

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

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 sensori 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, 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 penjaralan 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 disfungsi mengenai diri

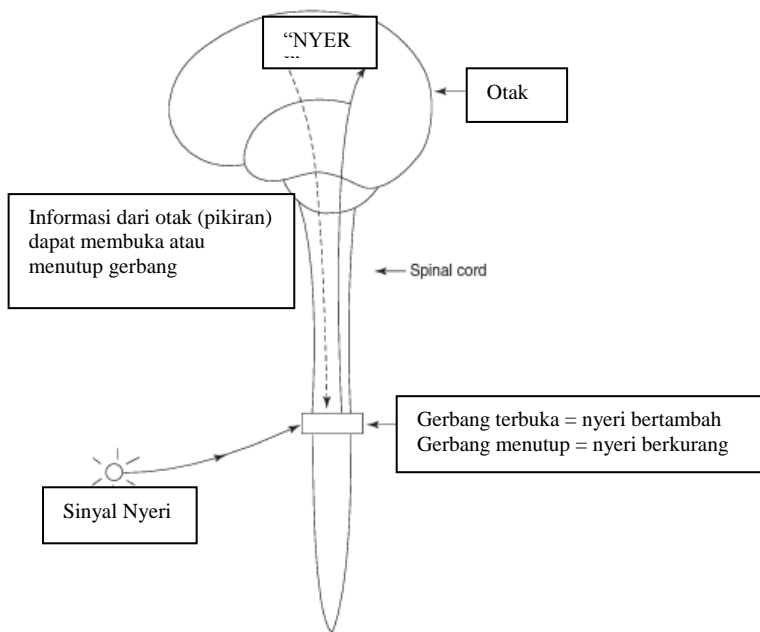
mereka sendiri dan kesulitan-kesulitan yang mereka hadapi. Pasien diajari untuk mengenali koneksi yang menghubungkan kognisi, afek, dan perilaku terhadap konsekuensi yang mengikutinya (Turk, 2002). *Treatment* ini dapat menghasilkan perubahan dari *belief* mengenai *pain*, *coping style*, dan tingkat 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 peripheral 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. 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:

Pre-Treatment

Sasaran Sesi:

- Pasien mendapatkan gambaran mengenai tujuan dari terapi
- Terapis memperoleh data-data yang berkaitan dengan latar belakang dan nyeri yang dialami pasien.

Kegiatan:

- Menjelaskan secara sederhana tujuan dari terapi dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral* dan gambaran kegiatan yang akan dilakukan.
- Melakukan anamnesa pada pasien mengenai nyeri yang dialaminya.

SESI 1 : Psychoeducational

Sasaran Sesi:

- Pasien menyadari dampak dari nyeri terhadap kehidupannya.
- Pasien memahami mengenai aspek psikologis yang berperan dalam proses terjadinya nyeri.

Kegiatan:

- Penjelasan mengenai dampak dari nyeri, yang menyangkut pikiran, perasaan, dan aktivitas.
- Mengidentifikasi keterkaitan antara pikiran, perasaan, dan aktivitas yang mempengaruhi pengalaman nyeri.
- Penjelasan mengenai aspek psikologis yang berperan dalam proses terjadinya nyeri.
- Pemberian pekerjaan rumah, yaitu mengisi form “Hal-hal yang dapat mempengaruhi nyeri saya”

Form “Hal-hal yang dapat mempengaruhi nyeri saya”

Form "Hal-hal yang dapat mempengaruhi nyeri saya"

Hal-hal yang dapat menyebabkan nyeri saya bertambah parah:

- Seudah menstruasi, naik tangga
- Emosi menungkus
- Berpaparan sinar matahari
- Duduk lama
- Jalan dan berdiri lama
- Sesudah bangun dan masak
- alat reuel dan bukan berpakaian rumah
- makan kacang panjang

Hal-hal yang dapat menyebabkan nyeri saya membaik:

- Berangin tidur, tidur
- Meditasi tv
- mencum obat perijulang nyeri
- indofrol sama teman keluarga
- Sesudah rumah nyamman
- makan di luar dan jalan-jalan
- makan obat racikan dari dokter umum

SESI: Review Pekerjaan Rumah (dilakukan di awal setiap sesi, dimulai dari sesi relaksasi)

Sasaran Sesi:

- Pasien mendapatkan feedback atas hasil pekerjaan rumahnya.
- Pasien lebih memahami apa yang telah diperolehnya dengan melakukan pekerjaan rumah yang diberikan.
- Terapis mengetahui penguasaan pasien terhadap materi pada sesi sebelumnya.

