



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* TERHADAP
POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER PADA PENDUDUK
PASCA GEMPA DI KELURAHAN AIR TAWAR BARAT
KECAMATAN PADANG UTARA PROPINSI
SUMATERA BARAT**

TESIS

Ira Erwina

0806446385

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI, 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* TERHADAP
POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER PADA PENDUDUK
PASCA GEMPA DI KELURAHAN AIR TAWAR BARAT
KECAMATAN PADANG UTARA PROPINSI
SUMATERA BARAT**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk Memperoleh Gelar Magister

Ira Erwina

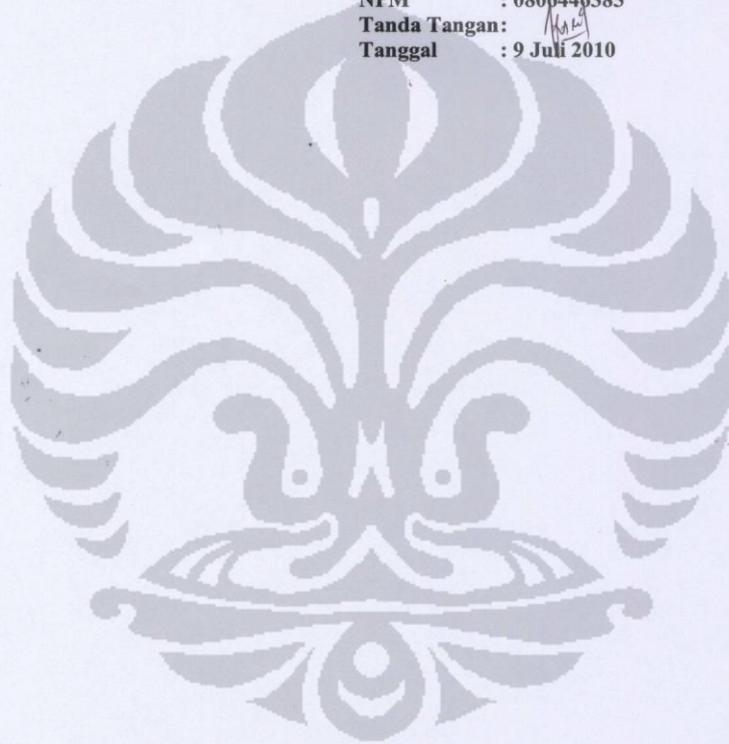
0806446385

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI, 2010**

PERNYATAAN ORISINILITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber-sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah dinyatakan dengan benar**

**Nama : Ira Erwina
NPM : 0806446385
Tanda Tangan: 
Tanggal : 9 Juli 2010**



PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul :

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* TERHADAP
POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER PADA PENDUDUK
PASCA GEMPA DI KOTA PADANG PROPINSI SUMATERA
BARAT TAHUN 2010**

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh Pembimbing serta telah dipertahankan di hadapan tim penguji tesis Magister Keperawatan Universitas Indonesia

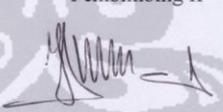
Depok, 15 Juli 2010

Pembimbing I



Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc

Pembimbing II



Ir. Yusron Nasution, M.Kes

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Ira Erwina
NPM : 0806446385
Program Studi : Pasca Sarjana
Judul Tesis : Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* terhadap
Post Traumatic Stress Disorder pada Penduduk
Pasca Gempa di Kelurahan Air Tawar Barat
Kecamatan Padang Utara

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

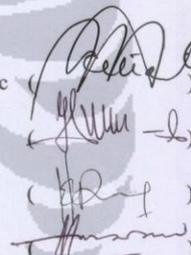
DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Budi Anna Keliat, S. Kp., M. App., Sc

Pembimbing : Ir. Yusron Nasution, M. Kes

Penguji : Hemi Susanti, S.Kp., M.N

Penguji : dr. Albert Maramis, Sp.KJ



(*[Signature]*)
(*[Signature]*)
(*[Signature]*)
(*[Signature]*)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 15 Juli 2010

KATA PENGANTAR

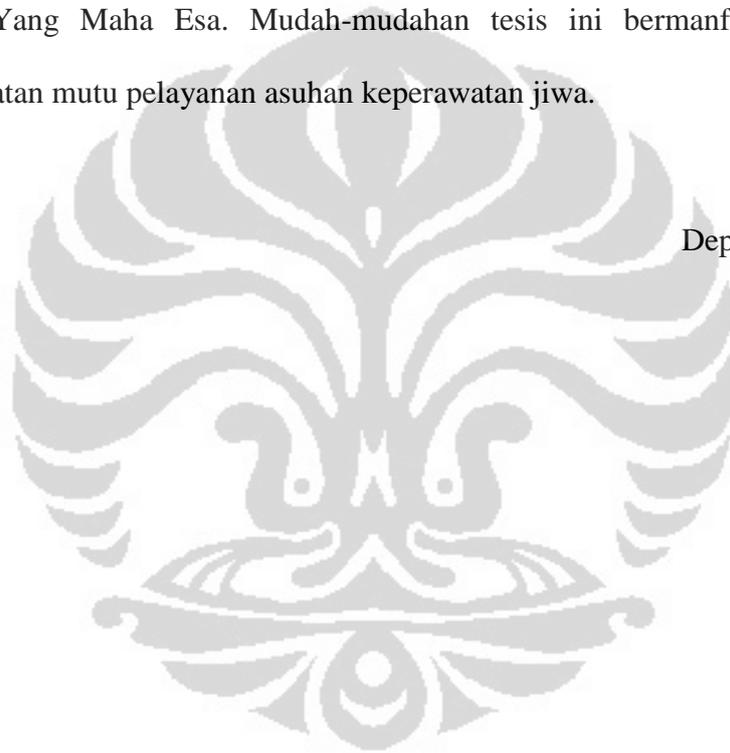
Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga tesis dengan judul **“Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* terhadap *Post Traumatic Stress Disorder* pada Pasca Gempa di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat“** dapat terwujud tepat waktu yang dijadwalkan.

Penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak sehingga tesis ini dapat disusun. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Ibu Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc, selaku pembimbing I tesis yang telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
4. Bpk. Ir. Yusron Nasution, M.Kes, selaku pembimbing II tesis, yang dengan sabar membimbing penulis, senantiasa meluangkan waktu, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
5. Ibu Novy Helena C. D, S. Kp, M. Sc sebagai co-pembimbing yang membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan juga sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.

6. Putri kecilku Asy-Asyifa dan suamiku tercinta yang selalu setia dan mendukung selama penyelesaian tesis ini
7. Rekan-rekan angkatan IV Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa dan semua pihak yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian tesis ini

Semoga amal dan budi baik bapak dan ibu mendapat pahala yang berlimpah dari Tuhan Yang Maha Esa. Mudah-mudahan tesis ini bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.



Depok, Juli 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ira Erwina
NPM : 0806446385
Program Studi : Pasca Sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

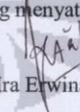
demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* terhadap *Post Traumatic Stress Disorder* pada Penduduk di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 15 Juli 2009
Yang menyatakan


(Ira Erwina)

ABSTRAK

Nama : Ira Erwina

Program Studi : Pasca Sarjana

Judul : Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* Terhadap *Post Traumatic Stress Disorder* Pada Penduduk Pasca Gempa di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) ditemukan sebanyak 55,67% di RW 3 dan 57,57% di RW 11 Kelurahan Air Tawar Barat setelah gempa di Sumatera Barat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh CBT terhadap pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD dan tanda dan gejala PTSD di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat. Desain penelitian *Quasi eksperimental* dengan sampel sebanyak 39 orang di kelompok intervensi dan 39 orang dikelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel dengan *random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan penurunan PTSD secara bermakna pada kelompok yang mendapatkan CBT ($p\text{-value} < 0,05$) sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat CBT terjadi penurunan yang tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,05$). CBT direkomendasikan pada individu yang mengalami PTSD sebagai tindakan keperawatan spesialis jiwa.

Kata kunci : PTSD, CBT, pengetahuan tentang CBT, kemampuan mengatasi CBT, PTSD

ABSTRACT

Nama : Ira Erwina

Study Program: Post Graduate

Title : The Influence of Cognitive Behavior Therapy toward of Post Traumatic Stress Disorder on Post Earthquake Population in Air Tawar Barat Urban Village Padang Utara Subdistrict West Sumatera

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) were found as many as 55,67% in RW 3 and 57,47% in RW 11 Air Tawar Urban Village after earthquake in Sumatera Barat. This research aims to determine the effect of CBT on knowledge about PTSD, the ability to cope with PTSD and the alteration of signs and symptoms of PTSD in Air Tawar Barat Urban Village Padang Utara Subdistrict West Sumatera. Quasi-experimental research design with 39 respondents for intervention group and 39 respondent for control group. Sampling technique with the random sampling. The results showed decrease of PTSD on intervention group significantly ($p\text{-value} < 0,05$) and on control group showed decrease but not significant ($p\text{-value} > 0,05$). CBT recommended in individuals who experience PTSD as psychiatric nursing specialist intervention.

Keywords : PTSD, CBT, knowledge of PTSD, ability to cope with PTSD, PTSD

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINILITAS	ii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	11
1.3 Tujuan Penelitian.....	13
1.4 Manfaat Penelitian.....	14
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	15
2.1 Konsep PTSD	15
2.2 Konsep CBT.....	36
2.3 Pedoman Pelaksanaan CBT pada PTSD	52
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	57
3.1 Kerangka Teori Penelitian.....	57
3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	60
3.3 Hipotesis.....	62
3.4 Definisi Operasional.....	62
BAB 4 METODE PENELITIAN	66
4.1 Desain Penelitian.....	66
4.2 Populasi dan sampel	68
4.3 Tempat Penelitian.....	71
4.4 Waktu Penelitian.....	71
4.5 Etika Penelitian.....	72
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	73
4.7 Uji Coba Instrumen	74
4.8 Prosedur penelitian	75
4.9 Pengolahan Data	79
4.10 Analisis Data	79
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	85
5.1 Proses Pelaksanaan Cognitive Behavior Therapy.....	85
5.2 Hasil Penelitian	88

5.3 Faktor yang Berkontribusi Terhadap Tanda dan Gejala PTSD, Pengetahuan tentang PTSD, dan Kemampuan Mengatasi PTSD...	105
BAB 6. PEMBAHASAN	106
6.1 Pengaruh Cognitive Behavior Therapy terhadap Pengetahuan tentang PTSD	106
6.2 Pengaruh Cognitive Behavior Therapy terhadap Kemampuan mengatasi PTSD	110
6.3 Pengaruh Cognitive Behavior Therapy terhadap Tanda dan Gejala PTSD.....	115
6.4 Pengaruh Pengetahuan tentang PTSD dan Kemampuan Mengatasi PTSD terhadap Tanda dan Gejala PTSD.....	118
6.5 Faktor yang berkontribusi terhadap tanda dan gejala PTSD, pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD....	120
6.6 Keterbatasan Penelitian	124
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	129
7.1 Simpulan	129
7.2 Saran.....	130

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian.....	59
Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	61
Skema 4.1 Desain Penelitian.....	67
Skema 4.2 Kerangka Kerja CBT pada PTSD	77



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Defenisi Operasional	62
Tabel 4.1 Pemetaan Sampel.....	71
Tabel 4.2 Analisis Uji Kesetaraan Karakteristik Responden	67
Tabel 4.3 Analisis Bivariat.....	67
Tabel 5.1 Jumlah penduduk yang menderita PTSD di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara tahun 2010.....	85
Tabel 5.2 Analisis Karakteristik Usia Individu dengan PTSD di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78).....	88
Tabel 5.3 Distribusi Karakteristik Individu Dengan PTSD Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Kehilangan Anggota Keluarga, Kehilangan Harta Benda Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)	89
Tabel 5.4 Analisis Pengetahuan Tentang PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dilakukan CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)	90
Tabel 5.5 Perbedaan Pengetahuan Tentang PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Intervensi Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)	91
Tabel 5.6 Selisih Perbedaan Pengetahuan Tentang PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dan Sesudah Dilakukan CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)	92
Tabel 5.7 Perbedaan Pengetahuan Tentang PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sesudah CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)	93
Tabel 5.8 Analisis Kemampuan Mengatasi PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dilakukan CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Tahun 2010 (n=78)	94
Tabel 5.9 Perbedaan Kemampuan Mengatasi PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dan Sesudah CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)	95

Tabel 5.10 Selisih Perbedaan Kemampuan Mengatasi PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dan Sesudah CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78).....	96
Tabel 5.11 Perbedaan Kemampuan Mengatasi PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sesudah CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)	96
Tabel 5.12 Analisis Tanda Dan Gejala PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dilakukan CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78).....	97
Tabel 5.13 Perbedaan Tanda Dan Gejala PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dan Sesudah CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)	98
Tabel 5.14 Selisih Perbedaan Tanda Dan Gejala PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dan Sesudah CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)	100
Tabel 5.15 Perbedaan tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD sesudah CBT di Kelurahan Air Tawar Barat tahun 2010 (n=78)	100
Tabel 5.16 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Pengetahuan Tentang PTSD Pada Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Tahun 2010 (n=78) (1)	101
Tabel 5.17 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Pengetahuan Tentang PTSD Pada Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78) (2)	102
Tabel 5.18 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Mengatasi PTSD Pada Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78) (1)	102
Tabel 5.19 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Mengatasi PTSD Pada Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78) (2)	103
Tabel 5.20 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Tanda Dan Gejala PTSD Pada Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78) (1)	104
Tabel 5.21 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Tanda Dan Gejala PTSD Pada Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78) (2)	104

Tabel 5.22 Hubungan Pengetahuan Tentang PTSD Dan Kemampuan Mengatasi PTSD Terhadap Tanda Dan Gejala PTSD Pada Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)	105
Tabel 5.23 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Tanda Dan Gejala PTSD Pada Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)	106



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2. Lembar persetujuan
- Lampiran 3. Kuesioner A (Data diri responden)
- Lampiran 4. Kuesioner B (PTSD)
- Lampiran 5. Kuisisioner C (kemampuan kognitif dan psikomotor terkait reaksi terhadap gempa)
- Lampiran 6. Pelaksanaan Penelitian
- Lampiran 7. Kisi-Kisi Instrumen
- Lampiran 8. Modul CBT
- Lampiran 9. Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 10. Keterangan Lolos Uji Expert Validity
- Lampiran 11. Keterangan Lolos Uji Kompetensi
- Lampiran 12. Surat Ijin Penelitian dari FIK UI
- Lampiran 13. Surat Ijin Melakukan Penelitian dari Kesbangpol dan Linmas Propinsi
- Lampiran 14. Surat Ijin Melakukan Penelitian dari Kesbangpol dan Linmas Kota Padang
- Lampiran 15. Daftar Riwayat Hidup Peneliti

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang masalah

Bencana (*disaster*) menurut menurut *World Health Organization* (2009) adalah setiap kejadian yang menyebabkan kerusakan pada fungsi masyarakat yang meliputi hilangnya nyawa manusia, kerusakan sarana dan prasarana, terganggunya perekonomian dan gangguan ekologis dan segala akibatnya yang melampaui kemampuan dari masyarakat yang terkena tersebut untuk mengatasi semua masalah dengan sumber yang mereka miliki. Defenisi lain mengatakan bahwa bencana adalah peristiwa yang mengancam atau mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan karena faktor alam dan/atau faktor non alam maupun manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis (Pribadi., dkk., 2008). Definisi bencana juga dikemukakan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Heryawan, 2009) yaitu peristiwa/kejadian pada suatu daerah yang mengakibatkan kerusakan ekologi, kerugian kehidupan manusia serta memburuknya kesehatan dan pelayanan kesehatan yang bermakna sehingga memerlukan bantuan luar biasa dari pihak luar. Jadi semua kejadian apakah itu karena peristiwa alam atau karena ulah perbuatan manusia yang mendatangkan kerugian merupakan bencana. Bencana merupakan suatu kejadian yang merusak dan menimbulkan kerugian sehingga para korban dan *survivor* memerlukan bantuan dari pihak luar untuk dapat berfungsi normal seperti sebelum terjadinya bencana.

Bencana berdasarkan jenisnya dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu bencana alam (*natural disaster*) dan bencana non alam, dan bencana sosial. Bencana alam yaitu bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam, antara lain gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan dan tanah longsor. Bencana non alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian

peristiwa non alam, antar lain gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemik dan wabah penyakit. Sedangkan bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat dan teror (Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia, 2008). Indonesia yang merupakan wilayah yang rawan dengan bencana. Tidak hanya bencana alam tapi bencana non alam dan bencana sosial sering terjadi di negara kita dan peristiwa bencana akan menjadi peristiwa traumatik bagi individu yang mengalaminya atau yang menyaksikannya.

Peristiwa traumatik mengandung tiga elemen penting, yaitu kejadian tersebut tidak dapat diprediksikan kapan akan terjadinya, individu yang mengalami kejadian tersebut tidak siap dihadapkan pada kejadian tersebut, dan terakhir adalah tidak ada tindakan yang dilakukan oleh individu tersebut untuk mencegah kejadian traumatik tersebut terjadi (Adesla, 2009). Bencana alam, seperti gempa adalah salah satu kejadian yang tidak dapat kita prediksikan kapan dan sebesar apa kekuatan gempa tersebut.

Bencana alam yang sering terjadi di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir seperti gempa bumi dan tsunami di Aceh dan Nias, gempa bumi di Yogyakarta dan Jawa Tengah, banjir di Sulawesi Sulawesi Selatan, Gorontalo, Kalimantan, DKI Jakarta dan Jawa Tengah, banjir lumpur panas di Sidoarjo, bencana Situ Gintung di Banten, gempa bumi di Tasikmalaya dan yang terakhir gempa bumi di Sumatera Barat merupakan serangkaian bencana dahsyat yang terjadi di Indonesia. Kejadian yang meluluhlantakkan harta benda milik warga masyarakat, korban jiwa yang tidak sedikit dan akibat lanjut dari bencana merupakan sejumlah stressor luar biasa yang dialami korban bencana.

Akibat dari bencana adalah kerugian pada kehidupan manusia dan memburuknya derajat kesehatan. Kerugian akibat bencana alam pada kehidupan manusia dapat terlihat secara fisik, seperti rusaknya sarana dan prasarana untuk menunjang segala aktivitas masyarakat. Sedangkan kerugian

yang secara non-fisik seperti traumatik, kehilangan mata pencaharian, jumlah anak yatim piatu kematian, luka, sakit, jiwa terancam, hilangnya rasa aman, dan masalah sosial lainnya (Sudibyakto, 2007). Kondisi demikian akan menimbulkan dampak psikologis berupa gangguan perilaku mulai dari ansietas yang berlebihan, mudah tersinggung, tidak bisa tidur, tegang, dan berbagai reaksi lainnya.

Salah satu bentuk dampak psikologis yang sering ditemui pada masyarakat korban bencana alam adalah *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD). Menurut Stuart dan Laraia (2005) PTSD adalah suatu sindrom yang dialami oleh seseorang yang mengalami kejadian yang traumatis dan individu tersebut tidak mampu menghilangkan ingatan akan kejadian tersebut dari pikirannya. PTSD adalah gangguan kecemasan yang dialami oleh individu yang melihat atau mengalami kejadian yang berbahaya (*National Institute of Mental Health* (NIMH), 2008). Berdasarkan pengertian di atas setiap orang atau korban bencana alam beresiko untuk mengalami gangguan stress paska bencana, baik anak-anak maupun orang dewasa.

Di Amerika diperkirakan prevalensi penduduk yang menderita PTSD berkisar dari 1 sampai 14 persen dari populasi yang ada (APA, 2010). Data dari WHO (2000 dalam Maramis, 2005) menyebutkan bahwa angka penderita PTSD berkisar antara 10 % sampai 20%. Walaupun angka ini bervariasi tergantung pada kondisi masyarakat, ketahanan diri, budaya dan aspek lainnya, bukan berarti PTSD tidak merupakan hal penting yang harus ditanggulangi.

PTSD merupakan salah satu masalah yang juga penting untuk ditanggulangi selain masalah-masalah gangguan mental lainnya. Berdasarkan survey yang dilakukan oleh Universitas Syiah Kuala, *International Organization for Migration* (IOM), dan Universitas Harvard pada September 2006 ditemukan penduduk yang menderita depresi mencapai 65%, 69% mengalami gejala kecemasan dan 34% mengalami gejala PTSD. Survey berikutnya yang dilakukan pada tahun 2007, sekitar 3 tahun setelah tsunami di 14 kabupaten di Aceh ditemukan data sebanyak 35% menderita depresi, 10% menderita PTSD

dan 39% mengalami gejala kecemasan (Widyatmoko, 2008). Hal ini menunjukkan bahwa walaupun sudah beberapa tahun setelah terjadinya bencana, tetapi masalah gangguan mental masih dialami oleh masyarakat Aceh.

Hasil penelitian kesehatan jiwa pada pasien Puskesmas di Propinsi Nangroe Aceh Darussalam tahun 2002 menunjukkan bahwa 8,8% dari 1000 responden mengalami stress pasca trauma akibat konflik. Gaharpung (2007) telah melakukan penelitian kualitatif melalui studi fenomenologi tentang respon psikososial kehilangan dan berkabung pada individu yang mengalami gempa bumi dan tsunami. Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa respon psikososial *survivor* yang mengalami kehilangan dan berkabung dapat mencapai tahap menerima dengan ikhlas dan konsep diri serta penggunaan koping yang konstruktif didasari oleh kepasrahan pada keyakinan religius yang tinggi dan sistem dukungan yang baik.

Diperkirakan sekitar 50% penduduk di daerah bencana mengalami stres psikologis yang bermakna. Sebanyak 10-30% dari mereka yang mengalami peristiwa traumatik akan menderita PTSD (PERSI, 2008). Dipandang dari segi kesehatan jiwa, peristiwa traumatik yang tidak teratasi secara sehat dapat menimbulkan gangguan trauma psikologis. Namun sebaliknya apabila dapat diatasi secara sehat dan efektif, trauma psikologis selain dapat dipulihkan kembali juga membuka kemungkinan untuk tumbuhnya kemampuan individu dalam meminimalisasi dan mengatasi dampak buruk suatu bencana yang disebut sebagai resiliensi oleh Sulistyarningsih (2009 dalam Irmawati, 2009). Oleh karena itu perlu sekali adanya penanganan yang tepat untuk korban bencana yang mengalami PTSD. Jika hal ini tidak ditangani dengan segera dan tepat maka PTSD dapat berkembang menjadi masalah gangguan jiwa.

Individu dengan PTSD adalah individu yang mengalami kejadian traumatis dimana individu tersebut menjadi korban atau saksi mata dari kejadian tersebut, dimana individu tersebut merasakan ketakutan yang kuat, tidak berdaya atau perasaan ngeri (APA, 2000). Definisi lain menyebutkan bahwa

PTSD disebabkan oleh kejadian yang mengancam kehidupan, yang mengguncang emosi dari seseorang atau kejadian yang menimbulkan ketakutan yang kuat (Dryden & Edwards, 2009). Individu yang menjadi korban, survivor, atau yang menyaksikan langsung peristiwa traumatis beresiko tinggi untuk menderita PTSD.

Tanda dan gejala seseorang menderita PTSD dapat kita kelompokkan menjadi tiga, yaitu kenangan yang mengganggu atau ingatan tentang kejadian pengalaman traumatik yang berulang-ulang (*re-experiencing symptoms*), adanya perilaku menghindar (*avoiding symptoms*), dan timbulnya gejala-gejala berlebihan (*arousal symptoms*) terhadap sesuatu yang mirip saat kejadian traumatik dan gejala tersebut menetap minimal satu bulan. Pada umumnya penderita PTSD menderita insomnia dan mudah tersinggung serta mudah terkejut. Penderita PTSD sering menunjukkan reaksi yang berlebihan yang merupakan akibat adanya perubahan neurobiologis pada sistem syarafnya (Adesla, 2009). Jika tanda dan gejala tersebut tidak diatasi dengan tepat akan mengganggu kehidupan individu tersebut, akan mengganggu hubungan sosialnya dan bisa menjadi patologis yang nantinya akan mengarah pada gangguan jiwa.

Secara umum PTSD ditandai beberapa gangguan fisik/perilaku, gangguan kemampuan berpikir, dan gangguan emosi menurut Grinage (2003 dalam Balitbangjateng, 2009). Gangguan yang dialami oleh individu yang menderita PTSD bisa membawa dampak yang negatif pada aspek-aspek kehidupannya. Sehingga perlu penanganan yang tepat untuk mengurangi dampak negatif yang akan timbul di kemudian hari. Gangguan fisik atau perilaku pada individu yang mengalami peristiwa traumatis tidak sama pada semua orang. Tidak semua orang yang mengalami suatu kejadian traumatik seperti bencana alam akan menderita PTSD. Perbedaan dalam bereaksi terhadap sesuatu tergantung dari kemampuan seseorang tersebut untuk mengatasi kejadian traumatik tersebut. Sebagai konsekuensi dari hal ini maka setiap orang akan berbeda-beda dalam mengatasi kejadian traumatik. Beberapa orang akan

terlihat tidak terpengaruh dengan peristiwa traumatik tersebut atau tidak terlihat dampak dari peristiwa itu sementara orang lainnya akan muncul berbagai gejala adanya PTSD. Banyak korban menunjukkan gejala terjadinya PTSD segera sesudah terjadinya bencana, sementara sebagian lainnya baru berkembang gejala PTSD beberapa bulan ataupun beberapa tahun kemudian. Hal ini berkaitan dengan kemampuan coping individu tersebut dalam menyelesaikan masalah. Biasanya individu yang mengalami PTSD akan menampilkan coping yang maladaptif sebagai reaksi dari stressor yang dirasakan. Perilaku yang maladaptif yang timbul merupakan tanda-tanda dari seseorang yang menderita PTSD. Sehingga perlu dilakukan penanganan untuk PTSD yang tepat agar perilaku maladaptif ini bisa kembali lagi menjadi adaptif.

Individu dengan PTSD dan telah mendapatkan penanganan akan memiliki kemampuan untuk mengenali tanda dan gejala PTSD, mengenali pikiran-pikiran yang mengganggu, mengatasi pikiran tersebut dan menggunakan pikiran-pikiran yang realistis sehingga tercipta keseimbangan emosi (Ross, 1999). Selain itu Mills, Reiss dan Dombek (2008) menyebutkan bahwa dengan latihan mekanisme coping yang terus menerus, diharapkan klien yang mengalami masalah trauma akan terbiasa atau resistant terhadap trauma yang dialaminya dan memiliki strategi yang efektif untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul dalam kehidupannya. Jadi diharapkan bahwa setelah mendapatkan penanganan yang baik, individu dengan PTSD pada akhirnya memiliki kemampuan untuk mengenali tanda dan gejala PTSD, mampu mengidentifikasi, mengatasi pikiran yang menekan akibat peristiwa trauma, dan memiliki mekanisme coping yang adaptif untuk mengatasi segala masalah yang timbul akibat pengalaman traumatis, baik itu perilaku negatif atau masalah dalam hubungan dengan orang lain.

Penanganan untuk PTSD menurut *National Institute of Mental Health* (NIMH) (2008) adalah psikoterapi dan pengobatan, atau kombinasi keduanya. Psikoterapi yang sering digunakan untuk mengatasi masalah PTSD adalah

anxiety management, cognitive therapy, exposure therapy sedangkan psikofarmaka yang diberikan pada klien dengan PTSD adalah antidepresan, benzodiazepine, antipsikotik, dan antidepresan lainnya. Penanganan PTSD dapat dilakukan dengan berbagai macam pendekatan, menurut PTSD Support Service (2010) bahwa ada beberapa jenis penanganan untuk PTSD, antara lain *group treatment, brief psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioral approaches* yang terdiri dari *exposure therapy* dan *cognitive-behavior therapy*, dan terakhir adalah *drug therapy*. Setiap penanganan yang dipilih untuk dilakukan dalam mengatasi masalah PTSD ini memiliki kelebihan dan teknik masing-masing yang berbeda tapi sesuai dengan tujuannya adalah mengatasi PTSD. Manusia adalah makhluk yang unik, memiliki berbagai macam kebutuhan dan khusus untuk penanganan terhadap PTSD antara satu individu dan individu dengan karakter yang berbeda bisa saja akan berbeda penanganan yang digunakan dalam mengatasi masalah PTSD.

Pengobatan (psikofarmaka) yang sering digunakan untuk mengobati PTSD adalah dengan menggunakan antidepresan. Antidepresan yang paling sering digunakan adalah golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI). Ada lima jenis SSRI yang bisa digunakan pada PTSD, yaitu *Zoloft (sertraline), Paxil (paroxetine), Prozac (fluoxetine), Luvox (fluvoxamine), Celexa (citalopram)*. Selain itu ada juga antidepresan trisiklik, *mood stabilizers* dan antiansietas (Benzodiazepin) (Ross D, 1999). Dari sekian banyak obat yang digunakan, yang paling efektif dan paling sedikit efek samping dari pemakaian obat tersebut adalah SSRI.

Pendekatan yang dilakukan pada psikoterapi pada PTSD membagi lima pendekatan pada psikoterapi, yaitu 1) psikoanalitik terapi, dimana terapi ini berfokus pada konflik alam bawah sadar klien yang akan mempengaruhi kehidupan klien tersebut. Terapi ini bertujuan untuk membawa pikiran alam bawah sadar ke permukaan dan menjadikannya bermakna, 2) terapi perilaku, terapi ini berfokus pada kemampuan belajar terhadap perilaku normal dan abnormal, dimana salah satu bentuk terapinya adalah *cognitive-behavioral*

therapy, 3) terapi kognitif, terapi ini lebih menekankan pada apa yang dipikirkan dari pada apa yang dilakukan, 4) terapi humanistik, dimana terapi ini menekankan pada kemampuan individu untuk membuat pilihan yang rasional dan mengembangkannya secara maksimal. Ada tiga tipe dari terapi ini yaitu : *client-centered therapy*, *gestalt therapy*, dan *existential therapy* dan terakhir, 5) holistik terapi, yaitu gabungan dari beberapa pendekatan dan menyesuaikan dengan kebutuhan kliennya (APA, 2010). Pendekatan yang dilakukan ini berdasarkan berbagai teori dari beberapa ahli. Setiap pendekatan yang digunakan dalam penanganan PTSD akan membantu para profesional dalam menentukan masalah yang dihadapi oleh penderita dan akan menentukan pendekatan mana yang lebih efektif digunakan untuk mengatasi semua masalah penderita.

Psikoterapi yang efektif yang paling sering digunakan untuk mengatasi PTSD adalah *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* dan *Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR)*. Menurut NACBT (2007) CBT adalah suatu bentuk psikoterapi yang menekankan pada pentingnya proses berpikir dalam bagaimana hal berpikir dan bertindak. CBT fokus pada perasaan distress, pikiran, dan perilaku yang akan nantinya mengarah pada perubahan yang positif (NICE, 2005). Individu yang menerima CBT pada akhirnya diharapkan memiliki pikiran yang positif sehingga akan memperlihatkan perilaku yang juga positif dalam menjalani kehidupannya.

Penelitian membuktikan bahwa pada individu yang menerima CBT akan memiliki tanda dan gejala PTSD yang lebih sedikit dibandingkan dengan individu yang menerima konseling (Bryant, Sackville, Dang, Moulds, & Guthrie, 1999). Penelitian pada korban gempa di Iran tahun 2003 menyimpulkan bahwa CBT memberikan efek terhadap pengurangan tanda dan gejala PTSD (Shoostari, Pangadhi & Moghadam, 2007). Gillespie, Duffy, Hackmann dan Clack (2002) juga melakukan penelitian tentang CBT terbukti efektif dalam mengatasi masalah PTSD. Penelitian-penelitian ini menunjukkan bahwa dengan pemberian CBT, tanda dan gejala PTSD yang

dialami oleh individu akan berkurang, dan ini berarti kemampuan individu tersebut dalam mengatasi masalah juga menjadi lebih baik. Mekanisme koping atau pemecahan masalah sudah menjadi adaptif.

Hasil penelitian lain yang senada dengan penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa terjadi penurunan tingkat keparahan tanda dan gejala PTSD pada individu yang mendapat CBT (Ferdos & Hossein, 2007; Maercker, Zollner, Menning, Robe, & Karl, 2006). Penelitian ini menyebutkan bahwa dengan pemberian CBT pada individu yang mengalami PTSD akan memberikan pengaruh, yaitu terjadinya penurunan tanda dan gejala PTSD yang dimiliki oleh individu tersebut. Seidler dan Wagner (2006) menyebutkan bahwa CBT memberikan pengaruh yang efektif terhadap individu dengan PTSD dan selain CBT, terapi lain yaitu EMDR juga efektif mengatasi PTSD. Berbagai hasil penelitian ini membuktikan bahwa dengan CBT bisa mengatasi masalah yang dialami oleh individu yang menderita PTSD yang timbul akibat kejadian traumatis, salah satunya adalah bencana alam.

Gempa berkekuatan 7,6 SR yang melanda Padang, Sumatera Barat, Rabu 30 September 2009 sekitar pukul 17:16 WIB yang berpusat 78 km barat laut kota Padang. Gempa yang terjadi secara tiba-tiba itu menghancurkan semua bangunan dan fasilitas yang ada. Fasilitas umum banyak yang hancur dan rusak berat, bahkan ada yang sudah hancur rata dengan tanah. Jaringan listrik dan telekomunikasi putus, tidak ada kontak yang bisa masuk atau keluar dari daerah Sumatera Barat saat itu. Jumlah korban tercatat telah menyebabkan 1.117 orang meninggal dunia. Gempa juga menyebabkan 279.472 unit bangunan rumah rusak. Gempa juga menyebabkan 4748 unit sarana pendidikan berat. Sarana kesehatan yang rusak 153 unit, bangunan kantor yang rusak sebanyak 342 unit. Tempat ibadah yang rusak sebanyak 2.852 unit. Sementara infrastruktur yang rusak meliputi 192 ruas jalan rusak, 68 unit jembatan rusak., 318 unit sarana irigasi rusak (Depsos, 2009). Kerusakan sarana fisik akibat gempa akan menghambat para korban untuk membangun

kembali kehidupan mereka selanjutnya. Terbatasnya sarana dan tidak terpenuhinya kebutuhan akan menimbulkan berbagai masalah psikologis seperti kecemasan, ketakutan dan kekhawatiran.

Selain kerusakan sarana dan prasarana, gempa juga mengakibatkan hilangnya nyawa manusia. Berdasarkan hasil laporan dari BNPB (2009), sebanyak 1.195 orang meninggal, 619 mengalami luka berat, 1.179 orang mengalami luka ringan dan sebanyak 6.554 orang mengungsi. Data tersebut adalah data korban untuk wilayah Propinsi Sumatera Barat. Sedangkan data untuk daerah Kota Padang sebanyak 383 orang meninggal dunia, 431 mengalami luka berat dan 771 mengalami luka ringan. Kehilangan anggota keluarga dan juga kerugian secara materi mengakibatkan timbulnya luka yang mendalam pada penduduk korban gempa. Kejadian yang mendadak dan kehilangan orang-orang yang berarti akan menimbulkan perasaan trauma pada individu yang mengalami bencana, bisa menimbulkan berbagai perilaku yang maladaptif yang bisa berakibat pada terganggunya fungsi individu tersebut sehingga perlu dilakukan tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut.

Kota Padang adalah daerah yang paling banyak korban akibat gempa dan salah satu daerah yang mengalami kerusakan yang parah dan banyak timbulnya korban jiwa adalah kecamatan Padang Utara. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara pada penduduk di wilayah kecamatan Padang Utara yang mengalami gempa, ternyata sesudah kejadian gempa terjadi peningkatan angka penduduk yang mengalami gangguan jiwa dan beberapa yang diwawancarai mengalami masalah dalam konsentrasi, sering mengalami mimpi akan terjadinya gempa dan tsunami. Belum adanya dilakukan program terkait kesehatan jiwa oleh pihak Puskesmas yang ditujukan untuk penduduk yang mengalami trauma. Walaupun program yang telah diupayakan oleh pihak pemerintah setempat terkait dengan kejadian pasca gempa tidak hanya berfokus pada rehabilitasi rumah yang hancur ataupun fasilitas umum seperti sarana ibadah, jembatan dan jalan raya, tetapi juga terkait penanganan

masalah kesehatan yang timbul akibat bencana, khususnya kesehatan jiwa tapi pelaksanaannya masih belum bisa memenuhi dengan kebutuhan dan masalah yang ada di masyarakat. Saat ini program yang sudah berjalan adalah pelatihan BC-CMHN untuk perawat di 16 Puskesmas, pendampingan psikososial terhadap kader, guru, ibu rumah tangga siswa SD, SMP, dan SMA. Tapi kegiatan ini tidak dilakukan di semua daerah, hanya lokasi-lokasi tertentu saja. Masih banyak daerah lain yang belum tersentuh dengan program untuk penanganan psikososial akibat gempa.

Program terkait kesehatan jiwa seperti psikoterapi CBT sejak terjadinya gempa belum dilaksanakan. Seyogyanya psikoterapi ini dapat dilakukan oleh tenaga profesional yang sudah terlatih untuk melakukannya. Selain tenaga kesehatan seperti perawat jiwa, psikolog, dokter, tenaga yang sudah dilatih pun mampu melaksanakan terapi ini. Perawat jiwa sebagai salah satu tenaga kesehatan yang kegiatannya bisa sampai pada level terendah dari pelayanan kesehatan, harus mampu melakukan terapi ini dalam rangka untuk mengurangi akibat lanjut masalah kesehatan jiwa yang akan timbul kemudian hari. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa belum adanya penanganan secara khusus terhadap masalah psikologis sebagai dampak dari peristiwa gempa bumi.

I.2 Perumusan Masalah

Bencana merupakan kejadian yang menimbulkan kerugian pada masyarakat yang berada di wilayah yang terkena bencana. Salah satu dampak dari bencana adalah dampak psikologis, karena pengalaman terhadap bencana yang dialami merupakan suatu pengalaman traumatis. Pengalaman traumatis yang jika tidak ditanggulangi dengan tepat akan menimbulkan berbagai macam masalah kesehatan mental, dan salah satunya adalah PTSD. PTSD yang tidak tertangani dengan baik bisa mengarah masalah kesehatan mental pada akhirnya. Berbagai tindakan dapat digunakan untuk mengatasi PTSD, melalui psikofarmaka dan psikoterapi.

Berbagai penelitian menyebutkan bahwa salah satu psikoterapi yang efektif untuk mengatasi masalah PTSD ini adalah CBT. CBT yang dilakukan pada penderita PTSD akan mengurangi tanda dan gejala yang ditemukan pada individu dengan PTSD. Beberapa penelitian sudah membuktikan bahwa CBT terbukti efektif untuk mengatasi PTSD pada individu yang mengalami bencana. Namun demikian, sampai saat ini belum ditemukan penelitian yang terkait dengan pengaruh atau efektivitas CBT terhadap individu dengan PTSD di Indonesia.

