



**Prosiding**  
**Konferensi Nasional**  
*Pain Management*  
**&**  
*Quality of Life*

Auditorium Ar Rahim Universitas YARSI  
Sabtu 5 November 2011 | 08.00 - 17 00 WIB

**Prosiding**

**Konferensi Nasional Psikologi Kesehatan**

*"Pain Management and Quality of Life"*

Auditorium Ar Rahim Universitas YARSI  
Sabtu 5 November 2011 | 08.00 - 17.00 WIB

**Penyunting Naskah:**  
Ardiningtiyas Pitaloka, M.Psi  
Dhany Yudianto, M.Psi

**Desain Muka**  
Dhany Yudianto. M.Psi

**Penerbit:**  
Fakultas Psikologi  
Universitas YARSI

## KATA PENGANTAR

*Pain* atau nyeri merupakan suatu kondisi yang dialami hampir semua lapisan umur. *Pain*, biasanya merupakan suatu kondisi sertaan dari adanya penyakit atau malfungsi atau disfungsi dari organ dan anggota tubuh. Sumber *pain* diantaranya adalah penyakit yang diderita – seperti penderita kanker; tindakan medis – seperti paska operas; atau pun karena luka – misalnya luka kecelakaan kerja. Namun ternyata ada pula *pain* yang tidak dapat ditemukan sebab fisiknya.

*Pain* atau rasa nyeri bervariasi dalam intensitasnya, dari yang paling ringan hingga berat. Tidak jarang, *pain* dapat menimbulkan *disability*/ketidakmampuan dan keterbatasan berkegiatan bagi penderitanya. Efek lanjutannya adalah menurunnya kualitas hidup penderita, yang terdiri dari beberapa aspek yaitu fisik, psikologis dan sosial.

Paradigma lama menempatkan *pain* sebagai sesuatu yang harus diterima oleh penderita sebagai efek dari adanya penyakit atau malfungsi atau disfungsi tersebut. Upaya penanganan *pain* dilakukan ketika *pain* benar-benar mengganggu penderita dan menggunakan pendekatan tunggal, yaitu pendekatan farmakologis. Dalam hal ini obat-obatan penahan sakit yang banyak digunakan. Paradigma lama juga meyakini bahwa penggunaan obat-obatan ini dapat menimbulkan ketergantungan dan kerusakan pada organ lain, sehingga pengobatan pada *pain* hanya dilakukan ketika kondisi penderita benar-benar akut.

Pengangan yang tepat terhadap *pain* dapat meminimalkan efek negatif terhadap kualitas hidup seorang dan dapat mengoptimalkan aspek lain dari kualitas hidup sebagai kompensasi dari efek negatif dari *pain* tersebut. *Painmanagement* adalah kemampuan seseorang dalam menyiasati rasa sakit yang diderita oleh sebab apapun tanpa terjadinya penurunan fungsi biopsikososioreligi.

Konferensi Nasional Psikologi Kesehatan Pain Management & Quality of Life kali ini berusaha melakukan kajian dari berbagai perspektif – neurologi, biopsikologi, dan sosiospiritual. Kajian dilakukan oleh kalangan akademisi maupun praktisi dari untuk mendapatkan pemahaman yang lebih komprehensif.

## Sambutan Ketua *Steering Committee*

Assalamu'alikum wa rahmatullahi wa barakatuh  
Salam sejahtera untuk kita semua

Alhamdulillah, kita panjatkan puji syukur ke hadirat Illahi Robbi, karena atas perkenan-NYA kita semua dapat hadir di ruangan ini dalam keadaan sehat wal 'afiat. Semoga Allah SWT selalu memberkati kita semua. Amin ya Robbal alamin.

Konferensi Nasional dengan tema "*Pain management dan Quality of Life*" yang diselenggarakan oleh Fakultas Psikologi Universitas YARSI hari ini adalah salah satu bukti komitmen Fakultas Psikologi UY, yang secara khusus berniat untuk menjadi pusat pengembangan dan penelitian serta penerapan Psikologi Kesehatan. Perlu kiranya Bapak/Ibu ketahui bahwa dalam kurikulum S1 Fakultas Psikologi YARSI terdapat sejumlah 19 SKS yang terkait dengan bidang keilmuan dan penerapan Psikologi Kesehatan termasuk sejumlah 4 SKS praktikum pada berbagai *setting*, yaitu *setting* Klinis, Industri & Organisasi, Sosial dan Pendidikan. Mahasiswa diperkenankan untuk memilih praktikum pada *setting* yang menjadi arah minat mereka.

Melalui konferensi ini, *Pain dan Quality of Life* yang merupakan topik spesifik dalam Psikologi Kesehatan akan dibahas berdasar 3 perspektif yaitu: neurologik, biopsikofisik dan sosiospiritual. Dengan harapan pemahaman tentang rasa sakit dapat lebih akurat bila kita mengintegrasikan ke 3 perspektif tersebut. Harapan lain adalah agar kiranya kegiatan konferensi dalam bidang Psikologi Kesehatan ini menjadi embryo bagi peluang penyelenggaraan konferensi sejenis yang dapat dilakukan oleh masyarakat akademis di Indonesia. Dalam hal ini Fakultas Psikologi Universitas YARSI membuka diri untuk melakukan kerjasama dengan pihak akademik yang terkait dengan bidang pelayanan kesehatan.

Dalam kesempatan ini tak lupa saya atas nama seluruh civitas akademik UY mengucapkan beribu terimakasih pada Ketua Panitia dan seluruh jajarannya atas kerjakeras selama persiapan konferensi ini.

Demikian sepatah dua kata dari saya. Selamat berkonferensi, semoga konferensi ini menambah pencerahan bagi upaya peningkatan perkembangan Psikologi Kesehatan di Indonesia baik sebagai ilmu maupun sebagai terapannya.

