

# TAHAPAN COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PADA RISIKO BUNUH DIRI: SYSTEMATIC REVIEW

Catur Warih Andriastutia<sup>a,\*</sup>, Megah Andriany<sup>a,b</sup>, Muhammad Mu'in<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Mahasiswa Magister Keperawatan UNDIP

<sup>b</sup>Dosen Departemen Ilmu Keperawatan UNDIP

<sup>c</sup>Dosen Departemen Ilmu Keperawatan UNDIP

[andriaswarih@gmail.com](mailto:andriaswarih@gmail.com)

Jl. R. Soeprapto Gang Jalak Purwodadi Grobogan Jawa Tengah, Indonesia

## Abstrak

Risiko bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri yang harus segera ditangani, hal ini untuk mencegah kemungkinan terjadinya bunuh diri. Adapun cara terbaik untuk mengetahui apakah individu mempunyai ide untuk bunuh diri adalah dengan menanyakan langsung. Ide bunuh diri individu disebabkan karena stresor dengan beberapa perspektif diantaranya: kemampuan berfikir (kognitif), sikap dan nilai (afektif), fisiologis, perilaku dan sosial atau kemasyarakatan. Kepekaan terhadap kondisi yang dialami oleh individu yang memiliki risiko bunuh diri adalah dengan memberikan motivasi dan keyakinan yang berarti. Salah satu intervensi terapi non farmakologi yang dapat diberikan adalah *Cognitive Behavior Therapy Suicide Prevention*. Tujuan *review* untuk memberikan deskripsi tahapan CBT-SP dalam penelitian yang berfokus pada intervensi yang dilakukan untuk pencegahan bunuh diri. Metode pencarian artikel yang relevan bersumber dari *Science Direct*, *Google Scholar*, dan *PubMed*. Lima artikel yang dibahas masuk dalam tinjauan *systematic review* meliputi tahapan-tahapan CBT-SP. Kesimpulannya bahwa dengan tahapan-tahapan intervensi CBT-SP dapat menurunkan risiko bunuh diri.

**Kata Kunci:** Terapi Perilaku Kognitif, terapi risiko bunuh diri, pencegahan bunuh diri

## Abstract

The risk of suicide is a psychiatric emergency that must be treated immediately, this is to prevent the possibility of suicide. The best way to find out if an individual has suicidal ideation is to ask directly. Individual suicidal ideation is caused by stressors with several perspectives including: thinking ability (cognitive), attitudes and values (affective), physiological, behavioral and social or social. Sensitivity to the conditions experienced by individuals who are at risk of suicide is to provide meaningful motivation and confidence. One of the non-pharmacological therapeutic interventions that can be given is *Cognitive Behavior Therapy Suicide Prevention*. The purpose of the review is to provide a description of the stages of CBT-SP in studies that focus on interventions for suicide prevention. Relevant article search methods are sourced from *Science Direct*, *Google Scholar*, and *PubMed*. The five articles discussed are included in the *systematic review* covering the stages of CBT-SP. The conclusion is that the stages of CBT-SP intervention can reduce the risk of suicide.

**Keywords:** Cognitive behavioral therapy, suicide risk therapy, suicide prevention

## I. PENDAHULUAN

*World Health Organization* (WHO) *Mental Health Action Plan 2013-2020* telah berkomitmen untuk menurunkan 10% angka kematian karena bunuh diri (*Suicide Rate*). Angka kematian karena bunuh diri juga merupakan salah satu indikator dari target 3.4 dari *Sustainable Development Goals* (SDGs), dimana pada tahun 2030 angka kematian karena bunuh diri harus diturunkan sepertiganya. Berdasarkan WHO *Global Health Estimates*, estimasi jumlah kematian akibat bunuh diri seluruh dunia adalah sejumlah 793.000 kematian pada tahun 2016 atau 10,6 kematian per 100.000 penduduk

atau 1 kematian tiap 40 detik (Kemenkes RI, 2019).

Percobaan bunuh diri merupakan salah satu faktor risiko terkuat untuk bunuh diri pada orang dewasa. Penelitian tentang studi kematian memperkirakan bahwa individu yang mencoba bunuh diri 38-40 kali lebih mungkin untuk melakukan bunuh diri daripada mereka yang tidak mencoba bunuh diri (Brown et al, 2005). Percobaan bunuh diri dilakukan oleh individu dengan pikiran, keyakinan dan penilaian yang negatif terhadap dirinya baik terjadi pada masyarakat umum maupun individu yang berada di lembaga pemasyarakatan (Lapas). Sedangkan permasalahan risiko bunuh diri pada warga

binaan masyarakat (WBP) laki-laki terdeteksi 33,5% terjadi di Lapas (Eck M et al, 2019). Penyebab kematian akibat bunuh diri yang terjadi di Lapas sering dilakukan oleh WBP laki-laki dibandingkan dengan WBP perempuan (Castelpietra et al, 2018).

