

**MODUL PELAKSANAAN
COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY (CBT)
(PSIKOTERAPI UNTUK INDIVIDU)**



Disusun oleh:
Ns. Abdul Wakhid, S. Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.
Ns. Faridah Aini, S. Kep., M.Kep., Sp.KMB.

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO
2020

Penulis Modul

Abdul Wakhid

Fakultas Keperawatan Universitas Ngudi Waluyo
Semarang, Indonesia

Faridah Aini

Fakultas Keperawatan Universitas Ngudi Waluyo
Semarang, Indonesia

Kata Pengantar

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga sampai saat ini kita masih bisa melaksanakan tanggung jawab disela-sela pandemic yang melanda negeri ini sebagai salah satu bagian dari ibadah kita.

Seiring dengan perkembangan keilmuan dan literatur yang ada menjadi dasar disusunnya modul ini yang berjudul “Modul Pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) (Psikoterapi Untuk Individu) bagi Perawat” yang bertujuan sebagai media tenaga kesehatan khususnya perawat dalam memahami ilmu keperawatan yang dapat dimanfaatkan dalam mengembangkan ilmu praktik keperawatan khususnya dalam membantu pasien depresi pasca stroke menjaga kesehatan jiwanya agar tetap optimal. Pada modul ini akan dijelaskan bagaimana cara yang dapat dilakukan untuk membantu pasien Depresi Pasca Stroke Iskemik agar tetap sehat dalam menjalani kehidupan untuk mencapai kesejahteraan. Penjelasan tersebut diharapkan dapat mempermudah memahami dan melaksanakan intervensi dengan baik dan tepat.

Kami tentunya mengharapkan adanya masukan dari berbagai pihak agar modul ini semakin lebih baik dan penggunaannya semakin bermanfaat bagi semua pihak khususnya pelayanan keperawatan dalam mengoptimalkan kesehatan pasien Depresi Pasca Stroke Iskemik.

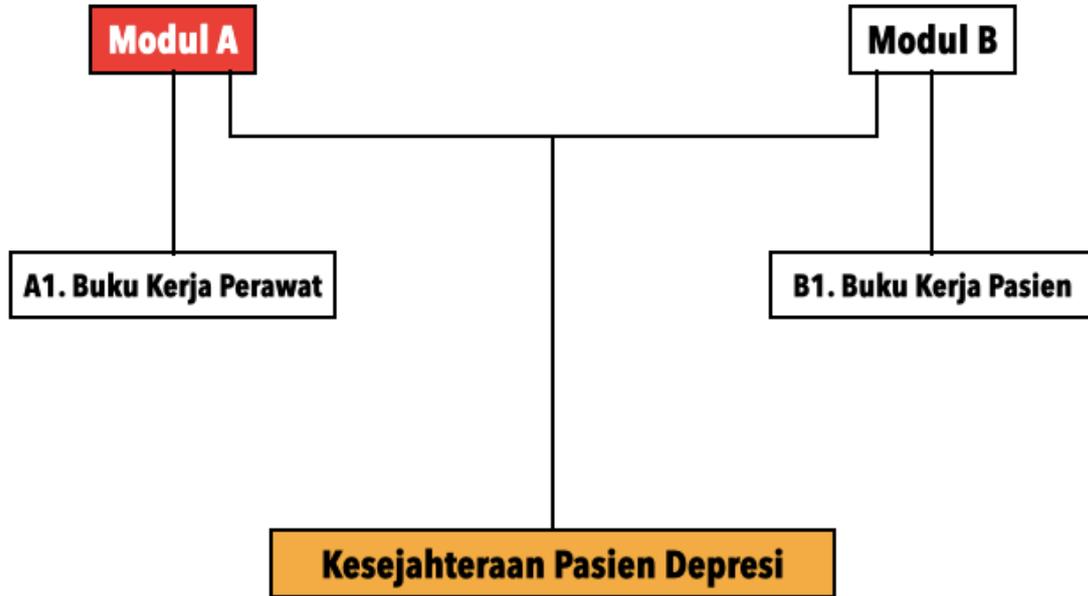
Ungaran, Agustus 2020

Penulis

Daftar Isi

Halaman Judul	i
Penulis Modul	i
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
Peta Kedudukan Modul.....	v
Keterangan Modul	vi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. Deskripsi	1
1.2. Waktu	3
1.3. Tujuan	4
BAB 2 KESEHATAN PASIEN DEPRESI PASCA STROKE	5
2.1. Deskripsi singkat.....	5
2.2. Tujuan pembelajaran.....	5
2.3. Sub pokok bahasan	5
2.4. Sasaran pembaca	6
2.5. Uraian Materi	6
BAB 3 PROSEDUR PELAKSANAAN TERAPI PERILAKU KOGNITIF BAGI PASIEN PSD.....	12
3.1. Sesi I CBT: Pengkajian	12
3.2. Sesi II. CBT: Terapi Kognitif	19
3.3. Sesi III. CBT: Terapi Perilaku.....	23
3.4. Sesi IV CBT: Evaluasi Terapi Kognitif Dan Terapi Perilaku	30
3.5. Sesi V. CBT: Kemampuan Merubah Pikiran Negatif Dan Perilaku Maladaptif Untuk Mencegah Kekambuhan.....	36
Daftar Pustaka	43

Peta Kedudukan Modul



Keterangan Modul

No.	Kode Modul	Nama Modul
1	Modul A	Pedoman Upaya Promotif dan Preventif Keperawatan bagi Perawat.
	Modul A.1	Buku Kerja perawat
2	Modul B	Pemberdayaan Pasien Depresi dalam Upaya Promotif dan Preventif Keperawatan Kesehatan pada Pasien depresi pasca stroke
	Modul B.1	Buku kerja pasien

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Deskripsi

Depresi pada pasien stroke disebut *Post Stroke Depression* (PSD). Gambaran PSD pada pasien stroke iskemik di RSUP Dr. Karyadi Semarang adalah 33,3% pasien stroke iskemik mengalami depresi ringan, 31,1% mengalami depresi sedang, 14,4% mengalami depresi berat, sedangkan 21,1% tidak mengalami depresi (Handayani, & Adentya, 2012). PSD memiliki pola yang khusus, yaitu meningkat dalam kurun waktu 14 minggu atau tiga bulan setelah serangan stroke. Peningkatan PSD dalam waktu 14 minggu dibuktikan dengan prevalensi yang tinggi, yaitu berkisar antara 17,7 hingga 47,7 % (Handayani, & Pudjonarko, 2015). Namun demikian, PSD juga dapat berlanjut hingga enam bulan sampai satu tahun (Chau, Thompson, & Chang, 2010).

Pada saat awal serangan, PSD berhubungan dengan koping emosi yaitu penerimaan ($p < 0.01$) serta disfungsi motorik dan sensorik ($p < 0.05$). Setelah 3 bulan serangan, PSD berhubungan dengan koping emosi yaitu pengingkaran ($p < 0.01$) penerimaan ($p < 0.01$), menyalahkan diri sendiri ($p < 0.01$) (Lincoln et al, 2013). PSD setelah tiga bulan serangan dapat memberikan dampak yaitu; kecacatan, depresi yang berkelanjutan, pemikiran untuk melakukan bunuh diri, dan kelelahan, penurunan kualitas hidup pasien stroke, dan stroke berulang (Visser MM, et al, 2015; Yuan HW, 2012). Pasien stroke dengan PSD pada minggu kedua, bulan ketiga dan bulan keenam setelah serangan berisiko mengalami stroke berulang sebesar 1,49 kali dari pada yang tidak mengalami PSD (Bartoli F, 2013).