Saat ini belum ada data tentang jumlah penduduk yang beresiko menderita PTSD, belum adanya data tentang jumlah penduduk yang beresiko menderita PTSD, belum diketahui psikoterapi apa saja yang telah dilakukan oleh pemerintah dan *non government organization*, dan belum adanya pelaksanaan CBT pada penduduk pasca gempa yang mengalami PTSD. Pelayanan kesehatan jiwa yang belum optimal khususnya pelaksanaan CBT dalam menangani dampak psikologis akibat peristiwa traumatik pasca gempa di Kota Padang dan apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat akan mengarah pada masalah gangguan jiwa.

Berdasarkan pada kondisi dan data-data yang telah diungkapkan di atas, maka pada penelitian ini peneliti ingin mengembangkan CBT terhadap PTSD pada penduduk pasca gempa, adapun pertanyaan penelitian ini adalah :

- 1.2.1 Apakah CBT dapat meningkatkan pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD, menurunkan tanda dan gejala PTSD, pada penduduk pasca gempa di kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Kota Padang ?
- 1.2.2 Apakah ada faktor lain yang mempengaruhi tanda dan gejala PTSD, pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD pada penduduk pasca gempa di kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Kota Padang ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan pengaruh CBT terhadap PTSD pada responden pasca gempa.

1.3.2 Tujuan Khusus Penelitian

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

1.3.2.1 Diketuainya jumlah penduduk yang mengalami PTSD di kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara

1.3.2.2 Diketuainya karakteristik responden dengan PTSD pasca gempa

1.3.2.3 Diketahui pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD pada responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum CBT

1.3.2.4 Diketahui pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD pada responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah CBT

1.3.2.5 Diketahui perbedaan pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah CBT

1.3.2.6 Diketahui perbedaan pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah CBT

1.3.2.7 Diketahui tanda dan gejala PTSD pada responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum CBT

1.3.2.8 Diketahui tanda dan gejala PTSD pada responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah CBT

1.3.2.9 Diketuainya perbedaan tanda dan gejala PTSD pada responden kelompok intervensi sebelum dan sesudah CBT

1.3.2.10 Diketuainya perbedaan tanda dan gejala PTSD pada responden kelompok kontrol sebelum dan sesudah CBT

1.3.2.11 Diketuinya faktor-faktor yang berkontribusi pada tanda dan gejala PTSD pada responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Perkembangan Ilmu Pengetahuan Keperawatan Jiwa

Hasil penelitian ini diharapkan berguna sebagai aplikasi nyata keperawatan jiwa terkait pelaksanaan CBT dalam upaya mengurangi tanda dan gejala PTSD sebagai dampak psikologis akibat trauma pasca gempa.

1.4.2 Perkembangan Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian terhadap pelaksanaan CBT diharapkan mampu menjadi acuan atau pedoman terapi spesialis jiwa sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa.

1.4.3 Perkembangan Riset Keperawatan

Manfaat penelitian lainnya adalah sebagai dasar pengembangan riset keperawatan. Penelitian ini akan menghasilkan gambaran penerapan CBT pada penduduk pasca gempa yang dilakukan secara individu didalam tatanan komunitas. Pengembangan riset keperawatan yang dilakukan akan meningkatkan kemampuan perawat khususnya perawat jiwa dalam melakukan asuhan keperawatan di tatanan komunitas khususnya dalam mengatasi PTSD sebagai dampak trauma pasca gempa.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan memaparkan tinjauan teoritis yang berkaitan dengan *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) pada penduduk pasca gempa. Tinjauan teoritis ini akan dijadikan sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian yang akan dilakukan. Untuk memudahkan pemahaman, tinjauan teoritis ini disusun diawali dengan konsep PTSD, penjelasan mengenai CBT dan bagaimana teknis pelaksanaan CBT khususnya pada penduduk yang mengalami PTSD pasca gempa.

2.1 Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

PTSD merupakan salah satu gangguan mental emosional yang termasuk pada kelompok gangguan ansietas, yang terjadi biasanya karena ada peristiwa traumatik yang dialami.

2.1.1 Pengertian

Post Traumatic Stress Disorder adalah gangguan kecemasan yang dapat terbentuk dari sebuah peristiwa atau pengalaman yang menakutkan/mengerikan, sulit dan tidak menyenangkan dimana terdapat penganiayaan fisik atau perasaan terancam (APA, 2000). Menurut Smith dan Segal (2008 dalam Adesla, 2009) *Post-traumatic stress disorder* (PTSD) adalah sebuah gangguan yang dapat terbentuk dari peristiwa traumatik yang mengancam keselamatan anda atau membuat anda merasa tidak berdaya.

NIMH (2008) mendefinisikan PTSD sebagai suatu jenis gangguan kecemasan yang terjadi pasca trauma atau terkena semacam kejadian traumatik. Sedangkan menurut NICE (2005), PTSD adalah suatu kondisi dimana terjadi masalah/gangguan pada fisik dan psikologis seseorang sebagai akibat dari kejadian yang menekan atau mengancam kehidupan, yaitu bencana alam, perang, kekerasan fisik, seksual dan emosional, kecelakaan dan semua kejadian yang membuat

seseorang merasa tertekan, putus asa dan merasa dirinya dalam bahaya.

Berdasarkan beberapa defenisi yang telah diungkapkan di atas dapat disimpulkan bahwa PTSD adalah suatu jenis gangguan yang terjadi akibat peristiwa traumatis dan mengancam kehidupan individu tersebut dan individu tersebut tidak mampu mengatasinya dengan segala kemampuan yang dimilikinya.

2.1.2 Penyebab Terjadinya PTSD

2.1.2.1 Biologis

Ditinjau dari aspek biologis, PTSD terjadi karena ada proses yang terjadi di otak. Individu yang mengalami PTSD akan merasakan berbagai perubahan pada fisiknya. System saraf pusat dan sistem saraf otonom akan terpengaruh oleh kondisi ini. Selain itu juga terjadi penurunan ukuran dari hipokampus dan amigdala yang over reaktif. Komponen yang paling penting adalah memori, karena kejadian traumatis akan berulang terus menerus melalui memori. Hipokampus dan amigdala adalah kunci dari memori manusia (Schiraldi, 2009).

Diyakini bahwa amigdala adalah *fear center* dari otak. Sehingga bisa kita pahami bahwa penderita PTSD akan mengalami amigdala yang over reaktif. Amigdala membantu otak dalam membuat hubungan antara situasi yang menimbulkan ketakutan di masa lalu dan karena kondisi ini berpasangan dengan situasi saat ini yang bisa saja netral. Individu akan mempertahankan kondisi waspada yang konstan pada saat situasi yang tidak tepat, karena pada saat itu otak memerintahkan individu bahwa situasi “aman” sedang menghadapi ancaman (Yulle, 1999).

Hipokampus juga memainkan peranan yang penting pada fungsi belajar dan memori. Beberapa ahli menyebutkan bahwa hipokampus adalah bagian yang menciptakan harapan-harapan terhadap situasi yang akan memberikan *reward* atau situasi yang akan menimbulkan *punishment* berdasarkan pada memori dan pengalaman belajar dari masa lalu. Pada penderita PTSD dengan kerusakan hipokampus, ditemukan bahwa otak akan mengalami kesulitan untuk belajar harapan-harapan baru untuk berbagai situasi yang terjadi setelah kejadian traumatis (PTSD *Support Service*, 2009; Yulle, 1999).

Pada penderita PTSD juga mengalami derajat hormon stress yang tidak normal. Penelitian menunjukkan bahwa individu dengan PTSD memiliki hormon kortisol yang rendah jika dibandingkan dengan individu yang tidak mengalami PTSD dan hormon epinefrin dan norepinefrin dalam jumlah yang lebih dari rata-rata. Ketiga hormon tersebut berperan penting dalam menciptakan respon "*flight or fight*" terhadap situasi stress. Ini berarti bahwa individu dengan PTSD akan selalu berada dalam kondisi "*flight or fight*". Individu dengan PTSD juga memiliki kadar *natural opiate* yang tinggi. Kondisi ini akan membuat individu untuk mengalami kembali trauma dalam hal untuk mencapai respon dari opiate (PTSD *Support Service*, 2009)

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya amigdala dan berbagai struktur lainnya seperti hipotalamus, bagian abu-abu otak dan nucleus, mengaktifkan neurotransmitter dan endokrin untuk menghasilkan hormon-hormon yang berperan dari berbagai gejala PTSD. Bagian otak depan (frontal) sebenarnya berfungsi untuk menghambat aktivasi rangkaian ini, walaupun begitu pada penelitian terhadap orang-orang yang mengalami

PTSD, bagian ini mengalami kesulitan untuk menghambat aktivasi system amigdala (*Mayo Clinic*, 2009).

Penyebab lain dari segi biologi seseorang akan menderita PTSD adalah adanya riwayat keluarga yang menderita gangguan jiwa seperti depresi dan kecemasan menurut PAHO (2009). Adanya faktor genetik juga berpengaruh dalam kemungkinan seseorang menderita PTSD atau tidak. Walaupun begitu, faktor genetik tidak merupakan penyebab utama terjadinya masalah PTSD.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa dari aspek biologis PTSD terjadi karena adanya gangguan pada fungsi otak, terutama amigdala dan bagian-bagian lainnya, gangguan regulasi mekanisme kecemasan dan terakhir adanya faktor genetik.

2.1.2.2 Psikososial

Pengalaman hidup yang dialami oleh seseorang sepanjang hidupnya juga merupakan salah satu penyebab terjadinya PTSD. Pengalaman hidup ini mencakup pengalaman yang dialami dari masa kecil sampai dengan dewasa. Selain pengalaman hidup yang dialami, jumlah dan tingkat keparahan peristiwa traumatik yang dialami oleh individu tersebut juga memberikan pengaruh (*Mayo Clinic*, 2009). Smith dan Segal (2005 dalam Adesla, 2009) menyebutkan peristiwa traumatik yang dapat mengarah kepada munculnya PTSD termasuk: perang (*war*), pemerkosaan (*rape*), bencana alam (*natural disasters*), kecelakaan mobil / pesawat (*a car or plane crash*), penculikan (*kidnapping*), penyerangan fisik (*violent assault*), penyiksaan seksual / fisik (*sexual or physical abuse*), prosedur

medikal - terutama pada anak-anak (*medical procedures - especially in kids*).

Faktor psikologis lain yang ikut berkontribusi adalah faktor yang dibawa oleh individu dari lahir, yaitu sifat bawaan atau yang sering disebut dengan kepribadian seseorang juga merupakan penyebab terjadinya PTSD (*Mayo Clinic, 2009*).

Pengalaman pada masa lalu bisa menyebabkan seseorang menderita PTSD. Pengalaman masa lalu terkait pengalaman pada masa anak-anak, seperti menjadi korban kekerasan seksual, perpisahan dengan orang tua pada usia dini, perceraian, bahkan kemiskinan (Connor & Butterfield, 2003). Kurangnya support sosial juga salah satu faktor yang bisa menimbulkan PTSD, disfungsi keluarga merupakan faktor yang menyebabkan terjadinya PTSD (PAHO, 2009).

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa aspek psikososial yang menyebabkan terjadinya PTSD adalah pengalaman hidup yang terkait dengan trauma, sifat bawaan atau kepribadian individu tersebut, dan kurangnya support sosial. Faktor-faktor tersebut merupakan penyebab timbulnya PTSD jika dilihat dari faktor psikososial dari individu yang mengalami trauma.

2.1.3 Faktor Resiko pada PTSD

NIMH (2008) menjelaskan bahwa ada banyak faktor yang berperan penting apakah seseorang akan menderita PTSD atau tidak. Ada beberapa faktor resiko yang akan membuat individu lebih berkesempatan menderita PTSD dan ada faktor *resilience* yang mampu mengurangi resiko untuk menderita PTSD. Faktor resiko dan faktor *resilience* ini sudah ada sebelum individu mengalami trauma dan menjadi penting selama dan sesudah terjadinya trauma.

Faktor resiko meliputi tetap hidup setelah melalui kejadian berbahaya dan traumatis, memiliki riwayat penyakit mental, mengalami kecelakaan, melihat orang lain terluka atau meninggal, perasaan tertekan, tidak berdaya dan ketakutan yang amat sangat, menghadapi banyak stressor setelah kejadian traumatis, seperti kehilangan anggota keluarga, kehilangan rumah atau pekerjaan (NIMH, 2008). Faktor resiko lain yang akan memperberat seseorang untuk menderita PTSD adalah jenis kelamin. Perempuan memiliki resiko yang lebih besar dari laki-laki untuk menderita PTSD. Hal ini disebabkan karena rendahnya sintesa serotonin, tingginya prevalensi perempuan untuk menjadi korban dalam peristiwa traumatis (perkosaan, kekerasan). Memiliki masalah kesehatan, penggunaan alkohol, minimnya pendapatan, tingkat pendidikan yang rendah, status sebagai minoritas, perasaan yang tidak aman, dan banyaknya jumlah tanda dan gejala PTSD yang dimiliki akan memperberat PTSD yang diderita oleh individu tersebut. (Connor & Butterfield, 2003).

Resiliensi adalah suatu proses yang dinamis dalam diri individu dalam mengembangkan kemampuannya untuk menghadapi, mengatasi, memperkuat, dan mentransformasikan pengalaman-pengalaman yang dialaminya pada situasi sulit agar dapat beradaptasi secara positif (Herlina, 2009). Faktor *resilience* untuk PTSD adalah mencari dukungan dari orang lain, memiliki support group setelah kejadian traumatis, perasaan yang lebih baik terhadap reaksi yang timbul untuk menghadapi bahaya, memiliki strategi koping yang efektif, dan mampu untuk bertindak dan berespon secara efektif dari pada merasakan ketakutan. Makin banyak faktor-faktor resilience ini dimiliki oleh individu, maka resiko untuk menderita PTSD akan berkurang (NIMH, 2008; Connor & Butterfield, 2003).

Penelitian yang dilakukan terkait dengan resiliensi menunjukkan bahwa masyarakat Aceh memiliki resiliensi yang tinggi. Hasil penelitian menyebutkan bahwa skor daya resiliensi 655, warga Nias

125, dan Jakarta hanya 87 atau tak sampai 15% daya resiliensi orang Aceh. Faktor yang membuat tingkat resiliensi orang Aceh lebih tinggi salah satunya adalah agama (Chamim, 2009).

2.1.4 Tanda dan Gejala PTSD

Selama bertahun-tahun penelitian, ditemukan sebanyak 3 kelompok tanda dan gejala PTSD. Simptom-siptom tersebut ditulis dalam APA (2000). Ketiga kelompok tersebut, dan simptom-siptom spesifik yang ada di dalamnya dijelaskan di bawah ini:

2.1.4.1 Merasakan kembali peristiwa traumatik tersebut (*Re-Experiencing Symptoms*)

Tanda dan gejala PTSD adalah merasakan kembali kejadian traumatis dalam berbagai cara dan hal ini terjadi terus menerus dan menetap. Dengan munculnya tanda dan gejala tersebut, trauma akan dirasakan kembali oleh individu yang menderita PTSD melalui mimpi, memori atau masalah yang merupakan respon karena teringat tentang trauma yang dialami (*National Center of PTSD, 2009*). Menurut Yehuda (2002), bahwa tanda dan gejala pada kelompok ini merupakan perwujudan dari kenangan tentang insiden yang tidak diinginkan, muncul dalam bentuk bayangan atau imajinasi yang mengganggu, mimpi buruk dan kilas balik. Tanda dan gejala yang timbul adalah :

- a) Secara berkelanjutan memiliki pikiran atau ingatan yang tidak menyenangkan mengenai peristiwa traumatik tersebut (*Frequently having upsetting thoughts or memories about a traumatic event*).
- b) Mengalami mimpi buruk yang terus menerus berulang (*Having recurrent nightmares*).

- c) Bertindak atau merasakan seakan-akan peristiwa traumatik tersebut akan terulang kembali, terkadang ini disebut sebagai "flashback" (*Acting or feeling as though the traumatic event were happening again, sometimes called a "flashback"*).
- d) Memiliki perasaan menderita yang kuat ketika teringat kembali peristiwa traumatik tersebut (*Having very strong feelings of distress when reminded of the traumatic event*).
- e) Terjadi respon fisik, seperti jantung berdetak kencang atau berkeringat ketika teringat akan peristiwa traumatik tersebut (*Being physically responsive, such as experiencing a surge in your heart rate or sweating, to reminders of the traumatic event*).

2.1.4.2 Menghindar (*Avoidance Symptoms*)

Tanda dan gejala PTSD menurut kelompok ini meliputi penurunan respon individu secara umum dan perilaku menghindar yang menetap terhadap segala hal yang mengingatkan klien terhadap trauma. Hal-hal yang bisa mengingatkan klien terhadap trauma bisa bersumber dari diri klien sendiri, seperti pikiran atau perasaan tentang trauma yang dialami, atau bisa juga karena adanya stimulus dari luar atau lingkungan yang mampu membangkitkan memori atau perasaan yang tidak menyenangkan. Selain itu, tanda dan gejala PTSD pada kelompok ini meliputi penurunan kemampuan emosional, merasa jauh dari orang lain dan tidak memiliki cita-cita atau harapan yang akan dipenuhi untuk masa depannya (*National Center of PTSD, 2009*). Tanda dan gejala pada kelompok ini adalah :

- a) Berusaha keras untuk menghindari pikiran, perasaan atau pembicaraan mengenai peristiwa traumatik tersebut (*Making*

an effort to avoid thoughts, feelings, or conversations about the traumatic event).

- b) Berusaha keras untuk menghindari tempat atau orang-orang yang dapat mengingatkan kembali akan peristiwa traumatik tersebut (*Making an effort to avoid places or people that remind you of the traumatic event*).
- c) Sulit untuk mengingat kembali bagian penting dari peristiwa traumatik tersebut (*Having a difficult time remembering important parts of the traumatic event*).
- d) Kehilangan ketertarikan atas aktifitas positif yang penting (*A loss of interest in important, once positive, activities*).
- e) Merasa "jauh" atau seperti ada jarak dengan orang lain (*Feeling distant from others*).
- f) Mengalami kesulitan untuk merasakan perasaan-perasaan positif, seperti kesenangan / kebahagiaan atau cinta / kasih sayang (*Experiencing difficulties having positive feelings, such as happiness or love*).
- g) Merasakan seakan-akan hidup anda seperti terputus ditengah-tengah - anda tidak berharap untuk dapat kembali menjalani hidup dengan normal, menikah dan memiliki karir (*Feeling as though your life may be cut short - you don't expect to live a normal life span, get married, have a career*).

2.1.4.3 Waspada (Hyperarousal Symptoms)

Individu yang menderita PTSD akan mengalami peningkatan pada mekanisme fisiologis tubuh, yang akan timbul pada saat tubuh sedang istirahat. Hal ini terjadi sebagai akibat dari reaksi yang berlebihan terhadap stressor baik secara langsung atau tidak yang merupakan lanjutan atau sisa-sisa dari trauma yang dirasakan. Tanda dan gejala pada kelompok ini biasanya

merupakan salah satu cara untuk mengatasi trauma yang dirasakan, contohnya adalah gangguan tidur merupakan akibat dari mimpi buruk yang dialami klien (*National Center of PTSD*, 2009). Tanda dan gejala pada kelompok ini adalah :

- a) Sulit untuk tidur atau tidur tapi dengan gelisah (*Having a difficult time falling or staying asleep*).
- b) Mudah / lekas marah atau meledak-ledak (*Feeling more irritable or having outbursts of anger*).
- c) Memiliki kesulitan untuk berkonsentrasi (*Having difficulty concentrating*).
- d) Selalu merasa seperti sedang diawasi atau merasa seakan-akan bahaya mengincar di setiap sudut "*Feeling constantly "on guard" or like danger is lurking around every corner*".
- e) Menjadi gelisah, tidak tenang, atau mudah "terpica" / sangat "waspada" (*Being "jumpy" or easily startled*).

Seseorang dikatakan menderita PTSD jika memenuhi kriteria berikut ini dalam waktu minimal 1 bulan (NIMH, 2009; APA, 2000) :

- a) Mengalami kejadian atau peristiwa traumatis
- b) Minimal memiliki 1 tanda *re-experiencing symptoms*
- c) Minimal memiliki 3 tanda *avoiding symptoms*
- d) Minimal memiliki 2 tanda *hyper-arousal symptoms*
- e) Tanda dan gejala yang menyebabkan individu kesulitan dalam menjalani kehidupan sehari-hari, sekolah atau bekerja, berinteraksi dengan teman, menyelesaikan tugas-tugas penting lainnya.

Selain tanda dan gejala di atas, ada beberapa reaksi yang sering muncul akibat peristiwa traumatic yang dialami oleh seseorang menurut *National Center of PTSD* (2009), yaitu :

Emotional effects, antara lain shock, perasaan ngeri, cepat marah, menyalahkan, marah, perasaan bersalah, berduka atau sedih, emosional yang menurun, ketidakberdayaan, kehilangan kesenangan dari aktivitas yang sering dilakukan, kesulitan untuk merasa bahagia, kesulitan dalam hal merasakan perasaan menyayangi.

Cognitive effects, antara lain gangguan konsentrasi, gangguan dalam kemampuan mengambil keputusan, gangguan memori, ketidakpercayaan, kebingungan, mimpi buruk, penurunan percaya diri, penurunan *self-efficacy*, menyalahkan diri sendiri, pikiran atau memori yang mengganggu, khawatir, *dissociation*.

Physical effects, antara lain kelelahan, insomnia, *cardiovascular strain*, respon kaget, waspada, peningkatan nyeri fisik, penurunan respon imun, sakit kepala, gangguan gastrointestinal, penurunan napsu makan, penurunan libido, beresiko untuk menderita penyakit.

Interpersonal effects, peningkatan konflik dalam berhubungan, menarik diri secara sosial, penurunan keakraban dalam berhubungan, mengasingkan diri, gangguan pada performa kerja, gangguan pada performa di sekolah, penurunan kepuasan, tidak percaya, menyalahkan orang lain, merasa diabaikan, over protektif.

2.1.5 Jenis-Jenis PTSD

Menurut APA (2000) dan Ross (1999) jenis-jenis PTSD terbagi atas tiga, yaitu 1) PTSD akut; PTSD dikatakan akut tanda dan gejala PTSD berakhir dalam kurun waktu satu bulan, sangat mempengaruhi kemampuan individu tersebut dalam menjalankan fungsinya. Jadi rentang waktunya adalah 1 – 3 bulan dan jika dalam waktu lebih dari satu bulan, individu tersebut masih merasakan tanda dan gejala PTSD dalam skala berat, itu tandanya dia harus segera menghubungi pelayanan kesehatan terdekat. 2) PTSD kronik; PTSD kronik timbul jika tanda dan gejalanya berlangsung lebih dari tiga bulan. Jika sudah terdiagnosa dengan PTSD ada baiknya segera menghubungi

pelayanan kesehatan, karena jika tidak ada treatment yang dilakukan maka tidak ada perubahan kearah yang lebih baik. 3) *PTSD With Delayed Onset*; walaupun sebenarnya tanda dan gejala PTSD muncul pada saat setelah trauma, ada kalanya tanda dan gejalanya baru muncul minimal enam bulan bahkan bertahun-tahun setelah peristiwa traumatic itu terjadi. Hal ini timbul pada saat memperingati hari kejadian traumatis tersebut atau bisa juga karena individu mengalami kejadian traumatis lain yang akan mengingatkan dia terhadap peristiwa traumatis masa lalunya

2.1.6 Kemampuan klien dengan PTSD

Sebagian individu yang mengalami trauma mengalami sedikit kesulitan atau masalah dalam kehidupannya. Mereka hanya butuh waktu yang sedikit untuk mengatasi kesulitan yang timbul akibat trauma. Sedangkan bagi sebagian individu lainnya butuh waktu sampai bertahun-tahun untuk mengatasi kesulitan yang timbul akibat mengalami trauma. Individu dengan PTSD dan telah mendapatkan penanganan akan memiliki kemampuan untuk mengenali tanda dan gejala PTSD, mengenali pikiran-pikiran yang mengganggu, mengatasi pikiran tersebut dan menggunakan pikiran-pikiran yang realistis sehingga tercipta keseimbangan emosi (Ross, 1999). Selain itu Mills, Reiss dan Dombeck (2008) menyebutkan bahwa dengan latihan mekanisme koping yang terus menerus, diharapkan klien yang mengalami masalah trauma akan terbiasa atau resistant terhadap trauma yang dialaminya dan memiliki strategi yang efektif untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul dalam kehidupannya.

Individu yang menderita PTSD yang telah ditangani dengan baik akan memiliki kemampuan untuk mengenali tanda jika dia mengalami PTSD dan mengatasi tanda dan gejala PTSD, pikiran yang mengganggu, serta memiliki kemampuan untuk mengatasi masalah yang timbul baik berupa perasaan atau perilaku negatif, dan juga

memiliki mekanisme coping yang efektif dalam mengatasi masalah yang muncul. Individu dengan PTSD mampu mengidentifikasi, mencari jalan keluar dari segala masalah yang timbul, apakah itu terkait pikiran yang membuat individu tersebut tertekan, atau perilaku negative yang timbul akibat pikiran-pikiran yang menakutkan yang berkaitan atau yang muncul akibat mengalami trauma. Sehingga pada akhirnya individu dengan PTSD akan mampu mengatasi semua masalahnya dan bisa menjalankan kehidupannya seperti sebelum mengalami peristiwa traumatis.

2.1.7 Penanganan untuk PTSD

PTSD merupakan salah satu dari gangguan kecemasan, oleh karena itu tindakan untuk mengatasi PTSD hampir sama dengan cara untuk mengatasi kecemasan, yaitu :

2.1.7.1 Tindakan Medis

Berdasarkan DSM-IV, PTSD masuk pada kelompok *anxiety disorder*, dengan diagnose medis adalah *Post-traumatic stress disorder* (APA, 2000). Untuk pengobatan atau yang lebih dikenal dengan psikofarmaka menurut Ross (1999) ada beberapa jenis pengobatan yang bisa digunakan pada pengobatan PTSD, yaitu :

a) SSRI antidepressant

Para ahli mengungkapkan bahwa SSRI antidepressan merupakan pilihan pertama terbaik dalam menangani PTSD. Ada lima SSRI yang bisa digunakan : Zoloft (sertraline), Paxil (paroxetine), Prozac (fluoxetine), Luvox (fluvoxamine), Celexa (citalopram)

b) Antidepressan lain yang bisa digunakan jika SSRI antidepressan tidak efektif mengatasi PTSD atau malah menimbulkan efek samping, yaitu Serzone (nefazone), dan Effexor (venlafazine).

c) Antidepresan Trisiklik

Ada beberapa antidepresan trisiklik yang bisa digunakan yaitu imipramine, amitriptyline (Evavil). Walaupun begitu antidepresan trisiklik ini tidak merupakan pilihan utama karena memiliki banyak efek samping jika dibandingkan dengan antidepresan yang lain.

d) Antiansietas

Benzodiazepine adalah obat yang digunakan untuk mengurangi ansietas, biasanya digunakan untuk jangka pendek, yaitu valium (Diazepam), Xanax (alprazolam), Klonopin (Clonazepam), dan Ativan (Lorazepam).

2.1.7.2 Tindakan Keperawatan

a) Pengkajian untuk klien dengan PTSD

Pengkajian untuk klien dengan PTSD meliputi empat aspek yang akan bereaksi terhadap stress akibat pengalaman traumatis, yaitu (Cook & Fontaine., 2005) :

Pengkajian perilaku (*behavioral assessment*), yang dikaji adalah dalam keadaan yang bagaimana klien mengalami perilaku agresif yang berlebihan, dalam keadaan yang seperti apa klien mengalami kembali trauma yang dirasakan, bagaimana cara klien untuk menghindari situasi atau aktivitas yang akan mengingatkan klien terhadap trauma, seberapa sering klien terlibat aktivitas sosial, apakah klien mengalami kesulitan dalam masalah pekerjaan semenjak kejadian traumatis.

Pengkajian afektif (*affective assessment*), berapa lama waktu dalam satu hari klien merasakan ketegangan dan perasaan ingin cepat marah, apakah klien pernah mengalami serangan panik, perasaan bersalah yang dialami yang berkaitan dengan trauma, tipe aktivitas yang disukai untuk dilakukan, apa saja sumber-sumber kesenangan

dalam hidup klien, hubungan yang secara emosional terasa akrab dengan orang lain.

Pengkajian intelektual (*intellectual assessment*), yang dikaji adalah kesulitan dalam hal konsentrasi, kesulitan dalam hal memori, berapa frekuensi dalam satu hari tentang pikiran yang berulang yang berkaitan dengan trauma, apakah klien bisa mengontrol pikiran-pikiran berulang tersebut, mimpi buruk yang dialami klien, apa yang disukai klien terhadap dirinya, dan apa yang tidak disukai klien terhadap dirinya.

Pengkajian sosiokultural (*sociocultural assessment*), yang dikaji adalah bagaimana cara keluarga dan teman klien menyampaikan tentang perilaku klien yang menjauh dari mereka, pola komunikasi antara klien dengan keluarga dan teman, apa yang terjadi jika klien kehilangan kontrol terhadap rasa marahnya, bagaimana klien mengontrol kekerasan terhadap sistem keluarganya, dan apakah klien bercerai atau merasa terancam dengan situasi perceraian tersebut.

b) Diagnosa keperawatan untuk PTSD

Diagnosa keperawatan yang mungkin timbul akibat PTSD menurut Wilkinson (2005) antara lain adalah gangguan stress pasca trauma, keputusasaan, ketidakberdayaan, ansietas, berduka dan koping individu yang tidak efektif. NANDA (2007) bahwa diagnosa keperawatan yang mungkin timbul adalah sindrom stress relokasi (*relocation stress syndrome*), resiko sindrom stress relokasi (*risk of relocation stress syndrome*), sindrom pasca trauma, dan resiko sindrom pasca trauma. Jadi ada beberapa macam diagnosa keperawatan yang bisa timbul pada klien dengan

PTSD. Sedangkan untuk penelitian ini yang akan diambil adalah klien dengan diagnosa sindrom pasca trauma.

c) Intervensi keperawatan untuk PTSD

Intervensi keperawatan secara generalis menurut Wilkinson (2005) tujuan umum pada masalah keperawatan PTSD adalah agar individu mampu mengatasi stresor yang ada dengan semua kemampuan yang dia miliki. Tindakan yang bisa dilakukan adalah membantu klien mengurangi melakukan perasaan diri atau perilaku kekerasan pada diri sendiri, meningkatkan kemampuan klien untuk beradaptasi terhadap stresor, perubahan, atau ancaman yang akan ditemuinya dalam kehidupan, membantu dalam hal fokus terhadap kebutuhan, masalah atau perasaan klien dan orang-orang terdekat untuk meningkatkan coping, problem solving dan hubungan interpersonal, membantu pasien memfasilitasi tingkah laku impulsif melalui aplikasi strategi pemecahan masalah, situasi sosial dan interpersonal, memfasilitasi dan mendorong klien berhubungan dengan keluarga, teman dan masyarakat, membantu klien / individu untuk mengamankan dan mengatur keuangan untuk menyesuaikan kebutuhan perawatan kesehatan.

Intervensi keperawatan untuk PTSD menurut Barry (1998) seperti intervensi dalam hal support sosial antara lain grup konseling atau individu, mendengarkan kenangan klien tentang peristiwa traumatis, dan mendorong klien untuk mengidentifikasi hal-hal yang berarti yang berkaitan dengan trauma. Dengan mendiskusikan kejadian traumatis akan membuat klien belajar mencapai kemampuan untuk mengontrol reaksi yang timbul terhadap memori yang mengganggu.

2.1.7.3 Terapi Psikososial

Ada beberapa intervensi lanjut yang bisa diterapkan untuk mengatasi masalah PTSD. Menurut pendapat beberapa ahli, praktik intervensi lanjut untuk mengatasi PTSD diantaranya :

- a) ***Exposure therapy***, menurut Yulle (1999) bahwa terapi ini memiliki efektivitas yang tinggi untuk mengatasi berbagai gangguan ansietas. Ada beberapa variasi dalam terapi ini, yaitu *systematic desensitization*, *flooding*, *image habituating training*, dan *prolonged exposure*, yang terakhir adalah terapi yang direkomendasikan oleh para ahli. Prolonged exposure mencakup konfrontasi terapeutik yang terencana terhadap situasi yang menciptakan ketakutan, memori atau object yang meningkatkan kewaspadaan tapi bisa dikelola. Terapi ini berlangsung lama dan dilakukan berulang-ulang sampai derajat kewaspadaan menurun sampai pada tingkat yang bisa diterima, minimal 50% dibawah level puncak.
- b) ***Trauma-focused cognitive-behavioral therapy***, menurut Hudenko dan Crenshaw (2010) terapi untuk mengatasi PTSD dan trauma meliputi *cognitive-behavioral therapy* yang akan membuka diri klien terhadap pikiran, perasaan, dan situasi yang mengingatkan klien terhadap trauma. Terapi ini juga meliputi kegiatan mengidentifikasi pikiran yang membingungkan terkait peristiwa trauma dimana pikiran tersebut tidak rasional dan menyimpang, dan menggantinya dengan gambaran yang lebih baik.
- c) ***EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing)***, dalam EMDR klien menggunakan teknik

imaginal exposure terhadap trauma yang dirasakan dan sementara itu pada saat yang sama melakukan gerakan mata yang *saccadic*. Walaupun beberapa riset membuktikan terapi ini efektif untuk PTSD, tetapi beberapa riset lain masih mempertanyakan mekanisme dari terapi ini (Hamblen, Scunurr, Rosenberg, & Eftekhari, 2009). EMDR bertujuan untuk mengubah perasaan klien terhadap memori yang berkaitan dengan trauma dan membantu klien untuk memiliki emosi, pikiran dan perilaku yang positif (NICE, 2005).

d) Family therapy, PTSD tidak hanya akan mempengaruhi klien secara individual, tapi juga akan membawa pengaruh pada orang-orang yang dekat dengan klien. Oleh karena itu terapi keluarga dianggap efektif untuk mengatasi masalah PTSD. Terapi keluarga akan membantu orang terdekat klien untuk memahami apa yang sedang dialami klien, dan juga membantu setiap individu di keluarga tersebut agar berkomunikasi dengan lebih baik sehingga bisa mengatasi masalah-masalah yang berkaitan dengan hubungan interpersonal (Hudenko & Crenshaw, 2010).

e) Couples therapy juga bisa dilakukan pada klien dengan PTSD. Metode konseling ini melibatkan pelayanan terhadap anggota keluarga. Terapis akan membantu setiap anggota keluarga untuk ikut aktif dalam komunikasi yang terjalin, mempertahankan hubungan yang baik, dan mengatasi tantangan masalah emosional. PTSD kadang kala membawa dampak negatif yang signifikan dalam hubungan interpersonal, sehingga terapi ini akan membantu dalam beberapa kasus PTSD (Benedek., dkk, 2009).

f) *Anxiety management*, dalam *anxiety management* terapis akan mengajarkan klien beberapa kemampuan untuk mengatasi tanda dan gejala PTSD, antara lain *relaxation training*, klien akan belajar untuk mengontrol ketakutan dan kecemasan dengan cara melakukan relaksasi terhadap otot-otot secara sistematis, *breathing retraining*, dimana klien belajar bagaimana pernapasan abdomen secara relaks dan menghindari hiperventilasi yang bisa menyebabkan berbagai sensasi fisik yang tidak menyenangkan (palpitasi, pusing), selanjutnya *positive thinking and self-talk*, dimana klien belajar untuk mengganti pikiran negatif dengan pikiran positif pada saat menghadapi stressor yang mengingatkan klien terhadap trauma, *assertiveness training*, yaitu klien belajar untuk mengungkapkan harapan, pendapat, dan emosi tanpa menyakiti orang lain, dan terakhir adalah *thought stopping*, dimana klien belajar untuk menggunakan distraksi untuk mengatasi pikiran yang menakutkan dan mengancam (Ross, 1999). Teknik *thought stopping*, dimana klien mungkin mengatakan stop keluar dari ide-ide yang muncul. Pengalihan pikiran yang tidak diinginkan secara diubah dan klien memilih alternatif ide positif. Literatur menjelaskan bahwa *terapi thought stopping* atau disebut juga dengan istilah menghentikan pikiran merupakan teknik efektif dan cepat membantu menghadapi pikiran yang membuat stres dimana seringkali menyertai serangan panik, ansietas dan agrofobia.

Mengenai manajemen kecemasan juga diungkapkan oleh Stuart dan Laraia (2005), bahwa latihan relaksasi dilakukan melalui teknik pernapasan atau peregangan otot. Seseorang yang mengalami perasaan tidak tenang, ansietas dan stres psikologis, jika diberikan suatu latihan

relaksasi yang terprogram secara baik maka akan menurunkan denyut nadi, tekanan darah tinggi, mengurangi keringat dan frekuensi pernafasan sehingga sangat efektif sebagai anti ansietas.

g) *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*

NACBT (2007) menyebutkan bahwa CBT merupakan salah satu terapi yang efektif untuk mengatasi PTSD. Pemberian CBT dan medikasi (anti ansietas dan anti depresi) dalam waktu 6-8 minggu akan membantu mengatasi PTSD sebanyak 70-90% (*Mayo Clinic*, 2009). *Center for CBT* (2006) menyebutkan bahwa CBT merupakan intervensi yang efektif dan yang lebih banyak digunakan untuk mengatasi PTSD.

CBT adalah terapi yang membantu klien bagaimana berpikir dan bertindak sehingga klien merasa lebih baik. CBT fokus pada masalah yang ada pada saat ini, dan membantu klien untuk memahami masalah yang terlibat begitu besar dan dipecah menjadi bagian-bagian kecil sehingga memudahkan klien melihat bagaimana mereka berkaitan satu sama lain dan bagaimana masalah tersebut mempengaruhi klien (*Royal College of Psychiatrists*, 2005).

Banyaknya penelitian yang menyebutkan bahwa CBT ternyata efektif untuk mengatasi masalah gangguan ansietas, bahkan untuk mengatasi masalah PTSD. Klien dengan PTSD memiliki masalah baik dalam masalah pikiran dan juga masalah perilaku, yang nantinya akan mengarah pada masalah kesehatan mental. Untuk itulah CBT bisa digunakan untuk mengatasi klien dengan PTSD agar cara berpikir dan berperilaku klien kembali normal

dan bisa menjalankan fungsinya seperti biasa lagi walaupun dia telah mengalami kejadian yang traumatis.

Banyak terapi yang bisa dimanfaatkan dan diterapkan untuk mengatasi masalah individu yang mengalami PTSD pasca bencana. Untuk penelitian yang akan dilakukan kali ini maka peneliti memilih untuk melaksanakan CBT pada individu yang mengalami PTSD pasca bencana. Karena banyak hasil-hasil penelitian yang menyebutkan bahwa CBT terbukti efektif dalam mengatasi masalah PTSD.

h) Cognitive therapy, menurut *Mayo Clinic* (2009) bahwa jenis terapi bicara ini akan membantu klien untuk mengidentifikasi dan mengubah pola pemikiran yang destruktif. Sejalan dengan hal ini, Ross (1999) bahwa terapi ini akan mengubah keyakinan irrasional yang akan mempengaruhi emosi dan fungsi individu. Tujuan dari terapi kognitif ini adalah bagaimana mengidentifikasi pikiran yang mengganggu, mempertimbangkan akibatnya dan mengadopsi pikiran yang lebih realistis agar terciptanya kondisi emosional yang seimbang.

