

**TESIS**  
**EFEKTIVITAS *COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY* (CBT)**  
**TERHADAP PENINGKATAN *SELF-CARE BEHAVIORS* PADA PASIEN**  
**DIABETES MELLITUS TIPE 2: A *SYSTEMATIC REVIEW***



**ANDI MUHAMMAD FIQRI MUSLIH DJAYA**  
**R012192003**

**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**MAKASSAR**  
**2022**

**TESIS**  
**EFEKTIVITAS *COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY* (CBT)**  
**TERHADAP PENINGKATAN *SELF-CARE BEHAVIORS* PADA PASIEN**  
**DIABETES MELLITUS TIPE 2: A *SYSTEMATIC REVIEW***



ANDI MUHAMMAD FIQRI MUSLIH DJAYA

R012192003

FAKULTAS KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR

2022

**TESIS**  
**EFEKTIVITAS *COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY* (CBT)**  
**TERHADAP PENINGKATAN *SELF-CARE BEHAVIORS* PADA PASIEN**  
**DIABETES MELLITUS TIPE 2: A *SYSTEMATIC REVIEW***

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh:



**(ANDI MUHAMMAD FIQRI MUSLIH DJAYA)**

**R012192003**

Kepada

FAKULTAS KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2022

TESIS

EFEKTIVITAS *COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY* (CBT) TERHADAP  
PENINGKATAN *SELF-CARE BEHAVIORS* PADA PASIEN DIABETES  
MELLITUS TIPE 2: *A SYSTEMATIC REVIEW*

Disusun dan diajukan oleh

**Andi Muhammad Fiqri Muslih Djaya**

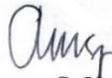
**R012192003**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
Pada Tanggal 10 Februari 2022  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

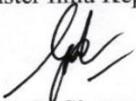
Menyetujui

Komisi Penasihat,

  
Prof. Dr. Elly L. Siattar, S.Kp., M. Kes.  
NIP. 19740422 199903 2 002

  
Andi Masyitha Irwan, S. Kep., Ns., MAN., Ph.D.  
NIP. 19830310 200812 2 002

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Keperawatan

  
Prof. Dr. Elly L. Siattar, S.Kp., M. Kes.  
NIP. 19740422 199903 2 002



Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin

  
Dr. Vivanti Saleh, S.Kp., M. Si.  
NIP. 19680421 200112 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Andi Muhammad Fiqri Muslih Djaya  
NIM : R012192003  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Keperawatan  
Judul : Efektivitas *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT)  
terhadap peningkatan *self-care behaviors* pada pasien  
Diabetes Mellitus Tipe 2: *A Systematic Review*

Menyatakan bahwa tesis saya ini Asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila kemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.



Kassar, 10 Februari 2022  
yang menyatakan,

Andi Muhammad Fiqri Muslih Djaya

## KATA PENGANTAR

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Puji syukur kami panjatkan ke Hadirat Allah Subhana Wata'ala. Atas limpahan Rahmat dan Hidayah-Nya, sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan Hasil Tesis "*EFEKTIFITAS COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (CBT) TERHADAP PENINGKATAN SELF-CARE BEHAVIORS PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2: A Systematic Review*" yang merupakan salah satu syarat dalam penyelesaian pendidikan Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulisan Proposal Tesis yang telah kami susun ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak dan sumber-sumber terkait baik dari pihak keluarga, dosen mata kuliah, maupun rekan-rekan mahasiswa. Ucapan terima kasih kami khusus kepada Ibu Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M. Kes. sebagai Pembimbing I dan Ibu Andi Masyitha Irwan, S. Kep., Ns., MAN., Ph.D. sebagai Pembimbing II atas ketulusan memberikan kepada kami bimbingan dan masukan dalam penyelesaian Hasil Tesis ini.

Dalam penyusunan Hasil Tesis ini, kami menyadari bahwa terdapat beberapa kekurangan baik dari hal penulisan hingga penyusunan tata Bahasa yang belum sesuai dengan kaidah Kamus Besar Bahasa Indonesia. Olehnya itu, kami sebagai penyusun berharap dapat memperoleh masukan baik saran dan kritik yang bersifat membangun agar kami dapat melakukan perbaikan-perbaikan.

Sebagai penutup pada pengantar kami, semoga pembaca yang Budiman dapat memperoleh manfaat dan inspirasi untuk mengimplementasikan keilmuan dalam kehidupan sehari-hari. Terima kasih.

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar,

Februari 2022



Penyusun

## ABSTRAK

**Latar belakang dan tujuan:** *self-care behaviors* memiliki hubungan dengan risiko komplikasi mikrovaskuler dan makrovaskuler. Penelitian telah menunjukkan bahwa perilaku perawatan diri terkait diabetes dapat ditingkatkan melalui pemikiran positif, sikap, dan pengetahuan. Intervensi terapi perilaku kognitif (CBT) dapat menjadi pilihan dalam meningkatkan *self-care behaviors*. Namun, model ideal dan durasi intervensi CBT dan instrumen penilaian yang efektif untuk meningkatkan perilaku perawatan diri belum diketahui. Oleh karena itu, tinjauan ini dirancang untuk menilai efektivitas CBT, termasuk model, durasi, dan instrumen yang tepat, dalam meningkatkan *self-care behaviors* pada pasien diabetes mellitus tipe 2.

**Metode:** Delapan database (yaitu, Scopus, Cochrane Library, PubMed, EBSCO Host, Directory of Open Access Journals, GARUDA, Taylor & Francis, dan Gray Literature) digunakan untuk mengidentifikasi studi yang memenuhi kriteria inklusi, termasuk artikel berbahasa Inggris dan yang diterbitkan dari 2011 hingga 2021. Kualitas artikel dinilai menggunakan The Critical Appraisal Skill Programme, sedangkan penilaian risiko dilakukan menggunakan The Cochrane Risk of Bias Tool.

**Hasil:** Tujuh penelitian uji coba terkontrol secara acak dengan jumlah 368 pasien. Tinjauan ini menunjukkan bahwa CBT secara signifikan efektif dalam meningkatkan *self-care behaviors* secara keseluruhan dan komponennya, termasuk pemantauan glukosa darah, aktivitas fisik, dan kepatuhan pengobatan.

**Kesimpulan:** CBT dengan model individu dan kelompok efektif dalam meningkatkan *self-care behaviors*. Penerapan CBT dengan sesi yang lebih sedikit dan durasi terapi yang lebih pendek juga dapat mempengaruhi komponen *self-care behaviors*.

**Kata kunci:** Diabetes Mellitus Type 2, *Cognitive Behavioral Therapy*, *self-care behaviors*



## ABSTRACT

**Background and aims:** Self-care behaviors have a relationship with the risk of microvascular and macrovascular complications. Research has shown that diabetes-related self-care behaviors can be improved through positive thinking, attitudes, and knowledge. Cognitive behavioral therapy (CBT) interventions can be an option in improving self-care behaviors. However, the ideal model and duration of CBT intervention and an effective assessment instrument to improve self-care behaviors are not yet known. Therefore, this review was designed to assess the effectiveness of CBT, including the appropriate models, duration, and instruments, in improving self-care behavior in patients with type 2 diabetes mellitus.

**Methods:** Eight databases (i.e., Scopus, Cochrane Library, PubMed, EBSCO Host, Directory of Open Access Journals, GARUDA, Taylor & Francis, and Gray Literature) were used to identify studies that met the inclusion criteria, including English-language articles and those published from 2011 to 2021. Article quality was assessed using *The Critical Appraisal Skill Programme*, while risk assessment was performed using *The Cochrane Risk of Bias Tool*.

**Results:** There are seven randomized controlled trials with 368 patients. This review showed that CBT is significantly effective in improving the overall self-care behavior and its components, including blood glucose monitoring, physical activity, and medication compliance.

**Conclusion:** CBT using an individual and group model are effective in improving self-care behaviors. The application of CBT with fewer sessions and shorter duration of therapy can affect the components of self-care behaviors.

**Keywords:** *Type 2 Diabetes Mellitus, Cognitive Behavioral Therapy, Self-Care Behaviors*



## DAFTAR ISI

TESIS EFEKTIVITAS <i>COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY</i> (CBT) TERHADAP PENINGKATAN <i>SELF-CARE BEHAVIORS</i> PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2: <i>A SYSTEMATIC REVIEW</i>	
TESIS EFEKTIVITAS <i>COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY</i> (CBT) TERHADAP PENINGKATAN <i>SELF-CARE BEHAVIORS</i> PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2: <i>A SYSTEMATIC REVIEW</i> .....	i
TESIS EFEKTIVITAS <i>COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY</i> (CBT) TERHADAP PENINGKATAN <i>SELF-CARE BEHAVIORS</i> PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2: <i>A SYSTEMATIC REVIEW</i> .....	ii
TESIS EFEKTIVITAS <i>COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY</i> (CBT) TERHADAP PENINGKATAN <i>SELF-CARE BEHAVIORS</i> PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2: <i>A SYSTEMATIC REVIEW</i> .....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS .....	iv
KATA PENGANTAR .....	i
ABSTRAK .....	ii
ABSTRACT .....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
DAFTAR TABEL .....	vi
DAFTAR GAMBAR DAN DIAGRAM .....	vii
DAFTAR LAMPIRAN .....	viii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Review .....	6
D. Pernyataan Orisinalitas .....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	9
A. <i>Diabetes Mellitus</i> .....	9
.....	17
B. <i>Cognitive Behavioral Therapy</i> .....	18

C. <i>Self-Care Behaviors</i> .....	42
D. <i>Systematic Review</i> .....	46
E. Kerangka Teori .....	49
BAB III KERANGKA KONSEP.....	50
A. Desain.....	50
B. Kriteria Studi yang dipilih.....	51
C. Informasi Pencarian.....	51
D. Strategi Pencarian.....	52
E. Seleksi Artikel .....	59
F. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	60
G. Pengkajian Kualitas.....	60
H. Penilaian Resiko <i>Bias</i> .....	60
I. Ekstraksi Data .....	60
J. Analisis Data.....	61
K. Etika <i>Systematic Review</i> .....	61
BAB IV HASIL.....	62
A. Studi Seleksi.....	62
B. Penilaian Kelayakan Studi.....	64
C. Hasil Studi .....	64
D. Penilaian Resiko <i>Bias</i> .....	87
E. Penilaian Resiko <i>Bias</i> .....	88
BAB V DISKUSI.....	89
A. Ringkasan Bukti .....	89
B. Keterbatasan .....	92
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....	94
A. Kesimpulan.....	94
B. Saran .....	94
DAFTAR PUSTAKA .....	xcv
LAMPIRAN.....	cv

## DAFTAR TABEL

Table II-1. Manajemen Medis dan Manajemen Olahraga .....	14
Table II-2. Sinyal Peringatan Stress (Dossey & Keegan, 2013).....	23
Table II-3. Menantang Stres dan Menang-Berhenti, Ambil Nafas, Renungkan, Pilih (Dossey & Keegan, 2013).....	23
Table II-4. Distorsi Kognitif .....	29
Table II-5. Masalah Kesehatan yang berhasil ditangani dengan CBT.....	37
Table III-1. Formula PICOT .....	50
Table III-2. Keywords Pencarian Artikel pada Database.....	53
Table III-3. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	60
Table IV-1. Karakteristik Artikel.....	64
Table IV-2. Dampak dan Efektivitas Intervensi CBT terhadap Peningkatan self-care behaviors .....	82
Table IV-3. Efektivitas Intervensi CBT terhadap Outcome Lainnya .....	85
Table IV-4. CASP RCT (CASP-UK, 2018).....	86
Table IV-5. Level Evidence dan Quality Guides (Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice).....	88
Table IV-6. Penilaian Resiko Bias (Higgins et al., 2019).....	88

## **DAFTAR GAMBAR DAN DIAGRAM**

Diagram 1. Penyimpangan Konsep Dasar Medis .....	16
Diagram 2. Penyimpangan Konsep Dasar Medis Lanjutan .....	17
Diagram 3. Kerangka Teori.....	49

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. **TOOLS PENILAIAN KUALITAS ARTIKEL CASP RCT**

Lampiran 2. Tools Risk of Bias

Lampiran 3. Accepted Artikel

Lampiran 4. Submitted Artikel

Lampiran 5. Rekomendasi Persetujuan Etik

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*Diabetes Mellitus* (DM) adalah gangguan *metabolic* kronik yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya sehingga mengganggu metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak (ADA, 2020). Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) (2019), jumlah kejadian DM terus meningkat. Sedikitnya 463 juta orang usia 20-79 tahun di dunia menderita DM pada tahun 2019, jumlah tersebut diprediksi meningkat hingga mencapai 578 juta pada tahun 2030 dan 700 juta pada tahun 2045 (IDF, 2019). *International Diabetes Federation* (IDF) (2019), memproyeksikan daftar 10 negara penderita DM terbanyak untuk usia 20-79 tahun di dunia, negara yang menempati urutan ketiga teratas adalah Cina (116,4 juta), India (77 juta), dan Amerika (31 juta). Indonesia menempati urutan ketujuh dengan jumlah penderita DM yaitu 10,7 juta jiwa dan menjadi satu-satunya negara dari Asia Tenggara (IDF, 2019). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, melaporkan adanya peningkatan prevalensi DM di Indonesia salah satunya di Sulawesi Selatan (1,7%) (Riskesdas, 2018). Sekitar 90% sampai 95% penderita DM termasuk dalam klasifikasi *Diabetes Mellitus Tipe 2* (DMT2) (WHO, 2019).

Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) menyatakan bahwa DMT2 terjadi karena penurunan sensitivitas insulin (PERKENI, 2019). Oleh karena itu, penurunan sensitivitas insulin akhirnya menyebabkan peningkatan kadar glukosa (*Hyperglycaemia*) baik di pembuluh darah maupun di arteri (DeLaune & Ladner, 2011). DMT2 merupakan masalah kesehatan yang berhubungan dengan perubahan pola makan, aktivitas fisik, gaya hidup, dan perilaku tidak sehat (WHO, 2019). Depresi berat umumnya terjadi dua kali lebih banyak pada pasien DMT2 dibandingkan dengan orang sehat (Nash, 2013; Roy & Lloyd, 2012). Sekitar 15-20% pasien DM yang mengalami depresi berdampak pada *self-care behaviors* seperti masalah perilaku diet, *physical activity*, *monitoring glucose*, dan perawatan kaki (Gonzales et al., 2007).

*Self-care behaviors* yang tidak efektif dapat meningkatkan terjadinya komplikasi *microvascular* (36%) dan *macrovascular* (25%) (Lin et al., 2010). Komplikasi *macrovascular* meliputi penyakit jantung koroner, pembuluh darah otak

dan penyakit arteri perifer (IDF, 2019; Kreider, 2017). Sedangkan, gangguan *retinopathy*, *nephropathy*, dan *neuropathy* disebabkan oleh komplikasi *microvascular* (Clark & Asimakopoulou, 2005; PERKENI, 2019; Smeltzer et al., 2010). Sebanyak 50% pasien DM berisiko mengalami komplikasi *diabetic foot* (Syahrul & Narmawan, 2021). Komplikasi berdampak pada kegagalan tubuh dalam mengontrol nilai *Hemoglobin Glycosylated* (HbA1c) (O'Connor et al., 2012; van Dooren et al., 2013), dan pengaturan *Body Mass Index* (BMI) (Golden et al., 2008; Jonge et al., 2010). Terdapat 45% pasien DMT2 dapat mengalami *distress diabetes* (Fisher et al., 2012). *Distress diabetes* menyebabkan masalah pada *self-care behaviors* (Fisher et al., 2010), stress, rasa bersalah atau penyangkalan (Kreider, 2017), penurunan fungsi *cognitive* (Young-hyman et al., 2016), dan penurunan *Quality of Life* (QOL) (IDF, 2019).