Pada penelitian *cohort prospektif* selama delapan tahun, ditemukan bahwa mortalitas pasien dengan stroke dan depresi adalah 1,88 kali dari pada grup pasien tanpa stroke dan tanpa depresi. Pada analisa survival, pasien dengan depresi sebelum dan sesudah terserang stroke memiliki *hazard ratio* sebesar 1,7 kali dari pada pasien yang tidak mengalami depresi sebelum dan setelah serangan stroke (Naess H et al, 2010). Pada meta analisis, PSD berhubungan dengan mortalitas. Hazard ratio mortalitas

pada pasien stroke yang mengalami depresi setelah stroke adalah 1.52 kali (Bartoli F, 2013). Intervensi perlu dilakukan agar proses emosi pada pasien stroke menjadi baik.

Penelitian untuk mengatasi PSD masih dalam tahap pilot studi pada tahun 2015. Pilot study terapi *cognitive behavior therapy and activation behavior* (AB) untuk mengatasi PSD sedang dikembangkan (Huguet A et al, 2016). Intervensi dalam mengatasi depresi yang berhubungan dengan penerimaan, pengingkaran dan menyalahkan diri sendiri adalah *cognitive biheviour therapy* (CBT). CBT mampu meningkatkan kemampuan pasien untuk menyatu dengan kondisi yang dialami. CBT dapat menurunkan kecemasan sosial pada berbagai populasi, meningkatkan manajemen diri (Jefrey A Culli, Andra L Teten, 2008; Swain, Hancock, & Hainsworth, 2013).

Pelaksanaan CBT, konselor dan pasien bekerjasama untuk mengidentifikasi dan mengubah pola pikir dan perilaku negatif yang menyebabkan timbulnya gangguan fisik-emosional. Fokus dalam terapi ini adalah berusaha mengubah pikiran atau pembicaraan diri (*self talk*). Menurut meta analisis, terapi ini efektif menangani kecemasan, depresi dan gangguan somatic (Öst LG, 2014). Namun demikian, belum ada penelitian quasi eksperimen yang membuktikan pengaruh CBT terhadap derpesi pada pasien stroke iskemik.

Pasien stroke iskemik perlu diintervensi dengan menggunakan CBT agar PSD dapat dikendalikan. Ketiadaan PSD pada pasien stroke iskemik dapat meningkatkan kualitas hidup dan mencegah adanya risiko kecacatan yang lebih besar serta kecacatan. Neurogenesis juga dapat ditingkatkan dengan ketiadaan PSD. Neurogenesis yang optimal dapat mempercepat pemulihan secara seluler.

Pasien depresi dengan fungsi keluarga yang rendah lebih berisiko besar mengalami masalah kesehatan jiwa dibandingkan dengan fungsi keluarga sangat baik (Zubrick et al., 2005). Hal ini diperkuat dengan pernyataan bahwa keluarga yang memiliki hubungan yang kurang dinamis dalam keluarga, tidak ada dukungan dan tidak peduli maka dapat mengganggu fungsi psikososial dari keluarga dan gangguan kesehatan mental yang buruk bagi semua anggota keluarga (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002). Akan tetapi jika

dalam keluarga diberikan kesempatan untuk ikut serta secara positif dalam keluarga, adanya penghargaan untuk kesertaan dalam keluarga maka hal ini dapat menjadi faktor protektif bagi pasien depresi pasca stroke (WHO, 2005) dapat menjadi faktor protektif.

Selain itu hubungan yang positif dengan sesama pasien akan menghasilkan sumber dukungan bagi pasien PSD diantaranya keuntungan memiliki sahabat, adanya rasa memiliki yang mengakibatkan adanya peningkatan keterampilan sosial dan dukungan emosional (Crouter, 2002). Ketahanan diketahui berkorelasi positif dengan dukungan sebaya (McCarthy, 2009).

Fokus penyusunan modul promotif dan preventif keperawatan pada pasien PSD adalah memberikan panduan bagi sistem pendukung pasien PSD dimasyarakat. Modul promotif dan preventif keperawatan pasien PSD ini merupakan suatu modul yang menekankan kepada keterlibatan dari sistem pendukung individu yaitu perawat dan pasien PSD dalam mengelola kondisi yang dihadapi sehingga memiliki kemampuan yang baik dalam berespon terhadap masalah.

Modul A ini merupakan pedoman umum yang menyajikan pemahaman pengetahuan dasar tentang pengelolaan terapi perilaku kognitif bagi pasien PSD dari perspektif keperawatan.

1.2. Waktu

Waktu yang diperlukan untuk mempelajari modul pengelolaan terapi perilaku kognitif bagi pasien PSD ini diuraikan dalam tabel 1.1

Tabel 1.1.
Kurikulum Modul A
Pedoman pengelolaan terapi perilaku kognitif bagi pasien PSD bagi Perawat

No.	Materi	Waktu			Jumlah
		T	P	PL	
A.	Materi Dasar				
1.	Depresi pasca stroke	4	4	2	4
	Sub total	4	4	2	10
B.	Materi Inti				
1.	Pengelolaan terapi perilaku kognitif	2	2	2	6
2.	Evaluasi terapi perilaku kognitif	2	2	2	6

No.	Materi	Waktu			Jumlah
		T	P	PL	
	Sub total	4	4	4	12
	TOTAL	8	8	6	22

Petunjuk penggunaan modul

1. Perhatikan penjelasan dari setiap langkah-langkah teknis yang dijelaskan pada setiap bab untuk memudahkan pemahaman dan keterampilan pada setiap langkah di tiap bab.
2. Pahami setiap ilmu dan teori dasar yang melandasi penguasaan materi yang saudara baca. Jika ada evaluasi maka kerjakan evaluasi sebagai sarana latihan dalam pengukuran pencapaian pemahaman dan keterampilan saudara.
3. Catatlah seluruh kesulitan yang ditemukan selama mempelajari modul ini dan diskusikan kepada instruktur atau pengajar.

1.3. Tujuan

Pedoman ini disusun dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan khususnya perawat tentang upaya pengelolaan masalah kesehatan yang muncul pada pasien PSD melalui peningkatan kemampuan pembentukan konsep diri dan peningkatan kemampuan mengelola emosi.

BAB 2

KESEHATAN PASIEN DEPRESI PASCA STROKE

2.1. Deskripsi singkat

Kesehatan bukan semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan, tetapi lebih menekankan kepada keadaan dinamis keseimbangan internal yang memungkinkan individu menggunakan kemampuan mereka secara harmonis berdasarkan nilai-nilai yang dianut dalam masyarakat, menghormati, merawat diri sendiri dan makhluk hidup lain, menghormati lingkungan, menghormati kebebasan seseorang dan orang lain (Gigi et al., 2014). Dengan memahami konsep kesehatan pada pasien PSD secara tepat diharapkan pasien mampu menjaga kondisi dirinya dengan baik dan lingkungan disekitarnya dapat menjadi sumber dukungan yang tepat bagi pasien PSD.

2.2. Tujuan pembelajaran

Tujuan pembelajaran terbagi menjadi dua bagian yaitu tujuan pembelajaran umum dan tujuan pembelajaran khusus.

2.2.1. Tujuan pembelajaran umum

Setelah mengikuti pembelajaran ini, perawat mampu memahami perkembangan dan perubahan yang terjadi yang berkaitan dengan kesehatan pasien PSD.

2.2.2. Tujuan pembelajaran khusus

Setelah mengikuti pembelajaran ini, perawat mampu:

1. Menjelaskan tentang definisi PSD
2. Menjelaskan tentang definisi terapi perilaku kognitif
3. Menjelaskan tentang pelaksanaan terapi perilaku kognitif
4. Menjelaskan tentang evaluasi terapi perilaku kognitif

2.3. Sub pokok bahasan

Sub pokok bahasan yang dibahas pada modul ini adalah sebagai berikut:

1. Menjelaskan tentang definisi PSD

2. Menjelaskan tentang definisi terapi perilaku kognitif
3. Menjelaskan tentang pelaksanaan terapi perilaku kognitif
4. Menjelaskan tentang evaluasi terapi perilaku kognitif

2.4. Sasaran pembaca

Sasaran pedoman ini adalah semua komponen yang terlibat didalam sistem kehidupan pasien PSD yaitu:

Perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang berinteraksi dengan pasien PSD di Rumah sakit, Puskesmas, dan di masyarakat.

