang dialami oleh pasien.

Instrumen yang bisa digunakan untuk skrining depresi salah satunya adalah kuesioner *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9) yang dikembangkan oleh Kroenke, dkk (2001). Kuesioner PHQ-9 dalam versi Bahasa Indonesia yang sudah tervalidasi dengan total pertanyaan dalam kuesioner ini adalah 9 item. Kelebihan PHQ-9 antara lain didasarkan pada kriteria diagnostik gangguan depresi dalam *Diagnostic and Statistical Manual*

Fourth Edition (DSM-IV) (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001). Pengisian kuesioner dilakukan oleh responden yang didampingi peneliti. Rentang skor dari kuesioner PHQ-9 adalah 0-27 dan mengklasifikasikannya dalam 5 tingkat yaitu tidak depresi (skor 0-4), depresi ringan (skor 5-9), depresi sedang (skor 10-14), depresi sedang-berat (skor 15-19), dan depresi berat (skor 20-27). Skala yang digunakan adalah skala ordinal yaitu “tidak pernah=0”, “beberapa hari=1”, “lebih dari separuh waktu=2”, dan “hampir setiap hari=3”.

Sesi-sesi dalam CBT (Paramitayani, 2022), antara lain:

Sesi I: Membangun *Rapport*

Pada sesi ini terapis akan memberikan salam dan bersikap ramah dan menyenangkan kepada pasien. Selanjutnya menentukan topik yang akan dibicarakan dan didiskusikan bersama. Pengaturan tempat untuk berbincang-bincang harus menyenangkan dengan menunjukkan sikap yang hangat, menjaga privasi pasien. Terapis harus mampu membaca respon verbal dan non verbal pasien, terapis harus bersikap terbuka, dan memiliki kejujuran dalam membantu tanpa rasa pamrih. Dalam sesi ini terapis akan mengawali pembicaraan dengan kalimat basa-basi misalnya, “Ibu/Bapak tadi diantar siapa kesini?”, pembicaraan pada saat *rapport* ini tidak ada berhubungan dengan masalah yang dialami pasien, komunikasi ini memiliki tujuan untuk menciptakan hubungan yg hangat dan saling percaya antara pasien dan terapis.

Sesi II: Latihan Relaksasi

Pada sesi kedua ini, terapis dapat mengajarkan pasien untuk melakukan Teknik relaksasi. Tujuan dari Teknik ini adalah agar pasien dapat lebih nyaman serta emosi pasien dapat terkontrol dengan baik. Salah satu Teknik relaksasi yang dapat diberikan adalah dengan melatih pasien untuk

nafas dalam. Terapis mengawali dengan memberikan contoh kemudian selanjutnya memberikan kesempatan kepada pasien untuk mencoba mandiri, dan melakukan berulang-ulang sampai pasien benar-benar merasa nyaman dan emosi dapat terkendali.

Sesi III: Identifikasi pikiran negatif

Pada sesi ketiga ini, terapis mulai menanyakan permasalahan yang dialami pasien. Namun sebelum masuk ke permasalahan yang dihadapi, terapis harus dapat menerima pasien secara ikhlas dalam hal ini menerima apa adanya tentang kondisi pasien dan harus bersikap ramah dan terbuka. Selanjutnya, terapis mengajak pasien untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran yang negatif terhadap dirinya yang berkaitan dengan gejala depresi yang dirasakan oleh pasien. Harapan pada sesi ini adalah pasien dapat memahami pikiran negatif dapat muncul secara tiba-tiba atau spontan. Pada sesi ini minta pasien untuk menuliskan pikiran-pikiran negatif yang sering dirasakan oleh pasien.

Sesi IV: Mengajarkan hubungan kognitif, perilaku dan emosi

Pada sesi ini terapis menjelaskan hubungan antara kognitif, perilaku dan emosi yang ada pada diri pasien. Terapis mengajak pasien untuk mendiskusikan tentang pemicu atau distorsi yang muncul dari kognitifnya yang berhubungan dengan rasa emosi yang muncul sehingga berdampak pada perilaku yang dilakukan. Terapis menjelaskan kepada pasien bahwa pikiran negatif yang ada dapat mengakibatkan munculnya emosi yang tidak terkontrol dan akan berdampak pula pada perilaku yang negatif, seperti marah, sedih, tidak berdaya, putus asa, hal tersebut merupakan gejala depresi yang diekspresikan oleh pasien sebagai jalan keluar dari masalah yang dihadapi.

Sesi V: Melatih pasien untuk mengubah pikiran negatif ke pikiran positif dan pemberian tugas restrukturisasi kognitif.

Di sesi ini, terapis membimbing pasien untuk mengubah pikiran negatif yang sebelumnya sudah dicatat oleh pasien. Pikiran-pikiran negatif tersebut diganti dengan pikiran positif yang sesuai dengan harapan dan rasional. Terapis membimbing pasien untuk menghapus keyakinan negatifnya dengan memberikan bukti lain yang positif. Terapis menjelaskan kepada pasien bahwa ada hal yang lebih positif dapat dilakukan oleh pasien untuk mencegah munculnya perilaku yang negatif. Terapis membimbing pasien bahwa pikiran positif dapat memberikan pengaruh yang positif juga terhadap emosi dan perilaku pasien.

Sesi VI: Evaluasi tugas

Pada sesi ini, terapis memberikan tugas/pekerjaan rumah kepada pasien yaitu pikiran-pikiran negatif diubah menjadi pikiran positif, kemudian mencatat juga terkait frekuensi pasien sedih, menangis, pesimis, dan perasaan lainnya yang dirasakan. Kemudian list dari pikiran-pikiran yang sudah dibuat harus dibawa pada sesi berikutnya dan diberikan kepada terapis.

Sesi VII: Penugasan Behavioral terkait manajemen diri

Pada sesi ini, terapis membimbing pasien untuk melaksanakan manajemen diri dengan pengelolaan lingkungan yang baik sehingga pasien dapat menata diri dan mampu mengontrol pikiran, sehingga hal ini dapat mencegah perilaku agresif yang mungkin bisa terjadi oleh karena perubahan suasana hati yang dirasakan oleh pasien. Harapan dari sesi ini adalah pasien mampu melakukan distraksi atau pengalihan dengan melakukan kegiatan lain untuk dapat meluapkan emosi yang positif dimana didukung dengan lingkungan yang membuat pasien merasa nyaman.

Sesi VIII: Evaluasi Behavioral dan pencegahan terhadap kekambuhan

Pada sesi ini, terapis melakukan evaluasi terkait manajemen diri yang sudah dilakukan oleh pasien yaitu dengan pengelolaan lingkungan yang sudah dilakukan oleh pasien. Terapis menanyakan kepada pasien selama proses mengelola/manajemen lingkungan tersebut apakah ada hambatan yang dirasakan atau efek samping yang mungkin merugikan. Pada sesi ini juga pasien diminta menyampaikan perasaannya selama melaksanakan manajemen diri, kemudian terapis memberikan masukan dan bimbingan terhadap hambatan yang mungkin dirasakan oleh pasien selama penerapannya.

Sesi IX: Evaluasi dan Terminasi

Pada tahap evaluasi dan terminasi, terapis melakukan evaluasi pada semua sesi yang sudah diberikan. Kemudian melihat sejauh mana perubahan yang ada pada diri pasien. Terapis memberikan dukungan kepada pasien sesuai dengan kegiatan yang sudah disepakati di awal.

Harapan dari kegiatan ini adalah pasien mampu berperilaku adaptif dalam menghadapi masalah yang ada, serta melakukan pencegahan yang dapat dilakukan apabila ada indikasi pikiran negatif yang muncul. Setelah evaluasi selesai, terapis melanjutkan dengan tahap terminasi, dimana penghentian semua proses intervensi dari kegiatan CBT. Terapis memberikan evaluasi dan capaian yang sudah dilalui oleh pasien dan memberikan apresiasi positif dari kegiatan yang sudah dilaksanakan dengan baik. Pasien tetap menerapkan terapi yang sudah diberikan secara konsisten untuk pencegahan munculnya pikiran-pikiran negatif dan mencegah dampak yang merugikan.

Sebelum dan sesudah pelaksanaan sesi pasien diberikan kuesioner skrining depresi untuk mengetahui tingkat depresi sebelum dan sesudah intervensi. Sehingga terapis dapat melihat perubahan yang ada pada pasien terkait masalah depresi yang dialami.

Efektivitas CBT pada Depresi

Beberapa hasil penelitian menunjukkan efektivitas pemberian CBT pada masalah depresi. CBT ditemukan efektif dalam menurunkan gejala depresi dan kekambuhan (Moorey & Hollon, 2021); (Hudiyawati & Prakoso, 2019), juga ditemukan efektif dalam meningkatkan kesejahteraan (Widnall, Price, Trompetter, & Dunn, 2019). CBT juga dapat mengurangi perilaku mencederai diri sendiri (Paramitayani, 2022). Pemberian CBT ini ditemukan dapat merubah pola pikiran negatif menjadi pikiran yang positif, serta merubah perilaku yang negatif contohnya ada pemikiran untuk mencederai diri sendiri/orang lain. Dalam proses pemberian terapi, pasien diberikan kesempatan untuk meluapkan perasaan dan dilanjutkan dengan pemberian Teknik latihan relaksasi nafas dalam.

Latihan ini digunakan untuk mengontrol emosi apabila pasien tidak mampu menahan diri oleh karena pengaruh dari pikiran negatif yang dirasakan. Untuk mengukur efektivitas CBT, para peneliti menggunakan instrumen skrining gejala depresi yang diberikan sebelum (pre) intervensi dan setelah (post) intervensi. Dengan dilakukannya tahapan pengukuran ini, peneliti dapat melihat perubahan yang ditunjukkan oleh pasien.

Daftar Pustaka

- Fenn, K., & Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioral therapy. *InnovAiT: Education and inspiration for general practice*, 6(9), 579-585. doi:10.1177/1755738012471029
- Hudiyawati, D., & Prakoso, A. M. (2019). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Depression, Anxiety and Stress among Hospitalized Patients with Congestive Heart Failure in Central Java. *Jurnal Ners*, 14(3), 367-373. doi:10.20473/jn.v14i3(si).17215
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16(9), 606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Kusuma, M. D. S., Sitthimongkol, Y., Wirojratana, V., & Kesornsamut, P. (2020). Factors Predicting Depressive Symptoms among Older People in Community in Bali, Indonesia. *Nursing Science Journal of Thailand*, 38(4), 62-76.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*/Richard S. Lazarus, Susan Folkman. New York: Springer Pub. Co.
- Moorey, S., & Hollon, S. D. (2021). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*.
- Paramitayani, E. (2022). Cognitive Behavior Therapy untuk mengurangi perilaku melukai diri pada kasus depresi. *Procedia: Studi Kasus dan Intervensi Psikologi*, 10(2), 38-42. doi:10.22219/procedia.v10i2.19223

- Saputri, & Nurrahima, A. (2020). Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Depresi Anak Usia Sekolah: Kajian Literatur. *Journal of Holistic Nursing and Health Science*, 3(2), 50-58.
- WHO. (2021). *Depression*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Widnall, E., Price, A., Trompetter, H., & Dunn, B. D. (2019). Routine Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety and Depression is More Effective at Repairing Symptoms of Psychopathology than Enhancing Wellbeing. *Cognitive Therapy and Research*, 44(1), 28-39. doi:10.1007/s10608-019-10041-y

Profil Penulis

Ns. Made Dian Shanti Kusuma, S.Kep., MNS.



Penulis memperoleh gelar Sarjana Keperawatan dan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali (STIKES Bali) pada Tahun 2015. Selanjutnya penulis bekerja menjadi asisten dosen sejak tahun 2015 hingga tahun 2017 di kampus STIKES Bali.

Penulis melanjutkan studi S2 Keperawatan di tahun 2017 dengan peminatan Mental Health and Psychiatric Nursing di Mahidol University, Bangkok Thailand dan lulus pada Tahun 2019. Topik tesis yang diselesaikan oleh penulis pada saat menempuh pendidikan S2 adalah terkait dengan masalah depresi pada lansia di komunitas. Setelah menyelesaikan pendidikan S2 penulis kembali ke Indonesia dan saat ini menjadi dosen tetap pada prodi Sarjana Keperawatan di kampus Institut Teknologi dan Kesehatan Bali (ITEKES Bali).

Penulis memiliki ketertarikan pada masalah kesehatan jiwa khususnya Depresi. Beberapa penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang pernah dilakukan oleh penulis adalah masalah depresi. Pada kesempatan ini penulis menyusun konsep dan penanganan masalah kesehatan jiwa khususnya depresi dengan menggunakan psikoterapi (*Cognitive Behaviour Therapy*). Semoga buku ini dapat memberikan gambaran penanganan serta pencegahan yang dapat dilakukan pada masalah depresi.