Wassalammu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Jakarta, 5 November 2011  
Jakarta, 5 November 2011

**Prof. Sawitri Supardi Sadarjoen, Psi**  
Dekan Fakultas Psikologi  
Universitas YARSI

## DAFTAR ISI

|  |     |
|--|-----|
| Kata Pengantar .....   | i   |
| Sambutan Ketua <i>Steering Committee</i> .....   | ii  |
| Tim dan Penanggung Jawab .....   | iv  |
| <i>Pain Management And Quality Of Life In Neurology Perspective</i> .....  | 1   |
| Psikologi dan Manajemen Rasa Sakit-Nyeri .....   | 16  |
| Efektivitas Program Psikologis ASA terhadap Efikasi Diri dan Komitmen Kesehatan serta Kadar Interferon Gamma (IFN- $\gamma$ ) Penderita Tuberkulosis ..... | 24  |
| Melibatkan Keluarga dalam Program Manajemen Nyeri pada Pasien dengan Nyeri Kronis .....  | 41  |
| Hubungan Dukungan Sosial, Religiusitas dan Stress pada Suami dan Istri Pasien Terapi Hemodialisa .....   | 48  |
| Teknik <i>Release</i> untuk Mengatasi Rasa Nyeri Pecandu Narkoba di UNITRA BNN .....   | 61  |
| Relaksasi dan Restrukturisasi Kognitif sebagai Teknik <i>Self-help</i> untuk Mengurangi Simptom Nyeri pada Penderita Somatisasi .....                      | 73  |
| Terapi dengan Pendekatan <i>Cognitive-Behavioral</i> dalam Penanganan Nyeri pada Pasien Nyeri Punggung Bawah (NPB) Kronik .....                            | 77  |
| Peranan Metode Terapi Hypnobirthing dalam Mengelola Kecemasan terhadap Nyeri saat Persalinan .....   | 89  |
| Pengukuran Nyeri : Sebuah Studi Literatur .....  | 102 |
| Penggunaan ' <i>Pain Diary</i> ' untuk Mengungkap Faktor Sosioemosional dari Keluhan Nyeri Berulang pada Anak .....  | 110 |
| Pengaruh <i>Group Positive Psychotherapy</i> Terhadap <i>Psychological Well Being</i> Mahasiswa .....  | 121 |
| Manajemen Nyeri Menurut Tokoh-Tokoh Masa Keemasan Islam: Ibnu Sina, Al Zahrawi, Ibnu Zuhr Dan Al Razi .....  | 127 |
| Peranan Doa Sebagai <i>Coping</i> Pada Ibu Dari Anak Dengan Leukemia .....   | 139 |
| Menjalin Hubungan Industrial Guna Menuju Ke Arah Kualitas Kehidupan Kerja ( <i>Quality Of Work Life</i> ) .....  | 142 |
| Manajemen Rasa Sakit Terhadap Cedera Lutut : Studi Kasus Terhadap Atlet Judo Indonesia di Sea Games 2009 .....   | 161 |
| Status Kesehatan Dan Proteksi Diri Ditinjau Dari Strategi Mengatasi Rasa Sakit Dan Pusat Kendali Pada Remaja .....   | 169 |
| Studi Kasus mengenai Forgiveness pada Wanita dengan HIV/AIDS yang Terinfeksi melalui Suaminya .....  | 180 |
| Metode Relaksasi Pada Ibu Hamil Dalam Menurunkan Tingkat Stress Sebagai Upaya Mengurangi Angka Kematian Ibu .....  | 192 |
| <i>Pain Management</i> : Penanganan Nyeri Haid .....   | 208 |
| Faktor-faktor Psikososiospiritual sebagai Prediktor terhadap <i>Psychological Well-being</i> Pasien Stroke .....   | 215 |
| Haruskah Dokter Merangkap sebagai Psikolog?: Narativitas sebagai Upaya Rekonstitusi <i>Self</i> dalam Pemeriksaan Medis .....                              | 226 |
| Penurunan Keluhan Fisik Melalui Guided Imagery Pada Pasien Kronis .....  | 233 |
| Psikoterapi sebagai Pembuka Hati .....   | 244 |



**Penanggung Jawab**

Prof. dr. Jumalis Uddin, PAK  
Prof. Sawitri Supardi Sadarjoen, Psi

**Ketua Panitia**

Entin Nurhayati, M.Si

**Sekretaris**

Ade Nursanti  
Dhany Yudianto

**Tim**

Sunu Bagaskara  
Miwa Patnani  
Metta Rachmadiana  
Rina Rahmatika  
Dilfa Juniar  
Endang Fouriana L  
Octaviani Indrasari  
Ardiningtiyas Pitaloka  
Melok Roro Kinanti  
Warni Ernawati  
Sugimanto

## Terapi dengan Pendekatan *Cognitive-Behavioral* dalam Penanganan Nyeri pada Pasien Nyeri Punggung Bawah (NPB) Kronik

Cakrangadinata, Robert O. Rajagukguk, Aris Budiutomo  
Universitas Kristen Maranatha  
[cakrangadinata@yahoo.co.id](mailto:cakrangadinata@yahoo.co.id)