2.5. Uraian Materi

1. Definisi *Post Stroke Depression* (PSD)

Depresi pada stroke disebut sebagai *vascular depression*. Depresi pada pasien stroke dapat dipengaruhi oleh faktor ekonomi, beban keluarga, depresi keluarga, teritori iskemik, luas iskemik. Perawat atau dokter kadang kurang memperhatikan aspek psikologis pada fase akut dan paska akut. Lokasi infark yang berhubungan dengan depresi adalah lesi anterior kiri, lesi basal ganglia kiri, lesi dekat dengan lobus frontal (Fuentes, Ortiz , Sanjose B, 2009).

Berikut adalah paparan PSD yang terdiri dari patofisiologi, gejala, diagnosis, farmakologi dan teori depresi;

a. Prevalensi dan Pola PSD

Pada literatur review ditemukan bahwa cakupan prevalensi PSD adalah 27 hingga 47% yaitu 47.4. Penelitian pola PSD sejak awitan hingga 6 bulan telah dilakukan. Penelitian dilakukan pada 65 orang paasien stroke. Pasien diukur skala depresi tiap minggu dari awal serangan hingga 6 bulan setelah serangan. Depresi muncul sejak awal serangan. Depresi atau PSD meningkat pada minggu keempat. Skala depresi bertahan hingga minggu keempatbelas (Gbiri, Akinpelu, & Odole, 2014).

b. Diagnosis

Diagnosis menggunakan kriteria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Text Revision* (DSM IV TR) (Yue Yet all, 2015). Berdasarkan kriteria depresi menurut DSM IV TR, disebut depresi mayor jika terdapat lebih atau sama dengan lima gejala. Depresi minor jika terdapat dua gejala berikut yang menetap selama lebih dari 2 minggu.

c. Gejala PSD

Gejala klinis PSD berupa perubahan *mood* depresi, apatis, penurunan berat badan, perubahan tidur, kelelahan, berkurangnya rasa berguna dan *anhedonia* (Feng, & Fang, 2014). Gejala PSD juga dapat dibagi menjadi dua, yaitu gejala somatic dan gejala psikologi. Gejala somatik seperti berkurangnya nafsu makan, kelelahan, melambatnya psikomotor dan gangguan mood. Dalam HDRS GRID, terdapat 17 tanda depresi yaitu, depresi mood, perasaan bersalah, bunuh diri, insomnia (awal tengah dan akhir), bekerja dan aktifitas, retardasi psikomotor, agitasi psikomotor, cemas psikis, cemas somatic, hilang nafsu makan, gejala somatic secara umum, minat seksual, kehilangan berat badan dan *insight*

2. Terapi perilaku kognitif

Salah satu terapi psikologis yang banyak dikenal adalah *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) atau terapi kognitif dan perilaku. CBT juga banyak digunakan untuk menangani depresi karena memiliki tingkat keberhasilan yang baik serta tingkat *relapse* (kemungkinan kambuh) yang rendah. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan di Universitas Pennsylvania, disebutkan bahwa CBT memiliki efek keberhasilan lebih tinggi dibanding konsumsi antidepresan pada depresi orang dewasa. Satu penelitian lainnya yang dilakukan di University of Texas, juga menyebutkan bahwa terapi CBT menurunkan gejala-gejala depresi (Jeffrey & Andara, 2008).

CBT, seperti namanya, berfokus pada memahami pola pikir seseorang serta mengubahnya menjadi lebih baik. Melalui CBT, seseorang dapat belajar

mengenali serta mengendalikan gejala-gejala gangguan psikologis yang mungkin muncul. Misalnya, saat gejala depresi seperti menarik diri, mudah tersinggung, serta perasaan sedih yang berkelanjutan muncul, kita jadi bisa lebih waspada dan tahu apa yang sedang terjadi dengan diri kita. Pada depresi, CBT berfokus pada 2 hal, yaitu intervensi kognitif dan intervensi pada perilaku. Intervensi sendiri adalah pemberian perlakuan yang digunakan untuk mengurangi gangguan psikologis.

2.1. Intervensi kognitif

Walaupun otak adalah organ yang luar biasa keren, terkadang proses dalam berpikir kita masih belum sempurna ataupun obyektif. Saat dihadapkan pada situasi tertentu, terkadang tanpa disadari kita langsung melompat ke simpulan akhir tanpa menimbang fakta yang ada, sering menggeneralisir sesuatu, ataupun kecenderungan melihat sisi negatif dari suatu hal. Hal inilah yang disebut dengan distorsi kognitif, yaitu kesalahan logika kita dalam berpikir. Apabila dibiarkan, kesalahan ini akan semakin berlarut-larut dan termanifestasi ke perilaku. Nah, langkah awal CBT adalah melatih kita untuk mengenali distorsi kognitif yang ada di pikiran, yang biasanya dipengaruhi oleh kesalahan kita dalam berlogika. Kemudian, kita akan dibimbing untuk berlatih menyanggah dan merubah pemikiran tadi menjadi lebih rasional serta obyektif. Seiring berjalannya waktu, proses ini akan berbuah pemikiran yang lebih sehat serta adaptif.

2.2. Intervensi perilaku

Manusia adalah produk dari kebiasaan. Setelah proses berpikir kita dibiasakan dengan cara yang lebih sehat, tentu harus ditunjang dengan kebiasaan dalam berperilaku yang sehat pula untuk keadaan psikis. Pada CBT, psikolog akan membimbing kita untuk belajar mengenali diri sendiri dengan cara menentukan target capaian rutin dengan bimbingan psikolog, membuat catatan aktivitas harian, mendorong pasien untuk melakukan kegiatan menyenangkan, serta pelatihan ketrampilan psikologis yang mungkin kita butuhkan (misalnya relaksasi, peningkatan ketrampilan sosial, melatih cara berkomunikasi, dan keterampilan lainnya).

Perawat bertugas untuk membimbing serta mengarahkan proses terapi yang kita jalani. Karena itu penting untuk membangun rasa percaya dengan psikolog agar hasil terapi menjadi maksimal. Walaupun menjadi salah satu terapi untuk menangani depresi atau gangguan psikologis lainnya, fungsi CBT tidak berhenti saat gangguan psikologis tadi telah teratasi. CBT juga dapat menjadi mekanisme pertahanan kita untuk lebih mengenali diri sendiri. Apa yang kita pelajari ketika CBT dapat digunakan apabila suatu saat nanti di masa depan, kita menghadapi masalah atau hal-hal yang dapat memicu pikiran negatif, perasaan cemas, atau gejala depresi. Ketika kita tahu lebih banyak tentang diri kita, kita tahu apa yang seharusnya dilakukan sehingga harapannya kita akan lebih siap menghadapi apapun yang mungkin terjadi dalam hidup. Pelaksanaan *cognitive behavior therapy* dilakukan sebanyak 3 kali pertemuan. Penelitian ini memberikan dampak pada depresi pasien (Peng Y et all, 2015).

Pada proses pelaksanaan terapi perilaku kognitif dibagi dalam 5 sesi, setiap sesi dilaksanakan selama 30-45 menit untuk setiap pasien

1. Sesi 1: Pengkajian

Mengungkapkan pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien yang berkaitan dengan stressor yaitu pengalaman traumatis yang dialami, mengidentifikasi hal positif yang dimiliki, serta latihan satu pikiran otomatis negatif.

2. Sesi 2: Terapi Kognitif

Mereview latihan pikiran otomatis yang negatif yang pertama yang sudah dilatih sebelumnya dan melatih untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.

3. Sesi 3: Terapi Perilaku

Mengevaluasi pikiran otomatis negatif yang masih ada, mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki, mengidentifikasi perilaku positif yang baru, menyusun rencana perilaku yang ditampilkan untuk mengubah perilaku negatif yang timbul akibat stressor kejadian traumatis dengan memberikan

konsekuensi positif atau konsekuensi negatif jika perilaku dilakukan atau tidak dilakukan.