Email Penulis: dianshantikusuma@gmail.com

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT) PADA KLIEN DENGAN RISIKO BUNUH DIRI

Ns. Ni Putu Dita Wulandari, M.Kep., Sp.Kep.J.
STIKES BINA USADA BALI

Bunuh Diri

Menurut Stuart, Keliat and Pasaribu (2016) bunuh diri sebagai isyarat atau tindakan yang dilakukan seseorang yang bertujuan untuk mengakhiri hidup, biasanya dilakukan dengan cara-cara menyebabkan cedera, keracunan, napas tersumbat dan lainnya. Bunuh diri merupakan suatu tindakan yang sengaja dilakukan oleh seseorang untuk mengakhiri hidupnya (Suicide, 2017 dalam Novalis, 2017). Dapat disimpulkan bunuh diri adalah tindakan yang sengaja dilakukan seseorang untuk mengakhiri dengan berbagai cara.

Tindakan bunuh diri terbagi menjadi beberapa jenis yaitu (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016)

1. Ide Bunuh Diri

Ide bunuh diri bersifat pasif, ketika hanya dipikirkan namun tidak disertai niat untuk bertindak dan bersifat aktif ketika ada pemikiran dan rencana yang menyebabkan kematian pada dirinya (Stuart et al., 2016).

Dalam fase kehidupan, ide bunuh diri merupakan bentuk ekspresi dari penderitaan akibat dari adanya konflik internal, dengan kemungkinan kematian dipandang sebagai solusi (de Araújo Veras, Ximenes, de Vasconcelos, & Sougey, 2016). Data subjektif yang bisa terlihat pada individu dengan perilaku bunuh diri adalah adanya ungkapan perasaan bersalah, sedih, marah, putus asa atau tidak berdaya, menitipkan pesan untuk ditinggalkan, mengungkapkan hal negatif tentang diri sendiri dan data objektif yang terlihat adalah individu tampak murung, sedih, marah, menangis, banyak diam, kontak mata kurang, emosi labil, tidur kurang.

2. Ancaman Bunuh Diri

Ancaman bunuh diri merupakan adanya peringatan dari seseorang, baik langsung maupun secara tidak langsung, verbal maupun non verbal, mengungkapkan untuk mengakhiri hidupnya sendiri (Stuart et al., 2016). Seseorang pada fase ancaman bunuh diri jarang mengungkapkan keinginannya secara verbal. Harapan individu pada fase ini adalah orang sekitar dapat mengerti terkait yang mereka alami tanpa harus diungkapkan terlebih dahulu. Individu pada fase ancaman bunuh diri mengungkapkan adanya keinginan untuk mati, mengungkapkan rencana mengakhiri kehidupan dan adanya tindakan untuk menyiapkan alat dalam melaksanakan rencana bunuh diri.

3. Percobaan Bunuh Diri

Percobaan bunuh diri merupakan adanya upaya seseorang dengan melakukan tindakan mandiri yang akan menyebabkan kematian bila tidak dihentikan (Stuart, Keliat, and Pasaribu, 2016).

Seseorang dengan percobaan bunuh diri biasanya secara serius berupaya untuk mengakhiri hidupnya yang biasanya digambarkan dengan perilaku mencederai diri.

4. Bunuh Diri Komplit

Bunuh diri yang berhasil atau bunuh diri merupakan kematian yang diakibatkan oleh diri sendiri yang dibuktikan dengan adanya bukti bahwa seseorang yang meninggal berniat membunuh dirinya sendiri (Stuart, Keliat, and Pasaribu, 2016). Bunuh diri merupakan suatu tindakan yang sengaja dilakukan oleh seseorang untuk mengakhiri hidupnya (Suicide, 2017 dalam Novalis, 2017).

Perilaku bunuh diri biasanya ditandai dengan memberikan peringatan secara langsung maupun tidak, verbal atau nonverbal bahwa ia akan mengakhiri hidupnya.

1. Tanda Gejala Risiko Bunuh Diri

Tanda gejala bunuh diri menurut Maramis & Maramis (2009) dalam Keliat et al (2020)

- a. Mengungkapkan tentang kematian secara berulang
- b. Perasaan bersalah dan ketakutan berlebih
- c. Panik
- d. Pada orang dengan perilaku bunuh diri biasanya memberikan peringatan secara verbal maupun non verbal yang dilakukan secara langsung maupun tidak langsung.

2. Faktor Risiko Bunuh Diri

Faktor penyebab bunuh mencakup beberapa faktor diantaranya faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural (Stuart, Keliat, and Pasaribu, 2016)

a. Faktor Biologis

Faktor biologis diantaranya, penyakit fisik, percobaan bunuh diri sebelumnya, riwayat gangguan mental (Van Orden, 2015; Varcarolis, 2013; (Stuart et al., 2016) penggunaan alkohol dan NAPZA, depresi (Varcarolis, 2013 & Rhimer, 2007 dalam Videbeck, 2011), faktor biokimia (neurotransmitter serotonin di otak rendah) dan faktor genetik (Varcarolis, 2013; Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016). Dalam hasil penelitian seseorang yang menderita migrain lebih sering memiliki usaha untuk bunuh diri terutama pada perempuan (Pompili et al., 2009). Disimpulkan bahwa adanya masalah pada faktor biologis akan berpengaruh pada perilaku bunuh diri.

b. Faktor Psikologis

Faktor psikologis seperti, Keputusan, harga diri rendah, perasaan tidak berharga, dan ketidakberdayaan (Varcarolis, 2013 & Rhimer, 2007 dalam Videbeck, 2011), riwayat mengalami kekerasan di masa kecil, perasaan bersalah (Varcarolis, 2013; Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016). Faktor psikologis yang paling berpengaruh pada bunuh diri khususnya pada remaja adalah: keputusan, harga diri rendah, suasana hati yang tidak baik, dan hubungan sosial yang jelek. Hasil penelitian juga menunjukkan hasil bahwa dukungan dari teman sebaya sangat dibutuhkan oleh remaja (Sun & Hui, 2007).

c. Faktor Sosial

Faktor sosial diantaranya menyebabkan seseorang berperilaku bunuh diri diantaranya kurangnya dukungan sosial, peristiwa kehidupan yang negatif, dan stres dalam kehidupan (Varcarolis, 2013 & Rhimer, 2007 dalam Videbeck, 2011).

Penangan pada Klien Risiko Bunuh Diri

Beberapa terapi pencegahan risiko bunuh diri seperti, *dialectical behaviour therapy* (DBT) dan *cognitive behavior therapy for suicide prevention* (CBT-SP) dapat membantu mengurangi perilaku bunuh diri pada pasien (General et al., 2012). *Problem-solving approaches* juga efektif dalam mengurangi ide dan perilaku bunuh diri (Tarrier et al., 2008 dalam Calati & Courtet, 2016). *Mentalization-based treatment* (MBT) dan *psychodynamic interpersonal therapy* (PIT) terbukti efektif mencegah usaha bunuh diri (Brown & Jager-Hyman, 2014). Tindakan berupa dukungan kelompok seperti *peer leadership* juga terbukti efektif dalam mengatasi risiko bunuh diri khususnya ide bunuh diri (Wulandari, Keliat, and Mustikasari 2019). Beberapa terapi tersebut terbukti efektif sebagai terapi yang mampu mengurangi faktor psikologis dan meningkatkan faktor protektif pada individu dengan perilaku bunuh diri.

Cognitive Behaviour Therapy pada Klien dengan Risiko Bunuh Diri

Cognitive Behaviour Therapy (CBT) dikembangkan oleh Beck (1970), yang mendeskripsikan bahwa pikiran individu akan berdampak pada perasaan dan perilaku (Beck, 2011).

Pemberian CBT bertujuan untuk merubah keyakinan yang irasional menjadi rasional, pernyataan/ungkapan negatif, kesalahan pemikiran, dan merubah perilaku yang negatif dapat (Stuart et al., 2016).

Dapat disimpulkan CBT merupakan terapi merubah pikiran/keyakinan seseorang yang negatif menjadi positif begitu pula merubah perilaku yang ditimbulkan dari pikiran negatif menjadi perilaku positif.

Pada sistematik review yang dilakukan oleh Mewton and Andrews (2016) mengidentifikasi CBT telah terbukti efektif dalam mengurangi gejala penyakit mental yang berhubungan dengan peningkatan risiko bunuh diri, termasuk depresi, kecemasan, dan psikosis. *Brief Cognitive Behavior Therapy* (BCBT) juga terbukti efektif mencegah pengulangan *self harm* pada remaja yang dirawat di rumah sakit setelah episode *self harm*, temuan ini juga memberikan implikasi penting untuk pencegahan bunuh diri di masa muda (Sinyor et al., 2020). CBT juga efektif dalam meredakan bunuh diri, termasuk ide bunuh diri dan upaya bunuh diri (Wu et al., 2022).

CBT baik yang kelompok maupun individu terbukti berpengaruh mengurangi kejadian bunuh diri. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa terapi kognitif perilaku yang dilakukan secara individu menunjukkan hasil yang efektif untuk mengurangi kejadian bunuh diri, kemampuan mengendalikan ide bunuh diri, dan perilaku untuk mencederai diri (Labelle, Pouliot, & Janelle, 2015). CBT secara kelompok juga terbukti efektif menurunkan skor ide bunuh diri pada pasien depresi dengan ide bunuh diri pasien yang dirawat di Rumah Sakit (Ardashir & Nazafarin, 2018). CBT dalam mengatasi masalah bunuh diri seperti ide bunuh diri dapat digabungkan dengan terapi lainnya seperti gabungan pemberian terapi generalis, *peer leadership* dan CBT efektif dalam mengatasi masalah ide bunuh diri khususnya pada

remaja (Nasution, Keliat, & Wardani, 2019). Oleh karena itu CBT merupakan strategi yang berguna dalam pencegahan kognisi bunuh diri dan perilaku bunuh diri.

Penerapan *Cognitive Behaviour Therapy* pada Klien dengan Risiko Bunuh Diri

Menurut Andriastuti, Andriany, and Muin (2022) tahapan pelaksanaan *cognitive behavior therapy* pada klien dengan risiko bunuh diri terdiri dari 10 sesi, dimana tahap sesi 1-3 merupakan fase awal, sesi 4-7 sebagai fase tengah dan sesi 8-10 adalah fase lanjutan. Langkah-langkah pelaksanaan setiap sesi sebagai berikut:

1. Sesi 1

Sesi 1 merupakan sesi pengkajian dan penetapan diagnosa. Pengkajian merupakan langkah awal untuk mengetahui masalah klien. Pengkajian yang dilakukan dengan observasi dan wawancara terkait ide dan perilaku bunuh diri meliputi riwayat risiko bunuh diri dan tanda gejala risiko bunuh diri. Hasil pengkajian membantu terapis dalam menegakkan diagnosa terkait masalah yang terjadi sehingga berikutnya terapis dapat memberikan dukungan dan semangat kepada klien untuk dapat melakukan perubahan.

2. Sesi 2

Sesi 2 merupakan tahap identifikasi emosi negatif, pikiran otomatis negatif dan keyakinan utama yang berkaitan dengan gangguan. Strategi yang dilakukan terapis pada tahap ini adalah membuktikan kepada klien bagaimana sistem keyakinan dan pikiran otomatis sangat erat hubungannya dengan emosi dan tingkah laku, dengan cara menolak pikiran negatif dan menggantinya dengan pikiran positif.

Pada ini tahap klien diharapkan berkomitmen untuk melakukan modifikasi secara menyeluruh, mulai dari pikiran, perasaan sampai perbuatan dari negatif menjadi positif.

3. Sesi 3

Sesi 3 merupakan pra implementasi dan masuk ranah kognitif. Terapi Mulai menjelaskan pentingnya perilaku, meliputi konsekuensi positif-konsekuensi negatif perilaku klien. Terapis memperjelas tentang hubungan antara pikiran negatif yang menghasilkan konsekuensi negatif dan pikiran positif yang menghasilkan konsekuensi positif. Terapis memberikan *reinforcement* dan *punishment* secara kreatif kepada klien dan keluarganya. Klien diajak untuk membuat komitmen antara klien dan terapis untuk menerapkan konsekuensi positif dan negatif terhadap kemajuan proses belajarnya.

4. Sesi 4

Sesi 4 merupakan fokus terapi, tahap ini terapis mengajarkan klien cara merubah pikiran otomatis negatif dengan pikiran positif/aspek positif dari hal/pikiran negatif yang dipikirkan dan klien diminta untuk mengembangkan perlawanan tersebut. Terapis dapat memberikan umpan balik atas kemajuan dan perkembangan terapi dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati pada sesi sebelumnya, memberikan dukungan semangat kepada kemajuan yang dicapai klien. Memberikan keyakinan untuk tetap fokus pada masalah utama.

5. Sesi 5

Sesi 5 merupakan terapi tengah yang mengutamakan strategi koping dan dukungan yang dimiliki klien untuk mencapai perubahan kognitif dan penerimaan.