### ABSTRAK

Metoda penanganan nyeri pada pasien Nyeri Punggung Bawah (NPB) kronik yang selama ini dilakukan di rumah sakit di Bandung umumnya hanya berfokus pada pemberian obat dan terapi fisik atau fisioterapi. Sementara, nyeri merupakan persepsi subjektif yang selain dipengaruhi komposisi genetik seseorang, juga berkaitan dengan *learning history* sebelumnya, penilaian *idiosyncratic*, ekspektasi-ekspektasi, keadaan *mood* saat ini, dan lingkungan sosiokultural seseorang (Turk & Monarch dalam Turk & Gatchel, 2002). Penanganan nyeri diharapkan tidak lagi hanya berfokus pada aspek fisiologis, tetapi perlu juga penanganan aspek psikologis pasien. Salah satu bentuk *treatment* yang cukup diterima dalam penanganan nyeri adalah intervensi yang menggunakan pendekatan *cognitive-behavioral*. Makalah ini akan memaparkan terapi dengan pendekatan *cognitive-behavioral* yang dapat digunakan dalam penanganan pasien NPB kronik. Adapun terapi tersebut sebelumnya telah diuji coba melalui penelitian yang dilakukan penulis yang berjudul "Penerapan Terapi dengan Pendekatan *Cognitive-Behavioral* dalam menurunkan Intensitas Nyeri pada Pasien NPB Kronik (Suatu Studi Kasus pada Pasien NPB Kronik di Rumah Sakit "X" Bandung)" (Cakrangadinata, 2011). Pada penelitian tersebut digunakan *McGill Pain Questionnaire (MPQ)* oleh Melzack (1975) untuk mengukur nyeri yang dialami oleh kedua partisipan. Dari hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa kedua partisipan menunjukkan penurunan intensitas nyeri setelah diberikan terapi. Terapi yang digunakan merupakan hasil modifikasi modul terapi *cognitive-behavioral* dari J.D. Otis (2007). Adapun sesi-sesi terapi yang diberikan adalah *pre-treatment* (penjelasan mengenai gambaran umum dari terapi), *psychoeducational* (mempelajari dampak dari nyeri, aspek psikologis yang berperan dalam proses terjadinya nyeri, dan keterkaitan antara pikiran, perasaan, dan aktivitas yang mempengaruhi pengalaman nyeri), *relaxation training* (mempelajari *progressive muscle relaxation* dan *diaphragmatic breathing*), pengenalan terhadap konsep *automatic thought* dan *ABC* (mempelajari pikiran-pikiran otomatis yang segera muncul ketika menghadapi situasi tertentu, dan mengenalinya dalam kehidupan sehari-hari dengan berlatih membuat model *ABC*), *cognitive restructuring* (mempelajari bagaimana cara untuk mengenali *cognitive errors* dan mengubah pikiran-pikiran negatif yang tidak menolong berkaitan dengan nyeri, menjadi pikiran-pikiran yang lebih positif), *time-based activity pacing* (mempelajari bagaimana untuk menjadi lebih aktif tanpa berlebihan), *review* terapi dan *flare-up planning* (mengulas kembali materi-materi yang telah diberikan, dan mempelajari hal-hal yang harus dilakukan ketika nyeri kambuh), dan pemberian pekerjaan rumah di setiap akhir sesi.

### PENDAHULUAN

Nyeri merupakan alasan yang paling umum bagi pasien-pasien untuk memasuki tempat perawatan kesehatan dan merupakan alasan yang paling umum diberikan untuk pengobatan terhadap diri sendiri (Turner et al, 1996 dalam Eccleston, 2001). Nyeri didefinisikan sebagai suatu pengalaman sensorial dan emosional yang tidak menyenangkan yang berasosiasi dengan kerusakan jaringan yang aktual atau berpotensi, atau digambarkan sebagai kerusakan-kerusakan seperti itu. Nyeri dapat diklasifikasikan sebagai "akut" dan "kronik". Nyeri akut seringkali adaptif karena mengingatkan individu mengenai kehadiran dan lokasi dari cedera pada lapisan jaringan dan mengoreksi perilaku yang dapat menyebabkan atau berkontribusi terhadapnya. Nyeri kronik, di sisi lain, merujuk pada nyeri



yang berkelanjutan lebih dari tiga bulan walaupun *treatment* dan usaha-usaha untuk mengatasinya telah dilakukan individu. Nyeri kronik dapat berdampak pada semua area kehidupan seseorang dan seringkali berasosiasi dengan masalah-masalah fungsional, psikologis, dan sosial. ([www.healthpsychology.net/Pain\\_Management.htm](http://www.healthpsychology.net/Pain_Management.htm), 2001).

Pasien-pasien dengan nyeri kronik dan nyeri akut yang berulang seringkali merasa ditolak oleh elemen-elemen masyarakat yang hadir untuk melayani mereka. Mereka kehilangan keyakinan dan menjadi frustrasi serta terganggu dengan sistem pelayanan kesehatan yang mungkin pada awalnya menciptakan ekspektasi-ekspektasi bagi kesembuhan tetapi mengecewakan para penderita nyeri ketika *treatment* terbukti tidak adekuat (Turk, 2002). Nyeri kronik merupakan situasi yang menurunkan moral yang mengkonfrontasi penderita tidak hanya dengan stress yang berasal dari nyeri tetapi juga dengan banyak kesulitan-kesulitan lain yang menyertai yang mempengaruhi semua aspek kehidupan (Turk & Monarch, 2002).

Nyeri bisa terdapat pada beberapa bagian tubuh manusia, salah satunya pada punggung sebelah bawah yang umumnya disebut sebagai *low back pain* atau nyeri punggung bawah (NPB). NPB adalah nyeri yang dirasakan daerah punggung bawah, dapat merupakan nyeri lokal maupun nyeri radikular atau keduanya. Nyeri ini terasa diantara sudut iga terbawah dan lipat bokong bawah yaitu di daerah lumbal atau lumbo-sakral dan sering disertai dengan penjalaran nyeri ke arah tungkai dan kaki. Nyeri yang berasal dari daerah punggung bawah dapat dirujuk ke daerah lain atau sebaliknya nyeri yang berasal dari daerah lain dirasakan di daerah punggung bawah (*referred pain*) (Sadeli & Tjahjono, 2001).