4. Sesi 4: Evaluasi Terapi kognitif dan perilaku

Mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, mereview pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekuensi yang disepakati

3. Pelaksanaan terapi perilaku kognitif pada PSD

3.1. Tahap Pelaksanaan Kegiatan

1. Tahap Persiapan

Mempersiapkan diri, alat, tempat dan waktu kegiatan.

2. Tahap Orientasi

a. Salam dari terapis kepada peserta (permainan berkenalan" nama dan alamat")

b. Evaluasi/validasi:

1) menanyakan bagaimana perasaan peserta saat ini

2) menanyakan apakah yang diketahui peserta tentang kesehatan pasien PSD

c. Kontrak:

1) Menjelaskan pengertian kesehatan dan tujuan pelatihan untuk membantu peserta untuk dapat melakukan pencegahan faktor risiko terjadinya masalah kesehatan jiwa dan meningkatkan kemampuan dalam mengoptimalkan kesehatan pada pasien PSD.

2) Menjelaskan tentang proses pelaksanaan, tugas yang harus dikerjakan peserta dan buku kerja yang akan digunakan dalam melaksanakan tugas dan latihan. Buku kerja akan diisi dan dipegang peserta.

3) Menjelaskan jumlah pertemuan dan sesi dalam pelatihan ini. Pelatihan ini akan dilakukan 3 sesi dan setiap sesinya dilakukan selama 30-60 menit.

4) Menjelaskan peraturan dalam pelatihan yaitu peserta diharapkan berpartisipasi dan bekerjasama dalam mengikuti pelatihan dari awal sampai akhir sesi.

- 5) Pada pertemuan ini disepakati tujuannya untuk dapat memahami tentang kesehatan pasien PSD.

3. Tahap Kerja

- a. Peneliti mendiskusikan bersama peserta tentang:
- 1) Pengkajian
 - 2) Terapi kognitif
 - 3) Terapi perilaku
 - 4) Evaluasi terapi kognitif dan terapi perilaku
- b. Memberikan reinforcement positif atas kemampuan peserta.

4. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi
- 1) Menanyakan perasaan peserta setelah selesai sesi 1
 - 2) Meminta kembali peserta untuk menyebutkan definisi kesehatan pasien PSD.
 - 3) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan peserta
- b. Tindak lanjut: menganjurkan peserta untuk mengamati tanda dan gejala kesehatan yang dialami dan menuliskan pada buku kerja.
- c. Kontrak yang akan datang: menyepakati topik kegiatan sesi berikutnya.

4. Menjelaskan tentang evaluasi terapi perilaku kognitif

Evaluasi ketepatan peserta menyebutkan kembali konsep kesehatan bagi pasien PSD.

Format evaluasi

Pelaksanaan terapi perilaku kognitif bagi pasien PSD

No.	Kegiatan	Peserta	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Menyampaikan pengertian kesehatan		
3	Mampu secara aktif mengidentifikasi ciri-ciri kesehatan		
4	Menyebutkan cara yang dilakukan untuk mengoptimalkan kesehatan pasien		
5	Aktif dalam diskusi		

BAB 3

PROSEDUR PELAKSANAAN TERAPI PERILAKU KOGNITIF BAGI PASIEN PSD

3.1. 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 pasien skizofrenia tidak dapat meningkat secara normal sesuai perkembangan pada daerah frontal, dimana bagaian ini berfungsi dalam proses berfikir dan pengambilan keputusan Hung et al, (2007 dalam Stuart, 2009).

Copel (2007) menyebutkan bahwa tanda-tanda positif gangguan psikologis 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 positif psikosis.

Beberapa referensi menunjukkan bahwa neurotransmitter 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 psikosis.

Pengolahan informasi dari pasien mengalami perubahan karena defisit otak. Namun, gangguan dalam fungsi kognitif sering membuat orang mempunyai ide-ide dan perilaku berbeda dari orang lain. Hal ini tampak dalam kesalahan interpretasi persepsi diri dan kemampuan yang muncul pada pasien. Kesalahan dalam pengolahan informasi pada pasien 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:

1. *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"

2. *Personalization*

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

3. *Dichotomus thinking*

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

4. *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”

5. *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.

6. *Arbitrary inference*

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

7. *Mind reading*

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

8. *Magnification*

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

9. *Perfectionism*

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

10. *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 pasien merupakan langkah awal yang dilakukan dalam terapi ini. Pasien 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.

Menurut Rupke dkk (2006), mengatakan: selama *cognitive behaviour therapy* terapis membantu pasiennya melalui beberapa langkah. Pertama pasien 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, pasien belajar untuk mengakui pikiran negatif (otomatis) dan menemukan pikiran alternatif yang akhirnya akan merefleksikan kenyataan.

3.1.1. Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi I CBT: Pengkajian

A. Tujuan

1. Pasien mampu mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien (*assessment*) setelah terkait masalah PSD.
2. Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran negatif

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di ruang rawat inap pasien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

C. Alat

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Catatan harian pasien

5. Alat tulis

D. Metode

Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah-Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Membuat kontrak dengan pasien bahwa terapi akan dilaksanakan secara individu dalam 5 (lima) sesi, selama 30 menit. Jika pasien berhasil melewati masing-masing sesi sesuai kriteria maka pasien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya, jika tidak maka pasien akan mengulangi sesi tersebut.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Orientasi

- a. Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis
 - 2) Perkenalan nama dan panggilan terapis
 - 3) Menanyakan nama dan panggilan pasien
- b. Evaluasi/validasi

Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini terkait dengan pengalaman traumatis yang dialaminya
- c. Kontrak
 - 1) Menyepakati pertemuan sesi 1
 - 2) Menjelaskan tujuan pertemuan pertama yaitu:
 - a) Membantu pasien mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien (assessment) terkait pengalaman traumatis yang dialami
 - b) Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran negatif
 - 3) Terapis menjelaskan aturan sebagai berikut:
 - a) Lama kegiatan 30 menit

- b) Pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
- c) Pasien berperan aktif dalam mengungkapkan perasaan, pikiran dan perilakunya.

3. Fase Kerja

- a. Terapis mendiskusikan tentang:
 - 1) Pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri setelah mengalami kejadian traumatis
 - 2) Perasaan dan perilaku negatif yang muncul akibat pikiran negatif setelah mengalami kejadian traumatis
 - 3) Mencatat pikiran, perasaan dan perilaku negatif dalam buku kerja pasien
- b. Melatih satu pikiran otomatis negatif
 - 1) Memilih satu pikiran negatif yang akan dilatih untuk mengatasinya
 - 2) Mencatat pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif dalam buku kerja pasien
 - 3) Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran negatif
- c. Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat pasien.

4. Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Menanyakan perasaan pasien setelah latihan
 - 2) Mengevaluasi kemampuan pasien mengenali pikiran negatif, perasaan dan perilaku maladaptif yang dialami terkait dengan pengalaman traumatis
 - 3) Mengevaluasi kemampuan pasien dalam melatih cara untuk mengatasi satu pikiran otomatis negatif
 - 4) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama pasien yang baik
- b. Tindak lanjut
 - 1) Mencatat pikiran, perasaan dan perilaku negatif lainnya yang belum disebutkan selama sesi berlangsung pada buku kerja pasien

- 2) Mengajarkan pasien untuk latihan mandiri cara untuk mengatasi pikiran negatif yang sudah dipelajari
 - c. Kontrak yang akan datang
 - 1) Menyetujui topik percakapan pada sesi 2 yaitu pasien mampu mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua
 - 2) Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 2
5. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi Proses

Evaluasi dilakukan saat proses terapi perilaku kognitif berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Keaktifan pasien, keterlibatan pasien dan proses pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan.