Terapis akan mengarahkan klien untuk membuat daftar keterampilan untuk mengelola dorongan bunuh diri secara mandiri. Pada sesi ini klien diharapkan sudah memiliki pengalaman yang lebih mendalam tentang *cognitive behavior therapy* serta mampu memilih tindakan yang harus dilakukan dalam meminimalkan gangguan dan menenangkan diri sehingga klien mendapatkan manfaat langsung dari tindakan yang dilakukan.

6. Sesi 6

Sesi 6 merupakan sesi integrasi perawatan khusus, dimana terapis memprioritaskan pada perilaku yang mengancam jiwa dan menawarkan pendekatan kolaboratif dengan melibatkan klien dalam pemantauan berkelanjutan. Strategi terapis dalam sesi ini adalah menanamkan kepercayaan baru yang lebih positif.

7. Sesi 7

Sesi 7 disebut dengan sesi fleksibilitas kontak yang dilakukan selama periode kritis.

Peningkatan kontak dilakukan dengan peningkatan janji temu dan ketersediaan kontak melalui telepon atau surat. Terapis memperkenalkan pentingnya adanya keseimbangan hidup, proses untuk berubah, mengembangkan dan membangun jaringan dukungan sosial.

8. Sesi 8

Sesi 8 merupakan sesi transisi, dimana akan dilakukan *review* terkait sesi-sesi yang dilakukan sebelumnya. Pada sesi ini, terapis juga memberikan penjelasan tentang relapse dan penanganannya.

9. Sesi 9

Sesi 9 merupakan sesi yang melibatkan dukungan sosial seperti melibatkan anggota keluarga dan *social support* lainnya yang dimiliki individu. Dukungan sosial bertujuan untuk membantu klien selama menjalani perawatan. Terapis harus memperoleh informasi terkait dukungan sosial yang dimiliki klien pada saat kontak awal dengan klien

10. Sesi 10

Sesi 10 merupakan sesi evaluasi kegiatan terapi yang sudah dilewati pasien mencakup kelebihan dan kekurangan, termasuk memelihara kontak dan mengambil pendekatan tim dengan penyedia kesehatan lain yang terlibat dengan klien dan mengkoordinasikan upaya keselamatan. Pada sesi ini juga dibagikan kuesioner risiko bunuh diri kepada klien

Daftar Pustaka

- Andriastuti, C. W., Andriany, M., & Muin, M. (2022). Tahapan Cognitive Behavior Therapy Pada Risiko Bunuh Diri: Systematic Review. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 13(1), 335. <https://doi.org/10.26751/jikk.v13i1.1265>
- Ardashir, A., & Nazafarin, H. (2018). The effects of group cognitive behavior therapy (GCBT) on suicidal thoughts in patients with major depression, 16(2), 228–235. <https://doi.org/10.5742/MEWFM.2018.93293>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Brown, G. K., & Jager-Hyman, S. (2014). Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: Future directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 SUPPL. 2), S186–S194. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.008>
- Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, 79, 8–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.04.003>

- de Araújo Veras, J. L., Ximenes, R. C. C., de Vasconcelos, F. M. N., & Sougey, E. B. (2016). Prevalence of Suicide Risk Among Adolescents With Depressive Symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 2–6. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.11.003>
- General, U. S. S., National, & The Alliance, A. (2012). 2012 National Strategy for Suicide Prevention, 184
- Keliat, Budi et al. 2020. *Pemberdayaan Teman Sebaya (PERSEBAYA) Sebagai Upaya Pencegahan Bunuh Diri Pada Remaja*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Labelle, R., Pouliot, L., & Janelle, A. (2015). A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive Behavioural Treatments for Suicidal and Self-Harm Behaviours in Adolescents, 56(4), 368–378
- Pompili, M., Di Cosimo, D., Innamorati, M., Lester, D., Tatarelli, R., & Martelletti, P. (2009). Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine: A selective overview including personality traits and suicide risk. *Journal of Headache and Pain*, 10(4), 283–290. <https://doi.org/10.1007/s10194-009-0134-2>
- Nasution, R. A., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2019). Effect of Cognitive Behavioral Therapy and Peer Leadership on Suicidal Ideation of Adolescents in Bengkulu. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 42(sup1), 90–96. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578300>
- Novalis, S. D. (2017). Suicide Awareness and Occupational Therapy for Suicide Survivors. *OT Practice*, 22(November), 1–8. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=126706509&site=ehost-live>

- Mewton, Louise, and Gavin Andrews. 2016. "Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Behaviors: Improving Patient Outcomes." *Psychology Research and Behavior Management* 9: 21–29. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S84589>.
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa* Stuart. Singapore: Elsevier Ltd.
- Van Orden, K. A. (2015). The Interpersonal Theory of Suicide: A Useful Theory, 2(2), 1–9. <https://doi.org/10.1037/a0018697>.The
- Varcarolis, E. M. (2013). *Essentials of psychiatric mental health nursing* (second edi). China: Elsevier.
- Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric-Mental Health Nursing* (fifth edit). Lippincott Williams & Wilkins.
- Wu, H., Lu, L., Qian, Y., Jin, X. H., Yu, H. R., Du, L., ... Chen, H. L. (2022). The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: An umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 317(August), 142–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.067>
- Wulandari, Ni Putu Dita, Budi Anna Keliat, and Mustikasari. 2019. "The Effect of Peer Leadership on Suicidal Ideation in Senior High School Teenagers." *Comprehensive Child and Adolescent Nursing* 42(sup1): 166–72. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578437>

Profil Penulis



Ns. Ni Putu Dita Wulandari, M.Kep., Sp.Kep.J.

Penulis memiliki ketertarikan dengan ilmu keperawatan Jiwa sejak mengenyam pendidikan S1 Keperawatan di ITEKES BALI, akhirnya pada tahun 2016 penulis memutuskan untuk melanjutkan kuliah di Universitas Indonesia dengan mengambil Jurusan Magister Keperawatan Jiwa, Penulis juga melanjutkan pendidikan Ners Spesialis di Universitas Indonesia dan tamat tahun 2019. Saat ini penulis aktif sebagai Dosen Keperawatan Jiwa di STIKES Bina Usaha Bali dan penulis juga merupakan anggota pengurus Ikatan Perawatan Jiwa Indonesia (IPKJI) wilayah Bali.

Penulis memiliki ketertarikan dalam masalah mental health khususnya pada perilaku bunuh diri. Pada beberapa pengabdian masyarakat dan penelitian yang dilakukan, penulis tertarik mengangkat kasus bunuh diri. Penulis memiliki harapan buku ini dapat memberikan gambaran tentang perilaku bunuh diri dan penanganannya.

Email Penulis: putuwulan68@gmail.com

CBT PADA KASUS TRAUMA (PTSD)

Ns. I Putu Gde Yudara Sandra Putra, S.Kep., M.Kep.
Institut Teknologi dan Kesehatan Bali

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) merupakan gangguan mental yang terjadi setelah individu terpapar oleh sebuah peristiwa yang sangat mengancam atau mengerikan. Peristiwa traumatis psikologis seperti pelecehan fisik dan seksual atau penyerangan, menyaksikan kekerasan, dan kematian mendadak dan tak terduga dari orang yang dicintai adalah umum pada orang dengan psikotik dan penyakit mental parah lainnya, baik sebelum dan sesudah timbulnya gangguan (American Psychological Association and Guideline, 2017). Sebagian besar individu yang terpapar trauma membutuhkan resiliensi dan masa pemulihan yang mendalam. PTSD dapat terjadi setelah peristiwa trauma tunggal atau pengalaman pada masa lampau. Individu yang mengalami PTSD memiliki ingatan atau pikiran tertekan yang bertahan lebih dari satu bulan (Armando *et al.*, 2020). Gangguan ini memiliki karakteristik tiga gejala inti yaitu pertama ingatan yang mengganggu, mengingat detail mengerikan dari kejadian tragis atau sering mimpi buruk tentang kejadian tersebut.

Kedua, kecenderungan untuk mengelak membicarakan atau memikirkan kejadian traumatis. Kondisi ini ditunjukkan dengan menghindari tempat, kegiatan, atau orang yang memicu ingatan untuk kejadian traumatis. Ketiga, perubahan emosi. Perubahan ini ditunjukkan dengan perbedaan reaksi secara fisik maupun emosi, seperti sulit berkonsentrasi, sangat waspada, mudah terkejut dan takut, mudah kesal atau marah, serta sulit tidur (Kirkpatrick and Heller, 2014).

Gangguan kejiwaan dan kematian akibat PTSD terjadi lebih dari 50% kasus. PTSD dapat terjadi bersamaan dengan perubahan suasana hati, kecemasan atau gangguan penggunaan narkoba. Hal ini mengakibatkan terjadinya kecacatan serius, timbulnya penyakit dan kematian dini pada individu (Hafizah, 2020). Data penyakit fisik pada pasien dengan PTSD yang mencakup status kesehatan dan penyakit terdiagnosis dilaporkan secara subjektif dalam semua kategori yang dikaitkan dengan penyakit kardiovaskuler (Munir, 2020). Kejadian PTSD dihubungkan dengan peningkatan mortalitas yang disebabkan oleh dua faktor yaitu neoplasma yang mempengaruhi saluran pernafasan dan penyakit jantung iskemik. PTSD juga terkait dengan perilaku bunuh diri, tetapi hubungannya tidak spesifik. Faktor resiko upaya melakukan bunuh diri dengan resiko gangguan kecemasan umum atau ketergantungan alkohol lebih rendah terjadi dari depresi pada warga sipil dengan PTSD (umi pujiyanti, 2020).

Definisi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) mencakup enam kriteria (Kamah, 2020):

1. Seseorang dihadapkan dengan suatu pengalaman traumatic yang mencakup ancaman kematian, cedera yang parah, atau kehilangan kekuatan fisik yang berakibat pada ketakutan, putus asa, atau traumatis.

2. Seseorang harus memiliki sekurang-kurangnya satu gejala peristiwa traumatis yang dialami secara kontinu dan dalam periode yang sama, yang meliputi bayang-bayang atau pikiran yang mengganggu, mimpi tentang peristiwa, suatu perasaan bahwa peristiwa itu berulang lagi, distres yang dengan peristiwa itu.
3. Seseorang harus memiliki minimal satu dari tiga gejala yaitu, denial dan mati rasa terhadap pemikiran, perasaan, atau pembicaraan tentang peristiwa, menghindari kegiatan, tempat, atau orang yang dapat mengingatkan atas peristiwa itu, ketidakmampuan untuk mengingat bagian- bagian dari pengalaman, berkurangnya keinginan untuk beraktivitas dan bersosialisasi dengan lingkungan sekitar, merasa tidak memiliki ikatan (detachment) dengan orang lain, ketidakmampuan untuk mengalami suatu emosi secara penuh.
4. Seseorang harus memiliki minimal satu dari dua gejala biologis yaitu, meliputi kesulitan tidur, rasa sakit (iritasi), kesulitan memusatkan perhatian, meningkatnya respons terkejut, atau waspada yang berlebihan.
5. Seseorang yang terkena Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) harus menunjukkan simtom simtom Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) secara keseluruhan selama lebih daripada sebulan.
6. Seseorang harus mengalami ketidak berfungsinya individu, tersebut terkait peran dan fungsinya di sekolah, tempat kerja, dan dalam keluarga. Selain itu, ada tiga gejala khusus:
 - a. Akut, apabila gejala telah ada selama kurang dari tiga bulan

- b. Kronis, apabila gejala-gejala telah ada selama tiga bulan atau lebih
- c. Kemunculan yang tertunda, apabila gejala-gejala bermula sekurang, atau sekurangnyanya enam bulan setelah stresor (stresor).

Tanda dan Gejala *Post Traumatic Stress Disorder*

Tanda dan gejala gangguan *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) telah ditulis dalam *American Psychiatric Association* (2017). Tiga kelompok gejala spesifik dan gejala yang terkandung di dalamnya dijelaskan di bawah ini:

1. Merasakan kembalinya peristiwa (*Re-traumatic Experiencing Symptoms*)

Tanda dan gejala *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) kembali terjadi. Merasa seperti peristiwa traumatis dengan berbagai cara yang terus menerus terjadi dan terus berlanjut. Dengan timbulnya tanda dan gejala tersebut, maka penderita gangguan *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) yang mengalami trauma kembali menjadi melalui mimpi, ingatan atau masalah sebagai respons terhadap ingatan akan trauma yang dialaminya. hidup. Tanda dan gejala pada kelompok ini adalah manifestasi dan ingatan akan kejadian buruk yang berupa pikiran yang mengganggu, mimpi buruk, dan kilas balik

2. Menghindar (*Avoidance Symptoms*).

Tanda dan gejala *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) antara lain penurunan respons individu secara umum dan perilaku menghindar yang terus-menerus terhadap segala sesuatu yang mengingatkan klien pada trauma. Hal-hal yang mungkin mengingatkan klien akan trauma mungkin sendiri-sendiri, seperti pikiran atau perasaan tentang trauma yang mereka

alami, atau mungkin karena rangsangan dari luar atau lingkungan yang mungkin tercipta. Kenangan atau perasaan yang tidak menyenangkan. Tanda dan gejala *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) pada kelompok ini juga antara lain menurunnya kapasitas emosi, merasa terasing dari orang lain, dan tidak memiliki impian atau harapan yang akan terwujud di masa depan.