Pengalaman nyeri bersifat subjektif, oleh karena itu perlu adanya penanganan terhadap faktor-faktor yang berkaitan dengan aspek psikologis yang mempengaruhi pengalaman nyeri pasien. Salah satu pendekatan yang menjelaskan keterkaitan antara aspek fisiologis dan psikologis pada nyeri adalah pendekatan *biopsychosocial*. Turk dan Flor (1999) menyatakan bahwa premis dasar dari pendekatan *biopsychosocial* adalah bahwa faktor-faktor predisposisional dan faktor-faktor biologikal yang ada dapat memulai, mempertahankan, dan memodulasi gangguan-gangguan fisik (*physical perturbations*); faktor-faktor predisposisi dan psikologis yang ada mempengaruhi penilaian dan persepsi dari tanda-tanda fisiologis internal; dan faktor-faktor sosial membentuk respon-respon *behavioral* dari pasien terhadap persepsi-persepsi dari gangguan-gangguan fisik mereka (Asmundson & Wright, 2004).

Salah satu bentuk *treatment* yang cukup diterima dalam penanganan nyeri adalah intervensi yang menggunakan pendekatan *Cognitive-Behavioral (C-B)*. Terapi dengan pendekatan *Cognitive Behavioral (C-B)* merupakan terapi yang menggabungkan pendekatan kognitif dan *behavioral* (Ledley, 2005). Terapi dengan pendekatan *C-B* merupakan kombinasi dan integrasi dari *treatments* yang bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan pengaruh dari faktor-faktor yang mempertahankan tingkah laku, *belief*, dan pola-pola pemikiran pasien yang maladaptif (Eccleston, 2001). Terapi dengan pendekatan *C-B* didesain untuk membantu para pasien mengenali, mengevaluasi, dan memperbaiki konseptualisasi-konseptualisasi yang maladaptif dan *beliefs* yang disfungsional mengenai diri

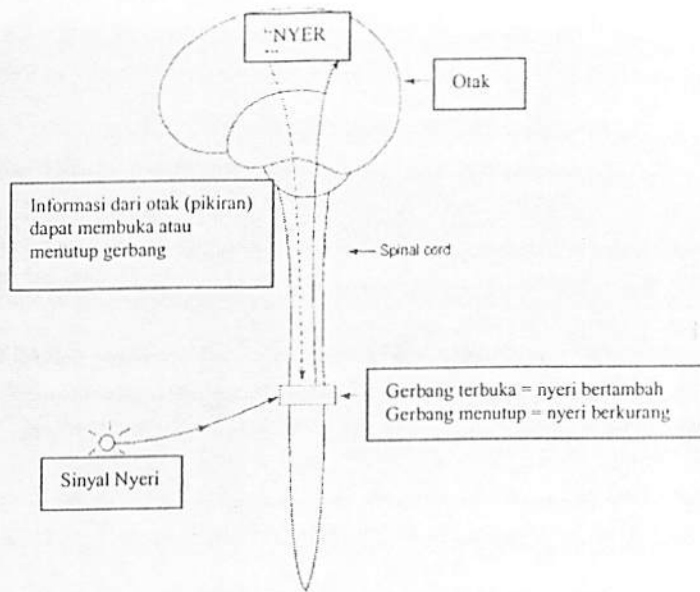
mereka sendiri dan kesulitan-kesulitan yang mereka hadapi. Pasien diajari untuk mengenali koneksi yang menghubungkan kognisi, afek, dan perilaku terhadap konsekuensi yang mengikutinya (Turk, 2002). *Treatment* ini dapat menghasilkan perubahan dari *belief* mengenai *pain*, *coping style*, dan tingkat keparahan nyeri yang dilaporkan, sebagaimana perubahan *behavioral* yang langsung. Lebih lanjut, *treatment* yang menghasilkan peningkatan dalam persepsi kontrol terhadap nyeri dan penurunan dari *catastrophizing* berasosiasi dengan penurunan *rating* tingkat keparahan nyeri dan disabilitas fungsional (Sullivan, et al., 2001; Turner & Aaron, 2001).

Pendekatan *cognitive-behavioral (C-B)* diposisikan tidak sebagai pengganti dari penanganan kesehatan tradisional (medis) tetapi digunakan sebagai intervensi pelengkap untuk mendukung kesembuhan pasien. Dengan pendekatan *C-B*, penderita nyeri dibantu untuk mempelajari metode-metode dan keterampilan-keterampilan yang dapat membantu mereka berfungsi lebih baik dan meningkatkan kualitas kehidupan mereka meskipun mengalami nyeri (Turk, 2002). Ketika pasien nyeri mampu untuk beradaptasi dengan nyerinya, diharapkan intensitas nyeri yang dirasakan pasien akan berkurang.