Intervensi untuk meningkatkan *self-care behaviors* diperlukan untuk mencegah peningkatan morbiditas dan mortalitas pada pasien DM (PERKENI, 2019). Oleh karena itu, program yang dapat dilakukan untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas berdasarkan Nam et al., (2011), adalah program modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologis. Penggunaan terapi farmakologis dilakukan berdasarkan Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia seperti *Antihyperglycemic Oral*, *Injection*, dan Kombinasi keduanya (PERKENI, 2019). Terapi farmakologis umumnya menggunakan jenis dan jumlah obat yang banyak serta mekanisme kerja yang berbeda sehingga dapat menimbulkan berbagai efek samping seperti *dispepsia*, diare, *oedema*, muntah hingga infeksi saluran kemih (PERKENI, 2019). Selain itu, efek samping obat dipahami sebagai racun dan jalan terakhir pengobatan yang mengganggu *self-care behaviors* (Wahyuningrum et al., 2020).

Gangguan *metabolic* seperti DMT2 merupakan masalah kesehatan yang dapat ditangani melalui program perawatan (Guyton & Hall, 2006). Oleh karena itu, perlu modifikasi gaya hidup sebagai langkah awal untuk menurunkan gejala atau mencegah komplikasi (PERKENI, 2019). Pemberian intervensi terstruktur pada pasien DMT2 dengan teknik tatap muka dan telepon dapat digunakan untuk memantau *control glycaemic* (Irnawan & Syahrul, 2020). 50% pasien DM berisiko mengalami komplikasi *diabetic foot*, hal ini berkaitan dengan usia pasien yang lebih tua dan menderita DM lebih dari lima tahun. Studi *Diabetes Prevention Programme* (DPP) menyatakan

bahwa modifikasi gaya hidup yang rutin menurunkan insiden DMT2 sekitar 58% (DPP, 2002). Modifikasi gaya hidup juga dapat menghasilkan perilaku *adaptive* (ADA, 2020). Model intervensi seperti *Standar Behavioral Therapy* (SBT) merupakan terapi perilaku yang mengarah pada perbaikan fisik dan mental namun aspek *cognitive* tidak menjadi prioritas dalam penatalaksanaannya (Fabricatore, 2007). Sedangkan menurut J. S. Beck, (2011), aspek *cognitive* dalam program terapi diperlukan sebagai upaya perbaikan proses berfikir.

Selain itu, terdapat model intervensi seperti *Diabetes Education and Support* (DES) yang dilakukan dengan memantau kondisi kesehatan pasien dalam memperoleh solusi dari masalah kesehatan seperti menceritakan pengalaman sejak didiagnosis, peninjauan pola diet, dan kepatuhan terhadap program pengobatan (Inouye et al., 2015). Akan tetapi, pendekatan psikososial dan peningkatan *cognitive* tidak menjadi prioritas (Azami et al., 2018). Sedangkan Wahyuningrum et al., (2020), menyatakan bahwa untuk mengubah perilaku pada pasien DMT2 memerlukan pendekatan psikososial.

Modifikasi gaya hidup dengan pendekatan psikososial dapat memberikan pengaruh terhadap perilaku. Fungsi kognitif yang ditingkatkan dengan program terapi dapat mencegah masalah kognitif yang mengganggu *self-care behaviors*. *Self-care behaviors* memiliki hubungan dengan *self-efficacy* pasien, dimana *self-care behaviors* akan meningkat seiring dengan peningkatan *self-efficacy* (Pakaya et al., 2021). Oleh karena itu, terapi *cognitive* diperlukan untuk mengubah cara berfikir yang menjadi realistis (Berk et al., 2018), memberikan perilaku *adaptive* jangka panjang (Bulechek et al., 2013; Smeltzer et al., 2010), dan memudahkan dalam menghadapi penyakit (ADA, 2020). Terapi *cognitive* yang diberikan meliputi metode pemecahan masalah (Fabricatore, 2007), dan restrukturisasi pikiran *maladaptive* (Beck, 2011). Perawat sebagai *educator* (Pendidik) dan *counselor* (Penasehat) diharapkan dapat memberikan *supportive-educative system* dalam bentuk restrukturisasi *cognitive* (modifikasi pola pikir) (Alligood, 2014). Perawat harus memberikan intervensi yang tepat kepada pasien DMT2 untuk mencegah komplikasi (Syahrul & Narmawan, 2021). Perawat dapat membantu pasien DMT2 meningkatkan *self-care behaviors* dengan

menggunakan pendekatan terapi perilaku kognitif atau *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT).

CBT merupakan terapi yang mengarahkan pasien untuk mengevaluasi dan memodifikasi pola pikir tentang citra diri (Carpenter et al., 2019), memfasilitasi dan menghasilkan perilaku *adaptive* jangka panjang (Beck, 2011; Berk et al., 2018). Berdasarkan *Nursing Intervention Classification* (NIC), restrukturisasi *cognitive* merupakan terapi yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mengubah pola pikir yang menyimpang dan tidak realistis (Bulechek et al., 2013). CBT merupakan model pendekatan terstruktur dan interaktif (Beck, 2011), menekankan pada teknik berfikir, merasakan dan berperilaku adaptif dalam pengendalian kesadaran diri (PPNI, 2018). CBT menekankan pada kemampuan komunikasi terapeutik dan *empathy* (Dossey & Keegan, 2013). Penatalaksanaan CBT memerlukan perawat yang terampil dan pasien yang berkomitmen untuk meningkatkan kesadaran ketika tanda-tanda distress penyakit muncul, pikiran otomatis (*automatic thought*), distorsi kognitif, dan keterampilan memilih strategi koping yang lebih efektif (Dossey & Keegan, 2013).

Beberapa penelitian tentang CBT telah dilakukan. Alshehri et al. (2020) menyimpulkan bahwa, CBT menunjukkan efek yang bermakna secara klinis pada nilai HbA1c, kelelahan, dan peningkatan *self-care behaviors* pada pasien DMT2 yang disertai gejala *insomnia* di Saudi Arabia (Oktober 2018-Mei 2019). CBT juga dapat mengatasi masalah *obesitas*, psikososial dan kualitas hidup pada remaja di Iran (Miri et al., 2019). Selain itu, CBT dapat meningkatkan *self-efficacy* dan *self-care behaviors* pada pasien Hipertensi di Indonesia (Oktober-Desember 2014) (Datak et al., 2018). Can, (2019), juga menemukan bahwa CBT dapat meningkatkan *self-efficacy* dan menurunkan tingkat kecemasan hingga depresi pada pasien dengan gangguan penggunaan alkohol di Turki (Februari 2015-Agustus 2015). Meskipun berbagai penelitian telah dilakukan, efektivitas penerapan CBT pada pasien khususnya DMT2 belum mampu dijelaskan. Oleh karena itu, perlu dilakukan tinjauan secara sistematis untuk melihat efektivitas terhadap *self-care behaviors* pada pasien DMT2.

Tinjauan tentang CBT telah banyak dilakukan. Pada studi *meta-analysis of randomized control trial* yang dilakukan oleh Yang et al., melaporkan bahwa intervensi berbasis CBT efektif untuk meningkatkan kontrol *glycaemic* dan gejala

depresi pada pasien dengan DM (Yang et al., 2020). Namun, kombinasi dari beberapa faktor termasuk kondisi klinis (tidak berfokus pada pasien DMT2) dan intervensi CBT yang dikombinasikan dengan intervensi lain menyebabkan populasi yang tidak homogen. Selain itu, hasil yang disajikan hanya pada efek pasca-intervensi dan tidak melaporkan temuan tindak lanjut sehingga tidak ada bukti bahwa CBT memiliki efek jangka panjang pada kontrol *glycaemic* dan hasil psikologis lainnya. Adapun studi *review* yang dilakukan oleh Uchendu & Blake melaporkan manfaat CBT terhadap perawatan diabetes (Uchendu & Blake, 2017). Namun, hasil penelitian ini tidak menjelaskan model CBT yang cocok untuk pasien DMT2 baik secara kelompok, individu, tatap muka, via telepon, maupun via internet. Selain itu, model dan durasi intervensi CBT yang tepat dan instrumen penilaian yang efektif untuk meningkatkan *self-care behaviors* belum diketahui secara jelas. Berdasarkan hal tersebut, tinjauan sistematis ini dirancang untuk menilai efektivitas CBT, termasuk model, durasi, dan instrumen yang sesuai, dalam meningkatkan *self-care behaviors* pada pasien DMT2.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan data IDF (2019), prevalensi DM di Indonesia akan meningkat setiap tahunnya sekitar 10,7 juta. Pasien DM beresiko mengalami ketakutan akan komplikasi yang menyebabkan penghindaran kognitif dan perilaku yang tidak sesuai (Nash, 2013). *Self-care behaviors* yang buruk dapat mengakibatkan terjadinya MDD dan DD (Kreider, 2017). Masalah lain yang diperoleh pasien DM adalah komplikasi yang dapat menyebabkan kematian (Smeltzer et al., 2010).

Berdasarkan Smeltzer et al., (2010), pencegahan komplikasi pasien DM dapat dilakukan melalui terapi farmakologis dan modifikasi gaya hidup. Namun sampai saat ini, pencegahan komplikasi hanya bergantung pada terapi farmakologis yang tidak dapat menyelesaikan masalah pasien secara keseluruhan (Wahyuningrum et al., 2020). Selain itu, eksplorasi modifikasi gaya hidup individu dan lingkungan belum mampu dilakukan dengan maksimal (ADA, 2020). Namun, melalui modifikasi gaya hidup dengan mengeksplorasi *cognitive* dan *behaviors* dapat meningkatkan keberhasilan sebuah program terapi (Beck, 2011).

Salah satu program untuk menurunkan prevalensi selain terapi farmakologis adalah modifikasi gaya hidup dengan pendekatan CBT (Kreider, 2017). CBT

merupakan model terapi dengan menekankan perubahan cara berfikir yang *adaptive* yang menghasilkan *self-care behaviors* yang baik (Safren et al., 2014). Berbagai intervensi telah direkomendasikan oleh IDF dalam meningkatkan *self-care behaviors* pasien DMT2 (IDF, 2019). Namun meningkatnya insiden dan prevalensi DMT2 dari berbagai negara menunjukkan perlunya perhatian dan bukti ilmiah tentang efektivitas terapi khususnya CBT terhadap *self-care behaviors*. Berdasarkan rumusan masalah tersebut, pertanyaan *review* pada tinjauan sistematis ini adalah bagaimana efektivitas *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) terhadap peningkatan *Self-care behaviours* pada pasien DMT2?

### C. Tujuan Review

Kajian sistematis yang dilakukan pada review ini berdasarkan pada:

1. Menilai efektivitas CBT berdasarkan model dan durasi intervensi.
2. Mengidentifikasi instrumen pengukuran *self-care behaviors* pada pasien DMT2.
3. Mengidentifikasi *outcome* lain yang menggunakan intervensi CBT.

### D. Pernyataan Orisinalitas

Beberapa penelitian tentang CBT telah dilakukan. Alshehri et al. (2020) menyimpulkan bahwa, CBT menunjukkan efek yang bermakna secara klinis pada nilai HbA1c, kelelahan, dan peningkatan *self-care behaviors* pada pasien DMT2 yang disertai gejala *insomnia* di Saudi Arabia (Oktober 2018-Mei 2019). CBT juga dapat mengatasi masalah *obesitas*, psikososial dan kualitas hidup pada remaja di Iran (Miri et al., 2019). Selain itu, CBT dapat meningkatkan *self-efficacy* dan *self-care behaviors* pada pasien Hipertensi di Indonesia (Oktober-Desember 2014) (Datak et al., 2018). Can, (2019), juga menemukan bahwa CBT dapat meningkatkan *self-efficacy* dan menurunkan tingkat kecemasan hingga depresi pada pasien dengan gangguan penggunaan alkohol di Turki (Februari 2015-Agustus 2015). Meskipun berbagai penelitian telah dilakukan, efektivitas penerapan CBT pada pasien khususnya DMT2 belum mampu dijelaskan. Oleh karena itu, perlu dilakukan tinjauan secara sistematis untuk melihat efektivitas terhadap *self-care behaviors* pada pasien DMT2.

Tinjauan tentang CBT telah banyak dilakukan. Pada studi *meta-analysis of randomized control trial* yang dilakukan oleh Yang et al., melaporkan bahwa intervensi berbasis CBT efektif untuk meningkatkan kontrol *glycaemic* dan gejala

depresi pada pasien dengan DM (Yang et al., 2020). Namun, kombinasi dari beberapa faktor termasuk kondisi klinis (tidak berfokus pada pasien DMT2) dan intervensi CBT yang dikombinasikan dengan intervensi lain menyebabkan populasi yang tidak homogen. Selain itu, hasil yang disajikan hanya pada efek pasca-intervensi dan tidak melaporkan temuan tindak lanjut sehingga tidak ada bukti bahwa CBT memiliki efek jangka panjang pada kontrol *glycaemic* dan hasil psikologis lainnya. Adapun studi *review* yang dilakukan oleh Uchendu & Blake melaporkan manfaat CBT terhadap perawatan diabetes (Uchendu & Blake, 2017). Namun hasil penelitian ini tidak menjelaskan model CBT yang cocok untuk pasien DMT2 baik secara kelompok, individu, tatap muka, via telepon, maupun via internet.

CBT memiliki keunggulan dan manfaat yang lebih baik dalam mengubah cara berpikir menjadi lebih realistis untuk menghasilkan perilaku yang lebih baik. Namun, model dan durasi intervensi CBT yang tepat dan instrumen penilaian yang efektif untuk meningkatkan perilaku perawatan diri belum diketahui. Oleh karena itu, tinjauan ini dirancang untuk menilai efektivitas CBT, termasuk model, durasi, dan instrumen yang sesuai, dalam meningkatkan *self-care behaviors* pada pasien DMT2. Penulis melakukan pencarian *literature* berdasarkan Formula PICO yang meliputi pasien DMT2 sebagai *population*, CBT sebagai *intervention*, *no* atau *any intervention* sebagai *comparison*, dan *self-care behaviors* sebagai *Outcome*.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. *Diabetes Mellitus*

*Diabetes Mellitus* (DM) adalah gangguan *metabolic* kronik yang mengganggu metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak (ADA, 2020). Insulin berfungsi mempertahankan kadar glukosa darah dan membantu kadar lemak darah dalam keadaan normal (Ignatavicius & Workman, 2016).

