

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF TERHADAP
PERUBAHAN HARGA DIRI DAN KONDISI DEPRESI PASIEN
GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG HAEMODIALISA
RSUP FATMAWATI JAKARTA TAHUN 2009**

TESIS

**Tjahjanti Kristyaningsih
NPM. 0706195365**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI 2009**

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF TERHADAP
PERUBAHAN HARGA DIRI DAN KONDISI DEPRESI PASIEN
GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG HAEMODIALISA
RSUP FATMAWATI JAKARTA TAHUN 2009**

TESIS

Diajukan sebagai prasyarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa

**Tjahjanti Kristyaningsih
NPM. 0706195365**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI 2009**

ABSTRAK

Nama : Tjahjanti Kristyaningsih
NPM : 0706195365
Program Studi : Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa
Judul Tesis : Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Perubahan Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh terapi kognitif terhadap perubahan harga diri dan kondisi depresi pasien gagal ginjal kronik (GGK) di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta. **Metode** penelitian adalah *quasi experiment* dengan desain *pre-post test design with control group*. Data diambil sebelum dan sesudah pemberian intervensi terapi kognitif pada pasien GGK yang mengalami harga diri rendah dan kondisi depresi di kelompok intervensi. Sampel penelitian diperoleh secara *consecutive sampling* yang berjumlah 56 responden, terdiri dari 28 responden untuk kelompok intervensi dan 28 responden untuk kelompok kontrol. Instrumen penelitian untuk mengetahui tingkat harga diri dan kondisi depresi menggunakan kuesioner modifikasi dari Test Skrining Depresi Beck (*Beck Depression Inventory/BDI*) yang berjumlah 25 pertanyaan. **Hasil** penelitian didapatkan bahwa tingkat harga diri meningkat lebih bermakna dan kondisi depresi menurun lebih bermakna pada kelompok pasien gagal ginjal kronik yang mendapatkan terapi kognitif dibanding kelompok pasien gagal ginjal kronik yang tidak mendapatkan terapi kognitif (p value = 0,000; α = 0,005). Terapi kognitif bila dilaksanakan secara konsisten oleh pasien secara mandiri berpeluang untuk meningkatkan harga diri sebesar 18,9% dan diperkirakan mampu meningkatkan nilai harga diri sebesar 20,43 poin dan juga berpeluang untuk menurunkan depresi sebesar 31,2% dan diperkirakan mampu menurunkan nilai kondisi depresi sebesar 6,29 poin. Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati dapat mengupayakan peningkatan harga diri dan penurunan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa melalui pemberian intervensi keperawatan spesialistik agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, paripurna dan bermutu serta terintegrasi dalam pelayanan kesehatannya.

Kata kunci: depresi, pasien gagal ginjal kronik, terapi kognitif, tingkat harga diri

ABSTRACT

Nama : Tjahjanti Kristyaningsih
NPM : 0706195365
Program Studi : Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa
Judul Tesis : Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Perubahan Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009

The aim of this study was to investigate the influence of cognitive therapy to self esteem degree and depression condition of the patient with chronic renal failure (CRF) at Haemodialysis unit of Fatmawati Hospital, Jakarta. The research method was *quasi experimental pre-post test with control group*. The data was gathered at before and after giving the cognitive therapy to the patient with CRF who had low self esteem and was depressed. The amount of samples were 56 respondents which were 28 respondents of intervention group and 28 respondents of control group and determined by consecutive sampling method. The research instrument was a questionnaire consisted 25 questions of Likert scale statement which were modified from *Beck Depression Inventory* (BDI). The result of this study showed that the level of self esteem in the intervention group was increased higher significantly and also the depression condition was decreased lower significantly than the control group (p value = 0,000; α = 0,005). The conclusion is that the level of self esteem will be higher and depression condition will be decreased whether the patient does the cognitive therapy by himself routinely (consistently) in his activities daily life with the probability score is 18,9% for self esteem degree and 31,2% for depression condition and there will be enhanced 20,43 point for self esteem degree and 6,29 point for depression condition. Fatmawati Hospital especially Haemodialysis unit could increase the patient self esteem and decrease the patient depression condition with delivering specialistic nursing intervention to their patient so that they could achieve the comprehensive, holistic and qualified nursing care which is integrated in their health services for their patient.

Keywords : cognitive therapy, depression, self esteem degree, the patient with chronic renal failure

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karuniaNya sehingga tesis dengan judul **“Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Perubahan Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009”** ini dapat diselesaikan. Tesis ini dibuat untuk pengajuan penelitian dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa pada Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan tesis ini penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, MA, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan sekaligus koordinator MA Tesis.
3. Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc, selaku pembimbing I yang telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
4. Novi Helena C.D., SKp, M.Sc, selaku pembimbing II, yang dengan sabar membimbing penulis, tekun, bijaksana, senantiasa meluangkan waktu di tengah kesibukan, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
5. Direktur Utama RSUP Fatmawati yang telah memberi izin bagi penulis untuk melakukan penelitian di rumah sakit yang beliau pimpin.
6. Kepala Ruang Haemodialisa beserta staf keperawatan yang telah memberi izin bagi penulis untuk mengumpulkan data dan melakukan intervensi keperawatan di ruangan yang beliau pimpin.
7. Direktur Akper Fatmawati beserta seluruh rekan staf pengajar dan karyawan yang telah memberi izin penulis untuk menempuh pendidikan di program magister keperawatan ini.

8. Kedua orangtua, suami dan anak-anakku tercinta, Satrio Nugroho dan Tasya Wijayanti yang senantiasa memberikan dukungan baik moril maupun materiil kepada peneliti.
9. Rekan-rekan angkatan III Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa khususnya para ‘anak cerdas’ yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian tesis ini.
10. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini.

Semoga amal dan budi baik bapak serta ibu mendapat pahala yang berlimpah dari Allah SWT. Akhir kata penulis mengharapkan tesis ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Jakarta, Juli 2009

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	12
D. Manfaat Penelitian	13
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	14
A. Konsep Gagal Ginjal Kronik (GGK)	14
B. Konsep Depresi pada Pasien GGK	17
C. Konsep Harga Diri Rendah	26
D. Pelayanan Kesehatan Jiwa di Rumah Sakit Umum.....	36
E. Konsep Terapi Kognitif	38
BAB III. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	50
A. Kerangka Teori Penelitian	50
B. Kerangka Konsep Penelitian	54
C. Hipotesis Penelitian	58
D. Definisi Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Penelitian	58

BAB IV	METODE PENELITIAN	62
	A. Jenis dan Rancangan Penelitian	62
	B. Populasi dan Sampel Penelitian	63
	C. Tehnik Pengambilan Sampel	66
	D. Waktu dan Tempat Penelitian	67
	E. Etika Penelitian	68
	F. Instrumen Penelitian dan Uji Coba Instrumen	70
	G. Prosedur Pengambilan Data	73
	H. Tehnik Pengolahan dan Analisa Data	77
BAB V	HASIL PENELITIAN	84
	A. Proses Pelaksanaan Terapi	84
	B. Karakteristik Pasien GGK yang mengalami Depresi dan Harga Diri Rendah	86
	C. Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien GGK	91
	D. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien GGK	97
BAB VI	PEMBAHASAN	100
	A. Tingkat Harga Diri Pasien GGK	100
	B. Kondisi Depresi Pasien GGK	109
	C. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien GGK	113
	D. Keterbatasan penelitian	120
	E. Implikasi Hasil Penelitian	123
BAB VII	SIMPULAN DAN SARAN	125
	A. Simpulan	125
	B. Saran	126

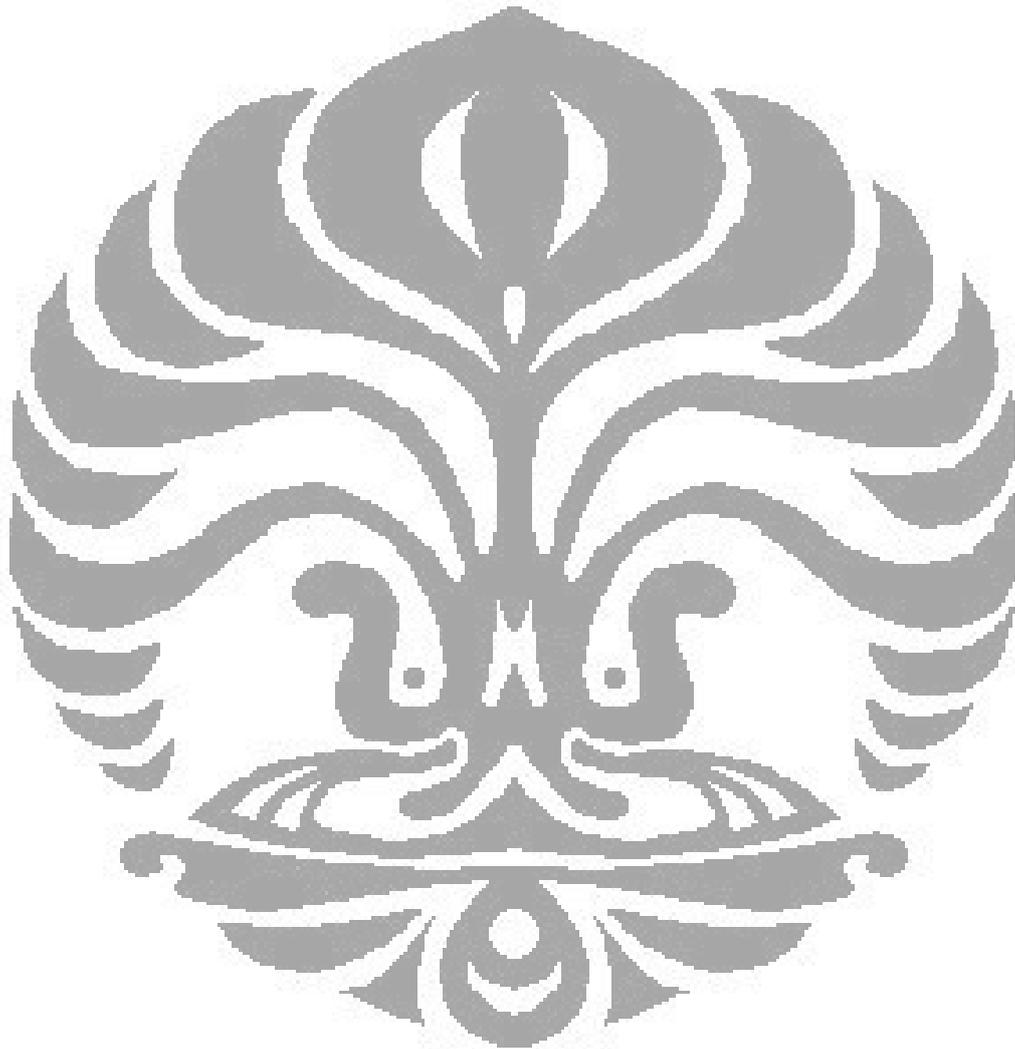
DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

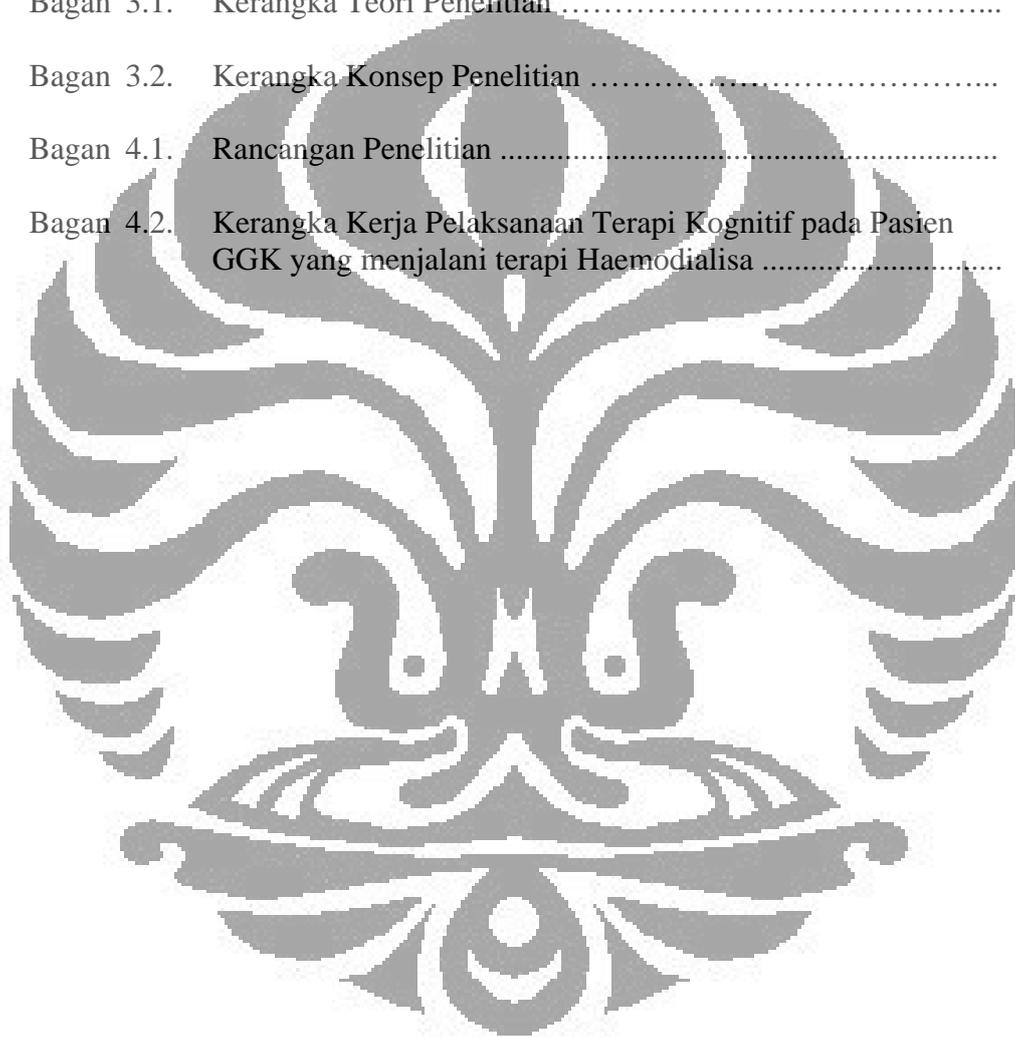
Tabel 3.1.	Definisi Operasional Variabel Penelitian (Variabel Dependen, Independen dan Confounding)	59
Tabel 4.1.	Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Perubahan Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi pasien GGK di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009	81
Tabel 5.1.	Analisis Usia, Lama Sakit, dan Frekuensi Haemodialisa Pasien GGK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2009	87
Tabel 5.2.	Distribusi Pasien GGK menurut Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Status Perkawinan dan Pemberian Antihipertensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2009	88
Tabel 5.3.	Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia, Lama Sakit, dan Frekuensi Haemodialisa Pasien GGK di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2009	90
Tabel 5.4.	Analisis Kesetaraan Karakteristik Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Status Perkawinan dan Pemberian Antihipertensi Pasien GGK di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2009	91
Tabel 5.5.	Analisis Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien GGK sebelum dilakukan Terapi Kognitif di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2009	92
Tabel 5.6.	Analisis Kesetaraan Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien GGK sebelum dilakukan Terapi Kognitif di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2009	93
Tabel 5.7.	Analisis Perubahan Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien GGK sebelum dan sesudah dilakukan Terapi Kognitif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2009	94
Tabel 5.8.	Analisis Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien GGK sesudah dilakukan Terapi Kognitif di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2009	95
Tabel 5.9.	Analisis Perbedaan Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien GGK sesudah dilakukan Terapi Kognitif di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2009	96

Tabel 5.10.	Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap Tingkat Harga Diri Pasien GGK di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2009	97
Tabel 5.11.	Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap Kondisi Depresi Pasien GGK di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2009	98



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1.	Rentang Respon Konsep Diri	28
Bagan 3.1.	Kerangka Teori Penelitian	55
Bagan 3.2.	Kerangka Konsep Penelitian	57
Bagan 4.1.	Rancangan Penelitian	62
Bagan 4.2.	Kerangka Kerja Pelaksanaan Terapi Kognitif pada Pasien GGK yang menjalani terapi Haemodialisa	74



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. : *Beck Depression Inventory* (BDI)
- Lampiran 2. : Kelainan Bentuk Pikiran (*Distorsi Kognitif*)
- Lampiran 3. : Modul Pelaksanaan Terapi Kognitif pada Pasien dengan Harga Diri Rendah
- Lampiran 4. : Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Penelitian
- Lampiran 5. : Penjelasan tentang Penelitian
- Lampiran 6. : Lembar Persetujuan menjadi Responden
- Lampiran 7. : Kisi-kisi Instrumen Penelitian
- Lampiran 8. : Kuesioner A : Data Demografi Responden
- Lampiran 9. : Kuesioner B : Kondisi Saya Saat Ini
- Lampiran 10: Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 11: Keterangan Lolos *Expert Validity*
- Lampiran 12: Keterangan Lolos Uji Kompetensi
- Lampiran 13: Surat Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 14 : Surat Izin Penelitian dari RSUP Fatmawati
- Lampiran 15: Riwayat Hidup Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ginjal adalah sepasang organ berbentuk seperti kacang berwarna merah tua, dan berukuran kira-kira sebesar kepalan tangan. Ginjal berfungsi sebagai sistem filter/saringan dengan membuang 'sampah' sisa-sisa metabolisme tubuh, menjaga keseimbangan cairan tubuh, memproduksi hormon yang mengontrol tekanan darah, memproduksi Hormon Erythropoietin yang membantu pembuatan sel darah merah, dan mengaktifkan vitamin D untuk memelihara kesehatan tulang (Sloane, 2004). Dengan demikian jelaslah bahwa ginjal mempunyai peranan yang sangat penting bagi kesehatan tubuh, karena ia berperan dalam proses ekskresi (pembuangan) sisa metabolisme tubuh dan menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh. Jika terjadi kerusakan atau mengalami gangguan fungsi pada organ ini akan berpengaruh terhadap organ tubuh yang lain. Hal inilah yang membuat fungsi ginjal tak bisa digantikan oleh organ lainnya.