Meningkatnya risiko bunuh diri pada WBP laki-laki dipengaruhi oleh faktor sosiokultural, kondisi biologis, genetika, *over capacity* dan *hopeless* (Albert, 2018) (Durkheim E, 1952) (Smith, et al, 2019) (Horwitz et al, 2017) (Beck et al, 1974). WBP yang mempunyai pikiran, keyakinan dan penilaian yang negatif terhadap dirinya akan menimbulkan perilaku yang menyimpang seperti bunuh diri bila dibiarkan (Buckman, 2017). WBP dengan tanda-tanda menarik atau mengisolasi diri dari orang lain di Lapas, mengurangi kunjungan orang lain atau keluarga, mencederai diri sendiri, mengalami gangguan/keluhan tidur, agitasi, marah dan konfrontasi secara verbal dan fisik, perubahan suasana hati, meningkatnya rasa cemas, pesimis dan mengkritik diri sendiri secara terus menerus, meningkatnya rasa malu, harus segera dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan psikologi dan konseling (American Association of Suicology, 2013). Pendekatan dalam konseling yang dilakukan salah satunya dengan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) dimana didasarkan pada konseptualisasi atau pemahaman pada setiap konseli dan pola perilaku konseli dalam membawa perubahan emosi dan strategi berperilaku ke arah yang lebih baik (Teater, 2013)

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa CBT dapat menjadi alternatif non farmakologi pada gangguan psikologis. Penulis akan lebih rinci dalam menguraikan tahapan dari CBT untuk mencegah bunuh diri, yang dikenal dengan *Cognitive Behavior Therapy Suicide Prevention* (CBT-SP), oleh karena itu tujuan dari *systematic review* ini untuk memberikan deskripsi bagaimana dan apa saja tahapan CBT-SP dalam menurunkan risiko bunuh diri.

## II. LANDASAN TEORI

### A. Landasan Teori CBT-SP

CBT-SP merupakan bentuk terapi yang dikembangkan dari konsep awal CBT oleh Beck, dengan berdasarkan pola pemikiran manusia yang terbentuk melalui proses rangkaian Stimulus–Kognisi–Respon (SKR) yang saling berkaitan dengan membentuk jaringan dalam otak, dimana kognitif akan menjadi faktor yang menentukan dalam menjelaskan bagaimana manusia harus berpikir, merasa, dan bertindak. Terapis perilaku kognitif akan memberi perhatian pada kejadian diri, pemikiran, penilaian, persepsi, pernyataan diri, asumsi-asumsi yang tidak disadari yang tidak diucapkan, serta mempelajari proses-proses tersebut untuk memahami dan mengubah perilaku yang bermasalah baik yang terlihat maupun yang tidak terlihat (Oemarjoedi, 2003).

### B. Landasan Teori Risiko Bunuh diri

Risiko bunuh diri merupakan perilaku destruktif diri yaitu setiap aktifitas yang jika tidak dicegah dapat mengarah kepada kematian (Stuart G, 2009)

Hal-hal yang harus dipahami dalam risiko bunuh diri adalah isyarat bunuh diri yaitu ditunjukkan dengan individu berperilaku secara tidak langsung ingin bunuh diri, namun sudah mempunyai ide untuk mengakhiri hidupnya tetapi tidak disertai ancaman. Ancaman bunuh diri dimana individu mengucapkan keinginan untuk mengakhiri hidupnya disertai rencana meninggalkan kehidupan dan persiapan alat percobaan bunuh diri. Percobaan bunuh diri adalah tindakan individu mencederai atau melukai diri dengan tujuan mengakhiri hidupnya.