Menurut WHO (2019), Insiden dan prevalensi DM di dunia meningkat setiap tahun. Organisasi IDF (2019) memproyeksikan daftar 10 negara dengan penderita DM terbanyak di dunia usia 20-79 tahun, negara yang menempati urutan ketiga teratas adalah Cina 116,4 juta, India 77 juta dan Amerika 31 juta. Indonesia menempati urutan ketujuh dengan jumlah penderita DM terbanyak yaitu 10,7 juta dan menjadi satu-satunya negara dari Asia Tenggara (IDF, 2019). Prevalensi DM pada seluruh provinsi di Indonesia meningkat salah satunya di Sulawesi Selatan sebesar 1,7% (Riskesmas, 2018).

##### 1. Definisi

DM adalah penyakit *metabolic* ditandai dengan peningkatan kadar glukosa (*hyperglycaemia*) akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (ADA, 2020). Umumnya, sejumlah glukosa tersirkulasi di dalam darah. Sumber utama glukosa adalah penyerapan makanan yang dicerna di saluran pencernaan dan pembentukan oleh hati (Smeltzer et al., 2010). DM terjadi karena disfungsi sel beta pankreas sehingga berdampak pada penurunan produksi insulin dan mengganggu metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein (Johnson et al., 2020; Smeltzer et al., 2010; Timby & Smith, 2010).

##### 2. Klasifikasi

**DMT1** merupakan kerusakan *sel beta* pankreas karena faktor genetik, *autoimmune*, dan lingkungan (ADA, 2020). Respon *autoimmune* pada DMT1 merupakan respon *abnormal* ketika antibodi diarahkan ke jaringan normal tubuh sehingga tubuh menganggap antibodi sebagai benda asing (Smeltzer et al., 2010). Kerusakan *sel beta* mengakibatkan penurunan produksi insulin, produksi glukosa tidak terkendali oleh hati, dan *hiperglikemia* puasa. Selain itu, glukosa yang berasal

dari makanan tidak dapat disimpan di hati dan tetap berada di aliran darah yang menyebabkan *hiperglikemia postprandial*.

Jika konsentrasi glukosa dalam darah melebihi 180 hingga 200 mg/dL (9,9 hingga 11,1 mmol/L), ginjal tidak dapat menyerap kembali glukosa yang disaring sehingga glukosa muncul dalam *urine (glukosuria)*. Ekskresi glukosa disertai dengan kehilangan cairan dan elektrolit berlebihan (*diuresis osmotik*) (Smeltzer et al., 2010). Defisiensi insulin yang berperan menghambat pemecahan glukosa yang disimpan (*glikogenolisis*) dan produksi glukosa baru dari asam amino dan substrat lain (*gluconeogenesis*) tidak terkontrol sehingga terjadi *hiperglikemia*. Selain itu, pemecahan lemak mengakibatkan peningkatan produksi badan keton (Smeltzer et al., 2010).

**DMT2** adalah resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin mengacu pada penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin. Umumnya, insulin mengikat reseptor khusus pada permukaan sel dan memulai serangkaian reaksi yang terlibat dalam metabolisme glukosa. Pada DMT2, reaksi *intracellular* ini berkurang, sehingga membuat insulin kurang efektif merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan dan mengatur pelepasan glukosa oleh hati. Faktor genetik dianggap memiliki pengaruh terjadinya DMT2 (Smeltzer et al., 2010). Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah penumpukan glukosa dalam darah, peningkatan jumlah insulin harus dikeluarkan untuk menjaga kadar glukosa tetap normal. Sindrom metabolik terjadi karena dipengaruhi oleh hipertensi, *hypercholesterolemia*, dan berat badan melebihi batas normal (*Obesitas*) (Smeltzer et al., 2010).

Jika *sel-beta* tidak dapat mengimbangi peningkatan insulin, kadar glukosa meningkat dan DMT2 berkembang. Meskipun sekresi insulin terganggu, terdapat cukup insulin yang dapat mencegah pemecahan lemak dan produksi keton yang menyertai. Oleh karena itu, *Diabetic Keto Acidosis/DKA* biasanya tidak terjadi pada DMT2. Namun, DMT2 yang tidak terkontrol menyebabkan masalah akut seperti *sindrom nonketotic hiperglikemia hyperosmolar*. Karena DMT2 berhubungan dengan intoleransi glukosa progresif yang lambat, gejala awal tidak dapat diketahui. Jika pasien mengalami gejala, seringkali gejala tersebut ringan seperti kelelahan,

mudah marah, *polyuria*, *polydipsia*, luka kulit tidak sembuh dengan baik, infeksi vagina, atau penglihatan kabur (Smeltzer et al., 2010). Sekitar 75% DM2 terdeteksi secara kebetulan melalui tes laboratorium rutin atau pemeriksaan *ophthalmoscopy*. Salah satu dampak dari diabetes yang tidak terdeteksi adalah komplikasi jangka panjang seperti penyakit mata, *neuropathy perifer* dan penyakit pembuluh darah *perifer* (ADA, 2020).

**GDM** adalah intoleransi glukosa yang terjadi selama kehamilan karena sekresi hormon plasenta. GDM terjadi sebanyak 14% wanita hamil dan meningkatkan risiko gangguan hipertensi selama kehamilan (ADA, 2020). Wanita yang dianggap berisiko tinggi GDM (obesitas, riwayat pribadi GDM, glukosuria, atau riwayat diabetes keluarga yang kuat) harus mengikuti *screening* glukosa darah pada kunjungan pranatal pertama. Jika wanita berisiko tinggi ini tidak mengalami GDM pada *screening* awal, maka harus dilakukan pemeriksaan ulang pada usia kehamilan 24 dan 28 minggu. Pengujian tidak secara khusus direkomendasikan untuk wanita yang diidentifikasi berisiko rendah. Wanita berisiko rendah adalah mereka yang memenuhi semua kriteria seperti usia kurang dari 25 tahun, berat badan normal sebelum hamil, anggota kelompok etnis dengan prevalensi GDM rendah, tidak ada riwayat toleransi glukosa *abnormal*, tidak diketahui riwayat diabetes sejak awal, genetik dan tidak ada riwayat hasil *obstetric* yang buruk (ADA, 2020).

Wanita berisiko tinggi harus menjalani tes toleransi glukosa oral (OGTT) atau tes tantangan glukosa (GCT) diikuti oleh OGTT pada wanita yang melebihi nilai ambang glukosa 140 mg/dL (7,8 mmol/L) (ADA, 2020). Penatalaksanaan awal meliputi modifikasi diet dan pemantauan glukosa darah. Jika *hyperglycaemia* berlanjut, insulin diresepkan. Target kadar glukosa darah selama kehamilan adalah 105 mg/dL (5,8 mmol/L) atau kurang sebelum makan dan 130 mg/dL (7,2 mmol/L) atau kurang 2 jam setelah makan (ADA, 2020). Setelah melahirkan, kadar glukosa darah pada wanita GDM biasanya kembali normal. Namun, sebagian besar wanita yang menderita GDM akan mengalami DM2 di kemudian hari. Oleh karena itu, wanita yang pernah mengalami GDM harus diberi konseling untuk menjaga berat badan ideal dan berolahraga secara teratur (Smeltzer et al., 2010).

### 3. Pathophysiology

Insulin di sekresi oleh *sel beta*, salah satu dari empat jenis sel di *Langerhans* pada pankreas. Insulin merupakan hormon *anabolic* atau media penyimpanan (Smeltzer et al., 2010). Ketika mengonsumsi makanan, sekresi insulin meningkat dan memindahkan glukosa dari darah menuju otot, hati, dan sel lemak. Insulin akan mengangkut dan melakukan metabolisme glukosa sebagai energi, merangsang penyimpanan glukosa di hati dan otot dalam bentuk glikogen, memberi sinyal pada hati menghentikan pelepasan glukosa, meningkatkan penyimpanan lemak makanan di jaringan adiposa, mempercepat pengangkutan asam amino ke dalam sel yang berasal dari protein makanan, menghambat pemecahan glukosa, protein dan lemak yang disimpan (Smeltzer et al., 2010).

Selama periode puasa (setelah makan malam hingga pagi hari), pankreas melepaskan sejumlah kecil insulin (insulin basal). Hormon pankreas lain yaitu glukagon yang disekresikan oleh *sel alfa* dari pulau *Langerhans* terbangun kembali ketika kadar glukosa darah menurun dan menstimulasi hati melepaskan glukosa yang tersimpan. Insulin dan glukogen mempertahankan tingkat glukosa yang konstan dalam darah dengan merangsang pelepasan glukosa dari hati (Smeltzer et al., 2010). Pada awalnya, hati melakukan produksi glukosa melalui pemecahan glikogen atau *glikogenolisis*. Setelah 8-12 jam tanpa makanan, hati membentuk glukosa dari hasil pemecahan zat non-karbohidrat, termasuk asam amino atau *gluconeogenesis* (Smeltzer et al., 2010).

### 4. Manifestasi Klinis

*Polyuria* (peningkatan buang air kecil) dan *polydipsia* (peningkatan rasa haus) terjadi sebagai akibat hilangnya cairan tubuh berlebih yang terkait dengan *diuresis osmotik*. *polyphagia* (nafsu makan meningkat) terjadi akibat keadaan *katabolic* yang disebabkan oleh defisiensi insulin dan pemecahan protein hingga lemak. Gejala lain yaitu kelelahan, kelemahan, penurunan fungsi penglihatan mendadak, kesemutan atau mati rasa di tangan atau kaki, kulit kering, lesi atau luka kulit yang lambat sembuh, dan infeksi berulang. (Smeltzer et al., 2010).

## 5. Komplikasi Akut

a. *Hypoglycaemia*

b. *Hyperglycaemic Hyperosmolar nonketotic syndrome*

## 6. Komplikasi Kronis

a. Komplikasi *Macrovascular*

b. Komplikasi *Microvascular*

1) *Diabetic Retinopathy*

2) *Diabetic Nephropathy*

3) *Diabetic Neuropathies*

4) Masalah kaki dan tungkai

## 7. Pemeriksaan dan Hasil Diagnostik

*Hyperglycaemia* adalah kriteria mendiagnosis DM. *Fasting Plasma Glucose* (FPG), Glukosa Plasma Acak, dan kadar glukosa 2 jam setelah memperoleh glukosa dapat digunakan. OGTT dan pemeriksaan kadar glukosa melalui *intravena* (IV) tidak direkomendasikan untuk penggunaan klinis rutin (Smeltzer et al., 2010).

## 8. Pencegahan

Modifikasi gaya hidup yang sesuai dapat dilakukan. Resiko tinggi DMT2 yang tidak memiliki hasil diagnostik seperti Indeks Massa Tubuh (IMT) lebih dari 24 kg/m<sup>2</sup>, mengalami peningkatan kadar gula darah puasa (GDP) dan gula darah 2 jam *postprandial* (GD2PP) wajib memperoleh informasi tentang perilaku hidup sehat ketat dengan mengonsumsi *metformin* (Smeltzer et al., 2010).

## 9. Manajemen Medis

Pengobatan DM bertujuan menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah untuk mengurangi komplikasi *vascular* (Smeltzer et al., 2010), *retinopathic*, *nephropathic*, dan *neuropathy* (ADA, 2020). Perawatan intensif dengan memantau injeksi sebanyak tiga hingga empat injeksi insulin per hari atau infus insulin melalui lapisan di bawah kulit (Smeltzer et al., 2010).

Table II-1. Manajemen Medis dan Manajemen Olahraga

---

Pendidikan Kesehatan	Mengembangkan rencana pendidikan DM Menilai kesiapan untuk belajar Mengajar pasien yang berpengalaman Mengajar pasien untuk menggunakan insulin
Promosi kesehatan keluarga dan komunitas	Promosi perawatan diri Perawatan berkelanjutan
Terapi nutrisi	Perencanaan makanan dan hal-hal yang terkait Masalah diet lainnya
Olah raga	Olah raga yang direkomendasikan Olah raga pencegahan
Pemantauan Kadar glukosa dan keton	<i>Self-monitoring of blood glucose</i> <i>Continuous glucose monitoring system</i> <i>Testing for glycated hemoglobin</i> <i>Testing for ketones</i>
Terapi Farmakologis	<i>Insulin Therapy</i> <i>Oral Antidiabetic Agents</i> <i>Other Pharmacologic Therapy</i>

---



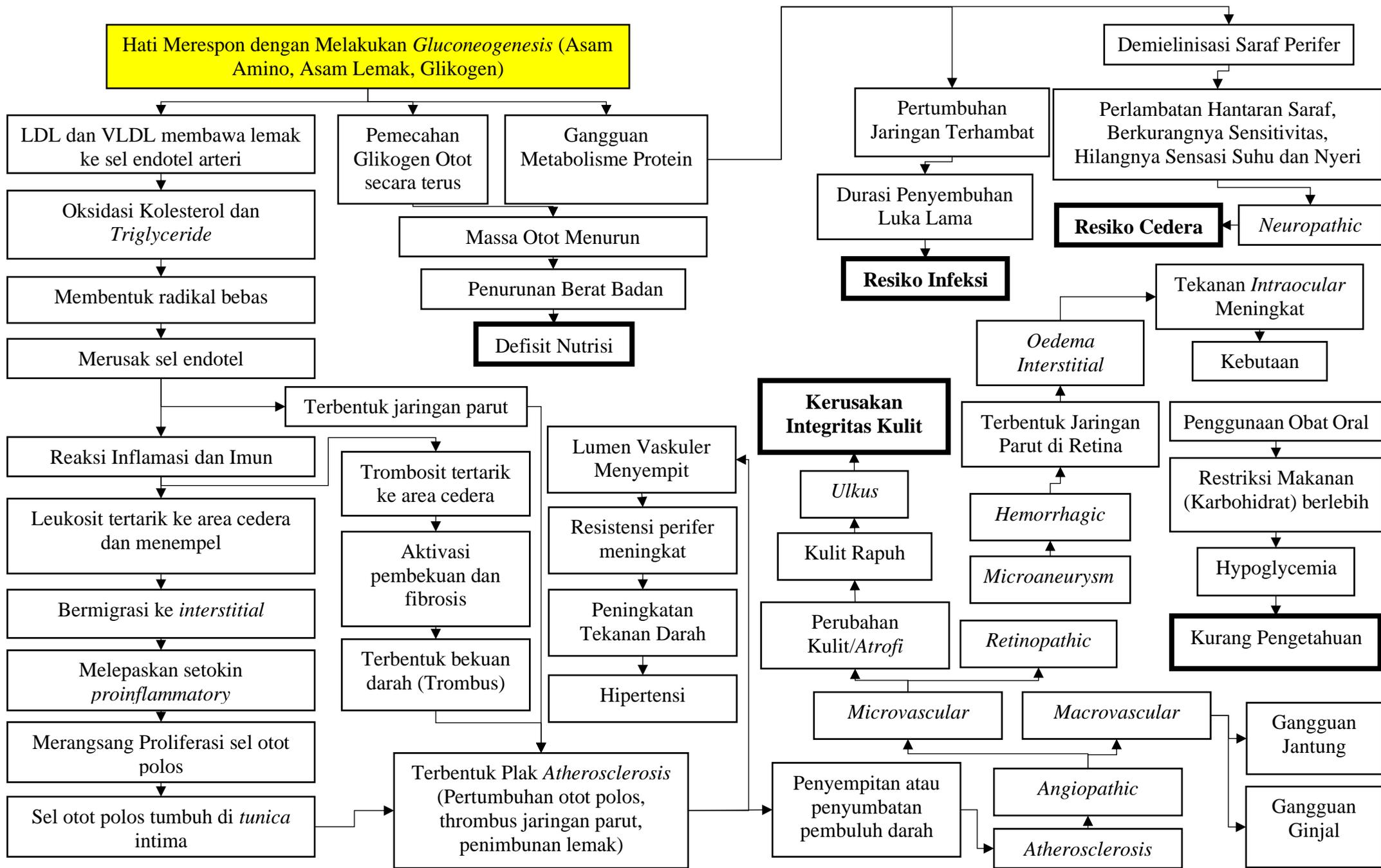


Diagram 2. Penyimpangan Konsep Dasar Medis Lanjutan

## **B. Cognitive Behavioral Therapy**

### 1. Definisi

Kondisi khusus penyakit seperti DM dapat mengganggu *neurosensory* yang mengakibatkan penurunan sensasi, persepsi, dan *cognitive* (DeLaune & Ladner, 2011). *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) merupakan terapi berfikir yang diadaptasi berdasarkan tingkat pendidikan, budaya, dan usia. CBT diimplementasikan diberbagai layanan baik kesehatan maupun umum (Beck, 2011). CBT adalah terapi aktivitas terstruktur dengan pendekatan berbasis bukti dalam memahami dan menyelesaikan masalah psikologi (Josefowitz & Myran, 2017). Masalah dalam berfikir yang mempengaruhi suasana hati dan perubahan perilaku merupakan hal umum yang menimbulkan gangguan psikologis (Beck, 2011).