Format Evaluasi Proses Terapi Perilaku Kognitif

Sesi 1 CBT: Pengkajian

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1.	Memperkenalkan diri dengan baik.		
2.	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif terhadap diri sendiri		
3.	Mengungkapkan perasaan dan perilaku negatif yang timbul akibat pikiran negatif		
4.	Memilih satu pikiran otomatis negatif untuk dilatih		
5.	Menyebutkan aspek positif yang dimiliki untuk mengganti pikiran otomatis negatif		
6.	Melatih satu cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang pertama		
	Jumlah		

Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika: perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika: perilaku tersebut tidak dilakukan

Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai ≥ 4 : pasien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 3 : pasien harus mengulangi sesi

b. Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat terapi perilaku kognitif pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti terapi perilaku kognitif sesi 1, pasien mampu mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, memilih satu pikiran negatif, mengidentifikasi hal positif dan latihan satu pikiran negatif otomatis, pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 2. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti terapi perilaku kognitif sesi 1, pasien belum mampu mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, dianjurkan pasien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

3.2. 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 pasien agar dapat memiliki cara berpikir yang lebih positif dalam berbagai peristiwa kehidupan.

Dalam sesi ini pasien akan mengevaluasi pikiran negatif yang masih ada dan melanjutkan dengan melatih mengatasi pikiran negatif yang kedua menggunakan pikiran positif.

3.2.1. Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi II CBT: Terapi Kognitif

A. Tujuan

1. Pasien mampu mereview pikiran otomatis yang negatif yang masih ada yang berkaitan dengan diri sendiri.
2. Pasien mampu mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di satu ruangan yang ada di ruang rawat inap pasien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

C. Alat

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

D. Metode

Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah-Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan kontrak dengan pasien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Orientasi
 - a. Salam terapeutik
Salam dari terapis kepada pasien
 - b. Evaluasi/validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
 - 2) Menanyakan pikiran otomatis yang negatif yang belum didiskusikan pada sesi 1
 - 3) Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif yang pertama masih sering muncul dan mengevaluasi kemampuan pasien terkait latihan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang pertama

- 4) Menanyakan apakah pasien sudah memilih pikiran otomatis negatif yang kedua untuk hari ini
- c. Kontrak
 - 1) Menyepakati terapi sesi 2
 - 2) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 2 yaitu mereview pikiran otomatis yang negatif yang berkaitan dengan dirinya. Dan belajar cara mengatasi yang pikiran otomatis negatif yang kedua
 - 3) Menyepakati tempat dan waktu
3. Fase Kerja
 - a. Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian di rumah
 - b. Diskusikan dengan pasien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif kedua yang ingin diselesaikan dalam pertemuan kedua ini
 - c. Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki pasien) dan minta pasien mencatatnya dalam lembar cara melawan pikiran otomatis negatif
 - d. Latih kembali pasien untuk menggunakan aspek-aspek positif pasien dalam melawan pikiran otomatis negatif keduanya dengan cara yang sama seperti sesi pertama.
 - e. Tanyakan tindakan pasien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif keduanya tersebut.
 - f. Motivasi pasien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain
 - g. Memberikan pujian terhadap keberhasilan pasien.
 - h. Terapis memberi reinforcement positif terhadap keberhasilan pasien
4. Terminasi
 - a. Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah latihan mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.
 - 2) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan pasien
- b. Tindak lanjut
- 1) Anjurkan pasien untuk latihan untuk pikiran otomatis negatif yang lain.
 - 2) Anjurkan pasien untuk melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang lain secara mandiri
 - 3) Menganjurkan pasien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif kedua yang belum diidentifikasi dalam pertemuan kedua ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya
- c. Kontrak yang akan datang
- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 3 yaitu menyusun rencana tindakan untuk mengatasi perilaku negatif dengan memberikan konsekwensi positif dan konsekwensi negatif kepada pasien
 - 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 3

5. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi Proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan pasien melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua

Format Evaluasi Proses CBT

Sesi 2 CBT: Terapi kognitif

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1.	Memilih pikiran negatif yang kedua yang ingin diatasi		
2.	Mengungkapkan keinginan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif		
3.	Menggunakan metode 3 (tiga) kolom untuk mengubah pikiran negatif		

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
4.	Menulis pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif yang kedua		
5.	Melatih cara untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua		
	Jumlah		

A. Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika: perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika: perilaku tersebut tidak dilakukan

B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai ≥ 3 : pasien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 2 : pasien harus mengulangi sesi

b. Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat terapi perilaku kognitif pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti terapi perilaku kognitif sesi 2, pasien mampu mereview pikiran negatif dan pikiran otomatis yang negatif serta cara penyelesaian masalah. Pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 3. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti terapi perilaku kognitif sesi 2, pasien belum mampu mereview pikiran negatif serta cara penyelesaian masalah, dianjurkan pasien untuk melatih diri di mandiri /mengulangi sesi 2(buat jadwal).

3.3. 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, & 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 pasien 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 psikiatris. Perawat dapat menggunakan prinsip-prinsip berikut untuk memandu intervensi perubahan perilaku pasien (Stuart, 2009):

1. Semua perubahan adalah perubahan diri. Pasien adalah peserta aktif dan agen utama perubahan. Perawat dan penyedia perawatan kesehatan lainnya adalah pelatih, bukan pelaku perubahan.
2. *Self-efficacy* sangat penting. Pasien perlu merasa bahwa mereka mengendalikan kehidupan mereka sendiri dan menerima tanggung jawab atas upaya mereka. Semua pasien memiliki kekuatan.
3. Pengetahuan tidak berubah sama. Pendidikan adalah hanya salah satu bagian dari proses perubahan. Pasien perlu untuk mentransfer apa yang mereka ketahui ke dalam tindakan yang mereka ambil.
4. Sebuah aliansi terapi membantu pasien memulai dan mempertahankan perubahan. Dimensi responsif dan tindakan tentang hubungan perawat-pasien adalah bahan penting untuk perubahan.
5. 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). Menyebutkan tahapan perubahan, yaitu: Tahap pertama dari perubahan adalah *precontemplation*. Pada tahap ini orang tidak berpikir bahwa mereka memiliki masalah, sehingga mereka tidak mungkin untuk mencari

bantuan atau berpartisipasi dalam pengobatan. Dalam bekerja dengan pasien ini tujuannya adalah untuk mendengarkan pasien dan menciptakan iklim dimana pasien dapat mempertimbangkan, menjelajahi, atau melihat nilai manfaat dari perubahan.

Tahap kedua perubahan adalah kontemplasi. Hal ini ditandai dengan gagasan "ya, tapi." Seringkali pasien menyadari bahwa perubahan diperlukan, tetapi mereka tidak yakin dan ragu-ragu tentang apakah perlu usaha, waktu, dan energi untuk mencapainya. Mereka ambivalen tentang apa yang mereka mungkin harus menyerah jika mereka membuat perubahan. Dalam bekerja dengan pasien ini tujuannya adalah untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dimana pasien dapat mempertimbangkan perubahan tanpa merasa tertekan untuk melakukannya. Jika pasien didorong untuk mengubah dalam fase ini mereka cenderung aktif menolak.

Tahap ketiga perubahan adalah persiapan. Pada saat ini pasien telah membuat keputusan untuk berubah dan menilai bagaimana keputusan yang terasa. Pasien dapat dibantu untuk memilih tujuan pengobatan yang realistis dan cara yang berbeda untuk mencapai tujuan tersebut. Mereka perlu secara aktif terlibat dalam merancang strategi mereka sendiri untuk perubahan.

Tahap keempat perubahan adalah tindakan. Pasien sekarang memiliki komitmen yang kuat untuk berubah dan telah mengidentifikasi rencana untuk masa depan. Mereka harus memberikan dukungan emosional dan membantu dalam mengevaluasi dan memodifikasi rencana mereka dari tindakan yang akan sukses.

Tahap kelima perubahan adalah pemeliharaan. Perubahan terus, dan fokus ditempatkan pada pasien apa yang perlu dilakukan untuk mempertahankan atau mengkonsolidasikan keuntungan. rencana pencegahan Mengantisipasi ancaman potensial untuk kambuh dan berkembang adalah penting. Setiap kambuh harus dilihat sebagai bagian dari proses perubahan dan bukan sebagai kegagalan.