Gangguan atau kerusakan pada fungsi ginjal menimbulkan masalah kesehatan pada tubuh karena akan terjadi penumpukan sisa-sisa metabolisme tubuh. Pada tahap awal, gangguan pada fungsi ginjal tidak menunjukkan gejala berarti. Penderita baru merasakan ada kelainan pada dirinya, jika fungsi ginjal menurun menjadi 25 persen, bahkan 10 persen pada penderita muda (Lumenta, 2005).

Tidak ada alarm tubuh yang mengingatkan bahwa fungsi ginjal mulai menurun. Penumpukan sisa metabolisme yang merupakan racun tubuh akibat penurunan fungsi ginjal dapat menyebabkan racun diserap dan menyebar kembali ke seluruh tubuh. Hal ini mengakibatkan berbagai gangguan tubuh lainnya, seperti gangguan keseimbangan cairan tubuh dan gangguan pengontrolan tekanan darah. Tubuh menjadi mudah lelah, lemas, sehingga aktivitas kerja terganggu. Menurut Soeleman (2008 dalam Anwar, 2008), keluhan baru dirasakan bila fungsi ginjal sudah sangat menurun, seperti bengkak mata kaki, nyeri pinggang hebat (kolik), sakit saat berkemih, demam, sering berkemih namun urine yang

keluar hanya sedikit, kelainan urine (mengandung protein, darah, nilai abnormal pada eritrosit, lekosit, dan adanya bakteri). Gejala tersebut dikenal dengan gagal ginjal akut (GGA).

Jika tidak dilakukan pengobatan yang tepat, maka kegagalan fungsi ginjal dapat menjadi lebih buruk. Racun makin menumpuk yang mengakibatkan nafsu makan menurun, mual, muntah dan kulit menjadi gatal. Produksi urine makin berkurang, cairan tertahan di dalam tubuh, sehingga kondisi bengkak pada ekstremitas bawah dan mungkin bagian tubuh lainnya menjadi bertambah. Kondisi ini membuat aktivitas semakin terganggu dan muncul keluhan sesak. Kegagalan ginjal memproduksi hormon Erythropoietin menyebabkan produksi sel darah merah berkurang, sehingga pasien menjadi anemi, lemas dan tidak bertenaga. Gejala dalam kondisi ini menunjukkan adanya kegagalan fungsi ginjal yang sangat buruk dan menetap (permanen) atau dikenal dengan gagal ginjal kronik (Engram, 1999). Dengan demikian gangguan pada fungsi ginjal merupakan suatu penyakit yang sangat progresif. Maksudnya, bila keluhan GGA tidak mendapatkan pengobatan yang cepat dan tepat, maka kondisi kerusakan ginjal dapat bertambah parah dan berakibat terjadinya kegagalan fungsi ginjal yang permanen yang dikenal dengan gagal ginjal kronik (GGK).

GGK dapat mengalami komplikasi dengan berbagai penyakit lainnya, seperti diabetes dan tekanan darah tinggi (Admin, 2007). Komplikasi dengan diabetes akan menyebabkan proses metabolisme dalam tubuh menjadi tidak maksimal, kerusakan pembuluh vena dan sekaligus gangguan atau kerusakan fungsi ginjal yang lebih serius/parah lagi. Keadaan akhir dari GGK ini adalah ginjal tidak bisa berfungsi lagi yang disebut dengan *End Stage Renal Disease* (ESRD) atau penyakit ginjal tahap akhir (PGTA) (Lumenta, 2008). Komplikasi ini juga akan mempengaruhi fungsi organ lain mulai dari jantung, hati, pencernaan hingga otak yang akan meningkatkan risiko morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitas (kematian) (Lubis 2006).

Berdasarkan data dari *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK)* Amerika Serikat tahun 2007, prevalensi *Cronic Renal*

Failure (Gagal Ginjal Kronik) secara umum adalah 30 orang dari 100.000 populasi setiap tahun (Lumenta, 2005). Sedangkan Departemen Kesehatan RI mencatat insiden gagal ginjal di Indonesia sebesar setiap 1 juta penduduk didapatkan antara 200 hingga 300 pasien baru dengan gagal ginjal kronik (DepKes RI, 2004 dalam Rochijat, 2007). Penyebab kematian pasien gagal ginjal terbesar adalah oleh kegagalan jantung sebanyak 51 persen, stroke 15,7 persen dan infeksi akibat bakteri masuk ke darah 10,01 persen (Anwar, 2008). Hal ini menunjukkan bahwa meskipun insiden kegagalan fungsi ginjal di Indonesia masih relatif kecil, namun dapat berdampak serius pada kegagalan organ tubuh lainnya yang bila berlanjut terus dapat berakibat pada kematian.

Dalam beberapa kasus yang serius, pasien GJK disarankan atau diberikan tindakan cuci darah yang kita kenal dengan istilah dialisa atau Haemodialisa (Admin, 2007). Tindakan haemodialisa ini berfungsi untuk menggantikan fungsi ginjal yang rusak. Untuk mencapai kondisi tubuh yang 'nyaman', pasien GJK harus melakukan terapi. Dengan demikian, tidak salah bila pasien GJK sangat tergantung dengan mesin dialisa seumur hidup, karena bila pasien GJK tidak menjalani haemodialisa maka dapat membahayakan kondisi tubuhnya bahkan dapat mengakibatkan kematian.

Kedua ketergantungan terhadap tindakan ini dapat mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan pasien GJK (Lubis, 2006). Perubahan dalam kehidupan yang dimaksud adalah perubahan biopsikososiospiritualnya. Perubahan biologis (fisik) pasien GJK adalah ia harus mengatur pola-pola hidupnya baik pola makan, pola minum (intake cairan), pola aktivitas dan pola istirahat, dimana semuanya harus seimbang, tidak boleh berlebihan dan disesuaikan dengan kemampuan fisiknya (Lumenta, 2005). Perubahan fisik tersebut mengakibatkan pasien menjadi seseorang yang lemah, tidak mampu melakukan kegiatan seperti sediakala dan tidak berdaya. Hal ini memberikan perasaan tidak mampu dan tidak berdaya karena keterbatasan atau kelemahan fisiknya, sehingga dapat mengakibatkan pasien GJK menjadi minder/malu, enggan bertemu dengan orang lain, menarik diri dari lingkungan sosial.

Masalah finansial atau keuangan akibat biaya cuci darah yang mahal sering membuat pasien GJK merasakan bahwa penyakitnya merupakan hukuman atau karma dari Tuhan.

Ketika seseorang divonis mengalami gagal ginjal, kondisi ini membuat pasien menjadi shock dan stres. Menurut Hasrini (2008 dalam Anwar, 2008), kurang lebih 50% pasien gagal ginjal menderita depresi. Hal ini terjadi karena pasien GJK merasakan adanya 'kehilangan' terhadap fungsi salah satu organnya. Menurut Kubler-Ross (1969 dalam Videbeck, 2001), tahapan kehilangan terdiri dari menolak (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bargaining*), depresi, dan akhirnya dapat menerima (*acceptance*). Pada umumnya pasien GJK dapat melewati tahapan-tahapan ini, namun bervariasi pada setiap individunya. Gangguan fisik yang dialami dan program terapi yang harus dilakukan, membuat pasien GJK memiliki perubahan yang besar dalam hidupnya, baik dalam pola hidup, kebiasaan sehari-hari, finansial dan sebagainya.

Perubahan dalam kehidupan dapat mengakibatkan stres yang dapat membuat tindakan cuci darah tidak efektif lagi (Hasrini, 2008 dalam Anwar, 2008). Bila pasien tidak memiliki mekanisme koping dan sumber koping yang adekuat, maka dapat mengakibatkan timbulnya kondisi depresi yang secara tidak langsung dapat mempengaruhi kondisi fisik yang lebih buruk lagi. Pasien menjadi enggan untuk melanjutkan terapi atau melakukan hal-hal yang bertentangan dengan program pengobatan. Hal ini menggambarkan gambaran depresi pada pasien GJK akan memperburuk kondisi kesehatan dan menurunkan kualitas hidupnya.

Hasil studi mengenai hubungan depresi dan gejala somatik yang dilakukan Simon (1999 dalam Granfa, 2007), menemukan sebanyak 69 persen pasien dengan gangguan depresi mengemukakan keluhan fisik. Makin berat penyakit fisik makin besar pula kemungkinan untuk mengalami gangguan mental. Penyakit fisik yang paling sering menjadi pencetus gangguan mental adalah penyakit neurologik, jantung, paru-paru kronis, kanker, cacat fisik, dan arthritis

(radang sendi). Sedangkan gangguan mental yang paling sering terjadi adalah kecemasan dan depresi. Gejala depresi yang signifikan secara klinis terdeteksi pada kira-kira 12 – 36 % individu dengan kondisi umum nonpsikiatrik (*Agency for Health Care Policy and Research*, 1993 dalam Isaacs, 2001). Meskipun GGK tidak disebutkan dalam salah satu penyakit tersebut, namun gangguan pada fungsi ginjal yang bersifat kronik dapat mengakibatkan adanya gangguan pada fungsi jantung, gangguan neurologis dan cacat fisik akibat kelemahan fisik yang dialaminya.

Depresi merupakan salah satu bentuk gangguan alam perasaan yang memunculkan gejala yang mengindikasikan adanya disfungsi afek, emosi, pikiran dan aktivitas-aktivitas umum (Copel, 2007). Depresi juga dapat diartikan sebagai perasaan yang sedih dan kehilangan minat terhadap segala sesuatu. Pasien dapat mengungkapkan bahwa mereka merasa murung, tidak ada harapan, terbuang dan tidak berharga. Seseorang yang mengalami depresi dapat mengalami gangguan dalam kehidupan sehari-hari dan bahkan dalam aktivitas sosialnya.

Individu yang mengalami depresi pada umumnya menunjukkan gejala psikis, fisik dan sosial yang khas, seperti murung, sedih berkepanjangan, sensitif, mudah marah dan tersinggung, hilang semangat kerja, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya konsentrasi dan menurunnya daya tahan (Granfa, 2007). Gejala depresi adalah kumpulan dari perilaku dan perasaan yang secara spesifik dapat dikelompokkan sebagai depresi. Setiap orang mempunyai perbedaan yang mendasar, yang memungkinkan suatu peristiwa atau perilaku dihadapi secara berbeda dan memunculkan reaksi yang berbeda antara satu orang dengan yang lainnya.

Menurut Kaplan dan Saddock (2004), terapi yang dibutuhkan pada pasien depresi dapat berupa terapi psikososial, seperti terapi kognitif, terapi interpersonal, terapi tingkah laku, psikoterapi, dan terapi keluarga; terapi obat (pemberian antidepresan) dan tindakan *Electro Compulsive Therapy* (ECT)

dengan indikasi bila obat-obatan kurang efektif atau pasien tidak bisa menerima obat-obatan. Berdasarkan keterangan beberapa psikiater yang ditemui peneliti mengatakan bahwa pada pasien GGK, pemberian terapi antidepresan perlu mendapatkan pengawasan yang ketat, bahkan beberapa jenis antidepresan menjadi kontraindikasi, karena efek samping yang ditimbulkan dapat membuat fungsi ginjal menjadi lebih buruk lagi. Pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa dan mengalami kondisi depresi memerlukan kombinasi antara terapi medis dengan terapi psikososial khususnya terapi kognitif. Dengan pemberian terapi kognitif diharapkan pasien GGK dapat beradaptasi dengan adekuat terhadap perubahan fisik yang dialami sehingga ia dapat memiliki kualitas hidup yang lebih baik yaitu hidup dengan sisa fungsi ginjal yang masih dimilikinya.

Pasien GGK yang mengalami kondisi depresi akibat kelemahan fisiknya mengakibatkan perasaan tidak berharga, tidak berdaya, malu dengan kondisi fisik saat ini, maka diagnosa keperawatan yang tepat dengan gejala tersebut adalah harga diri rendah kronik (NANDA, 2005). Sedangkan diagnosa keperawatan lainnya yang berhubungan dengan kondisi depresi ini adalah ansietas, berduka disfungsional, keputusasaan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, koping individu tidak efektif, dan resiko bunuh diri (Copel, 2007).

Bentuk intervensi keperawatan yang dapat dilakukan seorang perawat dalam mengatasi diagnosa keperawatan harga diri rendah dimulai dengan intervensi keperawatan generalis sampai dengan spesialis yang ditujukan untuk individu, keluarga dan kelompok (Stuart & Laraia, 2005). Intervensi keperawatan generalis bertujuan untuk membantu pasien mengenal kemampuan-kemampuan yang masih dimiliki setelah adanya perubahan fisik akibat kegagalan fungsi ginjalnya. Sedangkan intervensi keperawatan spesialis diberikan bila intervensi generalis tidak mampu mengatasi masalah harga diri pasien, khususnya pada pasien GGK yang selalu memandang dirinya seorang yang lemah, tidak berdaya, putus asa dan sering mengalami kondisi depresi bila mengingat kematian yang akan dialaminya.

Intervensi keperawatan spesialis yang dapat diberikan pada pasien dengan harga diri rendah adalah *Terapi Individu* seperti terapi kognitif, terapi Perilaku, dan terapi Kognitif – Perilaku (*Cognitive Behaviour Therapy/CBT*); *Terapi Kelompok*, seperti terapi Suportif dan terapi Logo (*Logotherapy*); *Terapi Keluarga*, berupa terapi Psikoedukasi Keluarga; dan *terapi Komunitas*, berupa terapi Asertif Komunitas atau *Assertif Community Therapy (ACT)* (Stuart & Laraia, 2005; Frisch & Frisch, 2006; Copel, 2007). Dapat disimpulkan bahwa terapi kognitif merupakan salah satu terapi spesialis yang tertuju pada individu khususnya pasien GGK yang dapat diberikan oleh perawat yang berkompeten dalam mengatasi masalah harga diri rendah pasien sekaligus juga dapat mengatasi kondisi depresinya.

Pasien GGK selalu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan umum terkait dengan pelayanan terapi haemodialisa yang harus dijalaninya secara rutin. Sedangkan rumah sakit umum sendiri merupakan sebuah institusi yang memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang memiliki masalah kesehatan umum, yang biasanya hanya didefinisikan sebagai masalah kesehatan fisik. Pada umumnya dalam pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan yang diberikan oleh sebagian besar rumah sakit umum hanya memprioritaskan pada pelayanan (keperawatan) kesehatan fisik dan kurang memperhatikan aspek psikososial pasien yang merupakan efek dari sakit fisiknya.

Menurut Chase dan kawan-kawan (2000, dalam Stuart & Laraia, 2005), seorang yang memiliki sertifikasi *Psychiatric Consultation Liaison Nurse (PCLN)* dapat melakukan pengkajian, merekomendasikan, dan memberikan terapi psikososial pada pasien yang mengalami kecemasan, depresi, dan masalah psikologis maupun distres emosional lainnya yang diakibatkan masalah kesehatan fisiknya. Pasien GGK yang memiliki masalah harga diri rendah dan kondisi depresi akibat penyakit kronik yang dialaminya membutuhkan asuhan keperawatan seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse (PCLN)*. Salah satu intervensi keperawatan yang dapat dilakukan oleh

seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) adalah terapi kognitif. Dengan pemberian terapi kognitif diharapkan pasien GGK memiliki pola pikir yang positif dalam menerima dan beradaptasi dengan penyakit kroniknya sehingga dapat mengatasi masalah harga diri rendah dan kondisi depresi yang dialami dan meningkatkan kualitas hidupnya.

Menurut Granfa (2007), terapi kognitif (*Cognitive Therapy*) adalah suatu terapi yang mengidentifikasi atau mengenali pemikiran-pemikiran yang negatif dan merusak yang dapat mendorong ke arah rendahnya harga diri dan depresi yang menetap. Terapi kognitif dapat membantu menghentikan pola pikiran negatif dan membantu penderita dalam melawan depresi, karena terapi ini bertujuan untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif, mengetahui penyebab perasaan negatif yang dirasakan, membantu mengendalikan diri dan pencegahan serta pertumbuhan pribadi (Burn, 1980). Terapi kognitif merupakan suatu bentuk psikoterapi yang dapat melatih pasien untuk mengubah cara pasien menafsirkan dan memandang segala sesuatu pada saat pasien mengalami kekecewaan, sehingga pasien merasa lebih baik dan dapat bertindak lebih produktif. Terapi kognitif diberikan secara individual dengan harapan individu yang memiliki pikiran negatif yang merupakan salah satu ciri dari pasien depresi, mampu mempunyai pemikiran yang sehat yang dapat membentuk coping yang adaptif dalam menyelesaikan masalahnya.