Terapi perilaku kognitif didasarkan pada stres yang dipengaruhi oleh persepsi dan cara berpikir. Pernyataan bahwa pikiran menciptakan stres seringkali tidak logis, negatif, dan menyimpang. Pikiran negatif yang menyimpang memengaruhi emosi, perilaku, dan fisiologi hingga keyakinan (Dossey & Keegan, 2013). Dalam model bio-psiko-sosial-spiritual eklektik, stres atau persepsi ancaman menyebabkan perubahan fisik, emosional, perilaku, dan spiritual. Individu yang stres menyebabkan perubahan fisik dan emosional. Jika persepsi individu dipengaruhi pola pikir negatif, maka tercipta terapi perilaku-kognitif (Dossey & Keegan, 2013).

Pemahaman interaksi yang dinamis dari terapi perilaku-kognitif dan psiko-fisiologi berhubungan dengan pikiran-tubuh yang mendasari terapi perilaku-kognitif dalam keperawatan (Dossey & Keegan, 2013). Terapi perilaku kognitif pertama kali digunakan oleh pasien depresi dan kecemasan sebagai pengobatan jangka pendek sehingga mengenali dan mengubah pikiran terdistorsi otomatis. Terapi perilaku kognitif dimanfaatkan dalam klarifikasi nilai sebagai langkah awal penetapan tujuan kesehatan (Dossey & Keegan, 2013). Konseptualisasi *Beck* pada teori kognitif yaitu mengatasi depresi, kecemasan dan mengembangkan intervensi efektif dalam merestrukturisasi distorsi kognitif. Sedangkan *Ellis* mengembangkan terapi emosi rasional untuk mengenali dan menantang pikiran terdistorsi. *Ellis* mengungkap keyakinan dan asumsi sebagai hal absolut dari situasi penyebab distorsi. Atas dasar

tersebut, *Meichenbaum* dan *Burns* mengembangkan penelitian dan pengalaman teori-praktik terapi perilaku kognitif (Dossey & Keegan, 2013).

Penelitian tentang terapi perilaku kognitif terus memberikan bukti penerapan yang luas untuk masalah psikologis dan fisik. *Beck*, dalam tinjauan retrospektif selama 40 tahun menegaskan manfaat terapi perilaku kognitif dalam mengatasi gangguan psikologis dan gejala medis (Dossey & Keegan, 2013). Pengaruh kognisi pada kesehatan dan stres (persepsi ancaman terhadap kesejahteraan) menyebabkan perubahan fisik, psikologis, perilaku, dan spiritual. Ketika tidak dapat beradaptasi pada perubahan-perubahan, hal tersebut dapat mempengaruhi ketidaknyamanan baik kognisi (cara berpikir) dan persepsi (cara memandang, menafsirkan, atau mengalami sesuatu). Oleh karena itu, memahami restrukturisasi kognitif penting diterapkan (Allgood, 2014). Mengubah pemikiran dan persepsi dapat mempengaruhi proses fisiologis, psikologis, perilaku, dan spiritual (Dossey & Keegan, 2013).

Ketika menanggapi stress, individu sering kembali pada perilaku yang kurang sehat. Hubungan sosial dan perilaku dapat diilustrasikan dengan menghargai pengaruh pola perilaku pada kejadian dan perkembangan penyakit. Pada umumnya, peristiwa stres dapat meningkatkan perilaku seperti makan berlebihan atau konsumsi alkohol berlebihan. Ketika stres meningkat maka pengendalian diri akan menurun. Ketidakmampuan mengontrol perilaku yang berisiko terhadap kesehatan sebagai akibat peningkatan stres disebut efek penghambatan stres (Dossey & Keegan, 2013).

Perilaku isolasi sosial yang dipengaruhi oleh stres dan pola pikir negatif telah terbukti berhubungan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas pada tahun pertama setelah didiagnosis **infark miokard**. Sebaliknya, dukungan sosial terbukti memiliki efek positif pada kesehatan dalam pengaturan kesehatan (Dossey & Keegan, 2013). **Operasi Caesar (Caesar)** yang dilakukan di Amerika Serikat dapat meningkatkan risiko komplikasi bagi ibu dan anak, serta memperpanjang durasi perawatan. Kehadiran keluarga dalam mendukung proses persalinan terbukti mengurangi kebutuhan setelah pembedahan, durasi persalinan, melahirkan, mengurangi masalah prenatal dan penggunaan biaya yang rendah (Dossey & Keegan, 2013). Perubahan perilaku gaya hidup memiliki pengaruh terhadap penyakit **arteri koroner** dan mengurangi **faktor risiko jantung**. Hal tersebut memberikan bukti

berkelanjutan tentang hubungan *multidirectional* antara pikiran, perasaan, keyakinan, perilaku, dan fisiologi (Dossey & Keegan, 2013).

Terapi perilaku kognitif merupakan intervensi yang dapat mengoptimalkan hubungan positif antara pikiran, tubuh, membantu menilai atau mengevaluasi kembali pemikiran setiap individu (restrukturisasi kognitif). terapi perilaku kognitif bertujuan mengubah distorsi dalam pola pikir penyebab stres. Prinsip dasar terapi perilaku kognitif adalah sebagai berikut:

- a. Pikiran setiap individu akan menciptakan suasana hati.
- b. Pikiran penyebab stres umumnya tidak realistis, menyimpang, dan negatif.
- c. Pikiran menyimpang, tidak logis dan merugikan diri sendiri penyebab perubahan fisiologis seperti depresi, kecemasan, dan kemarahan.
- d. Mengubah pikiran yang *maladaptive*, tidak realistis, dan terdistorsi dapat mengubah fisik dan emosi.

Tujuan dari terapi perilaku kognitif yaitu melatih pasien untuk melakukan hal berikut:

- a. Menentukan pikiran otomatis negatif dan pemicu gangguan emosional.
- b. Mengidentifikasi distorsi, keyakinan *irrasional* dan kesalahan kognitif.
- c. Mengubah pikiran lebih realistis dan menguatkan diri mengurangi stres.
- d. Mengubah asumsi diam yang merugikan diri sendiri dengan sistem kepercayaan yang lebih masuk akal.
- e. Mengembangkan keterampilan sosial, koping, komunikasi, dan empati.

## 2. Proses Terapi Perilaku Kognitif

Terapi perilaku kognitif adalah intervensi jangka pendek yang bertujuan mengubah kebiasaan berpikir terdistorsi, negatif atau tidak rasional. Dalam konteks terapi perilaku kognitif, restrukturisasi kognitif adalah pendekatan yang membantu menilai pikiran, menantang, dan mengubah respon lebih rasional. Restrukturisasi kognitif tidak berarti menolak penderitaan atau perasaan negatif. Berbagai pengalaman sehari-hari dapat menimbulkan kemarahan, sedih, tertekan, atau cemas. Teknik restrukturisasi kognitif digunakan untuk membantu "memaknai" perasaan ketika "terjebak" dalam suasana hati negatif yang kuat (Dossey & Keegan, 2013).

Perawat terampil berfungsi sebagai *konselor* (Penasehat) dalam proses terapi perilaku kognitif. Tidak seperti intervensi biomedis, perawat dapat melakukan dengan membimbing pasien sehingga mandiri dalam menyelesaikan gangguan untuk dirinya sendiri. Tidak ada cara untuk memprediksi hal yang akan muncul selama terapi atau arti dari sebuah intervensi. Perawat harus menghormati *premis* bahwa individu dapat menafsirkan pengalaman, keyakinan, dan distorsi dengan paling baik (Dossey & Keegan, 2013).

a. Langkah 1: Kesadaran

Mengembangkan kesadaran adalah langkah awal pendekatan untuk merestrukturisasi distorsi kognitif. Pasien diminta untuk kembali pada situasi “**saat ini**” dengan memperhatikan dua hal. **Pertama** adalah kesadaran tentang kebiasaan berpikir negatif yang menyimpang dan asumsi diam yang mempengaruhi fisik, emosional, perilaku, dan spiritual. **Kedua** adalah menyadari bahwa pola kebiasaan (asumsi diam, keyakinan irasional, dan distorsi kognitif) mendasari munculnya pikiran negatif. Pengembangan kesadaran ini dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan empat langkah yaitu:

- 1) *Berhenti (memutus siklus "mengerikan", menyadarkan bahwa stres telah terjadi).*
- 2) *Tarik napas (tingkatkan relaksasi-sadari perubahan fisik yang terjadi sebagai respons terhadap stres).*
- 3) *Refleksikan (menyadari situasi yang sedang terjadi-menyadari pikiran otomatis, distorsi, keyakinan, asumsi).*
- 4) *Pilih (putuskan bagaimana menanggapi-sadari pilihan dalam menanggapi).*

Pasien diminta untuk mengidentifikasi sinyal peringatan stres. Oleh karena itu, *Table II-1* adalah contoh mengidentifikasi dan mencatat informasi tersebut. Tanda dan gejala dapat berupa perubahan fisik, emosional, perilaku, atau spiritual. Ketika pasien memantau respons terhadap peristiwa tertentu, maka akan menjadi lebih sadar akan isyarat stres. *Table II-2* merupakan format untuk mencatat sebuah informasi. Meskipun awalnya dapat meningkatkan persepsi individu tentang rasa sakit fisik atau ketidaknyamanan emosional, kesadaran adalah langkah pertama

yang diperlukan dalam mengenali hubungan pikiran, perasaan, perilaku, dan biologi dengan pola berpikir yang terdistorsi.

Pada umumnya, pasien telah lama mengabaikan isyarat yang diberikan oleh pikiran atau tubuhnya. Pasien dengan gejala sakit kepala yang dapat melumpuhkan mungkin mengabaikan “ketegangan bahu dan leher” yang mendahului sakit kepala. Namun, apabila respon tersebut dapat merasakan tanda peringatan stres dini (ketegangan leher dan bahu), maka resiko terhindar dari sakit kepala lebih sedikit. Menyadari tanda peringatan stres ini adalah langkah pertama.

Memperhatikan isyarat adalah tahap lebih lanjut. seperti membuat hubungan dengan pasien yang lebih dekat sehingga mudah mengembangkan keterampilan untuk mengurangi keadaan suasana hati negatif, perilaku tidak sehat, dan gejala fisik. Untuk melanjutkan contoh sebelumnya, akan lebih mudah untuk menghentikan sakit kepala tegang saat pasien menyadari ketegangan bahu, berhenti untuk menyadari kondisi, mengambil beberapa napas dalam dan dengan lembut melakukan relaksasi area daripada menunggu sakit kepala terjadi dan menjadi tidak berdaya.

*Latihan: Minta Pasien untuk mengidentifikasi sinyal peringatan stres. Mengidentifikasi pengalaman stres, reaksi fisik atau emosional terhadap pengalaman stres. Setelah diinstruksikan untuk berhenti, mengambil napas, dan memperhatikan respons fisik dan emosional terhadap situasi yang membuat stres, seorang pasien menceritakan hal berikut:*

*Dalam perjalanan pulang kerja kemarin, saya mengalami kemacetan. Saya memperhatikan bahwa tangan saya mencengkeram setir, leher dan bahu saya kencang serta rahang saya mengatup. Saya merasa marah dan frustrasi sehingga saya ingin berada di rumah dengan cepat”.*

Menyadari sinyal peringatan stres adalah langkah pertama yang penting. Meskipun sulit untuk dipahami, pasien sering tidak menyadari efek stres pada tubuh-pikiran. Setelah pasien menyadari efek stres, maka ketegangan dengan lebih mudah terjadi. Oleh karena itu, pasien membangun kesadaran ini saat melanjutkan terapi dengan melalui restrukturisasi kognitif.

Gejala Fisik	Gejala Perilaku	Gejala Emosional	Gejala Kognitif
<input type="checkbox"/> Sakit kepala	<input type="checkbox"/> Merokok berlebihan	<input type="checkbox"/> Menangis	<input type="checkbox"/> Kesulitan berpikir jernih
<input type="checkbox"/> Gangguan pencernaan	<input type="checkbox"/> Sifat memerintah	<input type="checkbox"/> Kegugupan, kecemasan	<input type="checkbox"/> Kelupaan
<input type="checkbox"/> Sakit perut	<input type="checkbox"/> Mengunyah permen karet kompulsif	<input type="checkbox"/> Kebosanan-tidak ada artinya	<input type="checkbox"/> Kurangnya kreativitas
<input type="checkbox"/> Telapak tangan berkeringat	<input type="checkbox"/> Sikap kritis terhadap orang lain	<input type="checkbox"/> Kegelisahan siap meledak	<input type="checkbox"/> Hilang ingatan
<input type="checkbox"/> Kesulitan tidur	<input type="checkbox"/> Mengertakkan gigi di malam hari	<input type="checkbox"/> Merasa tidak berdaya untuk mengubah banyak hal	<input type="checkbox"/> Ketidakmampuan untuk membuat keputusan
<input type="checkbox"/> Pusing	<input type="checkbox"/> Penggunaan alkohol secara berlebihan	<input type="checkbox"/> Perasaan tertekan yang luar biasa	<input type="checkbox"/> Berpikir untuk melarikan diri
<input type="checkbox"/> Sakit punggung	<input type="checkbox"/> Makan kompulsif	<input type="checkbox"/> Marah	<input type="checkbox"/> Kekhawatiran terus-menerus
<input type="checkbox"/> Leher ketat, bahu	<input type="checkbox"/> Tidak mampu menyelesaikan sesuatu	<input type="checkbox"/> Kesendirian	<input type="checkbox"/> Hilangnya selera humor
<input type="checkbox"/> Jantung berdebar kencang		<input type="checkbox"/> Tidak bahagia karena alasan	
<input type="checkbox"/> Kegelisahan		<input type="checkbox"/> Mudah kesal	
<input type="checkbox"/> Kelelahan			
<input type="checkbox"/> Telinga berdenging			

Apakah ada yang tampak asing bagi diri pasien?  
Periksa apa yang dialami saat stres. Hal tersebut menjadi tanda peringatan stres.  
Apakah ada sinyal peringatan stres yang dialami namun tidak tercantum? Jika "Ya", tambahkan pada kolom di bawah ini.