## III. METODE PENELITIAN

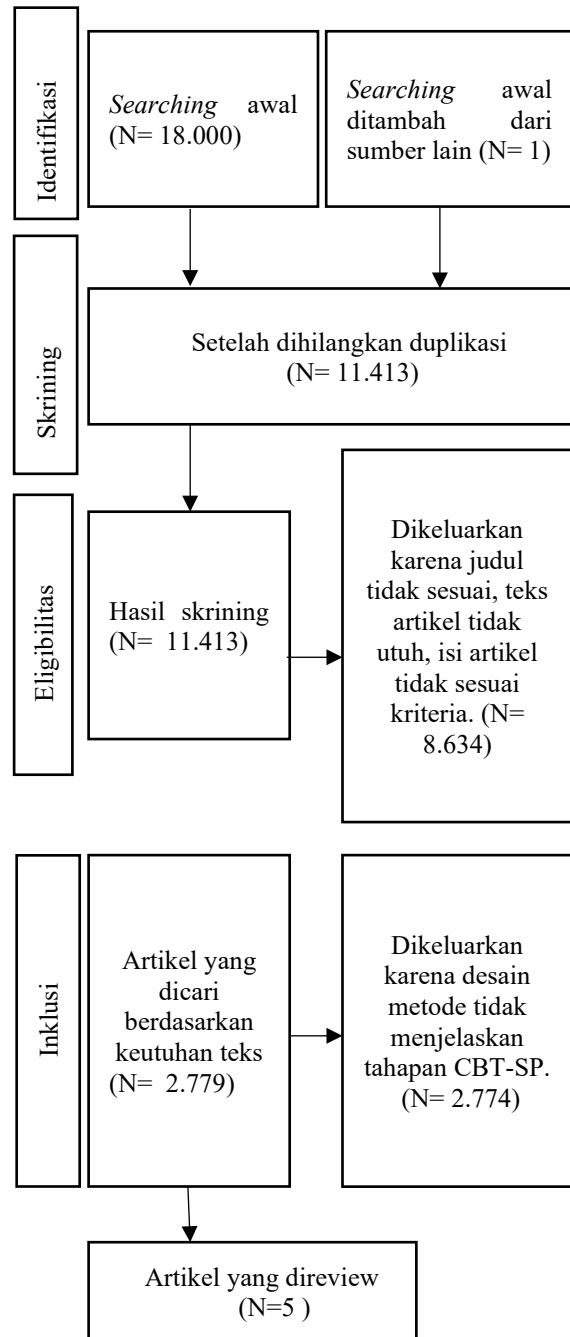
Metode penelitian yang digunakan adalah Systematic Review. Pencarian artikel melalui sumber dari Science Direct, Google Scholar, PubMed. Artikel dibatasi yang dikeluarkan antara tahun 2010-2021, untuk memperoleh artikel berdasarkan artikel terbaru. Referensi dicari menggunakan kata kunci yang dimasukkan sebagai berikut: “*cognitive behavior therapy suicide prevention*”, atau “*cognitive behavior therapy suicide attempt*”

Kata kunci pertama dimasukkan menemukan 18.000 artikel terkait. Kemudian langkah selanjutnya menghilangkan duplikasi, ditemukan 11.413 artikel. Selanjutnya artikel dikeluarkan berdasarkan judul yang tidak sesuai, teks artikel tidak utuh, isi artikel tidak sesuai kriteria ditemukan sejumlah 2.779 artikel.

Artikel yang ditemukan kemudian dipilah dikeluarkan sebanyak 2.774 karena desain metode tidak menjelaskan tahapan CBT-SP, Hasil pencarian didapatkan sebanyak 5 artikel yang direview..

#### IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelusuran artikel diperoleh 2.779 judul dan abstrak yang layak sesuai dengan kriteria, terdapat 5 artikel yang menuliskan tahapan CBT-SP dalam metodenya.



**Tabel 1.** Abstraksi data

No	Judul, peneliti, tahun	Metode	Tahapan Intervensi	Strategi	Hasil
1	<i>Cognitive Behavioural Suicide Prevention for Male Prisoners: Case examples</i> (Pratt D, Gooding P, Awenat Y, et al, 2017)	<i>Case examples</i>	<p>Keterlibatan dan pengkajian masalah peserta.</p> <p>Perawatan</p> <p>Kontrol perhatian</p> <p>Restrukturisasi penilaian</p> <p>Pelatihan keterampilan pemecahan masalah.</p> <p>Aktivasi perilaku</p> <p>Pekerjaan yang berfokus pada skema</p> <p>Mempertahankan rencana kesehatan</p>	<p>Mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor yang dapat berkontribusi pada keinginan peserta untuk bunuh diri dan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat dimanfaatkan untuk mengurangi kerentanan dan meningkatkan pertahanan.</p> <p>Meliputi pengkajian pada pengalaman bunuh diri peserta. Berbagai teknik kognitif diperkenalkan sesuai dengan proses target dan memastikan peserta memiliki pemahaman yang cukup untuk memungkinkan peserta mempraktikkan teknik sebagai tugas pekerjaan rumah.</p> <p>Mengurangi perhatian yang berfokus pada ancaman dan bias informasi lainnya.</p> <p><i>Cognitive Behavioural Suicide Prevention (CBSP)</i> menggunakan teknik pelatihan perhatian yang membantu mengurangi kecenderungan berlebihan peserta untuk fokus pada ancaman yang berhubungan dengan bunuh diri (baik itu internal maupun eksternal).</p> <p>Peserta dilakukan penilaian secara khusus yang menyangkut situasi saat ini di Lapas. Psikoedukasi dilakukan untuk meningkatkan kesadaran peserta, memantau kejadian, mendorong peserta mengevaluasi bukti yang mendukung dan menentang pemikiran negatif.</p> <p>Pendekatan yang dilakukan untuk pemecahan masalah yaitu</p>	<p>Studi ini menjelaskan bahwa pendekatan CBSP layak dan diterima oleh individu yang berisiko bunuh diri dalam ruang lingkup Lapas. Kesiapan dan komitmen untuk mempertahankan tingkat keterlibatan dan kehadiran selama terapi menjadi bahan evaluasi dalam kemanjuran CBSP bagi individu yang berisiko bunuh diri.</p>