Tahap keenam dan terakhir adalah terminasi. Hal ini didasarkan pada gagasan bahwa seseorang tidak akan terlibat dalam perilaku lama dalam kondisi apapun. Dengan demikian, mungkin lebih dari ideal dari tahap dicapai. Kebanyakan orang tinggal dalam tahap pemeliharaan dimana mereka menyadari ancaman yang mungkin untuk

mengubah mereka inginkan dan memonitor apa yang harus mereka lakukan untuk menjaga perubahan tempat. Pasien lebih mungkin untuk terlibat dalam mengubah perilaku ketika penyedia mereka menilai kesiapan mereka untuk intervensi perubahan dan merencanakan perubahan yang sesuai.

Terapi perilaku digunakan untuk menguji dan mengubah kognisi maladaptif sehingga pasien mengerti ketidakakuratan asumsi kognitifnya dan mempelajari strategi dan cara baru dalam menghadapi masalah. Teknik perilaku yang diajarkan dalam sesi ini berupa relaksasi, deep breathing, cara komunikasi dan sosialisasi yang benar. Pemberian reinforcement positif secara terjadual terhadap pelaksanaan perilaku baru akan meningkatkan penggunaan perilaku baru yang positif tersebut dalam menghadapi masalah.

3.3.1. Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi III CBT: Terapi Perilaku

B. Tujuan

1. Pasien mampu memilih perilaku negatif yang akan dirubah
2. Pasien mampu mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki
3. Pasien mampu mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif
4. Pasien mampu menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat stressor mengalami gempa dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien
5. Pasien mampu menampilkan perilaku yang adaptif dalam mengatasi masalah-masalah yang timbul

C. Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di ruang rawat inap pasien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

D. Alat

1. Format Evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

E. Metode

Diskusi dan tanya jawab

F. Langkah-Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingat kontrak dengan pasien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Orientasi
 - a. Salam terapeutik
Salam dari terapis kepada pasien
 - b. Evaluasi/validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
 - 2) Menanyakan pada pasien tentang kemampuan latihan cara mengatasi pikiran otomatis yang negatif yang sudah dilatih sebelumnya
 - 3) Menanyakan pada pasien apakah pikiran negatif yang pertama dan kedua masih sering muncul dan bagaimana hasil latihan pasien secara mandiri untuk mengatasi pikiran otomatis negatif
 - 4) Memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah.
 - 5) Menanyakan pada pasien perilaku mana yang akan dilatih untuk dirubah pada pertemuan ini
 - c. Kontrak
 - 1) Menyepakati terapi sesi 3

- 2) Menjelaskan tujuan sesi 3 yaitu memilih satu perilaku negatif untuk diubah, mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki, mengidentifikasi perilaku baru yang positif untuk mengatasi perilaku negatif, menyusun rencana tindakan untuk mengatasi perilaku negatif dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien
 - 3) Menyetujui tempat dan waktu
3. Fase Kerja
- a. Terapis mendiskusikan dengan pasien perilaku negatif yang muncul dari pikiran otomatis negatif setelah mengalami kejadian traumatis dan yang sudah dituliskan pada buku harian pasien pada sesi 1.
 - b. Terapis mendiskusikan dengan pasien tentang perilaku negatif yang mau dirubah.
 - c. Terapis bersama pasien mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki pasien
 - d. Terapis menjelaskan tentang cara untuk mengubah satu perilaku negatif dan menggantinya dengan perilaku yang baru (cara berkomunikasi dan interaksi sosial yang benar)
 - e. Terapis menjelaskan pada pasien tentang konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku baru yang dipelajari
 - f. Terapis membantu pasien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
 - g. Terapis bersama pasien membuat komitmen tentang bagaimana pasien dan terapis menerapkan konsekuensi positif dan negatif
4. Terminasi
- a. Evaluasi
 - 1) Terapis menanyakan pada pasien perasaan setelah latihan perilaku positif untuk mengatasi perilaku negatif

- 2) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah menentukan perilaku baru yang dipelajari
 - 3) Terapis menanyakan perilaku negatif lain yang timbul akibat pikiran otomatis yang negatif
- b. Tindak lanjut
- 1) Anjurkan pasien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
 - 2) Bantu pasien memasukkan kegiatan mempraktekkan perilaku baru dalam jadwal kegiatan harian pasien yang diberikan.
- c. Kontrak yang akan datang
- 1) Menyetujui topik percakapan pada sesi 4 yaitu kemampuan pasien merubah perilaku negatif yang kedua menjadi perilaku positif dan menerapkan terapi secara konsisten.
 - 2) Menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien
 - 3) Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 4
5. Evaluasi dan Dokumentasi
- a. Evaluasi proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien.

Format Evaluasi Proses

Sesi 3. CBT: Terapi Perilaku

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1.	Mengidentifikasi perilaku negatif di buku kerja		
2.	Memilih satu perilaku negatif yang akan dirubah.		
3.	Mengidentifikasi perilaku positif untuk merubah kelakuan yang buruk.		
4.	Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengatasi perilaku negatif		
5.	Melakukan latihan perilaku yang baik		

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
6.	Menyebutkan hadiah yang diinginkan jika melakukan kelakuan yang baik		
7.	Menyebutkan sangsi yang akan didapatkan jika melakukan kelakuan buruk		
	Jumlah		

A. Petunjuk:

1. Beri nilai 1 jika: perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika: perilaku tersebut tidak dilakukan

B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai ≥ 4 : pasien dapat melanjutkan ke Sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 3 : pasien harus mengulangi Sesi 3

b. Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat terapi perilaku kognitif pada catatan proses keperawatan. Jika dianggap mampu, catatan keperawatan: pasien mengikuti terapi perilaku kognitif sesi 3, pasien mampu menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan negatif kepada pasien. Pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 4. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti terapi perilaku kognitif sesi 3, pasien belum mampu menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien. Dianjurkan pasien untuk melatih diri secara mandiri/mengulangi sesi 3(buat jadwal).

3.4. Sesi IV CBT: Evaluasi Terapi Kognitif Dan Terapi Perilaku

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

1. *Antecedent*: stimulus atau isyarat yang terjadi sebelum perilaku dan mengarah ke manifestasinya.
2. *Behaviour*/Perilaku: apa yang orang katakan atau tidak katakan atau lakukan.
3. *Consequence*/Konsekuensi: apa efeknya (positif, negatif, atau netral) orang berpikir hasil dari perilaku

Antecedent: dapat mencakup lingkungan fisik, lingkungan sosial, atau perilaku seseorang, perasaan, atau pikiran. Perilaku dapat dipecah menjadi tindakan diskrit atau serangkaian langkah. Konsekuensi dapat dilihat sebagai imbalan kuat atau hukuman dari tindakan seseorang. Jadi masing-masing adalah elemen penting dari penilaian. Contoh dari analisis perilaku adalah sebagai berikut:

- a. Masalah: kecemasan.
- b. Konsekuensi yang ditakuti: takut kehilangan kontrol atau sekarat.
- c. *Antecedent*/kejadian: meninggalkan rumah.
- d. Perilaku: menghindari toko, restoran, dan tempat-tempat umum.
- e. Konsekuensi: pembatasan kegiatan sehari-hari.

Cara lain untuk menilai pengalaman seseorang adalah untuk mempertimbangkan ketiga sistem (Tindakan ABC's) yang berhubungan dalam kerangka terapi:

- a. Afektif: tanggapan emosional atau perasaan.
- b. Perilaku; manifestasi lahiriah dan tindakan
- c. Kognitif: pemikiran tentang situasi

Ketiga unsur tersebut saling terkait dalam menjelaskan perilaku manusia karena sebagai berikut:

- a. Perasaan mempengaruhi pemikiran
- b. Berpikir mempengaruhi tindakan
- c. Tindakan mempengaruhi perasaan

Terapi kognitif dan perilaku yang telah dilatih pada sesi sebelumnya akan dievaluasi pelaksanaannya pada sesi ini. Pasien akan diminta untuk mendemonstrasikan cara merubah pikiran negatif yang mengganggu menjadi pikiran positif dan perilaku negatif menjadi perilaku positif yang dapat diterima oleh orang lain dan lingkungan.