## ISI MAKALAH

### Nyeri menurut *Gate Control Theory*

Ketika individu mengalami cedera, sebuah sinyal bergerak dari lokasi cedera melalui *nerve fibers* menuju *spinal cord*, dan kemudian menuju otak. Otak menginterpretasi sinyal dari kerusakan jaringan dan individu mempersepsi nyeri (Otis, 2007). *Gate control theory* dari Melzack dan Wall (1965) menjelaskan hubungan antara aspek-aspek fisiologis dan psikologis dalam mekanisme nyeri. Menurut *gate control theory*, sistem saraf pusat bertindak sebagai dasar fisiologis bagi peran dari faktor-faktor psikologis dalam pengalaman nyeri. Di dalam *spinal cord*, input sensori dimodifikasi oleh mekanisme neural dari *dorsal horn*, bagian ini bertindak sebagai suatu gerbang yang tidak nyata yang menghambat atau memfasilitasi transmisi impuls-impuls saraf dari lokasi perifer ke otak. Pada proses menghambat sinyal cedera, proses ini menutup gerbang, sehingga menurunkan nyeri, sebaliknya, pada proses memfasilitasi transmisi, proses ini membuka gerbang, sehingga meningkatkan nyeri. Integrasi yang kompleks ini, diatur oleh interaksi yang resiprokal dari faktor-faktor kognitif, emosional, dan fisik, membentuk cara individu mempersepsi dan berespon terhadap nyeri (Golden dan Barbera dalam Freeman, 2005). Proses ini dapat diilustrasikan sebagai berikut:



Hal-Hal yang dapat membuka atau menutup “gerbang nyeri” dapat dikelompokkan ke dalam lima kategori, yaitu: fisik, kognisi, emosi, aktivitas, dan sosial. Tabel 1 dan 2 menggambarkan secara detail hal-hal apa saja yang dapat membuka atau menutup “gerbang nyeri” (Otis, 2007).

Tabel 1. Hal-hal yang dapat membuka “gerbang nyeri”

|           |   |
|-----------|---|
| Fisik     | Perubahan-perubahan degeneratif, ketegangan otot, penyalahgunaan obat-obatan.   |
| Kognisi   | Atensi terhadap nyeri, pemikiran-pemikiran mengenai ketidakmampuan dalam mengendalikan nyeri, belief-belief mengenai nyeri sebagai sesuatu yang misterius, atau hal yang mengerikan.              |
| Emosi     | Depresi, takut, cemas, marah  |
| Aktivitas | Terlalu banyak atau terlalu sedikit aktivitas, perilaku yang buruk dalam pola makan atau yang berkaitan dengan kesehatan lainnya, ketidakseimbangan antara aktivitas kerja, sosial, dan rekreasi. |
| Sosial    | Sedikitnya dukungan dari keluarga dan teman, beberapa dari mereka hanya berfokus pada nyeri yang dialami individu, beberapa lagi mencoba untuk melindungi individu secara berlebihan.             |

Tabel 2. Hal-hal yang dapat menutup “gerbang nyeri”

|           |   |
|-----------|---|
| Fisik     | Penggunaan obat, operasi, mengurangi ketegangan otot  |
| Kognisi   | Distraksi atau fokus eksternal yang mengalihkan atensi terhadap nyeri, pemikiran-pemikiran bahwa nyeri dapat dikendalikan, belief-belief bahwa nyeri dapat diprediksi dan <i>manageable</i> |
| Emosi     | Stabilitas emosi, relaksasi, berada dalam kondisi tenang, dan mood positif  |
| Aktivitas | <i>Pace</i> yang tepat dalam aktivitas, kebiasaan-kebiasaan yang positif dalam hal kesehatan, keseimbangan antara bekerja, berekreasi, beristirahat, dan aktivitas sosial.                  |
| Sosial    | Dukungan dari yang lain, keterlibatan yang tidak berlebihan dari keluarga dan teman, dorongan dari yang lain untuk mempertahankan aktivitas yang moderat.                                   |



### Pendekatan *Cognitive-Behavioral* pada nyeri

Model C-B (*Cognitive – Behavioral*) telah menjadi konseptualisasi dari nyeri yang paling umum diterima, sebagaimana model tersebut muncul dengan nilai heuristik dalam menjelaskan pengalaman dari dan respon terhadap nyeri kronik dan akut. Aplikabilitas dari konseptualisasi C-B belum secara seksama diperiksa dalam keadaan nyeri akut, tetapi tidak ada alasan untuk percaya bahwa fitur-fitur yang mendasari model tidak dapat diaplikasikan pada nyeri akut.

CB model memandang bahwa reaksi-reaksi yang dimunculkan oleh individu didasari oleh ekspektasi-ekspektasi yang dipelajari oleh individu. Menurut CB model, faktor yang penting bukanlah peristiwa-peristiwa yang terjadi bersama-sama dalam suatu waktu, melainkan pada bagaimana individu belajar untuk memprediksinya berdasarkan pengalaman dan pemrosesan informasi yang mereka terima. Informasi-informasi yang mereka terima, mereka saring dengan pengetahuan-pengetahuan yang mereka miliki dan bereaksi berdasarkan itu. Konsekuensinya, respon mereka bukanlah berdasarkan pada realitas objektif, melainkan pada interpretasi-interpretasi yang bersifat subjektif terhadap realitas (Turk, 2002).

Nyeri adalah persepsi subjektif yang merupakan hasil dari transduksi, transmisi, dan modulasi dari input sensori yang disaring melalui komposisi genetik seseorang dan *learning history* sebelumnya dan dimodulasi lebih lanjut oleh keadaan psikologis saat ini, penilaian *idiosyncratic*, ekspektasi-ekspektasi, keadaan *mood* saat ini, dan lingkungan sosiokultural seseorang (Turk & Monarch dalam Turk & Gatchel, 2002).

Menurut Turk, karakteristik dari pendekatan *cognitive-behavioral* terhadap manajemen nyeri adalah sebagai berikut:

- Berorientasi pada masalah.
- *Educational* (mengajarkan keterampilan-keterampilan *self-management*, *problem solving*, *coping*, dan komunikasi).
- Kolaboratif (pasien dan terapis bekerja bersama-sama).
- Menggunakan latihan di klinik dan rumah untuk memperkuat keterampilan dan mengidentifikasi area-area yang bermasalah.
- Mendorong pengekspresian dari perasaan-perasaan dan kemudian mengendalikan perasaan-perasaan yang mengganggu rehabilitasi.
- Menekankan pada hubungan antara pikiran, perasaan, perilaku, dan fisiologis.
- Mengantisipasi kemunduran dan kelemahan dan mengajari pasien bagaimana untuk menanganinya.