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			
	tidak relax sama sekali	10 relax secara keseluruhan	
Tanggal	Rating Sebelum	Rating Sesudah	Waktu Total
Contoh: 23 Sep 2010	4	7	15 menit
24 Sep 2010	3	7	10 menit
"	4	7	10 menit
27 Sep 2010	4	9	15 menit
"	3	7	7 menit
28 Sep 2010	4	8	10 menit
"	3	7	5 menit
29 Sep 2010	4	6	7 menit
"	3	7	7 menit
30 Sep 2010	4	8	10 menit
"	3	7	7 menit
1 Okt 2010	4	8	10 menit
"	4	8	10 menit
2 Okt 2010			
"			

(Olin, 2007)

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*

Lembar Kerja Model ABC		
Activating Event (Situasi stress)	Beliefs (Pikiran-pikiran yang muncul)	Consequences (Reaksi saya)
kesiapan bangun	ayah akan marah, anak kesiangon setelah saya ga mau bangun takut di elakhin karena merasa membuat ketawaan	Emosional: takut - Biologis: deg degan - Perilaku: melatonin sesuatu orang lain - takut
Duduk di lipas	takut sakit, kalau tidak ada sandaran, saya akan sakit kalau tidak ada sandaran Bayu tidak bisa kalau tidak ada sandaran	Emosional: terganggu - Biologis: nyeri dan pegal-pegal - Perilaku: cari sandaran
Mauin sakit paku	Saya akan merasa tidak bisa menahan, kalau kalau duduk sakit	Emosional: terganggu - Biologis: nyeri - Perilaku: gepak-gepak tengkurep -
Mauin makan / Anakot	terasa sakit pinggang saya, kalau duduk terlalu lama di motor / Anakot	Emosional: tersiksa - Biologis: nyeri dan terganggu - Perilaku: ...

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, dsb dan rating emosi dari 0% hingga 100 %	Tuliskan pikiran-pikiran yang segera muncul yang mendahului emosi	Apa bukti bahwa pemikiran (yang segera muncul) tersebut benar?	Apa bukti bahwa pemikiran (yang segera muncul) tersebut salah?	Setelah melihat bukti-bukti, apa lagi yang bisa saya katakan kepada diri saya sendiri selain <i>automatic thought</i> ?	Rate ulang emosi yang muncul mulai dari 0% hingga 100%
Waktu diajak berhiburan, saya mendapat karna sedang merasa sakit dan akhirnya marah.	Sebel 90% marah 80% jijik 80%	Suami tidak mengerti, tidak mau menerima saya sakit	Suami membantu pergi ke kamar	Sering menganggurkan, minum obat sakit (mendukung pengobatan)	Suami tidak seratus persen suami tidak mengah saya	Sebel 10% marah 0% jijik 0%

(Otis, 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
Mencuci	Aktif: 30 menit Istirahat: 10 menit	Aktif: 1 jam Setelah 45' Istirahat: 10 menit Setelah 90' Istirahat: 10 menit	Aktif: 30 menit Istirahat: 10 menit	Aktif: 40 menit Istirahat: 5 menit	Aktif: 50 menit Istirahat: 5 menit	Aktif: 40 menit Istirahat: 5 menit	Aktif: 30 menit Istirahat: 5 menit	Aktif: Istirahat:
MENYALAK	Aktif: 1 jam Istirahat: 30 menit	Aktif: 90 menit Setelah 45' Setelah 90' Setelah 40 menit Setelah 2 10 menit	Aktif: 15 jam Setelah 40 menit Istirahat: 5 menit	Aktif: 1 jam Setelah 40 menit Istirahat: 10 menit	Aktif: 90 menit Setelah 40 menit Istirahat: 10 menit	Aktif: 40 menit Istirahat: 5 menit	Aktif: 45 menit Istirahat: 10 menit	Aktif: Istirahat:
Makan MAKANI ORANG DUDUK	Aktif: 30 menit Istirahat: 10 menit	Aktif: 30 menit Istirahat: 30 menit	Aktif: 30 menit Istirahat: 1 menit	Aktif: 5 menit Istirahat: 1 menit	Aktif: 4 menit Istirahat: 1 menit	Aktif: 4 menit Istirahat: 2 menit	Aktif: 4 menit Istirahat: 2 menit	Aktif: Istirahat:

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
- Eccleston, 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 [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