No	Judul, peneliti, tahun	Metode	Tahapan Intervensi	Strategi	Hasil
				<p>membuat daftar masalah yang harus diselesaikan, memilih masalah dan definisikan dengan jelas dan sederhana, mencari solusi sebanyak mungkin, membuat daftar keuntungan dan kerugian dari setiap solusi yang mungkin, memilih dan implementasikan solusi, serta mengevaluasi efektivitas solusi yang dipilih.</p> <p>Memberikan kegiatan yang berkaitan dengan peningkatan rasa senang atau pencapaian peserta dimasukkan dalam jadwal harian atau mingguan peserta, meningkatkan keterlibatan peserta dengan lingkungan eksternal (dengan teman atau keluarga). Kegiatan ini berfungsi untuk melemahkan potensi berfikir negatif dan meningkatkan suasana hati.</p> <p>Menonaktifkan, menghambat dan mengubah skema terkait bunuh diri melalui adopsi keyakinan skematis yang baru dan sesuai dengan keadaan diri dan masa depan peserta dengan respon pemecahan masalah yang lebih adaptif. Membantu membuat daftar harga diri yang positif. Melatih peserta mendemonstrasikan kualitas diri dengan pengalaman positif serta mengembangkan rencana yang dapat diterapkan untuk masa depan ketika dibebaskan dari Lapas.</p> <p>2-3 sesi terakhir peserta mengembangkan rencana untuk mempertahankan rasa sejahtera yang dicapai selama terapi,</p>	

No	Judul, peneliti, tahun	Metode	Tahapan Intervensi	Strategi	Hasil
				mengidentifikasi strategi dan teknik yang tersedia bagi peserta dan sumber dukungan tambahan (teman dan keluarga) dalam menggunakan keterampilan baru yang dipelajari selama terapi.	
2	<i>Cognitive Behavioral Suicide Prevention for Male Prisoners: A pilot randomised controlled trial</i> (Pratt D, Tarrier N, Dunn G, et al, 2016)	<i>Randomised Controlled Trial</i>	Perluasan perhatian  Restrukturisasi kognitif Manajemen mood dan aktivasi perilaku. Pelatihan pemecahan masalah Meningkatkan harga diri dan skema positif	Terapis menilai setiap peserta berdasarkan kehadiran, ketepatan waktu, tingkat partisipasi, penguasaan konten program, perilaku mengganggu, penyelesaian tugas pekerjaan rumah dan evaluasi keberhasilan baik dengan cara wawancara maupun menggunakan alat ukur. Alat ukur yang dipakai adalah <i>Beck Scale for Suicidal Ideation</i> (BSSI) dan <i>Suicide Probability Scale</i> (SPS). 2-5. Terapis menilai variabel psikologis dan psikiatri yang berhubungan dengan bunuh diri, persepsi pesimisme dan keputusan diukur dengan <i>Beck Hopelessness Scale</i> (BHS), tingkat depresi dan kecemasan diukur menggunakan Beck Depression Inventory (BDI-II), dan <i>Beck Anxiety Inventory</i> (BAI). Harga diri peserta dinilai menggunakan <i>Robson Self-Concept Questionnaire</i> (RSCQ). Terapis menggunakan modul perawatan bagi seluruh peserta. Modul disepakati secara kolaboratif antara peserta dan terapis. Modul yang digunakan yaitu modul restrukturisasi kognitif.	Terapi <i>Cognitive Behavior Suicide Prevention</i> (CBSP) merupakan pendekatan baru yang bermanfaat bagi narapidana dalam hal pengurangan perilaku melukai diri sendiri, penurunan gejala psikiatri dan disfungsi kepribadian.
3	<i>Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention</i>	<i>Randomised Controlled Trial</i>	Fase Awal Perawatan Akut Analisis rantai	Dilakukan pada sesi 1-3 Analisa secara terperinci dari peristiwa yang terkait upaya bunuh diri atau krisis bunuh diri.	CBT-SP menjanjikan pengobatan yang fleksibel dan tepat untuk mencegah terulangnya perilaku bunuh diri. Menguji

No	Judul, peneliti, tahun	Metode	Tahapan Intervensi	Strategi	Hasil
	<i>(CBT-SP): Treatment Model, feasibility and Acceptability</i> (Stanley B, Brown G, Brent D, et al, 2009)		Perencanaan keselamatan	Mencakup identifikasi faktor kerentanan seperti perasaan, pemikiran, dan perilaku. Fase ini meminta responden untuk menjabarkan peristiwa yang menyebabkan dan mengikuti upaya bunuh diri. Analisis rantai ini bermanfaat dalam merinci urutan peristiwa pikiran dan perasaan dari sudut pandang responden. Teknik untuk membantu responden tetap aman dan tidak dalam perilaku bunuh diri lebih lanjut. Dapat membantu menurunkan risiko perilaku bunuh diri yang akan segera terjadi. Rencana keselamatan terdiri strategi internal dan strategi eksternal. Strategi internal meliputi daftar aktifitas yang dapat dilakukan responden untuk mengatasi dorongan bunuh diri tanpa bantuan orang lain. Strategi eksternal mencakup berbagai perilaku dari menerima bantuan teman atau anggota keluarga yang dapat mengalihkan perhatian. Rencana keselamatan dibahas dan direvisi dalam setiap sesi CBT-SP.	kemanjurannya dalam RCT adalah langkah penting berikutnya.
			Psikoedukasi	Terapis mendidik responden dan keluarga di beberapa area selama fase awal pengobatan. Tugas pertama terapis adalah menjelaskan tentang sifat bunuh diri, peran depresi, dan kebutuhan untuk mengamankan cara-cara mematikan yang potensial. Salah satu strategi untuk meningkatkan harapan di awal pengobatan adalah dengan menggali alasan pribadi responden untuk hidup, termasuk orang-orang yang peduli dengan	
			Mengembangkan alasan untuk hidup dan harapan		
			Konseptualisasi kasus		
			Fase Tengah Perawatan Akut		
			Fase Akhir Perawatan Akut dan Fase Lanjutan		