Rahayuningsih (2007) dalam penelitiannya yang berjudul 'Pengaruh Terapi Kognitif terhadap tingkat harga diri dan kemandirian pasien dengan Kanker Payudara' mendapatkan hasil bahwa 100% responden mengalami harga diri rendah sebelum dilakukan terapi kognitif dan setelah dilakukan terapi kognitif terjadi peningkatan harga diri menjadi harga diri tinggi pada 17 responden (58,6%). Hal ini menunjukkan bahwa terapi kognitif bermanfaat pada pasien dengan gangguan kesehatan fisik yang mengalami harga diri rendah.

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP Fatmawati merupakan salah satu rumah sakit rujukan pemerintah di DKI Jakarta. Rumah sakit ini juga memiliki

fasilitas terapi haemodialisa bagi pasien-pasien GGK. Menurut data dari Bagian Rekam Medik RSUP Fatmawati tercatat bahwa dari 29.735 orang yang dirawat di rumah sakit ini dalam kurun waktu 1 tahun yang lalu (bulan Januari – Desember 2008), terdapat 199 orang pasien dengan diagnosa Gagal Ginjal atau sebesar 0,66%. Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati telah memberikan pelayanan terapi ini secara rutin kepada kurang lebih 76 pasiennya, sehingga ruang haemodialisa RSUP Fatmawati yang merupakan rumah sakit rujukan pemerintah untuk wilayah Jakarta Selatan memiliki kapasitas maksimal dalam melayani terapi haemodialisa ini.

Pada akhir bulan Januari 2009 lalu, peneliti telah melakukan suatu studi pendahuluan dengan tujuan untuk mendapatkan insiden depresi pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa di RSUP Fatmawati. Dengan menggunakan kuesioner Pemeriksaan Beck untuk Skrining Depresi (Anonim, 2007) menunjukkan hasil bahwa dari 30 responden yang diteliti, terdapat 3 orang (10%) mengalami Depresi Berat, 6 orang (20%) mengalami Depresi Sedang – Berat, 5 orang (16,7%) mengalami Depresi Ringan – Sedang, 10 orang (33,3%) Depresi Ringan dan 6 orang (20%) tidak mengalami Depresi (Normal). Berdasarkan hasil studi pendahuluan tersebut diatas, maka jelaslah bahwa sebagian besar pasien dengan GGK yang menjalani terapi Haemodialisa mengalami kondisi depresi meskipun bervariasi dalam rentang ringan – berat.

Dengan menggunakan kuesioner yang sama, peneliti juga mempelajari bahwa dari 30 responden yang diteliti, didapat 27 orang memiliki masalah keperawatan harga diri rendah, 20 orang memiliki masalah keperawatan ketidakberdayaan dan 2 orang memiliki masalah keperawatan resiko bunuh diri. Hasil tersebut menjelaskan bahwa diagnosa keperawatan yang sering muncul atau dialami individu dengan depresi adalah harga diri rendah. Hal ini didasari adanya pernyataan kegagalan, kesedihan dan kekecewaan mereka terhadap kondisinya saat ini.

Di beberapa ruang Haemodialisa di berbagai rumah sakit khususnya di RSUP Fatmawati memiliki layanan *edukasi* bagi pasien dan keluarga yang membutuhkan pengetahuan tentang berbagai hal terkait dengan gagal ginjal dan pengobatannya. Namun belum tersedianya program terapi psikososial khususnya terapi kognitif bagi pasien, dapat beresiko program pengobatan tidak berjalan seperti yang diharapkan semestinya. Demikian halnya intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien pun masih bersifat pemenuhan dalam mengatasi masalah fisiknya dan belum terintegrasi dalam mengatasi masalah psikososial khususnya dalam mengatasi harga diri rendah pasien. Hal ini dikuatkan dengan pernyataan beberapa perawat pelaksana di ruangan ini yang menyatakan bahwa umumnya mereka hanya berdinis untuk memenuhi kebutuhan pokok pasien yaitu menjalankan mesin dialisa dan mengobservasi gejala fisik sebelum dan sesudah terapi haemodialisa diberikan. Perawat sering mendengarkan keluhan-keluhan tentang masalah psikososial pasien namun hanya dapat mengibur dan membesarkan hati mereka.

Melihat dampak GJK terhadap timbulnya masalah harga diri rendah dan kejadian depresi, khususnya pada pasien GJK yang menjalani terapi haemodialisa dan manfaat terapi kognitif untuk mengatasi masalah keperawatan harga diri rendah serta belum adanya tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah harga diri rendah di ruang Haemodialisa menjadi latar belakang dilakukannya penelitian tentang “Pengaruh Terapi Kognitif terhadap perubahan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GJK di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati tahun 2009”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas, maka peneliti menyusun serangkaian rumusan masalah dalam penelitian ini, yaitu:

1. Jumlah pasien GJK yang dirawat di RSUP Fatmawati memang relatif kecil yaitu 199 orang (0,66 %), namun kurang lebih 70 orang diantaranya menjalani terapi haemodialisa di rumah sakit ini. Dalam studi pendahuluan yang dilakukan peneliti, terdapat 24 dari 30 pasien (80 %) GJK yang

menjalani terapi haemodialisa di RSUP Fatmawati mengalami masalah depresi dalam menjalani terapi dan kehidupannya yang berkisar antara tingkatan depresi ringan sampai berat.

2. Dari 30 pasien yang diteliti dalam studi pendahuluan tersebut, terdapat 27 (90 %) orang yang memiliki masalah (diagnosa) keperawatan harga diri rendah, sehingga harga diri rendah merupakan diagnosa keperawatan utama karena menduduki peringkat teratas dari diagnosa keperawatan lainnya.
3. Program pengobatan yang diberikan pada pasien GGK yang menjalani haemodialisa umumnya masih berupa pengobatan untuk mengatasi keluhan-keluhan fisik dan belum menyentuh terhadap masalah-masalah psikososial pasien.
4. Belum adanya program *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) di RSUP Fatmawati maupun perawat spesialis jiwa sebagai pemberi asuhan keperawatan yang komprehensif yang dapat memberikan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien dengan GGK yang menjalani terapi haemodialisa dan mengalami harga diri rendah, salah satunya dengan pemberian terapi individu yaitu terapi kognitif.

Oleh karena itu, peneliti ingin mengembangkan suatu terapi psikososial, yaitu terapi kognitif dalam mengatasi masalah harga diri rendah dan sekaligus kondisi depresi pada pasien GGK dengan pertanyaan penelitian yang dapat dikemukakan dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah terapi kognitif berpengaruh terhadap peningkatan harga diri pasien GGK di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta.
2. Apakah terapi kognitif berpengaruh dalam mengatasi kondisi depresi pasien GGK di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta
3. Adakah faktor-faktor yang berkontribusi terhadap harga diri rendah pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi kognitif terhadap perubahan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien gagal ginjal kronik di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. Diketuainya karakteristik pasien GGK dengan haemodialisa di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta.
- b. Diketuainya harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati.
- c. Diketuainya perbedaan harga diri pasien GGK yang menjalani haemodialisa setelah dilakukan terapi kognitif.
- d. Diketuainya perbedaan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa setelah dilakukan terapi kognitif.
- e. Diketuainya perbedaan harga diri pasien GGK yang menjalani haemodialisa yang tidak mendapatkan terapi kognitif.
- f. Diketuainya perbedaan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa yang tidak mendapatkan terapi kognitif.
- g. Diketuainya perbedaan harga diri pasien GGK yang menjalani haemodialisa yang mendapatkan dan yang tidak mendapatkan terapi kognitif.
- h. Diketuainya perbedaan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa yang mendapatkan dan yang tidak mendapatkan terapi kognitif.
- i. Diketuainya hubungan antara karakteristik pasien GGK yang menjalani haemodialisa terhadap harga diri dan kondisi depresi di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif

- a. Menambah wawasan dan pengetahuan peneliti dalam menerapkan terapi kognitif sebagai suatu bentuk terapi individu yang dapat dilakukan oleh seorang spesialis keperawatan jiwa.
- b. Meningkatkan kemampuan pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa dalam meningkatkan harga dirinya sehingga dapat mengatasi kondisi depresinya
- c. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya kesehatan jiwa pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa sehingga secara tidak langsung dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

2. Manfaat Keilmuan

- a. Metode terapi kognitif sebagai salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa bagi individu yang mengalami harga diri rendah
- b. Penelitian ini sebagai *evidence based* dalam mengembangkan terapi kognitif.

3. Manfaat Metodologi

- a. Dapat menerapkan teori atau metode yang terbaik dalam meningkatkan harga diri pada pasien yang mengalami harga diri rendah.
- b. Hasil penelitian berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk meningkatkan harga diri dengan menggunakan desain penelitian lainnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, dalam bab ini akan dikemukakan beberapa konsep dan teori yang terkait dengan bidang penelitian yang meliputi: Konsep Gagal Ginjal Kronik, Konsep Depresi pada pasien GGK, Konsep Harga Diri Rendah dan Terapi Kognitif.

A. Konsep Gagal Ginjal Kronik (GGK)

1. Pengertian GGK

Ginjal adalah sepasang organ berbentuk seperti kacang berwarna merah tua, dan berukuran kira-kira sebesar kepalan tangan. Ginjal berfungsi sebagai sistem filter/saringan dengan membuang 'sampah' sisa-sisa metabolisme tubuh, menjaga keseimbangan cairan tubuh, memproduksi hormon yang mengontrol tekanan darah, memproduksi Hormon Erythropoietin yang membantu pembuatan sel darah merah, dan mengaktifkan vitamin D untuk memelihara kesehatan tulang (Sloane, 2004).

Kegagalan fungsi ginjal dapat terjadi dalam 2 (dua) jenis yaitu gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronik. Gagal ginjal akut (GGA) atau *Acute Renal Failure (ARF)* adalah sekumpulan gejala yang mengakibatkan disfungsi ginjal secara mendadak (Nursalam, 2006) dan bersifat *reversibel* (Corwin, 1996). Gagal ginjal kronik (GGK) atau *Chronic Renal Failure (CRF)* adalah suatu penyakit dimana fungsi organ ginjal mengalami penurunan hingga akhirnya tidak lagi mampu bekerja sama sekali dalam hal menyaring sisa-sisa metabolisme tubuh, pembuangan elektrolit tubuh yang berbahaya untuk tubuh, menjaga keseimbangan cairan dan zat kimia tubuh seperti sodium dan kalium di dalam darah atau produksi urine (Nettina, 1997).

Menurut Nursalam (2006), GGK adalah kerusakan ginjal yang berakibat fatal dan ditandai dengan uremia (urea dan limbah nitrogen lainnya yang beredar dalam darah serta komplikasinya jika tidak dilakukan dialisis atau transplantasi ginjal). GGK terjadi jika fungsi ginjal telah berkurang akibat kerusakan parenkim ginjal (Tisher & Wilcox, 1995). Dengan demikian, jelaslah bahwa GGA masih memiliki potensi untuk disembuhkan sedangkan GGK tidak lagi dapat disembuhkan dan bahkan dapat menyebabkan tidak berfungsinya ginjal sama sekali. Kedua jenis kegagalan fungsi ginjal ini merupakan kondisi yang mengancam jiwa.

Gagal ginjal disebabkan oleh beberapa penyakit serius yang diderita oleh tubuh yang secara perlahan-lahan berdampak pada kerusakan organ ginjal. Menurut Nettina (1997), beberapa penyakit yang sering kali berdampak kerusakan ginjal adalah hipertensi yang lama dan parah, diabetes mellitus, penyakit polikistik ginjal, glomerulopati dan penyakit ginjal herediter, nefritis interstisiel, uropati obstruktif dan gangguan kongenital atau perkembangan (penyebab umum pada anak di bawah 5 tahun).

Gangguan pada fungsi ginjal dalam istilah kedokteran disebut sebagai penyakit gagal ginjal yang dapat dikategorikan berdasarkan penyebab dan tanda-gejala yang muncul menjadi 2 macam, yaitu gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronik. Adapun tanda dan gejala terjadinya gagal ginjal akut antara lain bengkak mata, kaki, nyeri pinggang hebat (kolik), kencing sakit, demam, kencing sedikit, kencing merah/darah, sering kencing, kelainan urine (mengandung protein) dan darah (nilai abnormal pada eritrosit, lekosit, dan adanya bakteri). Sedangkan tanda dan gejala yang timbul pada gagal ginjal kronik antara lain lemas, tidak ada tenaga, nafsu makan, mual, muntah, bengkak, kencing berkurang, gatal, sesak napas, pucat/anemi, kelainan urin (mengandung protein, eritrosit, dan leukosit) dan kelainan hasil pemeriksaan laboratorium lainnya seperti nilai creatinine darah naik dan haemoglobin (Hb) turun (Engram, 1999).

GGK dapat mengalami komplikasi dengan berbagai penyakit lainnya, seperti diabetes dan tekanan darah tinggi (Admin, 2007). Komplikasi dengan diabetes akan menyebabkan proses metabolisme dalam tubuh menjadi tidak maksimal yang dapat mengakibatkan kadar glukosa dalam darah meningkat yang jika berlangsung lama dapat merusak pembuluh vena sekaligus menyebabkan gangguan atau kerusakan fungsi ginjal yang lebih serius/parah lagi. Menurut Lumenta (2008), keadaan akhir dari GGK ini adalah ginjal tidak bisa berfungsi lagi yang disebut dengan *End Stage Renal Disease* (ESRD) atau penyakit ginjal tahap akhir (PGTA).

Komplikasi tersebut akan mempengaruhi fungsi organ lain mulai dari jantung, hati, pencernaan hingga otak yang dapat berdampak pada kegagalan organ tubuh lainnya yang bila berlanjut terus dapat berakibat pada kematian. Penyebab kematian pasien gagal ginjal terbesar adalah oleh kegagalan jantung sebanyak 51 persen, stroke 15,7 persen dan infeksi akibat bakteri masuk ke darah 10,01 persen (Anwar, 2008).

2. Penatalaksanaan Medik GGK

Penanganan serta pengobatan GGK tergantung dari penyebab terjadinya kegagalan fungsi ginjal itu sendiri. Tujuan pengobatan adalah untuk mengendalikan gejala, meminimalkan komplikasi dan memperlambat perkembangan penyakit (Lumenta, 2008). Pasien perlu melakukan diet pembatasan atau penurunan intake sodium (natrium), kalium, protein dan cairan dan peningkatan kalori. Bila diketahui penyebabnya adalah dampak penyakit lain, maka dokter akan memberikan obat-obatan atau terapi misalnya pemberian obat untuk pengobatan hipertensi, anemia atau mungkin kolesterol yang tinggi.

Seseorang yang sudah mengalami kegagalan fungsi ginjal yang permanen atau GGK sangat perlu dimonitor pemasukan (*intake*) dan pengeluaran (*output*) cairan, sehingga tindakan dan pengobatan yang diberikan dapat dilakukan secara baik. Dalam beberapa kasus serius, pasien akan

disarankan atau diberikan tindakan pencucian darah (Haemodialisa (dialysis) atau tindakan operasi berupa pencangkokan atau transplantasi ginjal (Admin, 2007).

Haemodialisa adalah salah satu jenis dari berbagai terapi dialisa yang merupakan pilihan utama dalam penatalaksanaan medik pada pasien GGK yang telah mengalami kegagalan fungsi di kedua organ ginjalnya. Haemodialisa adalah lintasan darah melalui selang di luar tubuh ke ginjal buatan dimana pembuangan kelebihan zat terlarut dan cairan terjadi (Engram, 1993). Frekuensi pasien melakukan haemodialisa bervariasi dari dua sampai tiga kali seminggu, dan lamanya mesin haemodialisa berjalan antara 4 – 6 jam tergantung dari jenis sistem dialisis yang digunakan dan keadaan pasien.

B. Konsep Depresi pada Pasien GGK

1. Pengertian

Depresi merupakan salah satu bentuk gangguan alam perasaan yang memunculkan gejala yang mengindikasikan adanya disfungsi afek, emosi, pikiran dan aktivitas-aktivitas umum (Copel, 2007). Depresi juga dapat diartikan sebagai keadaan emosional yang dicirikan dengan kesedihan, berkecil hati, perasaan bersalah, penurunan harga diri, ketidakberdayaan dan keputusasaan (Isaacs, 2001). Pasien dapat mengungkapkan bahwa mereka merasa murung, tidak ada harapan, terbuang dan tidak berharga. Depresi yang merupakan salah satu gangguan kesehatan jiwa khususnya gangguan *mood* atau gangguan alam perasaan ini dapat mengganggu kehidupan individu. Individu diliputi kesedihan jangka panjang dan drastis, agitasi, disertai dengan keraguan terhadap diri sendiri, rasa bersalah, dan marah yang dapat mengubah aktivitas hidupnya terutama aktivitas yang melibatkan harga diri, pekerjaan dan hubungan dengan orang lain (Videbeck, 2001).