Dalam intervensi *Cognitive-Behavioral* terdapat empat fase yang saling berkaitan, yaitu: (1) *reconceptualization*, (2) *skills acquisition*, (3) *skills consolidation*, dan (4) *generalization* dan *maintenance*. *Reconceptualization* melibatkan proses reorientasi pasien dari belief bahwa simptom-simptom atau *impairments* fisik merupakan sesuatu yang *overwhelming*, tidak bisa dikendalikan, semua pengalaman sensori hanya berasal dari kerusakan jaringan menjadi belief yang menyatakan bahwa simptom-simptom dan

*impairments* yang dialami dapat didiferensiasikan, dimodifikasi secara sistematis, dan dikendalikan oleh pasien itu sendiri. Salah satu bentuk dari komponen *reconceptualization* adalah *cognitive restructuring*. *Cognitive restructuring* merupakan suatu metode yang mendorong individu untuk mengidentifikasi dan mengubah pemikiran dan perasaan yang dapat memicu stres, yang diasosiasikan dengan nyeri yang dialami

*Skill acquisition* menekankan pada pentingnya bagi pasien untuk memahami *rationale* dari keterampilan-keterampilan spesifik yang diajarkan dan tugas-tugas yang diminta kepada mereka untuk dilakukan. Tanpa pasien memahami *rationale* dari komponen treatment dan memiliki kesempatan untuk mempertanyakan kebingungan mereka, mereka kurang mampu bertahan ketika menghadapi hambatan, kurang merasakan keuntungan dari terapi, atau kurang mampu dalam mempertahankan *therapeutic gains*. Keterampilan-keterampilan yang diajarkan sangat bervariasi, beberapa diantaranya *problem solving skills*, relaksasi, *cognitive coping skills training*, *attention diversion*, *assertiveness and communication skills training*, *exercise and activity pacing*.

Pada fase *skill-consolidation*, pasien mempraktekan dan berlatih keterampilan-keterampilan yang telah mereka pelajari selama fase *skills-acquisition* dan melanjutkan untuk mengaplikasikannya di luar klinik. Fitur yang penting dari rehabilitasi adalah kemampuan pasien untuk menggunakan keterampilan-keterampilan yang telah mereka pelajari selama treatment di lingkungan yang sebenarnya. Maka dari itu, latihan di rumah setiap keterampilan yang dipelajari saat *skill-acquisition* adalah sangat penting. Ketika pasien berlatih di rumah, adalah hal yang berguna untuk meminta mereka mencatat pengalaman mereka, termasuk ketika menghadapi kesulitan yang mungkin muncul.

Fase *generalization* dan *maintenance* memiliki setidaknya dua tujuan: (1) mendorong pasien untuk mengantisipasi dan merencanakan periode setelah treatment, dan (2) berfokus pada kondisi-kondisi yang dibutuhkan bagi keberhasilan jangka panjang. Secara spesifik, pencegahan terhadap kemunduran (*relapse prevention*) memberi pasien pemahaman mengenai kemunduran-minor yang mungkin terjadi, tetapi hal itu bukanlah tanda dari kegagalan. Tetapi, kemunduran ini harus dilihat sebagai pertanda untuk menggunakan coping skills yang telah mereka kuasai.

### Sesi-Sesi Terapi

Pada bagian ini akan dipaparkan rangkaian sesi terapi dengan pendekatan *cognitive-behavioral* yang diberikan pada pasien NPB kronik. Rangkaian sesi terapi tersebut merupakan hasil modifikasi modul terapi dari J.D. Otis (2007), dan telah diujicobakan pada dua pasien NPB kronik melalui penelitian "Penerapan Terapi dengan Pendekatan Cognitive-Behavioral dalam menurunkan Intensitas Nyeri pada Pasien NPB Kronik (Suatu Studi Kasus pada Pasien NPB Kronik di Rumah Sakit "X" Bandung)". Berikut adalah rangkaian sesi terapi yang diberikan:





**Kegiatan:**

- Terapis mereview pekerjaan rumah pasien  
Kegiatan ini dilakukan di awal setiap sesi, mulai dari sesi berlatih relaksasi (pada sesi *psychoeducational* tidak ada review karena tidak ada pekerjaan rumah pada sesi sebelumnya) hingga sesi terakhir. Materi yang dibahas berkaitan dengan pekerjaan rumah yang diberikan pada sesi sebelumnya. Inti dari sesi ini adalah mendiskusikan apa yang telah dikerjakan pasien dalam pekerjaan rumahnya.

**SESI 2 : Berlatih Relaksasi**

**Sasaran Sesi:**

- Pasien memahami bagaimana relaksasi dapat membantu dirinya dalam menghadapi pengalaman nyeri
- Pasien mampu untuk melakukan relaksasi (*Diaphragmatic Breathing* dan *Progressive Muscle Relaxation*)

**Kegiatan:**

- Penjelasan singkat mengenai relaksasi
- Berlatih *Diaphragmatic Breathing* (teknik bernafas dengan menggunakan otot-otot perut)
- Berlatih *Progressive Muscle Relaxation* (metode relaksasi untuk menolong pasien mengembangkan kesadaran ketika otot-otot anda menegang dan belajar cara untuk merelakskannya sebelum ketegangan otot semakin menjadi. Di sini, pasien akan berlatih untuk menggerakkan beberapa kelompok otot, menegangkan otot-otot tersebut, dan secara bertahap mengendurkannya.)
- Pemberian pekerjaan rumah, yaitu mempraktekkan teknik relaksasi yang telah dipelajari sebanyak dua hari sehari selama seminggu, dan mencatat apa yang dirasakan oleh pasien dalam form.