Varcarolis, dkk., (2006) menjelaskan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang didasarkan pada keyakinan klien dalam kesalahan berfikir, mendorong pada penilaian negatif terhadap diri sendiri maupun orang lain. Selama proses restrukturisasi pikiran, terapis membantu klien untuk mengidentifikasi pikiran otomatis negatif yang menyebabkan ansietas, menggali pikiran tersebut, mengevaluasi kembali situasi yang realistis dan mengganti hal negatif yang telah diungkapkan dengan ide-ide membangun.

i) *Complementary and Alternative Medicine (CAM)*, salah satu pendekatan yang digunakan adalah **akupuntur**, merupakan pengobatan tradisional dari Cina. Walaupun studi awal sudah menunjukkan hasil yang memuaskan, tapi masih diperlukan berbagai studi untuk memperkuat justifikasi manfaat terapi ini. Selain akupuntur ada **Yoga Nidra**, yaitu metode relaksasi dan meditasi. Sama halnya dengan akupuntur, perlu banyak riset untuk menyatakan terapi ini efektif untuk penanganan PTSD (Benedek., dkk, 2009).

2.2 Konsep Cognitive Behavior Therapy (CBT)

2.2.1 Pengertian

CBT merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang didasarkan pada teori bahwa tanda-dan gejala fisiologis berhubungan dengan interaksi antara pikiran, perilaku dan emosi (Pedneault, 2008). Sedangkan menurut Epigee (2009) CBT merupakan terapi yang didasari dari gabungan beberapa intervensi yang dirancang untuk merubah cara berpikir dan memahami situasi dan perilaku sehingga mengurangi frekuensi reaksi negatif dan emosi yang mengganggu. Defenisi lain menyebutkan bahwa CBT adalah suatu terapi psikososial yang mengintegrasikan modifikasi perilaku melalui pendekatan restrukturisasi kognitif (Martin, 2010). CBT adalah terapi yang berfokus pada masalah, bersifat aktif dan secara langsung membantu klien untuk melihat apa sebenarnya penyebab mereka tertekan. (*Center for CBT*, 2006).

Cognitive behaviour therapy merupakan psikoterapi jangka pendek, yang menjadi dasar bagaimana seseorang berfikir dan bertindak laku positif dalam setiap interaksi. *Cognitive behaviour therapy* berfokus pada masalah, berorientasi pada tujuan dan kesuksesan dengan masalah disini dan sekarang (FIK-UI, 2009). Psikoterapi ini akan memodifikasi

atau merubah cara seseorang berpikir dan bertindak dalam hal yang positif untuk menghadapi semua masalah yang dialaminya.

Berdasarkan beberapa defenisi mengenai CBT yang diungkapkan pada garis besarnya CBT adalah salah satu bentuk terapi psikososial yang merubah pola pikir negatif menjadi positif sehingga perilaku maladaptif yang timbul akibat pola pikir yang salah juga akan berubah menjadi perilaku yang adaptif. Sehingga pada akhirnya diharapkan inividu memiliki kemampuan untuk bereaksi secara adaptif dalam menghadapi masalah atau situasi sulit dalam setiap fase hidupnya.

2.2.2 Tujuan *Cognitive Behavior Therapy*

Tujuan dari *Cognitive behaviour therapy* adalah untuk memodifikasi fungsi berfikir, perasaan, bertindak, dengan menekankan fungsi otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat, dan mengambil keputusan kembali. Dengan merubah status pikiran dan perasaannya, klien diharapkan dapat merubah perilaku negatif menjadi positif (Oemarjoedi, 2003). CBT pada klien PTSD bertujuan untuk memutuskan hubungan negatif yang tercipta antara pikiran dan perilaku (Parsons, 2009). Diharapkan akhirnya dengan putusya hubungan antara pikiran dan perilaku yang negatif, maka secara keseluruhan cara berpikir dan berperilaku individu tersebut tidak mengarah pada maladaptif.

Penelitian yang dilakukan oleh Shooshtary, Panaghi dan Moghadam (2007) di Iran dan penelitian Bryant, Sackville, Dang, Moulds, dan Guthrie, (1999) menunjukkan bahwa CBT terbukti efektif dalam mengurangi tanda dan gejala PTSD pada individu yang mengalami PTSD. Hasil yang tidak jauh berbeda juga ditemukan oleh Gillespie, Duffy, Hackmann dan Clack (2002), dimana riset yang dilakukan terhadap individu yang menderita PTSD akibat mengalami kejadian peledakan bom. Terjadi penurunan tanda dan gejala PTSD yang

signifikan pada individu yang menerima CBT dibandingkan dengan individu yang tidak menerima CBT (Maercker, Zollner, Menning, Robe, & Karl, 2006). Penelitian lain yang dilakukan oleh Hossein dan Ferdos (2007) juga menunjukkan pelatihan kemampuan coping, pemecahan masalah membantu penurunan terhadap efek psikologis yang timbul setelah terjadi bencana.

CBT ini bertujuan agar klien memiliki pola pikir yang positif sehingga perilaku yang terlihat juga positif atau adaptif. Dengan pemberian CBT, klien diharapkan mampu mengatasi masalah yang timbul dengan cara yang konstruktif.

2.2.3 Indikasi CBT

Cognitive behaviour therapy diberikan kepada individu dengan indikasi gangguan klinis khusus seperti : depresi, ansietas, panik, agoraphobia, sosial phobia, bulemia, *obsessive compulsive disorder*, PTSD, psikosis, marah, distress HIV, masalah keluarga, kelainan fungsi seksual, kerusakan personality (Royal College of Psychiatris, 2005 & FIK-UI, 2009).

Pada penatalaksanaan PTSD, salah satu psikoterapi yang dianjurkan adalah *Cognitive Behavior Therapy* (Mayo Clinic, 2009; NACBT, 2007; Royal College of Psychiatris, 2005; Martin, 2010; Parsons, 2009). CBT dapat diberikan pada klien yang mengalami PTSD yang timbul akibat pengalaman traumatis, seperti perkosaan, korban bencana (disaster), korban perang, korban kekerasan fisik, kecelakaan dan semua kejadian yang membuat individu tersebut merasa tertekan dan terancam kehidupannya (NICE, 2005; Whealin & Slone, 2009). Pada penelitian ini yang diambil adalah CBT pada korban bencana, yaitu gempa bumi yang mengalami PTSD. Menurut berbagai sumber bahwa korban bencana (disaster) akan mengalami masalah psikososial, yaitu PTSD. Korban bencana memiliki resiko sebesar 30-60% untuk menderita

PTSD. Karena resiko yang cukup besar inilah merupakan salah satu alasan untuk mengangkat CBT sebagai salah satu bentuk penanganan pada klien dengan PTSD.

2.2.4 Karakteristik CBT

Beberapa karakteristik dari *Cognitive Behaviour therapy* (Stuart & Laraia, 2005; NACBT, 2007) , yaitu :

2.2.4.1 *Empirically based* (berdasarkan pada pembuktian atau hasil penelitian)

Metode psikoterapi ini perlu didukung pembuktian yang luas untuk mengatasi banyaknya masalah klinis.

2.2.4.2 *Goal oriented* (berorientasi pada tujuan)

Pasien dan terapis mengidentifikasi tujuan yang jelas dengan menggunakan evaluasi perkembangan pasien dan hasil yang telah dicapai.

2.2.4.3 *Practical* (lebih merupakan praktek)

Pasien dan terapis berfokus pada penjelasan dan pemecahan masalah kehidupan, mendiskusikan masalah saat ini dan sekarang bukan riwayat pasien.

2.2.4.4 *Collaborative* (kerjasama)

Kerjasama dan partisipasi aktif pasien dalam proses terapi sangat diperlukan karena dapat membantu pasien untuk berubah.

2.2.4.5 *Open* (terbuka)

Proses dalam terapi ini adalah terbuka dan fleksibel dimana antara pasien dan terapis dapat berdiskusi didalam proses terapi.

2.2.4.6 *Homework* (tugas pekerjaan rumah)

Pasien diberikan tugas rumah untuk mengumpulkan data terkait dengan keterampilan yang dimiliki, dan memberikan penguatan terhadap respons tersebut.

2.2.4.7 *Measurements* (ada pengukuran)

Data dasar penilaian masalah perilaku di buat selama proses pengkajian Penilaian tersebut di ulang selama interval yang teratur dan sampai pada penyelesaian tindakan. Proses tindakan tersebut diawasi secara ketat.

2.2.4.8 *Active* (aktif)

Perubahan dan kemajuan yang bermakna dalam perawatan pasien dapat memberikan dampak pada kualitas hidup pasien. Baik pasien ataupun therapist aktif dalam therapy. Therapist adalah sebagai pembimbing dan pelatih dan pasien mempraktekkan strategi pembelajaran dalam therapy.

2.2.4.9 *Short term* (jangka pendek)

CBT biasanya digunakan dalam jangka waktu yang pendek yang terdiri dari 6 sampai 20 sesi.

2.2.5 Pendekatan dalam CBT

Menurut NIMH (2008) ada tiga beberapa pendekatan dalam melakukan CBT, yaitu :

2.2.5.1 *Exposure therapy.*

Terapi ini digunakan untuk mengontrol ketakutan yang dirasakan. Dalam terapi ini therapist membantu klien untuk menghadapi situasi tertentu, orang, objek, memori atau emosi yang akan mengingatkan klien terhadap trauma dan menimbulkan ketakutan yang tidak realistis dalam kehidupan klien sehari-hari.

Menurut Ross (1999), terapi ini bisa dilakukan dalam dua pendekatan, yaitu :

Exposure in imagination, dimana terapis akan meminta klien untuk mengulangi menceritakan kembali tentang memori peristiwa traumatis sampai pada suatu ketika klien tidak lagi menimbulkan derajat distress yang tinggi.

Exposure in reality, terapis akan membantu klien untuk menghadapi situasi pada kondisi aman, tapi yang ingin dihindari oleh klien karena akan memicu timbulnya ketakutan yang kuat. Ketakutan klien secara berangsur-angsur akan berubah jika klien berusaha untuk meninggalkan situasi tersebut dari pada melarikan diri. Jika kegiatan ini dilakukan secara berulang-ulang akan membantu klien menyadari bahwa situasi tersebut tidak berbahaya dan bisa ditanggulangi.

Terapi ini biasanya memakan waktu 60 – 90 menit, dan terapi harus selalu memantau kondisi klien setelah melakukan *exposure*. Biasanya klien juga diberikan tugas untuk mengulangi kegiatan yang telah dilakukan sebagai *homework*. (Yulle, 1999)

2.2.5.2 *Cognitive restructuring.*

Teknik ini membantu individu mengatasi masalah kenangan yang jelek akibat trauma yang dirasakan. Konsep kognitif pada PTSD menekankan pada pentingnya proses berpikir yang akan mempengaruhi sebagian atau seluruh psikopatologi dari reaksi abnormal dari post-trauma. Sehingga intervensi diperlukan untuk mengidentifikasi pikiran dan kepercayaan yang tidak tepat dan membantu klien dalam memunculkan kembali pikiran dan kepercayaan yang lebih membantu dalam melihat kejadian traumatis, diri sendiri dan lingkungan (Yulle, 1999).

Burns (1988 dalam Wulandari, 2002) mengungkapkan bahwa perasaan individu sering dipengaruhi oleh apa yang dipikirkan individu mengenai dirinya sendiri. Pikiran individu tersebut belum tentu merupakan suatu pemikiran yang objektif mengenai keadaan yang dialami sebenarnya. Penyimpangan proses kognitif juga disebut dengan distorsi kognitif. Reaksi emosional tidak menyenangkan yang dialami individu dapat digunakan sebagai tanda bahwa apa yang dipikirkan mengenai dirinya sendiri mungkin tidak rasional, untuk selanjutnya individu belajar membangun pikiran yang objektif dan rasional terhadap peristiwa yang dialami.

Distorsi kognitif yang dapat dialami oleh individu terdiri dari penyimpangan pemikiran-pemikiran dapat dipaparkan sebagai berikut (Stuart & Laraia, 2005: Townsend, 2009):

a) Pemikiran “Segalanya atau Tidak Sama Sekali” (*All or nothing thinking*). Pemikiran ini menunjuk pada kecenderungan individu untuk mengevaluasi kualitas pribadi diri sendiri dalam kategori ‘hitam atau putih’ secara ekstrim. Pemikiran ‘bila saya tidak begini maka saya bukan apa-apa sama sekali’ merupakan dasar dari perfeksionisme yang menuntut kesempurnaan. Pemikiran ini menyebabkan individu takut terhadap kesalahan atau ketidaksempurnaan apapun, sehingga untuk selanjutnya individu akan memandang dirinya sebagai pribadi yang kalah total, dan individu akan merasa tidak berdaya.

Contoh “Jika suamiku meninggalkanku maka saya juga akan meninggal”.

b) Terlalu Menggeneralisasi (*overgeneralization*). Individu yang melakukan pemikiran terlalu menggeneralisasi terhadap peristiwa yang dihadapinya maka individu tersebut menyimpulkan bahwa satu hal yang pernah terjadi

pada dirinya akan terjadi lagi berulang kali. Karena apa yang pernah terjadi sangat tidak menyenangkan, maka individu selalu senantiasa merasa terganggu dan sedih.

Contoh pada seorang siswa yang gagal dalam satu ujian berpikir “Saya tidak akan pernah lulus dalam ujian-ujian yang lain dalam semester ini dan saya akan gagal dan dikeluarkan dari sekolah”.

- c) Filter Mental (*mental filter*). Pemikiran ini menunjuk kecenderungan individu untuk mengambil suatu hal negatif dalam situasi tertentu, terus memikirkannya, dan dengan demikian individu tersebut mempersepsikan seluruh situasi sebagai hal yang negatif. Dalam hal ini individu yang bersangkutan tidak menyadari adanya “proses penyaringan”, maka individu lalu menyimpulkan bahwa segalanya selalu negatif. Istilah teknis untuk proses ini ialah “abstraksi selektif”.

Contoh seorang istri meyakini bahwa suaminya tidak lagi mencintai dirinya karena suaminya sering pulang larut malam, tapi si istri tidak mengabaikan perhatian dari suaminya, hadiah yang diberikan oleh suaminya, dan liburan special yang sudah mereka rencanakan bersama

- d) Mendiskualifikasikan yang Positif (*disqualifying the positive*). Suatu pemikiran yang dilakukan oleh individu yang tidak hanya sekedar mengabaikan pengalaman-pengalaman yang positif, tetapi juga mengubah semua pengalaman yang dialaminya menjadi hal yang negatif.

Contoh “Saya tidak akan mengikuti promosi jabatan di kantor karena saya pasti tidak akan mendapatkannya dan saya akan merasa tidak enak”.

- e) Loncatan ke Kesimpulan (*jumping to conclusions*). Individu melakukan pemikiran meloncat ke suatu kesimpulan negatif yang tidak didukung oleh fakta dari

situasi yang ada. Dua jenis distorsi kognitif ini adalah “membaca pikiran” dan “kesalahan peramal”. Membaca pikiran yaitu individu berasumsi bahwa orang lain sedang memandang rendah dirinya, dan individu tersebut yakin akan hal ini sehingga dirinya sama sekali tidak berminat untuk mengecek kembali kebenarannya. Kesalahan peramal yaitu kecenderungan individu untuk membayangkan sesuatu yang buruk akan terjadi, dan individu tersebut menganggap pemikirannya sebagai suatu fakta walaupun sama sekali tidak realistis.

Contoh “Mereka pasti berpikir saya ini orang gemuk yang bodoh”.

- f) *Pembesaran dan Pengecilan (magnification and minimization)*. Individu memiliki kecenderungan untuk memperbesar atau memperkecil hal-hal yang dialaminya di luar proporsinya. Pembesaran yaitu individu akan melebih-lebihkan kesalahan, ketakutan, atau ketidaksempurnaan dirinya. Pengecilan yaitu individu akan mengecilkan nilai dari kemampuan dirinya sehingga kemampuan yang dimilikinya tampak menjadi kecil dan tidak berarti. Jika individu membesar-besarkan ketidaksempurnaan dirinya serta memperkecil kemampuannya, maka individu akan merasa dirinya rendah dan tidak berarti.

Contoh seorang membuat masakan hangus, dia mengatakan “Saya sudah membuat makan malam kita hangus, ini membuktikan bahwa saya benar-benar tidak memiliki kemampuan”.

- g) *Penalaran Emosional (emotional reasoning)*. Individu menggunakan emosinya sebagai bukti untuk kebenaran yang dikehendakinya. Penalaran emosional akan menyesatkan sebab perasaan individu adalah yang menjadi

cermin pemikiran serta keyakinannya, bukan kondisi yang sebenarnya.

Contoh seorang wanita muda menyimpulkan “Teman-temanku tidak lagi menyukaiku” karena dia tidak menerima undangan ulang tahun.

- h) Pernyataan “Harus” (*should statements*). Individu mencoba memotivasi diri sendiri dengan mengatakan “Saya harus melakukan pekerjaan ini”. Pernyataan tersebut menyebabkan individu merasa tertekan, sehingga menjadi tidak termotivasi. Bila individu menunjukkan pernyataan “harus” kepada orang lain, maka individu akan mudah frustrasi ketika mengalami kenyataan yang tidak sesuai dengan harapannya.

Contoh “Saya akan gagal dan tidak lulus jika saya tidak mendapatkan nilai A untuk semua ujian saya”.

- i) Memberi Cap dan Salah Memberi Cap (*labeling and mislabeling*). Memberi cap pribadi berarti menciptakan gambaran diri yang negatif yang didasarkan pada kesalahan individu. Ini merupakan bentuk ekstrim dari terlalu menggeneralisasi. Pemikiran dibalik distorsi kognitif ini adalah nilai individu terletak pada kesalahan yang dibuatnya, bukan pada kelebihan potensi dirinya. Salah memberi cap berarti menciptakan gambaran negatif didasarkan emosi yang dialami saat itu.

Contoh “Saya harus terlihat sempurna pada setiap waktu, jika tidak maka teman-teman tidak akan mengizinkan saya untuk ikut bergabung dengan mereka”.

- j) Personalisasi (*personalization*). Individu merasa bertanggung jawab atas peristiwa negatif yang terjadi, walaupun sebenarnya peristiwa bukan merupakan kesalahan dirinya. Jadi, individu memandang dirinya sebagai penyebab dari suatu peristiwa yang negatif, yang

dalam kenyataan sebenarnya bukan individu yang harus bertanggung jawab terhadap peristiwa tersebut.

Contoh “Bos mengatakan bahwa produktivitas perusahaan menurun pada tahun ini, saya tahun sebenarnya dia membicarakan saya”.

Menurut Tull (2008), bahwa dalam terapi ini klien diminta untuk menuliskan kejadian traumatis yang dialaminya secara detil, lalu klien harus membaca kembali secara berulang-ulang. Terapis membantu klien untuk menemukan *entry point* dimana terjadi kesalahan dalam berpikir. Kemudian bersama klien mengumpulkan bukti-bukti akibat dari kesalahan berpikir dan mencari jalan untuk mengatasi kesalahan berpikir tersebut.

2.2.5.3 *Stress inoculation training (SIT)*

Terapi ini digunakan untuk mengurangi tanda dan gejala PTSD. Menurut Tull (2008) SIT bertujuan untuk membantu klien meraih kepercayaan diri terhadap kemampuannya untuk mengatasi kecemasan dan ketakutan yang bersumber dari pengalaman traumatis. Dalam SIT terapis juga membantu klien untuk lebih waspada terhadap hal-hal yang mengingatkan klien terhadap hal-hal yang menimbulkan ketakutan. Sebagai tambahan, klien juga diajarkan beberapa kemampuan strategi koping untuk mengatasi kecemasan seperti *muscle relaxation* dan *deep breathing*. *Muscle relaxation* dan *deep breathing* digunakan untuk mengatasi manifestasi klinis seperti hiperventilasi, ketegangan otot, dan jantung berdebar. Sedangkan untuk mengatasi pikiran yang mengganggu dan kecemasan, menurut Epigee (2009) SIT mengajarkan klien untuk memutuskan pola pikirannya dan membayangkan hal-hal yang positif. Pada akhirnya klien diharapkan mampu menerapkan kemampuan strategi koping yang sudah dipelajari

pada saat muncul suatu situasi yang menimbulkan stressor sehingga klien bisa mengatasi masalah sebelum masalah tersebut tidak bisa dikendalikan dan klien mampu mengontrol dan mengurangi tanda-dan gejala PTSD yang dialaminya.

Mills, Reiss, dan Dombeck (2008) menjelaskan bahwa SIT memiliki tiga fase dalam pelaksanaannya, yaitu :

- a) **Initial conceptualization**, yaitu pada fase ini terapis memberikan pendidikan kepada klien tentang proses terjadinya stress, dan bagaimana klien memahami bagaimana hubungan antara aspek stressor yang dialami dan reaksi yang timbul akibat stress, dimana reaksi adalah sesuatu yang biasa diubah, sehingga klien bisa menerapkan coping yang tepat sesuai untuk masalah yang dihadapi.
- b) Fase kedua adalah **skill aquisition and rehearsal**, yaitu klien diajarkan tentang kemampuan yang penting, memenuhi kebutuhan klien dan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki oleh klien. Berbagai macam teknik pengaturan emosi, penilaian kognitif, penyelesaian masalah, relaksasi, kemampuan komunikasi dan kemampuan sosialisasi yang akan memenuhi kebutuhan klien.
- c) Fase ketiga adalah **application and follow through**, pada fase ini terapis memberikan kesempatan pada klien untuk mempraktekkan semua yang sudah dipelajari. Klien akan didorong untuk mempraktekkan berbagai kemampuan meliputi latihan visualisasi, modeling dan belajar mandiri, role play untuk situasi yang menimbulkan ketakutan dan pengulangan perilaku coping sehingga klien pada akhirnya mampu menggunakan kemampuan yang diajarkan secara otomatis.

2.2.6 Jumlah Sesi dalam CBT

Tiap penelitian yang dilakukan untuk mengukur apakah CBT terbukti efektif untuk mengatasi PTSD dilaksanakan dengan berbagai sesi, tergantung dari kebutuhan dari peneliti itu sendiri. Menurut Scheeringa, dkk (2007), CBT yang dilakukan secara individual sebanyak 12 sesi, dimana masing-masing sesi berlangsung 60-90 menit yang dilaksanakan satu atau dua kali setiap minggu. Sesi 1-4 menjelaskan tentang tanda dan gejala PTSD, bagaimana menilai perasaan dan mengidentifikasi tanda tersebut pada diri sendiri, dan mempelajari beberapa teknik relaksasi. Pada sesi 5 adalah sesi bercerita, dimana individu menceritakan pengalamannya terhadap pengalaman traumatis yang dialaminya. Sesi 6-10 menetapkan resiko yang akan ditemui di lingkungan kerja atau diluar lingkungan kerja. Sesi 11 berfokus pada pencegahan kekambuhan dan sesi 12 adalah sesi evaluasi dan akhir dari terapi.

Tiap penelitian yang dilakukan untuk mengukur apakah CBT terbukti efektif untuk mengatasi PTSD dilaksanakan dengan berbagai sesi, tergantung dari kebutuhan dari peneliti itu sendiri. Ada juga hasil yang menyebutkan bahwa CBT yang dilakukan pada individu dapat berlangsung selama 10 sesi saja (Beck & Coffeey, 2005). Pada setiap sesi akan dilakukan intervensi yang berbeda-beda, seperti terlihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1
Outline sesi-sesi pada CBT individu

Sesi	Intervensi
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Review diagnosa, tanda dan gejala PTSD ▪ Psikoedukasi tentang PTSD ▪ Latihan <i>Progressive muscle relaxation</i> (PMR)
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membaca (dengan keras) deskripsi pengalaman yang dituliskan oleh individu ▪ Diskusi tentang perilaku menghindar ▪ PMR
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Coping self-statements</i> ▪ Menyusun tingkatan perilaku menghindar—<i>exposure instruction (in vivo and imaginal)</i> ▪ Berkumpul dengan orang yang terdekat ▪ PMR (versi menggunakan 8 otot)
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penilaian kognitif ▪ Diskusi tentang tingkatan perilaku menghindar—<i>exposure continued</i> ▪ PMR (versi menggunakan 4 otot)
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskusi tentang tingkatan perilaku menghindar —<i>exposure continued</i> ▪ <i>Relaxation by recall</i>
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskusi tentang tingkatan perilaku menghindar —<i>exposure continued</i> ▪ <i>Cue-controlled relaxation</i>
7-9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membahas masalah eksistensial (terutama yang menyangkut kematian) ▪ Intervensi untuk mengatasi menarik diri dan isolasi sosial ▪ Intervensi untuk mengontrol marah ▪ Diskusi tentang tingkatan perilaku menghindar—<i>exposure continued</i>
10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluasi semua prosedur yang dilakukan

Sumber : Beck & Coffeey, 2005)

Sumber lain menyebutkan bahwa CBT dilakukan sebanyak 4 sesi, yang dilakukan selama 2 jam dalam satu minggu (Lubit, 2008; Shoostary, Panaghi & Moghadam, 2008). Pada sesi 1 adalah *psychological debriefing*, pada sesi ini akan membahas tujuan dari terapi, pengalaman individu terkait kejadian traumatis, pikiran tentang kejadian, serta reaksi yang timbul akibat pengalaman traumatis tersebut. Pada sesi 2 akan membahas tentang *intrusion*. Sesi 2 ini akan membahas tentang stress akibat pengalaman traumatis, membuat daftar tentang kejadian

traumatis dan ingatan traumatis, menetapkan tempat aman dalam imajinasi individu, teknik imajinasi, teknik kinestetik, EMDR, rehearsal relief, dan tugas rumah. Sedangkan pada sesi 3 adalah *avoidance* dan *hyperarousal*. Untuk mengatasi *avoidance* akan dilakukan kegiatan seperti diskusi tentang perilaku *avoidance*, menilai ingatan traumatis, *imaginal exposure*, menggambar, bercerita dan menulis. Untuk mengatasi *hyperarousal*, tindakan yang dilakukan adalah hubungan antara perasaan takut dengan reaksi tubuh, relaksasi otot, napas dalam, pernyataan positif, pengaturan tidur yang baik dan terakhir ada tugas di rumah. Pada sesi 4 adalah segala hal tentang komponen kognitif, yaitu menormalkan kembali reaksi dan ingatan terhadap trauma.

Parsons (2009) menyebutkan bahwa CBT berlangsung selama 12 sesi. Menurut Parsons (2009) CBT untuk PTSD terdiri dari empat tahapan, yaitu *pre-contemplative*, *contemplative*, *action* dan *relaps*. Keempat tahapan tersebut akan ditampilkan secara terstruktur pada jumlah sesi yang ada di CBT yaitu sebanyak 12 sesi. Setiap sesi dilakukan seminggu sekali dan lama terapi diperkirakan 1 – 3 bulan, maksimal 12 bulan, kemudian 3-6 bulan adalah *follow-up*, dan 6-12 bulan adalah *recovery* untuk membudidayakan kemampuan dan teknik pembelajaran. Walaupun secara umum CBT sudah memiliki sesi-sesi yang terstruktur, tapi pada pelaksanaannya bisa saja berbeda-beda, tergantung dari kebutuhan individu yang membutuhkannya.

Pelaksanaan CBT yang merupakan modifikasi dari beberapa penelitian sebelumnya bahwa CBT bisa dilakukan sebanyak 4 sesi (Susanti, Wardani, Khotimah, Natalia & Nurillah, 2009). Empat sesi yang dilakukan meliputi sesi 1 yaitu pengkajian pikiran negatif, sesi 2 adalah sesi terapi kognitif, sesi 3 adalah terapi perilaku dan sesi 4 merupakan evaluasi dari terapi kognitif dan terapi perilaku.

Sumber dari FIK-UI (2009), menyebutkan bahwa CBT dapat dilaksanakan dalam 5 sesi. Sesi 1 adalah pengkajian dan latihan untuk mengatasi pikiran negatif pada diri sendiri. Sesi 2 akan mendiskusikan tentang terapi kognitif, dimana pada sesi ini akan mengatasi semua hal yang terkait dengan kognitif (pikiran) negatif individu. Sedangkan sesi 3 adalah terapi perilaku, akan mengubah perilaku negative menjadi perilaku positif. Sesi 4 adalah evaluasi terapi kognitif dan terapi perilaku, sedangkan pada sesi 5 adalah pencegahan kekambuhan. Kelima sesi ini merupakan kompilasi dari berbagai sumber-sumber tentang CBT. Kelima sesi ini mencakup semua kegiatan yang terdapat dari berbagai penelitian yang berkaitan dengan CBT, dimana ada sesi yang akan membahas tentang pikiran otomatis negatif yang timbul, dan ada juga sesi untuk melatih perilaku positif untuk mengubah perilaku negatif

Berdasarkan banyak penelitian, dan dari penelitian tersebut banyak referensi bahwa CBT bisa dilakukan dengan jumlah sesi yang bervariasi. Sesi atau pertemuan antara terapis dan klien tergantung dari apa yang akan diberikan pada klien, apa materi dan tujuan dari terapi, dan juga kemampuan klien dalam menerapkan apa yang telah diajarkan. Pada penelitian CBT untuk PTSD ini, peneliti mengambil CBT dengan 5 sesi yang sama dengan FIK-UI, karena pada tiap-tiap sesi lebih menekankan pada perubahan pikiran dan perilaku negatif yang timbul. Penelitian dan sumber lain sebenarnya pada intinya adalah sama, dimana pada CBT untuk PTSD isinya adalah menggali pengalaman trauma, pikiran negatif dan perilaku negatif yang timbul, yang merupakan tanda dan gejala PTSD, kemudian belajar mekanisme coping untuk mengatasi masalah pikiran dan perilaku yang negatif, dan akhirnya ada sesi tentang pencegahan kekambuhan. Walaupun jumlah sesi yang berbeda, tapi pada intinya untuk mengurangi atau menghilangkan tanda dan gejala, serta mengajarkan mekanisme coping yang baru.

2.3 Pedoman Pelaksanaan CBT untuk PTSD pada Penduduk Pasca Gempa

CBT yang akan digunakan pada korban gempa yang mengalami PTSD adalah psikoterapi yang berlandaskan pada tindakan yang diberikan pada individu dengan PTSD agar bisa mengubah pola pikir yang negative dan juga bisa menampilkan perilaku yang positif. CBT untuk PTSD pasca gempa berfokus pada perubahan pola pikir dan perubahan perilaku kearah yang positif.

CBT yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah yang diberikan pada individu yang menderita PTSD. Untuk mengetahui apakah seseorang tersebut menderita PTSD, maka harus memenuhi kriteria atau tanda dan gejala PTSD . Jadi pada penelitian ini CBT yang dilakukan hanya berfokus untuk individu yang menderita PTSD saja.

2.3.1 Teknik Pelaksanaan CBT

Pelaksanaan CBT pada penduduk pasca gempa yang mengalami PTSD dilaksanakan dalam bentuk terapi individu. Terapi individu memberikan kesempatan bagi para individu memahami pikiran yang tidak tepat dan menganalisa perilaku yang timbul karenanya, dan setelah itu berlatih bagaimana menerapkan mekanisme koping yang sudah diajarkan untuk mengatasi masalah yang timbul akibat peristiwa traumatis.

Waktu pelaksanaan CBT disesuaikan dengan kesepakatan individu dengan mempertimbangkan waktu dan tempat. Alokasi waktu yang digunakan selama kegiatan ini adalah 30-60 menit dan tempat pertemuan dilakukan ditatanan komunitas yakni di kelurahan Air Tawar Barat kecamatan Padang Utara Kota Padang sebagai wilayah yang mengalami peristiwa gempa.

2.3.2 Strategi Pelaksanaan CBT

Dalam sesi CBT, individu mengungkapkan pengalaman traumatis yang terkait dengan pengalaman pasca gempa bumi yang dialaminya. Hal ini bertujuan untuk menemukan mana point atau kesalahan pikiran yang menyebabkan timbulnya berbagai reaksi terhadap stresor. CBT dilakukan kepada individu yang dianggap mampu berkomunikasi secara dua arah, tidak mengalami sakit fisik yang berat.

Berdasarkan hasil penelitian yang pernah dilakukan, maka peneliti menggunakan teknik *cognitive restructuring* dan *stress inoculating therapy* sebagai paduan didalam melakukan CBT pada PTSD pasca gempa. Ross (1999) menjelaskan bahwa teknik ini pada dasarnya menggali kesalahan pola berpikir dan perilaku klien, dan menggantinya dengan pola yang lebih efektif. Selanjutnya melatih klien mekanisme koping yang adaptif untuk mengatasi masalah yang akan muncul berkaitan dengan pengalaman traumatis.

Epigee (2009) juga menyebutkan bahwa dengan pendekatan *cognitive restructuring*, mengganti kekhawatiran dan kecemasan dengan emosi yang lebih positif dan produktif terhadap cara berpikir klien. Sedangkan dengan pendekatan SIT, individu diharapkan memiliki kemampuan untuk mengontrol manifestasi fisiologis yang timbul akibat stress, dan juga memutuskan pikiran yang menekan dan menimbulkan ketakutan. Teknik ini diharapkan nantinya klien mampu secara otomatis mengatasi masalah dengan pola berpikir yang konstruktif dan juga mampu menerapkan mekanisme koping adaptif secara alamiah, tanpa harus membuat masalah menjadi lepas kendali.

Walaupun tidak ada peraturan khusus tentang jumlah sesi untuk CBT, peneliti mengembangkan menjadi 5 sesi, yaitu (FIK-UI, 2009):

Sesi 1 : Pengkajian

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

Sesi 2 : Terapi Kognitif

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

Sesi 3 : Terapi Perilaku

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

Sesi 4 : Evaluasi Terapi kognitif dan Perilaku

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

Sesi 5 : Mencegah Kekambuhan

Menjelaskan pentingnya CBT disamping terapi modalitas lainnya dan psikofarmaka untuk mencegah kekambuhan dan

mempertahankan dan membudayakan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dalam mengatasi masalah.

Untuk evaluasi dan komunikasi pada proses CBT ini dilakukan melalui

- 1) Melakukan evaluasi terhadap tahapan pelaksanaan *Cognitive behaviour therapy*
- 2) Melakukan pendokumentasian terhadap proses dan hasil terapi yang dilakukan.

2.3.3 Peran terapis

- 2.3.3.1 Membantu klien mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dialami klien (*assessment*) dan mengenali pikiran negatif dan perilaku maladaptive yang dialami.
- 2.3.3.2 Membantu klien belajar cara untuk mengatasi pikiran negatif dan perilaku maladaptif.
- 2.3.3.3 Membantu klien menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan dalam merubah perilaku negatif.
- 2.3.3.4 Menyepakati dengan klien konsekuensi positif dan konsekuensi negative terhadap perilaku yang ditampilkan.
- 2.3.3.5 Memberikan *feed back* pada klien atau hasil kemajuan dan perkembangan terapi.
- 2.3.3.6 Mendiskusikan dengan klien tentang kemajuan dan perkembangan terapi.
- 2.3.3.7 Membantu klien untuk tetap menerapkan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.
- 2.3.3.8 Mengevaluasi pelaksanaan tindakan terhadap perilaku dengan konsekuensi yang telah disepakati.
- 2.3.3.9 Membuat komitmen dengan klien untuk melakukan metode untuk mengubah pikiran jadi positif dan perilaku jadi adaptif

secara mandiri dan bekesinambungan yaitu klien sendiri yang membantu dirinya untuk mencegah kekambuhan.

2.3.3.10 Membuat komitmen dengan klien untuk secara aktif melakukan pikiran, perasaan dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi.



BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberikan arah terhadap pelaksanaan penelitian serta analisis data.

3.1 Kerangka Teori

Kerangka teori ini merupakan landasan penelitian yang disusun berdasarkan, konsep dan teori terkait didalam penjelasan BAB II. Kerangka teori tersebut terdiri dari PTSD, penyebab terjadinya PTSD, tanda dan gejala PTSD, faktor-faktor yang mempengaruhi PTSD, serta tindakan untuk mengurangi PTSD melalui terapi keperawatan dan psikofarmaka.

Tull (2009), NICE (2005) dan Smith dan Segal (2008 dalam Adesla, 2009) menjelaskan bahwa PTSD merupakan suatu gangguan kecemasan yang timbul karena peristiwa traumatik yang dialami oleh seseorang. Peristiwa traumatik bisa berupa perang, kekerasan fisik, seksual dan emosional, kecelakaan, peristiwa bencana alam dan semua kejadian yang membuat seseorang merasa tertekan, putus asa dan merasa dirinya dalam bahaya.

PTSD disebabkan oleh gangguan pada faktor biologis (Schiraldi, 2009) antara lain gangguan fungsi regulasi pada otak dan genetik, sedangkan gangguan pada faktor psikososial (*Mayo Clinic*, 2009) antara lain pengalaman hidup dan sifat bawaan. Faktor psikososial lain yang juga berkontribusi pada PTSD ini adalah kurangnya support sosial dan pengalaman masa kecil yang buruk (PAHO, 2009). Smith dan Segal (2005 dalam Adesla, 2009) menyebutkan ada beberapa macam kejadian traumatic yang akan mengarah pada PTSD yaitu perang, perkosaan, kecelakaan, kekerasan fisik dan seksual, bencana alam dan prosedur medis.