Depresi merupakan salah satu jenis gangguan jiwa yang prevalensi cukup banyak. Kurang lebih 5 – 10 % masyarakat umum beresiko mengalami depresi (The AIDS Infonet, 2007). Menurut Videbeck (2001), sekitar 25 % penduduk akan mengalami beberapa tingkatan depresi sepanjang hidup mereka. WHO mencatat pada tahun 2006 terdapat 121 juta orang mengalami depresi dan diperkirakan, pada tahun 2020 depresi akan menempati peringkat kedua setelah penyakit jantung, yang umum dialami masyarakat di dunia (Andra, 2007).

Depresi dapat terjadi pada setiap orang. Menurut Boyd dan Nihart (1998), orang dewasa yang berusia 25 – 44 tahun beresiko lebih tinggi mengalami depresi. Depresi kebanyakan juga dialami pada wanita. Menurut Sosrosumihardjo (2007 dalam Hapsari 2007), kemungkinan wanita mengalami depresi satu setengah kali sampai dua kali dibandingkan pria. Penelitian terhadap epidemiologi menunjukkan bahwa insiden depresi pada pria berkisar pada 7 – 12 %, sedangkan pada wanita pada 20 – 25 % (Frisch & Frisch, 2006). Disamping itu, individu yang beresiko tinggi terjadinya depresi adalah individu yang mengalami masalah/gangguan kesehatan fisik yang kronis (Varcarolis, 2006), seperti penyakit neurologi, endokrin, metabolisme/ nutrisi, infeksi kronis, dan penyakit kronis lainnya. Gejala depresi yang signifikan secara klinis terdeteksi pada kira-kira 12 – 36 % individu dengan kondisi umum nonpsikiatrik (*Agency for Health Care Policy and Research*, 1993 dalam Isaacs, 2001). Meskipun GJK tidak disebutkan dalam salah satu penyakit tersebut, namun gangguan pada fungsi ginjal yang bersifat kronik ini dapat mengakibatkan adanya gangguan pada fungsi jantung, gangguan neurologis dan cacat fisik akibat kelemahan fisik yang dialaminya, sehingga GJK juga dapat dikategorikan sebagai penyakit fisik yang dapat menyebabkan timbulnya kondisi depresi.

GJK merupakan suatu penyakit kronis, karena disamping merupakan gangguan fungsi ginjal yang permanen, penyakit ini juga dapat menyebabkan gangguan pada fungsi neurologi, endokrin, metabolisme tubuh dan kegagalan organ lainnya. Seseorang yang menderita GJK akan

merasa khawatir, merasa tidak berdaya, tegang, takut, bingung, merasa tidak pasti (Dwiawan, 2008). Dapat juga terjadi gangguan psikologis berupa perilaku penolakan, marah, perasaan takut, cemas, rasa tak berdaya, depresi, putus asa bahkan bunuh diri. Ketika kondisi ini menjadi progresif dan fatal akan terjadi gagal ginjal terminal. Di tahap ini pasien berada dalam suatu rentang dari kesadaran penuh sampai ketidaksadaran. Bagi beberapa pasien, kematian merupakan peristiwa yang paling menakutkan dan tak mudah untuk diterima.

Ketergantungan pada mesin dialisa seumur hidup dapat mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan pasien gagal ginjal terminal yang melakukan terapi haemodialisa. Menurut Lubis (2006) perubahan yang dialami pasien GGK berupa perubahan fisiologis maupun psikologis yang mengakibatkan berkembang menjadi stres. Stres juga secara tidak langsung dapat mempengaruhi kesakitan dengan cara merubah pola perilaku individu. Hal ini jelas menunjukkan adanya keadaan stres akan memperburuk kondisi kesehatan pasien dan menurunkan kualitas hidupnya. Kondisi stres berkepanjangan yang dialami pasien GGK inilah yang membuat pasien mengalami kondisi depresi.

Berdasarkan uraian diatas, maka jelaslah bahwa perubahan kondisi fisik yang lemah yang dialami pasien GGK, program pengobatan dan keharusan menjalani terapi dialisa khususnya haemodialisa, serta prognosa penyakit GGK yang buruk, dapat membuat pasien menjadi lemah, tidak berdaya, tidak berguna, dan putus asa. Bila kondisi ini berlarut-larut tanpa adanya penanganan yang adekuat dapat mengakibatkan pasien akan mengalami kondisi depresi yang akan memperburuk kondisi fisiknya.

2. Penyebab Depresi

Beberapa penyebab depresi, yaitu peristiwa dalam kehidupan sehari-hari, perubahan kimia dalam otak, efek samping obat, dan beberapa penyakit fisik. Menurut Granfa (2007) penyebab depresi dapat merupakan faktor

biologis (seperti dampak sakit, pengaruh hormonal, depresi pasca-melahirkan, penurunan berat yang drastis) dan faktor *psikososial* (seperti konflik individual atau interpersonal, masalah eksistensi, masalah kepribadian, masalah keluarga). Beberapa gangguan medis seperti sklerosis ganda, penyakit tiroid, penyakit Addison, AIDS, Hepatitis dan penyakit kronis lainnya, juga dikaitkan dengan depresi.

Alkohol dan penggunaan terapi obat-obatan tertentu dalam jangka waktu yang lama seperti anti hipertensi, steroid, sedatif dan anti bakteri, dapat menyebabkan depresi sekunder (Copel, 2007). Menurut Isaacs (2001), beberapa medikasi yang didapat pasien dalam jangka waktu yang lama seperti terapi hormonal, obat kardiovaskular, psikotropik, agen anti inflamasi/anti infeksi, dan anti *ulkus* mempunyai efek samping yang meliputi depresi. Beberapa penelitian menunjukkan bagaimana sistem imun berinteraksi dengan proses neurobiologis. Ketika seseorang mengalami stres berkepanjangan, kadar epinefrin, norepinefrin, dan kortisol meningkat (Copel, 2007). Pelepasan hormon stres yang terus menerus dapat merusak mekanisme neurologis dan pola fisiologis normal yang mempengaruhi adaptasi tubuh.

Sebagian peneliti berpendapat bahwa faktor sosial dan budaya seperti konflik peran, viktimisasi korban wanita, kecenderungan evaluasi diri yang negatif, dan kecenderungan menginternalisasi stres dapat bertanggung jawab dalam menyebabkan terjadinya angka kejadian pada wanita (Isaacs, 2001). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa penyebab terjadinya depresi adalah faktor biologis, faktor psikososial dan faktor budaya.

Berdasarkan uraian diatas, maka jelaslah depresi yang dialami oleh pasien GGK terutama disebabkan oleh faktor biologis karena adanya kegagalan pada fungsi ginjal yang membuat pasien GGK mengalami kelemahan fisik, ketidakmampuan melakukan aktivitas yang berat dan program terapi yang harus dijalani pasien GGK, khususnya obat-obatan anti hipertensi dan mungkin anti bakteri yang juga merupakan penyebab depresi sekunder pada

pasien GJK. Faktor psikologis seperti stres yang berkepanjangan akibat dampak perubahan kondisi fisik yang dialami yang berakibat timbulnya perasaan malu, minder dan tidak berdaya, konflik individu karena kehilangan pekerjaan, dan merasa menjadi beban keluarga. Faktor sosial budaya seperti masalah finansial karena biaya pengobatan dan terapi haemodialisa yang relatif mahal, kebiasaan individu memendam atau menginternalisasikan stres terhadap perubahan kondisi fisik dan kecenderungan evaluasi diri yang negatif, juga merupakan penyebab lebih lanjut terjadinya depresi pada pasien GJK yang menjalani terapi haemodialisa.

3. Tanda dan Gejala Depresi

Individu yang terkena depresi pada umumnya menunjukkan gejala psikis, gejala fisik & sosial yang khas, seperti murung, sedih berkepanjangan, sensitif, mudah marah dan tersinggung, hilang semangat kerja, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya konsentrasi dan menurunnya daya tahan tubuh. Gejala depresi adalah kumpulan dari perilaku dan perasaan yang secara spesifik dapat dikelompokkan sebagai depresi. Setiap orang mempunyai perbedaan yang mendasar, yang memungkinkan suatu peristiwa atau perilaku dihadapi secara berbeda dan memunculkan reaksi yang berbeda antara satu orang dengan yang lain.

Menurut Granfa (2007), gejala depresi terdiri dari tiga segi, yaitu:

a. Gejala Fisik

Menurut beberapa ahli, gejala depresi yang kelihatan ini mempunyai rentangan dan variasi yang luas sesuai dengan berat ringannya depresi yang dialami. Secara garis besar beberapa gejala fisik yang relatif mudah dideteksi. Gejala fisik meliputi:

- 1) Sulit tidur, terlalu banyak/sedikit
- 2) Perilaku pasif, menyukai kegiatan yang tidak melibatkan orang lain seperti menonton TV, makan, tidur

- 3) Sulit memfokuskan perhatian atau pikiran pada suatu hal atau pekerjaan, sering melakukan hal-hal yang tidak efisien dan tidak berguna, seperti misalnya mengemil, melamun, merokok, metode kerja menjadi kurang terstruktur, sistematika kerja menjadi kacau atau bekerja lamban
- 4) Kehilangan sebagian atau seluruh motivasi kerjanya, karena ia tidak lagi bisa menikmati dan merasakan kepuasan atas apa yang dilakukannya. Ia sudah kehilangan minat dan motivasi untuk melakukan kegiatannya seperti semula. Oleh karena itu, keharusan untuk tetap beraktivitas membuatnya semakin kehilangan energi karena energi yang ada sudah banyak terpakai untuk mempertahankan diri agar tetap dapat berfungsi seperti biasanya. Mereka mudah sekali lelah padahal belum melakukan aktivitas yang berarti
- 5) Perasaan negatif yang akan membuat letih karena membebani pikiran dan perasaannya.

b. Gejala Psikis

Gejala psikis yang akan diperlihatkan oleh pasien depresi adalah

- 1) Kehilangan rasa percaya diri. Penyebabnya, orang yang mengalami depresi cenderung memandang segala sesuatu dari sisi negatif, termasuk menilai diri sendiri. Pasti mereka senang sekali membandingkan antara dirinya dengan orang lain. Orang lain dinilai lebih sukses, pandai, beruntung, kaya, lebih berpendidikan, lebih berpengalaman, lebih diperhatikan oleh atasan, dan pikiran negatif lainnya.
- 2) Sensitif. Orang yang mengalami depresi senang sekali mengkaitkan segala sesuatu dengan dirinya. Perasaannya sensitif sekali, sehingga sering peristiwa yang netral jadi dipandang dari sudut pandang yang berbeda oleh mereka, bahkan disalahartikan. Akibatnya, mereka mudah tersinggung, mudah marah, perasa, curiga akan maksud orang lain (yang sebenarnya tidak ada apa-apa), mudah sedih, murung, dan lebih suka menyendiri.

- 3) Merasa diri tidak berguna. Perasaan tidak berguna ini muncul karena mereka merasa menjadi orang yang gagal terutama di bidang atau lingkungan yang seharusnya mereka kuasai. Misalnya, seorang manajer mengalami depresi karena ia dimutasikan ke bagian lain. Dalam persepsinya, pemutasian itu disebabkan ketidakmampuannya dalam bekerja dan pimpinan menilai dirinya tidak cukup memberikan kontribusi sesuai dengan yang diharapkan.
- 4) Perasaan bersalah. Perasaan bersalah terkadang timbul dalam pemikiran orang yang mengalami depresi. Pasien memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu hukuman atau akibat dari kegagalan mereka melaksanakan tanggung jawab yang seharusnya dikerjakan. Banyak pula yang merasa dirinya menjadi beban bagi orang lain dan menyalahkan diri mereka atas situasi tersebut.
- 5) Perasaan terbebani. Banyak orang yang menyalahkan orang lain atas kesusahan yang dialaminya. Pasien merasa terbebani berat karena merasa terlalu dibebani tanggung jawab yang berat.

c. Gejala Sosial

Depresi yang berawal dari diri sendiri pada akhirnya mempengaruhi lingkungan dan pekerjaan (atau aktivitas rutin lainnya). Lingkungan akan bereaksi terhadap perilaku orang yang depresi tersebut yang pada umumnya negatif (mudah marah, tersinggung, menyendiri, sensitif, mudah letih, mudah sakit). Problem sosial yang terjadi biasanya berkisar pada masalah interaksi dengan rekan kerja, atasan atau bawahan. Masalah ini tidak hanya berbentuk konflik, namun masalah lainnya juga seperti perasaan minder, malu, cemas jika berada di antara kelompok dan merasa tidak nyaman untuk berkomunikasi secara normal. Mereka merasa tidak mampu untuk bersikap terbuka dan secara aktif menjalin hubungan dengan lingkungan sekalipun ada kesempatan.

Ketiga gejala depresi diatas dapat ditemui pada pasien GGGK. Dalam gejala fisik, pasien akan menunjukkan perilaku cenderung diam, sulit tidur, hanya melakukan kegiatan ringan yang kurang melibatkan orang lain, dan kurang motivasi kerja karena kelemahan fisik yang dialami. Pada gejala psikis timbul perasaan negatif tentang dirinya yang lemah, tidak berdaya, cemas dan takut akan kematian yang akan dialaminya yang dapat mengakibatkan pasien merasa tidak percaya diri, merasa bersalah, merasa tidak berguna dan membebani orang lain, dan sensitif terhadap perlakuan orang lain. Sedangkan gejala sosial yang tampak adalah pasien lebih senang menyendiri, membatasi interaksi dengan orang lain dan mengurangi kegiatan yang melibatkan orang lain (kegiatan dalam kelompok sosialnya).

Beberapa pemeriksaan untuk mengetahui seseorang mengalami depresi atau tidak telah dikembangkan oleh berbagai profesional kesehatan jiwa. Salah satunya yang dikembangkan oleh Beck (1979 dalam Burns, 1988) dalam bentuk pemeriksaan Beck untuk skrining kondisi depresi atau yang dikenal dengan *Beck Depression Inventory* (BDI). Test ini meliputi tanda dan gejala depresi yang telah dijelaskan diatas. Setelah pasien memberikan jawaban dalam pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam skrining ini, maka dilakukan penjumlahan dan dikategorikan berdasarkan klasifikasi yang telah ditentukan dalam skrining ini, yaitu normal, depresi ringan, depresi sedang, depresi berat dan panik (Beck 1979 dalam Burns 1988). Adapun bentuk test gejala depresi dapat dilihat pada Lampiran 1.

4. Penatalaksanaan Depresi

Kebanyakan individu yang mengalami depresi tidak mendapatkan perawatan yang tepat. Kalaupun mendapatkan perawatan, masih terdapat kesalahan diagnosis. Kondisi tersebut patut disayangkan mengingat perawatan yang tepat akan mampu mengubah secara signifikan suasana hati serta penyesuaian kehidupan sosial seseorang. Karena depresi sering kali tidak terdiagnosis, individu yang mengalami depresi selalu berlanjut dan merasa tidak berguna. Pasien dapat menerima asuhan di berbagai tempat

termasuk rumah sakit jiwa pada kondisi akut, pengobatan berbasis komunitas pada program rawat jalan, atau psikoterapi pribadi dengan praktisi primer (Isaacs, 2001).

Ada 3 hal yang perlu diperhatikan dalam mengatasi depresi yaitu keselamatan pasien harus didahulukan, diagnosis harus ditegakkan dengan benar, dan rencana terapi tidak hanya menghilangkan gejala, juga memperhatikan aspek pemulihan kedepan. Perawatan di rumah sakit meliputi indikasi rawat adalah untuk penegakkan diagnosis, menghindari resiko bunuh diri atau perilaku kekerasan pada orang lain, dan untuk mengatasi perawatan diri yang terabaikan.

Menurut Kaplan dan Saddock (2004), terapi yang dibutuhkan pada pasien depresi adalah *terapi psikososial*, seperti terapi kognitif, terapi interpersonal, terapi tingkah laku, psikoterapi, dan/atau terapi keluarga, *terapi obat*, yaitu antidepresi (trisiklik, tetrasiklik, MAO-A inhibitor, SSRI dan lain-lain), lithium carbonate, boleh ditambahkan obat anticemas apabila diperlukan dan boleh diberikan obat antipsikosis apabila ada gejala psikotik, dan *Electro Compulsive Therapy (ECT)* dengan indikasi yaitu obat-obatan kurang efektif atau pasien tidak bisa menerima obat-obatan.

Penatalaksanaan depresi pada pasien GGK berupa pemberian obat-obat anti depresi (antidepresan), terapi kognitif dan kombinasi dengan keduanya (Lubis, 2006). Pemberian terapi antidepresan pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa perlu mendapatkan pengawasan yang ketat, bahkan ada beberapa jenis dari antidepresan yang menjadi kontraindikasi karena efek samping yang ditimbulkan dapat mempengaruhi fungsi ginjal menjadi lebih buruk lagi. Hal ini juga dikuatkan oleh keterangan beberapa *nephrolog* yang telah diwawancarai oleh peneliti bahwa mereka sangat selektif dalam memberikan obat-obatan pada pasien GGK termasuk diantaranya pemberian antidepresan, sehingga umumnya mereka hanya memberikan obat sebatas keluhan fisik pasien saja, seperti keluhan lemas

diberikan vitamin atau keluhan tidak bisa tidur diberikan obat tidur dalam dosis ringan. Dengan demikian penatalaksanaan yang tepat pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa dan mengalami kondisi depresi adalah kombinasi antara terapi medis dengan terapi kognitif sehingga dapat membantu pasien GGK dalam menentukan pengobatan yang terbaik untuknya. Dengan pemberian terapi kognitif diharapkan pasien GGK dapat beradaptasi dengan adekuat terhadap perubahan fisik yang dialami sehingga ia dapat memiliki kualitas hidup yang lebih baik yaitu hidup dengan sisa fungsi ginjal yang masih dimilikinya.