Table II-2. Sinyal Peringatan Stress (Dossey & Keegan, 2013).

Table II-3. Menantang Stres dan Menang-Berhenti, Ambil Nafas, Renungkan, Pilih (Dossey & Keegan, 2013)

<b>Situasi</b> Jelaskan secara singkat situasi yang membuat stres minggu ini.	<b>Respon Fisik</b> menggambarkan bagaimana perasaan mempengaruhi fisik dalam situasi ini.	<b>Pikiran Otomatis</b> Tuliskan pikiran otomatis dalam situasi ini.	<b>Suasana Hati dan Emosi</b> Gambarkan bagaimana perasaan secara emosional dalam situasi ini
<b>Keyakinan yang dilebih-lebihkan</b> Tuliskan keyakinan yang berlebihan di balik pikiran otomatis yang terjadi	<b>Tingkah laku</b> gambarkan bagaimana cara berperilaku selama atau segera setelah situasi tersebut terjadi	<b>Respon yang Lebih Efektif</b> gambarkan bagaimana kemungkinan berpikir atau bertindak secara berbeda yang akan membantu mengatasi dengan lebih efektif	<b>Hasil Potensial</b> gambarkan bagaimana hal ini memungkinkan mempengaruhi perasaan dan perilaku

## b. Langkah 2: Pikiran Otomatis

Setelah Pasien mampu mengidentifikasi situasi stres dan perubahan dalam tubuh-pikiran yang menyertai stres, langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi pikiran otomatis. Pikiran ini biasanya muncul secara otomatis sebagai respons terhadap situasi. Karena pikiran-pikiran ini muncul secara otomatis dan umumnya tidak berada dalam keadaan sadar, pikiran otomatis digambarkan sebagai respons spontan/langsung. Pasien mempelajari pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi pikiran otomatis yang merusak diri sendiri tersebut. Pikiran otomatis memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Respons refleks atau spontan terhadap stressor yang dirasakan.
- 2) Biasanya negatif.
- 3) Cepat, sekilas, semacam singkatan (misalnya, harus, seharusnya, tidak pernah, selalu).
- 4) Biasanya tidak dalam keadaan sadar.
- 5) Seringkali tidak realistis, tidak logis, dan menyimpang

Karena pikiran-pikiran ini terbentuk begitu cepat, seringkali sulit untuk menyadari bahwa pikiran otomatis telah terjadi. Pada umumnya, seseorang menghubungkan stres yang dialami atau perasaan yang dimiliki dengan orang lain atau situasi yang menyebabkan stres. Dengan berhenti, menarik napas, dan mengajukan pertanyaan, “*Apa yang terjadi di sini?*” Pasien secara bertahap menjadi sadar bahwa stres tidak selalu datang dari peristiwa atau situasi luar tetapi mungkin datang dari cara menafsirkan setiap peristiwa yang terjadi. Pikiran otomatis dapat dilihat sebagai kebiasaan berpikir, dialog batin atau persepsi sehingga menciptakan pengalaman yang memengaruhi fisiologi, emosi, dan perilaku.

*Contoh: Seorang guru yang sangat terkenal dan sukses melakukan evaluasi di akhir semester. Guru membaca 20 ulasan yang sangat positif. Kemudian, guru membaca satu ulasan yang berisi kritik terhadap gaya pengajarannya. Seketika, dia merasakan sensasi tegang di perut dan dadanya. Setelah berhenti dan mengambil napas, dia mampu mengidentifikasi pikiran otomatis berikut:*

*“Selalu ada satu di antara banyak orang... seharusnya melakukan [apa pun.... tidak pernah bisa mengajarkan konsep itu dengan baik...”. “Seharusnya menyertakan materi baru yang saya lihat di perpustakaan...”. “Saya selalu gagal”.*

*Perhatikan bahwa guru memiliki reaksi instan terhadap stres ini (persepsi ancaman) dan bahwa pikiran otomatis yang begitu cepat, sekilas, negatif, dan mungkin tidak dalam kesadarannya. (Apakah dia benar-benar percaya bahwa dia selalu gagal?) Mengidentifikasi pikiran otomatis adalah langkah penting untuk melihat secara realistis reaksi otomatis terhadap suatu pemicu stres dan menetapkan dalam sebuah perspektif.*

Salah satu tugas paling penting dan sulit dalam restrukturisasi kognitif adalah menyadari bahwa pikiran otomatis sedang terjadi. Salah satu alasan mengapa respons refleks dan spontan ini begitu meluas, karena tubuh tidak mengetahui perbedaan antara hal-hal yang dibayangkan dan hal-hal yang sebenarnya dialami. Alasan kedua yaitu bahwa orang-orang selalu berbicara dengan diri sendiri dan setelah seseorang sering mengatakan sesuatu kepada diri sendiri, maka mereka mulai mempercayainya. Alasan ketiga adalah seseorang sering mempertanyakan pikiran atau emosi yang dialami. Oleh karena alasan-alasan tersebut, Pasien perlu mempelajari cara terstruktur untuk mengeksplorasi stres dan mengungkap pikiran otomatis tersebut.

Berikut adalah latihan untuk mengungkap pikiran, perasaan, dan respons fisik yang terjadi secara otomatis (lihat pada tabel II-2).

Berikut merupakan contoh melakukan latihan menghentikan cara berfikir yang otomatis:

- 1) *Menghentikan (hentikan siklus pemikiran yang meningkat dan mengerikan).*
- 2) *Tarik napas (lepaskan ketegangan fisik, tingkatkan relaksasi).*
- 3) *Mencerminkan: Secara fisik; “bagaimana perasaan saya?” Secara emosional; “bagaimana perasaan saya?”*
- 4) *Apa pikiran otomatis saya (misalnya, harus, selalu, seharusnya, tidak pernah)?*

c. Langkah 3: Distorsi Kognitif

Ketika pasien mengidentifikasi situasi stres seperti respons fisik, emosional dan perilaku stres, langkah selanjutnya yaitu membantu mengidentifikasi distorsi berpikir. Distorsi kognitif adalah berpikir tidak logis yang merugikan kondisi tubuh-pikiran-jiwa. Masalah utama tidak berawal dari pikiran salah atau buruk, tetapi memegang keyakinan kuat yang salah. Distorsi kognitif berdasar pada keyakinan yang umumnya tidak sesuai dengan situasi. Keyakinan umumnya telah lama dipegang sebagai pengalaman hidup dan di luar kesadaran diri seseorang (Dossey & Keegan, 2013):

- 1) *Menguasai seluruh pemikiran atau tidak sama sekali: Melihat sesuatu dalam warna hitam atau putih atau kesalahan sebagai kegagalan total ketika melakukan pekerjaan yang tidak sesuai harapan.*

*“(Pikirkan kembali contoh guru. Dalam menghadapi 20 evaluasi yang sangat baik, dan 1 kritik membangun, guru segera memfokuskan semua perhatiannya pada ketidaksempurnaan sehingga merasa cemas dan kesal. “Saya seharusnya mengajarkan kursus ini dengan cara yang berbeda.” “Saya tidak pernah mendapatkan ulasan yang bagus”.*

- 2) *Overgeneralises yaitu memandang satu peristiwa negatif sebagai pola yang tidak pernah berakhir.*

*“Memperbaiki mobil saya membutuhkan biaya dua kali lipat dari yang mereka katakan”, “Semua mekanik tidak jujur dan akan selalu begitu”.*

- 3) Penyaringan mental yaitu memilih detail negatif dan memikirkannya secara eksklusif, “*membuat bencana*”, atau “*mengerikan*”.

*“Saya mendapat nilai yang buruk dalam ujian itu. Saya mungkin harus putus sekolah”, “Saya tidak akan bisa mendapatkan pekerjaan yang layak dan harus tinggal kembali dengan orang tua saya”.*

- 4) Mendiskualifikasi yang positif yaitu menolak pengalaman positif dan menganggap hal tersebut tidak berguna.

*“Tidak berarti”, “Tidak bisa menerima pujian”, “Kamu hanya mengatakan itu karena kamu harus”.*

- 5) Menyimpulkan sepihak yaitu Membaca pikiran orang lain atau memprediksi hasil negatif tanpa bukti yang cukup.

*“Dia pergi tidur tanpa berkata apa-apa”. “Dia marah padaku karena bekerja lembur lagi”.*

- 6) Pembesaran yaitu membesar-besarkan pentingnya kesalahan.

*“Penampilan saya malam ini sangat buruk-saya tidak akan pernah mendapatkan peran utama”.*

- 7) Penalaran emosional yaitu asumsi emosi seseorang mencerminkan apa adanya.

*“Saya merasa tidak berharga-saya pasti tidak berharga”.*

- 8) Pernyataan “*Harus*”: Mencoba memotivasi diri sendiri dengan yang harus dan tidak boleh dilakukan.

*“Karyawan yang baik harus selalu datang ke kantor lebih awal dan bersedia bekerja sampai larut malam”.*

- 9) Pelabelan: Memanggil nama; menyebut diri sendiri “*pecundang*” jika terjadi kesalahan; membuat lompatan tidak logis dari satu karakteristik ke kategori.

*“Dia berambut pirang. Apa yang kamu harapkan? Dia orang bebal”.*

- 10) Personalisasi: Menyalahkan diri sendiri secara tidak tepat sebagai penyebab peristiwa negatif; melihat peristiwa hanya dalam kaitannya dengan diri sendiri.

*“Ini salah saya bahwa anak saya tidak berprestasi di sekolah karena saya bekerja”.*

Pikiran otomatis yang berlebihan, tidak realistis, tidak logis, dan terdistorsi adalah hasil dari asumsi dan keyakinan yang dipegang teguh dan tidak disadari. Seorang pasien lebih mungkin mengalami stres dalam situasi tertentu jika mampu memegang keyakinan sebagai hal yang absolut. Situasi yang dihadapi beresiko memicu stres jika dunia dilihat dari segi hitam atau putih (misalnya, semuanya baik atau semuanya buruk) daripada jika ada ruang untuk nuansa abu-abu. Pemahaman penting yang menjadi dasar pemikiran seorang tenaga kesehatan adalah bahwa bukan keyakinan yang perlu diperiksa, melainkan sejauh mana keyakinan itu dipegang.

Semua Pasien berhak atas keyakinannya masing-masing. Menetapkan nilai apa pun, benar atau salah pada keyakinan dan tidak bergantung pada lingkup perawat. Perawat hanya membantu untuk melihat kembali keyakinan dalam konteks stres dan menilai kemampuan dalam menetapkan keyakinan yang bermanfaat atau berkontribusi pada stres. Konsep inti proses ini yaitu mengidentifikasi keyakinan untuk memutuskan pemikiran yang benar atau salah. Ketika memutuskan pemikiran yang benar atau salah dan praktis atau tidak praktis, terdapat beberapa asumsi dan keyakinan yang umum dipegang seperti:

- 1) Jika memperlakukan orang dengan adil, maka saya dapat hal sebaliknya
- 2) Saya harus memiliki cinta dari berbagai pihak agar berharga.
- 3) Saya harus kompeten dan sempurna atas hal yang saya lakukan.
- 4) Nilai saya bergantung pada pencapaian, kecerdasan atau daya tarik.
- 5) Setiap orang berhak atas keyakinan dan pendapatnya.
- 6) Masalah berkembang jika keyakinan dianggap *absolute* sehingga tidak memberikan ruang yang tidak sempurna.

*Contoh: Ketika guru merespon kritik. Setelah mengambil napas, menghentikan respons otomatis dan mengidentifikasi pikiran otomatis, identifikasi distorsi kognitif dan keyakinan irasional dilakukan. Pemikiran semua atau tidak sama sekali (harus sempurna setiap saat), generalisasi berlebihan (tidak akan pernah bisa melakukan dengan benar), mendiskualifikasi hal positif (20 ulasan bagus dihapus oleh 1 ulasan negatif), dan keyakinan “Saya pasti tidak*

*pernah sempurna dalam semua hal untuk dicintai dan dihormati oleh orang lain”.*

Berikut adalah latihan mengungkap distorsi kognitif:

Table II-4. Distorsi Kognitif

Latihan	a) <i>Hentikan (peningkatan siklus pemikiran mengerikan).</i> b) <i>Tarik napas (tingkatkan relaksasi).</i>
Cerminan diri	a) <i>Bagaimana perasaan saya secara fisik?</i> b) <i>Bagaimana perasaan saya secara emosional?</i> c) <i>Apa pikiran otomatis saya misalnya harus, selalu, seharusnya, tidak pernah?</i> d) <i>Apa yang terjadi disini?</i> e) <i>Benarkah itu?</i> f) <i>Apakah saya langsung mengambil kesimpulan?</i> g) <i>Apakah saya membuat bencana?</i> h) <i>Apakah ini benar-benar krisis?</i> i) <i>Apakah itu seburuk kelihatannya?</i> j) <i>Apakah ada cara lain untuk melihat situasinya?</i> k) <i>Hal terburuk apa yang bisa terjadi?</i>

Karena asumsi dan keyakinan yang dipegang kuat menjadi sebuah tantangan, sebagian besar diam atau seseorang tidak sadar terhadap dampak yang diperoleh dapat berakibat pada pikiran, emosi, dan perilaku. Selain pendekatan sistematis yang dijelaskan untuk mengeksplorasi situasi stres (berhenti, tarik napas, renungkan, dan pilih), teknik lain yang membantu menemukan asumsi dan keyakinan yang mendasarinya adalah teknik panah vertikal yang dikembangkan oleh *Burns*.

Begitu rasa takut dikenali, maka dapat didekati seperti pemicu stres lainnya. Jika tidak rasional, hal itu dapat ditantang melalui restrukturisasi kognitif. Jika rasional, maka diperlukan pemecahan masalah dan strategi koping yang tepat. Mengidentifikasi proses emosional adalah bagian penting dari kesehatan. Perasaan kuat, vitalitas, dan kesejahteraan umum merupakan korelasi penting dari kesehatan; sebaliknya, perasaan marah, permusuhan, kecemasan, atau depresi

dapat menyebabkan kesehatan yang buruk. Banyak orang merasa emosi mereka mengganggu (Dossey & Keegan, 2013).

Pengaruh keluarga dan budaya sangat berkaitan dengan cara emosi dialami. Banyak keluarga dan budaya tidak mendorong ekspresi emosi, dan individu belajar mengabaikan aspek kehidupan mereka ini. Ketika individu menjadi sadar akan respons pikiran-jiwa tubuh mereka terhadap stres dengan mengidentifikasi sinyal peringatan stres emosional mereka, mereka menjadi sadar akan perasaan dan emosi mereka, dan hubungan antara perasaan dan emosi dan stres ini (Dossey & Keegan, 2013).

Perasaan depresi, marah, takut, dan bersalah adalah bagian dari pengalaman manusia; namun, individu perlu didorong untuk mengakui dan menghormati emosi ini. Emosi itu asli dan orang berhak atas perasaan tersebut. Di sisi lain, emosi, terutama emosi yang dilebih-lebihkan, dapat mengganggu pemecahan masalah yang efektif. Individu perlu dibimbing melalui proses mengenali emosi dan pikiran yang mendasari perasaan tersebut. Misalnya, kemarahan dan frustrasi sering kali dipicu oleh pikiran tentang perlakuan yang tidak adil atau ekspektasi yang tidak terpenuhi (Dossey & Keegan, 2013).