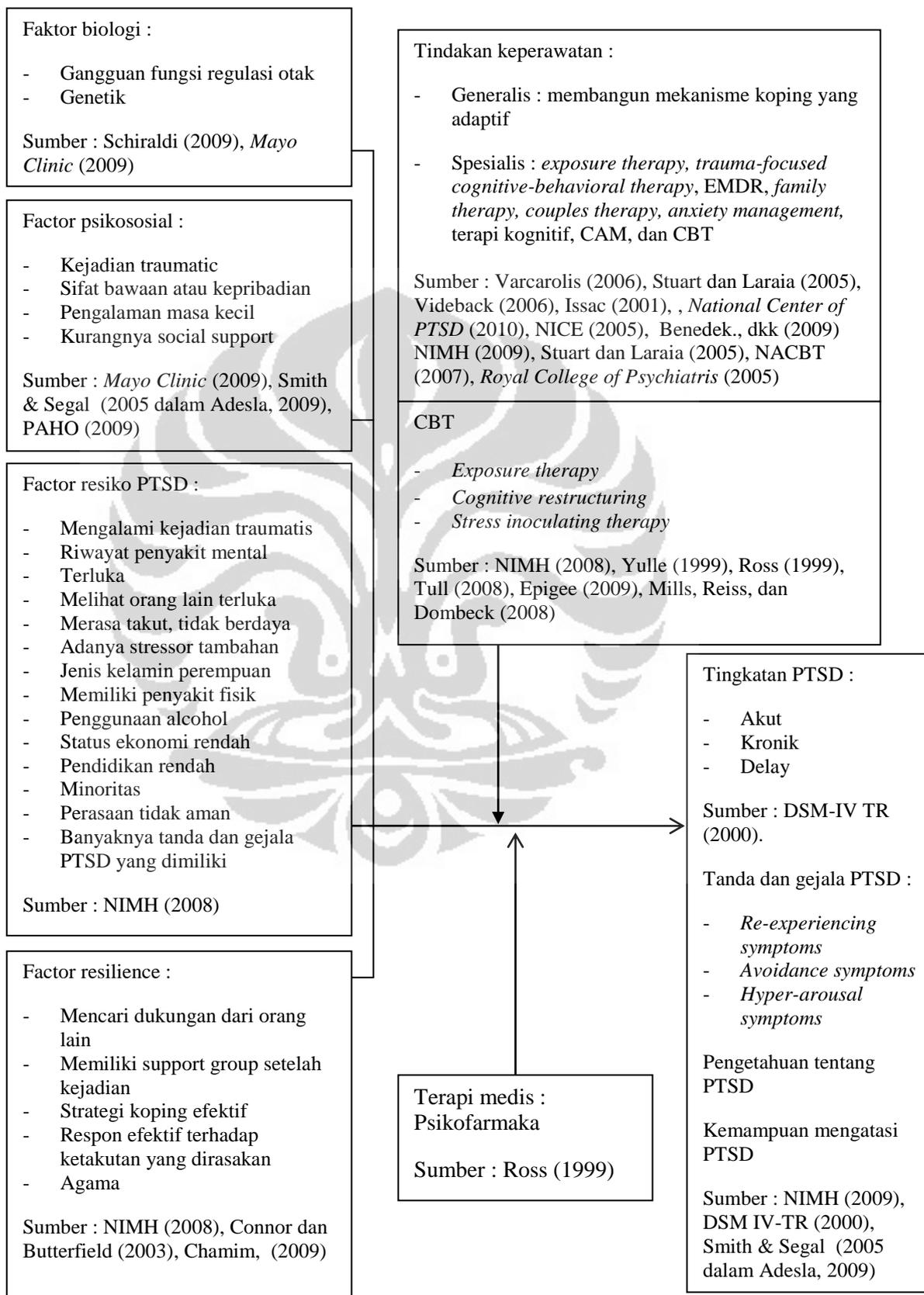
Tindakan yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah PTSD ini adalah tindakan medis, atau pengobatan (psikofarmaka) (Ross, 1999) dan terapi

keperawatan (Wilkinson, 2005). Terapi psikososial yang dapat digunakan untuk mengatasi PTSD ini antara lain *exposure therapy* (Yulle, 1999), *trauma-focused cognitive behavioral therapy* (National Center of PTSD, 2010), EMDR (NICE, 2005; Hamblen, Scunurr, Rosenberg, & Eftekhari, 2009), *family therapy* (National Center of PTSD, 2010), *couples therapy* (Benedek., dkk, 2009), *anxiety management* (Ross, 1999; Stuart & Laraia, 2005;), terapi kognitif (Varcarolis, dkk., 2006; *Mayo Clinic*, 2009; Ross, 1999), CAM (Benedek., dkk, 2009), dan *Cognitive Behavior Therapy* (*Mayo Clinic*, 2009; NACBT, 2007; *Royal College of Psychiatrists*, 2005).

Terapi yang digunakan untuk mengurangi tanda dan gejala PTSD pada penelitian ini adalah dengan menggunakan *cognitive behavior therapy* (CBT). Ada beberapa terapi yang bisa dilakukan dalam CBT (NIMH, 2008), yaitu *exposure therapy*, *cognitive restructuring*, dan *stress inoculating training*. Untuk mengurangi tanda dan gejala PTSD yang muncul dapat digunakan pendekatan dengan *cognitive restructuring* dan *stress inoculating training*, karena dengan terapi ini diharapkan klien memiliki pola pikir yang lebih adaptif dalam mengatasi masalah traumatis dan semua tanda dan gejala yang dialami oleh individu tidak muncul atau bisa berkurang dari sebelum diberikan terapi. Terapi ini mengajarkan individu untuk mengurangi perasaan trauma dan kecemasan yang dirasakan dan membantu individu tersebut untuk melihat kenangan yang mereka miliki dengan cara yang lebih baik. Dengan penanganan yang baik individu dengan PTSD akan memiliki kemampuan untuk mengenali tanda dan gejala PTSD, mengatasi pikiran-pikiran yang mengganggu akibat pengalaman trauma dan mengatasi perubahan perilaku dengan memiliki mekanisme koping yang baik yang bisa mengatasi perilaku negative yang timbul akibat pengalaman traumatis (Ross, 1999 ; Mills, Reiss, & Dombeck, 2008). Gambaran kerangka teori penelitian yang telah dijelaskan dapat dilihat pada skema 3.1

Skema 3.1

Kerangka Teori



3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi panduan dalam melakukan penelitian nantinya. Kerangka konsep ini terdiri dari variabel independen, variabel dependen dan *confounding variable*. Variabel dependent atau lebih dikenal dengan variabel terikat adalah tanda dan gejala PTSD menurut NIMH (2009), APA (2000), Smith dan Segal (2005 dalam Adesla, 2009) yang terbagi atas 3 kategori utama, yaitu *re-experiencing symptoms*, *avoiding symptoms*, dan *hyper-arousal symptoms*. Selain tanda dan gejala pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD juga akan diukur. Pada penelitian ini diharapkan setelah dilakukan intervensi terjadi penurunan tanda dan gejala PTSD dan peningkatan pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD .

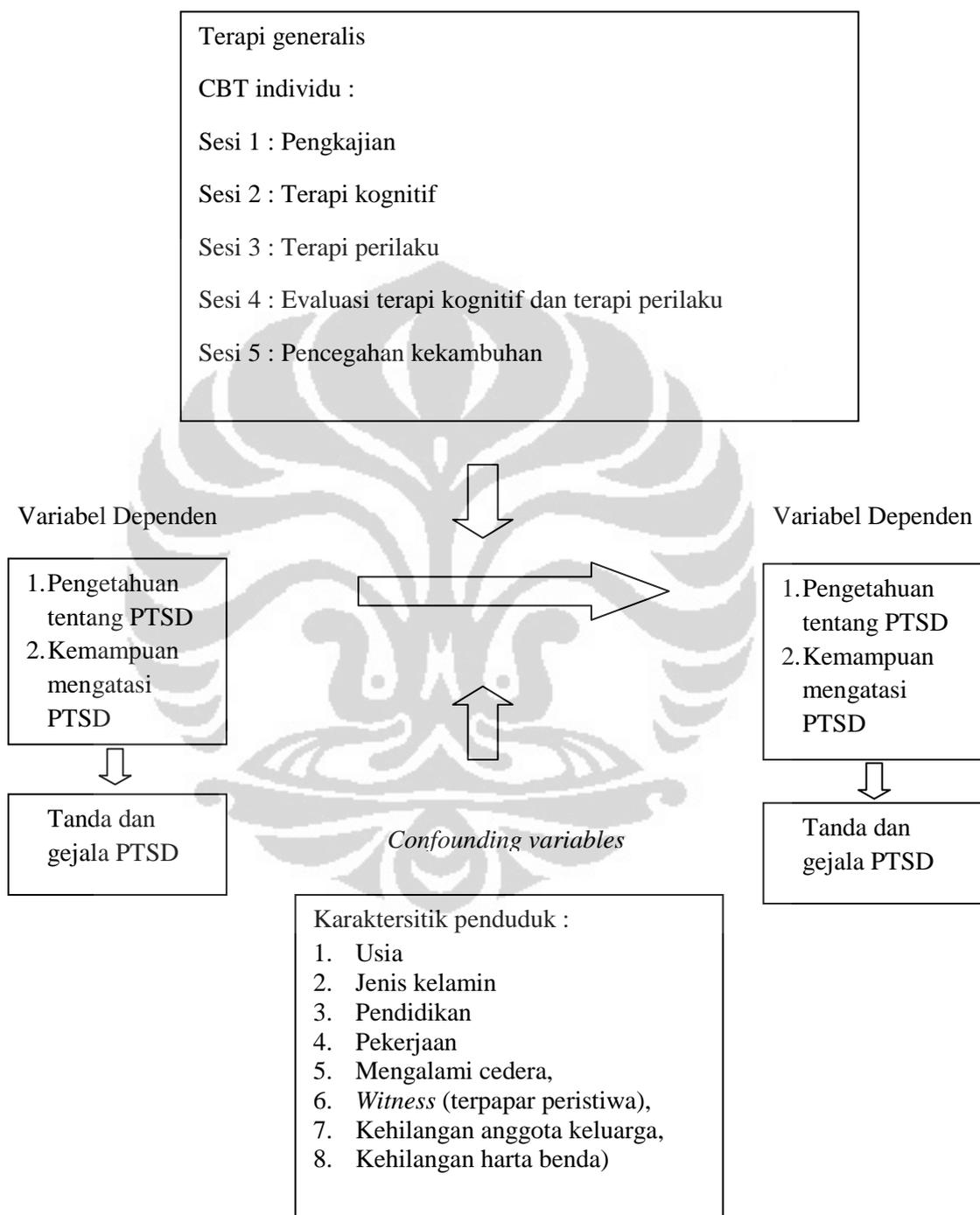
Variabel independen dalam penelitian ini adalah *cognitive behavior therapy* dengan menggunakan pendekatan *cognitive restructuring* dan *stress inoculating training* untuk memperbaiki pola pikir dan cara berperilaku serta menurunkan tanda dan gejala PTSD. Melalui terapi ini individu diajarkan untuk mengurangi kecemasan yang dia rasakan dan sekaligus membantu individu tersebut untuk belajar melihat kenangan traumatis yang dialaminya sebagai suatu hal yang baik jika dilihat dari sisi yang lain. Pelaksanaan CBT dilakukan dalam 5 sesi yaitu pengkajian, terapi kognitif, terapi perilaku, evaluasi terapi kognitif dan terapi perilaku, dan pencegahan kekambuhan.

Confounding variable atau yang lebih dikenal dengan *variable* pengganggu dapat berupa karakteristik penduduk yang akan mempengaruhi tanda dan gejala PTSD, seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, cacat fisik akibat gempa, kehilangan anggota keluarga akibat gempa, terpapar kejadian gempa, dan kehilangan harta benda akibat gempa. Kerangka konsep penelitian digambarkan dengan skema 3.2

Skema 3.2

Kerangka Konsep

Variabel Intervensi



3.3 Hipotesis

Menurut Machfoedz, dkk (2005), hipotesis diartikan sebagai dugaan atau jawaban sementara. Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian (Ho) sebagai berikut :

- 3.3.1 Ada perbedaan pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD dan tanda dan gejala PTSD sesudah mendapat CBT pada responden pasca gempa di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat.
- 3.3.2 Ada perbedaan pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD, dan tanda dan gejala PTSD pada responden pasca gempa di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat antara kelompok yang mendapatkan CBT dan tidak mendapatkan CBT.
- 3.3.3 Ada hubungan antara karakteristik responden di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, cacat fisik, kehilangan anggota keluarga akibat gempa, terpapar kejadian gempa, kehilangan harta benda akibat gempa) terhadap PTSD.

3.4 Defenisi Operasional

Definisi operasional adalah variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati dalam melakukan pengukuran secara cermat terhadap obyek atau fenomena dengan menggunakan parameter yang jelas. Variabel independen (variabel bebas) merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat), variabel ini dikenal dengan nama variabel bebas dalam mempengaruhi variabel lain. Variabel dependen merupakan variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab akibat karena variabel bebas (Azis, 2003). Definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian dapat diuraikan seperti pada tabel berikut ini :

Tabel
Definisi Operasional dan Variabel Penelitian

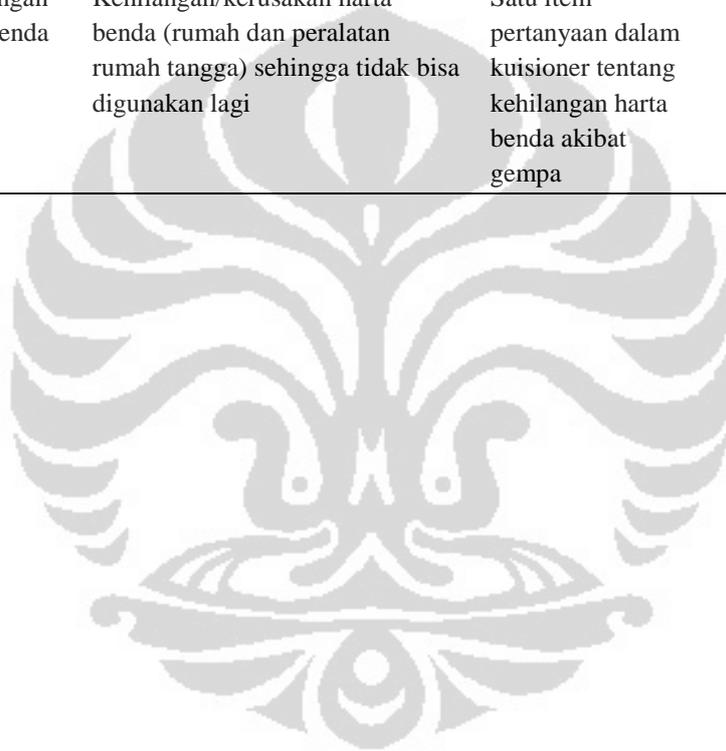
No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A. Variabel Independen					
	CBT individu	Terapi individu dengan menggunakan pendekatan stress inoculating training untuk mengurangi tanda dan gejala PTSD yang dilakukan dalam 5 sesi yaitu pengkajian, terapi kognitif, terapi perilaku, evaluasi terapi kognitif dan terapi perilaku, dan pencegahan kekambuhan.	Lembar observasi (check list)	1. Tidak diberikan CBT 2. Diberikan CBT	Nominal
B. Variabel Dependen					
1	Post-traumatic stress disorder (PTSD)	Kondisi yang dialami individu setelah kejadian traumatis yang dikelompokkan dalam 3 gejala, yaitu : merasakan kembali peristiwa traumatic tersebut (Re-experiencing symptoms), berusaha untuk menghindari pikiran dan segala hal yang berkaitan dengan peristiwa traumatic tersebut (Avoiding symptoms), dan tanda-tanda kewaspadaan yang berlebihan biasanya mengganggu kehidupan individu (Hyper-arousal symptoms)	Evaluasi diri yang terdiri dari 17 item pertanyaan	Scoring 0 – 85 0-20 : tidak ada tanda dan gejala PTSD 21-85 : memiliki gejala PTSD	interval
2	Pengetahuan tentang PTSD	Pengetahuan yang dimiliki klien reaksi yang dialami setelah peristiwa traumatis, yaitu : - pengetahuan tentang merasakan kembali peristiwa traumatis - pengetahuan tentang reaksi menghindari pikiran dan segala hal yang berkaitan dengan peristiwa traumatis tersebut - pengetahuan tentang reaksi waspada yang berlebihan yang mengganggu kehidupan	19 item pertanyaan dalam kuisisioner C tentang reaksi terhadap gempa	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil berkisar antara nilai 0 –19 dan diukur untuk mendapatkan nilai mean, median, mode (modus) dan nilai minimal-maximal pada CI 95 %	Interval

3	Kemampuan mengatasi PTSD	Kemampuan yang dimiliki klien untuk mengatasi tanda dan gejala PTSD, meliputi: <ul style="list-style-type: none"> - kemampuan mengetahui pikiran, perasaan dan perilaku negatif akibat peristiwa traumatis - kemampuan mengidentifikasi pikiran dan perilaku positif yang dimiliki - kemampuan melatih pikiran positif dan perilaku positif (relaksasi, <i>deep breathing</i>) - kemampuan menggunakan pikiran dan perilaku positif untuk menyelesaikan masalah 	12 Item pertanyaan dalam kuisisioner C	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil berkisar antara nilai 0 – 55 dan diukur untuk mendapatkan nilai mean, median, mode (modus) dan nilai minimal-maksimal pada CI 95 %	Interval
---	--------------------------	---	--	--	----------

C. *Confounding variables*

1.	Usia	Usia individu yang dihitung berdasarkan waktu kelahiran sampai hari ulang tahun terakhir pada saat diobservasi	Satu item pertanyaan dalam kuisisioner A tentang usia responden	Dinyatakan dalam tahun	Interval
2.	Jenis Kelamin	Penanda biologik yang dapat membedakan antara laki-laki dan perempuan	Satu item pertanyaan dalam kuisisioner A tentang jenis kelamin responden	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuisisioner A tentang pendidikan responden	1. Pendidikan rendah 2. Pendidikan tinggi	Ordinal
4.	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan baik didalam rumah maupun diluar rumah untuk mendapatkan imbalan/ penghasilan sesuai hasil usahanya	Satu item pertanyaan dalam kuisisioner A tentang pekerjaan responden	1. Tidak bekerja 2. Bekerja	Nominal
5.	Cacat Fisik	Abnormalitas tubuh akibat trauma yang mengganggu fungsi anatomis	Satu item pertanyaan dalam kuisisioner A tentang cacat fisik yang dialami oleh responden	1. Tidak cacat 2. Cacat	Nominal
6	Witness (terpapar)	Suatu keadaan dimana individu mengalami peristiwa traumatis.	Satu item pertanyaan dalam	1. Tidak mengalami	Nominal

	peristiwa traumatis)	Melihat dan mengalami peristiwa tersebut	kuesioner tentang pengalaman traumatis yang dialami individu	peristiwa traumatis 2. Mengalami peristiwa traumatis	
7	Kehilangan anggota keluarga	Kehilangan anggota keluarga (orang tua, suami/istri, anak) akibat gempa yang terjadi	Satu item pertanyaan dalam kuisisioner tentang kehilangan anggota keluarga akibat gempa	1. Tidak kehilangan anggota keluarga 2. Kehilangan anggota keluarga	Nominal
8	Kehilangan harta benda akibat gempa	Kehilangan/kerusakan harta benda (rumah dan peralatan rumah tangga) sehingga tidak bisa digunakan lagi	Satu item pertanyaan dalam kuisisioner tentang kehilangan harta benda akibat gempa	1. Tidak kehilangan harta benda 2. Kehilangan harta benda	Nominal



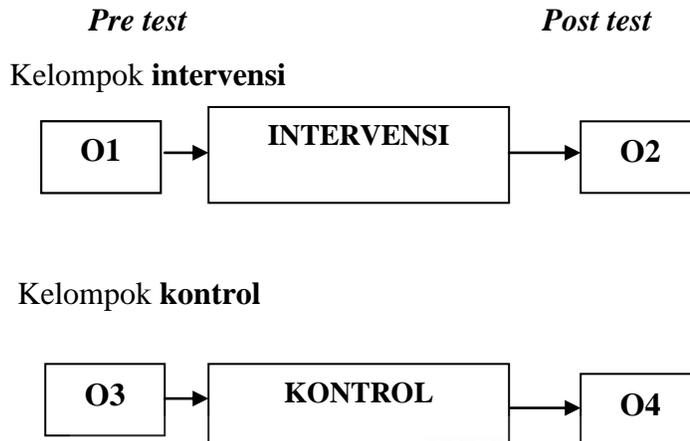
BAB 4 METODE PENELITIAN

Pada bab ini diuraikan desain penelitian dan berbagai kegiatan yang terdapat dalam penelitian, diantaranya penetapan populasi, sampel dan sampling, waktu dan tempat penelitian, teknik pengumpulan data dan analisa, validitas realibilitas serta etika penelitian

4.1 Desain penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengatasi kesulitan-kesulitan yang mungkin muncul selama proses penelitian. Dalam penelitian ini desain yang digunakan adalah "Quasi experimental pre-post test with kontrol group" dengan intervensi *cognitive behavior therapy* (CBT). Penelitian dilakukan untuk mengetahui perubahan tanda dan gejala PTSD sebelum diberikan intervensi berupa CBT untuk PTSD dan membandingkannya dengan sesudah diberikan intervensi. Penelitian juga membandingkan responden yang ada di kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Kota Padang yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Kelompok intervensi yaitu satu kelompok mendapatkan terapi generalis untuk PTSD dan CBT. Sedangkan kelompok kontrol hanya mendapatkan intervensi generalis. Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismail (2008) bahwa pada penelitian eksperimen peneliti melakukan alokasi subyek diberikan perlakuan, dan mengukur hasil (efek) intervensi. Tapi setelah pengambilan data selesai kelompok ini akan mendapatkan intervensi agar tidak menyalahi etika penelitian. Rancangan penelitian ini dapat dilihat pada bagan dibawah ini :

**Keterangan:**

O1 : Pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD, dan tanda dan gejala PTSD pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi generalis dan CBT.

O2 : Pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD, dan tanda dan gejala PTSD pada kelompok intervensi sesudah diberikan terapi generalis dan CBT.

O3 : Pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD, dan tanda dan gejala PTSD pada kelompok kontrol sebelum diberikan terapi generalis.

O4 : Pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD, dan tanda dan gejala PTSD pada kelompok kontrol sesudah diberikan terapi generalis.

$O2 - O1 = X1$: Perubahan pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD dan tanda dan gejala PTSD pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan terapi generalis dan CBT

$O4 - O3 = X2$: Perubahan pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD dan tanda dan gejala PTSD pada kelompok kontrol pada sebelum dan sesudah diberikan terapi generalis

$X1 - X2 =$ Perbedaan pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD dan tanda dan gejala PTSD pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

4.2 Populasi dan sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subjek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah penduduk di kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Kota Padang yaitu sebanyak 73.730 orang, jumlah penduduk di RW 3 sebanyak 1.870 orang dan di RW 11 sebanyak 690 orang (BPS Kota Padang, 2006).

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiono, 2005), atau sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti. Sampel disesuaikan dengan fokus dan tujuan penelitian serta didasarkan pada kriteria inklusi. Dalam penelitian ini kriteria inklusi responden yang akan dilakukan screening untuk PTSD menggunakan PTSD *Screening* (PCL) adalah :

- a. Berusia 20 sampai 55 tahun
- b. Bersedia menjadi responden penelitian
- c. Dapat berkomunikasi dengan baik
- d. Tinggal di wilayah RW yang ditetapkan sebagai area sampel di kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Kota Padang (tidak bepergian lebih dari 1 hari).
- e. Mengalami kejadian gempa tanggal 30 September 2009.

Setelah dilakukan *screening* terhadap PTSD di RW 3 pada sebanyak 850 orang penduduk yang memenuhi kriteria inklusi. Ternyata pada kenyataannya hanya 821 orang saja yang mengembalikan lembaran *screening*, dan dari jumlah tersebut didapatkan sebanyak 457 orang yang menderita PTSD. *Screening* yang dilakukan di RW 11 pada sebanyak 250 orang penduduk yang memenuhi kriteria inklusi. Ternyata pada

kenyataannya sebanyak 231 orang yang mengembalikan lembaran *screening*, dan dari jumlah tersebut ditemukan sebanyak 133 orang yang menderita PTSD.

Setelah dilakukan *screening* dan didapatkan jumlah penduduk yang menderita PTSD pada RW 3 dan RW 11 maka akan dilakukan pemilihan sampel. Besar sampel ditentukan berdasarkan perkiraan jumlah populasi dan dihitung dengan menggunakan rumus uji hipotesis terhadap dua mean dua populasi independent sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismael, 2008) :

$$n_1 = n_2 = 2 \left[\frac{(z\alpha + z\beta)s}{(x_1 - x_2)} \right]^2$$

Keterangan :

n = besar sampel

Z α = kesalahan tipe 1 (1,96)

Z β = kesalahan tipe 2 (0,842)

s = simpang baku kedua kelompok

X₁ - X₂ = perbedaan klinis yang diinginkan (10)

$$n_1 = n_2 = 2 \left[\frac{(1,96 + 0,842)14,9}{(10)} \right]^2$$

$$n = 34,86$$

Berdasarkan perhitungan maka didapatkan jumlah sampel adalah 34,86 orang. Jadi setiap kelompok, baik kelompok intervensi dan kelompok kontrol masing-masing sampel sebanyak 35 orang.

Besar sampel yang dipakai juga harus memperhitungkan dari responden yang *drop out*. Responden yang *drop out* tidak akan dilakukan analisis, sehingga perlu dilakukan koreksi terhadap besarnya sampel, dengan menambah sejumlah responden agar besar sampel terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2008)

$$n' = \frac{n}{(1 - f)}$$

keterangan :

n = jumlah sampel

n' = jumlah sampel setelah dikoreksi

f = angka drop out dari penelitian sebelumnya 10%

Berdasarkan rumus diatas, maka jumlah sampel yang diperkirakan jika jumlah sampel sesuai perhitungan rumus adalah 35 orang dan dari penelitian sebelumnya angka *drop out* kira-kira 10%, maka jumlah sampel untuk penelitian ini adalah :

$$n' = \frac{35}{(1 - 0,1)}$$

$$n' = 38,889$$

Jadi berdasarkan hasil perhitungan sampel dan koreksi untuk *drop out* pada responden, maka jumlah sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah sebanyak 39 orang. Hal ini berarti untuk setiap kelompok, apakah kelompok intervensi atau kelompok kontrol masing-masing beranggota 39 orang.

Tehnik pengambilan sampel yang digunakan adalah *random sampling* yaitu pengambilan sampel secara acak dengan terlebih dahulu memberi nomor

tiap responden yang menderita PTSD dan kemudian diundi untuk seluruh responden di wilayah RW 3 dan RW 11 kelurahan Air Tawar Barat kecamatan Padang Utara Kota Padang. Hasil dari random sampling yang dilakukan pada penduduk dengan PTSD di RW 3 didapatkan 39 orang responden untuk kelompok intervensi dan di RW 11 didapatkan 39 orang responden untuk kelompok kontrol. Responden penelitian total sebanyak 78 orang.

**Tabel 4.1 Pemetaan Sampel Penelitian Di Tiap RW
Kelurahan Air Tawar Barat**

Kelompok	RW	Jumlah sampel per RW
Kelompok intervensi	RW 3	39 orang
Kelompok kontrol	RW 11	39 orang
TOTAL		78 orang

Pembagian kelompok sampel berdasarkan letak geografis masing – masing kelurahan dimana jarak antara RW 3 dan RW 11 lebih kurang 500 meter dan berada di pinggir pantai. Responden yang berada di RW 11 berjumlah 39 orang, dijadikan kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi, responden di RW 3 berjumlah 39 orang dijadikan kelompok intervensi yang diberikan terapi CBT.

4.3 Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Kota Padang. Adapun alasan peneliti menggunakan wilayah ini karena merupakan wilayah yang mengalami gempa pada tanggal 30 September 2009. Belum pernah dilakukan penelitian yang berkaitan dengan pendidikan kesehatan mental. Selain itu daerah ini juga merupakan daerah yang mengalami kerusakan sarana dan prasarana yang parah, dan korban jiwa yang lebih banyak jika dibandingkan dengan kecamatan lainnya di Kota Padang.

4.4 Waktu penelitian

Penelitian dimulai bulan Februari sampai Juni 2010, diawali penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Pengambilan data dan intervensi dilakukan selama 5 minggu mulai Mei sampai Juni 2010. Satu minggu untuk pengambilan data sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*). Serta 5 minggu untuk melakukan pelaksanaan terapi generalis dan CBT.

4.5 Etika penelitian

Untuk melindungi hak-hak responden maka peneliti melakukan prosedur penelitian yang dimulai dengan *ethical clearance* yang dilakukan oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Kemudian peneliti melakukan menyampaikan surat permohonan penelitian Kesbanglinmas Propinsi Sumatera Barat dan Kesbangpol dan Linmas Kota Padang, Camat Padang Utara serta Lurah Air Tawar Barat. Setelah mendapat persetujuan peneliti mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi dengan masing-masing RW kelurahan Air Tawar Barat. Selanjutnya semua responden yang menjadi subyek penelitian diberi informasi tentang rencana dan tujuan penelitian serta teknis kegiatan yang akan dilakukan melalui pertemuan resmi dan tertulis.

Sebagai pertimbangan etika peneliti meyakinkan bahwa responden mendapatkan hak : 1) *Self determination*, yaitu responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela dengan menanda tangani surat pernyataan persetujuan (*informed consent*). Jadi setiap responden yang bersedia ikut dalam kegiatan penelitian ini menandatangani surat pernyataan persetujuan (*informed consent*) yang sudah disediakan. Pada penelitian ini semua responden yang mengikuti penelitian baik menjadi kelompok intervensi maupun kelompok kontrol sudah menandatangani informed consent yang sudah disediakan. 2) *Privacy*, yaitu responden dijaga kerahasiaannya dimana informasi yang didapat dari mereka hanya untuk

penelitian ini. Pada penelitian ini peneliti memberitahukan pada responden bahwa semua informasi dari responden adalah rahasia dan tidak disebarluaskan pada orang lain. 3) *Anonymity*, yaitu selama kegiatan penelitian nama responden tidak digunakan sehingga gantinya peneliti menggunakan nomor responden. Selama penelitian ini responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan nomor responden. 4) *Confidentiality*, yaitu peneliti menjaga rahasia identitas responden dan informasi yang diberikan dan jika data tersebut sudah selesai digunakan, maka akan dimusnahkan. Pada penelitian ini semua identitas dan informasi yang diberikan oleh responden dijaga kerahasiaannya dan jika telah selesai digunakan nantinya akan dimusnahkan oleh peneliti. 5) *Protection*, yaitu responden bebas dari rasa tidak nyaman. Selama penelitian ini responden bebas dari rasa tidak nyaman, kegiatan yang dilakukan berdasarkan kesepakatan antara peneliti dan responden sehingga responden bisa merasa bebas menentukan waktu pertemuan dan tempat pertemuan dengan peneliti.

Peneliti juga menjelaskan demi kelancaran pelaksanaan kegiatan *cognitive behavior therapy* pada responden dengan PTSD untuk mengurangi atau menghilangkan tanda dan gejala PTSD maka pelaksanaan kegiatan dilakukan dalam 5 sesi dan untuk masing-masing sesi dilakukan selama maksimal 30 menit sehingga tidak menimbulkan kejenuhan pada responden.

Pada responden yang diberikan terapi generalis dan CBT akan dilakukan evaluasi dimasing-masing sesi sedangkan pada individu yang tidak menerima intervensi, setelah selesai penelitian akan diberikan intervensi juga berupa pembagian leaflet tentang tanda dan gejala PTSD dan penanganannya sehingga kedua kelompok mendapatkan perlakuan yang sama.

4.6 Alat pengumpul data

Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara (sebagai instrumen penelitian). Instrumen ini diklasifikasikan sebagai berikut :

Instrumen A: merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden yang terdiri dari: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan pengalaman traumatis. Bentuk pertanyaan dalam pertanyaan tertutup, dan peneliti memberi angka pada kotak yang tersedia, sesuai dengan *option* yang dipilih oleh responden. Jumlah pertanyaan ada 9 pertanyaan.

Instrumen B: merupakan instrumen untuk mengukur tanda dan gejala PTSD yang dialami klien. Kuisisioner berdasarkan dari *PTSD Screening (PCL)* yang bersumber dari NCPTSD (1993) yang telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia. Kuisisioner berupa evaluasi diri terdiri dari 17 pernyataan yang terdiri dari 3 kelompok pertanyaan menggunakan skala likert dengan rentang skor 0 -85. Pernyataan no. 1-5 masuk dalam kelompok *re-experiencing symptoms*, pernyataan no.6-12 masuk dalam kelompok *avoiding symptoms*, dan pernyataan no. 13-17 masuk dalam kelompok *hyperarousal symptoms*. Dalam penentuan skoring pernyataan diberi nilai 5 = selalu, nilai 4 = sering, nilai 3= kadang-kadang, 2 = jarang, dan nilai 1 = tidak pernah.

Instrumen C : merupakan instrumen untuk mengukur pengetahuan tentang PTSD klien yang mengalami PTSD. Kuisisioner terdiri dari 19 pertanyaan dengan menggunakan alternatif jawaban ya dan tidak. Ya = nilai 1 dan tidak = nilai 0. Selain itu instrumen C juga merupakan instrumen untuk mengukur kemampuan mengatasi PTSD klien yang mengalami PTSD. Kuisisioner terdiri dari 12 pertanyaan dengan alternatif jawaban ya dan tidak. Selalu = 5, sering = nilai 4, kadang-kadang = nilai 3, jarang = 2 dan tidak pernah = nilai 1.

4.7 Uji coba instrumen

Uji coba instrumen dilakukan agar data yang diperoleh akurat dan objektif. Hal ini dimaksud agar instrumen yang digunakan sebagai alat ukur mempunyai

validitas dan reliabilitas yang tinggi (Hastono, 2001). Untuk instrumen B, dan C dilakukan uji coba instrumen agar data yang diperoleh akurat dan objektif sebagai alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba ini dilakukan pada responden yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan responden. Responden yang dipakai untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden.

Uji validitas menggunakan pearson *product moment* (r) yaitu membandingkan hasil nilai (r) antara item pernyataan. Item pernyataan dinyatakan valid jika skor variabel berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya, yaitu bila nilai r hasil lebih besar dari nilai r tabel. Uji reliabilitas dilakukan setelah uji validitas dan semua pernyataan dinyatakan valid.

Pengambilan data untuk uji validitas dan reabilitas dilaksanakan sebanyak 2 kali yaitu pada tanggal 23 April 2010 s.d 30 April 2010 di Kelurahan Gunung Pangilun Kecamatan Padang Utara dengan mengambil responden yang berusia 20-55 tahun dan diperoleh 30 responden. Hasil uji validitas tanda dan gejala PTSD dari 17 item, terdapat 3 item yang nilai koefisien r kurang dari **0,361** yaitu item no 10, 12 dan 16 sehingga item pernyataan tersebut dinyatakan tidak valid sehingga oleh peneliti pertanyaan tersebut dimodifikasi dan diubah kalimatnya, karena jika dihilangkan akan merubah nilai cutpoint untuk tanda dan gejala PTSD. Hasil uji validitas pernyataan evaluasi diri pernyataan pengetahuan responden tentang reaksi setelah gempa dari 19 item, terdapat 9 item yang nilai koefisien r kurang dari **0,361** yaitu item no 1, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 17 dan 19 sehingga item pernyataan tersebut dinyatakan tidak valid sehingga oleh peneliti pernyataan tersebut dimodifikasi dan diubah kalimatnya, karena item yang tidak valid tersebut merupakan hal yang penting. Hasil uji validitas pernyataan kemampuan mengatasi PTSD responden tentang cara mengatasi reaksi terhadap gempa dari 12 item, terdapat 5 item yang nilai koefisien r kurang dari **0,361** yaitu item no 1, 2, 3, 7 dan 9 sehingga item pernyataan tersebut oleh peneliti

pernyataan tersebut dimodifikasi dan diubah kalimatnya, karena item yang tidak valid tersebut merupakan hal yang penting.

Setelah dilakukan uji coba instrumen tanda dan gejala PTSD dalam penelitian ini dinyatakan reliabel dengan nilai **0,908**, sedangkan untuk uji coba instrumen evaluasi diri pengetahuan terkait reaksi setelah gempa dalam penelitian ini dinyatakan reliabel dengan nilai **0,915** dan untuk uji coba kuisioner kemampuan mengatasi PTSD terkait cara mengatasi reaksi setelah gempa dalam penelitian ini dinyatakan reliabel dengan nilai **0,960**.

4.8 Prosedur pengumpulan data

Langkah awal dari proses penelitian ini dimulai dengan pelaksanaan uji etik (lampiran 9), uji *validity expert* (lampiran 10) dan uji kompetensi (lampiran 11). Uji etik dilakukan oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia karena pada penelitian ini objek dari yang akan diteliti adalah manusia. Oleh karena itu sangat penting diperhatikan apakah proses dari penelitian ini tidak akan mengganggu etika dan tidak menyalahi moral. Menurut Deklarasi Helsinki II, bahwa harus ada protokol penelitian pada manusia yang terlebih dahulu ditinjau oleh suatu panitian untuk pertimbangan, tuntutan dan komentar. Pada protokol penelitian juga harus dicantumkan bahwa penelitian tersebut sudah dilakukan pertimbangan etika dan hasil penelitian juga tidak bisa dipublikasikan jika tidak ada *ethical clearance*. (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

Uji *validity expert* (lampiran 10) dilakukan peneliti terlebih dahulu dengan penyusunan modul yang akan digunakan selama penelitian. Modul yang disusun berdasarkan teori dan sumber-sumber yang terkait dan kemudian dimodifikasi dan disesuaikan dengan masalah yang akan diangkat oleh peneliti yaitu tentang PTSD. Modul disusun dengan bantuan para pakar dan telah melalui beberapa kali konsultasi agar nantinya modul yang digunakan dalam

penelitian ini bisa memberikan manfaat untuk responden. Modul harus diuji terlebih dahulu agar nantinya modul layak digunakan.

Sedangkan uji kompetensi (lampiran 11) terkait dengan apakah si peneliti memiliki kemampuan dalam melakukan intervensi, dalam penelitian ini apakah peneliti memiliki kemampuan dan kompetensi dalam melakukan CBT yang nantinya akan diberikan pada responden. Peneliti harus melakukan uji kompetensi karena peneliti harus mampu mengaplikasikan modul yang telah disusun bersama pada pakar. Hal ini dilakukan karena terapi yang dilakukan melibatkan manusia dan jika dilakukan tanpa adanya keahlian maka hasil yang diinginkan tidak akan tercapai. Kompetensi peneliti haruslah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan untuk terapis pada CBT. Jika tidak sesuai dengan standar kompetensi yang dibutuhkan oleh seorang terapis CBT, maka peneliti perlu meningkatkan kompetensinya sebelum melakukan penelitian.

Setelah dinyatakan lolos uji etik, uji *validity expert* dan uji kompetensi, maka peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Kantor Kesbanglinmas Propinsi Sumatera Barat berdasarkan surat pengantar dari Dekan FIK-UI. Setelah mendapatkan ijin secara tertulis, kemudian peneliti melakukan koordinasi dengan Kantor Kesbangpol dan Linmas Kota Padang, Camat Padang Utara dan Kelurahan Air Tawar Barat.