**Form Relaksasi**

|        |             | Rating Scale                    |                                |             |
|--------|-------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------|
|        |             | 0<br>tidak nyeri<br>sama sekali | 10<br>nyeri sangat<br>terburuk |             |
| Contoh | Tanggal     | Rating Subjektif                | Rating Subjektif               | Waktu Total |
|        | 21 Apr 2000 | 3                               | 7                              | 10 menit    |
|        | "           | 4                               | 7                              | 10 menit    |
|        | 22 Apr 2000 | 4                               | 6                              | 10 menit    |
|        | "           | 5                               | 7                              | 7 menit     |
|        | 23 Apr 2000 | 4                               | 5                              | 10 menit    |
|        | "           | 3                               | 7                              | 5 menit     |
|        | 24 Apr 2000 | 4                               | 6                              | 7 menit     |
|        | "           | 5                               | 7                              | 7 menit     |
|        | 30 Apr 2000 | 4                               | 5                              | 10 menit    |
|        | "           | 3                               | 7                              | 7 menit     |
|        | 1 Mei 2000  | 4                               | 6                              | 10 menit    |
|        | "           | 4                               | 8                              | 10 menit    |
|        | 2 Mei 2000  |                                 |                                |             |

### SESI 3: Pengenalan terhadap konsep *Automatic Thoughts* dan *ABC*

#### Sasaran Sesi:

- Pasien memahami konsep dari *automatic thought* dan mampu mengaplikasikannya untuk mengenai *cognitive errors*.
- Pasien mampu menggunakan model *ABC* untuk memahami hubungan antara peristiwa, *beliefs*, dan *consequences*

#### Kegiatan:

- Penjelasan singkat mengenai *automatic thought*
- Penjelasan singkat mengenai *cognitive errors* (*overgeneralization*, *all or none thinking*, dan lainnya) dan pasien diajak untuk mengidentifikasi *cognitive errors* yang sering mereka alami
- Penjelasan singkat mengenai model *ABC* dan pasien diajarkan bagaimana membuat model *ABC*
- Pemberian pekerjaan rumah, yaitu dengan menggunakan lembar kerja *ABC*, pasien diminta untuk mengidentifikasi *beliefs* dan *consequences* dari tiga peristiwa yang terjadi dalam satu minggu, minimal satu peristiwa berkaitan dengan nyeri.

#### Lembar Kerja *ABC*

| Aktivitas/Event<br>(Stimulus/Peristiwa) | Beliefs<br>(Pikiran/pemercayaan yang muncul)  | Consequences<br>(Reaksi/tingkah laku)   |
|---|---|---|
| Kesulitan bangun                        | Di pagi hari saya merasa malas beraktivitas karena sakit, dan saya khawatir tidak ada perubahan untuk mengurangi rasa nyeri saya. | Perasaan: sedih<br>Pikiran: saya sedih<br>Perilaku: saya duduk di kamar tidur |
| Sakit di lengan                         | Saya merasa sakit karena saya sedang beraktivitas. Saya khawatir jika tidak ada perubahan rasa nyeri saya akan semakin parah.     | Perasaan: takut<br>Pikiran: saya takut<br>Perilaku: saya duduk di kamar tidur |
| Merasa sedih karena                     | Saya akan merasa sedih karena rasa nyeri saya yang semakin parah.   | Perasaan: sedih<br>Pikiran: saya sedih<br>Perilaku: saya duduk di kamar tidur |
| Alasan untuk istirahat                  | Saya akan merasa sedih karena rasa nyeri saya yang semakin parah.   | Perasaan: sedih<br>Pikiran: saya sedih<br>Perilaku: saya duduk di kamar tidur |

### SESI 4: *Cognitive Restructuring*

#### Sasaran Sesi:

- Pasien mampu mempraktekkan *cognitive restructuring*

#### Kegiatan:

- Melakukan review mengenai keterkaitan antara *negative thoughts* dan nyeri.
- Berlatih mengubah *negative thoughts* menjadi *positive coping thoughts*.
- Pemberian pekerjaan rumah, yaitu dengan menggunakan lembar kerja *restructuring thoughts*, pasien diminta berlatih melakukan *cognitive restructuring* terhadap tiga situasi yang muncul dalam seminggu, minimal satu berkaitan dengan nyeri.

#### Lembar Kerja *Restructuring Thoughts*

Lembar Kerja *Restructuring Thoughts*

| Situasi   | Emosi   | Automatic Thought   | Bukti yang mendukung  | Bukti yang melawan  | Positive Coping Thought   | Emosi  |
|---|---|---|---|---|---|--|
| Gambarkan suatu kejadian yang menyebabkan munculnya emosi yang tidak menyenangkan     | Spesifikasikan emosi yang muncul, seperti sedih, marah, dan rating emosi dari 0% hingga 100%. | Tuliskan pikiran-pikiran yang segera muncul yang memelihara emosi | Apakah bukti bahwa pemikiran (yang segera muncul) tersebut benar? | Apakah bukti bahwa pemikiran (yang segera muncul) tersebut salah? | Setelah melihat bukti-bukti, apa lagi yang bisa saya lakukan kepada diri saya sendiri selain <i>automatic thought</i> ? | Kurangnya emosi yang muncul media dan 0% hingga 100% |
| Udaku degup terhubung. Saya mendapat kerja sedang menerima surat dan alihiring marah. | Sedih 90%<br>marah 80%<br>jijik 80%   | Suama tidak mengerti. Tidak mau menemani saya saat                | Suami menemani persulit kerja                                     | terang terpa suka suka. mau. atau aku? (mendukung penobatan)      | tidak semua orang bisa. tidak mau. atau   | ada 0% marah 0% jijik 0%                             |

(Oka, 2007)

### SESI 5: *Time-Based Activity Pacing*

#### Sasaran Sesi:

- Pasien memahami bagaimana beraktivitas berdasarkan metode *time-based activity pacing*.