Pikiran yang berkaitan dengan kehilangan berkontribusi pada perasaan depresi dan persepsi kehilangan kendali menyebabkan kecemasan. Penting untuk membedakan ketakutan yang sehat dari kecemasan neurotik. Pikiran yang mendasari rasa takut yang sehat bersifat realistis, tetap waspada. Kecemasan neurotik terkait dengan pikiran yang menyimpang dan tidak realistis dan sering kali berisi "*bagaimana jika*": "*Bagaimana jika saya tidak mendapatkan pekerjaan?*" "*Bagaimana jika saya tidak menemukan pasangan?*" Banyak waktu dan energi yang terbuang untuk hal yang tidak akan pernah terjadi. Perawat harus membimbing dalam menemukan pikiran-pikiran yang ada di balik emosi tersebut. Dengan cara ini, perawat dapat memfasilitasi proses menantang pikiran dan mengatasi emosi (Dossey & Keegan, 2013).

Ketika perasaan diabaikan, disangkal atau ditekan, maka perasaan umumnya terkait dengan stres. Pasien terkadang mengalami kesulitan untuk mengidentifikasi emosi atau pikiran otomatis yang terkait dengan emosi.

Restrukturisasi kognitif memungkinkan individu menjadi sadar akan emosi dan pikiran otomatis yang terkait dengan emosi tertentu serta hubungan dengan stres. Merefleksikan tema-tema mendasar ini membantu dalam menjelaskan perasaan dan pada gilirannya memilih mekanisme koping yang lebih efektif (Dossey & Keegan, 2013).

Bahaya lain dalam menyangkal perasaan adalah individu dapat terperangkap dalam keadaan emosional sehingga pikiran terbebani. Ketika mengalami depresi, pasien memperhatikan dan mengalami hal-hal yang membuat semakin tertekan; kegembiraan dan kesenangan diizinkan masuk ke dalam kesadaran. Melalui restrukturisasi kognitif, pasien dapat belajar mengurangi frekuensi, panjang, dan intensitas perasaan tersebut.

Perawat membantu Pasien menjadi sadar akan hubungan emosional dengan pemicu stres dan distorsi kognitif. Perawat membimbing melalui latihan kesadaran stres. jika Pasien mengidentifikasi respons emosional seperti kemarahan, perawat membantu membuat hubungan dengan pikiran otomatis terkait dengan perlakuan tidak adil (misalnya, "*Ini seharusnya tidak terjadi pada saya*", atau "*Mengapa saya? Ini sangat tidak adil*").

Karena sering menghabiskan waktu bertahun-tahun mengabaikan isyarat emosional mereka, pasien pada umumnya mengalami kesulitan mengenali pikiran atau emosi yang terkait situasi stres. Membuat buku harian atau jurnal yang merefleksikan pikiran dan perasaan tentang peristiwa stres telah ditemukan sebagai cara yang dapat digunakan pasien untuk mengidentifikasi pikiran otomatis dan emosi yang mendasarinya. Metode ini dijelaskan lebih lanjut pada bagian *coping* berikut. Selain memahami penyebab stres dan tema umum yang memicu stres, mengakui dan menghormati emosi dapat menjaga kesehatan diri. Harga diri yang sehat, pada gilirannya menjadi unsur penting dalam sifat tahan banting atau kemampuan untuk menyambut peristiwa yang menimbulkan stres sebagai tantangan yang harus dihadapi dan bukan sebagai ancaman yang harus ditakuti (Dossey & Keegan, 2013).

#### d. Langkah 4: Memilih Penanganan yang Efektif

Langkah terakhir dalam proses terapi perilaku-kognitif adalah membantu merestrukturisasi atau membingkai ulang distorsi dan keyakinan dan memilih cara yang lebih efektif untuk merespons atau mengatasi. Untuk mencapai ini, seseorang harus menyadari bahwa situasi stres memiliki dua komponen, yang disebut *Ellis* sebagai masalah praktis dan kait emosional. Masalah praktis adalah situasi yang dihadapi atau masalah yang perlu ditangani. Kait emosional adalah pendapat tentang masalah atau individu yang menyebabkan masalah. Tak jarang orang menanggapi ke situasi seolah-olah mereka dapat memecahkan masalah dengan menangani kait emosional. Dalam contoh berikut, perhatikan perbedaan kedua elemen ketegangan ini (Dossey & Keegan, 2013).

*Contoh: John menceritakan bahwa dia menjadi sangat kesal ketika terlambat membuat janji dan ketika sedang mengantri di toko bahan makanan, seseorang memotong di depannya. Untuk mengatasi situasi ini secara efektif, John perlu memisahkan masalah praktis (melewati batas) dari kait emosional (pendapatnya tentang orang yang memotong antrean dan "hak" untuk diperlakukan dengan adil). Ketika diminta untuk berhenti, menarik napas dan merenung, John mampu mengungkap respons fisiknya (tegang, rahang kaku), respons emosional (kemarahan), pikiran otomatis ("Ini selalu terjadi padaku", "Orang-orang tidak seharusnya untuk memotong antrean", "Terlambat"), dan asumsi diam yang mendasari pemikiran yang terdistorsi ("Saya memperlakukan orang lain dengan adil, dan saya berharap diperlakukan dengan adil").*

Contoh ini menunjukkan bahwa proses pemecahan masalah praktis berbeda dengan proses menangani kait emosional. Jika John mengeluarkan energinya untuk meyakinkan orang yang memotong di depannya tentang kesalahan cara-caranya terkait perilaku sejalan, John tidak akan mungkin menyelesaikan masalahnya (dia terlambat dan perlu melewati garis secara efisien). Selain itu, dalam istilah praktis, John tidak memiliki kendali atas orang lain. Seberapa besar kemungkinan John dapat memengaruhi perilaku orang ini di masa mendatang? Pikiran otomatis seperti harus, tidak pernah, selalu, keharusan, dan kewajiban sering kali mengganggu pencarian solusi praktis masalah tersebut.

Kait emosional mengganggu kemampuan untuk melihat pilihan dalam merespons. Kegagalan dapat membuat pasien tidak mungkin untuk mengenali ketika mereka tidak memiliki kendali atas suatu situasi dan perlu berkonsentrasi pada masalah praktis daripada keterikatan emosional.

Dalam contoh ini, begitu John menyadari bagaimana keyakinan dan asumsinya yang mendasar memengaruhi pilihannya, John dapat mengambil langkah-langkah menghentikan *eskalasi* gangguan emosional dan memilih solusi terbaik masalah tersebut. Melakukannya termasuk bagaimana merespons kesadaran dan tanpa gairah emosional yang berkelanjutan. Terdapat beberapa pilihan seperti memilih mengubah garis atau dengan tenang meminta orang yang memotong di depannya kembali ke akhir garis (tindakan langsung) atau memilih untuk membiarkannya pergi karena meskipun penting untuk diperlakukan dengan adil, dalam hal ini dia sedang terburu-buru, dia tidak punya waktu atau keinginan untuk berurusan dengan individu ini, tidak ada gunanya menjadi marah (penerimaan, membingkaikan ulang). Apa pun keputusannya, hal tersebut merupakan kesadaran dan pilihan, bukan sebagai reaksi terhadap keyakinan yang dipegang teguh tentang bagaimana orang seharusnya berperilaku, dan tanpa semakin meningkatkan tekanan emosional (Dossey & Keegan, 2013).

**Latihan:** membingkaikan ulang dan Pemecahan Masalah. **Berhenti:** Latih Pasien untuk berhenti setiap kali stres muncul sebelum pikiran meningkat ke skenario terburuk yang mungkin terjadi. Tindakan sederhana seperti berpikir "Berhenti" dapat membantu memutus pola respons otomatis. Bernapas: Ajari Pasien untuk bernapas dalam-dalam dan melepaskan ketegangan fisik. Menarik napas dalam-dalam secara fisik dapat menjadi penting karena, selama masa stres, kebanyakan orang menahan napas. Menarik napas dalam-dalam dapat menimbulkan perubahan fisiologis pada respons relaksasi, kebalikan dari respons stres. Praktik ini memfasilitasi kesadaran akan sinyal peringatan stres dan interaksi antara stres dan perubahan jiwa pikiran tubuh.

**Refleksi:** Ajari Pasien untuk menanyakan diri mereka sendiri beberapa pertanyaan tentang pikiran otomatis dan keyakinan yang mendasari. Apakah pemikiran ini benar? Apakah pemikiran ini membantu? (Ini adalah proses

mengembangkan kesadaran akan pikiran otomatis dan distorsi kognitif dan menantang pemikiran, keyakinan, dan asumsi yang terdistorsi ini.) **Pilih:** Latih Pasien untuk memilih cara paling efektif untuk mengatasi atau memecahkan masalah. Pasien diinstruksikan untuk mengajukan serangkaian pertanyaan:

- 1) *Apa masalah praktisnya?*
- 2) *Apa kaitan emosional?*
- 3) *Bagaimana saya bisa menggantikan pikiran yang lebih realistis dan meningkatkan diri untuk mengurangi perasaan menyakitkan?*
- 4) *Bagaimana cara mengganti asumsi diam yang merugikan diri sendiri (mis., Dengan mengganti "Saya melakukan yang terbaik yang saya bisa" untuk "Saya tidak bisa mengatasi ini")?*
- 5) *Apa yang saya butuhkan*
- 6) *Apa yang dapat saya?*
- 7) *Apa yang kuinginkan?*
- 8) *Apa yang mungkin?*
- 9) *Apakah saya memiliki waktu, keterampilan, dan investasi pribadi untuk mencapai solusi praktis?*
- 10) *Apakah masalah praktis dalam kendali saya untuk dipecahkan?*
- 11) *Apakah mungkin untuk menangani masalah praktis (yaitu, apakah itu dalam kendali saya)?*
- 12) *Apakah saya perlu meredam respons emosional saya sebelum saya dapat bertindak secara bertanggung jawab, praktis, dan tepat?*
- 13) *Apakah saya menghindari solusi terbaik karena akan menyulitkan saya?*

Banyak teknik dapat digunakan yang membantu pasien memecahkan masalah secara efektif dan mengatasi stres. Penanganan yang efektif mengharuskan dalam memperhatikan masalah praktis dan keterikatan emosional. Pemikiran yang cermat harus diberikan pada setiap situasi yang membuat stres untuk memilih strategi penanggulangan yang paling efektif. Daftar berikut menyarankan beberapa cara untuk mengatasinya.

- 1) Gangguan: Khawatir tentang mengatasi stres dapat ditunda sampai waktunya tepat. Misalnya, Karyawan menerima surat dari manajer bank meminta untuk berbicara dengannya sesegera mungkin, tetapi setelah jam tutup. Gangguan melibatkan mengesampingkan kekhawatiran ini sampai bank buka keesokan harinya, di mana pada saat itu karyawan dapat langsung menangani situasi tersebut. Ini sangat berbeda dari penundaan atau penolakan karena ini merupakan penundaan yang diperlukan dan bukan penghindaran.
- 2) Tindakan langsung: Masalah dapat ditangani secara langsung untuk mengatasinya.
- 3) Relaksasi: Menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi gairah emosional adalah cara mengatasi stres yang tidak dapat diubah atau dihindari. Teknik untuk memperoleh respons relaksasi meliputi meditasi, yoga, kesadaran, dan tai chi, serta banyak lagi lainnya.
- 4) Membingkai ulang: Melihat situasi secara berbeda dapat membantu individu mengatasinya. Gelas yang terisi setengah dapat diberi label setengah penuh atau setengah kosong. Label ini sangat mengubah pengalaman. Penyakit, misalnya, dapat dipandang sebagai bencana dan menghancurkan hidup atau sebagai kesempatan untuk berhubungan kembali dengan apa yang berarti dalam hidup seseorang.
- 5) Penegasan: Pikiran positif digunakan untuk merekondisi pemikiran seseorang. Misalnya, individu sering mengatakan pada diri sendiri bahwa mereka tidak dapat melakukan sesuatu dan pernyataan itu menjadi ramalan yang terwujud dengan sendirinya. Afirmasi adalah cara melawan asumsi diam yang merugikan. Afirmasi hanyalah pikiran positif, frasa singkat, atau ungkapan yang memiliki makna. Pasien dilatih membuat penegasan sebagai cara membingkai ulang atau memilih sistem kepercayaan yang lebih membantu dan masuk akal. Afirmasi dapat menjadi kebiasaan dan membantu meningkatkan harga diri.

**Latihan:** Mengembangkan penegasan: Minta Pasien memilih aspek kehidupan penyebab stres, seperti pekerjaan, keluarga, atau kesehatan. Minta Pasien untuk memutuskan keinginan yang terjadi atau perasaan dalam situasi

tersebut. Merumuskan tujuan sebagai pernyataan saat ini dan dalam hal positif “*Saya yakin dengan pekerjaan saya*”, “*Saya bisa mengatasinya*”, “*Saya damai*”, atau “*Saya menjadi sehat dan kuat*”. Anjurkan pasien mengulangi afirmasi sepanjang hari.

- 6) Spiritualitas: Rasa terhubung ke alam semesta, Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi dan hubungan yang penting serta bermakna dalam hidup yang membantu mengatasi stres.
- 7) Katarsis: Katarsis emosional, baik tertawa atau menangis sangat efektif meredakan tekanan emosional.
- 8) Menulis jurnal: Menggunakan jurnal untuk menulis isi pikiran, perasaan, dan pengalaman emosi. *Pennebaker* bersama dengan kolega menemukan bahwa menulis berhubungan dengan pikiran dan perasaan terdalam sehingga meningkatkan kesehatan fisik dan mental.
- 9) Dukungan sosial: Keluarga, teman, dan rekan kerja yang suportif efektif dalam mengatasi dan berkontribusi pada sifat tahan banting. Membicarakan masalah membantu mendapatkan nasihat dan dukungan yang baik. Dukungan sosial ditemukan mengurangi kejadian penyakit jantung serta masalah kesehatan lainnya. Dalam literatur dukungan sosial.
- 10) Komunikasi tegas: Komunikasi adalah keterampilan dalam membantu pemecahan masalah dan mengurangi konflik hingga stres. Restrukturisasi kognitif mempengaruhi kemampuan berkomunikasi secara efektif dan meningkatkan koping.
- 11) Empati: Kemampuan koping untuk mempertimbangkan perspektif orang lain, memfasilitasi komunikasi, membantu menjadi pendengar yang lebih baik.

Ketika seseorang berusaha melakukan evaluasi diri dengan berfikir realistis dan adaptif, seseorang akan mengalami peningkatan kesadaran emosional dan perubahan perilaku (Beck, 2011). Untuk memperoleh perubahan perilaku dan suasana hati jangka panjang, seseorang harus memperoleh terapi yang lebih mendalam tentang diri sendiri, lingkungan dan hubungan sosial (Beck, 2011).