Pelaksanaan CBT untuk individu dengan PTSD dilaksanakan dimulai dengan kegiatan screening untuk seluruh penduduk di RW 3 dan RW 11 kelurahan Air Tawar Barat. Setelah dilakukan screening, melakukan random untuk responden yang memenuhi kriteria inklusi sampai nantinya didapatkan sebanyak 39 orang responden untuk kelompok intervensi dan 39 orang untuk kelompok kontrol. Langkah-langkah pelaksanaan kegiatan meliputi :

a. Screening

Screening dilakukan pada seluruh populasi terjangkau yaitu seluruh penduduk yang ada di wilayah kelurahan Air Tawar Barat kecamatan Padang Utara yang memenuhi kriteria inklusi yang ditentukan. Responden mengisi kuisioner untuk menilai apakah responden tersebut mengalami PTSD atau tidak. Setelah dilakukan screening akan didapatkan data responden yang mengalami PTSD dan yang tidak mengalami PTSD. Setelah itu, responden yang mengalami PTSD akan dipilih untuk dimasukkan dalam kelompok intervensi atau kelompok kontrol dengan cara random sampling dan juga memperhatikan kondisi geografis dari tempat tinggal responden. Responden yang tinggal satu RW akan dimasukkan dalam salah satu kelompok saja.

b. *Pre test*

Setelah responden menandatangani pernyataan kesediaan menjadi responden dan mengisi data demografi saat itu juga dilakukan *pre test*. *Pre test* dilakukan mulai Mei 2010 dengan mengukur tanda dan gejala PTSD pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi generalis dan CBT. Waktu pelaksanaan *pre test* disesuaikan dengan jadwal responden di RW masing-masing. Kemudian data diedit dan diolah sesuai rencana analisis data.

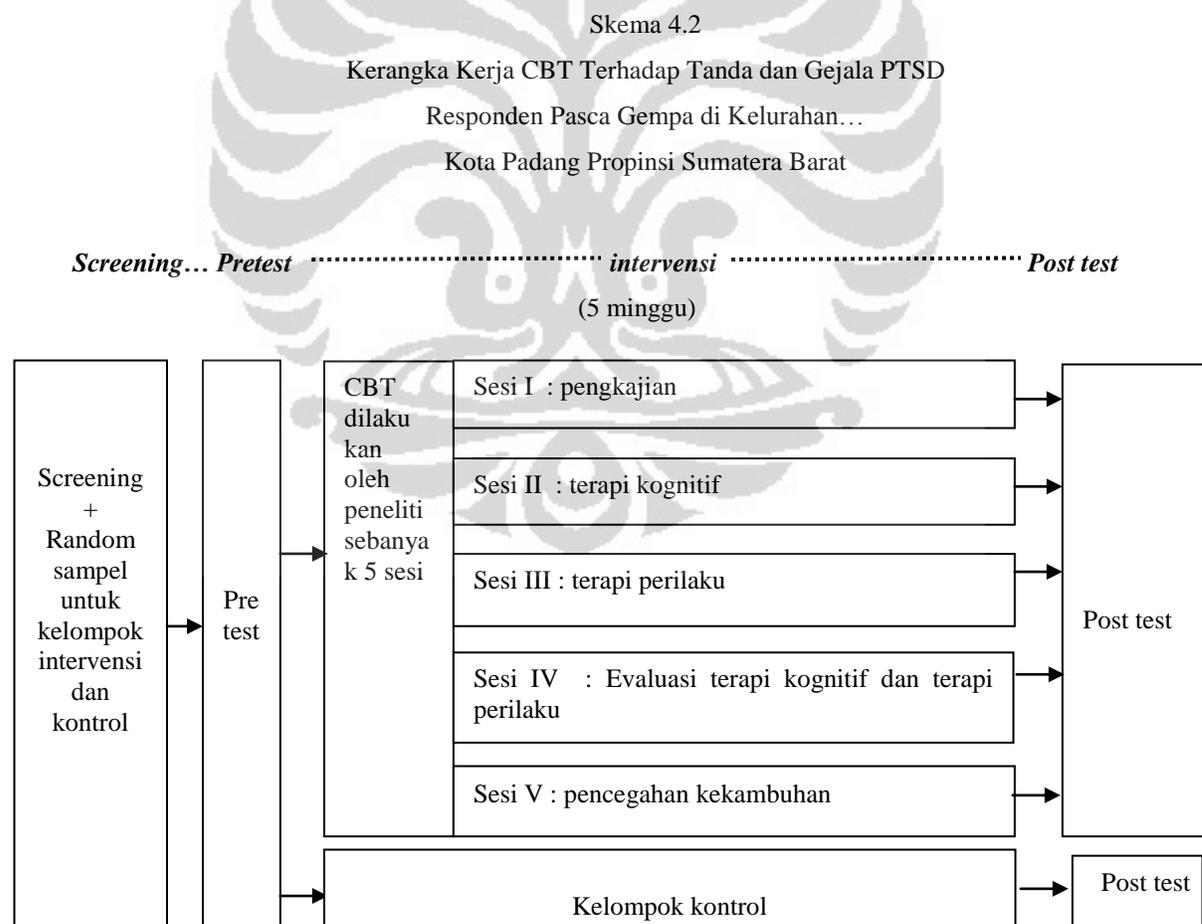
c. *Intervensi*

Intervensi yang dilakukan pada penelitian ini adalah memberikan terapi generalis dan *cognitive behavior therapy* pada kelompok intervensi dan kegiatan terapi generalis untuk kelompok kontrol. Kegiatan terapi dilakukan langsung oleh peneliti. Dimulai bulan Mei sampai dengan Juni 2010. Kelompok intervensi yang akan diberikan CBT dilakukan pertemuan sebanyak 5 kali dalam kurun waktu 5 minggu. Jumlah kelompok intervensi beranggotakan 39 orang dengan waktu pelaksanaan CBT selama 30 menit. Kegiatan CBT dilakukan sendiri oleh peneliti setelah dinyatakan lolos oleh tim penguji kompetensi keperawatan jiwa FIK-UI. Pelaksanaan CBT menggunakan modul yang sebelumnya telah dilakukan *expert validity*.

d. *Post test*

Selanjutnya kegiatan terakhir dalam penelitian ini adalah pengumpulan data setelah intervensi (*post test*) untuk kelompok intervensi dan kontrol yang dilaksanakan minggu kedua bulan Juni 2010, prosedurnya sama seperti yang dilakukan pada waktu sebelum dilakukan intervensi. Post test dilakukan untuk mengukur pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD dan tanda dan gejala PTSD setelah intervensi. Setelah post test pada kelompok dilakukan penyebaran leaflet tentang tanda dan gejala PTSD dan penanggulangannya.

Untuk memperjelas alur kerja penelitian maka peneliti memaparkan pada skema 4.2 dibawah ini.



4.9 Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan diolah dan disajikan dengan menggunakan tabel.

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

- 4.9.1 *Editing*, dilakukan untuk memeriksa validitas dan reabilitas data yang masuk. Kegiatan ini meliputi pemeriksaan atas kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan makna jawaban, konsistensi antar jawaban-jawaban, relevansi jawaban dan keseragaman satuan pengukuran.
- 4.9.2 *Coding*, kegiatan yang dilakukan adalah pembuatan struktur data yang terdiri dari kegiatan pembuatan variabel, penentuan jenis data, penentuan variabel label, penentuan *value* label dan penentuan skala data yang akan kita gunakan.
- 4.9.3 *Entry data*, merupakan kegiatan memproses data untuk keperluan analisa. dengan memasukkan data dari kuesioner dalam bentuk kode ke program komputer yang sesuai.
- 4.9.4 *Cleaning data*, suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat kita memasukkan data ke komputer.
- 4.9.5 *Tabulasi data* adalah kegiatan untuk meringkaskan data yang masuk (data mentah) kedalam tabel-tabel yang telah dipersiapkan. Proses tabulasi meliputi antara lain ; a) mempersiapkan tabel dengan kolom dan barisnya yang disusun dengan cermat sesuai kebutuhan, b) menghitung banyaknya frekuensi untuk tiap kategori jawaban dan c) menyusun distribusi atau tabel frekuensi. Setelah data didapat, dilakukan pengecekan lagi apakah data ada salah atau tidak.

4.10 Analisis Data

Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi analisa univariat, bivariat dan multivariat.

4.10.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diukur dalam penelitian, yaitu dengan distribusi frekwensi. Hasil statistik deskriptif meliputi mean, median, modus, standar deviasi, minimal dan maksimal serta proporsi dari variable penelitian (Supriyanto, 2007). Pada penelitian ini variabel yang dianalisis secara univariat adalah karakteristik responden antara lain : usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, cacat fisik, kehilangan anggota keluarga, terpapar kejadian gempa dan kehilangan harta benda.

4.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistika yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala data, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Dalam penelitian ini analisis bivariat digunakan untuk menguji kesetaraan dan menganalisis perbedaan tanda dan gejala PTSD pada responden. Uji kesetaraan dengan menggunakan uji beda mean yaitu dengan uji *paired t-test*. Perbedaan tanda dan gejala PTSD sebelum dan sesudah di intervensi dianalisa dengan uji beda 2 mean yaitu uji *dependent T test*. Perbedaan tanda dan gejala PTSD masing-masing kelompok dengan uji beda 2 mean yaitu *paired t-test*. Tingkat kemaknaan dalam uji statistik digunakan 95 % ($\alpha=0,05$). Untuk lebih mudah melihat cara analisis yang akan dilakukan untuk tiap variabel dapat dilihat pada tabel 4.3

Tabel 4.3
Analisis variabel penelitian

A. Analisis Uji Kesetaraan Karakteristik Responden

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1	Usia	Usia	<i>Independent t-test</i>
2	Jenis kelamin	Jenis Kelamin	<i>Uji Chi Square</i>
3	Pendidikan	Pendidikan	<i>Uji Chi Square</i>
4	Pekerjaan	Pekerjaan	<i>Uji Chi Square</i>
5	Cacat fisik	Cacat fisik	<i>Uji Chi Square</i>
6	Terpapar peristiwa traumatis	Terpapar peristiwa traumatis	<i>Uji Chi Square</i>
7	Kehilangan anggota keluarga	Kehilangan anggota keluarga	<i>Uji Chi Square</i>
	Kehilangan harta benda	Kehilangan harta benda	<i>Uji Chi Square</i>

B. Analisis Tanda dan Gejala PTSD pada Responden Pasca Gempa Sebelum dan Sesudah Intervensi

No	Variabel Tanda dan Gejala PTSD	Variabel Tanda dan Gejala PTSD	Cara Analisis
1	Tanda dan gejala PTSD pada responden kelompok intervensi sebelum CBT (data interval)	Tanda dan gejala PTSD pada kelompok kontrol sebelum intervensi (data interval)	Uji independent t-test
2	Tanda dan gejala PTSD pada kelompok intervensi sesudah CBT (data interval)	Tanda dan gejala PTSD pada kelompok kontrol sesudah intervensi (data interval)	Uji independent t-test
3	Tanda dan gejala PTSD pada responden kelompok intervensi sebelum CBT (Data Interval)	Tanda dan gejala PTSD pada responden kelompok intervensi setelah CBT (Data Interval)	<i>Paired t-test</i>
4	Tanda dan gejala PTSD pada responden kelompok kontrol (terapi generalis) sebelum intervensi (Data Interval)	Tanda dan gejala PTSD pada responden kelompok kontrol (terapi generalis) setelah intervensi (Data Interval)	<i>Paired t-test</i>
5	Perbedaan tanda dan gejala PTSD sebelum dan sesudah CBT pada responden kelompok intervensi (data interval)	Perbedaan tanda dan gejala PTSD sebelum dan sesudah intervensi pada responden kelompok kontrol (data interval)	<i>Uji Independent t-test</i>

C. Analisis Pengetahuan tentang PTSD pada responden pasca gempa sebelum dan sesudah intervensi

No	Variabel Pengetahuan tentang PTSD	Variabel Pengetahuan tentang PTSD	Cara Analisis
1	Pengetahuan tentang PTSD pada responden kelompok intervensi sebelum CBT (data interval)	Pengetahuan tentang PTSD pada kelompok kontrol sebelum intervensi (data interval)	Independent t-test
2	Pengetahuan tentang PTSD pada kelompok intervensi sesudah CBT (data interval)	Pengetahuan tentang PTSD pada kelompok kontrol sesudah intervensi (data interval)	Independent t-test
3	Pengetahuan tentang PTSD pada responden kelompok intervensi sebelum CBT (data interval)	Pengetahuan tentang PTSD pada kelompok intervensi sesudah CBT (data interval)	<i>Paired t-test</i>
4	Pengetahuan tentang PTSD pada responden kelompok control sebelum intervensi (data interval)	Pengetahuan tentang PTSD pada responden kelompok control sesudah intervensi (data interval)	<i>Paired t-test</i>
5	Perbedaan pengetahuan tentang PTSD sebelum dan sesudah CBT pada responden kelompok intervensi (data interval)	Perbedaan pengetahuan tentang PTSD sebelum dan sesudah intervensi pada responden kelompok control (data interval)	<i>Uji Independent t-test</i>

D. Analisis Kemampuan mengatasi PTSD pada responden pasca gempa sebelum dan sesudah intervensi

No	Variabel Kemampuan mengatasi PTSD	Variabel Kemampuan Psikomotor	Cara Analisis
1	Kemampuan mengatasi PTSD pada responden kelompok intervensi sebelum CBT (data interval)	Kemampuan mengatasi PTSD pada kelompok kontrol sebelum intervensi (data interval)	Independent t-test
2	Kemampuan mengatasi PTSD pada responden kelompok intervensi sesudah CBT (data interval)	Kemampuan mengatasi PTSD pada responden kelompok kontrol sesudah intervensi (data interval)	Independent t-test
3	Kemampuan mengatasi PTSD pada responden kelompok intervensi sebelum CBT (data interval)	Kemampuan psikomotor kelompok intervensi sesudah CBT (data interval)	<i>Paired t-test</i>
4	Kemampuan mengatasi PTSD pada responden kelompok control sebelum intervensi (data interval)	Kemampuan mengatasi PTSD pada responden kelompok control sesudah intervensi (data interval)	<i>Paired t-test</i>
5	Perbedaan kemampuan mengatasi PTSD sebelum dan sesudah CBT pada responden kelompok intervensi (data interval)	Perbedaan kemampuan mengatasi PTSD sebelum dan sesudah intervensi pada responden kelompok control (data interval)	<i>Uji Independent t-test</i>

4.10.3 Analisa Multivariat

Analisis multivariat pada penelitian ini digunakan untuk menganalisis pengaruh intervensi setelah dikontrol karakteristik responden terhadap tanda dan gejala PTSD. Jenis analisis multivariat yang digunakan adalah regresi linier berganda, yaitu suatu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis satu atau beberapa variable dependen yang memiliki skala data numerik (Sabri, L & Sutanto, 2006). Dalam penelitian ini, analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis yang dirumuskan yaitu apakah ada kontribusi karakteristik responden terhadap tanda dan gejala PTSD pasca gempa melalui uji analisis regresi linier ganda. Menurut Sudjana (2005), persamaan umum regresi linier ganda adalah

$$Y = a_0 + b_{cbr} X_{cbr} + b_{usia} x + b_{jen.kel} x + b_{penddk} x + b_{pekerja} x + b_{cacafsk} x + b_{kehilkel} x$$

Keterangan :

Y : Subyek dalam variabel dependen yang diprediksikan

a : Harga Y bila X = 0 (harga konstan)

b : Angka arah atau koefisien regresi, yang menunjukkan angka peningkatan ataupun penurunan variabel dependen yang didasarkan pada variabel independen. Bila b (+) maka naik, bila (-) maka terjadi penurunan

X : Subyek pada variabel independen yang mempunyai nilai tertentu

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menjelaskan mengenai hasil penelitian pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) terhadap *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) pada penduduk pasca gempa di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat pada tanggal 8 Mei sampai 12 Juni 2010. Pada penelitian ini telah diteliti 78 klien yang mengalami PTSD pasca gempa yang terbagi menjadi 2 kelompok yaitu 39 klien kelompok kontrol dan 39 klien kelompok intervensi. Hasil penelitian ini terdiri dari tiga bagian yaitu analisis univariat, bivariat dan multivariat yang akan diuraikan berikut ini :

5.1 Proses Pelaksanaan *Cognitive Behavior Therapy* Pada Penduduk Pasca Gempa

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang pelaksanaan CBT mulai dari persiapan penelitian yaitu dimulai dari masalah perizinan, pemilihan tempat, pemilihan responden, lalu pelaksanaan penelitian dimulai dengan melakukan pre tes, pelaksanaan CBT tiap sesi untuk masing-masing responden dan terminasi serta post tes. Pelaksanaan terapi kelompok terapeutik dilakukan di kelurahan Air Tawar Barat adalah :

5.1.1 Persiapan

Persiapan pelaksanaan penelitian diawali dengan pengurusan perizinan. Setelah mendapatkan surat izin penelitian dari FIK UI maka langsung mengurus surat izin penelitian di daerah dimulai dari perizinan ke bagian Kesbangpol dan Linmas di Propinsi Sumatera Barat. Setelah mendapat surat izin dari Kesbangpol dan Linmas Propinsi Sumatera Barat kemudian diteruskan ke bagian Kesbangpol dan Linmas Kota Padang tempat penelitian dilakukan. Surat perizinan dari Kesbangpol dan Linmas Kota Padang akan diberikan ke Camat Padang Utara dan Lurah Air Tawar Barat. Di Kelurahan Air tawar barat peneliti

menjelaskan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan pada lurah dan jajarannya.

Pemilihan sampel dilakukan secara *purposive sampling* yaitu berdasarkan pada daerah yang paling parah dampak akibat peristiwa gempa baik secara fisik maupun korban jiwa yaitu RW 3 dan RW 11. Lokasi penelitian yaitu RW 3 dan RW 11 berada di sepanjang garis pantai, jarak antara kedua RW tersebut lebih kurang 500 meter. Berikut adalah tabel jumlah penduduk yang menderita PTSD.

Tabel 5.1 Jumlah penduduk yang menderita PTSD di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara tahun 2010

	RW 3	RW 11
Kuisisioner yang dibagikan	850 buah	250 buah
Kuisisioner yang kembali	821 buah	231 buah
Jumlah PTSD	457 orang	133 orang
Total menderita PTSD	590 orang	

Pemilihan responden dilakukan dengan cara melakukan *screening* PTSD pada seluruh penduduk di RW 3 dan RW 11 yang memenuhi kriteria inklusi. Pada saat *screening*, peneliti dibantu oleh 6 orang pengumpul data yaitu mahasiswa S1 keperawatan Unand. Sebelum pengumpul data melakukan *screening*, dilakukan penyegaran dan penjelasan tentang kegiatan yang akan dilakukan. Antara pengumpul data tidak dilakukan *interrater reliability*. Pada saat *screening* jika ada penduduk yang tidak bisa baca tulis, maka pengisian kuisisioner akan dibantu oleh pengumpul data atau dibantu oleh anggota keluarga yang lainnya.

Setelah *screening* didapatkanlah sebanyak 55,67% (457 orang) penduduk di RW 3 menderita PTSD dan sebanyak 57,57% (133 orang) penduduk di RW 11 yang menderita PTSD. Pemilihan sampel pada masing-masing kelompok dilakukan dengan cara *random* dengan

menggunakan undian dengan cara : membuat daftar semua unit sampel yang disusun serta diberi nomor secara berurutan, kemudian semua unit sampel ditulis pada gulungan kertas dan dimasukkan kedalam kotak yang diaduk sampai rata, langkah terakhir yaitu gulungan kertas diambil sesuai dengan jumlah sampel yang diinginkan lalu dicocokkan dengan nomor urut daftar unit sampel. Pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dipilih 39 responden sehingga total responden berjumlah 78 responden. Pada penelitian ditemukan ada responden yang terpilih tidak bersedia berpartisipasi pada penelitian dengan alasan tidak bisa meninggalkan pekerjaan, untuk hal seperti ini peneliti langsung mengganti responden tersebut dengan yang lain, sehingga jumlah sampel untuk penelitian tidak berkurang.

5.1.2 Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian dilakukan setelah terpilih responden untuk kelompok yang mendapatkan intervensi dan kelompok yang tidak mendapatkan intervensi atau kontrol. Pada kelompok intervensi yang beranggotakan 39 orang akan mendapat terapi generalis untuk PTSD dan CBT secara individu, sedangkan untuk kelompok kontrol akan mendapatkan terapi generalis untuk PTSD. Awal pertemuan akan digunakan untuk membina hubungan percaya, melakukan kontrak kegiatan, menjelaskan tujuan penelitian, menandatangani lembar persetujuan penelitian, serta melakukan Pre Tes untuk pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD. Sedangkan untuk kelompok kontrol di RW 11 juga dilakukan Pre Test untuk pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD.

Pelaksanaan terapi generalis dan CBT pada kelompok intervensi diikuti oleh seluruh responden tanpa ada satupun responden yang menolak atau berhenti dari tiap sesi yang direncanakan. Lama kegiatan persesi berlangsung 30 menit Tiap sesi dilaksanakan setiap 4 hari sekali. Setiap hari peneliti melakukan CBT pada 10 orang responden. Kesulitan yang ditemui oleh peneliti pada saat pelaksanaan adalah waktu untuk

melakukan CBT dengan responden sangat beragam antara satu responden dengan yang lain. Karena tiap-tiap responden memiliki kepentingan dan urusan yang berbeda, jadi ada yang bisa pagi, atau siang bahkan ada yang hanya bisa ditemui pada waktu sore hari. Untuk mengatasi hal tersebut, peneliti mengatur jadwal pertemuan dengan tiap responden seefektif mungkin.

5.1.3 Post Tes

Setelah selesai dilakukan intervensi yaitu terapi generalis dan CBT sebanyak 5 sesi, kemudian dilakukan pos tes untuk mengukur PTSD, pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pos tes dilakukan serentak untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Setelah dilakukan post tes untuk kelompok control dilakukan penyebaran leaflet tentang tanda dan gejala PTSD dan penanggulangannya.

5.2 Hasil Penelitian

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang karakteristik individu dengan PTSD pasca gempa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, cacat fisik, riwayat kehilangan anggota keluarga akibat peristiwa gempa, terpapar kejadian, kehilangan harta benda. Selain karakteristik individu juga akan menjelaskan tentang pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD, kemampuan mengatasi PTSD, dan tanda dan gejala PTSD dan terakhir adalah faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD dan tanda dan gejala PTSD. Pada tabel tidak dicantumkan variabel cacat fisik dan terpapar kejadian gempa karena semua individu dengan PTSD pada kedua kelompok tidak ada yang mengalami cacat fisik dan semuanya terpapar kejadian gempa. Karena nilainya hanya satu kategori saja makanya tidak dituliskan pada tabel.

5.2.1 Karakteristik Individu dengan PTSD berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Kehilangan Anggota Keluarga, dan Kehilangan Harta Benda

5.2.1.1 Karakteristik individu dengan PTSD berdasarkan usia

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi dan karakteristik individu dengan PTSD yang terdiri dari usia yang merupakan variabel numerik dianalisis dengan menggunakan analisis deskriptif *explore* dan untuk melihat kesetaraan karakteristik usia individu dengan PTSD dilakukan dengan menggunakan uji *Independent Sample T-Test*.

dan disajikan pada tabel 5.2

Tabel 5.2 Analisis Usia Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (N=78)

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	SD	Min-Maks	95% CI	t	p
Usia responden	Intervensi	39	35,18	11,878	20 – 55	31,33 – 39,03	-,155	0,877
	Kontrol	39	35,59	11,505	20 – 55	31,86 – 39,32		
	Total	78	35,38	11,619	20 – 55	32,77 – 38,00		

Hasil analisis pada tabel 5.2 dijelaskan bahwa total 78 individu dengan PTSD yang dilakukan dalam penelitian ini rata-rata berusia 35,38 tahun dengan usia termuda 20 tahun dan tertua 55 tahun. Hasil uji statistik dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara individu yang mendapatkan CBT dengan yang tidak mendapatkan CBT dengan kata lain antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara ($p\text{-value} > \alpha 0,05$).

5.2.1.2 Karakteristik individu dengan PTSD berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, kehilangan anggota keluarga, dan kehilangan harta benda

Analisis karakteristik dan kesetaraan individu dengan PTSD berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, kehilangan anggota keluarga, dan kehilangan harta benda akibat gempa dilakukan dengan menggunakan distribusi frekuensi dan uji

kesetaraan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, kehilangan anggota keluarga, dan kehilangan harta benda pada kelompok yang mendapatkan CBT dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT menggunakan uji *Chi Square* dan untuk kesetaraan menggunakan uji *Independent Sample T-Test* yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi Individu Dengan PTSD Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Kehilangan Anggota Keluarga, Dan Kehilangan Harta Benda Akibat Gempa Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (N = 78)

Karakteristik	Kelompok intervensi (n = 39)		Kelompok kontrol (n = 39)		Jumlah (n = 78)		p
	N	%	N	%	N	%	
1. Jenis kelamin							
a. Laki-laki	22	56,4	20	51,3	42	53,8	0,821
b. Perempuan	17	43,6	19	48,7	36	46,2	
2. Pendidikan responden							
a. Rendah (tidak sekolah, SD dan SLTP)	6	15,4	8	20,5	14	17,9	0,769
b. Tinggi (SLTA dan Akademi/PT)	33	84,6	31	79,5	64	82,1	
3. Pekerjaan responden							
a. Bekerja	18	46,2	21	53,8	39	50,0	0,651
b. Tidak bekerja	21	53,8	18	46,2	39	50,0	
4. Kehilangan anggota keluarga							
a. kehilangan	0	0	1	2,6	1	1,3	1,000
b. tidak kehilangan	39	100	38	97,4	77	98,7	
5. Kehilangan harta benda							
a. Kehilangan	11	28,2	14	35,9	25	32,1	0,628
b. tidak kehilangan	28	71,8	25	64,1	53	67,9	

Hasil analisis jenis kelamin responden paling banyak adalah laki-laki sebesar 53,8% (42 orang), pendidikan responden paling banyak adalah pendidikan tinggi (SMA dan Akademi/PT) sebesar 82,1% (64 orang), pekerjaan responden adalah sama antara bekerja dengan tidak bekerja masing-masing sebesar 50% (39 orang), tidak mengalami kehilangan anggota keluarga akibat gempa sebesar 98,7% (77 orang), dan sebanyak 67,9% (53

orang) responden tidak mengalami kehilangan harta benda akibat gempa. Berdasarkan tabel juga diketahui bahwa tidak ada perbedaan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan kehilangan anggota keluarga, dan kehilangan harta benda pada kelompok yang mendapatkan CBT dengan kelompok yang tidak mendapatkan ($p\text{-value} > \alpha 0,05$).

5.2.2 Pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD meliputi kondisi saat pre tes, kesetaraan, pos tes, selisih nilai pre tes dan pos tes dan selisih nilai pos tes pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.2.2.1 Pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD sebelum CBT

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi dan kesetaraan pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dilakukan CBT pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Untuk melihat kesetaraan pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Independent Sample T-Test*.

Tabel 5.4 Analisis Pengetahuan Tentang PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dilakukan CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (N = 78)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min-Max	t	p
Pengetahuan tentang PTSD	1. Intervensi	39	9,92	4,074	0,652	3 - 18	0,945	0,348
	2. Kontrol	39	9,13	3,318	0,531	2 - 15		
	Total	78	9,53	3,713	0,420	3 - 18		

Nilai standard pengetahuan tentang PTSD berkisar 0 – 19. Hasil analisis tabel 5.6 memperlihatkan rata – rata pengetahuan

tentang PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dilakukan CBT sebesar 9,53, standar deviasi 3,713, nilai minimal 3 dan nilai maksimal 18, semakin tinggi nilai akan makin baik pengetahuan. Ini memberikan kesimpulan bahwa rata-rata pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD bervariasi dari rendah sampai tinggi. Berdasarkan tabel 5.4 diketahui bahwa pengetahuan tentang PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT rata-rata 9,92 sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT rata-rata 9,13. Hasil uji memperlihatkan tidak ada perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT ($p\text{-value} > \alpha = 0,05$).

5.2.2.2 Perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dan sesudah dilakukan CBT

Perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dan sesudah CBT pada kelompok intervensi dilakukan uji *dependen sample t-Test (Paired t test)* yang akan dijelaskan pada tabel 5.5

Tabel 5.5 Analisis Perbedaan Pengetahuan Tentang PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dan Sesudah Intervensi CBT Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010

Kelompok	Kemampuan	N	Mean	SD	SE	t	p
Intervensi	Pengetahuan						
	a. Sebelum	39	9,921	4,074	0,652	-7,782	0,000
	b. Sesudah	39	14,54	2,437	0,390		
	Selisih		4,619	1,637	0,262		
Kontrol	Pengetahuan						
	a. Sebelum	39	9,13	3,318	0,531	-,948	0,349
	b. Sesudah	39	9,56	2,673	0,428		
	Selisih		0,43	0,645	0,303		

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui pada individu dengan PTSD yang mendapat CBT rata-rata perbedaan pengetahuan tentang PTSD sebelum

CBT sebesar 9,921 (52,21%) dan berada dalam rentang sedang, dan sesudah CBT sebesar 14,5 (76,31%) dan berada dalam rentang baik, dan dari hasil uji statistik terdapat peningkatan yang bermakna (p -value $0,000 < 0,05$). Sedangkan pada individu dengan PTSD yang tidak mendapatkan CBT rata-rata pengetahuan tentang PTSD sebelum sebesar 9,13 (48,05%) dan berada dalam rentang sedang dan sesudah intervensi sebesar 9,56 (50,31%) dan berada dalam rentang sedang mengalami peningkatan dan berdasarkan uji statistik perubahan tersebut tidak bermakna (p value = $0,349 > 0,05$).

5.2.2.3 Selisih perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dan sesudah dilakukan CBT

Pada bagian ini akan menjelaskan selisih perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dan setelah dilakukan CBT pada kelompok intervensi dan kontrol dijelaskan pada tabel 5.6

Tabel 5.6 Selisih Perbedaan Pengetahuan Tentang PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dan Setelah Dilakukan CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Bulan Mei-Juni Tahun 2010 (N = 78)

	Kelompok	N	Selisih	SD	SE	P value
Pengetahuan tentang PTSD	Intervensi	39	4,619	1,637	0,262	0,000
	Kontrol	39	0,43	0,645	0,303	

Dari tabel 5.6 menunjukkan selisih perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada kelompok yang mendapat CBT sebesar 4,62 (24,1%) dan pada kelompok yang tidak mendapat CBT mengalami peningkatan sebesar 0,43 (2,26%). Selisih perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dengan nilai p -value $< 0,05$.

5.2.2.4 Perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD sesudah dilakukan CBT pada kelompok yang mendapatkan CBT dan yang tidak

Pada bagian ini akan dijelaskan perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD sesudah CBT pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan menggunakan uji *independen sample t-Test* dijelaskan pada tabel 5.7.

Tabel 5.7 Perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD Sesudah CBT Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Kelurahan Air Tawar Barat Bulan Mei-Juni Tahun 2010 (n = 78)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	p value
Pengetahuan tentang PTSD	1. Intervensi	39	14,54	2,437	0,390	8,587	0,000
	2. Kontrol	39	9,56	2,673	0,428		

Dari tabel 5.7 diatas menunjukkan rata-rata pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD antara kelompok yang mendapat CBT sebesar 14,54 (76,31%) dan berada dalam rentang tinggi dan pada kelompok yang tidak mendapat CBT sebesar 9,56 (50,31%) dan berada dalam rentang sedang. Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan yang bermakna rata-rata pengetahuan tentang PTSD setelah dilakukan CBT pada kelompok yang mendapat CBT dan yang tidak mendapat CBT dengan p-value < 0,05.

5.2.3 Kemampuan mengatasi PTSD pada Individu dengan PTSD

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang kemampuan mengatasi PTSD individu dengan PTSD meliputi kondisi saat pre tes, kesetaraan, pos tes, selisih nilai pre tes dan pos tes dan selisih nilai pos tes pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.2.3.1 Kemampuan mengatasi PTSD individu dengan PTSD sebelum intervensi

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi dan kesetaraan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dilakukan CBT pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Untuk melihat kesetaraan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Independent Sample T-Test*.

Tabel 5.8 Analisis Kemampuan Mengatasi PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dilakukan CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (N = 78)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min- Max	t	p
Kemampuan mengatasi PTSD	1. Intervensi	39	27,18	4,936	0,790	19 – 39	0,057	0,105
	2. Kontrol	39	29,62	7,849	1,257	19 – 52		
	Total	78	28,40	6,628	0,750	19 - 52		

Nilai pelaksanaan kemampuan cara mengatasi PTSD berkisar dari 12 – 84. Hasil analisis tabel 5.11 memperlihatkan rata-rata kemampuan mengatasi PTSD sebesar 28,40, standard deviasi 6,628, nilai minimal 19 dan nilai maksimal 52. Kesimpulannya rata-rata kemampuan mengatasi PTSD individu dengan PTSD bervariasi dari rendah sampai tinggi. Berdasarkan tabel 5.8 diketahui bahwa rata-rata kemampuan mengatasi PTSD pada kelompok yang mendapat CBT sebesar 27,18 (45,3%) dan berada dalam rentang sedang dan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT sebesar 29,62 (49,37%) dan berada dalam rentang sedang . Hasil uji memperlihatkan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD pada kelompok intervensi setara dengan kelompok kontrol atau dengan kata lain kemampuan mengatasi PTSD pada kelompok yang mendapat CBT dengan kelompok yang tidak mendapat CBT homogen (*p-value* > α 0,05).

5.2.3.2 Perbedaan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dan sesudah dilakukan CBT

Perbedaan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dan sesudah CBT pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan uji *dependen sample t-Test (Paired t test)* yang akan dijelaskan pada tabel 5.9

Tabel 5.9 Analisis Perbedaan Kemampuan Mengatasi PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dan Sesudah Intervensi CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Bulan Mei-Juni Tahun 2010

Kelompok	Kemampuan	N	Mean	SD	SE	t	p
Intervensi	Kemampuan						
	a. Sebelum	39	27,18	4,936	0,790	-11,14	0,000
	b. Sesudah	39	43,67	7,613	1,220		
	Selisih		16,49	2,677	0,430		
Kontrol	Kemampuan						
	a. Sebelum	39	29,62	7,849	1,257	1,557	0,128
	b. Sesudah	39	27,41	4,558	0,730		
	Selisih		2,21	3,291	0,527		

Pada individu dengan PTSD yang mendapat CBT terdapat perbedaan kemampuan mengatasi PTSD sebelum CBT sebesar 27,18 (45,3%) dan sesudah CBT sebesar 43,67 (72,78%) dan berada dalam rentang tinggi dan berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan meningkat secara bermakna ($p\text{-value } 0,000 < 0,05$). Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT terjadi penurunan rata-rata kemampuan mengatasi PTSD, dimana sebelum intervensi sebesar 29,62 (49,37%) dan sesudah intervensi sebesar turun menjadi 27,41 (45,68%) dan berada dalam rentang sedang, dan berdasarkan uji statistik perubahan ini tidak bermakna ($p\text{ value } 0,128 > 0,05$).

5.2.3.3 Selisih perbedaan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dan sesudah dilakukan CBT

Pada bagian ini akan menjelaskan selisih perbedaan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dan

setelah dilakukan CBT pada kelompok intervensi dan kontrol dijelaskan pada tabel 5.10.

Tabel 5.10 Selisih Perbedaan Kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD Sebelum Dan Setelah Dilakukan CBT Pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol Di Kelurahan Air Tawar Barat Bulan Mei-Juni Tahun 2010 (n = 78)

	Kelompok	N	Selisih	SD	SE	p value
Kemampuan mengatasi PTSD	Intervensi	39	16,49	2,677	0,430	0,000
	Kontrol	39	-2,21	3,291	0,527	

Dari tabel 5.10 menunjukkan selisih perbedaan kemampuan mengatasi PTSD responden yang mendapat CBT meningkat sebesar 16,49 (27,48%) dan yang tidak mendapat CBT mengalami penurunan sebesar 2,21 (3,69%). Peningkatan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dengan nilai $p\text{-value} < 0,05$.

5.2.3.4 Perbedaan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD sesudah dilakukan CBT

Pada bagian ini akan dijelaskan perbedaan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD sesudah CBT pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan uji *independen sample t-Test* dijelaskan pada tabel 5.11

Tabel 5.11 Perbedaan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD Sesudah CBT Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Kelurahan Air Tawar Barat Bulan Mei-Juni Tahun 2010 (n = 78)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	p
Kemampuan mengatasi PTSD (Pos Tes)	1. Intervensi	39	43,67	7,617	1,220	11,437	0,000
	2. Kontrol	39	27,41	4,558	0,730		

Dari tabel 5.11 diatas menunjukkan rata-rata kemampuan mengatasi PTSD sesudah mendapatkan CBT pada kelompok intervensi sebesar 43,67 (72,78%) dan pada kelompok kontrol sebesar 27,41 (45,68%). Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata kemampuan mengatasi PTSD setelah diberikan CBT pada kelompok yang mendapatkan intervensi dan kelompok yang tidak mendapatkan dengan $p\text{-value} < 0,05$.

5.2.4 Tanda dan Gejala PTSD pada Individu dengan PTSD

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD meliputi kondisi saat pre tes, kesetaraan, pos tes, selisih nilai pre tes dan pos tes dan selisih nilai pos tes pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.2.4.1 Tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD Sebelum Intervensi

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi dan kesetaraan tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dilakukan CBT pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Untuk melihat kesetaraan tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Independent Sample T-Test*.

Tabel 5.12 Analisis Tanda Dan Gejala PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dilakukan CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (N = 78)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min-Max	t	p
Tanda dan gejala PTSD	1. Intervensi	39	42,72	13,399	2,145	21 – 74	-,133	0,894
	2. Kontrol	39	43,10	12,093	1,937	24 – 62		
	Total	78	42,91	12,681	1,436	21 - 74		

Nilai standard pengukuran tanda dan gejala PTSD berkisar 5-85. Berdasarkan tabel 5.16 rata-rata tanda dan gejala PTSD, sebelum dilakukan CBT sebesar 42,91, standard deviasi 12,681, nilai minimal 21 dan nilai maksimal 74. Kesimpulannya bahwa tanda dan gejala PTSD yang dimiliki responden berkisar dari rendah sampai tinggi. Berdasarkan tabel 5.12 diketahui bahwa rata-rata tanda dan gejala PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT sebesar 43,10 (57,89%) dan berada dalam rentang sedang dan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT sebesar 42,72 (50,71%) dan berada dalam rentang sedang. Hasil uji memperlihatkan rata-rata tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT setara atau dengan kata lain homogen ($p\text{-value} > \alpha = 0,05$).