3.4.1. Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi IV CBT: Evaluasi Terapi Kognitif Dan Terapi Perilaku

A. Tujuan

1. Pasien mampu merubah pikiran negatif menjadi pikiran positif
2. Pasien mampu merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif
3. Pasien mampu menerapkan terapi secara konsisten.

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di ruang rawat inap pasien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

C. Alat

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

D. Metode

Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah-Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan kontrak dengan pasien

- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Orientasi
- a. Salam terapeutik
Salam dari terapis kepada pasien
 - b. Evaluasi/validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
 - 2) Menanyakan pada pasien tentang kemampuan melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif dan menyusun rencana perilaku positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien
 - 3) Memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah.
 - c. Kontrak
 - 1) Menyepakati pertemuan sesi 4
 - 2) Menjelaskan tujuan terapi sesi 4 yaitu mengevaluasi:
 - a) kemampuan pasien mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif
 - b) kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif
 - c) kemampuan menerapkan terapi secara konsisten.
 - 3) Menyepakati tempat dan waktu pertemuan sesi 4
3. Fase Kerja
- a. Terapis menanyakan perilaku mana yang akan dipraktekkan sebagai contoh.
 - b. Terapi memberikan konsekuensi sesuai dengan hasil perilaku yang dicontohkan
 - c. Terapis memberikan dukungan dan semangat pada kemajuan yang dicapai pasien
 - d. Terapis memberikan feedback atas kemajuan dan perkembangan terapi.

- e. Terapis mengingatkan pasien untuk menerapkan terapi secara konsisten dengan tetap menggunakan metode 3 (tiga) kolom dalam mengatasi pikiran negatif dan mempraktekkan perilaku baru yang adaptif
 - f. Terapis mengevaluasi pelaksanaan tindakan tingkah laku dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati.
4. Terminasi
- a. Evaluasi
 - 1) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah melaksanakan perilaku baru yang dipelajari
 - 2) Terapis menanyakan pada pasien pikiran positif yang muncul saat ini.
 - 3) Terapis menanyakan pada pasien perilaku baru apa yang akan dilakukan
 - 4) Berikan pujian untuk jawaban pasien
 - b. Tindak lanjut
 - 1) Anjurkan pasien untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan berpikir secara positif
 - 2) Anjurkan pasien untuk tetap menerapkan perilaku baru yang disepakati
 - 3) Anjurkan pasien untuk tetap menerapkan terapi secara konsisten dengan menerapkan metode 3 (tiga) kolom dan melaksanakan perilaku baru yang positif
 - 4) Masukkan kegiatan dalam jadwal kegiatan harian pasien.
 - c. Kontrak yang akan datang
 - 1) Menyepakati topik percakapan sesi 5 yaitu membantu pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi.
 - 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan ke

5. Evaluasi Dan Dokumentasi

a. Evaluasi proses

Evaluasi dilakukan saat proses terapi perilaku kognitif berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan pasien mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati.

Format Evaluasi Proses CBT

Sesi 4. CBT: Evaluasi Terapi Kognitif dan Terapi Perilaku

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal:	Tanggal:
1.	Menuliskan pikiran positif yang dirasakan saat ini		
2.	Mempraktekkan perilaku positif yang disepakati		
3.	Menuliskan hadiah yang diperoleh		
4.	Menuliskan sangsi yang diperoleh		
	Jumlah		

A. Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika: perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika: perilaku tersebut tidak dilakukan

B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai ≥ 3 : pasien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 2 : pasien harus mengulangi sesi

b. Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat terapi perilaku kognitif pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti terapi perilaku kognitif sesi 4, pasien mampu mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah

disepakati. Pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 5. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti terapi perilaku sesi 4, pasien belum mampu mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi yang telah disepakati. Pasien dianjurkan untuk melatih diri secara mandiri /mengulangi sesi 4 (buat jadwal).

3.5. 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 pasien dan 90% dari keluarga mampu melihat gejala kekambuhan penyakit, dan hampir semua pasien 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 pasien dan keluarga menunjukkan periode prodromal yang berlangsung lebih dari 1 minggu, adalah penting bahwa perawat berkolaborasi dengan pasien, keluarga, dan anggota keluarga mengenai terjadinya kambuh.

Mengidentifikasi dan mengelola perilaku dan gejala membantu mengurangi jumlah dan keparahan relaps/kekambuhan. Pengajaran untuk pasien 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 Pasien dalam mencegah kekambuhan (Stuart, 2009):

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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.
- d. 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.
- e. Hindari negatif orang-orang yang mengatakan hal-hal seperti, Anda berpikir gila 'atau "Stop berbicara negatif"

Dalam sesi ini pasien diajarkan cara mencegah kekambuhan dengan menerapkan terapi kognitif dan perilaku dalam setiap kejadian yang mengganggu pasien melalui latihan terjadwal. Pasien juga diajarkan tentang pemahaman terhadap psikofarmaka dalam upaya mencegah kekambuhan.

3.5.1. Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi V CBT: Kemampuan Merubah Pikiran Negatif Dan Perilaku Maladaptif Untuk Mencegah Kekambuhan

A. Tujuan

1. Pasien mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi terutama jika mengalami kejadian traumatis.

2. Pasien mampu memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping terapi perilaku kognitif untuk mencegah kekambuhan reaksi terhadap kejadian traumatis.
3. Pasien mampu mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di ruang rawat inap pasien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

C. Alat

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

D. Metode

Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah-Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan kontrak dengan pasien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Orientasi
 - a. Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis kepada pasien
 - 2) Panggil pasien sesuai nama panggilan
 - b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan tentang kemampuan pasien dalam mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati.
- 2) Menanyakan apakah metode 3 kolom tetap diterapkan dalam mengubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif yang masih muncul.
- 3) Jika sudah, berikan konsekuensi positif dan jika belum, berikan konsekuensi negatif yang disepakati

c. Kontrak

- 1) Menyepakati pertemuan kelima
- 2) Menjelaskan topik percakapan sesi V yaitu
 - a) membantu pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi
 - b) membantu pasien memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan
 - c) melakukan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan
 - d) Menyepakati tempat dan waktu

3. Fase Kerja

- a. Terapis menganjurkan pasien untuk tetap meningkatkan kemampuan untuk menggunakan pikiran positif tentang diri dan berperilaku positif yang telah disepakati
- b. Terapis memberikan konsekuensi positif terhadap pikiran positif dan perilaku adaptif.
- c. Terapis mendiskusikan apa yang akan dilakukan pasien sendiri.
- d. Terapis menganjurkan pasien untuk mencatat kegiatan yang akan dilakukan sendiri

- e. Terapis menjelaskan pada pasien pentingnya terapi lain seperti psikofarmaka dan terapi modalitas lain untuk membantu mencegah kekambuhan apabila mengalami kejadian traumatis pada waktu yang akan datang.
 - f. Terapis menyetujui dengan pasien untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan
 - g. Terapis bersama pasien menyimpulkan untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi.
4. Terminasi
- a. Evaluasi
 - 1) Terapis mengevaluasi kemampuan pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi dan kemampuan pasien memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya selain terapi perilaku kognitif untuk mencegah kekambuhan.
 - 2) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah menyetujui untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan
 - 3) Berikan pujian atas keberhasilan pasien
 - b. Tindak lanjut
 - 1) Anjurkan pasien untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dan aktif membentuk pikiran dan perasaan positif serta berperilaku positif.
 - 2) Catat kegiatan yang dilakukan dalam jadwal kegiatan harian pasien.
 - c. Kontrak yang akan datang
 - 1) Mengakhiri pertemuan untuk terapi perilaku kognitif dan disetujui jika pasien perlu terapi modalitas lainnya.
5. Evaluasi dan Dokumentasi
- a. Evaluasi proses