3. Waspada (*Hyperarousal Symptoms*).

Individu dengan gangguan *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) akan mengalami peningkatan mekanisme fisiologis tubuh yang akan terjadi saat tubuh dalam keadaan istirahat. Ini adalah hasil dari reaksi berlebihan langsung atau tidak langsung terhadap pemicu stres, yang merupakan kelanjutan atau sisa dari trauma yang dirasakan. Tanda dan gejala pada kelompok ini biasanya menjadi salah satu cara untuk mengatasi trauma yang dirasakan. Misalnya, gangguan tidur adalah akibat dari mimpi buruk yang dialami klien (American Psychological Association and Guideline, 2017).

Respon Terhadap Gangguan *Post Traumatic Stress Disorder*

Selain tanda dan gejala yang disebutkan di atas, terdapat beberapa reaksi yang sering terjadi akibat peristiwa traumatis yang dialami seseorang menurut National Center for PTSD (American Psychological Association and Guideline, 2017), yaitu:

1. Efek emosional yang meliputi *shock*, perasaan cemas, mudah tersinggung, bersalah, marah, bersalah, sedih atau sedih, penurunan emosi, ketidakberdayaan, kehilangan kesenangan untuk mengurus aktivitas

yang sering, kesulitan dalam merasa bahagia, masalah.

2. Efek kognitif meliputi kesulitan berkonsentrasi, gangguan pengambilan keputusan, gangguan memori, kurang percaya diri, penurunan efikasi diri, rasa bersalah, gangguan pikiran atau ingatan, kekhawatiran, disosiasi.
3. Efek fisik termasuk kelelahan, insomnia, stres kardiovaskular, reaksi syok, kewaspadaan, peningkatan nyeri fisik, penurunan respon imun, sakit kepala, gangguan gastrointestinal, penurunan nafsu makan, penurunan libido, risiko penyakit.

Efek interpersonal, peningkatan konflik dalam hubungan, penarikan sosial, penurunan keintiman dalam hubungan, isolasi, gangguan prestasi kerja penurunan kinerja di sekolah, penurunan kepuasan, ketidakpercayaan, menyalahkan orang lain, perasaan kelalaian, berlebihan kewaspadaan.

Berdasarkan gambar di atas, dapat disimpulkan bahwa respon yang sering terjadi akibat traumatis seseorang peristiwa adalah emosional efek, kognitif efek, fisik dan efek interpersonal.

Efek Gangguan *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD)

Dampak dari Gangguan *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) adalah sebagai berikut (*American Psychological Association and Guideline*, 2017):

1. Gangguan *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) memiliki gejala yang menyebabkan masalah. Biasanya ini adalah serangan panik, perilaku menghindar, depresi, perasaan tersisih dan sendirian, perasaan curiga dan dikhianati, mudah tersinggung, dan mengalami gangguan yang mengancam jiwa harian.

2. Serangan panik (panik), terutama pada anak-anak atau remaja yang pernah mengalami pengalaman traumatis, dapat mengalami serangan panik jika disodori sesuatu yang mengingatkan mereka pada trauma. Serangan panik melibatkan rasa takut atau ketidaknyamanan yang kuat terkait dengan gejala fisik dan psikologis. Gejala fisik meliputi jantung berdebar, berkeringat, gemetar, sesak napas, nyeri dada, nyeri perut, rasa dingin, badan panas, dan mati rasa.
3. Perilaku penghindaran. Salah satu gejala gangguan *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) adalah menghindari hal-hal yang dapat mengingatkan korban akan kejadian traumatis. Terkadang mereka yang terkena dampak mengaitkan semua peristiwa dalam hidup mereka dengan trauma sehari-hari, meski kondisi kehidupan saat ini jauh dari trauma yang mereka alami. Seringkali menjadi sangat serius sehingga orang yang terkena takut untuk meninggalkan rumah dan harus ditemani oleh orang lain jika mereka harus meninggalkan rumah.
4. Depresi. Banyak orang menjadi depresi setelah traumatis pengalaman dan tidak lagi tertarik pada hal-hal yang mereka sukai sebelum trauma. Orang mengembangkan perasaan yang tidak baik, perasaan bersalah, menyalahkan diri sendiri dan merasa bahwa kejadian yang dialaminya adalah kesalahan mereka padahal itu tidak benar.
5. Memiliki pikiran negatif. Terkadang orang yang depresi merasa tidak berharga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 50% korban kejahatan memiliki pikiran untuk bunuh diri.

6. Merasa curiga dan merasa dikhianati. Setelah mengalami pengalaman yang menyedihkan, orang yang terkena mungkin kehilangan kepercayaan pada orang lain dan merasa dikhianati atau dikhianati oleh lingkungan di sekitarnya, oleh takdir atau oleh Tuhan. Perasaan marah dan mudah tersinggung.
7. Persepsi dan keyakinan yang aneh. Kadang-kadang seseorang yang mengalami trauma yang menyakitkan sering kali mengembangkan gagasan atau persepsi aneh untuk sementara, misalnya karena mereka yakin dapat melihat atau berkomunikasi dengan orang yang telah meninggal. Meskipun gejala-gejala ini menakutkan dan mirip dengan halusinasi dan lamunan, gejala-gejala tersebut bersifat sementara dan dapat hilang dengan sendirinya.

Berdasarkan uraian di atas, dampak *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) mirip dengan kepanikan, depresi, perilaku menghindar, rasa tidak aman, pengkhianatan, marah dan mudah tersinggung, persepsi aneh yang cenderung antisosial (American Psychological Association and Guideline, 2017).

Sebuah metaanalisis terbaru menunjukkan bahwa sebagian besar (15,9%) trauma PTSD membutuhkan pengobatan yang efektif berupa terapi psikologi untuk meminimalisasi paparan trauma yang terjadi, salah satunya dengan terapi perilaku kognitif (CBT) yang berfokus pada trauma (Guerrero *et al.*, 2014). Dalam populasi umum, terdapat bukti kuat terkait efektivitas dari tiga pendekatan psikoterapi untuk pengobatan PTSD, termasuk paparan yang berkepanjangan, restrukturisasi kognitif dan terapi perilaku. Sehingga penting untuk dilakukan terapi CBT dalam mengurangi gejala PTSD (Kirkpatrick and Heller, 2014). Pemberian tindakan CBT memiliki empat komponen yaitu psikoedukasi, exercise pernapasan, aktivitas perilaku dan memperbaiki kognitif.

Intervensi CBT berpengaruh positif pada penderita PTSD untuk mengurangi stress, perasaan tidak nyaman, ansietas, perasaan tidak berdaya, gangguan perilaku dan tekanan psikologis (Wati and Wulan, 2018).

Cognitive Behavior Therapy (CBT)

Cognitive-Behavioral Therapy menggabungkan dua jenis psikoterapi yang sangat efektif, yaitu terapi kognitif dan terapi perilaku. Tingkah laku terapi, berdasarkan pada teori pembelajaran, membantu klien melemahkan koneksi antara pikiran dan situasi yang menyusahkan dan reaksi kebiasaan terhadap mereka (Erwina, 2010). Terapi kognitif mengajarkan klien bagaimana pola berpikir mereka menjadi penyebab kesulitan mereka, dengan memberi mereka gambaran yang menyimpang dan membuat mereka merasa cemas, tertekan atau marah (Maria Magdalena Saragi R, 2023). Ketika digabungkan dalam CBT, terapi perilaku dan terapi kognitif menyediakan alat yang kuat untuk mengurangi gejala dan membantu klien melanjutkan fungsi normal. Pendekatan kognitif telah ditemukan sebagai kerangka kerja yang cocok untuk terapi trauma karena pengalaman traumatis biasanya menghambat proses emosional yang bertentangan dengan skema kognitif yang sudah ada sebelumnya (Rimayati, 2019). Disosiasi kognitif yang terjadi ketika pikiran, ingatan dan gambaran trauma tidak dapat didamaikan dengan struktur makna saat ini menyebabkan kesusahan. Sistem kognitif didorong oleh kecenderungan penyelesaian: kebutuhan psikologis” untuk mencocokkan informasi baru dengan model batin berdasarkan informasi yang lebih dulu, dan perbaikan kedua sampai mereka menyetujui (Munir, 2020).

Adapun pelaksanaan/praktik konseling CBT dalam mereduksi masalah trauma, dapat menggunakan kerangka konseling CBT sebagaimana yang ditawarkan

(Kirkpatrick and Heller, 2014). Ada enam tahapan yang harus dilakukan, yaitu:

1. *Engage client* (bekerjasama dengan klien/konseli), yaitu bekerjasama dalam menciptakan hubungan yang hangat, penuh empati dan sikap penghargaan, sehingga mereka merasa ditemani dan diterima. Mereka membutuhkan kehadiran orang-orang yang dapat membuat mereka nyaman secara psikologis, tulus memberikan perhatian dan penghargaan bahwa mereka bisa bangkit dan masih memiliki masa depan yang baik. Dalam kondisi penuh penerimaan dan penghargaan ini konselor akan mudah dalam memberikan intervensi mengubah pemikiran-pemikiran negatif mereka, dan mengorientasikannya pada pemikiran positif untuk bisa mengambil hikmah dari peristiwa traumatik yang dialaminya.
2. *Assess the problem, person and situation* (asesmen terhadap permasalahan, orang dan situasi). Pada tahap ini konselor melakukan penilaian terhadap masalah traumatik yang dihadapi individu beserta situasi yang melingkupinya. Penilaian ini bertujuan untuk mengetahui sejauhmana gangguan traumatik yang dialami para korban. Penilaian harus didasarkan pada kondisi gangguan traumatik tiap-tiap individu, mengingat setiap individu memiliki perbedaan tingkat terhadap respon ketika menghadapi bencana. Penilaian ini juga dimaksudkan untuk mendapatkan riwayat pribadi dan sosial para korban, menilai tingkat keparahan masalah traumatiknya, menilai setiap faktor kepribadian yang relevan dan menilai apakah ada gangguan sekunder yang menyertai serta bagaimana perasaan mereka terhadap hal ini.

3. *Prepare the klien for therapy* (mempersiapkan konselor untuk melakukan terapi). Pada tahap ini konselor mempersiapkan konseli (individu yang mengalami gangguan traumatik) untuk melakukan terapi melalui konseling CBT. Konselor dan konseli menyepakati bersama tentang tujuan yang ingin dicapai dalam proses konseling. Konselor memberikan penjelasan bagaimana pemikiran-pemikiran dan perilaku maladaptif akibat traumatik itu justru merugikan mereka, berdampak negatif bagi kehidupan mereka baik jangka pendek maupun jangka panjang, untuk itu harus dirubah. Konselor dan konseli berdiskusi bersama tentang pendekatan dan langkah-langkah yang akan diambil dalam merubah pemikiran dan perilaku mereka. Hasilnya dijadikan kesepakatan bersama dan menjadi program terapi yang akan dilaksanakan bersama.
4. *Implement the treatment program* (mengimplementasikan program penanganan). Pada tahap ini Konselor melakukan identifikasi terhadap pemikiran-pemikiran mereka yang tidak rasional, mengumpulkan bukti bahwa pemikiran itu tidak rasional dan mengajak mereka untuk melawan pemikiran tersebut, kemudian mengajari mereka keterampilan untuk mengubah keyakinan-keyakinannya yang keliru yang mengganggu emosi dan aktivitas mereka. Konselor memberikan intervensi melalui pengembangan CBT untuk mengurangi ketakutan, kecemasan, keputusasaan, dan ketidakberdayaan serta keyakinan-keyakinannya yang maladaptif. Konselor juga memberikan intervensi modifikasi cara berperilaku. Mengajari mereka keterampilan-keterampilan cara mengubah perilaku.

5. *Evaluative Progres* (mengevaluasi kemajuan). Pada tahap ini konselor melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan. Evaluasi ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana kemajuan yang telah dicapai konseli dalam hal perubahan kognitif dan perilakunya.
6. *Prepare the client for termination* (Mempersiapkan konseli untuk mengakhiri proses konseling). Pada tahap ini konselor menyampaikan tentang pentingnya konseli memiliki keterampilan dalam menghadapi dan menyelesaikan masalah secara mandiri. Sebelum sesi konseling berakhir, konselor memberikan penguatan terhadap hasil yang telah dicapai. Juga menyampaikan tentang adanya kemungkinan pengulangan masalah trauma yang mungkin akan dialami di kemudian hari, sehingga konseli memahami cara menyelesaikan masalah secara mandiri jika pengulangan tersebut benar-benar terjadi. Keterampilan ini sering disebut sebagai *self-help* atau *self-counseling*.