5.2.4.2 Selisih perbedaan tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dan sesudah dilakukan CBT

Selisih perbedaan tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dan sesudah CBT pada kelompok intervensi dan kelompok control dilakukan uji *dependen sample t-Test (Paired t test)* yang akan dijelaskan pada tabel 5.13

Tabel 5.13 Selisih Perbedaan Tanda Dan Gejala PTSD Responden Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dan Sesudah Intervensi CBT Pada Kontrol Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)

Kelompok	Tanda dan gejala PTSD	N	Mean	SD	SE	t	P-value
Intervensi	<i>Re-experincing</i>						
	a. Sebelum	39	13,51	4,116	0,659	7,589	0,000*
	b. Sesudah	39	7,38	2,267	0,363		
	<i>Avoiding</i>						
	a. Sebelum	39	14,82	5,448	0,872	4,974	0,000*
	b. Sesudah	39	9,67	2,263	0,362		
	<i>Hyperarousal</i>						
	a. Sebelum	39	14,38	4,505	0,721	7,478	0,000*
	b. Sesudah	39	7,74	2,291	0,367		

Komposit tanda dan gejala PTSD								
	a. Sebelum	39	42,72	13,339	2,145			
	b. Sesudah	39	24,79	5,022	0,804	7,057	0,000*	
	Selisih		17,93	8,317	1,341			
Kontrol	<i>Re-experincing</i>							
		a. Sebelum	39	13,38	4,458	0,714	1,539	0,132
		b. Sesudah	39	11,95	3,748	0,600		
		<i>Avoiding</i>						
		a. Sebelum	39	17,03	6,651	1,065	-0,375	0,710
		b. Sesudah	39	17,51	4,310	0,690		
		<i>Hyperarousal</i>						
		a. Sebelum	39	12,69	4,595	0,736	1,223	0,229
		b. Sesudah	39	11,59	3,168	0,507		
		Komposit tanda dan gejala PTSD						
		a. Sebelum	39	43,10	12,093	1,937		
		b. Sesudah	39	41,05	6,712	1,075	0,960	0,343
	Selisih		2,05	5,381	0,862			

Berdasarkan tabel 5.13 diketahui bahwa pada kelompok yang mendapatkan CBT terjadi penurunan tanda dan gejala PTSD pada tiap kelompok, dan secara komposit tanda dan gejala PTSD pada kelompok intervensi sebelum CBT sebesar 42,72 (57,89%) dan sesudah CBT menurun menjadi 24,79 (29,16%) dan ini berada dalam rentang rendah. Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT terjadi penurunan tanda dan gejala PTSD hanya untuk *re-experiencing* dan *hyperarousal*, sedangkan untuk *avoiding* malah terjadi peningkatan setelah intervensi, dan secara komposit tanda dan gejala PTSD sebelum CBT pada kelompok kontrol sebesar 43,10 (50,7%) dan sesudah intervensi menurun menjadi 41,05 (48,29%) dan masih berada dalam rentang sedang. Hasil uji statistik dapat disimpulkan ada penurunan yang bermakna rata-rata tanda dan gejala PTSD sebelum dan sesudah mendapat CBT ($p\text{-value} < 0,05$), sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT terjadi penurunan tanda dan gejala PTSD tapi tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,05$).

5.2.4.3 Selisih perbedaan tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dan sesudah dilakukan CBT

Pada bagian ini akan menjelaskan selisih perbedaan tanda dan gejala pada individu dengan PTSD sebelum dan setelah dilakukan CBT pada kelompok intervensi dan kontrol dijelaskan pada tabel 5.14

Tabel 5.14 Selisih Perbedaan Tanda Dan Gejala PTSD Pada Individu Dengan PTSD Sebelum Dan Setelah Dilakukan CBT Pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n = 78)

	Kelompok	N	Selisih	SD	SE	p
Tanda dan gejala PTSD	Intervensi	39	17,93	8,317	1,341	0,000
	Kontrol	39	2,05	5,381	0,862	

Dari tabel 5.14 menunjukkan selisih perbedaan tanda dan gejala PTSD yang mendapat CBT menurun sebesar 17,93 (28,73%) dan yang tidak mendapatkan CBT menurun sebesar 2,05 (2,41%). Penurunan tanda dan gejala PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih besar secara bermakna dibandingkan dengan penurunan tanda dan gejala PTSD pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT dengan nilai $p\text{-value} < 0,05$.

5.2.4.4 Perbedaan tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD sesudah dilakukan CBT

Pada bagian ini akan dijelaskan perbedaan tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah CBT dengan menggunakan uji *independen sample t-Test* dijelaskan pada tabel 5.15

Tabel 5.15 Perbedaan Tanda Dan Gejala PTSD Pada Individu Dengan PTSD Pada Kelompok Yang Mendapatkan CBT Dan Kelompok Yang Tidak Mendapatkan CBT Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n = 78)

	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	p value
PTSD (Pos Tes)	1. Intervensi	39	24,79	5,022	0,804	12,111	0,000
	2. Kontrol	39	41,05	6,712	1,075		

Dari tabel 5.15 diatas menunjukkan rata-rata tanda dan gejala PTSD pada kelompok yang mendapat CBT sebesar 24,79 (35,04%) dan berada dalam rentang rendah sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat CBT sebesar 41,05 (48,29%) dan berada dalam rentang sedang. Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan rata-rata tanda dan gejala PTSD sesudah CBT pada kelompok yang mendapatkan CBT dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT berbeda secara bermakna dengan p-value < 0,05.

5.3 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Tanda dan gejala PTSD, Pengetahuan tentang PTSD dan Kemampuan mengatasi PTSD responden pasca gempa

Faktor yang berkontribusi terhadap tanda dan gejala PTSD, pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD individu dilakukan untuk mengidentifikasi perubahan variabel-variabel tersebut setelah CBT pada kelompok intervensi dan kontrol.

5.3.1 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Pengetahuan Tentang PTSD Pada Individu Dengan PTSD

Untuk mengetahui faktor yang berkontribusi terhadap pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD dianalisis menggunakan uji regresi linier ganda dapat dilihat pada tabel 5.16.

Tabel 5.16 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Pengetahuan Tentang PTSD Pada Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)
(1)

Karakteristik responden	B	SE	B	Sig.	p-value	R Square
1. CBT	3,738	0,710	0,481	0,000		
2. Usia	0,052	0,032	0,154	0,112		
3. Jenis kelamin	0,002	0,738	0,000	0,998		
4. Pendidikan	1,865	0,950	0,184	0,054	0,000	0,435
5. Pekerjaan	-1,071	0,752	-0,138	0,159		
6. Kehilangan keluarga	-4,252	3,216	-0,123	0,190		
7. Kehilangan harta benda	-2,282	0,846	-0,274	0,009		

Dari hasil regresi linear ganda ini, variable yang mempunyai p value > 0,25 seperti, jenis kelamin dikeluarkan dari pemodelan satu persatu dimulai dari nilai p value yang terbesar, dan dengan menggunakan metode backward sehingga pemodelan seperti tabel 5.17 dibawah ini:

Tabel 5.17 Faktor Yang mempengaruhi Pengetahuan tentang PTSD individu dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78) (2)

Karakteristik responden	B	SE	Beta	p-value	Sig.	R Square
1. CBT	4,001	0,721	0,517	0,000		
2. Kehilangan harta benda	-2,185	0,772	0,263	0,006	0,000	0,358

Berdasarkan hasil tabel 5.17 dapat diketahui bahwa CBT dan kehilangan harta benda mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan tentang PTSD individu dengan PTSD (p-value < 0,05). Nilai R square sebesar 0,358 menunjukkan bahwa ada sekitar 35,8% pengaruh CBT dan kehilangan harta benda terhadap pengetahuan tentang PTSD individu dengan PTSD setelah dikontrol oleh variabel lain.

5.3.2 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Mengatasi PTSD Pada Individu Dengan PTSD

Untuk mengetahui faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD dianalisis dengan menggunakan regresi linear ganda dan hasilnya tercantum dalam tabel 5.18.

Tabel 5.18 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Mengatasi PTSD Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78) (1)

Karakteristik responden	B	SE	Beta	Sig.	p-value	R Square
1. CBT	-15,297	2,540	-0,569	0,000		
2. Usia	0,040	0,115	0,034	0,729		
3. Jenis kelamin	-2,696	2,640	-0,100	0,311		
4. Pendidikan	-1,894	3,397	-0,054	0,579	0,000	0,397
5. Pekerjaan	5,651	2,689	0,210	0,039		
6. Kehilangan keluarga	-16,597	11,500	-0,139	0,153		
7. Kehilangan harta benda	7,796	3,024	0,271	0,012		

Dari hasil regresi linear ganda ini, variabel yang mempunyai p value > 0,25 seperti usia, jenis kelamin, dan pendidikan dikeluarkan dari pemodelan satu persatu dimulai dari nilai p-value yang terbesar dan dengan menggunakan metode backward sehingga pemodelan seperti tabel 5.19 dibawah ini:

Tabel 5.19 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Mengatasi PTSD Pada Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78) (2)

Karakteristik responden	B	SE	Beta	p-value	Sig.	R Square
1. CBT	15,336	2,531	0,517	0,000	0,000	0,363
2. Kehilangan harta benda	7,333	2,735	0,255	0,009		

Berdasarkan hasil tabel 5.19 dapat diketahui bahwa CBT dan kehilangan harta benda berkontribusi yang signifikan terhadap

kemampuan mengatasi PTSD individu dengan PTSD (p -value $< 0,05$). Nilai R square sebesar 0,363 menunjukkan bahwa ada sekitar 54,1% berkontribusi CBT dan kehilangan harta benda terhadap kemampuan mengatasi PTSD individu dengan PTSD setelah dikontrol oleh variabel lain.

5.3.3 Faktor yang Berkontribusi terhadap Tanda dan Gejala PTSD pada Individu dengan PTSD

Untuk mengetahui faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan mengatasi PTSD individu dengan PTSD dianalisis dengan menggunakan regresi linear ganda dan hasilnya tercantum dalam tabel 5.20.

Tabel 5.20 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Tanda dan Gejala PTSD pasca gempa Di Kelurahan Air tawar Barat Tahun 2010 (n=78) (1)

Karakteristik responden	B	SE	B	Sig.	p-value	R Square
1. CBT	17,495	2,985	0,530	0,000		
2. Usia	-0,244	0,235	-0,170	0,076		
3. Jenis kelamin	-2,916	3,102	-0,088	0,350		
4. Pendidikan	-5,755	3,991	-0,134	0,154	0,000	0,448
5. Pekerjaan	7,704	3,159	0,233	0,017		
6. Kehilangan keluarga	-20,247	13,514	-0,138	0,139		
7. Kehilangan harta benda	15,662	3,553	0,443	0,000		

Dari hasil regresi linear ganda ini, variable yang mempunyai p value $> 0,25$ seperti jenis kelamin dikeluarkan dari pemodelan satu persatu dimulai dari nilai p value yang terbesar dan dengan menggunakan metode backward sehingga pemodelan seperti tabel 5.21 dibawah ini:

Tabel 5.21 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Tanda Dan Gejala PTSD Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78) (2)

Karakteristik responden	B	SE	Beta	p-value	Sig.	R Square
1. CBT	16,972	2,985	0,514	0,000		
2. Pekerjaan	6,824	3,059	0,207	0,029	0,000	0,425
3. Kehilangan harta benda	16,405	3,477	0,464	0,000		

Berdasarkan hasil tabel 5.21 dapat diketahui bahwa CBT, pekerjaan dan kehilangan harta benda mempunyai kontribusi yang signifikan terhadap tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD (p -value $< 0,05$). Nilai *R square* sebesar 0,425 menunjukkan bahwa ada sekitar 42,5% kontribusi CBT, pekerjaan dan kehilangan harta benda terhadap tanda dan gejala PTSD setelah dikontrol oleh variabel lain.

5.3.4 Hubungan Pengetahuan tentang PTSD dan Kemampuan Mengatasi PTSD terhadap Tanda dan Gejala PTSD terhadap pada Individu dengan PTSD

Untuk mengetahui apakah pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD berpengaruh terhadap tanda dan gejala PTSD maka dianalisis dengan menggunakan korelasi, dengan hasil yang tercantum pada tabel 5.22.

Tabel 5.22 Hubungan Pengetahuan Tentang PTSD Dan Kemampuan Mengatasi PTSD Terhadap Tanda Dan Gejala PTSD Pada Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat (n=78)

Karakteristik	Perubahan tanda dan gejala PTSD			
	Intervensi		Kontrol	
	r	p value	r	p value
1. Pengetahuan	-0,026	0,822	0,025	0,878
2. Kemampuan	0,777	0,000	0,374	0,019

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa pada kelompok yang mendapatkan CBT, hanya kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD mempunyai hubungan yang signifikan terhadap perubahan tanda dan gejala PTSD. Sedangkan untuk kelompok yang tidak mendapatkan CBT, hanya kemampuan untuk mengatasi PTSD saja yang memiliki hubungan signifikan terhadap perubahan tanda dan gejala PTSD. Untuk mengetahui faktor yang berkontribusi terhadap perubahan tanda dan gejala PTSD maka dianalisis dengan menggunakan regresi linear ganda, dengan hasil yang tercantum dalam tabel 5.23.

Tabel 5.23 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Tanda Dan Gejala PTSD Pada Individu Dengan PTSD Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)

Karakteristik responden	B	SE	Beta	p-value	Sig.	R Square
1. CBT	9,913	1,474	0,300	0,001		
2. Pengetahuan	-1,622	0,315	-0,381	0,000	0,000	0,712
3. Kemampuan	0,882	0,091	0,718	0,000		

Berdasarkan tabel 5.23 dapat diketahui bahwa CBT, pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD berkontribusi terhadap perubahan tanda dan gejala PTSD ($p\text{-value} < 0,05$). Nilai R square sebesar 0,712 menunjukkan bahwa ada sekitar 71,2% kontribusi CBT, pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD terhadap perubahan tanda dan gejala PTSD setelah dikontrol oleh variabel lain.

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil dari penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya; keterbatasan penelitian yang terkait dengan desain penelitian yang digunakan dan karakteristik sampel yang digunakan; dan selanjutnya akan dibahas pula tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) terhadap *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) responden pasca gempa di kelurahan Air Tawar Barat Propinsi Sumatera Barat. Mengetahui perbedaan PTSD pada responden pasca gempa yang mendapat CBT selama kurang lebih 5 minggu dengan PTSD pada responden pasca gempa yang tidak mendapatkan CBT.

Responden membutuhkan suatu informasi terkait respon stress pasca gempa dan bagaimana cara memberikan mengatasi respon tersebut yang, untuk itu diperlukan suatu terapi yang bisa memenuhi kebutuhan responden tentang reaksi stress pasca gempa dan cara bagaimana mengatasi reaksinya yaitu CBT.

6.1 Pengaruh CBT Terhadap Pengetahuan tentang PTSD pada Individu dengan PTSD

Hasil uji statistik menunjukkan rata-rata pengetahuan tentang PTSD individu dengan PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT meningkat secara bermakna ($p\text{-value} < 0,05$) dan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT uji statistik menunjukkan peningkatan yang tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,05$). Peningkatan pengetahuan tentang PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih tinggi secara bermakna jika dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT ($p\text{-value} < 0,05$).

Pengetahuan tentang PTSD merupakan bagian penting dalam proses perubahan perilaku seseorang. Komponen kognitif ini berkaitan erat dengan

pengetahuan yang dimiliki oleh individu tersebut. Pengetahuan berhubungan dengan segala sesuatu yang diketahui. Pengetahuan tersebut diperoleh melalui proses pembelajaran, budaya, pendidikan, dan pengalaman hidup lainnya. Aspek kognitif terkait dengan pemahaman seseorang terhadap suatu hal. Kemampuan menyerap informasi mempengaruhi kemampuan menyelesaikan masalah (Notoatmodjo, 2003). Berdasarkan hal tersebut pengetahuan tentang PTSD akan bisa terus meningkat jika dilakukan pendampingan secara berkala dan pemberian informasi terkait PTSD.

Peningkatan pengetahuan tentang PTSD pada penelitian ini disebabkan saat pelaksanaan CBT, dimana dalam proses terapi terjadi pertukaran informasi antara terapis dan responden tentang segala hal yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi individu yang mengakibatkan individu tersebut mengalami PTSD. Adanya proses saling berbagi informasi membuat responden mencari informasi yang tepat dari berbagai sumber yang tersedia. Proses ini berlangsung dalam terapi, dan akan terlihat pada sesi 1 dan sesi 2 yang membahas tentang terapi kognitif (FIK-UI, 2009). Sesi 1 adalah pengkajian, dimana didalam sesi tersebut akan menjelaskan tentang pikiran otomatis negatif yang dimiliki individu sampai dengan latihan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif. Pada sesi 2 akan membahas tentang pikiran otomatis negatif lain yang timbul dan juga latihan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut.

Menurut Revesz (1998, dalam Jalal & Supriyadi, 2001), proses belajar merupakan suatu proses, baik yang berupa pemindahan maupun penyempurnaan, sebagai proses, pendidikan akan melibatkan dan mengikutsertakan bermacam-macam komponen dalam rangka mencapai tujuan yang diharapkan. CBT yang dilaksanakan pada penelitian ini melibatkan berbagai macam proses, dimulai dari mengkaji apa saja permasalahan yang dimiliki, memberikan penjelasan mengapa hal tersebut bisa terjadi, dan bagaimana cara mengatasi. Selain itu metode yang digunakan tidak hanya berupa penjelasan, tapi lebih bersifat diskusi dan individu berpartisipasi aktif dalam diskusi tersebut. Adanya proses latihan,

demonstrasi dan redemonstrasi dalam terapi. Oleh karena itu pelaksanaan CBT mendukung peningkatan pengetahuan, pemahaman dan cara bertingkah laku guna memenuhi kebutuhan individu dengan PTSD untuk mengatasi masalah yang dihadapinya.

Pada CBT untuk individu dengan PTSD ada proses belajar yang dilalui oleh individu. Individu dengan PTSD akan belajar mengenai apa saja tanda PTSD yang mereka pelajari dan apa akibat dari tanda-tanda tersebut pada pikiran dan perilaku mereka. Dengan proses belajar maka pengetahuan individu dengan PTSD akan meningkat. Pengetahuan tentang PTSD yang harus dimiliki oleh individu yang menderita PTSD meliputi tentang pengetahuannya tentang tanda dan gejala yang akan dialami oleh seseorang yang menderita PTSD (Ross,1999). Dengan adanya pengetahuan akan tanda dan gejala PTSD, individu tersebut akan dapat menilai dirinya sendiri apakah dia menderita PTSD atau tidak, dan jika memang dia menderita PTSD diharapkan individu tersebut segera mencari bantuan dari tenaga kesehatan untuk mengatasi masalah yang dihadapinya agar dia dapat kembali dalam kondisi yang normal.

Terjadi peningkatan pengetahuan tentang PTSD pada kelompok intervensi sebesar 52,21% menjadi 76,31% dan pada kelompok control juga terjadi peningkatan dari 48,05% menjadi 50,31%. Peningkatan pengetahuan tentang PTSD individu dengan PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dengan nilai $p\text{-value} < 0,05$. Berarti terdapat perbedaan yang signifikan pengetahuan tentang PTSD responden antara kelompok yang mendapatkan CBT dibanding kelompok yang tidak mendapatkan CBT, hal tersebut menunjukkan pengetahuan tentang PTSD individu dengan PTSD dapat meningkat melalui CBT.

Pengetahuan yang bertambah pada individu yang menjalani CBT terjadi karena adanya proses restrukturisasi kognitif. Seperti yang dijelaskan oleh

Martin (2010) bahwa pada CBT, individu dengan PTSD akan mengubah proses berpikirnya, akan dimodifikasi cara berpikir individu tersebut, sehingga pada akhirnya terjadi perubahan proses kognitif menjadi lebih baik. Restrukturisasi kognitif pada CBT untuk PTSD ini akan terlihat pada sesi yang membahas terapi kognitif, yaitu sesi 1 dan sesi 2. Pada penelitian ditemukan berbagai macam pikiran otomatis negatif yang ditemukan pada individu, dan salah satu yang paling sering muncul adalah individu beranggapan bahwa hidup ini tidak berharga lagi, tidak memiliki harapan untuk masa depan. Pada CBT yang dilakukan pikiran otomatis negatif inilah yang harus dirubah, agar individu tersebut memiliki harapan dan kembali merasa bahwa hidup yang dijalannya saat ini berharga untuk dipertahankan. Dengan perubahan pikiran otomatis negatif menjadi pikiran yang positif, individu mampu mengatasi masalah yang muncul akibat pikiran negatif tersebut.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Susanti, Wardani, Khotimah, Natalia dan Nurillah (2009) menunjukkan bahwa CBT yang dilakukan pada penderita skizofrenia dengan ketidakpatuhan terhadap pengobatan ternyata memberikan perubahan yang signifikan terhadap persepsi penderita skizofrenia. CBT yang diberikan akan membantu pasien untuk mengkoreksi kepercayaan diri yang salah yang bisa berakibat pada munculnya perasaan dan pikiran negatif. Jadi dengan pemberian CBT, kepercayaan diri meningkat dan pikiran negatif yang muncul akan tergantikan dengan pikiran yang lebih positif.

Berdasarkan hasil yang diperoleh peneliti bahwa pada kelompok yang mendapatkan CBT akan menerima berbagai informasi tidak hanya tanda dan gejala PTSD tapi juga bagaimana penanganan segala masalah yang muncul jika seseorang individu menderita PTSD. Jadi individu tersebut tidak hanya bertambah saja pengetahuan tentang PTSD tapi juga memiliki pengetahuan apa yang harus dilakukan jika individu tersebut mengalami PTSD. Oleh karena itulah terjadi peningkatan pengetahuan tentang PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT. Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan

CBT hanya mendapatkan terapi generalis tentang PTSD, dan dari hasilnya ternyata terjadi peningkatan pengetahuan tentang PTSD pada individu tentang PTSD walaupun hanya sedikit. Hal ini bisa saja disebabkan karena pengetahuan yang diberikan masih belum cukup mengakomodasi kebutuhan individu dengan PTSD, sehingga pada saat dilakukan pos test ternyata ada yang mengalami penurunan terhadap pengetahuan tentang PTSD.

CBT pada PTSD akan mengajarkan individu untuk memahami masalah yang terlihat berlebihan, dipilah-pilah menjadi bagian yang lebih kecil, sehingga individu tersebut mampu melihat masalah tersebut menjadi lebih mudah, mampu melihat hubungannya satu sama lain dan bagaimana masalah tersebut mempengaruhi individu tersebut (*Royal College of Psychiatris, 2005*). Dengan CBT, individu dengan PTSD akan belajar untuk mengatasi masalah yang timbul, melihatnya dari sisi yang berbeda, memilah jadi bagian-bagian kecil sehingga individu tersebut bisa mencari jalan keluar dari masalah yang dihadapinya. Belajar melihat masalah dan pengaruhnya terhadap diri individu tersebut dengan cara yang lebih efektif akan meningkatkan kemampuannya dalam mengatasi masalah di waktu yang akan datang.

Hasil penelitian menunjukkan adanya selisih rata – rata pengetahuan tentang PTSD sebelum dengan sesudah dilakukan CBT ($p\text{-value} = 0,000 < 0,05$), hal tersebut menunjukkan peningkatan yang bermakna antara pengetahuan tentang PTSD individu dengan PTSD sebelum mendapatkan CBT dan setelah mendapatkan CBT. Hasil penelitian ini terjadi peningkatan pengetahuan tentang PTSD yang signifikan selama kurun waktu 5 minggu.

6.2 Pengaruh CBT Terhadap Kemampuan mengatasi PTSD Individu dengan PTSD

Hasil uji statistik menunjukkan rata-rata kemampuan mengatasi PTSD individu dengan PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT meningkat secara bermakna ($p\text{-value} < 0,05$) sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT terjadi penurunan yang tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,05$).

Hal ini menunjukkan bahwa dengan pemberian CBT akan terjadi peningkatan rata-rata kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD.

Kelompok yang mendapatkan CBT melakukan latihan untuk mengenali dan mengatasi pikiran yang mengganggu, serta berlatih untuk berpikir secara realistis sehingga tercipta keseimbangan emosi (Ross, 1999). Selain itu CBT pada individu dengan PTSD juga dilatih mekanisme koping adaptif secara terus menerus sehingga pada akhirnya klien yang mengalami masalah trauma akan terbiasa terhadap trauma yang dialaminya dan memiliki strategi koping yang efektif untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul dalam kehidupannya (Mills, Reiss, & Dombeck, 2008). Latihan mekanisme koping atau latihan mengatasi segala masalah yang muncul yang dilakukan dengan terus menerus akan membuat klien terbiasa menggunakan teknik pemecahan masalah yang lebih baik. Dengan latihan terus menerus klien akan terbiasa dan akan berperilaku secara otomatis menggunakan mekanisme koping yang efektif jika suatu saat nanti akan muncul masalah yang timbul akibat PTSD. Sehingga klien akan mampu mengenali dan akhirnya jika mengalami trauma, klien tidak akan menderita PTSD.

Pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT, kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD tidak dilatih dengan rutin sehingga proses pembelajaran terhadap kemampuan mengatasi reaksi yang terjadi setelah gempa tidak terjadi. Pada aspek kemampuan mengatasi PTSD terjadi penurunan yang tidak bermakna, padahal menurut teori kemampuan dapat meningkat jika dilatih dan dikerjakan secara berulang. Tetapi pada kelompok yang tidak mendapat CBT individu tidak mendapat informasi bagaimana cara mempraktikkan penyelesaian masalah dan mengatasi reaksi stress yang timbul setelah gempa. Selain itu jika hal ini dibiarkan, bisa saja akan menimbulkan masalah. Karena kemampuan mengatasi PTSD makin menurun, bisa saja nanti pada akhirnya akan menimbulkan masalah, seperti PTSD yang dialami oleh individu pada kelompok akan menetap atau bahkan kemungkinan yang terburuk adalah masalah PTSD akan berubah mengganggu kehidupan

individu dan akan mengalami masalah gangguan mental. Hal inilah yang menjadi dasar tidak signifikannya perubahan kemampuan mengatasi PTSD pada individu pada kelompok yang tidak mendapat CBT.

Belajar merupakan serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk memperoleh suatu perubahan perilaku sebagai hasil dari pengalaman individu berinteraksi dengan lingkungan (Djamarah, 2008). Hal ini menunjukkan jika suatu proses belajar akan memberikan suatu pengalaman yang berarti bagi seseorang dengan lingkungan dan dia juga bisa mengambil apa saja yang dipelajarinya akibat berinteraksi dengan lingkungannya. Sehingga proses interaksi dengan lingkungan akan membawa perubahan pada individu tersebut apakah pengetahuan, perilaku atau berkaitan dengan afektinya. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, bahwa dalam CBT individu akan belajar berbagai macam hal, dimulai dari mengenali masalah yang dialaminya terkait dengan PTSD, mempelajari cara mengatasi masalah tersebut, sampai juga dengan belajar bagaimana praktek secara langsung mengatasi masalah yang dialaminya dan diaplikasikan langsung dengan lingkungannya. Sehingga diharapkan dengan proses belajar yang kompleks ini, individu tersebut memiliki kemampuan yang baik dikemudian hari jika berhadapan dengan stressor yang sama.

Terjadi peningkatan kemampuan mengatasi PTSD pada kelompok intervensi dari 45,3% menjadi 72,78% sedangkan pada kelompok kontrol dari 49,37% turun menjadi 45,68%. Dari nilai perubahan yang terlihat dapat kita simpulkan bahwa terjadi peningkatan yang signifikan pada kelompok yang mendapatkan CBT. Dengan CBT, kemampuan mengatasi PTSD individu dengan PTSD jauh berubah menjadi lebih baik, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT malah terjadi penurunan kemampuan mengatasi PTSD. Hal ini didukung dengan proses pelaksanaan CBT yang menekankan pada kemampuan responden dalam melatih cara berpikir dan berperilaku positif. Individu diberi pengetahuan dan latihan yang terstruktur dan konsisten sesuai dengan modul CBT. Responden diberikan contoh

bagaimana mengidentifikasi pikiran otomatis negatif, latihan cara mengatasi pikiran otomatis negatif, mengidentifikasi perilaku positif dan melatih perilaku positif untuk mengatasi perilaku negatif yang telah diajarkan selama CBT.

Domain psikomotor merupakan tindakan yang dapat dilihat dan diukur sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki responden (Bloom, 1956, dalam Potter & Perry, 2005). Untuk mengubah perilaku terlebih dahulu dilakukan untuk mengubah pikiran (kognitif). Perubahan perilaku dapat dilakukan dengan menggunakan kekuatan/ kekuasaan/ dorongan, pemberian informasi, dan diskusi partisipan (Notoadmodjo, 2003). Pada CBT perubahan perilaku memang dapat diukur. Perubahan ini dapat kita lihat pada setiap sesi yang dijalankan. Pada setiap sesi ada instrument yang bisa mengukur kemampuan yang dimiliki oleh individu, jika individu tersebut sudah mampu mengaplikasikan apa yang dipelajari dari sesi terapi, maka individu bisa pindah lanjut pada sesi berikutnya. Tapi jika berdasarkan penilaian individu tersebut belum mampu, maka dia akan mengulang sesi yang sama pada pertemuan berikutnya. Penilaian dilakukan oleh terapis.

Berdasarkan hasil yang diperoleh menurut peneliti proses belajar terjadi karena selama proses terapi pada setiap sesi pertemuan, individu dilatih suatu kemampuan dalam mengatasi masalah yang dihadapinya. Selain latihan pada setiap sesi pertemuan, klien juga harus berlatih secara mandiri tanpa adanya pengawasan dari terapis. Oleh karena itu, maka terjadi peningkatan kemampuan mengatasi PTSD yang signifikan pada kelompok yang menerima CBT. Sedangkan pada kelompok yang tidak menerima CBT, hanya menerima terapi generalis untuk PTSD. Kelompok ini juga ada menerima latihan kemampuan untuk mengatasi masalah yang timbul, tapi hanya sebatas strategi koping untuk mengatasi masalah yang ada, seperti napas dalam dan relaksasi. Kadang strategi koping ini tidak membantu klien untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapinya, dan kadang hanya bisa menolong untuk masalah yang ringan saja.

Hasil penelitian menunjukkan adanya selisih rata – rata kemampuan mengatasi PTSD sebelum dengan sesudah dilakukan CBT ($p\text{-value} = 0,000 < 0,05$), hal tersebut menunjukkan peningkatan yang bermakna antara kemampuan mengatasi PTSD individu dengan PTSD sebelum mendapatkan CBT dan setelah mendapatkan CBT. Hasil penelitian ini terjadi peningkatan kemampuan mengatasi PTSD yang signifikan selama kurun waktu 5 minggu. Kemampuan mengatasi PTSD responden dalam latihan cara mengatasi masalah yang timbul perlu dilatih secara terus menerus sehingga didapatkan hasil yang optimal. Pada saat penelitian semua responden mendapatkan kesempatan untuk melakukan demonstrasi latihan berpikir dan berperilaku positif.

Menurut Mills (1977) pembelajaran keterampilan akan efektif bila dilakukan dengan menggunakan prinsip belajar sambil mengerjakan (*learning by doing*). Pada penelitian, terapi yang dilakukan melibatkan proses belajar, tidak hanya kognitif tapi juga dengan psikomotor. Jadi individu belajar dan langsung dengan mempraktekannya. Dengan cara tersebut, proses pembelajaran akan menjadi lebih efektif, karena langsung dipraktekkan. Pada CBT untuk PTSD pada setiap sesi setelah belajar pasti adalah demonstrasi dan redemonstrasi oleh individu. Hal ini dilakukan sampai individu tersebut mampu melakukannya tanpa bimbingan terapis dan secara mandiri. Lebih lanjut dalam penelitian itu dilaporkan bahwa pengulangan saja tidak cukup menghasilkan kemampuan yang meningkat, namun diperlukan umpan balik yang relevan yang berfungsi untuk memantapkan kebiasaan. Umpan balik seperti pujian akan keberhasilan individu akan meningkatkan dan mendorong individu untuk tetap menerapkan kemampuan yang sudah dimilikinya.

Pada kemampuan untuk mengatasi PTSD, individu diajarkan tentang suatu strategi koping. Tull (2008), menjelaskan bahwa pada CBT untuk PTSD ini individu akan memperoleh kepercayaan diri untuk menhadasi kecemasan dan ketakutan yang bersumber dari pengalaman traumatis, yaitu dengan cara *stress inoculating training*, salah satunya adalah *deep breathing* dan *muscle*

relaxation. Epigee (2009) juga menjelaskan bahwa dengan *stress inoculating training*, individu akan belajar bagaimana memutuskan pikiran negatif dan membayangkan hal-hal yang positif. Pada CBT klien akan diajarkan mekanisme koping untuk mengatasi masalah yang dialami, seperti kecemasan, jantung berdebar dengan teknik relaksasi. Diharapkan perilaku ini akan membudaya, jika individu mengalami masalah yang sama, dia akan secara otomatis menggunakan mekanisme koping yang sudah diajarkan.

Individu mempunyai kemampuan untuk beradaptasi, mencari jalan keluar atas masalah yang dialami dan memiliki otonomi untuk menentukan cara untuk mengatasi masalah tersebut. Dalam pelaksanaan CBT pemberian informasi terkait PTSD dan cara mengatasi masalah yang ditimbulkannya dilakukan dan dilanjutkan dengan memberikan contoh responden tentang cara mengidentifikasi pikiran otomatis negatif, melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut, dan sampai pada melatih perilaku positif untuk mengganti perilaku negatif yang ada. Pemberdayaan responden secara langsung yang didukung pengetahuan yang cukup dan sikap positif maka akan meningkatkan kemampuan responden untuk melakukan latihan pikiran positif dan latihan perilaku positif (kemampuan mengatasi PTSD). Pelaksanaan CBT pada responden mempengaruhi kemampuan mengatasi PTSD responden dalam mengatasi masalah yang dialaminya. Perilaku yang didasari pengetahuan akan mampu bertahan dalam waktu yang lebih lama.

6.3 Pengaruh CBT Terhadap PTSD pada Individu dengan PTSD

Hasil uji statistik menunjukkan rata-rata perubahan tanda dan gejala PTSD yang bermakna pada individu dengan PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT ($p\text{-value} < 0,05$). Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT terjadi perubahan tapi tidak bermakna secara signifikan ($p\text{-value} > 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa pada kelompok yang mendapatkan CBT akan mengalami penurunan tanda dan gejala PTSD secara signifikan.

Penelitian yang dilakukan oleh Bryant, Sackille, Dang, Moulds & Guthrie (1999) menunjukkan bahwa CBT memang terbukti efektif dalam menurunkan tanda dan gejala PTSD. Menurut NICE (2005) CBT merupakan salah satu jenis dari terapi yang bisa membantu individu dengan PTSD untuk mengatasi masalah-masalah atau reaksi yang timbul setelah mengalami peristiwa traumatis. CBT bertujuan untuk memodifikasi fungsi berpikir, perasaan dan bertindak dengan menekankan pada fungsi otak dalam menganalisa, memutuskan dan sampai pada merubah perilaku yang negative menjadi perilaku positif. CBT perlu dilakukan untuk membantu individu dengan PTSD untuk mengatasi permasalahannya yang dialami (Martin, 2010).

Berdasarkan hasil yang diperoleh peneliti bahwa perubahan tanda dan gejala PTSD pada penelitian ini disebabkan saat dilaksanakan CBT dimana setiap individu akan menceritakan dan berbagi masalah yang dialaminya terkait dengan pengalaman traumatis yang dirasakan dengan terapis. Adanya proses identifikasi masalah ini akan memudahkan individu dengan PTSD dan terapis untuk mencari jalan keluar dari masalah yang dihadapi yang sesuai dengan kebutuhan individu. Perlunya individu mengetahui apa masalah yang sebenarnya dialaminya akan memberikan pengetahuan pada individu dengan PTSD untuk memahami apa sebenarnya yang dia alami. Pemahaman yang terbangun akan memudahkan dalam pemilihan dan latihan cara mengatasi masalah yang dialami. Keterlibatan individu dalam proses terapi ini sangat diperlukan karena penyelesaian masalah yang akan ditetapkan haruslah sesuai dengan masalah dan kebutuhan individu tersebut.

Terjadi penurunan PTSD pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah CBT dari 57,89% dan turun menjadi 29,16%, sedangkan pada kelompok kontrol dari 50,7% lalu turun menjadi 48,29%. Perubahan tanda dan gejala PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi kelompok terapeutik dengan nilai $p\text{-value} < 0,05$. Berarti terdapat perbedaan yang signifikan tanda dan gejala PTSD antara kelompok yang dilakukan CBT

dibanding kelompok yang tidak dilakukan CBT, hal tersebut menunjukkan perubahan tanda dan gejala PTSD pada penduduk pasca gempa dapat menurun melalui pembentukan CBT.

Menurut Epigee (2009) CBT yang dilakukan untuk mengganti kekhawatiran dan kecemasan dengan emosi yang lebih positif dan produktif tentang cara berpikir responden. Dalam penelitian ini CBT dilakukan pada individu yang mengalami PTSD akibat mengalami peristiwa traumatis yaitu gempa pada bulan September tahun 2009. Pengalaman traumatis akan menimbulkan berbagai macam emosi dan kecemasan, dan ini akan berakibat pada timbulnya pikiran-pikiran negatif dan akan dimanifestasikan dalam perilaku yang negatif dalam kehidupannya. Pemberian CBT akan mengubah semua kecemasan dan emosi yang dialami individu terkait dengan peristiwa traumatis, sehingga individu mampu mengatasi perasaan dan berbagai emosi yang timbul sehingga tidak menimbulkan perilaku maladaptif.

Penelitian yang dilakukan oleh Shooshtary, Pananghi dan Moghadam (2008) menyebutkan bahwa CBT yang dilakukan pada korban bencana alam secara signifikan menurunkan tanda dan gejala PTSD yang dialami oleh korban bencana alam tersebut. Pemberian CBT akan membuat individu meningkatkan toleransi individu dalam menghadapi peristiwa trauma, memiliki strategi pemecahan masalah yang lebih efektif jika pada masa kemudian individu tersebut mengalami masalah yang sama.

CBT dapat menurunkan tanda dan gejala PTSD sesuai dengan tujuan CBT adalah memutuskan hubungan negatif yang tercipta antara pikiran dan perilaku (Parsons, 2009) sehingga diharapkan pada akhirnya dengan putusya hubungan antara pikiran dan perilaku negative maka secara keseluruhan cara berpikir dan berperilaku individu dengan PTSD tidak menagalah pada hal yang maladaptif.

Ada pengaruh CBT terhadap tanda dan gejala PTSD, pada individu dengan PTSD di kelurahan Air tawar Barat Kecamatan Padang Utara tahun 2010. Hal didukung adanya peningkatan yang bermakna selisih tanda dan gejala PTSD, pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD pada responden pasca gempa antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah intervensi *CBT* ($p\text{-value} < 0,05$).

Penelitian yang dilakukan oleh Gillespie, Duffy, Hackmann dan Clack (2002), dimana riset yang dilakukan terhadap individu yang menderita PTSD akibat mengalami kejadian peledakan bom. Terjadi penurunan tanda dan gejala PTSD yang signifikan pada individu yang menerima CBT dibandingkan dengan individu yang tidak menerima CBT (Maercker, Zollner, Menning, Robe, & Karl, 2006). Ini membuktikan bahwa dengan CBT akan membantu individu dengan PTSD untuk mengurangi tanda dan gejala PTSD yang dialaminya. Terapi ini akan membantu individu dalam mengatasi segala perubahan yang terjadi akibat pengalaman traumatis yang dialaminya, sehingga pada akhirnya diharapkan dengan berkurangnya tanda dan gejala PTSD yang dimiliki oleh individu, dia akan mampu berinteraksi dengan lingkungannya kembali dan menjalankan fungsinya sebagai individu yang normal tanpa ada hambatan.