No	Judul, peneliti, tahun	Metode	Tahapan Intervensi	Strategi	Hasil
				<p>responden, hal-hal yang disukai responden, hewan peliharaan. Responden bisa menyusun <i>hope kit</i> yang berfungsi sebagai alat bantu memori yang digunakan pada saat krisis, dapat membantu meningkatkan harapan tentang masa depan. <i>Hope kit</i> dapat berupa gambar orang yang dicintai, pengingat aspirasi, dan tempat yang memberikan kesenangan (kerang, gunung).</p> <p>Terapis mengembangkan konseptualisasi kasus berdasarkan analisa rantai. Terapis mengidentifikasi masalah kognitif, perilaku, afektif. Terapis dan responden mendiskusikan tujuan spesifik yang sesuai untuk mengurangi risiko bunuh diri dan pendekatan yang disarankan secara kolaboratif. Rencana perawatan disajikan kepada keluarga sebagai umpan balik.</p> <p>Dilakukan pada sesi 4-9 setelah krisis bunuh diri teratasi. Keterampilan perilaku dan kognitif yang dapat dilatih bersama keluarga dan menggunakan modul. Memilih modul keterampilan menjadi hal yang sangat penting karena sifat perawatan yang terbatas waktu. Modul keterampilan individu meliputi aktivasi perilaku dan peningkatan aktivitas yang menyenangkan, pemantauan suasana hati, regulasi emosi dan toleransi terhadap tekanan teknik, restrukturisasi kognitif, pemecahan masalah,</p>	



No	Judul, peneliti, tahun	Metode	Tahapan Intervensi	Strategi	Hasil
				<p>penetapan tujuan, memobilisasi dukungan sosial dan keterampilan asertif.</p> <p>Modul keterampilan keluarga difokuskan pada pengurangan risiko bunuh diri dengan mendorong dukungan keluarga, meningkatkan keterampilan pemecahan masalah keluarga dan memodifikasi pola komunikasi keluarga. Modul keluarga meliputi aktivasi perilaku keluarga, pengaturan emosi keluarga, pemecahan masalah keluarga, komunikasi keluarga dan restrukturisasi kognitif keluarga.</p> <p>Komponen terakhir dari fase intervensi akut adalah tugas pencegahan kekambuhan. Dilakukan pada sesi 10-12.</p> <p>Tugas pencegahan kekambuhan meliputi lima langkah yaitu persiapan, tinjauan upaya krisis bunuh diri, tinjauan terhadap upaya atau krisis bunuh diri menggunakan keterampilan, tinjauan skenario risiko tinggi di masa depan dan pembekalan tindak lanjut. Fase lanjutan dilakukan dengan tambahan 12 minggu dalam 6 sesi yang frekuensinya diturunkan secara bertahap.</p> <p>Penghentian pengobatan perlu didiskusikan bersama keluarga yang mencakup tinjauan tanda peringatan gejala depresi dan krisis bunuh diri, tujuan yang dicapai selama terapi, dampak pengobatan pada anggota keluarga lainnya, strategi untuk menangani kemungkinan episode mendatang, dan</p>	