Bahasan Efektivitas CBT Terhadap PTSD

Berbagai penelitian telah dilakukan untuk menilai efektivitas intervensi CBT pada korban bencana alam yang mengalami gangguan stres pasca trauma (PTSD). Intervensi CBT pada berbagai penelitian dilakukan secara tunggal dan bersamaan dengan intervensi lainnya di berbagai negara. Penelitian yang hanya menggunakan CBT memperoleh hasil yang positif dengan kesimpulan bahwa CBT dapat mengatasi berbagai gejala kesehatan mental lainnya serta meningkatkan ketahanan psikologis (Kotijah and Priastana, 2020). Penelitian ini mengevaluasi efektivitas CBT sebagai intervensi gangguan stres pasca trauma (PTSD) pada anak yang terkena dampak bencana tsunami.

Peneliti mengungkapkan bahwa CBT sangat efektif dalam mengurangi gangguan stres pasca trauma (PTSD). Penelitian yang dilakukan oleh (Subhi, 2021) menunjukkan bahwa CBT bukan saja untuk orang dewasa tetapi juga efektif untuk anak-anak dan remaja. Peneliti mengadaptasi program dari buku *Children and Disaster: Teaching Recovery Techniques* dan mengintervensi dengan 5 sesi dilakukan selama 5 minggu per sesi 1 jam setiap minggu, di follow-up 3 bulan dengan hasil menunjukkan penurunan gejala PTSD secara signifikan. Menurut (Erwina, 2010) dengan pemberian CBT dapat memberikan peningkatan pengetahuan tentang PTSD pada penelitian ini disebabkan saat pelaksanaan CBT, dimana dalam proses terapi terjadi pertukaran informasi antara terapis dan responden tentang segala hal yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi individu yang mengakibatkan individu tersebut mengalami PTSD. Dengan adanya pengetahuan akan tanda dan gejala PTSD, individu tersebut akan dapat menilai dirinya sendiri apakah dia menderita PTSD atau tidak, dan jika memang dia menderita PTSD diharapkan individu tersebut segera mencari bantuan dari tenaga kesehatan untuk mengatasi masalah yang dihadapinya agar dia dapat kembali dalam kondisi yang normal (Wati and Wulan, 2018).

Daftar Pustaka

- American Psychological Association and Guideline (2017) 'Clinical practice guideline for the treatment of PTSD in adults American Psychological Association Guideline development panel for the treatment of PTSD in adults', *American Psychological Association* [Preprint].
- Armando, F.T. *et al.* (2020) *Efektifitas Cognitive Behavior Therapy (CBT) Sebagai Penanganan Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Pasca Bencana Alam, Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*. Available at: <https://doi.org/DOI:> <http://dx.doi.org/10.33846/sf11nk407> Efektifitas.
- Erwina, I. (2010) 'Pengaruh Cognitive Behavior Therapy Terhadap Post-Traumatic Stress Disorder Pada Penduduk Pasca Gempa Di Kelurahan Air Tawar Barat Tesis Pengaruh Cognitive Behavior Therapy Terhadap Post-Traumatic Stress Disorder Pada Penduduk', *Pengaruh kognitif...*, p. 184.
- Guerrero, et al. *et al.* (2014) 'Cognitive fusion in dementia caregiving: psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Fusion Questionnaire María Márquez-González Universidad Autónoma de Madrid', *Behavioral Psychology*, 22(1), pp. 161–166. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/266030695>.
- Hafizah, A.N. (2020) 'MENGATASI POST TRAUMATIC STRESS DISORDER PADA MAHASISWA DENGAN PELATIHAN EMOTIONAL HEALING THERAPY', 21(1), pp. 1–9. Available at: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>.

- Kamah, A. (2020) 'GAMBARAN POST TRAUMATIC STRESS DISORDER PADA KORBAN KONFLIK DI PATANI THAILAND SELATAN SKRIPSI', 21(1), pp. 1–9. Available at: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>.
- Kirkpatrick, H. and Heller, G. (2014) 'Post-traumatic stress disorder: Theory and treatment update', *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47(4), pp. 337–346. Available at: <https://doi.org/10.2190/PM.47.4.h>.
- Kotijah, S. and Priastana, I.K.A. (2020) 'Efektivitas Cognitive Behaviour Therapy Dalam Mengurangi Gejala Ptsd: Systematic Review', *Jurnal Kesehatan Terpadu (Integrated Health Journal)*, 11(1), pp. 41–51. Available at: <https://doi.org/10.32695/jkt.v11i1.70>.
- Maria Magdalena Saragi R, T.R.S. (2023) 'PENGARUH CBT TERHADAP POST TRAUMA STRESS DISORDER PADA PENYINTAS COVID-19', 8(February), pp. 9–17.
- Munir, M. (2020) 'Pengaruh Cognitive Behavioral Play Therapy Terhadap Post Trauma Stress Disorder Pada Anak Korban Banjir Di Kabupaten Tuban', *Jurnal Kesmas (Kesehatan Masyarakat) Khatulistiwa*, 7(1), p. 6. Available at: <https://doi.org/10.29406/jkmk.v7i1.1973>.
- Rimayati, E. (2019) 'Konseling Traumatik Dengan CBT: Pendekatan dalam Mereduksi Trauma Masyarakat Pasca Bencana Tsunami di Selat Sunda', *Indonesian Journal of Guidance and Counseling: Theory and Application*, 8(1), pp. 55–61. Available at: <https://doi.org/10.15294/ijgc.v8i1.28273>.

- Subhi, M.S. (2021) 'Efektivitas cognitive behavior therapy untuk menurunkan ptsd kecelakaan berkendara motor pada mahasiswa', *JRTI (Jurnal Riset Tindakan Indonesia)*, 6(2), p. 684. Available at: <https://doi.org/10.29210/30031250000>.
- Umi pujiyanti (2020) 'Hubungan Karakteristik Individu Dengan Tingkat Ptsd Akibat Pandemi Covid-19 Di Desa Rejosari Kecamatan Bandongan Kabupaten Magelang Tahun 2020'.
- Wati, D.F. and Wulan, W.R. (2018) 'Gambaran Efektivitas Penerapan Cognitive Behavior Therapy Pada Korban Bencana Dengan Ptsd (Post-Traumatic Stress Disorder)', *REAL in Nursing Journal*, 1(3), p. 95. Available at: <https://doi.org/10.32883/rnj.v1i3.473>.

Profil Penulis



Ns. I Putu Gde Yudara Sandra Putra, S.Kep., M.Kep.

Ketertarikan penulis terhadap keperawatan dimulai pada tahun 2002 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke AKPER HANGTUAH Surabaya dan berhasil lulus pada tahun 2005.

Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di prodi Sarjana Keperawatan Universita Airlangga pada tahun 2009. Tujuh tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Magister Keperawatan Universitas Brawijaya.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Jiwa. Untuk mengembangkan serta mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: putuyudara8@gmail.com

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PADA KASUS ANSIETAS

Ns. Tiur Romatua Sitohang, S.Kep., M.Kep.
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Medan

Pendahuluan

Ansietas adalah salah satu bentuk emosi negatif ditandai adanya anggapan khawatir dan selalu was-was dan diikuti dengan peningkatan perubahan pada sistem jaringan (Nurseto, 2018). Ansietas merupakan tanggapan yang tidak dapat diatur terhadap peringatan atau bahaya yang sumber nya internal, tidak diketahui dan tidak jelas dan berupa pengalaman subjektif individu. Ansietas merupakan bagian dari kehidupan sehari-hari. Seorang perawat menilai pasien yang mengalami ansietas berdasarkan perilaku yang ditunjukkan oleh pasien tersebut. Ansietas dibutuhkan agar dapat bertahan hidup. Selain itu, seseorang dapat tumbuh dari kecemasan jika seseorang berhasil berhadapan, berkaitan dengan dan belajar dari menciptakan pengalaman ansietas yang dialaminya (Stuart, G.W. & Sundenen, 2013).

Seseorang yang mengalami ansietas yang berlebihan akan mengakibatkan stress pada individu tersebut. Stres merupakan aksi tubuh terhadap setiap kepentingan tubuh yang terhalang. Stres akan memberikan dampak secara nyata pada individu yaitu pada fisik, psikologis, intelektual, dan fisiologis (Mayasari and Pratiwi, 2009).

Ansietas yang berlebihan akan berefek terhadap respon fisik seseorang. Individu yang berada pada keadaan ansietas akan berdampak terhadap peningkatan detak jantung individu tersebut. Dampak psikologis yang diakibatkan stress akan berpengaruh terhadap kondisi fisik (Noor and Junaidi, 2010). Hal tersebut akan mengakibatkan pusing, sakit kepala (Annisa and Ifdil, 2016). Seseorang yang memiliki keluhan fisik akan berpengaruh terhadap kinerja dan keadaan imunitas. Perasaan cemas akan merangsang meningkatnya pembentukan hormon kortisol di dalam tubuh sehingga menekan imunitas tubuh (Hammad, 2011).

Ansietas dapat diatasi dengan pemberian terapi *Cognitive Behavior Therapy*. *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) adalah suatu bentuk psikoterapi yang memiliki tujuan mengatasi perilaku maladaptif dan mengurangi penderitaan psikologis dengan cara merubah proses kognitif individu (Grebb, Kaplan and Sadock, 2010). Menurut Arjadi R (2012) CBT melatih individu untuk mengetahui bahwa pikiran tertentu yang sifatnya negatif dapat mengakibatkan individu salah mengartikan keadaan sehingga muncul emosi atau perasaan yang negatif. Pikiran dan emosi yang salah akan mempengaruhi tingkah laku individu, sehingga dibutuhkan terapi Intervensi psikologis pada proses kognitif dan perilaku sehingga akan terdapat perubahan pada pikiran, emosi dan tingkah laku. Oleh karena itu, pemberian terapi CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) cocok digunakan untuk menangani kasus ansietas. *Cognitive behavior therapy* merupakan intervensi perilaku kognitif yang dapat saling mempengaruhi antara proses kognitif (apa yang dipikirkan) dengan perasaan dan perilaku (Sitohang and Limbong, 2022).

Ansietas

1. Pengertian

Ansietas merupakan perasaan tidak rileks yang tidak jelas karena tidak nyaman atau merasa takut diikuti respon (penyebab tidak jelas/spesifik atau tidak disadari oleh individu). Perasaan tidak jelas dan rasa takut merupakan signal yang memberi peringatan akan adanya bahaya akan datang dan memperkuat individu untuk mengambil tindakan dalam menghadapi ancaman (Yusuf, 2015).

2. Tingkat Ansietas

Tingkat kecemasan diklasifikasikan sebagai berikut (Jaya, 2015):

a. Ansietas Ringan

Berhubungan dengan tekanan dan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Seseorang akan lebih waspada dan lapangan persepsi meningkat. Tingkat ansietas ringan akan memotivasi seseorang untuk belajar sehingga mengalami pertumbuhan dan peningkatan kreativitas.

b. Ansietas Sedang

Pada situasi ini individu akan lebih berfokus pada hal yang penting dan kurang memperhatikan hal yang lain. Seseorang akan mengalami perhatian yang lebih selektif. Namun masih dapat melakukan atau memperhatikan hal hal yang diperintahkan atau melakukan tindakan yang diarahkan.

c. Ansietas Berat

Persepsi dan lapangan pandang individu mengalami penurunan. Hanya terpusat pada hal-hal yang spesifik dan tidak dapat berpikir tentang

hal yang lain atau yang berat. Individu tidak dapat memperhatikan meskipun diberi arahan. Semua tindakan yang dilakukan bertujuan menurunkan ketegangan. Individu mengalami kebingungan, kurang mampu focus. Individu membutuhkan banyak arahan atau instruksi untuk dapat berpusat pada suatu area lain.

d. Panik

Merupakan tingkatan ansietas yang berhubungan dengan ketakutan. Pada tingkatan ini walaupun individu sudah diberikan arahan atau instruksi, namun individu tidak mampu melakukan apapun. Pada tingkatan ini individu akan mengabaikan hal hal yang kecil dan tidak dapat lagi diperintah. Ditemukan peningkatan aktivitas motoric, kemampuan berhubungan dengan orang lain berkurang, hilangnya pikiran yang rasional dan tidak mampu melihat dan memahami situasi.