#### Kegiatan:

- Penjelasan mengenai *time-based activity pacing* (aktivitas berhenti berdasarkan interval waktu, bukan berdasarkan seberapa banyak pekerjaan yang telah diselesaikan).
- Mengisi lembar kerja *time-based activity pacing*.
- Pemberian pekerjaan rumah, yaitu pasien diminta untuk melakukan aktivitas-aktivitas yang telah dicatat dalam lembar kerja *activity pacing*, dan mencatat waktu yang dibutuhkan secara aktual untuk periode "aktif" dan "istirahat"

#### Lembar kerja *Activity Pacing*

Activity Pacing Worksheet

| Aktivitas     | Target              | Hari 1              | Hari 2              | Hari 3              | Hari 4              | Hari 5              | Hari 6              | Hari 7              |
|---------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Membaca       | Aktif: 1 jam        | Aktif: 1 jam        | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     |
|               | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit |
| Membaca Surat | Aktif: 1 jam        | Aktif: 1 jam        | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     |
|               | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit |
| Membaca Surat | Aktif: 1 jam        | Aktif: 1 jam        | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     | Aktif: 10 menit     |
|               | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit | Istirahat: 10 menit |

## SESI 6: *Review Terapi dan Flare-Up Planning*

### Sasaran Sesi:

- Pasien memahami apa yang harus dilakukan jika menghadapi *flare-up* (masa kambuh).
- Pasien memahami apa saja yang sudah dilakukannya dalam terapi.

### Kegiatan:

- Penjelasan mengenai strategi yang dapat dilakukan ketika terjadi *flare-up*.
- *Review* terapi dan mengakhiri terapi.

## KESIMPULAN

Nyeri kronik tidak hanya melibatkan aspek biologis saja, tetapi juga aspek psikologis. Pengalaman nyeri bersifat subjektif, oleh karena itu perlu adanya penanganan terhadap faktor-faktor yang berkaitan dengan aspek psikologis yang mempengaruhi pengalaman nyeri pasien. Terapi dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral* dapat menangani faktor-faktor psikologis dari pengalaman nyeri pada pasien nyeri kronik.

Rangkaian sesi terapi yang dipaparkan di atas tidaklah bersifat baku. Selama masih memenuhi karakteristik pendekatan *cognitive-behavioral* dan mencakup empat fase yaitu *reconceptualization, skills acquisition, skills consolidation, dan generalization* dan *maintenance*, sesi-sesi yang diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan dari pasien. Oleh karena itu proses anamnesa dalam sesi *pre-treatment* penting untuk dilakukan. Dengan melakukan anamnesa, kita bisa memahami hal-hal apa dari latar belakang pasien yang diprediksi dapat menunjang atau menghambat proses terapi pasien.

### Daftar Pustaka

- Asmundson, G. & Wright, K. 2004. *Biopsychosocial Approach to Pain*. Dalam Hadjistavropoulos, T. & Craig, K. (penyunting). *Pain: Psychological Perspectives*, hal 35 - 57. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Cakrangadinata. 2011. *Penerapan Terapi dengan Pendekatan Cognitive-Behavioral dalam menurunkan Intensitas Nyeri pada Pasien NPB Kronik (Suatu Studi Kasus pada Pasien NPB Kronik di Rumah Sakit "X" Bandung)*. Tesis, Bandung: Magister Psikologi Universitas Kristen Maranatha
- Eccelston, C. 2001. *Role of Psychology in Pain Management*. *British Journal of Anaesthesia* 87: 144-152.
- Golden, B.A. & Barbera, L.S. 2005. *Biopsychosocial Treatment of Pain*. Dalam Freeman, A. et al. (penyunting). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*, hal 74-76. New York: Springer Science+Business Media, inc.
- Hadjistavropoulos, T. & Craig, K. (penyunting). 2004. *Pain: Psychological Perspectives*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Ledley, D.R. et al. 2005. *Making Cognitive-Behavioral Therapy Work: Clinical Process for New Practitioners*. New York: The Guilford Press.
- Otis, J.D. 2007. *Managing Chronic Pain: A Cognitive-Behavioral Approach Workbook*. New York: Oxford University Press.
- The Health Psychology Network. 2001. *Pain Management*. Melalui [http://www.healthpsychology.net/Pain\\_Management.htm](http://www.healthpsychology.net/Pain_Management.htm) [08/07/09].
- Turk, D.C. 2002. *A Cognitive Behavioral Perspective on Treatment of Chronic Pain Patients*. Dalam Turk, D.C. & Gatchel, R.J. (penyunting). *Psychological Approach to Pain Management: A Practitioner's Handbook 2nd ed*, hal 138 - 158. New York: Guilford Press.



- Turk, D.C. & Gatchel, R.J. 2002 (penyunting). *Psychological Approach to Pain Management: A Practitioner's Handbook 2nd ed.* New York: Guilford Press.
- Turk, D.C. & Monarch, E.S. 2002. *Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain*. Dalam Turk, D.C. & Gatchel, R.J. (penyunting). *Psychological Approach to Pain Management: A Practitioner's Handbook 2nd ed*, hal 3 - 29. New York: Guilford Press.
- Turner, J.A. & Aaron, L.A. 2001. *Pain-related Catastrophizing: What is it?* . *Clinical Journal of Pain* 17: 65-71

 UNIVERSITAS  
**YARSI**  
FAKULTAS PSIKOLOGI

ISBN 978-602-19305-0-2



9 786021 930502