No	Judul, peneliti, tahun	Metode	Tahapan Intervensi	Strategi	Hasil
				kebutuhan saat ini untuk perawatan lebih lanjut.	
4	<i>A Cognitive Therapy Intervention for Suicide Attempters: An Overview of the Treatment and Case Examples</i> (Berk MS, Hendriques GR, Warman DM, et al, 2004)	<i>Case Examples</i>	Fase Awal Perawatan (sesi 1-3)  Fase Tengah Perawatan (sesi 4-7)  Fase lanjutan (sesi 8-10)	Terapi awal berfokus pada melibatkan pasien dalam perawatan, mengarahkan pasien ke model kognitif, dan mengembangkan daftar masalah dan tujuan terapi. Focus pada peningkatan pemecahan masalah dimulai pada awal perawatan. Membangun hubungan antara pasien yang mengalami masalah adalah titik intervensi yang penting. Indikator peningkatan risiko termasuk ide bunuh diri, niat, rencana, dan akses. Selain menetapkan kerangka kerja, dua intervensi kunci pada fase awal adalah konseptualisasi kognitif dan pengembangan rencana krisis untuk keadaan darurat bunuh diri. Mengembangkan konseptualisasi kasus kognitif adalah identifikasi spesies pemikiran otomatis dan keyakinan inti yang diendapkan. Mengembangkan rencana krisis yaitu dukungan sosial, terapis, ruang gawat darurat psikiatri, saluran darurat krisis. Fase tengah perawatan menargetkan perilaku bunuh diri secara mendalam dengan berfokus pada restrukturisasi kognitif serta perubahan perilaku. Intervensi utama yang digunakan adalah pembuatan kartu koping dan kit harapan. Berbagai strategi perilaku dapat diajarkan kepada pasien untuk mengelola pikiran dan perilaku dengan aman. Intervensi kunci pada fase	Teknik kognitif dan perilaku yang khusus diajarkan kepada pasien risiko bunuh diri, perawatannya unik dalam menargetkan perilaku bunuh diri untuk mencegah upaya bunuh diri di masa depan.

No	Judul, peneliti, tahun	Metode	Tahapan Intervensi	Strategi	Hasil
				akhir adalah tugas pencegahan kekambuhan, yaitu gambaran yang dipandu melalui indeks bunuh diri saat mencoba dan potensi krisis bunuh diri. Fase penghentian menekankan pada penggunaan layanan kesehatan mental tambahan dan dukungan sosial.	
5	<i>Cognitive Therapy for suicide Prevention: A Randomized Pilot with Suicidal Youth Experiencing Homelessness</i> (Slesnick N, Zhang J, Feng X, et al, 2020)	A Randomized Pilot	Fase Awal (sesi 1-3)  Fase Tengah (sesi 4-7)  Fase Lanjutan (sesi 8-10)	Klien dididik tentang model kognitif dan koseptualisasi. Dikembangkan untuk memandu interval berdasarkan faktor risiko dan pengalaman individu klien, secara khusus pengalaman otomatis, keyakinan inti dan peristiwa kehidupan utama yang terkait dengan perilaku dan pikiran bunuh diri diidentifikasi. Berfokus pada restrukturisasi kognitif dan perubahan perilaku melalui berbagai teknik kognitif yang dirancang untuk mengatasi faktor risiko spesifik bunuh diri. Dicontohkan dengan cara distraksi, relaksasi, dan sensasi fisik yang intens. Bentuk koping lainnya adalah melalui sistem dukungan pribadi. Latihan keterampilan yang diperoleh melalui proses imajinasi terbimbing dengan tujuan mencegah kekambuhan, untuk meningkatkan retensi pengobatan, kebijakan pintu terbuka (pasien dapat bertemu dengan terapis tanpa janji), pasien diberi insentif dan hadiah makanan untuk setiap sesi yang dihadiri).	Pasien yang menggunakan CBT-SP menunjukkan penurunan ide bunuh diri yang lebih cepat daripada yang tidak. Karena studi ini adalah percontohan, temuan ini sangat signifikan dalam mengurangi ide bunuh diri dari waktu ke waktu.

Tahapan CBT-SP dari beberapa sumber yang sudah diidentifikasi terbagi dalam beberapa sesi. Sesi 1-3 disebut dengan fase awal terapi, sesi 4-7 merupakan fase tengah terapi, dan tahapan terakhir adalah sesi 8-10 sebagai fase lanjutan. Tiap sesi dapat dijelaskan sebagai berikut:

Fase awal terapi (Pratt et al, 2015) (Pratt et al, 2016) (Stanley et al, 2009) (Berk et al, 2004) (Slesnick et al, 2020) (Brodsky et al, 2018) terdiri dari 3 sesi pendekatan yang dilakukan oleh terapis ke klien, yaitu:

Sesi 1 yang disebut dengan sesi penilaian (*Assesment*) dan diagnosa. Tujuan dari sesi 1 yaitu untuk mengetahui jenis masalah yang mengganggu klien. Pada sesi ini strategi yang dilakukan oleh terapis adalah dengan melibatkan klien selama fase awal terapi. Terapis mampu dalam melakukan pengkajian, observasi, anamnesa dengan menanyakan secara eksplisit tentang ide dan perilaku bunuh diri, dulu dan sekarang, analisis gejala, demi menegakkan diagnosa awal mengenai gangguan yang terjadi, memberikan dukungan dan semangat kepada klien untuk dapat melakukan perubahan.

Sesi 2 disebut juga sesi identifikasi faktor risiko selain ide dan perilaku bunuh diri. Sesi ini merupakan proses dalam mencari emosi negatif, pikiran otomatis, dan keyakinan utama yang berhubungan dengan gangguan. Strategi yang digunakan terapis adalah memberikan bukti bagaimana sistem keyakinan dan pikiran otomatis sangat erat hubungannya dengan emosi dan tingkah laku, dengan cara menolak pikiran negatif secara halus dan mengganti dengan pikiran positif sebagai alternatif. Selanjutnya terapis sebaiknya bisa memperoleh komitmen klien untuk melakukan modifikasi secara menyeluruh, mulai dari pikiran, perasaan sampai perbuatan dari negatif menjadi positif.