Predisposisi Ansietas

Menurut (Stuart and Laraia, 2005) teori yang menjelaskan ansietas adalah:

1. Faktor Biologis

Otak mengandung reseptor khusus benzodiazepine yang berfungsi untuk mengurangi ansietas. Penghambat GABA bekerja untuk mekanisme biologis yang dihubungkan dengan ansietas sebagaimana halnya dengan endorphen. Ansietas disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

2. Faktor Psikologis

a. Pandangan psikoanalitik

Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian – id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku bekerja untuk mengatur tuntutan dari dua elemen yang tidak sejalan tersebut dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada ancaman.

b. Pandangan interpersonal

Ansietas lahir dari perasaan takut terhadap adanya penolakan interpersonal. Ansietas dikaitkan dengan trauma, berpisah dari orang yang dicintai dan merasa adanya kehilangan yang mengakibatkan kelemahan spesifik. Orang dengan harga diri rendah mudah mengalami ansietas yang berat

c. Pandangan perilaku

Ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

3. Sosial Budaya

Faktor budaya, ekonomi dan latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas.

Cognitive Behavior Therapy

1. Pengertian *Cognitive Behavior Therapy*

Cognitive behavior therapy merupakan intervensi untuk merubah pola pikir negatif menjadi positif sehingga perilaku maladaptif yang timbul akibat pola pikir negatif juga akan berubah menjadi perilaku adaptif (Nehra D, dkk. 2013). *Cognitive behavior therapy* memiliki Teknik dalam modifikasi perilaku dan mengubah keyakinan maladaptif menjadi adaptif yang dilakukan 5 fase. Terapi ini dilakukan selama 4 hari, sesi 1-2 dilakukan selama 20 menit dalam satu hari, sesi 3-4 dilakukan selama 20 menit di hari berikutnya dan sesi 5 dilakukan di hari berikutnya.

2. Indikasi *Cognitive Behavior Therapy* (Workshop Keperawatan Jiwa FIK-UI, 2019)

- a. Depresi
- b. Ansietas
- c. Panic
- d. Agoraphobia
- e. *Social Phobia*
- f. Bulimia
- g. *Obsessive Compulsive Disorder*
- h. PTSD
- i. Psikosis
- j. Marah
- k. Distress HIV
- l. Masalah keluarga
- m. Kelainan fungsi seksual
- n. Kerusakan personality

3. Prosedur Kerja

Pelaksanaan CBT dalam menghadapi ansietas terdiri 5 sesi, yaitu: Workshop Keperawatan Jiwa (2019)

Jiwa.Depok: FIK U

a. Sesi 1

Pengkajian menceritakan pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri, emosi dan tingkah laku negatif yang dialami individu yang berhubungan dengan stressor, mengidentifikasi hal positif yang dimiliki, serta melatih mengatasi pikiran otomatis negatif yang pertama.

b. Sesi 2

Terapi kognitif mengulang latihan pikiran otomatis yang negatif yang pertama yang sudah dilatih sebelumnya dan latihan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.

c. Sesi 3

Terapi Perilaku menilai pikiran otomatis negatif yang masih ada, mengenali perilaku positif yang dimiliki, mengenali perilaku positif yang baru, menyusun rencana perilaku yang ditampilkan untuk mengubah perilaku negatif yang timbul dengan memberikan konsekuensi positif atau konsekuensi negatif jika perilaku dilakukan atau tidak dilakukan

d. Sesi 4

Evaluasi Terapi kognitif dan Perilaku. Menilai kemajuan dan perkembangan terapi, mengulang kembali pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekuensi yang disepakati

e. Sesi 5 Mencegah Kekambuhan

Menjelaskan pentingnya CBT di samping terapi modalitas lainnya. Pengaruh cognitive mempertahankan dan membudayakan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan.

Cognitive Behavior Therapy pada Kasus Ansietas

1. *Cognitive Behavior Therapy* Pada Kasus Ansietas Ibu Hamil dengan Pemberian Vaksin Covid 19

Cognitive Behavior Therapy merupakan terapi yang dapat digunakan dalam mengatasi masalah ansietas pada ibu hamil. Gangguan ansietas merupakan salah satu gangguan kesehatan mental yang sering terjadi dengan ditandai terjadinya gangguan kepribadian dan fungsi social serta rendahnya kualitas hidup (Carta *et al.*, 2015). Gangguan ansietas seringkali dihubungkan dengan masalah lain, seperti gejala depresi, kesulitan dari segi pikiran (konsentrasi, bias, tidak berfungsinya ingatan, dan rentannya kemampuan kognitif dan metakognitif) (McLean *et al.*, 2011). Terapi Perilaku Kognitif (CBT) salah satu strategi terapi yang efektif mengatasi gangguan mental, dikarenakan merupakan terapi yang dapat menurunkan ansietas secara bermakna dan hasilnya diperoleh dalam jangka panjang (Wootton *et al.*, 2015).

Pemberian cognitive behaviour therapy yang diberikan pada individu yang mengalami ansietas pada pertemuan sesi 1 yaitu mengidentifikasi pemikiran negatif yang muncul secara otomatis sehingga mengakibatkan muncul tingkah laku yang negatif diantaranya, individu mengungkapkan pikiran negatif yang muncul seperti adanya ketakutan dengan efek samping yang muncul jika diberi vaksin covid-19,

takut terhadap terganggunya tumbuh kembang janin, takut terkena virus covid 19 pada janin mengakibatkan individu bertingkah laku negatif tidak mau divaksin dan mengalami gangguan pola tidur (Erfiana and Fawziyah, 2022).

Individu yang mengalami ansietas akan mengganggu pikiran atau perhatian yang berakibat pada tingkah laku individu itu. Individu akan menjauhi kondisi yang membuatnya merasa khawatir (Muyasaroh, 2020). Pikiran dan perilaku negatif dapat diatasi pada pertemuan sesi 2,3 dan 4 yaitu dengan melatih individu cara melawan pikiran negatif dan perilaku negatif menjadi positif yaitu pada saat memikirkan efek samping pada pemberian vaksin covid-19 menjelaskan informasi terkait manfaat yang dapat dirasakan setelah pemberian vaksin yaitu terhindar dari penularan virus covid-19 kemudian menganjurkan ibu hamil mencari informasi dan membaca berita tentang vaksin covid-19 yang jelas sumber informasinya tanpa mendengar informasi HOAX tentang vaksin covid-19 (Erfiana and Fawziyah, 2022)

Pikiran dan perilaku negatif kedua adalah rasa takut terhadap gejala yang dirasakan setelah mendapatkan vaksin sehingga menunjukkan respon gangguan tidur dan terasa sesak. Cara yang diajarkan untuk melawan pikiran dan perilaku negatif yang kedua adalah dengan melatih teknik relaksasi dan banyak istirahat dan memberi informasi bahwa vaksin covid-19 bagus untuk ibu hamil selama masa pandemi agar terhindar dari penularan virus covid 19. Setelah dilakukan Teknik relaksasi, ibu hamil lebih merasa tenang dan rileks dan pada saat tidak mau tidur ibu hamil mencoba melakukan relaksasi agar bisa tidur kembali.

Relaksasi merupakan bagian dari teknik yang dilakukan untuk mengatasi kecemasan dimana akan terjadi peningkatan aliran darah sehingga perasaan cemas dan khawatir akan berkurang (Abbasi *et al.*, 2018). Relaksasi merupakan proses merilekskan otot-otot yang mengalami ketegangan atau mengendorkan otot-otot tubuh dan pikiran agar tercapai kondisi yang nyaman atau berada pada gelombang otak alfa-teta (Yunus, 2013).

Apabila seseorang sudah rileks sehingga akan mengurangi pikiran negatif yang akan memunculkan perilaku negatif dengan demikian perlu mempertahankan agar ibu hamil yang mengalami ansietas dengan pemberian vaksin covid-19 agar tetap rileks dan tenang dimana tujuan teknik relaksasi salah satunya teknik napas dalam adalah melatih sistem pernafasan, meningkatkan pertukaran udara di alveoli, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional (Nasuha, Widodo and Widiani, 2016). Dimana semakin tinggi tingkat ansietas seseorang maka akan mempengaruhi kondisi fisik dan psikis seseorang (Alini and Meisyalla, 2022). Latihan relaksasi dan mempertahankan informasi yang baik tentang vaksin covid-19 akan mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif.

2. *Cognitive Behavior Therapy* Pada Kasus Ansietas Menghadapi Bencana

Bencana yang dialami individu sebagai kejadian traumatis dapat mengakibatkan masalah psikologis yang dapat berdampak terhadap terjadinya gangguan jiwa (Berry, Bowen and Kjellstrom, 2010). Dampak psikologis yang sering terjadi pasca bencana menimbulkan masalah psikologis seperti ansietas.

Ansietas dapat diatasi dengan terapi individu yang efektif yaitu terapi perilaku kognitif (*Cognitive Behaviour Therapy*). Terapi CBT ini sudah dibuktikan sebagai terapi yang dapat menurunkan ansietas akibat banjir (Koucky, Galovski and Nixon, 2012). Terapi ini mengubah pikiran terdistorsi menjadi pikiran yang rasional dan positif serta mengubah perilaku negatif menjadi positif.

a. CBT terhadap respon psikologis

Pada kasus ansietas menghadapi bencana, dapat diberikan pemberian pendidikan kesehatan dan terapi relaksasi. Individu menggunakan Teknik relaksasi seperti teknik nafas dalam, distraksi (pengalihan pikiran), imaginary guidance, hipnotis lima jari, dan spiritual (Keliat, 2005). Respon fisiologis yang ditemukan setelah pemberian Terapi CBT adalah individu mengalami penurunan frekuensi buang air kecil, produksi keringat sudah menurun, mual berkurang, kepala tidak pusing, dan lemas berkurang. Pemberian CBT pada ansietas memberikan dampak terhadap penurunan tanda gejala termasuk respon fisiologis, karena CBT selain berfokus pada aspek psikologis akan tetapi berpengaruh pada aspek fisik (Reinholdt-Dunne, Mogg and Bradley, 2009).

b. CBT terhadap Respon psikologis

Pemberian terapi CBT pada individu yang mengalami ansietas memberi dampak terhadap penurunan ansietas (Afriyanti, Mustikasari and Susanti, 2018). Respon psikologis pada masing-masing tingkat ansietas digambarkan dengan perasaan sedih, perasaan berubah-ubah dan tidak tenang.

Respon emosional yang ditampilkan cenderung mengekspresikannya berupa kondisi kebingungan dan curiga berlebihan yang merupakan penggambaran reaksi emosi bila mengalami ansietas (Steinberg, 2011).

c. CBT terhadap Respon Kognitif

Respon kognitif yang dialami oleh individu yang mengalami ansietas berupa rasa malu dengan keadaan takut dengan pikiran sendiri, firasat buruk, sulit berkonsentrasi, daya ingat menurun, penurunan semangat, takut dan khawatir, dan terkadang mengingat kejadian bencana. Individu yang mengalami ansietas akan memberikan perubahan pada kognitif berupa penyempitan lahan persepsi, terkonsentrasi dan menurunnya memory dan konsentrasi (Afriyanti, Mustikasari and Susanti, 2018).

Seseorang dengan ansietas akan menimbulkan respon kognitif seperti memperlihatkan gejala seperti kurang mampu dalam perhatian, penurunan perhatian, sering lupa, lapangan persepsi yang menurun dan munculnya perasaan bingung (Stuart, G.W. & Sundenen, 2013). CBT sering dipakai untuk memodifikasi pikiran negatif yaitu semua pikiran yang dapat mencetuskan terjadinya ansietas untuk di ganti menjadi pikiran yang positif melalui pendekatan hubungan pola berpikir, proses emosional, dan kesalahan validasi.

d. CBT terhadap Respon Perilaku

Respon perilaku yang ditunjukkan seseorang yang mengalami ansietas akibat dampak bencana berupa tidak mampu beradaptasi dalam kondisi peristiwa traumatik dapat menyebabkan

kebingungan dalam menentukan pilihan, kesadaran diri berkurang, dan terkadang menunjukkan sifat berlawanan terhadap nilai-nilai terkait (Steinberg, 2011). Penerapan CBT dalam mengatasi ansietas dapat memberikan efek secara bermakna dimana dimana individu memiliki kemampuan yang baik dalam mengatasi ansietas.

Peningkatan kemampuan individu dalam mengatasi ansietas dengan pemberian CBT juga didukung dengan proses pelaksanaan CBT yang menekankan pada kemampuan dalam melatih cara berpikir dan perilaku positif (Afriyanti, Mustikasari and Susanti, 2018). Saat individu mengenal ansietas dan mengetahui kondisi yang dialami, maka individu akan meningkatkan kemampuan mengatasinya. Kemampuan yang dilatih berupa latihan nafas dalam, imagery, hipnotis lima jari dan spiritual. Sesi CBT yaitu mengidentifikasi dan melawan pikiran otomatis negatif. Pikiran otomatis negatif yang ditimbulkan berupa takut dan khawatir terhadap bencana, akibat bencana, perasaan gagal dan malas, sulit melakukan aktivitas, kehidupan menjadi tidak jelas, orang lain tidak peduli, serta merasa lelah dengan semua yang dialami (Afriyanti, Mustikasari and Susanti, 2018). Respon ansietas berupa pikiran otomatis negatif menyebabkan pikiran menjadi terdistorsi sehingga menimbulkan perasaan khawatir, marah, depresi, marah, ataupun perilaku maladaptif (Ellis *et al.*, 2012).