Table II-5. Masalah Kesehatan yang berhasil ditangani dengan CBT

Gangguan Kejiwaan	Masalah Psikologis	Masalah Medis dengan Gangguan Psikologis
depresi mayor, depresi kecemasan umum, panik, agorafobia, fobia sosial, kompulsif, penyalahgunaan zat, perhatian/hyperactivity, kesehatan, gangguan makan, pelanggaran seks, gangguan bipolar (dengan pengobatan), skizofrenia (dengan pengobatan)	depresi geriatrik, kecemasan geriatrik, obsesif-perilaku, gangguan kecemasan, gangguan dysmorphic tubuh, gangguan kepribadian, gangguan kebiasaan, (dengan pengobatan)	masalah pasangan, masalah keluarga, kesedihan, kemarahan dan permusuhan. sakit punggung kronis, nyeri penyakit sel sabit, sakit kepala migrain, <i>tinnitus</i> , nyeri kanker, gangguan <i>somatoform</i> , sindrom kelelahan kronis, disfungsi ereksi, insomnia, obesitas, <i>vulvodinia</i> , hipertensi.

CBT untuk depresi fokus membantu pasien memecahkan masalah, meningkatkan perilaku, mengidentifikasi, mengevaluasi, menanggapi pemikiran depresi, tentang diri sendiri dan harapan yang akan datang (Beck, 2011). Menurut Josefowitz & Myran (2017), CBT memiliki prinsip dasar yaitu mengubah cara berpikir agar dapat memaknai masalah, merasakan dampak masalah, reaksi fisik yang timbul akibat masalah, dan perubahan perilaku hasil dari pemaknaan tersebut. Prinsip dasar CBT adalah sebagai berikut:

1. CBT didasarkan pada formulasi masalah pasien yang terus berkembang dan konseptualisasi diri setiap pasien berdasarkan Keterampilan kognitif.
  - a. Mengidentifikasi *current thinking* atau pemikiran saat ini yang menyebabkan munculnya perasaan sedih. Seperti menyatakan kegagalan diri, menyatakan tidak dapat melakukan aktivitas, menyatakan perasaan tidak akan pernah bahagia. Mengidentifikasi *problematic behaviors* atau perilaku-perilaku tidak sesuai yang memperkuat gangguan berfikir. Seperti isolasi diri, menghabiskan banyak waktu yang tidak produktif ditempat tertutup, menghindari meminta bantuan.
  - b. Mengidentifikasi *precipitating factors* atau faktor pencetus yang memengaruhi persepsi sejak awal depresi. Seperti menghindari keramaian dan menyalahkan diri sendiri akibat kegagalan atau ketidakmampuan yang dirasakan.
  - c. Mengidentifikasi *development events* atau peristiwa-peristiwa penting yang telah dialami sejak lama (*enduring patterns of interpreting*) sehingga membuat depresi. Misalnya, kelebihan dianggap sebagai keberuntungan yang dapat meningkatkan kekuatan dan pencapaian pribadi, tetapi memandang kelemahan sebagai cerminan dari diri yang "sebenarnya".
2. CBT membutuhkan Keterampilan berkomunikasi terapeutik yang baik.
  - a. Gangguan depresi dan kecemasan sedang, memiliki sedikit kesulitan untuk bekerja sama. Keterampilan mendemonstrasikan hal-hal dasar diperlukan dalam situasi konseling. Seperti kehangatan, empati, kepedulian, dan perhatian yang tulus.
  - b. Menunjukkan rasa hormat dengan membuat pernyataan empati, mendengarkan dengan cermat dan merangkum pikiran dan perasaannya dengan jelas.
  - c. Menunjukkan pencapaian kecil hingga besar dan mempertahankan rasa saling percaya dengan pandangan optimis yang realistis.
3. CBT menekankan kolaborasi dan partisipasi aktif. Menekankan bahwa terapi merupakan bentuk kerja sama. Seperti, bersama-sama memutuskan hal yang akan dikerjakan pada setiap sesi, memutuskan bersama durasi untuk bertemu, dan menguraikan terapi yang dapat dilakukan secara mandiri.

4. CBT berorientasi pada tujuan dan fokus pada masalah. Sesi awal, bersama menyatukan pemahaman terkait masalah yang dialami dan menetapkan tujuan spesifik. Misalnya, seseorang menyatakan merasa terasing, Seseorang dapat menyatakan masalahnya sebagai gangguan perilaku. Solusi yang diberikan seperti memulai pertemanan dan menghabiskan banyak waktu dengan teman saat ini. Selanjutnya, ketika membahas cara meningkatkan aktivitas, terapis membantu mengevaluasi dan menanggapi pikiran yang mengganggu pencapaian tujuan.
5. CBT menekankan kondisi yang dialami saat ini. Perawatan melibatkan fokus yang kuat pada masalah dan situasi tertentu penyebab stres. Ketika merasa lebih baik setelah mampu memahami pemikiran negatif dan mengambil langkah untuk memperbaikinya, Terapi dimulai dengan pemeriksaan masalah yang dialami saat ini, apa pun diagnosis setiap pasien. Perhatian berfokus ke masa lalu dalam dua keadaan. Pertama, ketika pasien mengungkapkan hal yang kuat untuk melakukannya dan kegagalan untuk melakukannya dapat membahayakan hubungan terapeutik. Kedua, ketika pasien "terjebak" dalam kegagalan berfikir dan pemahaman tentang kepercayaan masa kanak-kanak yang berpotensi membantu mengubah ide-ide yang kaku.
6. CBT bersifat edukatif tentang proses terapi perilaku kognitif dan model kognitif seperti bagaimana pikiran dapat berpengaruh terhadap emosi dan perilaku. Membantu pasien menjadi terapis untuk diri sendiri dan menekankan pencegahan kekambuhan. Membantu menetapkan tujuan, mengidentifikasi hingga mengevaluasi pemikiran dan keyakinan, serta merencanakan perubahan perilaku, kemudian membantu cara melakukan dengan membuat catatan jika memperoleh ide-ide penting yang dipelajari sehingga memperoleh manfaat dari pemahaman baru untuk selanjutnya dan setelah perawatan berakhir.
7. CBT bertujuan membatasi waktu. Pasien dengan gangguan depresi dan kecemasan dirawat selama 6 hingga 14 sesi. Tujuan terapis adalah meredakan gejala, memfasilitasi gangguan berulang, membantu menyelesaikan masalah yang paling mendesak, dan membantu mengembangkan keterampilan untuk menghindari kekambuhan.

8. CBT diterapkan dengan terstruktur. Apa pun diagnosis atau tahap pengobatannya, tetap pada struktur tertentu di setiap sesi dengan memaksimalkan efisiensi dan efektivitas. Mengikuti sesuai struktur membantu proses terapi lebih mudah dipahami oleh pasien dan meningkatkan keterampilan untuk melakukan terapi mandiri setelah selesai. Struktur tersebut sebagai berikut:
  - a. Mencakup bagian pengantar (mengidentifikasi suasana hati, mengidentifikasi perasaan beberapa hari terakhir secara singkat, secara kolaboratif menetapkan agenda untuk sesi selanjutnya).
  - b. Meninjau pekerjaan rumah, mendiskusikan masalah dalam agenda.
  - c. Menyatakan umpan balik.
9. CBT membantu mengidentifikasi, mengevaluasi, menanggapi gangguan pikiran dan keyakinan. Pasien dapat memiliki pemikiran yang mempengaruhi suasana hati, perilaku, dan gangguan fisiologis akibat kecemasan. Terapis mengidentifikasi masalah utama dan menyimpulkan cara berfikir yang lebih realistis dan adaptif sehingga merasa lebih baik secara emosional, berperilaku lebih fungsional dan menurunkan gairah fisiologis penyebab kecemasan. Memberikan panduan pertanyaan untuk mengevaluasi cara berfikir (bukan persuasi, debat, atau ceramah). Terapis membuat pengalaman yang disebut eksperimen perilaku untuk menguji cara berfikir secara langsung seperti, "*Bahkan jika saya melihat gambar laba-laba, saya akan menjadi sangat cemas sehingga tidak dapat berpikir*". Dengan cara ini, terapis terlibat dalam empirisme kolaboratif. Terapis umumnya tidak mengetahui sebelumnya sejauh mana pemikiran otomatis pasien nyata atau tidak nyata, tetapi bersama-sama menguji pemikiran pasien untuk mengembangkan respons yang lebih bermanfaat dan akurat.

10. CBT menggunakan berbagai teknik untuk mengubah cara berfikir, suasana hati, dan perilaku. Meskipun terdapat berbagai panduan strategi kognitif, teknik perilaku dan pemecahan masalah sangat penting, seperti juga teknik dari orientasi lain yang diterapkan dalam kerangka kognitif. Misalnya, menggunakan teknik *Gestalt inspired* untuk membantu memahami bagaimana pengalaman dengan keluarga dapat berkontribusi pada pengembangan keyakinannya tentang ketidakmampuan dan masalah kesehatan yang dialami. Menggunakan teknik yang terinspirasi secara psiko dinamik dengan beberapa pasien *Axis II* yang menerapkan ide-ide yang menyimpang tentang orang-orang ke dalam hubungan terapeutik. Jenis teknik yang dipilih akan dipengaruhi oleh konseptualisasi terapis tentang pasien, masalah yang didiskusikan, dan tujuan yang akan dicapai untuk sesi tersebut.

CBT didasarkan pada empat prinsip dasar (Josefowitz & Myran, 2017):

1. Bagaimana seseorang dapat memahami lingkungan sekitar atau bagaimana cara seseorang berfikir sehingga mempengaruhi perasaan, reaksi fisik, hingga perilakunya. Artinya, masalah Pasien dapat dipahami melalui cara berfikir perasaan, reaksi fisik, dan perilaku dalam berinteraksi dan mempertahankan suatu masalah.
2. Intervensi CBT dapat membantu mengubah cara berpikir seseorang. CBT dilakukan untuk membantu seseorang menyadari sesuatu yang sedang dipikirkan.
3. Ketika seseorang telah mengubah cara berpikirnya, perasaan, reaksi fisik, dan perilaku maka aktivitas yang dilakukan juga menyesuaikan.
4. Ketika seseorang mengubah perilakunya, hal ini juga akan berdampak pada pikiran, perasaan, dan reaksi fisiknya terhadap suatu masalah.

Memahami dan menerapkan prinsip-prinsip terapi perilaku kognitif dapat dijadikan sebagai *tools* penting bagi perawat untuk memahami dan mengatasi reaksi pada diri sendiri terhadap stres serta membantu pasien untuk mengoptimalkan kesehatan atau penyakit di sepanjang umur. Mengintegrasikan terapi perilaku kognitif ke dalam praktik keperawatan membutuhkan apresiasi terhadap efek kognisi pada kesehatan dan penyakit. Keterampilan sederhana seperti mengembangkan kesadaran akan kepekaan terhadap stres, pikiran otomatis dan distorsi kognitif, ditambah dengan keterampilan memilih strategi koping yang lebih efektif dapat meningkatkan pengalaman kesehatan dan penyakit. Meskipun keterampilan ini tidak menggunakan alat yang berteknologi

tinggi dan penggunaan biaya yang relatif murah, penguasaan keterampilan ini membutuhkan perawat yang terampil dan Pasien yang berkomitmen. Ini adalah proses yang halus. Beberapa upaya dan beberapa cara berbeda untuk melihat suatu situasi mungkin diperlukan sebelum Pasien dapat mengenali pikiran otomatis dan keyakinan yang mendasari yang terlibat. Namun begitu mereka memiliki wawasan ini, prinsip-prinsip tersebut dapat diterapkan secara luas dan efeknya sangat kuat (Dossey & Keegan, 2013).

### C. *Self-Care Behaviors*

*Self-care* adalah perilaku yang dipelajari dan tindakan yang disengaja sebagai respons terhadap suatu kebutuhan (DeLaune & Ladner, 2011). Teori Orem mengidentifikasi tiga kategori kebutuhan *Self-care* yaitu kebutuhan perawatan diri yang menyeluruh, kebutuhan perkembangan perawatan diri dan kebutuhan perawatan diri dari penyimpangan kesehatan. *Universal Self-care* adalah kebutuhan dasar bagi seluruh manusia dan mencakup kebutuhan interaksi fisiologis dan sosial. *Development Self-care* merupakan kebutuhan yang muncul ketika individu tumbuh dan berkembang. *Health-deviation self-care* merupakan kebutuhan yang dihasilkan karena suatu penyakit atau keadaan sakit. *Self-care* dilakukan oleh individu yang dewasa karena telah memiliki keterampilan dalam berfikir yang lebih realistis. Seseorang yang membutuhkan bantuan dalam proses *self-care* disebut perawatan *dependen* (Alligood, 2014).

Perawat harus mampu memahami faktor yang mempengaruhi status kesehatan. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk mengetahui tentang perilaku kesehatan setiap individu. Perilaku didefinisikan sebagai respon yang dapat diamati dari individu yang dipengaruhi oleh faktor eksternal. Konsep penting yang perlu diingat adalah bahwa semua perilaku memiliki makna. Oleh karena itu, perilaku merupakan upaya individu untuk mencapai pemenuhan kebutuhan. Perawat terkadang harus bertindak sebagai detektif untuk menentukan kebutuhan yang mendasari sebuah perilaku. *Assessment* yang menyeluruh merupakan kunci bagi perawat dalam menentukan makna perilaku tersebut. Perilaku sehat adalah aktivitas yang diarahkan untuk mencapai dan mempertahankan kesejahteraan. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan diantaranya Gaya Hidup, Persepsi *locus of control*, Persepsi kemudahan atau

kesulitan dalam menyelesaikan suatu tugas (*Self-Efficacy*), Sikap perawatan kesehatan, dan Konsep diri (DeLaune & Ladner, 2011).

### 1. Gaya Hidup

Individu menentukan status kesehatan melalui setiap tindakan seperti olahraga. Melalui olahraga, seseorang menunjukkan pilihan gaya hidup yang akan meningkatkan status kesehatan. Gaya hidup terdiri dari aktivitas dan rutinitas sehari-hari yang biasa dilakukan sehingga menjadi praktik yang dapat diterima dalam kehidupan. Rutinitas dan kebiasaan tersebut mempengaruhi status kesehatan. Gaya hidup berawal dan berkembang melalui faktor budaya keluarga dan lingkungan. Keluarga adalah pengaruh utama pada setiap perkembangan dari perilaku yang dapat meningkatkan kesehatan atau merusak kesehatan (DeLaune & Ladner, 2011).

Ketika modifikasi gaya hidup diperlukan untuk meningkatkan kesehatan, setiap individu umumnya mengalami kesulitan dalam menerapkan perubahan yang disarankan. Individu cenderung tidak mematuhi perubahan gaya hidup yang direkomendasikan jika terdapat persepsi tentang peningkatan ketidaknyamanan dan penggunaan biaya. Selain daripada itu, tingkat perubahan gaya hidup yang diperlukan dapat memengaruhi kepatuhan (DeLaune & Ladner, 2011).

### 2. *Locus of Control*

*Locus of control* mengacu pada perasaan individu untuk dapat mempengaruhi peristiwa dan situasi yang mempengaruhi kehidupan sehari-hari. *Locus of control* terbagi atas lokus kendali eksternal yaitu Seseorang yang merasa seperti korban atas peristiwa kehidupan. Sedangkan, lokus kontrol internal yaitu seseorang yang merasa dapat memengaruhi peristiwa dan kejadian yang memengaruhi atau menganggap segala sesuatu yang terjadi merupakan bagian dari keterampilan diri dalam mengendalikan peristiwa tersebut. Dengan demikian, lokus kontrol internal lebih bersedia untuk membuat perubahan gaya hidup yang mengarah pada kesehatan (DeLaune & Ladner, 2011).