Sesi ke-3 disebut juga dengan sesi persiapan implementasi, masuk pada ranah kognisi. Strategi yang dapat dilakukan oleh terapis dengan mulai menjelaskan pentingnya perilaku, dilakukan dengan menyusun rencana intervensi dengan memberikan konsekuensi positif-konsekuensi negatif kepada klien. Terapis memberikan penguatan (*reinforcement*) dan hukuman (*punishment*)

secara kreatif kepada klien dan keluarganya. Terapis perlu memperjelas tentang hubungan antara pikiran negatif yang menghasilkan konsekuensi negatif dan pikiran positif yang menghasilkan konsekuensi positif. Klien diajak untuk membuat komitmen antara klien dan terapis untuk menerapkan konsekuensi positif dan negatif terhadap kemajuan proses belajarnya. Keterlibatan keluarga atau orang terdekat sangat berpengaruh dalam keberhasilan terapi.

Fase tengah terapi (Pratt et al, 2015) (Pratt et al, 2016) (Stanley et al, 2009) (Berk et al, 2004) (Slesnick et al, 2020) (Brodsky et al, 2018) adalah tahapan pada sesi 4-7 disebut dengan sesi intervensi.

Sesi ke-4 disebut sebagai sesi formulasi status, fokus terapi. Strategi yang dilakukan oleh terapis yaitu mulai memperkenalkan cara untuk merubah pikiran melalui perlawanan dan mengembangkan perlawanannya tersebut. Diharapkan pada sesi ini adalah kemajuan dan perkembangan terapi. Terapis dapat memberikan umpan balik atas kemajuan dan perkembangan terapi dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati pada sesi sebelumnya, memberikan dukungan semangat kepada kemajuan yang dicapai klien. Memberikan keyakinan untuk tetap fokus pada masalah utama.

Sesi 5 pada fase tengah terapi disebut dengan sesi strategi koping dan dukungan, yang diutamakan pada sesi ini adalah untuk perubahan kognitif dan penerimaan. Strategi dari terapis adalah membuat daftar keterampilan yang digunakan untuk mengelola dorongan bunuh diri secara mandiri. Pada sesi ini klien diharapkan sudah memiliki pengalaman yang lebih mendalam tentang cognitive behavior therapy dan bagaimana mendapatkan manfaat langsung serta mampu memilih tindakan yang harus dilakukan dalam meminimalkan gangguan dan menenangkan diri.

Sesi ke-6 disebut dengan sesi integrasi perawatan khusus. Strategi yang dilakukan terapis adalah dengan menanamkan kepercayaan baru yang lebih positif. Terapis memprioritaskan pada perilaku yang mengancam jiwa dan menawarkan

pendekatan kolaboratif dengan melibatkan klien dalam pemantauan berkelanjutan.

Sesi ke-7, disebut dengan sesi fleksibilitas kontak. Terapis dapat merekomendasikan penyediaan peningkatan kontak selama periode krisis. Peningkatan kontak bisa dilakukan dengan peningkatan janji temu dan ketersediaan kontak melalui telepon atau surat. Terapis memperkenalkan pentingnya adanya keseimbangan hidup, proses untuk berubah, mengembangkan dan membangun jaringan dukungan sosial.

Fase lanjutan (Pratt et al, 2015) (Pratt et al, 2016) (Stanley et al, 2009) (Berk et al, 2004) (Slesnick et al, 2020) (Brodsky et al, 2018) tahapan ini ditempuh pada sesi ke 8-10 terapi, disebut dengan fase monitoring/pemantauan.

Sesi 8 yaitu disebut dengan sesi transisi. Terapis dapat melakukan review terhadap apa yang sudah dilakukan pada sesi-sesi sebelumnya. Selain itu terapis menjelaskan tentang relapse dan apa yang harus dilakukan ketika klien mengalaminya. Terapis harus mengetahui kapan harus meningkatkan pemantauan terhadap klien.

Sesi 9 disebut juga sesi dukungan sosial. Strategi yang dilakukan oleh terapis dengan melibatkan anggota keluarga, anggota jaringan dukungan individu untuk membuat jaring pengaman. Terapis harus memperoleh informasi kontak darurat pada kontak awal.

Sesi 10 disebut dengan sesi pendekatan tim. Strategi yang dilakukan adalah evaluasi terkait dengan kegiatan terapi yang sudah dijalani (kelebihan dan kekurangan), termasuk memelihara kontak dan mengambil pendekatan tim dengan penyedia kesehatan lain yang terlibat dengan klien dan mengkoordinasikan upaya keselamatan. Pada sesi ini juga dibagikan kuesioner risiko bunuh diri kepada klien.