Individu yang dilakukan CBT dalam mengatasi ansietas akan mengalami peningkatan secara bermakna yaitu dari kemampuan cukup menjadi kemampuan baik. Sedangkan pada remaja dengan tidak mendapatkan CBT tidak terjadi peningkatan secara bermakna. Pelaksanaan CBT dalam meningkatkan kemampuan individu dengan melatih tindakan keperawatan yaitu kemampuan individu dalam mengidentifikasi dan mengenal ansietas berupa tanda, gejala, tingkat ansietas serta dampak yang diakibatkan (Steinberg, 2011). Setelah individu mengenal ansietas dan menyadari kondisi yang dialami, maka mampu meningkatkan kemampuan mengatasinya. Kemampuan yang dilatih berupa latihan nafas dalam, imagery, hipnotis lima jari dan spiritual. Sesi CBT yaitu mengidentifikasi dan melawan pikiran otomatis negatif (Afriyanti, Mustikasari and Susanti, 2018).

3. *Cognitive Behavior Therapy* Pada Kasus Ansietas Berbicara di depan umum

a. Menurunnya pikiran negatif

Pada kasus ansietas berbicara di depan umum, Cognitive Behavior Terapi efektif menurunkan pikiran negatif individu. Intervensi Cognitive Behavior Therapy yang dilakukan pada beberapa sesi, mampu menurunkan pikiran negatif individu bahkan mampu menghilangkan pikiran negatif individu. CBT dapat menggantikan pikiran negatif menjadi pikiran positif dan rasional. Teknik restrukturisasi kognitif membantu mengubah pikiran negatifnya menjadi pikiran yang positif dan rasional. Pada penerapan CBT, untuk mengatasi keadaan ketegangan, relaksasi dilakukan untuk merilekskan individu.

Setelah individu relaks, maka dilakukan exposure dengan tujuan melatih individu untuk percaya diri dan berani saat berbicara di depan umum (Fitri, 2017).

Pada pelaksanaan sesi yang pertama individu diberikan pengetahuan tentang ansietas sebelum dilakukan tindakan pemahaman tentang penerapan CBT. Pada sesi yang kedua dan yang ketiga dilakukan tindakan penekanan dan pemahaman bahwa pikiran dapat mempengaruhi perasaan dan perbuatan. Menurut Norton dan Hope (Melisa, 2014) psikoedukasi memiliki tujuan dalam meningkatkan pemahaman individu dalam hubungan antara pikiran, perasaan dan tingkah laku dan cara melakukan persiapan serta cara menurunkan kecemasan saat berbicara di depan umum. Perilaku dan reaksi fisik yang muncul saat berbicara di depan public karena adanya pikiran negatif. Individu berpikir ketika berbicara di depan umum, orang akan menganggap dirinya tidak menarik sehingga tidak dapat mempengaruhi orang lain. Saat individu sudah menyadari mengenai pikiran negatifnya, kemudian dilaksanakan restrukturisasi kognisi dengan mencari alternatif pikiran yang rasional dan lebih positif. Tugas yang peneliti berikan pada sesi restrukturisasi kognitif memudahkan individu dalam latihan mengembangkan alternatif pikiran yang lebih positif dan rasional (Fitri, 2017). Sesi ke empat, pemberian pemahaman kepada individu tentang cara yang dapat dilakukan dalam mengurangi ketegangan yang dialami saat cemas berbicara di depan umum dengan melakukan tindakan teknik relaksasi.

Individu merasakan kondisi tubuhnya terasa nyaman dan rileks saat berada pada keadaan berbicara didepan banyak orang. Pada sesi yang ke lima, saat individu telah mampu memiliki pikiran yang positif dan mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi maka individu akan latihan menghadapi exposure dan hasilnya individu dapat mengevaluasi keberhasilan dan kegagalannya sehingga lebih siap ketika melakukan exposure (Fitri, 2017).

Daftar Pustaka

- Abbasi, S. H. *et al.* (2018) 'Ethnic Differences in the Risk Factors and Severity of Coronary Artery Disease: a Patient-Based Study in Iran', *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 5(3), pp. 623–631. doi: 10.1007/s40615-017-0408-3.
- Afriyanti, F. N., Mustikasari, M. and Susanti, H. (2018) 'Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy (Cbt) Terhadap Ansietas Remaja Di Wilayah Rawan Banjir', *Journal of Islamic Nursing*, 3(2), p. 1. doi: 10.24252/join.v3i2.6470.
- Alini, A. and Meisyalla, L. N. (2022) 'Pkm Latihan Hipnotis Lima Jari Untuk Menurunkan Ansietas Orang Tua Anak Usia Sekolah Pada Masa Pandemi Covid-19 Di Desa Gobah', *Community Development Journal : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(3), pp. 1254–1260. doi: 10.31004/cdj.v2i3.3408.
- Annisa, D. F. and Ildil, I. (2016) 'Konsep Kecemasan (Anxiety) pada Lanjut Usia (Lansia)', *Konselor*, 5(2), p. 93. doi: 10.24036/02016526480-0-00.
- Arjadi R (2012) *Terapi kognitif-perilaku untuk menangani depresi pada lanjut usia*. Fakultas Psikologi UI, Jakarta.
- Berry, H. L., Bowen, K. and Kjellstrom, T. (2010) 'Climate change and mental health: A causal pathways framework', *International Journal of Public Health*, 55(2), pp. 123–132. doi: 10.1007/s00038-009-0112-0.
- Carta, M. G. *et al.* (2015) 'The attributable burden of panic disorder in the impairment of quality of life in a national survey in Italy', *International Journal of Social Psychiatry*, 61(7), pp. 693–699. doi: 10.1177/0020764015573848.

- Ellis, B. J. *et al.* (2012) 'The evolutionary basis of risky adolescent behavior: Implications for science, policy, and practice', *Developmental Psychology*, 48(3), pp. 598–623. doi: 10.1037/a0026220.
- Erfiana, E. and Fawziyah, S. (2022) 'Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy (Cbt) Terhadap Ansietas Ibu Hamil Trimester Kedua Dengan Pemberian Vaksin Covid-19', 6, pp. 77–82. Available at: <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners>.
- Fitri, D. (2017) 'Efektivitas Cognitive Behavior Therapy Untuk Mahasiswa', *Jurnal Psikologi*, 10(1), pp. 64–73. Available at: <https://ejournal.gunadarma.ac.id/index.php/psiko/article/view/1635>.
- Grebb, J. A., Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (2010) *Sinopsis Psikiatri ilmu pengetahuan perilaku psikiatri klinis jilid dua. Tangerang. Binarupa Aksara. Tangerang: Binarupa Aksara.*
- Jaya, K. (2015) *Keperawatan Jiwa*. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara.
- Keliat, B. A. (2005) 'Modul Basic Course Community Mental Health Nursing', *Kerjasama FIK UI dan WHO*.
- Koucky, E. M., Galovski, T. E. and Nixon, R. D. V. (2012) 'Acute Stress Disorder: Conceptual Issues and Treatment Outcomes', *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(3), pp. 437–450. doi: 10.1016/j.cbpra.2011.07.002.
- Mayasari and Pratiwi (2009) 'Hubungan Respon Imun Dan Stres dengan Tingkat Kekambuhan Demam Tifoid Pada Masyarakat Di Wilayah Puskesmas Colomadu Karanganyar.', *Berita Ilmu Keperawatan*, 2(1).

- McLean, C. P. *et al.* (2011) 'Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness', *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), pp. 1027–1035. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.006.
- Melisa, D. (2014) *Efektivitas Cognitive Behavior Therapy untuk menurunkan Public Speaking Anxiety pada Mahasiswa*. Universitas Indonesia.
- Nasuha, Widodo, D. and Widiani, E. (2016) 'Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas dalam Terhadap Tingkat Kecemasan pada Lansia di Posyandu Lansia RW IV Dusun Dempok Desa Gading Kembar kecamatan Jabung Kabupaten Malang', *Jurnal Nursing News*, 1(2), pp. 53–62.
- Noor, Z. and Junaidi (2010) 'Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Lansia Melalui Terapi Musik Langgam Jawa', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13(3), pp. 195–201.
- Nurseto (2018) *Psikologi Olahraga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Reinholdt-Dunne, M. L., Mogg, K. and Bradley, B. P. (2009) 'Effects of anxiety and attention control on processing pictorial and linguistic emotional information', *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), pp. 410–417. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.012.
- Sitohang, T. R. and Limbong, M. (2022) 'PENERAPAN COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT) PADA MASYARAKAT DALAM MENGHADAPI PANDEMIC COVID-19', 5, pp. 4333–4341.
- Steinberg, L. (2011) 'Beh scientist vs Neuro', *Brain*, 72(1), pp. 160–164. doi: 10.1016/j.bandc.2009.11.003.Commentary.

- Stuart, G.W. & Sundenen, S. J. (2013) 'Buku saku keperawatan jiwa. Edisi 6'.
- Stuart and Laraia (2005) *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th edn. Mosby: St.Louis.
- Wootton, B. M. *et al.* (2015) 'Three-year outcomes of adults with anxiety and related disorders following cognitive-behavioral therapy in a non-research clinical setting', *Journal of Anxiety Disorders*, 31, pp. 28–31. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.01.007.
- Workshop Keperawatan Jiwa (2019). Modul Terapi Keperawatan Jiwa. Depok: FIK UI
- Yunus (2013) *Desain Sistem Pembelajaran Dalam Konteks Kurikulum 2013*. Refika Aditama.
- Yusuf (2015) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.

Profil Penulis



Ns. Tiur Romatua Sitohang, S.Kep., M.Kep.

Lahir di Kota Sibolga, Sumatera Utara 13 September 1983. Sejak tahun 2008 sampai saat ini bekerja sebagai dosen di Akademi Keperawatan Tapanuli Tengah yang sekarang telah merger menjadi Prodi D3 Keperawatan Tapanuli Tengah Poltekkes Kemenkes Medan. Masuk Sekolah Perawat Kesehatan Pemerintah Kabupaten Tapanuli Tengah tahun 1998 dan berhasil lulus pada tahun 2001. Kemudian melanjutkan Pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1, Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Andalas pada tahun 2008. Pada tahun 2018 menyelesaikan studi S2 di Prodi Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan di Universitas Andalas. Sebagai bentuk kecintaan terhadap dunia Pendidikan. Penulis aktif mengajar pada Mata Kuliah Keperawatan Dasar, Psikologi keperawatan, Keperawatan Jiwa. Penulis aktif melakukan publikasi ilmiah dan menulis buku di tingkat nasional. Hingga saat ini penulis bekerja sebagai pengajar di Prodi DIII Keperawatan Tapanuli Tengah Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Medan. Penulis juga aktif di organisasi profesi PPNI Kabupaten Tapanuli Tengah

Email Penulis: tiursitohang61@gmail.com

PENERAPAN *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* (CBT) PADA KASUS HALUSINASI

Ns. Ida Ayu Putri Wulandari, M.Kep., Sp.Kep.J.
Institut Teknologi dan Kesehatan (ITEKES) Bali

Konsep Halusinasi

Halusinasi adalah salah satu jenis gangguan persepsi. Halusinasi memiliki definisi sebagai persepsi yang muncul pada seseorang tanpa adanya stimulus dari panca indra sensori seseorang, dengan kata lain halusinasi itu merupakan persepsi yang bersifat maya atau tidak nyata, terkadang disebut persepsi palsu (Maramis, 2009). Halusinasi juga didefinisikan merupakan sebagai suatu kondisi individu tidak sesuai dengan keadaan nyata dengan disertai adanya gangguan dalam merespon stimulus (Townsend, 2010).

Halusinasi memiliki beberapa tahapan atau fase, diantaranya:

1. Tahap I: halusinasi secara umum bersifat menyenangkan dan menenangkan seseorang yang mengalaminya. Tanda dan gejala yang umumnya muncul pada fase ini adalah tertawa atau menyeringai yang tidak sesuai dengan stimulus atau rangsangan yang ada, menggerakkan bibir tanpa memunculkan suara, banyak diam dan fokus dengan sesuatu yang sepertinya mengasyikan bagi penderita.