### 3. *Self-Efficacy*

*Self-Efficacy* digambarkan sebagai persepsi individu tentang keterampilan melakukan tugas tertentu (Bandura, 1997). *Self-Efficacy* memiliki dampak yang kuat dalam memulai perubahan perilaku. *Self-Efficacy* adalah salah satu bentuk

kepercayaan diri yang mengarah pada kinerja perilaku yang sukses, *Self-Efficacy* mencakup dua jenis harapan yaitu:

- a. *Outcome expectations*: Keyakinan tentang apakah perilaku akan menghasilkan hasil yang diinginkan
- b. *Efficacy expectations*: Keyakinan yang dimiliki orang tersebut tentang kemampuannya sendiri dalam berperilaku.

Perilaku diatur oleh mekanisme internal, seperti *Self-Efficacy*. Ketika seseorang mampu membuat keputusan dan merasa telah berhasil melakukan perawatan secara mandiri berdasarkan program terapi, maka akan terjadi kecenderungan untuk mencoba perubahan perilaku secara terus menerus. Komponen penting dari asuhan keperawatan adalah memberikan kesempatan kepada pasien dalam mencapai tingkat motivasi diri. Misalnya, ketika melakukan edukasi pemberian suntikan insulin secara mandiri, perawat menyampaikan tugas menjadi beberapa tujuan kecil yang dapat dicapai dan meminta untuk melakukan demonstrasi kembali. Pasien akan menerima umpan balik segera sehingga dapat membantu mendorong keberhasilan lebih lanjut (DeLaune & Ladner, 2011).

#### 4. Sikap terhadap perilaku kesehatan

Keyakinan membentuk perilaku yang kuat. Perilaku kesehatan didasarkan pada keyakinan. Sikap tentang kesehatan dan kerentanan pribadi sangat mempengaruhi perilaku. Sosialisasi (yang terjadi dalam keluarga) mempengaruhi perkembangan keyakinan tentang perawatan kesehatan. Nilai-nilai masyarakat juga mempengaruhi perkembangan kepercayaan tentang perawatan kesehatan. Keyakinan dapat menentukan kesediaan seseorang untuk berpartisipasi dalam perawatan kesehatan. Misalnya, jika orang percaya pada penggunaan jamu atau penyembuh tradisional, praktik ini dapat meningkatkan atau mengganggu pendekatan pengobatan tradisional (DeLaune & Ladner, 2011).

Perawat harus peka terhadap fakta bahwa semua pasien tidak memiliki keyakinan yang sama tentang masalah perawatan kesehatan. Sikap tidak menghakimi membantu perawat lebih menerima pasien dengan keyakinan dan perilaku yang beragam (DeLaune & Ladner, 2011).

## 5. Konsep diri

Konsep diri adalah persepsi individu tentang diri sendiri. Ini termasuk *self-esteem* (persepsi individu tentang harga diri) dan *body image* (persepsi diri fisik seseorang). Konsep diri mempengaruhi perilaku kesehatan individu sehingga orang yang menganggap memiliki konsep diri yang tinggi akan cenderung menjaga dirinya sendiri. Sebaliknya, seseorang dengan konsep diri rendah mungkin terlibat dalam perilaku yang merusak diri dan membahayakan kesehatan. Orang dengan konsep diri rendah seringkali mengabaikan kebutuhannya sendiri karena dianggap kurang penting dibandingkan dengan kebutuhan orang lain. Konsep diri bersifat dinamis dan berubah sesuai dengan status kesehatan. Konsep diri tidak hanya mempengaruhi kesehatan, tetapi perubahan status kesehatan juga dapat mempengaruhi konsep diri. Misalnya, perhatikan orang yang kehilangan anggota tubuh akibat amputasi. Konsep diri orang ini mungkin berubah sebagai akibat dari perubahan fisik (DeLaune & Ladner, 2011).

*Self-management* adalah keterampilan pribadi dalam menangani masalah kesehatan dan meningkatkan perilaku kesehatan (Sassen, 2018). Pasien diberikan keterampilan menangani masalah kesehatannya sendiri. Oleh karena itu, *self-management* difokuskan untuk membantu pasien dalam memecahkan masalah, bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan, dan memperluas pengetahuan tentang perilaku kesehatan yang lebih baik (Sassen, 2018).

*Self-management* terdiri atas kesiapan pasien menghadapi kondisi kesehatan. Pasien mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan masalah kesehatan untuk menangani suatu penyakit. Pasien mempelajari keterampilan pemecahan masalah yang sesuai untuk dapat menangani konsekuensi masalah kesehatan. Pasien belajar untuk memiliki keyakinan pada keterampilannya sendiri untuk menangani pengobatan dan perawatan sehingga dapat membantu meningkatkan kesejahteraan dan *Quality of Life* (Sassen, 2018).

*Self-management behaviour* adalah perilaku yang kompleks. Pasien harus memantau keadaan kesehatannya sendiri, melaporkan tanda dan gejala, dan memahami peningkatan kesejahteraan dan kualitas hidup. Profesional keperawatan harus memfasilitasi dan mendukung manajemen mandiri pasien. Pada kondisi

tertentu, profesional keperawatan harus melibatkan lingkungan sekitar yang dapat mendukung pasien meningkatkan status kesehatannya (Sassen, 2018).

#### **D. *Systematic Review***

##### 1. Definisi

*Systematic review* adalah artikel penelitian yang mengidentifikasi kesesuaian studi, penilaian kualitas, dan hasil yang diperoleh menggunakan sebuah metodologi ilmiah (Khan et al., 2011). *Systematic review* perlu menentukan pertanyaan penelitian dan metode yang akan digunakan sebelum melakukan analisis (Zawacki-Richter et al., 2020). Penggunaan protokol dapat membantu proses peninjauan untuk memperoleh pemahaman bersama tentang ruang lingkup tinjauan dan metode yang akan digunakan untuk menjawab pertanyaan tinjauan tersebut (Zawacki-Richter et al., 2020).

##### 2. Tujuan Penulisan *Systematic Review*

*Systematic review* bertujuan untuk mengumpulkan seluruh hasil penelitian yang sesuai dengan tema penelitian (Van Klaveren & De Wolf, 2019).

##### 3. Proses Penulisan *Systematic Review*

*Systematic review* memiliki serangkaian proses yang sama pada umumnya (Zawacki-Richter et al., 2020). Proses-proses ini dapat dibagi menjadi beberapa tahapan berbeda yang saling berhubungan seperti sebagai berikut:

###### a. Pertanyaan *Systematic review* dan Kerangka Konseptual

Pertanyaan tinjauan memberikan struktur khusus untuk setiap tinjauan dan memberikan keputusan penting tentang jenis studi yang akan disertakan seperti proses pencarian, penilaian kualitas, dan proses penggabungan temuan (Zawacki-Richter et al., 2020). Meskipun pertanyaan penelitian tampak sederhana, pertanyaan tersebut akan mencakup berbagai asumsi implisit dan eksplisit. Asumsi-asumsi tersebut mencakup kerangka epistemologi tentang tata cara memperoleh suatu pengetahuan, kerangka teoritis baik tentatif atau tegas, dan fenomena yang menjadi fokus studi (Zawacki-Richter et al., 2020).

Kerangka konseptual dapat dilihat sebagai hipotesis kerja yang dapat dikembangkan, diperkuat atau dikonfirmasi selama penelitian (Zawacki-Richter et al., 2020). Kerangka konseptual bertujuan untuk menjelaskan masalah utama

yang akan dipelajari, konstruksi atau variabel, dan dugaan hubungan di antara variabel (Zawacki-Richter et al., 2020).

b. Kriteria Seleksi

Peninjau harus membuat keputusan tentang studi penelitian yang akan dimasukkan dalam tinjauan (Zawacki-Richter et al., 2020). Oleh karena itu, untuk membuat keputusan secara sistematis dan transparan, peninjau harus mengembangkan aturan tentang studi yang dapat dipilih. Kriteria seleksi (kriteria inklusi) dilakukan untuk memberikan batasan pada proses peninjauan. Kriteria seleksi dibentuk berdasarkan pertanyaan tinjauan dan kerangka kerja konseptual (Zawacki-Richter et al., 2020).

c. Mengembangkan Strategi Pencarian

Strategi pencarian adalah proses identifikasi rencana studi penelitian yang relevan (Zawacki-Richter et al., 2020). Pertanyaan tinjauan dan kerangka kerja konseptual membentuk kriteria pemilihan. Kriteria pemilihan menentukan studi yang akan dimasukkan dalam tinjauan sehingga menjadi kata kunci utama dari strategi pencarian. Pertimbangan utama ketika melakukan strategi pencarian adalah membuat pencarian menjadi lebih lengkap yang bertujuan untuk mencoba dan menemukan seluruh metode penelitian yang sesuai dengan pertanyaan tinjauan (Zawacki-Richter et al., 2020).

d. Proses Seleksi Studi

Studi yang telah diidentifikasi akan mengikuti proses pemeriksaan (proses penyaringan) untuk memastikan informasi yang diperoleh memenuhi kriteria pemilihan. Oleh karena itu, proses seleksi umumnya dilakukan dalam dua tahap. Pertama, pemeriksaan judul dan abstrak dilakukan untuk menentukan kebenaran dan relevansi sebuah studi. Kedua, melakukan salinan lengkap pada artikel yang diperoleh untuk menyelesaikan proses penyaringan. Beberapa proses pencarian menggunakan perangkat lunak khusus untuk mendukung proses pemilihan secara otomatis (Zawacki-Richter et al., 2020).

e. Mengidentifikasi Penelitian

Setelah melakukan inklusi pada setiap studi, pengulas perlu secara sistematis mengidentifikasi dan mencatat informasi dari studi yang akan

digunakan untuk menjawab pertanyaan tinjauan (Zawacki-Richter et al., 2020). Informasi yang dimaksud adalah karakteristik penelitian (Zawacki-Richter et al., 2020).

Identifikasi menjelaskan tentang rincian studi untuk memungkinkan pemetaan jenis penelitian yang telah dilakukan, memungkinkan penilaian kualitas dan relevansi penelitian untuk menjawab pertanyaan tinjauan, dan melakukan disintesis setiap hasil studi untuk menjawab pertanyaan tinjauan (Zawacki-Richter et al., 2020).

#### f. Menilai Kualitas Studi

Penilaian kualitas studi pada umumnya didasarkan pada penilaian aspek individu menggunakan desain, perilaku, dan analisis hasil studi (Khan et al., 2011). Semakin banyak kekurangan dalam proses pengujian kualitas dapat memberikan gambaran resiko *bias* yang sangat tinggi. *Bias* dapat digolongkan menjadi *selection bias*, *performance bias*, *measurement bias*, dan *attrition bias* (Khan et al., 2011). Setiap point dalam proses penilaian digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan daftar pemeriksaan untuk melakukan penilaian mendalam tentang kualitas setiap studi yang relevan dengan tinjauan (Khan et al., 2011)

#### g. Sintesis

Sintesis lebih dari sekedar daftar temuan dari studi yang telah melalui proses inklusi. Proses sintesis adalah upaya untuk mengintegrasikan informasi dari setiap studi sehingga menghasilkan jawaban dari pertanyaan tinjauan yang “lebih baik” daripada yang disediakan sebelumnya (Zawacki-Richter et al., 2020).

## E. Kerangka Teori

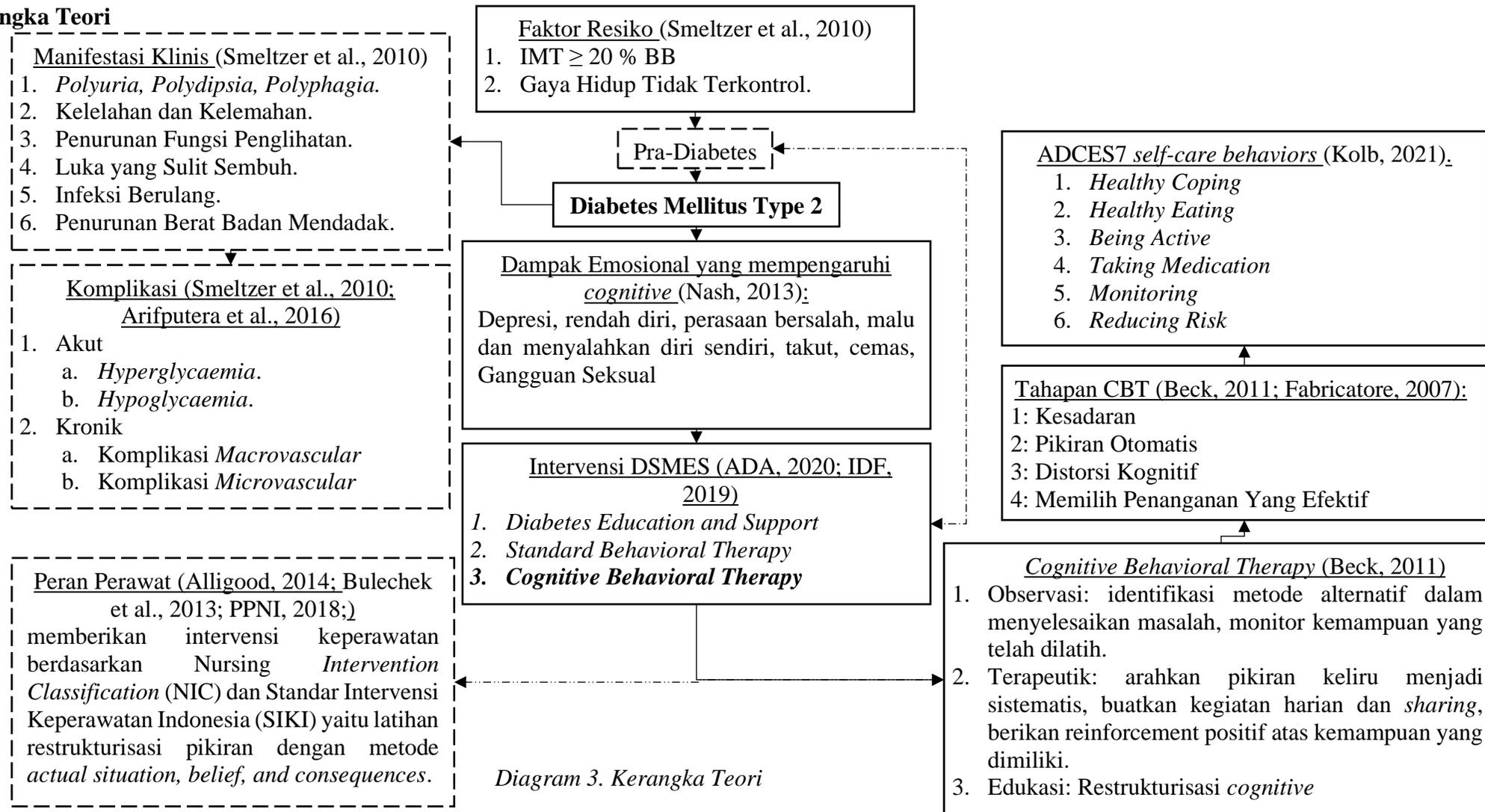


Diagram 3. Kerangka Teori