6.4 Pengaruh Pengetahuan tentang PTSD dan Kemampuan Mengatasi PTSD terhadap PTSD

Hasil uji statistik pada penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT memiliki pengaruh dalam mengatasi atau mengurangi tanda dan gejala PTSD ($p\text{-value} < 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD akan mempengaruhi perubahan terhadap tanda dan gejala PTSD.

Hal ini bisa saja disebabkan bahwa perubahan tanda dan gejala PTSD dipengaruhi oleh pengetahuan dan juga dengan kemampuan yang dimiliki.

Seperti yang telah dijelaskan oleh Reves (1998, dalam Jalal & Supriyadi, 2001), bahwa proses belajar merupakan suatu proses, baik yang berupa pemindahan maupun penyempurnaan, sebagai proses, pendidikan akan melibatkan dan mengikutsertakan bermacam-macam komponen dalam rangka mencapai tujuan yang diharapkan. Sehingga dengan adanya proses belajar, maka pengetahuan yang dimiliki oleh individu akan bertambah dan bisa juga mempengaruhi perilakunya.

Minimnya pengetahuan tentang tanda dan gejala PTSD yang diperoleh oleh individu akan mempengaruhi tanda dan gejala PTSD yang dimilikinya. Pada penelitian ditemukan bahwa sebelum dilakukan terapi, individu dengan PTSD beranggapan bahwa masalah-masalah yang dialaminya setelah peristiwa gempa adalah hal yang biasa, walaupun hal tersebut mengganggu aktivitas mereka sehari-hari. Karena ketidaktahuan itulah, individu dengan PTSD tidak berusaha untuk mencari jalan keluar dari masalah yang dihadapinya.

Menurut Bloom (1979) berpendapat bahwa ranah psikomotor berhubungan dengan hasil belajar yang pencapaiannya melalui keterampilan. Singer (1972) menambahkan bahwa kemampuan yang berkaitan dengan psikomotor adalah kemampuan yang lebih beorientasi pada gerakan dan menekankan pada reaksi-reaksi fisik dan keterampilan tangan. Keterampilan itu sendiri menunjukkan tingkat keahlian seseorang dalam suatu tugas atau sekumpulan tugas tertentu. Sejalan dengan pendapat ahli di atas, bahwa kemampuan seseorang akan menjadi lebih baik jika didukung dengan hasil belajar apalagi yang ditunjang dengan keterampilan.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa dengan berpengaruhnya pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD terhadap tanda dan gejala PTSD, menunjukkan bahwa sangat penting untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan tentang PTSD agar individu tersebut bisa mengenal dan mengatasi jika dia mengalami masalah berkaitan dengan pengalaman traumatic atau PTSD. Dengan pengetahuan dan kemampuan yang baik,

diharapkan jika suatu saat nanti individu tersebut mengalami kejadian apa saja yang bersifat traumatis, diharapkan individu tersebut mampu mengatasi segala masalah yang timbul akibat kejadian traumatis tersebut secara mandiri dan mampu *recovery* dan kembali pada kondisi sebelumnya.

6.5 Faktor yang berkontribusi terhadap pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD dan PTSD pada responden pasca gempa

Hasil penelitian menunjukkan ada kontribusi karakteristik responden terhadap tanda dan gejala PTSD, pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD pada responden pasca gempa. Hal ini membuktikan bahwa tanda dan gejala PTSD, pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD pada responden pasca gempa dapat dilatih dengan intervensi yang baik salah satunya adalah CBT.

6.5.1 Faktor yang berkontribusi terhadap pengetahuan tentang PTSD

6.5.1.1 CBT

Hasil penelitian menunjukkan CBT berkontribusi terhadap pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD. CBT merupakan suatu terapi yang akan memperbaiki perilaku melalui pendekatan restrukturisasi kognitif (Martin, 2010). Hal ini menunjukkan bahwa dengan adanya CBT terjadi modifikasi pada domain kognitif individu, sehingga pengetahuan individu tersebut menjadi bertambah. Konsep kognitif dari PTSD adalah menekankan pada pentingnya proses berpikir yang akan mempengaruhi sebagian atau seluruh psikopatologi dari reaksi abnormal dari post-trauma (Yulle, 1999). Oleh karena itulah CBT akan mempengaruhi bagaimana pengetahuan individu tersebut. Dengan pelaksanaan CBT pada individu yang mengalami PTSD, pengetahuan tentang PTSD akan meningkat. Pengetahuan yang meningkat pada akhirnya akan membuat individu berusaha untuk mengatasi masalah yang diatasinya, sehingga diharapkan individu tersebut tidak menderita PTSD lagi.

6.5.1.2 Faktor kehilangan harta benda

Hasil penelitian menunjukkan kehilangan harta benda berkontribusi terhadap pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD. Kehilangan yang dialami oleh seseorang akan membuat individu tersebut mengalami ketegangan. Kehilangan harta benda seperti rumah akan membuat individu akan merasa cemas dan takut untuk menjalani kehidupan selanjutnya. Suliswati, dkk (2005) menyebutkan bahwa ketegangan dalam kehidupan yang dapat menimbulkan perasaan tidak aman, ketakutan dan kecemasan salah satunya diantaranya adalah akibat peristiwa traumatik individu seperti peristiwa bencana. Kehilangan harta benda akan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Bahwa pengetahuan individu yang mengalami kehilangan harta benda akan lebih rendah dengan individu yang tidak mengalami kehilangan harta benda. Karena kehilangan harta benda akan menyebabkan munculnya stressor baru yang bisa menghambat peningkatan pengetahuan individu.

6.5.2 Faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan mengatasi PTSD

6.5.2.1 CBT

Hasil penelitian menunjukkan CBT berkontribusi terhadap kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD. Menurut Epigee (2009), bahwa CBT merupakan intervensi yang dirancang sedemikian rupa agar bisa merubah cara berpikir dan memahami perilaku sehingga mengurangi frekuensi reaksi negative dan emosi yang mengganggu. Selain itu Martin (2010) menyebutkan bahwa CBT merupakan terapi psikososial yang mengintegrasikan modifikasi perilaku dengan pendekatan modifikasi kognitif. Sehingga dengan CBT diharapkan terjadi perubahan perilaku individu dari perilaku negatif menjadi perilaku adaptif dan pada akhirnya perilaku yang diterapkan

tersebut bisa mengatasi PTSD yang dialami oleh individu tersebut.

6.5.2.2 Kehilangan harta benda

Hasil penelitian menunjukkan kehilangan harta benda berkontribusi terhadap kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD. Suliswati, dkk (2005) menyebutkan bahwa ketegangan dalam kehidupan yang dapat menimbulkan perasaan tidak aman, ketakutan dan kecemasan salah satunya diantaranya adalah akibat peristiwa traumatik individu seperti peristiwa bencana. Kehilangan harta benda akan mempengaruhi kemampuan individu untuk beradaptasi. Individu yang kehilangan akan lebih lama terjadi peningkatan kemampuannya. Hal ini berbeda dengan hasil yang diperoleh dari penelitian. Bahwa kemampuan untuk mengatasi PTSD pada individu yang mengalami kehilangan harta benda akan lebih tinggi dengan individu yang tidak mengalami kehilangan harta benda. Karena kehilangan harta benda akan memicu timbulnya motivasi untuk segera memperbaiki kondisi yang kurang. Motivasi tersebutlah yang akan meningkatkan kemampuan individu untuk mengatasi segala masalah.

6.5.3 Faktor yang berkontribusi PTSD

6.5.3.1 CBT

Hasil penelitian menunjukkan bahwa CBT ternyata berkontribusi terhadap perubahan tanda dan gejala PTSD. seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, bahwa dengan CBT akan terjadi proses pemutusan hubungan negatif yang tercipta antara pikiran dan perilaku negative (Parsons, 2009). Jika hubungan antara pikiran dan perilaku negative sudah terputus maka tidak akan ada lagi pikiran negatif dan perilaku negatif yang terlihat yang merupakan manifestasi dari tanda dan gejala PTSD. Tanda

dan gejala PTSD ini dapat ditemukan pada pikiran dan juga akan muncul pada perilaku. Jika pikiran dan perilaku sudah adaptif maka tanda dan gejala PTSD ini akan menghilang. Seperti yang dikemukakan oleh Shooshtary, Panaghi dan Moghadam (2007) di Iran dan penelitian Bryant, Sackville, Dang, Moulds, & Guthrie, (1999) menunjukkan bahwa CBT terbukti efektif dalam mengurangi tanda dan gejala PTSD pada individu yang mengalami PTSD. Hasil yang tidak jauh berbeda juga ditemukan oleh Gillespie, Duffy, Hackmann dan Clack (2002), dimana riset yang dilakukan terhadap individu yang menderita PTSD akibat mengalami kejadian peledakan bom. Terjadi penurunan tanda dan gejala PTSD yang signifikan pada individu yang menerima CBT dibandingkan dengan individu yang tidak menerima CBT (Maercker, Zollner, Menning, Robe, & Karl, 2006).

6.5.3.2 Faktor pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerjaan berkontribusi terhadap perubahan tanda dan gejala PTSD. Status pekerjaan responden berpengaruh terhadap tanda dan gejala PTSD, pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD pada responden pasca gempa. Tarwoto dan Wartolah (2003) menjelaskan jika status pekerjaan akan mempengaruhi timbulnya stres dan lebih lanjut dapat mencetuskan terjadinya perasaan tidak aman. Individu yang memiliki pekerjaan akan lebih lambat terjadi peningkatan kemampuan mengatasi PTSD dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki pekerjaan. Karena individu dengan pekerjaan, memiliki banyak stresor selain dari pekerjaan, kehidupan di rumah atau masalah dengan lingkungan. Sedangkan individu yang tidak memiliki pekerjaan memiliki stresor yang lebih sedikit, sehingga mereka bisa fokus pada hal yang memang menjadi masalah dan hal ini akan berpengaruh pada penurunan tanda dan gejala PTSD.

6.5.3.3 Faktor kehilangan harta benda

Hasil penelitian menunjukkan kehilangan harta benda berkontribusi terhadap tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD. Kehilangan yang dialami oleh seseorang akan membuat individu tersebut mengalami ketegangan. Kehilangan harta benda seperti rumah akan membuat individu akan merasa cemas dan takut untuk menjalani kehidupan selanjutnya. Suliswati, dkk (2005) menyebutkan bahwa ketegangan dalam kehidupan yang dapat menimbulkan perasaan tidak aman, ketakutan dan kecemasan salah satunya diantaranya adalah akibat peristiwa traumatik individu seperti peristiwa bencana. Kehilangan harta benda akan mempertinggi angka tanda dan gejala PTSD. Makin banyak stressor yang dimiliki terutama kehilangan harta benda, seperti rumah akan mempertinggi tanda dan gejala PTSD pada individu.

6.6 Keterbatasan penelitian

Dalam setiap penelitian tentu memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai ancaman meliputi : keterbatasan instrument, keterbatasan variabel dan keterbatasan hasil.

6.6.1 Proses Pelaksanaan Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti sebelumnya hanya melakukan penelitian sendiri dan dibantu oleh mahasiswa S1 Keperawatan Unand. Dalam proses pengumpulan data, peneliti tidak melakukan interrater reability, sehingga ini bisa berpengaruh terhadap pengisian kuisisioner yang diisi oleh responden. Peneliti hanya memberikan penjelasan tentang apa kegiatan dan bagaimana proses pelaksanaan pengambilan data. Interrater reability seharusnya dilakukan karena pengambilan data dilakukan oleh beberapa orang, agar hasil yang didapatkan tidak jauh berbeda antara satu pengumpul data dengan pengumpul data lainnya.

Pelaksanaan penelitian karena berhubungan langsung dengan individu dan dilaksanakan di rumah individu dan terjadi beberapa gangguan mulai dari suasana yang gaduh, banyak terjadi distorsi karena anggota keluarga lain sibuk dengan urusannya masing-masing atau bahkan gangguan dari anak responden sendiri sehingga peneliti melibatkan anggota keluarga yang ada untuk membantu mengajak anak bermain sedangkan peneliti fokus pada responden tanpa mereka harus khawatir terhadap anaknya.

Selain itu dari hasil *screening* yang didapatkan bahwa sebagian dari kuisioner yang disebar, penduduk mengalami PTSD. sedangkan sampel yang diambil sangat kecil, sehingga perlu dimodifikasi lagi teknik pengambilan sampel sehingga kualitas dari data bisa mewakili seluruh data yang ada. Diharapkan sampel yang diambil dapat mewakili prevalensi yang ditemukan pada saat *screening*, agar pada saat pengambilan kesimpulan hal ini bisa mewakili seluruh dari data yang ada.

6.7 Implikasi Hasil Penelitian.

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh CBT terhadap kemampuan responden dalam mengatasi PTSD pasca gempa di kelurahan Air Tawar Barat Propinsi Sumatera Barat.

Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

6.7.1 Pelayanan Keperawatan jiwa di puskesmas

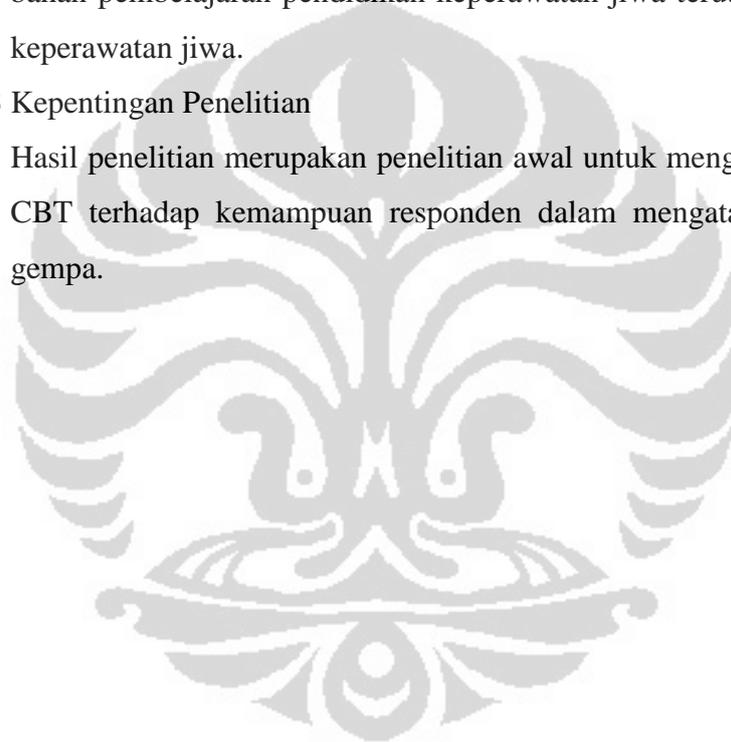
Pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di puskesmas dapat menerapkan CBT terhadap individu dengan PTSD. Memasukkan kegiatan CBT dalam program kesehatan jiwa yang ada di Puskesmas. Karena CBT dapat dilakukan oleh siapa saja, asalkan sudah terlatih maka diharapkan petugas Puskesmas mendapat pelatihan untuk dapat memberikan intervensi keperawatan generalis dan CBT pada individu dengan PTSD.

6.4.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh CBT terhadap PTSD pasca gempa sebagai bentuk intervensi yang dapat diberikan kepada individu yang beresiko dengan karakteristik yang sama. Hasil penelitian ini akan memperkaya penelitian tentang CBT yang sudah dilakukan sebelumnya untuk kelompok gangguan. Hasil penelitian ini dapat menambah keilmuan terapi bagi perawat khususnya mata ajar keperawatan jiwa tentang CBT merupakan bentuk terapi pada individu kelompok resiko dalam upaya mengatasi masalah kesehatan dan dapat diberikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa terutama pada terapi keperawatan jiwa.

6.4.3 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian merupakan penelitian awal untuk mengetahui pengaruh CBT terhadap kemampuan responden dalam mengatasi PTSD pasca gempa.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan pembahasan hasil penelitian yang berhubungan dengan bab sebelumnya, maka dapat ditarik simpulan dan saran sebagai berikut:

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Jumlah penduduk yang menderita PTSD di RW 3 sebanyak 55,67% (457 orang) dan RW 11 sebanyak 57,57% (133 orang).
- 7.1.2 Karakteristik individu dengan PTSD rata-rata berusia 35,38 tahun, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, mayoritas memiliki tingkat pendidikan tinggi, namun banyak yang tidak bekerja, tidak ada yang mengalami cacat fisik, kehilangan anggota keluarga cenderung sedikit sekali yang mengalaminya, seluruh responden terpapar atau mengalami kejadian gempa, dan sebagian besar mengalami kehilangan harta benda.
- 7.1.3 Pengetahuan tentang PTSD sebelum dilakukan CBT sebesar pada kelompok intervensi 52,21% dan sesudah CBT meningkat menjadi 76,31%, kemampuan mengatasi PTSD sebelum CBT pada kelompok intervensi sebesar 45,3% dan sesudah CBT meningkat 72,78%, dan PTSD sebelum dilakukan CBT pada kelompok intervensi sebesar 57,89% sesudah CBT menurun menjadi 29,16%.
- 7.1.4 Perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT meningkat secara bermakna sebelum dan sesudah intervensi, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT meningkat tapi tidak bermakna.
- 7.1.5 Selisih perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT
- 7.1.6 Perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada kelompok yang mendapatkan dan tidak mendapatkan CBT sesudah intervensi berbeda secara bermakna.

- 7.1.7 Perbedaan kemampuan mengatasi PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT meningkat secara bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT menurun tapi tidak bermakna.
- 7.1.8 Selisih perbedaan kemampuan mengatasi PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT
- 7.1.9 Perbedaan kemampuan mengatasi PTSD pada kelompok yang mendapatkan dan tidak mendapatkan CBT berbeda secara bermakna sesudah intervensi.
- 7.1.10 Perbedaan PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT menurun secara bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT menurun tapi tidak bermakna.
- 7.1.11 Selisih perbedaan PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT
- 7.1.12 Perbedaan PTSD pada kelompok yang mendapatkan dan tidak mendapatkan CBT berbeda secara bermakna sesudah intervensi.
- 7.1.13 Faktor yang berkontribusi terhadap pengetahuan tentang PTSD adalah CBT dan kehilangan harta benda.
- 7.1.14 Faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan mengatasi PTSD adalah CBT dan kehilangan harta benda.
- 7.1.15 Faktor yang berkontribusi terhadap PTSD adalah CBT, umur, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan dan kehilangan harta benda.

7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian terhadap upaya peningkatan kemampuan dalam merawat individu dengan PTSD pasca gempa.

7.2.1 Aplikasi keperawatan

- 7.2.1.1 Pihak Puskesmas Air Tawar menetapkan CBT sebagai salah satu program dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya untuk klien dengan PTSD pasca gempa karena wilayah Sumatera Barat adalah salah satu daerah yang rawan bencana.
- 7.2.1.2 Organisasi profesi melalui Kolegium Pendidikan Keperawatan Jiwa menetapkan CBT sebagai salah satu kompetensi dari perawat spesialis keperawatan jiwa.
- 7.2.1.3 Peneliti dalam hal ini mahasiswa S2 Keperawatan Jiwa melakukan sosialisasi mengenai hasil penelitian tentang CBT kepada pihak Puskesmas Air Tawar Kecamatan Padang Utara.
- 7.2.1.4 Praktek mandiri perawat spesialis jiwa dengan menggunakan pedoman CBT melakukan pendidikan kesehatan dan tindakan keperawatan yang terkait pada penduduk yang mengalami masalah PTSD sebagai aplikasi nyata dalam mengatasi masalah PTSD pasca gempa.

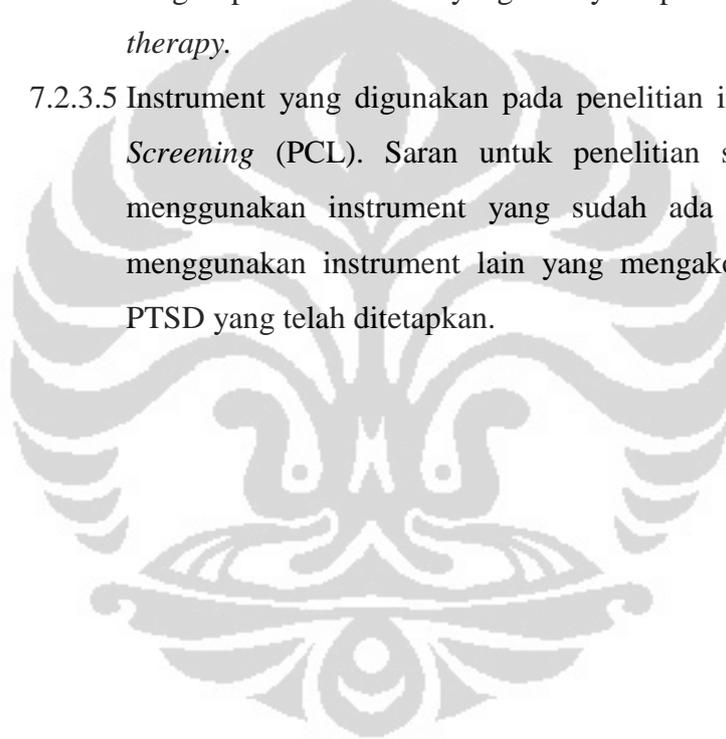
7.2.2 Keilmuan

- 7.2.2.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan *evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa dalam penerapan CBT bagi klien dengan PTSD.
- 7.2.2.2 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya membukukan modul CBT untuk individu dengan PTSD.

7.2.3 Metodologi

- 7.2.3.1 Perlunya dilakukan replikasi terkait program yang ada pada Puskemas diseluruh Indonesia khususnya wilayah yang mengalami bencana sehingga diketahui keefektifan penggunaan CBT dalam mengatasi PTSD.

- 7.2.3.2 Perlu penelitian kualitatif untuk memperkaya informasi tentang sejauh mana CBT dapat membantu penduduk dalam mengatasi PTSD pasca gempa.
- 7.2.3.3 Perlu diteliti lebih lanjut tentang *confounding variabel* lain seperti budaya, resiliensi, dan aspek spiritual yang dapat mempengaruhi keberhasilan CBT sebagai salah satu metode pendekatan penyelesaian masalah PTSD pada penduduk pasca gempa.
- 7.2.3.4 Melakukan penelitian CBT terhadap individu dengan PTSD dengan pendekatan lain yang lainnya seperti teknik *exposure therapy*.
- 7.2.3.5 Instrument yang digunakan pada penelitian ini adalah PTSD *Screening* (PCL). Saran untuk penelitian selanjutnya bisa menggunakan instrument yang sudah ada atau bisa juga menggunakan instrument lain yang mengakomodasi kriteria PTSD yang telah ditetapkan.



DAFTAR PUSTAKA

- Adesla, V. (2009). *Post traumatic stress disorder (PTSD)*. Januari 17, 2010. http://www.e-psikologi.com/epsi/klinis_detail.asp?id=575
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed). Januari 17, 2010. Washington: APA
- _____. (2010). *Different approaches to psychotherapy*. Januari 17, 2010 . <http://www.apa.org/topics/therapy/psychotherapy-approaches.aspx>
- Azis, A.H. (2003). *Riset keperawatan & teknik penulisan ilmiah*. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Balitbangjateng. (2008). *Penelitian post traumatic stress disorder (gangguan stress pasca trauma bencana) di Jawa Tengah*. Januari 17, 2010. http://www.balitbangjateng.go.id/kegiatan/penelitian2008/b2_post%20traumatic.pdf
- Barry, P. D. (1998). *Mental health and mental illness*. 6th Ed. Philadelphia: Lippincott Raven Publisher
- Beck J.G & Coffey S.F. (2005). Group cognitive behavioral treatment for PTSD: treatment of motor vehicle accident survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, (267-277). Maret 31, 2010. <http://www.memphis.edu/psychology/pdfs/athena/GroupCBTforPTSD.pdf>
- Benedek, dkk. (2009). PTSD : *treatment options*. Maret 16, 2010. <http://www.dcoe.health.mil/ForHealthPros/PTSDTreatmentOptions.aspx>
<http://www.dcoe.health.mil/ForHealthPros/PTSDTreatmentOptions.aspx>
- BNPB. (2009). *Laporan harian posko tanggal 31 oktober 2009*. Maret 26, 2010. http://www.bakornaspb.go.id/website/documents/publikasi/Laporan_Harian_Posko/Tahun%202009/Oktober%202009/Laporan%20Harian%20Posko%2009-10-31.pdf
- BPS Kota Padang. (2009). *Jumlah penduduk menurut kecamatan*. Maret 17, 2010. <http://www.padang.go.id/v2/content/view/801/222/>
- Bryant, Sackville, Dang, Moulds & Guthrie. (1999). Treating acute stress disorder : an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *Am J Psychiatry*, 156, (1780-1786). Maret 31, 2010. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/156/11/1780>
- Center for CBT. *Post traumatic stress disorder*. Maret 31, 2010. <http://www.centreforcbtcounselling.co.uk/ptsd.php>
- Chamim, M. (2009). *Catatan dari Aceh, jantung zona panas tsunami*. April 9, 2010. http://acehjourney.net/wp-content/uploads/2009/04/epilog_1.pdf

- Connor & Butterfield. (2003). Post traumatic stress disorder. *Summer 2003*, 1 (3), 249-262. Maret 26, 2010. <http://focus.psychiatryonline.org/cgi/reprint/1/3/247>
- Cook & Fontaine. (2005). *Essentials of mental health nursing*. Canada: Addison-Wesley Publishing Company
- Departemen Sosial. (2009). *Penanggulangan bencana gempa bumi di Sumatera Barat*. Januari, 17 2010. <http://www.depsos.go.id/modules.php?name=News&file=article&sid=1251>
- Djamarah, S. B. (2008). *Psikologi belajar*. Jakarta: Rineka Cipta
- Driden & Edwards. (2009). *Causes of ptsd*. Januari 17, 2010 http://www.medicinenet.com/posttraumatic_stress_disorder/article.htm
- Epigee. (2009). *CBT for post traumatic stress disorder*. Maret 15, 2010. <http://www.epigee.org/ptsd-cbt.html>
- Ferdos & Hossein. (2007). The effectiveness of problem solving skills in decreasing ptsd symptoms in survivors of bam earthquake. *Pak J Mes Chi*, 23 (5), 736-740. Januari 17, 2010. <http://pjms.com.pk/issues/octdec107/pdf/PTSD.pdf>
- FIK-UI. (2009). *Draft Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa yang Telah Di Riset*. Jakarta: FIK-UI
- Gaharpung, A. (2007). *Studi fenomenologi tentang respon psikososial kehilangan dan berkabung pada individu yang mengalami gempa bumi dan tsunami di Pangandaran Kabupaten Ciamis*. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Gillespie. K, Duffy. M, Hackmann. A & Clark. D. M. (2002). Community based cognitive therapy in treatment of post-traumatic stress disorder following omagh bomb. *Behavior Research Therapy*, 40, (345-357). Maret 31, 2010. http://www.the-convention.co.jp/jact06/download/ehlers/gillespie_omagh_brt_2002.pdf
- Goetz, P.W.(1981). *The new encyclopedi Britanica*. Vol. 10, 15th. ed. Chicago: William Benton Publisher
- Hamblen, Scunurr, Rosenberg, dan Eftekhari. (2009). Guidelines psychotherapy for PTSD. *Psychiatric Annals*, 39 (6), 348-354. Januari 17, 2010. <http://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id32695.pdf>
- Herlina, M. (2009). *Bukan korban, tetapi orang yang berhasil Selamat*. April 9, 2010. http://mariaherlina.multiply.com/journal/item/13/Bukan_korban_tetapi_orang_yang_berhasil_selamat_Survivor

- Heryawan, A. (2009). *Merenungkan bencana*. Maret 23, 2010. <http://ahmadheryawan.com/kolom/94-kolom/2808-merenungkan-bencana.pdf>
- Hudenska & Crenshaw. (2010). *The relationship between PTSD and suicide*. Januari 17, 2010. <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/ptsd-suicide.asp>
- Irmawati. (2009). *Peranan psikologi dalam menjawab fenomena psikologis masyarakat indonesia : psikologi klinis*, Februari 1, 2010. http://usupress.usu.ac.id/files/Orasi%20Ilmiah%20Dies%20Natalis%20Ke-57_Final.pdf
- Leighbody, G.B. (1968). *Methods of teaching shop and technical subjects*. New York: Delmar Publishing
- Lubit, R. H. (2008). *Acute treatment of disaster survivors*. Januari 17, 2010. <http://emedicine.medscape.com/article/295003-overview>
- Maramis, A. (2005). *Catatan tentang bantuan psikososial/kesehatan mental*. Februari 2, 2010. http://www.who.int/mental_health/resources/Briefing_on_tsunami_affected_region_indo.pdf
- Martin, P.F. (2010). *CBT*. Maret 27, 2010. <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Cognitive-behavioral-therapy.html>
- Mayo Clinic. (2009). *Post traumatic stress disorder*. Januari 17, 2010. <http://www.mayoclinic.com/health/post-traumatic-stress-disorder/DS00246>
- Maercker, A, Zollner, T, Menning, H, Robe, S, & Karl, A, (2006). Dresden ptsd study : randomized control trial of motor vehicle accident survivors. *BMJ Psychiatry*, 6 (29), (1-8). Maret 31, 2010. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244x-6-29.pdf>
- Mills, H.R. (1977). *Teaching and training*. London: The Macmillan Press, Ltd
- MPBI. (2008). *Cergam undang-undang Republik Indonesia No. 24 tahun 2007 penanggulangan bencana*. Jakarta : MPBI
- NACBT. (2007). *What is CBT*. Februari 2, 2010. <http://www.nacbt.org/whatiscbt.htm>
- NANDA. (2007). *Nursing diagnoses : defenitions and classification 2007-2008*. NANDA International
- National Center of PTSD. (2009). *Effects of traumatic stress after mass violence, terror, or disaster*. Januari 17, 2010. <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/stress-mv-t-dhtml.asp>

- NCPTSD. (1993). *PTSD screening*. Maret 8, 2010. https://www.myhealth.va.gov/mhv-portal-web/anonymous.portal?nfpb=true&pageLabel=mentalHealth&contentPage=mh_screening_tools/PTSD_SCREENING.HTML#noJavascript
- NICE. (2005). *PTSD in adult and children*. Januari 17, 2010. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG026publicinfo.pdf>
- NIMH. (2008). *Post traumatic stress disorder*. Januari 17, 2010. http://www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/nimh_ptsd_booklet.pdf
- Notoatmojo,S.(2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- PAHO. (2009). *Stress management in disaster : section two : psychological responses to traumatic stressors*. Maret 23, 2010. <http://www.paho.org/English/ped/stressmgn2.pdf>
- Parsons, A. (2009). *Cognitive behavior therapy for ptsd*. Maret 31, 2010. <http://www.ptsdforum.org/showthread.php?t=568>
- Pedneault, K. S. (2008). *CBT*. Maret 27, 2010. <http://bpd.about.com/od/glossary/g/CBTdef.htm>
- PERSI . (2008). *90% gangguan stres paska trauma bisa disembuhkan*, Februari 1, 2010. <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=4618&tbl=cakrawala>
- Potter, P.A. & Perry,A.G. (2005). *Fundamental of nursing : concept, process, and practice*. Philadelphia : Mosby Years Book Inc.
- Pribadi, E.K, dkk. (2008). *Buku pegangan guru : pendidikan siaga bencana*. Bandung : Pusat Mitigasi Bencana Institut Teknologi Bandung
- PTSD Support Service. (2010). *Treatments of ptsd*. Maret 15, 2010. http://www.ptsdsupport.net/ptsd_treatments.html
- PTSD Support Service. (2009). *The biology of ptsd*. Maret 15, 2010. <http://www.ptsdsupport.net/biology&PTSD.html>
- Ross, D. (1999). *Treatment for ptsd : guideline for patient and family*. Januari 17, 2010. <http://www.psychguides.com/ptsdhe.pdf>
- Royal College of Psychiatric. (2005) . *Cognitive behavioral therapy*. Maret 15, 2010. <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfoforall/treatments/cbt.aspx>
- Royal College of Psychiatric. (2010). *Posttraumatic stress disorder*. Maret 15, 2010. <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/mentalhealthproblems/posttraumaticstressdisorder/posttraumaticstressdisorder.aspx>

- Sastroasmoro, S. & Ismail, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi 2. Jakarta: Sagung Seto.
- Seidler, G.H & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of emdr and trauma-focused cognitive behavioral therapy in the treatment of ptsd. *Psychological Medicine*, 36, (1515-1522). Maret 31, 2010. <http://www.loisehrmann.com/emdr%20and%20cbt%20comparison.pdf>
- Schiraldi, G.R. (2009). *The post-traumatic stress disorder sourcebook*. (2nd ed). America: Library of Congress Cataloging in Publishing Data
- Shoostari, Pangadhi dan Moghadam. (2007). Outcomes of cognitive behavior therapy in adolescent after natural disaster. *Journal of Adolescent Health*, 42, (466-472). Januari 17, 2010. <http://yangzi-a.org/res/ptsdangels/P020080602317431390496.pdf>
- Singer, R.N. (1972). *The psychomotor domain: movement behavior*. London: Henry Kimton Publisher.
- Stuart, G.W & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8th ed). St. Louis: Mosby.
- Sudibyakto. (2007). *Analisis : mengelola dampak bencana*. Februari 1, 2010. <http://geo.ugm.ac.id/archives/91>
- Sudjana. (2001). *Metoda statistika*. Edisi revisi. Bandung: Tarsito.
- Sulistiyawati. (2007). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan penduduk pasca gempa terhadap post traumatic stress disorder di Desa Sengon Kecamatan Prambanan Kabupaten Klaten*. Skripsi. Tidak dipublikasikan
- Susanti, Wardani, Khotimah, Natalia, dan Nurillah. (2009). *Pengaruh terapi kognitif perilaku (tpk) terhadap persepsi, sikap, dan perilaku klien skizofrenia terkait pengobatan di RS. Marzoeki Mahdi (RSMM) Bogor*. Laporan Akhir Penelitian Peneliti Madya V FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Tarwoto & Wartonah. (2003). *Kebutuhan dasar manusia & proses keperawatan*. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika
- Tull, M. (2008). *Overview of cognitive behavior treatment for ptsd*. Januari 17, 2010. http://www.health.state.nm.us/ohem/opibr/Update%20Book%2052606%20part%2012%20materials/PsychoSocial/Psychosocial_Treatment.pdf
- Varcarolis, E.M dkk. (2006). *Foundations of psychiatric mental health nursing: a clinical approach*. (5th ed). St. Louis: Saunders.
- WHO. (2005). *Catatan tentang bantuan psikososial/kesehatan mental untuk daerah yang terkena tsunami*. Februari 14, 2009.

http://www.who.int/mental_health/resources/Briefing_on_tsunami_affected_region_indo.pdf..

- WHO. (2009). *Definitions of terms*. Maret 23, 2010. <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/45B45060-A38E-496F-B2C1-BD2DC6C04C52/0/44Definitionofterms2009.pdf>
- Widyatmoko, S. (2008). *Setelah musibah*. Maret 15, 2010. <http://www.penapendidikan.com/setelah-musibah/>.
- Wilkinson, J.M. (2007). *Buku saku diagnosis keperawatan dengan intervensi NIC dan kriteria hasil NOC*. Edisi 7. Alih bahasa: Widyawati, dkk. Jakarta: EGC.
- Wulandari, L. H. (2002). *Efektivitas modifikasi perilaku-kognitif untuk mengurangi kecemasan komunikasi antar pribadi*. April 9, 2010. http://duniapsikologi.dagdigdug.com/files/2008/12/modifikasi_perilaku_komunikasi.pdf
- Yehuda, R. (2002). *PTSD*. 26 Maret 2010. <http://www.endo.gr/cgi/reprint/346/2/108.pdf>
- Yulle, W. (1999). *Post-traumatic stress disorder : concepts and therapy*. England: John Wiley and Sons Ltd.



BUKU CATATAN HARIANKU

NAMA :



BUKU
CATATAN HARIANKU

Digunakan dalam pelaksanaan
COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY untuk KLIEN dengan
POST TRAUMATIC STRESS DISORDER



Tim Penyusun :

Ns. Ira Erwina, S. Kep

Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc

NovyHelena C.D., SKp, M.Sc

DATA PRIBADIKU

Nama :

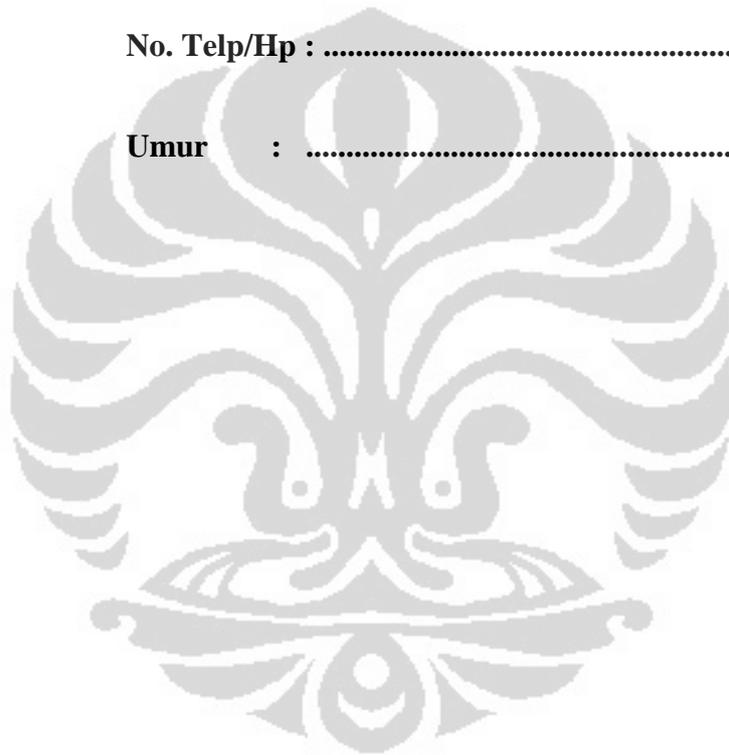
Alamat :

.....

.....

No. Telp/Hp :

Umur :



PETUNJUK PENGISIAN

BUKU CATATAN HARIAN

1. Tulislah data pribadi bapak/ibu/saudara di lembar 'Data Pribadiku'
2. Buku ini merupakan buku kerja bapak/ibu/saudara dalam mengikuti *Cognitive Behavior Therapy* dimana isi dari buku ini adalah catatan bapak/ibu/saudara dalam melaksanakan *Cognitive Behavior Therapy* secara mandiri (di rumah).
3. Buku ini berisi:
 - a. 'Pikiran Negatif', yaitu pernyataan bapak/ibu/saudara terhadap diri sendiri yang bersifat negatif dan mengganggu pikiran bapak/ibu/saudara.
 - b. 'Cara melawan pikiran negatif', yaitu pernyataan bapak/ibu/saudara dalam menanggapi atau melawan pikiran negatif
 - c. 'Perilaku yang akan diubah, yaitu perilaku positif untuk mengubah perilaku negatif
 - d. 'Hasil', yaitu kegiatan yang telah dilakukan dalam melaksanakan cara melawan pikiran negatif

SELAMAT MENGGUNAKAN BUKU INI, SEMOGA BERMANFAAT DAN SUKSES....