2. Tahap II: halusinasi menjadi suatu hal yang membuat tidak nyaman atau dirasakan menjijikkan. Pada fase ini umumnya penderita akan berusaha menjauhi diri dari sumber halusinasi yang ia persepsikan. Penderita juga mulai merasa malu dan menarik diri dari interaksi sosial. Tanda dan gejala yang muncul pada fase ini umumnya penderita menunjukkan kecemasan, tidak mampu berkonsentrasi, serta tidak mampu membedakan antara halusinasi dengan realita.
3. Tahap III: halusinasi pada fase ini mulai menguasai penderitanya. Tanda dan gejala yang muncul pada penderita umumnya penderita akan cenderung mengikuti halusinasinya, sulit berinteraksi dengan orang lain, kecemasan meningkat, dan sulit fokus akan sesuatu hal lainnya, selain halusinasi nya.
4. Tahap IV: pada fase ini, halusinasi sudah semakin menguasai penderita dan semakin rumit. Tanda dan gejala yang biasanya muncul pada fase ini antara lain Perilaku menyerang-teror seperti panik, Sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain, Kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti: amuk, agitasi, menarik diri, Tidak mampu merespon terhadap petunjuk yang kompleks, Tidak mampu merespon terhadap lebih dari satu orang.

Jenis – jenis halusinasi

Menurut Sunaryo (2004), halusinasi terdiri dari berbagai jenis, diantaranya adalah:

1. Halusinasi penglihatan

Jenis halusinasi ini, penderitanya seolah-olah melihat bentuk orang, binatang, ataupun hal-hal yang tidak

berbentuk seperti sinar, pola cahaya, baik yang berwarna ataupun tidak berwarna.

2. Halusinasi pendengaran (auditif/akustik)

Halusinasi ini seolah-olah mendengar suara manusia, suara hewan, suara musik, suara mesin, atau suara kejadian lainnya.

3. Halusinasi penciuman (olfaktorik)

Pada jenis halusinasi ini, penderitanya seolah-olah mencium suatu bau-bau tertentu.

4. Halusinasi pengecap (gustatorik)

Halusinasi yang seolah-olah merasakan atau mengecap suatu zat.

5. Halusinasi peraba (taktil)

Jenis halusinasi ini akan membuat penderitanya seolah-olah merasa disentuh ataupun diraba.

6. Halusinasi gerak (kinestik)

Halusinasi jenis ini akan dirasakan oleh penderitanya seolah-olah badannya terasa bergerak dengan sendirinya.

7. Halusinasi visceral

Jenis halusinasi ini akan memunculkan perasaan tertentu yang muncul pada bagian tubuh bagian dalam.

8. Halusinasi hypnagogic

Halusinasi ini umumnya muncul sebelum tidur terjadi pada orang normal.

9. Halusinasi hypnopompic

Halusinasi ini merupakan kebalikan dari hipnagogik, dimana kesalahan persepsi ini terjadi sebelum bangun tidur.

10. Halusinasi histerik

Jenis halusinasi ini muncul disaat penderitanya mengalami konflik emosional.

Faktor Predisposisi dan Presipitasi Terjadinya Halusinasi

Menurut Stuart, Keliat, and Pasaribu, (2016) ada beberapa faktor penyebab munculnya halusinasi diantaranya sebagai berikut:

1. Biologis

Penyebab munculnya halusinasi secara faktor biologis adalah penyakit fisik atau gangguan jiwa di masa lalu, riwayat pengobatan sebelumnya, riwayat minum obat, riwayat kejang, riwayat penggunaan NAPZA/penggunaan obat halusinogen, riwayat jatuh atau trauma, dan riwayat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

2. Psikologis

Secara faktor psikologis, penyebab terjadinya halusinasi antara lain pengalaman atau kejadian yang tidak menyenangkan, tipe kepribadian, mudah cemas, mudah putus asa dan menutup diri, konsep diri: adanya riwayat ideal diri yang tidak realistis, identitas diri tak jelas, harga diri rendah, krisis peran dan gambaran diri negatif, riwayat kurangnya penghargaan, riwayat kegagalan, ketidakmampuan mengelola stress.

3. Sosiokultural

Faktor sosiokultural yang menyebabkan munculnya halusinasi adalah riwayat pendidikan, riwayat putus atau gagal sekolah, riwayat pekerjaan, ekonomi keluarga, dan penerimaan di lingkungan sosial.

Tanda gejala yang muncul pada seseorang yang mengalami halusinasi

1. Sulit fokus terhadap hal lain selain halusinasi yang dialami
2. Mendengar suara-suara
3. Melihat bayangan
4. Menghidu bau atau wangi-wangian tertentu
5. Seolah-olah merasakan rasa pahit, asin, dan asam di lidah

Penatalaksanaan pada Klien dengan Halusinasi

Penatalaksanaan pada klien dengan halusinasi dapat dilakukan dengan berbagai pendekatan. Beberapa diantaranya dengan pendekatan terapi non farmakologi. Beberapa diantaranya, seperti terapi generalis seperti melatih menghardik, teknik distraksi serta terapi modalitas Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi, *Family Psychoeducation Therapy* (FPE), Terapi Suportif dan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dimana pada CBT ini terapi dilakukan melalui pendekatan secara kognitif dan perilaku (*behaviour*).

Penerapan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) pada Kasus Halusinasi

Penerapan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) CBT pada kasus halusinasi telah banyak dilakukan untuk mengatasi halusinasi yang muncul.

Menurut Budiarto, Keliat, dan Wardani (2021), pelaksanaan CBT pada pasien halusinasi dilakukan dalam empat (4) sesi, yang terdiri dari:

1. Sesi 1: Identifikasi Peristiwa Yang Tidak Menyenangkan dan Menimbulkan Pikiran Otomatis Negatif dan Perilaku Negatif Serta Cara Melawannya

Pada sesi ini klien akan mengidentifikasi peristiwa atau kejadian hidup yang tidak menyenangkan yang dilanjutkan dengan mengidentifikasi pikiran negatif yang timbul secara otomatis dan perilaku negatif yang muncul. Selanjutnya klien akan memilih salah satu pikiran atau perilaku negatif yang muncul dan dilanjutkan dengan latihan melawan pikiran negatif dan perilaku negatif pertama yang telah dipilih.

2. Sesi 2: Melawan Pikiran Otomatis Negatif Atau Mengubah Perilaku Kedua

Sesi kedua ini merupakan latihan untuk melawan pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif yang kedua. Secara umum tahapan yang dilakukan hampir sama dengan sesi 1, hanya saja pada sesi 2 ini tidak perlu mengidentifikasi kembali peristiwa atau kejadian yang tidak menyenangkan. Sesi kedua ini dapat dilanjutkan kembali sampai tidak ada lagi pikiran dan perilaku negatif yang muncul.

3. Sesi 3: Memanfaatkan Sistem Pendukung

Pada sesi 3 ini, klien akan diminta untuk mengidentifikasi sistem pendukung yang dimiliki klien, baik yang ada di dalam keluarga ataupun sistem pendukung yang ada di luar keluarga, beserta mengidentifikasi manfaat sistem pendukung tersebut.

4. Sesi 4: Mengevaluasi Manfaat Melawan Pikiran Negatif dan Mengubah Perilaku Negatif.

Sesi ini adalah sesi terakhir dari pelaksanaan CBT. Pada sesi 4 ini, klien akan diminta mengevaluasi manfaat dari sesi sebelumnya terkait perubahan pikiran negatif menjadi positif, perubahan perilaku negatif menjadi perilaku positif, serta manfaat yang dirasakan dengan memanfaatkan sistem pendukung baik yang bersumber dari dalam keluarga maupun dari luar keluarga.

Efektivitas Penerapan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) pada Klien dengan Halusinasi

Penerapan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) sudah banyak dilakukan dan terbukti efektif dalam mengatasi halusinasi pada penderitanya. Hal tersebut diperkuat dari beberapa hasil penelitian. Salah satunya yaitu hasil penelitian Mouliza, Putra, dan Kamini (2022) menunjukkan terdapatnya perbedaan respons klien yang mengalami halusinasi, sebelum dan sesudah diberikan terapi CBT. CBT diterapkan pada 19 orang pasien dan setelah selesai diberikan terapi CBT respon pasien menjadi lebih baik, terutama pada pasien yang sebelumnya belum kooperatif. Sejalan dengan penelitian tersebut, hasil penelitian oleh Budiarto, Keliat, dan Wardani (2021) juga menunjukkan setelah diberikan terapi CBT pada 13 orang klien dengan halusinasi, diketahui terjadi peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi sebesar 100%. Klien yang mendapatkan terapi CBT dapat memiliki pikiran dan perilaku yang positif dibanding dengan sebelumnya.

Hasil penelitian tersebut juga diperkuat dengan studi literatur yang dilakukan oleh Hidayati, dkk (2022), dimana studi literturnya menyimpulkan bahwa pelaksanaan tindakan *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT)

dinilai cukup efektif untuk menurunkan tingkat keparahan pada pasien psikosis yang mengalami halusinasi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Shukla, et (2022), dimana setelah diberikan CBT mampu tanda dan gejala yang muncul pada klien dengan halusinasi. Efektivitas pemberian CBT juga dinilai efektif dalam merubah pikiran dan perilaku pada klien dengan halusinasi dan delusi (Harisuci & Wahyunda, 2023). Berdasarkan seluruh hasil penelitian diatas, dapat disimpulkan bahwa pemberian CBT terbukti efektif menurunkan tanda dan gejala halusinasi dengan berfokus kepada merubah pikiran dan perilaku klien dengan halusinasi tersebut.

Daftar Pustaka

- Budiarto, E., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2021). Penerapan Cognitive Behavior Therapy, Family Psychoeducation Therapy, dan Supportive Therapy pada Klien Halusinasi. *Jurnal Keperawatan*, 13(2), 467-476.
- Harisuci, T. C., & Wahyunda, J. (2023). *CBTp: Working With Hallucinations and Delusions dalam Mengubah Mindset dan Perilaku pada Gangguan Skizofrenia Tak Terinci*. *Eksistensi*, 5(1).
- Hidayati, N. O., Nur, F. R. R., Fauzi, R. A., Sutisnu, A. A., Kirana, A. D., Azizah, P. N., ... & Serenity, K. (2022). Pengembangan Intervensi Berbasis Cognitive Behavioral Therapy pada Pasien dengan Halusinasi Pendengaran: Sebuah Studi Literatur. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 12(2), 323-328.
- Hurlock, E.B. (2006). *Psikologi perkembangan*. Jakarta: Erlangga
- Keliat, B. A. (2011). *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas: CMHN basic course*. Jakarta: EGC
- Maramis, W. F.. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi 2*. Surabaya: Airlangga University Press
- Mouliza, I., Putra, E., & Kasmini, L. (2022). Efektivitas Penerapan Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Jiwa Aceh. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan*, 1(1).
- Shukla, P., Padhi, D., Sengar, K. S., & Singh, S. K. (2022). Efficacy of Cognitive Behavior Therapy in Managing Delusion in Patients with Schizophrenia. *Journal of Coastal Life Medicine*, 10, 546-554
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapore: Elsevier Ltd.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Pendidikan*. Jakarta: EGC.
- Townsend, M.C. (2010). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice, Fifth Edition*. Philadelphia: Davis Company.

Profil Penulis



Ns. Ida Ayu Putri Wulandari, M.Kep., Sp.Kep.J.

Penulis memiliki ketertarikan dengan ilmu keperawatan Jiwa sejak pendidikan S1 Keperawatan di STIKES BALI (saat ini sudah menjadi ITEKES BALI) penulis melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia pada tahun 2016 dan melanjutkan ke jenjang Ners Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia di tahun 2018. Saat ini penulis aktif sebagai Dosen Keperawatan Jiwa di Institut Teknologi dan Kesehatan (ITEKES) Bali serta berperan aktif sebagai Pengurus Ikatan Perawatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Wilayah Bali.

Penulis memiliki ketertarikan dalam masalah kesehatan jiwa, baik yang bersifat ranah sehat, risiko, ataupun gangguan jiwa. Pada beberapa penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, penulis juga selalu mengangkat tema tentang kesehatan jiwa. Penulis memiliki harapan buku ini dapat memberikan gambaran tentang penatalaksanaan penanganan masalah kesehatan jiwa.

Email Penulis: pwulandari10@gmail.com

- 1 INSIDEN DAN PREVALENSI KASUS ODJG (ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA)
M. Khalid Fredy Saputra
- 2 KONSEP DAN GAMBARAN UMUM CBT
I Gusti Agung Tresna Wicaksana
- 3 COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PADA KASUS INSOMNIA
Eltanina Ulfameytilia Dewi
- 4 COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PADA KASUS DEPRESI
Made Dian Shanti Kusuma
- 5 COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT) PADA KLIEN DENGAN RISIKO BUNUH DIRI
Ni Putu Dita Wulandari
- 6 CBT PADA KASUS TRAUMA (PTSD)
I Putu Gde Yudara Sandra Putra
- 7 COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PADA KASUS ANSIETAS
Tiur Romatua Sitohang
- 8 PENERAPAN COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY (CBT) PADA KASUS HALUSINASI
Ida Ayu Putri Wulandari

Editor:

Made Martini

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id



ISBN 978-623-195-259-2 (PDF)



9 786231 952592