Evaluasi yang dilakukan saat proses terapi perilaku kognitif berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi, kemampuan pasien memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping terapi perilaku kognitif untuk mencegah kekambuhan, mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan

Format evaluasi proses CBT

Sesi 5. CBT: Kemampuan merubah pikiran negatif dan perilaku negatif untuk mencegah kekambuhan

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1.	Menggunakan pikiran positif dalam menyelesaikan masalah		
2.	Menggunakan perilaku positif dalam menyelesaikan masalah		
3.	Menyebutkan keuntungan jika memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk membantu pasien mengatasi masalah		
4.	Menyebutkan akibat jika penanganan stress akibat gempa jika tidak ditangani segera		
5.	Menyebutkan manfaat pengobatan (jika diperlukan)		
6.	Menyebutkan manfaat terapi modalitas lain untuk kesembuhan		
	Jumlah		

a) Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika: perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika: perilaku tersebut tidak dilakukan

b) Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai ≥ 4 : pasien dapat menyelesaikan sesi terakhir
2. Bila nilai ≤ 3 : pasien harus mengulangi sesi

b. Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat terapi perilaku kognitif pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti terapi perilaku

kognitif Sesi 5, pasien mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi, pasien mampu memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping terapi perilaku kognitif untuk mencegah kekambuhan, pasien mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti terapi perilaku kognitif sesi 5, pasien belum mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi, memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping terapi perilaku kognitif untuk mencegah kekambuhan, melakukan mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan, dianjurkan pasien untuk melatih diri secara mandiri /mengulangi sesi 5 (buat jadwal).

Daftar Pustaka

1. Handayani F, Pudjonarko D. Associated factor and Predictor of Post Stroke Depression after 3 month onset: A Literature Review. 3rd Java International Nursing Conference. Semarang; 2015.
2. Chau JPC, Thompson DR, Chang AM, Woo J, Twinn S, Cheung SK, et al. Depression among Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital. *J Clin Nurs*. 2010;19(21–22):3042–50.
3. Lincoln NB, Brinkmann N, Cunningham S, Dejaeger E, De Weerd W, Jenni W, et al. Anxiety and depression after stroke: a 5 year follow-up. *Disabil Rehabil*. 2013;35(2):140–5.
4. Visser MM, Heijenbrok-Kal MH, Spijker AVT, Oostra KM, Busschbach JJ, Ribbers GM. Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. Elsevier Ltd; 2015;96(8):1492–8.
5. Yuan HW, Wang CX, Zhang N, Bai Y, Shi YZ, Zhou Y, et al. Poststroke Depression and Risk of Recurrent Stroke at 1 Year in a Chinese Cohort Study. *PLoS One*. 2012;7(10).
6. Bartoli F, Lillia N, Crocamo C, Carrá G, Clerici M. Depression after stroke and risk of mortality: a systematic review and meta-analysis. *Stroke Res Treat*. 2013;26(4):1–11.
7. Naess H, Lunde L, Brogger J, Waje-Andreassen U. Depression predicts unfavourable functional outcome and higher mortality in stroke patients: The Bergen Stroke Study. *Acta Neurol Scand*. 2010;122(SUPPL.190):34–8.
8. Hussein N El, Goldstein LB, Peterson ED, Zhao X, Pan W, Olson DM, et al. Depression and Antidepressant Use After Stroke and Transient Ischemic Attack. 2012;
9. Jeffrey A Culli, Andra L Teten, 2008. Brief Cognitive Behaviour Therapy, departemen of veteran affairs
10. Dinas-Kesehatan-Kota-Semarang. 2014. 55p. Profil Kesehatan Kota Semarang 2014. Pandu H, editor. Semarang
11. Öst LG. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2014;61:105–21.
12. Fuentes B, Ortiz X, Sanjose B, Frank a., Díez-Tejedor E. Post-stroke depression: Can we predict its development from the acute stroke phase? *Acta Neurol Scand*. 2009;120(3):150–6.
13. Gbiri C a, Akinpelu a O, Odole a C. Prevalence, pattern and impact of depression on quality of life of stroke survivors. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2010;14(March):198–203.
14. Feng C, Fang M LX. The Neurobiological pathogenesis of pasca-stroke depression. 2014; Available from: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/521349/>
15. Peng L, Zhang X, Kang DY, Liu XT, Hong Q. Effectiveness and safety of Wuling capsule for post stroke depression: A systematic review. *Complement Ther Med*. Elsevier Ltd; 2014;22(3):549–66.

16. Peng Y, Lu Y, Wei W, Yu J, Wang D, Xiao Y, et al. The Effect of a Brief Intervention for Patients with Ischemic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* Elsevier Ltd;2015;24(8):1793–802.



REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202034348, 18 September 2020

Pencipta

Nama : **Ns. Abdul Wakhid, M.Kep., Sp.Kep.J., Ns. Faridah Aini, M.Kep., Sp.KMB.**

Alamat : Kupang Dukuh, RT 03/2, Kelurahan Kupang, Kecamatan Ambarawa, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah, 50612, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah, 50612

Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **Ns. Abdul Wakhid, M.Kep., Sp.Kep.J., Ns. Faridah Aini, M.Kep., Sp.KMB.**

Alamat : Kupang Dukuh, RT 03/2, Kelurahan Kupang, Kecamatan Ambarawa, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah, 50612, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah, 50612

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Modul**

Judul Ciptaan : **MODUL PELAKSANAAN COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY (CBT) (PSIKOTERAPI UNTUK INDIVIDU)**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 18 September 2020, di Kabupaten Semarang

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor pencatatan : 000205018

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL

Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.
NIP. 196611181994031001

LAMPIRAN PENCIPTA

No	Nama	Alamat
1	Ns. Abdul Wakhid, M.Kep., Sp.Kep.J.	Kupang Dukuh, RT 03/2, Kelurahan Kupang, Kecamatan Ambarawa, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah, 50612
2	Ns. Faridah Aini, M.Kep., Sp.KMB.	Dusun Kalibendo, RT 01/1, Desa Candi, Kecamatan Bandungan, Kabupaten Semarang

LAMPIRAN PEMEGANG

No	Nama	Alamat
1	Ns. Abdul Wakhid, M.Kep., Sp.Kep.J.	Kupang Dukuh, RT 03/2, Kelurahan Kupang, Kecamatan Ambarawa, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah, 50612
2	Ns. Faridah Aini, M.Kep., Sp.KMB.	Dusun Kalibendo, RT 01/1, Desa Candi, Kecamatan Bandungan, Kabupaten Semarang



SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Faridah Aini , M.Kep., Sp.KMB.
NIDN : 0629037605 Email : farida.aini29@gmail.com
Fakultas : Kesehatan Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Modul Pelaksanaan Cognitive Behaviour Therapy (CBT) (Psikoterapi untuk Individu)
Penulis : 1. Ns. Abdul Wahid, M.Kep., Sp.Kep.J.
2. Ns. Faridah Aini , M.Kep., Sp.KMB.

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Hasil karya yang saya serahkan ini adalah asli dan belum pernah diajukan di Universitas Ngudi Waluyo maupun di institusi pendidikan lainnya.
2. Hasil karya saya ini bukan saduran/terjemahan melainkan merupakan gagasan, rumusan, dan hasil pelaksanaan penelitian/implementasi karya saya sendiri.
3. Dalam karya saya ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali yang digunakan sebagai acuan dalam naskah dengan menyebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Saya menyerahkan hak non-eksklusif kepada Repository Universitas – Universitas Ngudi Waluyo untuk menyimpan, mengatur akses serta melakukan pengelolaan terhadap karya saya ini.

Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya. Apabila di kemudian hari terbukti ada penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini adalah tanggung jawab saya pribadi, dan saya bersedia menerima sanksi akademik , serta sanksi lain yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Ngudi Waluyo.



Ungaran, 12 Januari 2021

Ns. Faridah Aini, M.Kep., Sp.KMB.