## V. KESIMPULAN

Tahapan dari CBT-SP yang bersumber dari teori *cognitive-behavior* yang dikemukakan oleh Aaron T. Beck yang telah disesuaikan dengan kultur Indonesia terdiri dari *assessment* dan diagnosa, mencari akar permasalahan yang bersumber dari emosi negatif, penyimpangan proses berpikir, dan keyakinan utama yang berhubungan dengan

gangguan, konselor bersama konseli menyusun rencana intervensi dengan memberikan konsekuensi positif-negatif kepada konseli, menata kembali keyakinan yang menyimpang, intervensi tingkah laku, pencegahan *relapse* dan *training self-help*. Peneliti yang akan melakukan terapi tetap menggunakan strategi pendekatan dalam penerapan tehnik-tehnik CBT-SP.

## VI. DAFTAR PUSTAKA

- Albert, W. (2018). Mati di Bui Pembelajaran Bagi Sistem Pemasyarakatan, Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat Jakarta.
- American Association of Suicidology. (2013). Psychological Autopsy Certification Program Participant Manual, Washington, DC.
- Beck A., Weissman X., Lester A., et al, (1974) The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale, Journal Of Consulting and Clinical Psychology, 42, 861-865
- Berk MS., henriques GR., Warman DM., et al (2004). A Cognitive Therapy Intervention for Suicide Attempters: An Overview of The Treatment and Case Examples. Cognitive and Behavioral Practice, 11: 265-277, 1077-7229/04/265-277
- Brodsky BS., Felner AS., Stanley B (2018). The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care Front. Psychiatry, 9:33. doi:10.3389/fpsyt.2018.00033
- Brown GK., Have TT., Henriques GR., et al, (2005), Cognitive Therapy for The Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial. JAMA, 294:563-570
- Buchman JM., Chu C., Michaels MS., et al (2017). The Role of Stressful Life Events Precending Death by Suicide: Evidence From Two Samples of Suicide Decedents. J. Psychres, 256:345-352. doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.078.
- Castelpietra G., Egidi L., Caneva M., et al, (2018), Suicide and Suicides Attempts in Italian Prison Epidemiological

- Findings From The “Triveneto”.  
International Journal of Law and  
Psychiatry, 61: 6-12.  
doi:10.1016/j.ijlp.2018.09.005
- Durkheim E, (1952), *Suicide: A Study in  
Sociology*, The Free Press New York.
- Eck M., Scoufflaire T., Debien C., et al,  
(2019), *Le Suicide en Prison:  
Epidemiologie et Dispositifs de  
Prevention. Suicide in Prison:  
Epidemiology and Prevention*. *J.lpm*, 48  
(1); 46-54. doi: 10.1016/.2018.11.009
- Horwitz AG., Berona J., Czyz EK., et al,  
(2017), *Positive and Negative  
Expectations of Hopelessness As  
Longitudinal Predictors of Depression,  
Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior  
in High-Risk Adolescent, Suicide and  
Life-Threatening Behavior*,  
doi:10.1111/sltb.12273
- Pratt D., Tarrier N., Dunn G., et al, (2016),  
*Cognitive Behavioural Suicide  
Prevention for Male Prisoners: A Pilot  
Randomised Controlled Trial*, *Psychol  
med*, 45(16); 3441-3451.  
doi:10.1017/S0033291715001348
- Pratt D., Gooding P., Awenat Y., et al,  
(2017), *Cognitive Behavioural Suicide  
Prevention for Male Prisoners: Case  
Examples*, *Cogn Behav Pract*, 23(4):  
485-501.  
doi:10.1016/j.cbpra.2015.09.006
- Pusat Data dan Informasi Kementerian  
Kesehatan RI, (2019), *Situasi dan  
Pencegahan Bunuh Diri*, Kemenkes RI:  
Jakarta.
- Stanley B., Brown G., Brent D., et al, (2009),  
*Cognitive Behavior Therapy for Suicide  
Prevention (CBT-SP): Treatment Model,  
Feasibility and Acceptability*, *J Am  
Acad Adolesc Psychiatry*, 48(10) 1005-  
1013.  
doi:10.1097/CHI.0b013e3181b5dfe
- Slesnick N., Zhang J., Feng X., et al, (2020),  
*Cognitive Therapy for Suicide  
Prevention: A Randomised Pilot With  
Suicidal Youth Experiencing  
Homelessness*, *Cognitive Therapy and  
Reseach*, [https://doi.org/10.1007/s10608-  
019-10068-1](https://doi.org/10.1007/s10608-019-10068-1)
- Stuart GW, (2009), *Principles and Practice of  
Psychiatric Nursing*, Ed. 9<sup>th</sup>, Mosby,  
Elsevier.
- Teater B, (2013), *Cognitif Behavioral  
Therapy*, City University of New York-  
College of Staten Island,  
[https://www.researchgate.net/publication  
/264932879](https://www.researchgate.net/publication/264932879)