CARA MELAWAN PIKIRAN NEGATIF

Pikiran negatif :

Tanggal :

No	Cara melawan pikiran negatif

CARA MELAWAN PIKIRAN NEGATIF

Pikiran negatif :

Tanggal :

No	Cara melawan pikiran negatif

CARA MELAWAN PIKIRAN NEGATIF

Pikiran negatif :

Tanggal :

No	Cara melawan pikiran negatif

CARA MELAWAN PIKIRAN NEGATIF

Pikiran negatif :

Tanggal :

No	Cara melawan pikiran negatif

PENGARUH COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY TERHADAP POST TRAUMATIC STRESS DISORDER PADA PENDUDUK KELUARHAN AIR TAWAR BARAT KECAMATAN PADANG UTARA PROPINSI SUMATERA BARAT

Ira Erwina¹, Budi Anna Keliat², Yusron Nasution³, Novy Helena C.D⁴

Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia, Kampus UI Depok, Jakarta 10430, Indonesia

Email : herira_81@yahoo.co.id

Abstrak

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) ditemukan sebanyak 55,67% di RW 3 dan 57,57% di RW 11 Kelurahan Air Tawar Barat setelah gempa di Sumatera Barat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh CBT terhadap pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD dan tanda dan gejala PTSD di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat. Desain penelitian *Quasi eksperimental* dengan sampel sebanyak 39 orang di kelompok intervensi dan 39 orang dikelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel dengan *random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan penurunan PTSD secara bermakna pada kelompok yang mendapatkan CBT ($p\text{-value}<0,05$) sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat CBT terjadi penurunan yang tidak bermakna ($p\text{-value}>0,05$). CBT direkomendasikan pada individu yang mengalami PTSD sebagai tindakan keperawatan spesialis jiwa.

Kata kunci : PTSD, CBT, pengetahuan tentang CBT, kemampuan mengatasi CBT, PTSD

Abstract

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) were found as many as 55,67% in RW 3 and 57,47% in RW 11 Air Tawar Urban Village after earthquake in Sumatera Barat. This research aims to determine the effect of CBT on knowledge about PTSD, the ability to cope with PTSD and the alteration of signs and symptoms of PTSD in Air Tawar Barat Urban Village Padang Utara Subdistrict West Sumatera. Quasi-experimental research design with 39 respondents for intervention group and 39 respondent for control group. Sampling technique with the random sampling. The results showed decrease of PTSD on intervention group significantly ($p\text{-value}<0,05$) and on control group showed decrease but not significant ($p\text{-value}>0,05$). CBT recommended in individuals who experience PTSD as psychiatric nursing specialist intervention.

Keywords : PTSD, CBT, knowledge of PTSD, ability to cope with PTSD, PTSD

1. Pendahuluan

Bencana (*disaster*) menurut menurut *World Health Organization* (2009) adalah setiap kejadian yang menyebabkan kerusakan pada fungsi masyarakat yang meliputi hilangnya nyawa manusia, kerusakan sarana dan prasarana, terganggunya perekonomian dan gangguan ekologis dan segala akibatnya yang melampaui kemampuan dari masyarakat yang terkena tersebut untuk mengatasi semua masalah dengan sumber yang mereka miliki. Jadi semua

kejadian apakah itu karena peristiwa alam atau karena ulah perbuatan manusia yang mendatangkan kerugian merupakan bencana.

Akibat dari bencana adalah kerugian pada kehidupan manusia dan memburuknya derajat kesehatan. Kerugian akibat bencana alam pada kehidupan manusia dapat terlihat secara fisik, non-fisik (Sudibyakto, 2007). Kondisi demikian akan menimbulkan dampak psikologis berupa gangguan perilaku mulai dari ansietas yang berlebihan,

Pengaruh Cognitive Behavior Therapy terhadap Post Traumatic Stress Disorder pada Penduduk Pasca Gempa Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat

mudah tersinggung, tidak bisa tidur, tegang, dan berbagai reaksi lainnya.

Salah satu bentuk dampak psikologis yang sering ditemui pada masyarakat korban bencana alam adalah *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD). Menurut Stuart dan Laraia (2005) PTSD adalah suatu sindrom yang dialami oleh seseorang yang mengalami kejadian yang traumatis dan individu tersebut tidak mampu menghilangkan ingatan akan kejadian tersebut dari pikirannya. Berdasarkan pengertian di atas setiap orang atau korban bencana alam beresiko untuk mengalami gangguan stress pasca bencana, baik anak-anak maupun orang dewasa.

Data dari WHO (2000 dalam Maramis, 2005) menyebutkan bahwa angka penderita PTSD berkisar antara 10 % sampai 20%. Walaupun angka ini bervariasi tergantung pada kondisi masyarakat, ketahanan diri, budaya dan aspek lainnya, bukan berarti PTSD tidak merupakan hal penting yang harus ditanggulangi.

Tanda dan gejala seseorang menderita PTSD dapat kita kelompokkan menjadi tiga, yaitu kenangan yang mengganggu atau ingatan tentang kejadian pengalaman traumatik yang berulang-ulang (*re-experiencing symptoms*), adanya perilaku menghindar (*avoiding symptoms*), dan timbulnya gejala-gejala berlebihan (*arousal symptoms*) terhadap sesuatu yang mirip saat kejadian traumatik dan gejala tersebut menetap minimal satu bulan. (Adesla, 2009). Jika tanda dan gejala tersebut tidak diatasi dengan tepat akan mengganggu kehidupan individu tersebut, dan bisa menjadi patologis yang nantinya akan mengarah pada gangguan jiwa.

Individu dengan PTSD dan telah mendapatkan penanganan akan memiliki kemampuan untuk mengenali tanda dan gejala PTSD, mengenali pikiran-pikiran yang mengganggu, mengatasi pikiran tersebut dan menggunakan pikiran-pikiran yang realistis sehingga tercipta keseimbangan emosi (Ross, 1999). Selain itu Mills, Reiss dan Dombeck (2008) menyebutkan bahwa dengan latihan mekanisme koping yang terus menerus, diharapkan klien yang mengalami masalah trauma akan terbiasa atau resistant terhadap trauma yang dialaminya dan memiliki strategi yang efektif untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul dalam kehidupannya. Jadi diharapkan bahwa setelah mendapatkan penanganan yang baik, individu memiliki mekanisme koping yang adaptif untuk mengatasi segala masalah yang timbul akibat pengalaman traumatis.

Penanganan untuk PTSD menurut National Institute of Mental Health (NIMH) (2008) adalah psikoterapi dan pengobatan, atau kombinasi keduanya. Psikoterapi yang sering digunakan untuk mengatasi masalah PTSD adalah *anxiety management, cognitive therapy, exposure therapy* sedangkan psikofarmaka yang diberikan pada klien dengan PTSD adalah antidepresan, benzodiazepine, antipsikotik, dan antidepresan lainnya.

Psikoterapi yang efektif yang paling sering digunakan untuk mengatasi PTSD adalah *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) dan *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR). Menurut NACBT (2007) CBT adalah suatu bentuk psikoterapi yang menekankan pada pentingnya proses berpikir dalam bagaimana hal berpikir dan bertindak. CBT fokus pada perasaan distress, pikiran, dan perilaku yang akan nantinya mengarah pada perubahan yang positif (NICE, 2005). Individu yang menerima CBT pada akhirnya diharapkan memiliki pikiran yang positif sehingga akan memperlihatkan perilaku yang juga positif dalam menjalani kehidupannya.

Penelitian membuktikan bahwa pada individu yang menerima CBT akan memiliki tanda dan gejala PTSD yang lebih sedikit dibandingkan dengan individu yang menerima konseling (Bryant, Sackville, Dang, Moulds, & Guthrie, 1999). Penelitian pada korban gempa di Iran tahun 2003 menyimpulkan bahwa CBT memberikan efek terhadap pengurangan tanda dan gejala PTSD (Shoostari, Pangadhi dan Moghadam, 2007). Gillespie, Duffy, Hackmann dan Clack (2002) juga melakukan penelitian tentang CBT terbukti efektif dalam mengatasi masalah PTSD. Penelitian-penelitian ini menunjukkan bahwa dengan pemberian CBT, tanda dan gejala PTSD yang dialami oleh individu akan berkurang, dan ini berarti kemampuan individu tersebut dalam mengatasi masalah juga menjadi lebih baik. Hasil penelitian lain yang senada dengan penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa terjadi penurunan tingkat keparahan tanda dan gejala PTSD pada individu yang mendapat CBT (Ferdos & Hossein, 2007; Maercker, Zollner, Menning, Robe, & Karl, 2006). Seidler dan Wagner (2006) menyebutkan bahwa CBT memberikan pengaruh yang efektif terhadap individu dengan PTSD dan selain CBT, terapi lain yaitu EMDR juga efektif mengatasi PTSD. Berbagai hasil penelitian ini membuktikan bahwa dengan CBT bisa mengatasi masalah yang dialami oleh individu yang menderita PTSD yang timbul akibat kejadian traumatis, salah satunya adalah bencana alam.

Pengaruh Cognitive Behavior Therapy terhadap Post Traumatic Stress Disorder pada Penduduk Pasca Gempa Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat

Gempa berkekuatan 7,6 SR yang melanda Padang, Sumatera Barat, Rabu 30 September 2009 sekitar pukul 17:16 WIB yang berpusat 78 km barat laut kota Padang. Gempa yang terjadi secara tiba-tiba itu menghancurkan semua bangunan dan fasilitas yang ada. Berdasarkan hasil laporan dari BNPB (2009), sebanyak 1.195 orang meninggal, 619 mengalami luka berat, 1.179 orang mengalami luka ringan dan sebanyak 6.554 orang mengungsi.

Kota Padang adalah daerah yang paling banyak korban akibat gempa dan salah satu daerah yang mengalami kerusakan yang parah dan banyak timbulnya korban jiwa adalah kecamatan Padang Utara. Belum adanya dilakukan program terkait kesehatan jiwa oleh pihak Puskesmas yang ditujukan untuk penduduk yang mengalami trauma, khususnya kesehatan jiwa tapi pelaksanaannya masih belum bisa memenuhi dengan kebutuhan dan masalah yang ada di masyarakat. Saat ini program yang sudah berjalan adalah pelatihan BC-CMHN untuk perawat di 16 Puskesmas, pendampingan psikososial terhadap kader, guru, ibu rumah tangga siswa SD, SMP, dan SMA. Tapi kegiatan ini tidak dilakukan di semua daerah, hanya lokasi-lokasi tertentu saja. Masih banyak daerah lain yang belum tersentuh dengan program untuk penanganan psikososial akibat gempa.

Tujuan umum penelitian : Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan pengaruh CBT terhadap PTSD pada responden pasca gempa.

2. Metode Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian *quasi experimental* dengan metode kuantitatif menggunakan desain "Quasi experimental pre-post test control group" dengan intervensi CBT dimulai pada bulan Mei sampai Juni tahun 2010. Teknik pengambilan sampel secara *random sampling*. Penelitian dilakukan untuk menganalisa peningkatan pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD, dan penurunan tanda dan gejala PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT dan yang tidak mendapatkan CBT. Tiap kelompok berjumlah 39 responden. Analisis statistik yang dipergunakan yaitu univariat dan bivariat dengan analisis *dependen dan independent sample t-Test* dengan tampilan dalam bentuk tabel dan distribusi frekuensi.

3. Hasil

Penelitian dilakukan di RW 3 dan RW 11 kelurahan air tawar barat terhadap 78 responden yaitu 39 responden yang mendapatkan CBT dan 39 responden yang tidak mendapatkan CBT, hasil analisisnya adalah sebagai berikut :

Hasil analisis karakteristik individu dengan PTSD dijelaskan bahwa total 78 individu dengan PTSD yang dilakukan dalam penelitian ini rata – rata berusia 35,38 tahun dengan usia termuda 20 tahun dan tertua 55 tahun. Karakteristik jenis kelamin individu paling banyak adalah laki-laki sebesar 53,8% (42 orang), pendidikan responden paling banyak adalah pendidikan tinggi (SMA dan Akademi/PT) sebesar 82,1% (64 orang), pekerjaan responden adalah sama antara bekerja dengan tidak bekerja masing-masing sebesar 50% (39 orang), tidak mengalami kehilangan anggota keluarga akibat gempa sebesar 98,7% (77 orang), dan sebanyak 67,9% (53 orang) responden tidak mengalami kehilangan harta benda akibat gempa.

Hasil analisis (1) rata – rata pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD sebelum dilakukan CBT sebesar 9,53, standar deviasi 3,713, nilai minimal 3 dan nilai maksimal 18, (2) rata-rata kemampuan mengatasi PTSD sebesar 28,40, standar deviasi 6,628, nilai minimal 19 dan nilai maksimal 52, (3) rata – rata tanda dan gejala PTSD, sebelum dilakukan CBT sebesar 42,91, standar deviasi 12,681, nilai minimal 21 dan nilai maksimal 74.

Hasil analisis diketahui pada individu dengan PTSD yang mendapat CBT rata-rata peningkatan pengetahuan tentang PTSD sebelum CBT sebesar 9,921 dan sesudah CBT sebesar 14,5, dan dari hasil uji statistik terdapat peningkatan yang bermakna ($p\text{-value } 0,000 < 0,05$). Sedangkan pada individu dengan PTSD yang tidak mendapatkan CBT rata-rata pengetahuan tentang PTSD sebelum sebesar 9,13 dan sesudah intervensi sebesar 9,56 mengalami peningkatan dan berdasarkan uji statistik perubahan tersebut tidak bermakna ($p\text{ value} = 0,349 > 0,05$). Hasil dapat dilihat pada tabel 1.

Pada individu dengan PTSD yang mendapat CBT terdapat peningkatan kemampuan mengatasi PTSD sebelum CBT sebesar 27,18 dan sesudah CBT sebesar 43,67 dan berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan meningkat secara bermakna ($p\text{-value } 0,000 < 0,05$). Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT terjadi penurunan rata-rata kemampuan mengatasi PTSD, dimana sebelum intervensi sebesar 29,62 dan sesudah intervensi sebesar 27,41, dan berdasarkan uji statistik perubahan ini tidak bermakna ($p\text{ value } 0,128 > 0,05$). Hasil dapat dilihat pada tabel 1.

Pengaruh Cognitive Behavior Therapy terhadap Post Traumatic Stress Disorder pada Penduduk Pasca Gempa Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat

Tabel 1 Analisis perubahan pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD Sebelum Dan Sesudah Intervensi CBT Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)

Kelompok	Kemampuan	N	Mean	SD	SE	t	p
Intervensi	Pengetahuan						
	a. Sebelum	39	9,921	4,074	0,652	-7,782	0,000
	b. Sesudah	39	14,54	2,437	0,390		
	Selisih		4,619	1,637	0,262		
Kontrol	Pengetahuan						
	a. Sebelum	39	9,13	3,318	0,531	-9,48	0,349
	b. Sesudah	39	9,56	2,673	0,428		
	Selisih		0,43	0,645	0,303		
Intervensi	Kemampuan						
	a. Sebelum	39	27,18	4,936	0,790	-11,14	0,000
	b. Sesudah	39	43,67	7,613	1,220		
	Selisih		16,49	2,677	0,430		
Kontrol	Kemampuan						
	a. Sebelum	39	29,62	7,849	1,257	1,557	0,128
	b. Sesudah	39	27,41	4,558	0,730		
	Selisih		2,21	3,291	0,527		

Pada kelompok yang mendapatkan CBT, tanda dan gejala PTSD sebelum CBT sebesar 42,72 dan sesudah CBT menurun menjadi 24,79. Hasil uji statistik dapat disimpulkan ada penurunan yang bermakna rata-rata tanda dan gejala PTSD sebelum dan sesudah mendapat CBT (*p-value* < 0,05). Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT, tanda dan gejala PTSD sebelum CBT sebesar 43,10 dan sesudah intervensi menurun menjadi 41,05. Hasil uji menunjukkan penurunan yang terjadi tidak bermakna (*p-value* > 0,05). Hasil dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2 Analisis perubahan tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD Sebelum Dan Sesudah Intervensi CBT Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n=78)

Kelompok	Kemampuan	N	Mean	SD	SE	t	p
Intervensi	Tanda dan gejala						
	a. Sebelum	39	42,72	13,33	2,145	7,057	0,000
	b. Sesudah	39	24,79	5,022	0,804		
	Selisih		17,93	8,317	1,341		
Kontrol	Tanda dan gejala						
	a. Sebelum	39	43,10	12,09	1,937	0,960	0,343
	b. Sesudah	39	41,05	36,71	1,075		
	Selisih		2,05	5,381	0,862		

Hasil analisis menunjukkan peningkatan pengetahuan tentang PTSD pada kelompok yang mendapat CBT sebesar 4,62 dan pada kelompok yang tidak mendapat CBT mengalami peningkatan sebesar 0,43. Peningkatan pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD pada kelompok

yang mendapatkan CBT lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dengan nilai *p-value* < 0,05.

Hasil analisis menunjukkan peningkatan kemampuan mengatasi PTSD responden yang mendapat CBT sebesar 16,49 dan yang tidak mendapat CBT mengalami penurunan sebesar 2,21. Peningkatan kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dengan nilai *p-value*<0,05.

Hasil analisis menunjukkan penurunan tanda dan gejala PTSD yang mendapat CBT sebesar 17,93 dan yang tidak mendapatkan CBT sebesar 2,05. Penurunan tanda dan gejala PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih besar secara bermakna dibandingkan dengan penurunan tanda dan gejala PTSD pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT dengan nilai *p-value*<0,05.

Hasil analisis menunjukkan rata-rata pengetahuan tentang PTSD pada individu dengan PTSD antara kelompok yang mendapat CBT sebesar 14,54 dan pada kelompok yang tidak mendapat CBT sebesar 9,56. Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan yang bermakna rata-rata pengetahuan tentang PTSD setelah dilakukan CBT pada kelompok yang mendapat CBT dan yang tidak mendapat CBT dengan *p-value* < 0,05. Hasil dapat dilihat pada tabel 3.

Hasil analisis menunjukkan rata-rata kemampuan mengatasi PTSD sesudah mendapatkan CBT pada kelompok intervensi sebesar 43,67 dan pada kelompok kontrol sebesar 27,41. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata kemampuan mengatasi PTSD setelah diberikan CBT pada kelompok yang mendapatkan intervensi dan kelompok yang tidak mendapatkan dengan *p-value* < 0,05. Hasil dapat dilihat pada tabel 3.

Pengaruh Cognitive Behavior Therapy terhadap Post Traumatic Stress Disorder pada Penduduk Pasca Gempa Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat

Tabel 3 Analisis pengetahuan tentang PTSD, kemampuan mengatasi PTSD, tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD Sesudah CBT Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n = 78)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	p
Pengetahuan	Intervensi	39	14,54	2,437	0,390	8,587	0,000
	Kontrol	39	9,56	2,673	0,428		
Kemampuan	Intervensi	39	43,67	7,617	1,220	11,43	0,000
	Kontrol	39	27,41	4,558	0,730		

Hasil analisis menunjukkan rata-rata tanda dan gejala PTSD pada kelompok yang mendapat CBT sebesar 24,79 sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat CBT sebesar 41,05. Hasil uji statistik menunjukkan perbedaan rata-rata tanda dan gejala PTSD sesudah CBT pada kelompok yang mendapatkan CBT dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT berbeda secara bermakna dengan p-value < 0,05. Hasil dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4 Analisis tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD Sesudah CBT Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Kelurahan Air Tawar Barat Tahun 2010 (n = 78)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	p
Tanda dan gejala PTSD	Intervensi	39	24,79	5,022	0,804	12,11	0,000
	Kontrol	39	41,05	6,712	1,075		

CBT dan kehilangan harta benda mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan tentang PTSD individu dengan PTSD (p-value < 0,05). Nilai R square sebesar 0,358 menunjukkan bahwa ada sekitar 35,8% pengaruh CBT dan kehilangan harta benda terhadap pengetahuan tentang PTSD individu dengan PTSD setelah dikontrol oleh variabel lain. Sedangkan variable lain seperti umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan kehilangan keluarga tidak berkontribusi terhadap pengetahuan tentang PTSD (p-value > 0,05).

CBT mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan mengatasi PTSD individu dengan PTSD (p-value < 0,05). Nilai R square sebesar 0,541 menunjukkan bahwa ada sekitar 54,1% pengaruh CBT terhadap kemampuan mengatasi PTSD individu dengan PTSD setelah dikontrol oleh variabel lain. Sedangkan variable umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, kehilangan keluarga dan kehilangan harta benda tidak berkontribusi terhadap kemampuan mengatasi PTSD (p-value > 0,05).

CBT, pekerjaan dan kehilangan harta benda mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap tanda dan gejala PTSD pada individu dengan PTSD (p-value < 0,05). Nilai R square sebesar 0,425 menunjukkan bahwa ada sekitar 42,5% pengaruh CBT, pekerjaan dan kehilangan harta benda terhadap tanda dan gejala PTSD setelah dikontrol oleh variabel lain. Sedangkan variable umur, jenis kelamin, pendidikan dan kehilangan keluarga tidak berkontribusi terhadap tanda dan gejala PTSD (p-value > 0,05).

CBT, pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD memiliki pengaruh terhadap perubahan tanda dan gejala PTSD (p-value < 0,05). Nilai R square sebesar 0,712 menunjukkan bahwa ada sekitar 71,2% pengaruh CBT, pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi PTSD terhadap perubahan tanda dan gejala PTSD setelah dikontrol oleh variabel lain.

4. Pembahasan

Pengetahuan tentang PTSD merupakan bagian penting dalam proses perubahan perilaku seseorang. Komponen kognitif ini berkaitan erat dengan pengetahuan yang dimiliki oleh individu tersebut. Pengetahuan berhubungan dengan segala sesuatu yang diketahui. Pengetahuan tersebut diperoleh melalui proses pembelajaran, budaya, pendidikan, dan pengalaman hidup lainnya. Aspek kognitif terkait dengan pemahaman seseorang terhadap suatu hal. Kemampuan menyerap informasi mempengaruhi kemampuan menyelesaikan masalah (Notoatmodjo, 2003). Berdasarkan hal tersebut pengetahuan tentang PTSD akan bisa terus meningkat jika dilakukan pendampingan secara berkala dan pemberian informasi terkait PTSD.

Peningkatan pengetahuan tentang PTSD pada penelitian ini disebabkan saat pelaksanaan CBT, dimana dalam proses terapi terjadi pertukaran informasi antara terapis dan responden tentang segala hal yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi individu yang mengakibatkan individu tersebut mengalami PTSD. Adanya proses saling berbagi informasi membuat responden mencari informasi yang tepat dari berbagai sumber yang tersedia. Proses ini berlangsung dalam terapi, dan akan terlihat pada sesi 1 dan sesi 2 yang membahas tentang terapi kognitif (FIK-UI, 2009). Sesi 1 adalah pengkajian, dimana didalam sesi tersebut akan menjelaskan tentang pikiran otomatis negatif yang dimiliki individu sampai dengan latihan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif. Pada sesi 2 akan membahas tentang pikiran otomatis negatif lain yang timbul dan juga latihan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut.

Pengaruh Cognitive Behavior Therapy terhadap Post Traumatic Stress Disorder pada Penduduk Pasca Gempa Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat

Pengetahuan yang bertambah pada individu yang menjalani CBT terjadi karena adanya proses restrukturisasi kognitif. Seperti yang dijelaskan oleh Martin (2010) bahwa pada CBT, individu dengan PTSD akan mengubah proses berpikirnya, akan dimodifikasi cara berpikir individu tersebut, sehingga pada akhirnya terjadi perubahan proses kognitif menjadi lebih baik. Restrukturisasi kognitif pada CBT untuk PTSD ini akan terlihat pada sesi yang membahas terapi kognitif, yaitu sesi 1 dan sesi 2. Pada penelitian ditemukan berbagai macam pikiran otomatis negatif yang ditemukan pada individu, dan salah satu yang paling sering muncul adalah individu beranggapan bahwa hidup ini tidak berharga lagi, tidak memiliki harapan untuk masa depan. Pada CBT yang dilakukan pikiran otomatis negatif inilah yang harus dirubah, agar individu tersebut memiliki harapan dan kembali merasa bahwa hidup yang dijalannya saat ini berharga untuk dipertahankan. Dengan perubahan pikiran otomatis negative menjadi pikiran yang positif, individu mampu mengatasi masalah yang muncul akibat pikiran negatif tersebut.

Kelompok yang mendapatkan CBT melakukan latihan untuk mengenali dan mengatasi pikiran yang mengganggu, serta berlatih untuk berpikir secara realistis sehingga tercipta keseimbangan emosi (Ross, 1999). Selain itu CBT pada individu dengan PTSD juga dilatih mekanisme koping adaptif secara terus menerus sehingga pada akhirnya klien yang mengalami masalah trauma akan terbiasa terhadap trauma yang dialaminya dan memiliki strategi koping yang efektif untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul dalam kehidupannya (Mills, Reiss, & Dombeck, 2008). Latihan mekanisme koping atau latihan mengatasi segala masalah yang muncul yang dilakukan dengan terus menerus akan membuat klien terbiasa menggunakan teknik pemecahan masalah yang lebih baik. Dengan latihan terus menerus klien akan terbiasa dan akan berperilaku secara otomatis menggunakan mekanisme koping yang efektif jika suatu saat nanti akan muncul masalah yang timbul akibat PTSD. Sehingga klien akan mampu mengenali dan akhirnya jika mengalami trauma, klien tidak akan menderita PTSD.

Pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT, kemampuan mengatasi PTSD pada individu dengan PTSD tidak dilatih dengan rutin sehingga proses pembelajaran terhadap kemampuan mengatasi reaksi yang terjadi setelah gempa tidak terjadi. Pada aspek kemampuan mengatasi PTSD terjadi penurunan yang tidak bermakna, padahal menurut teori kemampuan dapat meningkat jika dilatih dan dikerjakan secara berulang. Tetapi pada kelompok yang tidak mendapat CBT individu tidak mendapat

informasi bagaimana cara mempraktikkan penyelesaian masalah dan mengatasi reaksi stress yang timbul setelah gempa. Selain itu jika hal ini dibiarkan, bisa saja akan menimbulkan masalah. Karena kemampuan mengatasi PTSD makin menurun, bisa saja nanti pada akhirnya akan menimbulkan masalah, seperti PTSD yang dialami oleh individu pada kelompok akan menetap atau bahkan kemungkinan yang terburuk adalah masalah PTSD akan berubah mengganggu kehidupan individu dan akan mengalami masalah gangguan mental. Hal inilah yang menjadi dasar tidak signifikannya perubahan kemampuan mengatasi PTSD pada individu pada kelompok yang tidak mendapat CBT.

Individu mempunyai kemampuan untuk beradaptasi, mencari jalan keluar atas masalah yang dialami dan memiliki otonomi untuk menentukan cara untuk mengatasi masalah tersebut. Dalam pelaksanaan CBT pemberian informasi terkait PTSD dan cara mengatasi masalah yang ditimbulkannya dilakukan dan dilanjutkan dengan memberikan contoh responden tentang cara mengidentifikasi pikiran otomatis negatif, melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut, dan sampai pada melatih perilaku positif untuk mengganti perilaku negatif yang ada. Pemberdayaan responden secara langsung yang didukung pengetahuan yang cukup dan sikap positif maka akan meningkatkan kemampuan responden untuk melakukan latihan pikiran positif dan latihan perilaku positif (kemampuan mengatasi PTSD). Pelaksanaan CBT pada responden mempengaruhi kemampuan mengatasi PTSD responden dalam mengatasi masalah yang dialaminya. Perilaku yang didasari pengetahuan akan mampu bertahan dalam waktu yang lebih lama.

Penelitian yang dilakukan oleh Bryant, Sackille, Dang, Moulds & Guthrie (1999) menunjukkan bahwa CBT memang terbukti efektif dalam menurunkan tanda dan gejala PTSD. Menurut NICE (2005) CBT merupakan salah satu jenis dari terapi yang bisa membantu individu dengan PTSD untuk mengatasi masalah-masalah atau reaksi yang timbul setelah mengalami peristiwa traumatis. CBT bertujuan untuk memodifikasi fungsi berpikir, perasaan dan bertindak dengan menekankan pada fungsi otak dalam menganalisa, memutuskan dan sampai pada merubah perilaku yang negative menjadi perilaku positif. CBT perlu dilakukan untuk membantu individu dengan PTSD untuk mengatasi permasalahannya yang dialami (Martin, 2010).

Berdasarkan hasil yang diperoleh peneliti bahwa perubahan tanda dan gejala PTSD pada penelitian

Pengaruh Cognitive Behavior Therapy terhadap Post Traumatic Stress Disorder pada Penduduk Pasca Gempa Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat

ini disebabkan saat dilaksanakan CBT dimana setiap individu akan menceritakan dan berbagi masalah yang dialaminya terkait dengan pengalaman traumatis yang dirasakan dengan terapis. Adanya proses identifikasi masalah ini akan memudahkan individu dengan PTSD dan terapis untuk mencari jalan keluar dari masalah yang dihadapi yang sesuai dengan kebutuhan individu. Perlunya individu mengetahui apa masalah yang sebenarnya dialaminya akan memberikan pengetahuan pada individu dengan PTSD untuk memahami apa sebenarnya yang dia alami. Pemahaman yang terbangun akan memudahkan dalam pemilihan dan latihan cara mengatasi masalah yang dialami. Keterlibatan individu dalam proses terapi ini sangat diperlukan karena penyelesaian masalah yang akan ditetapkan haruslah sesuai dengan masalah dan kebutuhan individu tersebut.

Penelitian yang dilakukan oleh Shooshtary, Pananghi dan Moghadam (2008) menyebutkan bahwa CBT yang dilakukan pada korban bencana alam secara signifikan menurunkan tanda dan gejala PTSD yang dialami oleh korban bencana alam tersebut. Pemberian CBT akan membuat individu meningkatkan toleransi individu dalam menghadapi peristiwa trauma, memiliki strategi pemecahan masalah yang lebih efektif jika pada masa kemudian individu tersebut mengalami masalah yang sama. CBT dapat menurunkan tanda dan gejala PTSD sesuai dengan tujuan CBT adalah memutuskan hubungan negatif yang tercipta antara pikiran dan perilaku (Parsons, 2009) sehingga diharapkan pada akhirnya dengan putusnya hubungan antara pikiran dan perilaku negative maka secara keseluruhan cara berpikir dan berperilaku individu dengan PTSD tidak mengarah pada hal yang maladaptif.

5. Simpulan dan Saran

Jumlah penduduk yang menderita PTSD di RW 3 sebanyak 55,67% (457 orang) dan RW 11 sebanyak 57,57% (133 orang). Karakteristik individu dengan PTSD rata-rata berusia 35,38 tahun, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, mayoritas memiliki tingkat pendidikan tinggi, namun banyak yang tidak bekerja, tidak ada yang mengalami cacat fisik, kehilangan anggota keluarga cenderung sedikit sekali yang mengalaminya, seluruh responden terpapar atau mengalami kejadian gempa, dan sebagian besar mengalami kehilangan harta benda.

Tanda dan gejala PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT menurun secara bermakna, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan

CBT menurun tapi tidak bermakna. Perubahan tanda dan gejala PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT. Perbedaan tanda dan gejala PTSD pada kelompok yang mendapatkan dan tidak mendapatkan CBT berbeda secara bermakna.

Pengetahuan tentang PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT meningkat secara bermakna, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT meningkat tapi tidak bermakna. Perubahan pengetahuan tentang PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT. Perbedaan pengetahuan tentang PTSD pada kelompok yang mendapatkan dan tidak mendapatkan CBT berbeda secara bermakna.

Kemampuan mengatasi PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT meningkat secara bermakna, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT menurun tapi tidak bermakna. Perubahan kemampuan mengatasi PTSD pada kelompok yang mendapatkan CBT lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT. Perbedaan kemampuan mengatasi PTSD pada kelompok yang mendapatkan dan tidak mendapatkan CBT berbeda secara bermakna.

Faktor yang berkontribusi terhadap tanda dan gejala PTSD adalah CBT, umur, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan dan kehilangan harta benda. Faktor yang berkontribusi terhadap pengetahuan tentang PTSD adalah CBT dan kehilangan harta benda. Faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan mengatasi PTSD adalah CBT.

Saran untuk pihak Puskesmas menetapkan CBT sebagai salah satu program dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya untuk klien dengan PTSD pasca gempa. Organisasi profesi menetapkan CBT sebagai salah satu kompetensi dari perawat spesialis keperawatan jiwa. Sosialisasi mengenai hasil penelitian tentang CBT kepada pihak Puskesmas Air Tawar Kecamatan Padang Utara. Dalam praktek mandiri perawat spesialis jiwa dengan menggunakan pedoman CBT sebagai aplikasi nyata dalam mengatasi PTSD pasca gempa.

Saran untuk bidang keilmuan agar pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan *evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa dalam penerapan CBT bagi klien dengan PTSD. Mengembangkan modul CBT yang

Pengaruh Cognitive Behavior Therapy terhadap Post Traumatic Stress Disorder pada Penduduk Pasca Gempa Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat

standar yang bisa dipakai untuk setiap masalah kesehatan jiwa baik untuk kelompok gangguan atau kelompok resiko sebagai bahan referensi dalam ilmu keperawatan jiwa.

Sebagai tindak lanjut dari penelitian perlu dilakukan replikasi pada Puskesmas diseluruh Indonesia khususnya wilayah yang mengalami bencana sehingga diketahui keefektifan penggunaan CBT dalam mengatasi PTSD, penelitian kualitatif untuk melengkapi informasi tentang sejauh mana CBT dapat membantu penduduk dalam mengatasi PTSD pasca gempa, perlu diteliti lebih lanjut tentang variabel perancu lain yang dapat mempengaruhi keberhasilan CBT sebagai salah satu metode pendekatan penyelesaian masalah PTSD pada penduduk pasca gempa, melakukan penelitian CBT dengan pendekatan lain yang lainnya seperti teknik *exposure therapy*, dan instrumen dalam penelitian ini hendaknya dapat digunakan sebagai alat ukur dalam pelaksanaan kegiatan CBT

Daftar Pustaka

Informasi dari internet, publikasi elektronik

1. Adesla, V. (2009). *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*. 17 Januari 2010. http://www.e-psiologi.com/epsi/klinis_detail.asp?id=575
2. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed). 17 Januari 2010. Washington: APA
3. _____. (2010). *Different Approaches To Psychotherapy*. 17 Januari 2010. <http://www.apa.org/topics/therapy/psychotherapy-approaches.aspx>
4. Bryant, Sackville, Dang, Moulds & Guthrie. (1999). *Treating Acute Stress Disorder : An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques*. *Am J Psychiatry*, 156, (1780-1786). 31 Maret 2010. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/156/11/1780>
5. Driden & Edwards. (2009). *Causes of PTSD*. http://www.medicinenet.com/posttraumatic_stress_disorder/article.htm diperoleh tanggal 17 Januari 2010
6. Ferdos & Hossein. (2007). *The Effectiveness Of Problem Solving Skills In Decreasing Ptsd Symptoms In Survivors Of Bam Earthquake*. *Pak J Mes Chi*, 23 (5), 736-740. 17 Januari 2010. <http://pjms.com.pk/issues/octdec107/pdf/PTSD.pdf>
7. Gillespie. K, Duffy. M, Hackmann. A & Clark. D. M. (2002). *Community Based Cognitive Therapy in Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder following Omagh Bomb*. *Behavior Research Therapy*, 40, (345-357). 31 Maret 2010. http://www.the-convention.co.jp/jact06/download/ehlers/gillespie_omagh_brt_2002.pdf
8. Heryawan, A. (2009). *Merenungkan Bencana*. 23 Maret 2010. <http://ahmadheryawan.com/kolom/94-kolom/2808-merenungkan-bencana.pdf>
9. Maramis, A. (2005). *Catatan tentang Bantuan Psikososial/Kesehatan Mental*. 2 Februari 2010. 2 Februari 2010. http://www.who.int/mental_health/resources/Briefing_on_tsunami_affected_region_indo.pdf
10. Martin, P.F. (2010). *CBT*. 27 Maret 2010. <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Cognitive-behavioral-therapy.html>
11. NACBT. (2007). *What is CBT*. 2 Februari 2010. <http://www.nacbt.org/whatiscbt.htm>
12. NICE. (2005). *PTSD in adult and children*. 17 Januari 2010. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG026publicinfo.pdf>
13. NIMH. (2008). *Post Traumatic Stress Disorder*. 17 Januari 2010. http://www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/nimh_ptsd_booklet.pdf
14. Parsons, A. (2009). *Cognitive Behavior Therapy for PTSD*. 31 Maret 2010. <http://www.ptsdforum.org/showthread.php?t=568>
15. PTSD Support Service. (2010). *Treatments of PTSD*. 15 Maret 2010. http://www.ptsdsupport.net/ptsd_treatments.html
16. Ross, D. (1999). *Treatment For PTSD : Guideline For Patient and Family*. 17 Januari 2010. <http://www.psychguides.com/ptsdhe.pdf>
17. Seidler. G.H & Wagner. F. E. (2006). *Comparing The Efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive behavioral therapy in The Treatment of PTSD*. *Psychological Medicine*, 36, (1515-1522). 31 Maret 2010. <http://www.loisehrmann.com/emdr%20and%20cbt%20comparison.pdf>
18. Shoostari, Pangadhi dan Moghadam. (2007). *Outcomes of Cognitive Behavior Therapy in Adolescent After Natural Disaster*. *Journal of Adolescent Health*, 42, (466-472). 17 Januari 2010. <http://yangzi-a.org/res/ptsdangels/P020080602317431390496.pdf>
19. Sudibyakto. (2007). *Analisis :Mengelola Dampak Bencana*, 1 Februari 2010. <http://geo.ugm.ac.id/archives/91>

Pengaruh Cognitive Behavior Therapy terhadap Post Traumatic Stress Disorder pada Penduduk Pasca Gempa Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat

20. WHO. (2009). *Definitions of Terms*. 23 Maret 2010.
<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/45B45060-A38E-496F-B2C1-BD2DC6C04C52/0/44Definitionofterms2009.pdf>

Disertasi

21. Sulistiyawati. (2007). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan penduduk pasca gempa terhadap post traumatic stress disorder di Desa Sengon Kecamatan Prambanan Kabupaten Klaten*. Skripsi. Tidak dipublikasikan

Patent

22. FIK-UI. (2009). *Draft Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa yang Telah Di Riset*. Jakarta: FIK-UI
23. Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
24. Stuart, G.W & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8th ed). St. Louis: Mosby.

¹Ns. Ira Erwina, S.Kep: Mahasiswa Program Pasca Sarjana Kekhususan Keperawatan Jiwa FIK UI.

²Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M. App.Sc: Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa FIK UI Jakarta.

³Ir. Yusron Nasution, M. Kes : Dosen Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta.

³Novy Helena, S.Kp., M.Sc : Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa FIK UI Jakarta.