C. Konsep Harga Diri Rendah

1. Pengertian Konsep Diri

Konsep diri adalah semua pikiran, dan keyakinan yang merupakan pengetahuan individu tentang dirinya dan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain (Stuart, 2006). Sedangkan menurut Videbeck (2001), konsep diri adalah cara individu memandang dirinya dalam hal harga diri dan martabat. Dapat disimpulkan bahwa konsep diri adalah cara bagaimana individu memandang dirinya sendiri dimana hal ini dapat mempengaruhi individu tersebut dalam berhubungan dengan orang lain.

Menurut Stuart (2006), komponen konsep diri adalah *Citra tubuh*, yaitu kumpulan dari sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya, termasuk persepsi masa lalu dan pengalaman yang baru; *Ideal diri*, yaitu persepsi individu tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan atau personal tertentu; *Harga diri*, yaitu penilaian individu tentang penilaian personal tertentu; Penampilan atau performa *Peran* adalah serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu di berbagai kelompok sosial; dan *Identitas* personal adalah pengorganisasian prinsip dari kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi dan keunikan individu.

Gangguan konsep diri: harga diri rendah adalah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan atau diri (Carpenito, 2000). Harga diri rendah adalah evaluasi atau perasaan yang negatif terhadap diri dan kemampuan diri yang berkepanjangan (NANDA, 2005). Dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah adalah cara pandang individu terhadap dirinya yang bersifat negatif dimana ia tidak mampu mengenal kemampuan atau aspek positif dirinya sendiri.

2. Psikodinamika Harga Diri Rendah

Menurut (Stuart, 2006) harga diri rendah dapat terjadi secara *situasional*, yaitu terjadinya trauma secara tiba-tiba, misalnya harus operasi kecelakaan, dicerai suami/istri, putus sekolah, putus hubungan kerja dan perasaan malu karena sesuatu terjadi (korban perkosaan, dituduh KKN, dipenjara tiba-tiba), dan secara *kronik*, yaitu perasaan negatif terhadap diri yang telah berlangsung lama, yaitu sebelum sakit atau dirawat. Pasien memiliki cara berfikir yang negatif, kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi terhadap dirinya. Perubahan komponen harga diri pada pasien GGK adalah harga diri rendah kronik. Hal ini dikarenakan pasien GGK mengalami 'kehilangan permanen' terhadap kemampuan fungsi ginjalnya yang mengakibatkan ia sering merasa lemah, tidak berdaya, tidak mampu dalam melakukan aktivitas yang berat dimana kondisi ini berlangsung lama, sehingga pasien sering menganggap dirinya tidak berharga dan menjadi beban untuk orang lain.

Komplikasi yang mungkin terjadi pada individu yang mengalami harga diri rendah adalah perilaku isolasi sosial dan bahkan resiko perilaku kekerasan. Hal ini bisa terjadi karena pasien harga diri rendah cenderung untuk marah dan kesal pada diri sendiri sehingga pasien cenderung untuk melukai diri sendiri dan orang lain karena pada pasien dengan harga diri rendah selalu menganggap dirinya negatif dan benci serta penolakan pada diri sendiri yang dapat mendorong pasien untuk mengakhiri kehidupannya atau melukai orang lain dan lingkungan (Keliat, 1998).

Pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa beresiko tinggi terjadi perilaku isolasi sosial, karena pasien sering merasa malu, tidak berguna, tidak berdaya karena kelemahan fisiknya yang dapat mengakibatkan kondisi harga diri rendah berlanjut kronis dan menjadi kondisi depresi. Kondisi depresi yang tidak tertangani dengan adekuat dapat membuat pasien mengalami keputusan, ketidakberdayaan yang beresiko membuat pasien mengalami ketidakpatuhan, memutuskan program pengobatan bahkan tidak menutup kemungkinan dapat terjadi perilaku kekerasan yang tertuju pada dirinya sendiri yang dikenal dengan masalah keperawatan resiko bunuh diri.

3. Rentang Respon Konsep Diri

Setiap individu dalam kehidupannya tidak terlepas dari berbagai stressor, dengan adanya stressor akan menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri. Dalam usaha mengatasi ketidakseimbangan tersebut individu menggunakan coping yang bersifat membangun (*konstruktif*) ataupun coping yang bersifat merusak (*destruktif*). Rentang respon pasien dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah dapat dilihat dalam bagan 2.1.



Rentang respon konsep diri terdiri dari:

- a. Aktualisasi diri adalah pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan diterima.

- b. Konsep diri positif, individu mempunyai pengalaman yang positif dalam mengekspresikan kemampuan yang dimiliki.
- c. Harga diri rendah adalah transisi antara respon konsep diri adaptif dengan konsep diri maladaptive, yaitu perasaan/persepsi yang negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri, dan merasa gagal dalam mencapai keinginan.
- d. Kekacauan identitas adalah kegagalan individu dalam mengintegrasikan aspek-aspek identitas masa kanak-kanak ke dalam kematangan aspek psikososial kepribadian pada masa dewasa yang harmonis.
- e. Depersonalisasi adalah perasaan yang tidak realistis dan asing terhadap diri sendiri yang berhubungan dengan kecemasan, kepanikan serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain.

Bila melihat bagan rentang respon konsep diri pada bagan 2.1. diatas, maka pasien GGK masih berada dalam rentang *harga diri rendah*, yaitu harga diri rendah kronis. Hal ini dikarenakan pasien GGK mengalami perasaan dan persepsi yang negatif terhadap diri dan kemampuan diri, tidak berdaya dan merasa gagal dalam mencapai keinginan atau ideal dirinya, namun pasien masih mampu mengintegrasikan aspek identitas di masa lalu ke dalam kematangan emosional saat ini, sehingga pasien belum mengalami kondisi kekacauan identitas diri.

4. Pengkajian Keperawatan

Faktor predisposisi terjadinya harga diri rendah pada seseorang dapat berupa faktor biologis, faktor psikologis dan faktor sosial budaya. Dan keterkaitan antara faktor predisposisi pada pasien GGK adalah sebagai berikut:

a. Faktor Biologis

Faktor biologis yang berperan sebagai faktor predisposisi terjadinya harga diri rendah pada individu dapat berupa riwayat genetik (keturunan) di dalam keluarga, seperti kelainan/cacat fisik bawaan, ukuran tubuh, penampilan, dan sebagainya (Driever, 1976 dalam

Townsend, 2003). Riwayat cedera/trauma yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak khususnya di daerah frontal, temporal dan limbic dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya harga diri rendah, karena kerusakan lobus frontalis mengakibatkan gangguan dalam kontrol fungsi bicara, proses berfikir dan ekspresi emosi (Townsend, 2003), kerusakan daerah temporal mengakibatkan gangguan pendengaran, keseimbangan, memori dan secara tidak langsung juga pada respon emosi (Boyd & Nihart, 1998), dan kerusakan sistem limbik menimbulkan gejala hambatan emosi dan gangguan kepribadian (Kaplan & Saddock, 2004).

Ketidakseimbangan zat kimiawi dalam otak atau yang dikenal dengan neurotransmitter, seperti serotonin, norepineprin, dopamine dan acetylcholine juga dapat bertanggung jawab terjadinya perilaku harga diri rendah, karena perilaku ini tampak jelas terlihat pada pasien depresi dan pada salah satu penyebab terjadinya kondisi depresi adalah akibat dari ketidakseimbangan neurotransmitter ini (Copel, 2007). Beberapa faktor lain, seperti kondisi kurang gizi/nutrisi, kelemahan fisik akibat penyakit kronis dan riwayat penggunaan obat dapat merupakan faktor predisposisi biologis terjadinya harga diri rendah pada seseorang.

b. Faktor Psikologis

Faktor-faktor psikologis yang dapat mempengaruhi harga diri, meliputi penolakan orangtua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang memiliki tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain dan ideal diri yang tidak realistis (Stuart, 2006). Harga diri seseorang dapat berkembang positif maupun negatif dipengaruhi oleh respon orang lain terhadap individu dan bagaimana individu tersebut mempersepsikan respon-respon tersebut (Driever, 1976 dalam Townsend, 2003).

c. Faktor Sosial Budaya

Faktor lingkungan sosial dan budaya juga memegang peran dalam perkembangan harga diri seseorang. Individu yang mengalami harga diri rendah dipengaruhi karena ketidaksesuaian atau gangguan dalam penampilan peran, seperti tuntutan peran kerja, konflik peran, kondisi ekonomi dan sebagainya (Stuart, 2006). Harapan peran budaya, tekanan dari kelompok sebaya dan perubahan dalam struktur sosial juga merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi harga diri (Townsend, 2003)

Berdasarkan uraian diatas, maka pasien GGK dapat memiliki kemungkinan faktor-faktor predisposisi tersebut. Faktor biologis, yaitu karena kegagalan fungsi organ ginjal mengakibatkan pasien mengalami 'kecacatan' fisik, yaitu hilangnya kemampuan fungsi ginjal yang dapat mempengaruhi fungsi organ lainnya, gangguan nutrisi karena proses uremia dan termasuk kemungkinan program pengobatan yang dapat mengakibatkan efek depresi sekunder. Faktor psikologis dapat berupa kegagalan yang dialami setelah adanya kelemahan fisik yang berupa ketidakmampuan melakukan pekerjaan seperti sediakala dan ketergantungan pada orang lain akibat perubahan kondisi fisiknya. Faktor sosial budaya dapat berupa perubahan penampilan peran, ketidakmampuan menjalankan peran, dan konflik peran dimana kesemuanya terjadi akibat perubahan kondisi fisik. Pengaruh sosial ekonomi khususnya masalah finansial dalam program pengobatan GGK, juga dapat mengakibatkan pasien mengalami harga diri rendah.

Menurut Stuart (2006), faktor presipitasi atau faktor pencetus terjadinya harga diri rendah adalah *trauma*, seperti penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan kejadian yang mengancam kehidupan, dan ketegangan *peran* berhubungan dengan atau posisi yang diharapkan, dimana individu mengalaminya sebagai frustrasi. Ada 3 jenis transisi peran yang dapat menyebabkan ketegangan peran (Stuart, 2006), yaitu transisi peran perkembangan, transisi peran situasi, dan transisi peran sehat – sakit.

Faktor pencetus terjadinya harga diri rendah pada pasien GGK adalah karena ketegangan peran, yaitu transisi peran sehat sakit yang diakibatkan pergeseran dari keadaan sehat ke keadaan sakit yang dicetuskan oleh kehilangan bagian tubuh, perubahan ukuran, bentuk, penampilan dan fungsi tubuh serta perubahan fisik berhubungan dengan tumbuh kembang normal, prosedur medis dan keperawatan, sehingga pasien merasakan adanya 'kehilangan fungsi tubuh' khususnya fungsi organ ginjal.

Perilaku yang tampak pada pasien dengan harga diri rendah (Stuart, 2006) adalah mengkritik diri sendiri atau orang lain, penurunan produktivitas, perilaku destruktif yang diarahkan pada orang lain maupun diri sendiri, gangguan dalam berhubungan, rasa diri penting yang berlebihan, perasaan tidak mampu, rasa bersalah, mudah tersinggung atau marah yang berlebihan, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, ketegangan peran yang dirasakan, pandangan hidup yang bertentangan, penolakan terhadap kemampuan personal, pengurangan diri/menarik diri secara sosial, penyalahgunaan zat, menarik diri dari realitas dan khawatir. Beberapa bentuk perilaku tersebut dapat ditemui pada pasien GGK, seperti perasaan tidak mampu, penolakan terhadap kemampuan personal, rasa bersalah, mengkritik diri sendiri, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, penurunan produktivitas, mudah tersinggung, gangguan dalam berhubungan, menarik diri secara sosial, ketegangan peran yang dirasakan, perilaku destruktif yang diarahkan pada orang lain maupun diri sendiri, dan khawatir/cemas dengan kondisi penyakit dan prognosis penyakit GGK.

Dalam menghadapi stresor, individu menggunakan berbagai mekanisme koping yang dapat digolongkan menjadi mekanisme koping jangka pendek dan mekanisme koping jangka panjang (Suliswati, 2005). Mekanisme *koping jangka pendek* dapat berupa aktifitas yang dapat memberikan pelarian sementara dari krisis identitas (misal: konser musik, bekerja keras, menonton TV secara obsesif), aktivitas yang dapat memberikan identitas yang pengganti sementara (misal: ikut serta dalam klub sosial, agama,

politik, kelompok, gerakan atau geng), aktivitas yang secara sementara dapat menguatkan perasaan diri yang tidak menentu (misal: olahraga yang kompetitif, prestasi akademik, kontes untuk mendapatkan popularitas), dan aktifitas yang dapat merupakan upaya jangka pendek untuk membuat identitas di luar dari hidup yang tidak bermakna saat ini (misal: penyalahgunaan obat). Sedangkan mekanisme *koping jangka panjang* berupa penutupan identitas – adopsi identitas prematur yang diinginkan oleh orang yang penting terdekat tanpa memperhatikan keinginan, aspirasi, dan potensi diri individu dan identitas negatif – asumsi identitas yang tidak sesuai dengan nilai dan harapan masyarakat.

Sumber koping setiap individu berupa beberapa kelebihan personal (Stuart, 2006) yang meliputi aktivitas olah raga dan aktivitas di luar rumah; hobi dan kerajinan tangan; seni yang ekspresif; kesehatan dan perawatan diri; pekerjaan, vokasi atau posisi; bakat tertentu; kecerdasan; imajinasi dan kreativitas; dan hubungan interpersonal. Sumber koping yang dimiliki pasien GJK yang menjalani terapi haemodialisa harus dikaji oleh perawat dengan seksama, karena dengan keterbatasan fisik yang dialami sering pasien tidak menyadari adanya sumber koping baik dalam dirinya sendiri maupun dari orang lain seperti keluarga, teman dan kerabat yang merupakan *support system* bagi pasien.

5. Diagnosa Medik dan Diagnosa Keperawatan

a. Diagnosa Medik

Diagnosa medik yang terkait biasanya berdasarkan dengan respon perilaku yang ditunjukkan oleh pasien yang umumnya mengacu pada diagnosa medis Gangguan Depresif, katagori DSM IV yaitu Gangguan Depresif Mayor, episode tunggal (296.2x) dan Gangguan Depresif tidak tergolongkan (311) (Copel, 2007).

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang terkait untuk masalah keperawatan ini adalah *harga diri rendah kronik* (NANDA, 2005). Diagnosa banding yang terkait adalah gangguan penyesuaian diri, gangguan citra tubuh, ketidakefektifan coping individu, gangguan identitas diri, gangguan harga diri dan harga diri rendah situasional. Sedangkan diagnosa keperawatan lainnya yang berhubungan dengan kondisi depresi adalah ansietas, berduka disfungsional, keputusasaan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, coping individu tidak efektif, dan resiko bunuh diri (Copel, 2007).

6. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah serangkaian tindakan keperawatan yang ditujukan untuk mengatasi masalah atau diagnosa keperawatan. Intervensi keperawatan untuk mengatasi diagnosa keperawatan harga diri rendah berupa membantu pasien memeriksa penilaian kognitif dirinya terhadap situasi yang berhubungan dengan perasaan untuk membantu pasien dalam meningkatkan penghayatan diri dan kemudian melakukan tindakan untuk mengubah perilaku (Townsend, 2003). Pendekatan penyelesaian masalah harga diri rendah berupa meluaskan kesadaran diri, eksplorasi diri, evaluasi diri, perencanaan yang realistis dan komitmen terhadap tindakan (Stuart & Laraia, 2005).

Menurut Townsend (2003), intervensi keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah kronis berupa bersikap mendukung, menerima dan respek pada pasien tanpa melanggar hak privasi pasien, mendiskusikan ketidakakuratan (ketidakcocokan) persepsi pasien terhadap kemampuan dirinya, bantu pasien mengenal kesuksesan dan kekuatan yang dimiliki dan beri umpan balik (*reinforcement*) positif, dan kaji kemungkinan adanya pemikiran yang negatif terhadap diri pasien. Intervensi keperawatan generalis pada pasien GGK yang mengalami harga diri rendah bertujuan untuk membantu pasien mengenal kemampuan-kemampuan yang masih

dimiliki setelah adanya perubahan fisik akibat kegagalan fungsi ginjalnya. Kegiatan mengenal kemampuan diri yang masih ada, dapat dilakukan secara individu maupun bersama kelompok. Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) yang sesuai pada pasien harga diri rendah adalah TAK mengidentifikasi hal-hal positif yang ada pada diri pasien dan melatih hal positif yang dapat digunakan pasien (Keliat & Akemat, 2005).

Pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa mungkin membutuhkan intervensi keperawatan lebih lanjut, mengingat kemungkinan adanya pikiran-pikiran negatif terhadap diri dan kemampuan diri akibat perubahan kondisi fisik dan kemungkinan terjadinya kondisi depresi. Intervensi keperawatan spesialis diberikan bila intervensi keperawatan generalis tidak mampu mengatasi masalah harga diri pasien, khususnya pada pasien GGK yang selalu memandang dirinya seorang yang lemah, tidak berdaya, putus asa dan sering mengalami kondisi depresi bila mengingat kematian yang akan dialaminya.

Intervensi keperawatan spesialis pada pasien dengan perilaku harga diri rendah tertuju pada individu, kelompok, keluarga dan masyarakat (Boyd & Nihart, 1998). Intervensi keperawatan spesialis yang dapat diberikan meliputi *Terapi Individu* seperti terapi kognitif, terapi Perilaku, dan terapi Kognitif - Perilaku (*Cognitive Behaviour Therapy/CBT*); *Terapi Kelompok*, seperti terapi Suportif dan terapi Logo (*Logotherapy*); *Terapi Keluarga*, berupa terapi Psikoedukasi Keluarga; dan *terapi Komunitas*, berupa terapi Asertif Komunitas atau *Assertif Community Therapy (ACT)* (Stuart & Laraia, 2005; Frisch & Frisch, 2006; Copel, 2007).

Terapi kognitif adalah suatu bentuk psikoterapi yang dapat melatih pasien untuk mengubah cara menafsirkan dan memandang segala sesuatu pada saat ia mengalami kekecewaan, sehingga ia merasa lebih baik dan dapat bertindak lebih produktif. Pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa beresiko mengalami depresi dan harga diri rendah yang bersifat kronis yang

dapat membuat kondisi fisiknya menjadi lebih buruk. Dengan terapi kognitif diharapkan pasien mampu mengatasi pikiran negatif yang muncul dalam benaknya. Dengan demikian, maka tepatlah bila terapi kognitif merupakan alternatif solusi penatalaksanaan yang merupakan intervensi keperawatan spesialisasi yang tepat dalam mengatasi kondisi depresi dan masalah harga diri rendah pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa sehingga ia dapat menjadi produktif sesuai dengan sisa kemampuan yang dimiliki dan menjalani sisa kehidupannya dengan harkat dan martabat yang dimilikinya.

D. Pelayanan Kesehatan Jiwa di Rumah Sakit Umum

Manusia merupakan individu atau makhluk yang unik, utuh dan holistik yang terdiri bio-psiko-sosio-spiritual. Maksudnya adalah bila manusia mengalami gangguan dalam kondisi biologis atau fisiknya, maka dapat mempengaruhi kondisi psikologis, sosial dan bahkan kondisi spiritualnya. Pasien GGK yang mengalami kelemahan fisik akibat kegagalan fungsi ginjalnya dapat mengalami masalah kesehatan terkait dengan kondisi psikologis, sosial dan spiritualnya.

Pasien GGK selalu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan umum terkait dengan pelayanan terapi haemodialisa yang harus dijalannya secara rutin. Sedangkan rumah sakit umum sendiri merupakan sebuah institusi yang memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang memiliki masalah kesehatan umum, yang biasanya hanya didefinisikan sebagai masalah kesehatan fisik. Sehingga tidak salah dalam pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan yang diberikan oleh sebagian besar rumah sakit umum hanya memprioritaskan pada pelayanan (keperawatan) kesehatan fisik dan kurang memperhatikan aspek psikososial pasien yang merupakan efek dari sakit fisiknya.

Di beberapa negara yang sudah berkembang telah menerapkan pelayanan keperawatan kesehatan jiwa yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada konsumen (pasien dan keluarga) untuk mengatasi masalah-masalah psikososial yang dihadapinya. Wujud dari pelayanan keperawatan kesehatan jiwa yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan umum ini dikenal

dengan istilah *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN). Asosiasi perawat Amerika (*The American Nurses Association* (ANA)) menjelaskan bahwa PCLN merupakan suatu bentuk praktek perawat sub spesialisik atau peran 'advance' seorang perawat (ANA, 1990 dalam Frisch & Frisch, 2006)

Psychiatric Consultation Liaison Nurse (PCLN) bermula di tahun 1960-an dimana profesional psikiatri sebagai konsultan dalam kesehatan mental (jiwa) di pelayanan kesehatan umum (Frisch & Frisch, 2006). Awalnya *Liaison Psychiatry* dipelajari sebagai pertimbangan dalam mempelajari, mendiagnosa, mengobati dan mencegah masalah kesehatan (penyakit) jiwa pada pasien dengan penyakit fisik dan faktor-faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi fisik (Pasnau, 1982 dalam Frisch & Frisch, 2006). *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) merupakan peran 'advance' dari seorang perawat karena seorang PCLN dapat memberikan pelayanan kesehatan psikiatri di tatanan pelayanan kesehatan umum, memberikan konsultasi dan edukasi (pendidikan kesehatan) untuk pasien dan keluarga terkait dengan masalah psikososial yang dihadapinya (Stuart & Laraia, 2005). Disamping itu seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) dapat berperan dalam konsultasi untuk staf keperawatan dan administrasi, mendidik tim keperawatan dan mengarahkan pasien dan keluarganya (Frisch & Frisch, 2006).

Menurut Lewis dan Levy (1982 dalam Frisch & Frisch, 2006), menjabarkan tujuan utama *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) adalah 1) Untuk mendemonstrasikan dan mengajarkan konsep-konsep kesehatan jiwa (mental) dan bentuk prakteknya; 2) Untuk mempengaruhi pentingnya intervensi keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah kesehatan fisik; 3) Untuk mendukung pemberian pelayanan keperawatan yang berkualitas; dan 4) Untuk meningkatkan dan mengembangkan sikap profesionalisme perawat. *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) merupakan sebuah program subspecialistik dari keperawatan yang memberikan konsultasi tentang masalah kesehatan psikososial dan kesehatan jiwa di tatanan pelayanan kesehatan umum (Frisch & Frisch, 2006).

Menurut Chase dan kawan-kawan (2000, dalam Stuart & Laraia, 2005), seorang yang memiliki sertifikasi *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) dapat melakukan pengkajian, merekomendasikan, dan/atau memberikan terapi suportif pada pasien-pasien yang mengalami kecemasan, depresi, dan masalah-masalah psikologis maupun distress emosional lainnya yang diakibatkan masalah kesehatan fisiknya. Bentuk kontribusi langsung yang dapat dilakukan oleh seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) dapat berupa pemberian intervensi keperawatan spesialisik seperti terapi-terapi psikososial yang ditujukan untuk individu, keluarga dan masyarakat.

Telah dijabarkan dalam konsep sebelumnya bahwa pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa akan menghadapi masalah-masalah psikososial khususnya masalah harga diri rendah dan kondisi depresi akibat penyakit kronik yang dialaminya. Kondisi ini membutuhkan sentuhan seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) yang dapat sangat bermanfaat dalam mengatasi masalah-masalah psikososialnya tersebut. Salah satu terapi yang dapat dilakukan oleh seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) adalah terapi kognitif, karena dengan pemberian terapi kognitif diharapkan pasien GGK memiliki pola pikir yang positif dalam menerima dan beradaptasi dengan penyakit kroniknya sehingga dapat mengatasi masalah harga diri rendah dan kondisi depresi yang dialami dan meningkatkan kualitas hidupnya. Dapat disimpulkan bahwa seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) dapat berperan sangat tepat dalam mengatasi kondisi depresi dan harga diri rendah pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa.

E. Konsep Terapi Kognitif

1. Pengertian Terapi Kognitif

Terapi kognitif merupakan salah satu jenis psikoterapi yang menekankan dan meningkatkan kemampuan berfikir yang diinginkan (positif) dan merubah pikiran-pikiran yang negatif (Boyd & Nihart, 1998). Menurut Granfa (2007), terapi Kognitif adalah suatu proses-proses mengidentifikasi atau mengenali pemikiran-pemikiran yang negatif dan merusak yang dapat

mendorong ke arah rendahnya harga diri dan depresi yang menetap. Ketika seseorang mempunyai pandangan yang negatif terhadap diri sendiri, dan masa depan mereka, mereka cenderung mengolah keyakinan yang tidak masuk akal tentang kemampuan mereka dan hubungannya dengan orang lain. Dengan pertolongan seorang terapis yang terlatih, maka terapi kognitif dapat membantu menghentikan pola pikiran negatif dan membantu pasien dalam melawan depresinya. Dengan demikian maka, terapi kognitif merupakan suatu bentuk terapi yang dapat melatih pasien untuk mengubah cara berfikir yang negatif karena mengalami kekecewaan, kegagalan dan ketidakberdayaan, sehingga pasien dapat menjadi lebih baik dan dapat kembali produktif.

Banyak ahli terapi eksistensial menggunakan terapi kognitif yang berfokus pada pemrosesan pikiran dengan segera, yakni bagaimana individu mempersepsikan atau menginterpretasikan pengalamannya dan menentukan cara ia merasa dan berperilaku (Videbeck, 2001). Terapi kognitif bukanlah suatu cara bagaimana memecahkan masalah pasien, namun suatu cara membantu pasien untuk mengembangkan cara-cara baru dengan melihat kembali pengalaman-pengalaman di masa lalu dan mencari alternatif penyelesaian masalahnya sendiri (Boyd & Nihart, 1998).

2. Tujuan Terapi Kognitif

Terapi kognitif bertujuan untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif, mengetahui penyebab perasaan negatif yang dirasakan, membantu mengendalikan diri dan pencegahan serta pertumbuhan pribadi (Burn, 1980). Menurut Copel (2007), terapi kognitif bertujuan untuk membantu pasien mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal. Terapi kognitif berfokus pada bagaimana cara mengidentifikasi dan memperbaiki persepsi-persepsi pasien yang bias yang terdapat dalam pikirannya (Frisch & Frisch, 2006). Menurut Beck dan kawan-kawan (1987 dalam Townsend, 2003), tujuan terapi kognitif adalah pasien dapat

mengenal pikiran-pikiran negatif/otomatisnya, memahami hubungan antara kognitif, afektif dan perilaku, mengatasi kelainan bentuk pikiran (*distorsi kognitif*) dengan cara menggantikannya dengan pikiran-pikiran yang lebih realistik. Berbagai macam kelainan bentuk pikiran (*distorsi kognitif*) dapat dilihat dalam Daftar Kelainan Bentuk Pikiran (*Distorsi Kognitif*) terlampir (Lampiran 2). Dengan demikian, maka dapat disimpulkan bahwa terapi kognitif bertujuan untuk mengubah pikiran-pikiran tidak logis dan negatif menjadi pemikiran yang positif, obyektif, dan masuk akal (rasional).

Terapi kognitif merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang tepat diberikan pada pasien GGK yang mengalami kondisi depresi dan harga diri rendah. Hal ini dikarenakan terapi kognitif merupakan suatu bentuk psikoterapi yang terstruktur yang bertujuan meredakan simptom-simtom penyakit dan membantu pasien mempelajari cara yang lebih efektif dalam mengatasi kesulitan yang menyebabkan penderitaan mereka. Bagian penting yang bersifat terapeutik dalam terapi kognitif berorientasi pada masalah dan diarahkan untuk memperbaiki masalah-masalah yang bersifat psikologis yang dapat menambah penderitaan pasien.

3. Indikasi Terapi Kognitif

Terapi kognitif diterapkan untuk masalah depresi dan masalah psikiatrik lainnya, seperti, panik, masalah untuk pengontrolan marah dan pengguna obat (Beck et al, 1979 dalam Varcarolis 2006). Terapi kognitif sangat bermanfaat pada pasien yang mengalami permasalahan dalam cara berfikir seperti pada pasien depresi, *substance abuse*, cemas dan panik (Beck et al, 1993 dalam Boyd & Nihart, 1998).

Gejala yang khas pada pasien depresi meliputi kelelahan, tidak mampu berkonsentrasi atau membuat keputusan, merasa sedih, tidak berharga atau sangat bersalah. Diagnosa keperawatan yang tepat dengan gejala tersebut adalah harga diri rendah kronik (NANDA, 2005). Sedangkan diagnosa keperawatan lainnya yang berhubungan dengan kondisi depresi ini adalah

ansietas, berduka disfungsi, keputusasaan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, koping individu tidak efektif, dan resiko bunuh diri (Copel, 2007). Sehingga dapat disimpulkan bahwa indikasi pemberian terapi kognitif adalah untuk pasien dengan masalah depresi maupun masalah psikiatrik lainnya yang memiliki diagnosa keperawatan tersebut, khususnya pada pasien dengan harga diri rendah kronik.

Pasien GJK yang menjalani terapi haemodialisa memiliki perasaan malu, minder dan tak berdaya akibat kelemahan fisik yang membuatnya ketergantungan terhadap terapi dialisa ini. Permasalahan lebih kompleks terjadi karena masalah finansial dan prognosa yang buruk tentang penyakit GJK yang dapat berujung pada kematian membuat kondisi depresi dan harga diri rendah pasien GJK menjadi bertambah buruk dan memanjang (kronis). Hal inilah yang menyebabkan pasien GJK selalu memiliki pikiran-pikiran negatif tentang diri, kemampuan dirinya dan masa depannya. Dengan pemberian terapi kognitif diharapkan pikiran negatif pasien GJK dapat menjadi pemikiran yang lebih positif terhadap dirinya saat ini dan kemampuan yang masih dimiliki sehingga pasien GJK dapat menjalani sisa hidupnya dengan lebih produktif dan berkualitas.

Banyak pakar psikoterapi yang menggunakan tehnik ini. Perbaikan kondisi depresi pasien yang signifikan dapat dilihat setelah 6 – 12 minggu diberikan terapi ini (Frisch & Frisch, 2006). Rush A.J., Beck, A.T., Kovacs, M, dan Hollon, S (1977, dalam Burns, 1988) melakukan penelitian terhadap 44 pasien yang mengalami depresi berat dimana setelah 12 minggu penelitian, didapat 15 dari 19 orang yang mendapat terapi kognitif menunjukkan kondisi sembuh sepenuhnya dan 5 dari 25 orang yang mendapat terapi antidepresan menunjukkan kondisi sembuh. Hal ini menunjukkan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang tepat untuk kondisi depresi.

Menurut Rahayuningsih (2007) dalam penelitiannya yang berjudul ‘Pengaruh Terapi Kognitif terhadap tingkat harga diri dan kemandirian pasien dengan Kanker Payudara di RS Kanker Dharmais’ mendapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan terapi kognitif didapatkan rata-rata nilai harga diri responden adalah 8,83 dengan nilai antara 2 – 19, yang artinya bahwa tingkat harga diri responden berada pada kondisi harga diri rendah. Setelah dilakukan tindakan terapi kognitif diperoleh nilai rata-rata harga diri responden menjadi 1,66 dengan nilai antara 0 – 9, yang artinya meskipun masih ada responden yang mengalami harga diri rendah tetapi tampak ada peningkatan harga diri responden. Dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan harga diri antara sebelum dan sesudah terapi kognitif atau dari 100% responden mengalami harga diri rendah sebelum dilakukan terapi kognitif dan setelah dilakukan terapi kognitif terjadi peningkatan harga diri menjadi harga diri tinggi pada 17 responden (58,6%). Hal ini menunjukkan bahwa terapi kognitif bermanfaat pada pasien dengan gangguan kesehatan fisik yang mengalami harga diri rendah.

Penelitian yang dilakukan Sasmita (2007) dengan menggunakan modifikasi antara terapi kognitif dan terapi perilaku atau yang dikenal dengan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) yang diberikan pada pasien Harga Diri Rendah di RSU Marzuki Mahdi, didapat hasil bahwa terapi ini memberikan peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor secara bermakna. Berdasarkan hasil beberapa penelitian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa terapi kognitif memang diindikasikan untuk pasien depresi yang memiliki diagnosa keperawatan utama harga diri rendah kronik.

4. Prinsip Pelaksanaan Terapi Kognitif

Menurut Townsend (2003), prinsip pelaksanaan terapi kognitif adalah:

- a. Terapi kognitif berdasarkan pada proses pembentukan kembali pola pikir pasien yang terganggu. Untuk itu, terapis harus mengidentifikasi terlebih dahulu adanya kelainan bentuk pikir (*distorsi kognitif*) pada pasien.

- b. Terapi kognitif membutuhkan hubungan terapeutik perawat – pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dan pasien harus sudah terbina sebelum terapi ini dilakukan. Terapis (perawat) harus dapat bersikap hangat, empati, *caring*, dan menghormati martabat (harga diri) pasien.
- c. Terapi kognitif menekankan pada tehnik kolaborasi dan partisipasi aktif pasiennya. Perawat sebagai terapis mendorong pasien untuk terlibat aktif dalam setiap sesi (pertemuan), sehingga pasien selalu membuat tugas-tugas yang diberikan di akhir setiap sesi untuk dikerjakan di rumah.
- d. Terapi kognitif merupakan terapi yang berorientasi pada tujuan penyelesaian masalah pasien. Di awal pertemuan, terapis harus mengidentifikasi masalah-masalah yang dihadapi pasiennya. Kemudian bersama-sama menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan dalam terapi. Proses diskusi dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapi pasien dibutuhkan saat pasien mulai dapat mengenal *distorsi kognitif* dan memperbaiki pola pikirnya.
- e. Terapi kognitif menekankan kondisi realita yang ada pada pasien. Penyelesaian masalah yang dihadapi pasien berdasarkan kondisi yang nyata saat terapi dilakukan.
- f. Terapi kognitif merupakan suatu pendekatan terapi yang bersifat *edukatif* dengan tujuan mengajarkan pasien untuk dapat menolong dirinya sendiri dan mencegah terjadinya kondisi berulang.
- g. Terapi kognitif merupakan suatu bentuk terapi yang terprogram waktu dengan baik (*Time Limited Program*). Proses pelaksanaan terapi dapat berjalan beberapa minggu sampai bulan. Beberapa pasien kadang-kadang menghendaki pertemuan ulang.
- h. Program terapi kognitif harus terstruktur dengan baik untuk setiap sesi dalam pertemuannya. Setiap sesi harus meliputi evaluasi kondisi pasien di setiap pertemuan, review hasil pertemuan sebelumnya, mengevaluasi tugas pasien yang harus dilakukan pada pertemuan sebelumnya, mendiskusikan topik pertemuan saat ini, merencanakan tugas yang akan

dilakukan pasien dan membuat ringkasan hasil pertemuan. Hal ini dapat membuat waktu pelaksanaan terapi menjadi efektif.

- i. Terapi kognitif bertujuan mengajarkan pasien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan berespon terhadap kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya. Hal ini dilakukan dengan membantu pasien untuk dapat mengenal setiap pikiran negatif dan mengganti dengan pikiran yang positif yang sesuai dengan kondisi yang nyata pada pasien.
- j. Terapi kognitif menggunakan berbagai bentuk atau tehnik untuk merubah cara berfikir, perasaan dan perilaku pasien. Berbagai tehnik dapat digunakan dalam proses pemberian terapi kognitif dalam upaya untuk memodifikasi cara berfikir pasien yang salah yang dapat mempengaruhi timbulnya perilaku maladaptif.

Menurut Wright dan Beck (1994, dalam Townsend 2003) yang menyatakan bahwa fokus terapi kognitif adalah respon-respon emosi yang ditimbulkan oleh adanya pemikiran-pemikiran seseorang terhadap situasi dan kondisi lingkungannya. Oleh sebab itu, maka konsep dasar terapi kognitif adalah pikiran otomatis dan skema kepercayaan atau perasaan yang mendasari timbulnya pikiran otomatis tersebut.

Pikiran otomatis adalah hal-hal yang timbul dengan cepat sebagai respon terhadap situasi dan tanpa adanya proses analisa yang rasional. Menurut Burns (1988), berbagai bentuk pikiran otomatis yang dapat mengganggu pikiran seseorang seperti pemikiran 'segalanya atau tidak sama sekali', terlalu menggeneralisasi (overgeneralisasi), mendiskualifikasikan yang positif, filter mental, loncatan kesimpulan (membaca pikiran dan kesalahan peramal), pembesaran/pengecilan, penalaran emosional, pernyataan harus, memberi cap atau salah memberi cap, dan personalisasi. Adapun penjelasan terhadap pikiran otomatis tersebut dapat dilihat dalam Daftar Bentuk-bentuk Distorsi Kognitif (Lampiran 2).

Menurut Amril (2007), terdapat tiga konsep fundamental dalam terapi kognitif, yaitu a) *Collaborative Empirisme*, yaitu pasien-terapis menjadi co-investigator dan menguji fakta yang dapat menunjang dalam menolak *kognisi* pasien yang keliru; b) *Socratic Dialogue*, yaitu dengan menggunakan tehnik bertanya yang merupakan anjuran utama dalam proses terapeutik dimana tujuan pertanyaan adalah untuk mengklarifikasi dan mendefinisikan persoalan, membantu mengidentifikasi pikiran, *images*, dan asumsi menilai konsekuensi dari pikiran maladaptif bagi pikiran dan perilaku; dan c) *Guide Discovery*, yaitu terapis memandu pasien untuk memodifikasi keyakinan dan asumsi yang maladaptif dimana pasien-terapis secara bersama-sama merekam perkembangan gangguan yang dialami pasien.

5. Strategi Pelaksanaan

Terapi kognitif menggunakan beberapa strategi untuk memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku pasien (Copel, 2007). Untuk mengatasi masalah pasien dari perspektif kognitif, perawat secara aktif dan langsung membantu pasien mempertimbangkan kembali stresor, dan mengidentifikasi pola pemikiran dan keyakinan yang tidak akurat. Terapi kognitif berfokus pada evaluasi kembali ide, nilai, dan harapan serta memulai tahap-tahap untuk membuat perubahan kognitif yang diperlukan.

Tiga komponen utama dalam pelaksanaan terapi kognitif (Wright & Beck, 1994; Kaplan & Saddock, 1998 dalam Townsend, 2003), yaitu aspek didaktik (edukasi), tehnik kognitif, dan intervensi perilaku. Dalam aspek didaktik, terapis menekankan bahwa terapi kognitif adalah terapi yang harus dijalankan oleh individu tersebut sendiri. Untuk itu, terapis harus menjelaskan apa yang dimaksud dengan terapi kognitif, bagaimana cara melakukannya dan bagaimana membentuk struktur berfikir yang baik. Dalam tehnik kognitif, maka pasien diajarkan cara mengenal pikiran otomatis dan alasan timbulnya (respon emosi) serta memodifikasi atau merubah pikiran otomatis (Townsend, 2003).

Menurut Burns (1988), ada beberapa cara untuk mengatasi distorsi kognitif, yaitu teknik tiga kolom, metode pembantahan 'tetapi', teknik panah vertikal dan teknik TIC – TOC. Teknik *tiga kolom* digunakan untuk menyusun kembali cara berfikir tentang diri sendiri sewaktu melakukan kesalahan dengan tujuan untuk menggantikan pemikiran yang tidak logis dan kritik diri yang keras, yang secara otomatis membanjiri benak ketika suatu peristiwa negatif terjadi dengan pemikiran lain yang lebih rasional obyektif. Metode *pembantahan 'tetapi'* atau yang dikenal dengan teknik *zig-zag*, adalah suatu teknik yang mengikuti pola berfikir di saat diri sendiri memperdebatkan suatu masalah yang ada dalam pemikirannya. Metode *panah vertikal* adalah suatu teknik yang pada dasarnya mengungkapkan pengandaian tiba-tiba yang terpendam, yang menyebabkan kaku dan tegangnya pendekatan seseorang dalam menghadapi kehidupan. Sedangkan teknik *TIC – TOC* adalah suatu cara untuk merubah kognisi atau pemikiran yang menghalangi tugas [*Task Interfering Cognitions* (TIC)] dengan pemikiran yang berorientasi pada tugas [*Task Oriented Cognitions* (TOC)] yang dilakukan dengan menggunakan kolom ganda.

Dalam terapi kognitif, proses terapi dimulai dari diskusi tentang pikiran-pikiran negatif yang muncul dan kesalahan intepretasinya ke arah asumsi-asumsi yang lebih kompleks yang mendasari perilaku pasien. Beck (1979 dalam Burns, 1988) menunjukkan bahwa terapi kognitif harus digunakan di dalam konteks pertemuan-pertemuan terapi dimana empati, kehangatan, dan kelembutan yang akurat harus ditunjukkan oleh terapis. Strategi-stretegi dalam pertemuan terapeutik bukanlah merupakan perangkat peralatan yang mekanistik (Townsend, 2003). Hubungan baik yang terbina antara pasien dan terapis merupakan hal yang sangat penting. Hal ini dapat dicapai dengan kerjasama dan saling pengertian antara kedua belah pihak. Terapi kognitif tidak berpegang kaku pada salah satu teknik, namun memilih salah satu di antara berbagai teknik yang paling tepat sesuai dengan situasi dan masalahnya.

Normalnya pelaksanaan terapi kognitif dibatasi antara 15-20 pertemuan (sesi) dimana masing-masing sesi membutuhkan waktu 50 menit, sekali seminggu (Andra, 2007). Untuk kasus-kasus depresi yang lebih parah perlu dua kali pertemuan setiap minggunya untuk 4-5 minggu pertama. Menurut Frisch dan Frisch (2006), dalam pemberian terapi kognitif dapat berlangsung dalam 40 sesi. Menurut Burns (1988 dalam Keliat 1999) pelaksanaan terapi kognitif terdiri dari 9 sesi, yaitu *sesi 1*, ungkapan pikiran otomatis yang timbul dan klasifikasikan dalam distorsi kognitif; *sesi 2*, ungkapkn alasan atau penyebab timbulnya pikiran otomatis; *sesi 3*, tanggapan atau anjurkan pasien mengungkapkan keinginannya (metode 3 kolom); *sesi 4*, diskusi perasaan pasien saat membuat catatan harian; *sesi 5*, diskusi kemampuan pasien dalam menghadapi masalah tehnik 3 kolom yang dilakukan; *sesi 6*, diskusi manfaat dalam memberikan tanggapan, cara pasien menyelesaikan masalah/hambatan yang ditemui; *sesi 7*, diskusi perasaan setelah terapi (mengungkapkan hasil dalam mengikuti terapi); *sesi 8*, diskusi cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian; dan sesi terakhir, *sesi 9* libatkan keluarga untuk menjadi *support system* pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

Berdasarkan hasil Workshop Keperawatan Jiwa (FIK UI, 2008), kesembilan sesi dalam terapi kognitif dapat dilakukan dalam empat kali pertemuan. Pertemuan *pertama* merupakan pelaksanaan untuk sesi 1 dan 2, yaitu mengungkapkan pikiran otomatis dan alasan, yang bertujuan untuk agar pasien mampu mengungkapkan pikiran otomatis pada perawat dan penyebab timbulnya pikiran otomatis. Pertemuan *kedua* merupakan pelaksanaan untuk sesi 3, 4 dan 5, yaitu tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis dan *problem solving* (penyelesaian masalah). Pertemuan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam memberi tanggapan positif terhadap pikiran negatif, pasien dapat menuliskan pikiran otomatis dan tanggapan rasionalnya, dan meningkatkan kemampuan pasien untuk menyelesaikan masalahnya sendiri. Pertemuan *ketiga* adalah pelaksanaan sesi 6, 7, 8, yaitu tentang manfaat tanggapan, ungkapkan hasil

dan membuat buku harian. Ketiga sesi dalam pertemuan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien mengungkapkan hasil dan manfaat dari pelaksanaan terapi kognitif dan pasien mampu menyelesaikan masalah. Dan pertemuan terakhir atau pertemuan *keempat* merupakan pelaksanaan sesi 9, adalah *support system* yang bertujuan untuk meningkatkan komunikasi perawat dengan pasien, pasien mendapat support system, dan keluarga dapat menjadi support sistem bagi pasien.

Pasien GGK memiliki keterbatasan dalam mengikuti proses terapi yang berlangsung lama yang disebabkan oleh kelemahan fisiknya. Disamping itu pelaksanaan terapi haemodialisa yang biasanya berlangsung antara 4 – 6 jam dapat membuat kondisi fisik pasien menjadi cepat lelah. Untuk itu, peneliti mencoba untuk memodifikasi pelaksanaan terapi kognitif yang disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa, yaitu membuat terapi ini menjadi lebih singkat hanya dengan 4 sesi (pertemuan), namun isi dan tujuan dalam setiap sesi (pertemuan) berbeda dengan sesi-sesi yang terdapat dalam Workshop Keperawatan Jiwa (FIK – UI, 2008).

6. Pedoman Pelaksanaan Terapi Kognitif

Seperti diuraikan dalam strategi pelaksanaan terapi kognitif diatas, dimana dalam penelitian ini peneliti akan memodifikasi terapi kognitif yang akan diberikan pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa. Dengan berujuk pada kesembilan sesi dalam terapi kognitif, peneliti menggabungkan sesi 1 – 5 menjadi 1 pertemuan yang dapat dilakukan berulang kali sampai seluruh pikiran otomatis pasien teratasi. Kemudian dilanjutkan dengan pertemuan untuk mendiskusikan manfaat dan hasil pelaksanaan terapi. Dan terakhir, adalah berdiskusi bersama keluarga untuk dapat mendukung pasien dalam melaksanakan terapi kognitif secara mandiri.

Modifikasi pelaksanaan terapi kognitif yang akan dilaksanakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut, **Sesi Pertama:** *Identifikasi pikiran otomatis*, yaitu dengan mengidentifikasi seluruh pikiran otomatis negatif, berdiskusi untuk 1 pikiran otomatis yang dipilih, memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama dan membuat catatan harian. **Sesi Kedua:** *Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif*, yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri dalam sesi 1 (memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif 1), mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1. **Sesi Ketiga:** *Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif)*, yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri sesi kedua di rumah, mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis ketiga dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1 – 2, mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan diskusikan manfaat dan perasaan setelah pasien mengikuti terapi (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi) Dan **Sesi Keempat** : *Support system*, yaitu melibatkan keluarga untuk dapat membantu pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri. Penjabaran tentang pelaksanaan terapi kognitif dalam penelitian ini dapat dilihat dalam Modul Pelaksanaan Terapi Kognitif pada Pasien dengan Harga Diri Rendah terlampir (Lampiran 3.).

BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Dalam bab ini akan diuraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional yang memberikan arah pada pelaksanaan penelitian.

A. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori ini merupakan uraian dari kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan teori dalam penelitian ini. Kerangka teori ini disusun dengan modifikasi konsep-konsep teori yang diuraikan dalam Tinjauan Teoritis, yaitu tentang gagal ginjal kronik (GGK), depresi pada pasien GGK, harga diri rendah dan terapi kognitif pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa.

Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah suatu penyakit kronis dimana ginjal mengalami penurunan fungsi hingga akhirnya tidak lagi mampu bekerja sama sekali dalam menyaring sisa metabolisme tubuh, pembuangan zat elektrolit yang berbahaya bagi tubuh, menjaga keseimbangan cairan dan zat kimia tubuh (Nettina, 1997) dan bersifat permanen (Anwar, 2008). Komplikasi GGK adalah kelemahan fisik akibat gangguan metabolisme (Admin, 2007), penyakit ginjal tahap akhir (Lumenta, 2008), kegagalan organ tubuh lain dan kematian (Anwar, 2008). Salah satu penatalaksanaan medik untuk GGK adalah tindakan Haemodialisa yang berfungsi untuk menggantikan fungsi ginjal yang rusak. Hal inilah yang membuat pasien GGK sangat tergantung dengan mesin dialisa ini seumur hidup. Bila pasien GGK tidak menjalani terapi ini, maka dapat membahayakan kondisi tubuhnya bahkan dapat mengakibatkan kematian.

Kedaaan ketergantungan terhadap tindakan ini dapat mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan biopsikososiospiritual pasien GGK (Lubis, 2006) yang dapat mengakibatkan stres dan membuat tindakan cuci darah tidak efektif lagi (Hasrini, 2008 dalam Anwar, 2008). Bila pasien tidak memiliki mekanisme koping dan sumber koping yang adekuat, maka hal ini dapat mengakibatkan timbulnya kondisi depresi yang secara tidak langsung dapat mempengaruhi kondisi fisik yang lebih buruk lagi. Pasien menjadi enggan untuk melanjutkan

terapi atau melakukan hal-hal yang bertentangan dengan program pengobatan. Hal ini jelas menunjukkan bahwa adanya keadaan depresi pada pasien GGK akan memperburuk kondisi kesehatan penderita dan menurunkan kualitas hidupnya.

Depresi merupakan salah satu bentuk gangguan alam perasaan dengan gejala disfungsi afek, emosi, pikiran dan aktivitas umum (Copel, 2007) atau keadaan emosional dengan ciri kesedihan, berkecil hati, perasaan bersalah, penurunan harga diri, ketidakberdayaan dan keputusasaan (Isaacs, 2001). Individu yang beresiko tinggi terjadi depresi adalah individu dengan gangguan kesehatan fisik kronis (Varcarolis, 2006), berusia 25 – 44 tahun (Boyd dan Nihart, 1998), berjenis kelamin wanita (Frisch & Frisch, 2006). Penggunaan terapi obat tertentu dalam jangka waktu lama seperti anti hipertensi, steroid, sedatif dan anti bakteri, dapat menyebabkan depresi sekunder (Copel, 2007). Menurut Granfa (2007) penyebab depresi adalah faktor biologis (dampak sakit, pengaruh hormonal) dan faktor psikososial (konflik individual atau interpersonal, masalah eksistensi, masalah keluarga). Sedangkan gejala depresi meliputi gejala fisik, psikis dan sosial (Granfa, 2007; Copel 2007).

Pasien GGK yang mengalami perasaan tidak berharga, tidak berdaya, malu dengan kondisi fisik saat ini, maka diagnosa keperawatan yang tepat dengan gejala tersebut adalah harga diri rendah kronik (NANDA, 2005). Harga diri rendah adalah evaluasi/perasaan yang negatif terhadap diri dan kemampuan diri yang berkepanjangan (NANDA, 2005). Faktor predisposisi harga diri rendah pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa adalah untuk faktor *biologis*, seperti kurang gizi/nutrisi, kelemahan fisik akibat penyakit kronis (Copel, 2007); untuk faktor *psikologis*, seperti ketergantungan pada orang, kegagalan berulang, ideal diri tidak realistis (Stuart, 2006); dan *faktor sosial budaya* seperti tuntutan peran, konflik peran, kondisi ekonomi (Stuart, 2006), dan sebagainya. Sedangkan faktor presipitasi harga diri rendah pada pasien GGK yang menjalani haemodialisa adalah ketegangan peran (transisi peran perkembangan, transisi peran situasi, dan transisi peran sehat sakit (Stuart, 2006). Faktor lain yang mempengaruhi timbulnya perilaku harga diri rendah pada pasien khususnya pasien GGK adalah ketiadaan sumber coping yang

adekuat, seperti pekerjaan, vokasi/posisi; bakat tertentu; kecerdasan (pendidikan), kemampuan finansial dan sebagainya (Stuart, 2006). Sumber koping inilah yang nantinya mendukung apakah pasien dapat melakukan terapi haemodialisa secara rutin atau tidak.

Bentuk perilaku harga diri rendah pasien GGK yang sesuai dengan bentuk perilaku harga diri rendah menurut Stuart (2006) adalah perasaan tidak mampu, penolakan terhadap kemampuan personal, rasa bersalah, mengkritik diri sendiri, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, penurunan produktivitas, mudah tersinggung, gangguan dalam berhubungan, menarik diri secara sosial, ketegangan peran yang dirasakan, perilaku destruktif yang diarahkan pada orang lain maupun diri sendiri, dan khawatir/cemas dengan kondisi penyakit dan prognosa penyakit GGK.

Intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada pasien GGK guna mengatasi diagnosa keperawatan harga diri rendah meliputi intervensi keperawatan generalis maupun spesialis. Intervensi keperawatan generalis bertujuan untuk membantu pasien GGK mengenal kemampuan yang masih dimiliki setelah adanya perubahan fisik akibat kegagalan fungsi ginjalnya, baik tertuju untuk individu (pasien) maupun keluarganya. Sedangkan intervensi keperawatan spesialis adalah pemberian terapi psikososial yang tertuju untuk individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Salah satu intervensi keperawatan spesialis yang ditujukan untuk individu adalah terapi kognitif (Townsend, 2003).

Untuk mengatasi kondisi depresi, menurut Kaplan dan Sadock (2004) dapat berupa pemberian terapi psikososial, seperti terapi individu (terapi kognitif, terapi perilaku, dan terapi interpersonal) maupun terapi keluarga, pemberian antidepresan dan *Electro Compulsive Therapy (ECT)*. Penatalaksanaan depresi pada pasien GGK berupa pemberian obat-obat anti depresi (antidepresan), terapi kognitif dan kombinasi dengan keduanya (Lubis, 2006). Pemberian terapi antidepresan pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa perlu mendapatkan pengawasan yang ketat, bahkan ada beberapa jenis antidepresan menjadi kontraindikasi karena efek samping yang ditimbulkan dapat

mempengaruhi fungsi ginjal menjadi lebih buruk lagi. Dengan demikian penatalaksanaan yang tepat pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa dan mengalami kondisi depresi adalah kombinasi antara terapi medis dengan terapi kognitif. Dengan pemberian terapi kognitif diharapkan pasien GGK dapat beradaptasi dengan adekuat terhadap perubahan fisik yang dialami sehingga ia dapat memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Untuk itu, terapi kognitif merupakan salah satu alternatif penatalaksanaan yang tepat dalam mengatasi kondisi depresi sekaligus masalah harga diri rendah pasien GGK yang menjalani haemodialisa. Hal ini disebabkan karena terapi kognitif merupakan salah satu jenis psikoterapi yang menekankan dan meningkatkan kemampuan berfikir yang diinginkan (positif) dan merubah pikiran-pikiran yang negatif (Boyd & Nihart, 1998).

Pasien GGK yang memiliki masalah harga diri rendah dan kondisi depresi akibat penyakit kronik yang dialaminya membutuhkan sentuhan seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse (PCLN)*. *Psychiatric Consultation Liaison Nurse (PCLN)* merupakan peran 'advance' dari seorang perawat, karena seorang PCLN dapat memberikan pelayanan kesehatan psikiatri di tatanan pelayanan kesehatan umum, memberikan konsultasi dan edukasi (pendidikan kesehatan) untuk pasien dan keluarga terkait dengan masalah psikososial yang dihadapinya (Stuart & Laraia, 2005). Salah satu terapi yang dapat dilakukan oleh seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse (PCLN)* adalah terapi kognitif, karena dengan pemberian terapi kognitif diharapkan pasien GGK memiliki pola pikir yang positif dalam menerima dan beradaptasi dengan penyakit kroniknya sehingga dapat mengatasi masalah harga diri rendah dan kondisi depresi yang dialami dan meningkatkan kualitas hidupnya. Landasan teori yang melatarbelakangi pemberian terapi kognitif ini adalah pendapat Beck dan kawan-kawan (1987 dalam Townsend, 2003) yang menjelaskan bahwa terapi kognitif bertujuan agar pasien dapat mengenal pikiran negatifnya, memahami hubungan antara kognitif, afektif dan perilaku, mengatasi kelainan bentuk pikiran (*distorsi kognitif*) dengan cara menggantikannya dengan pikiran yang lebih realistik. Terapi kognitif yang dikembangkan oleh peneliti merupakan hasil modifikasi terapi ini yang berujuk pada modul terapi individu yang dikembangkan dalam Workshop Keperawatan

Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan tahun 2008. Dengan pemberian terapi kognitif pada pasien GGK yang menjalani haemodialisa diharapkan pasien dapat meningkatkan harga diri dan mengatasi kondisi depresinya. Adapun kerangka teori penelitian ini dapat dilihat dari bagan 3.1.

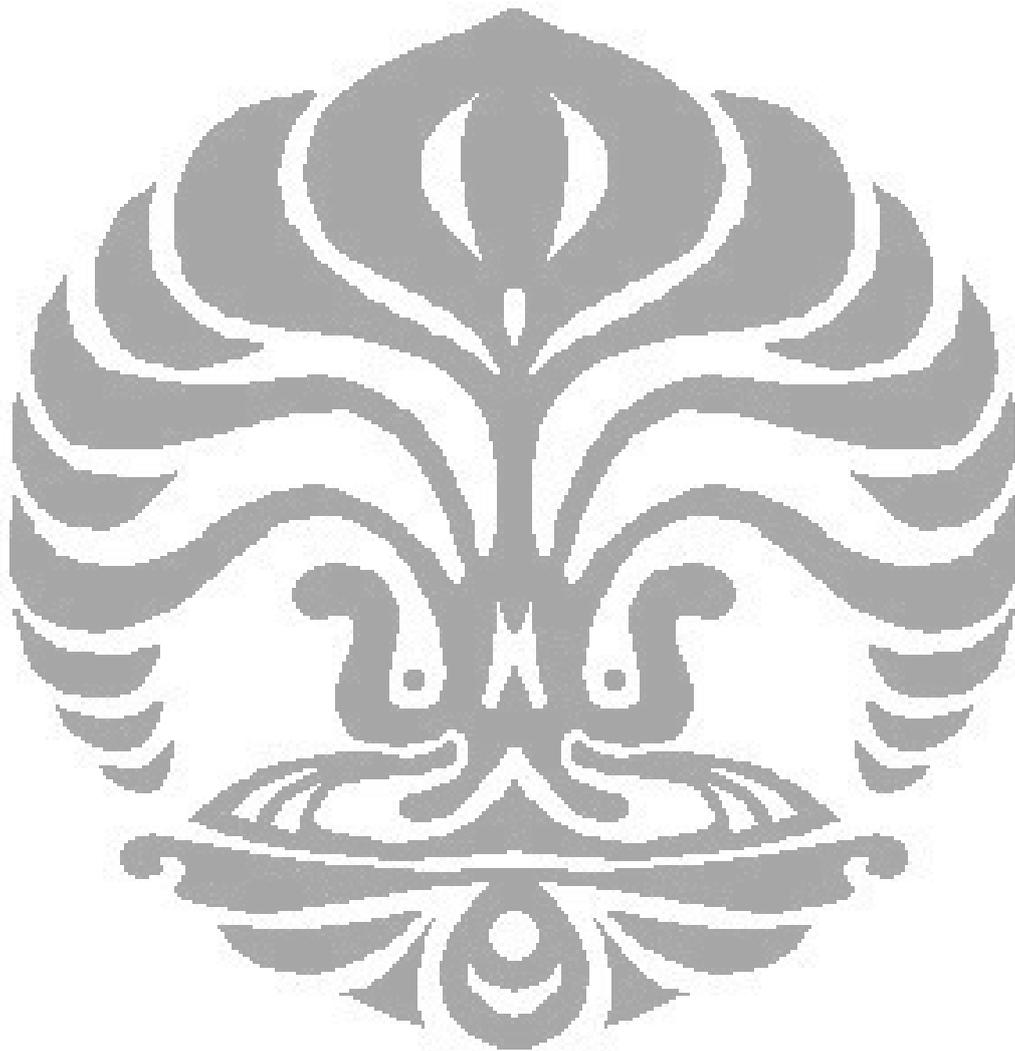
B. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka kerangka konsep penelitian ini adalah:

1. Variabel *Dependen* (Variabel Terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas (Hidayat, 2007). Pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa beresiko terjadinya kondisi depresi dan memiliki diagnosa keperawatan harga diri rendah. Kelemahan fisik yang bersifat kronis akibat proses penyakit GGK dapat merupakan faktor-faktor penyebab terjadinya kondisi depresi, baik secara biologis, psikologis dan sosial (Granfa, 2007). Disamping itu penyakit ini juga dapat merupakan faktor predisposisi secara biologis dan psikologis terjadinya masalah keperawatan harga diri rendah (Stuart, 2006).

Pasien GGK yang menjalani haemodialisa menunjukkan perilaku depresi yang meliputi gejala fisik, psikis dan social (Granfa, 2007; Copel 2007). Sedangkan perilaku harga diri rendah ditunjukkan oleh perasaan tidak mampu, penolakan terhadap kemampuan personal, rasa bersalah, mengkritik diri sendiri, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, penurunan produktivitas, mudah tersinggung, menarik diri secara sosial, ketegangan peran yang dirasakan, perilaku destruktif yang dapat diarahkan pada orang lain maupun diri sendiri (Stuart, 2006), dan khawatir/cemas dengan kondisi penyakit dan prognosa penyakit GGK. Dengan demikian maka variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa. Variabel dependen ini akan diukur sebelum dan sesudah terapi kognitif diberikan kepada kelompok intervensi.



2. Variabel *Independen* (Variabel Bebas)

Variabel independen merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Hidayat, 2007). Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi kognitif yang diberikan pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa karena terapi kognitif merupakan salah satu jenis psikoterapi yang menekankan dan meningkatkan kemampuan berfikir yang diinginkan (positif) dan merubah pikiran-pikiran yang negatif (Boyd & Nihart, 1998). Dengan pemberian terapi kognitif ini diharapkan terjadi peningkatan harga diri dan perbaikan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa.

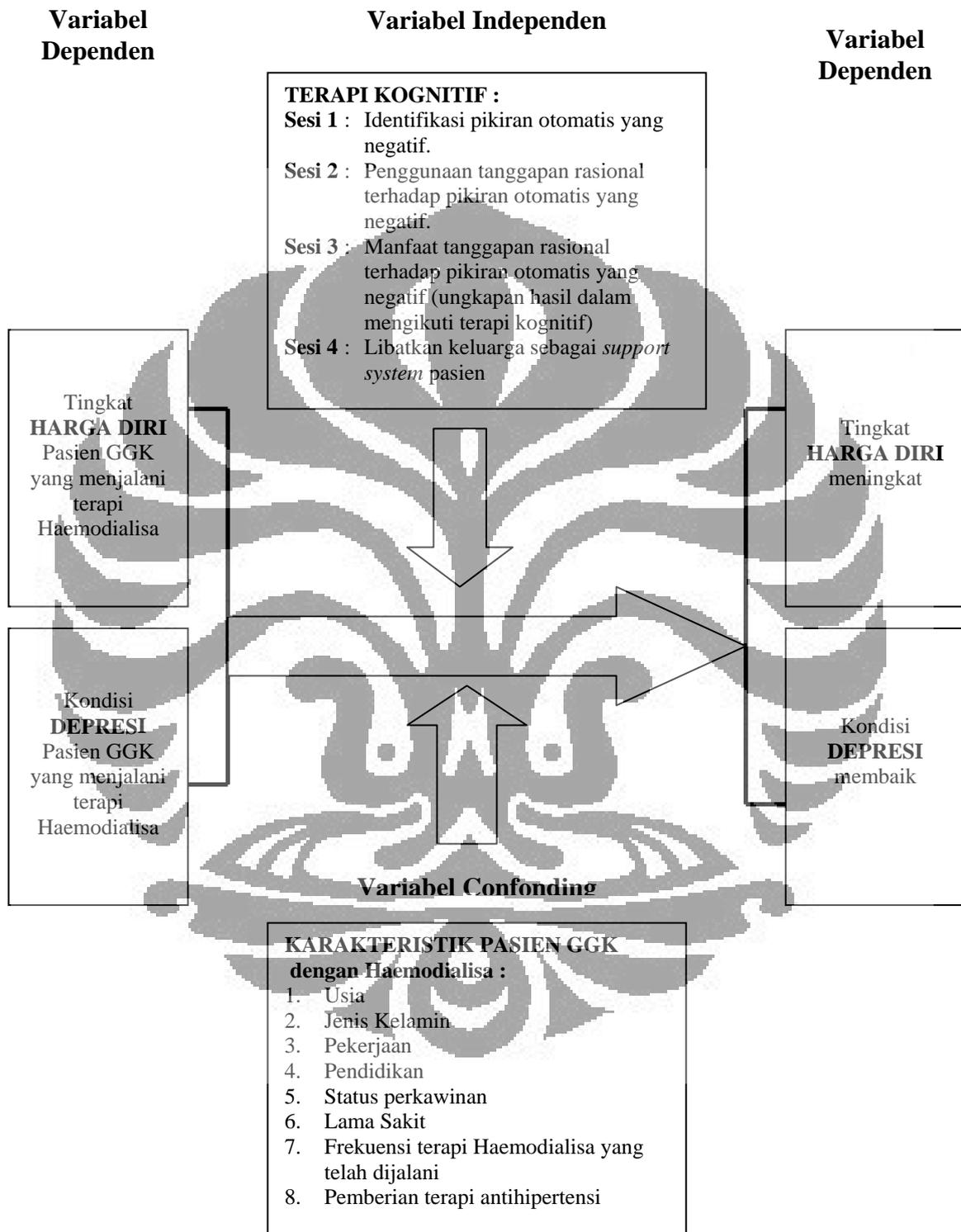
3. Variabel *Confounding* (Variabel Perancu)

Variabel confounding merupakan karakteristik pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa yang dapat mempengaruhi penelitian ini. Beberapa faktor dalam karakteristik responden yang diduga dapat mempengaruhi variabel dependen dan variabel independen dalam penelitian ini, yaitu *usia* terkait adanya asumsi insiden depresi pada tingkatan usia tertentu; *jenis kelamin* terkait adanya asumsi insiden depresi lebih tinggi pada wanita; *pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan* terkait faktor predisposisi psikologis harga diri rendah dan faktor penyebab psikologis dan sosial terjadinya kondisi depresi; *lama sakit* terkait dengan faktor penyebab biologis kondisi depresi dan faktor predisposisi biologis terjadinya harga diri rendah; *frekuensi terapi haemodialisa* yang telah dijalani dan *pemberian terapi antihipertensi* terkait dengan faktor sosial ekonomi dan biologis penyebab kondisi depresi yang sekaligus juga dapat merupakan faktor predisposisi biologis dan sosial budaya terjadinya harga diri rendah.

Ketiga variabel tersebut diatas merupakan variabel yang saling mempengaruhi dalam penelitian ini. Peneliti mencari hubungan diantara ketiganya melalui sebuah konsep penelitian yang memuat item 'input' berupa pelaksanaan pretest untuk kedua kelompok, item 'proses', yaitu pemberian terapi kognitif pada kelompok intervensi dan item 'output' berupa pelaksanaan post test. Adapun penjabaran keterkaitan ketiga item tersebut dapat dilihat kerangka konsep penelitian dalam bagan 3.2.

Bagan 3.2

Kerangka Konsep Penelitian



C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dapat diartikan sebagai suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Arikunto, 2000). Berdasarkan konsep teori yang ada, maka hipotesis yang muncul dalam penelitian ini adalah:

1. **Ho** : Tidak ada perbedaan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa setelah diberikan terapi kognitif
2. **Ha** : Ada perbedaan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa setelah diberikan terapi kognitif

Dengan uraian hipotesis alternatif dalam penelitian ini adalah:

- a. Ada perbedaan harga diri pasien GGK yang menjalani haemodialisa setelah diberikan terapi kognitif.
- b. Ada perbedaan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa setelah diberikan terapi kognitif.
- c. Ada perbedaan harga diri pasien GGK yang menjalani haemodialisa yang mendapatkan dan yang tidak mendapatkan terapi kognitif.
- d. Ada perbedaan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa yang mendapatkan dan yang tidak mendapatkan terapi kognitif.
- e. Ada hubungan karakteristik pasien GGK yang menjalani haemodialisa (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama sakit (GGK), frekuensi terapi haemodialisa yang sudah dijalani, dan pemberian terapi antihipertensi) dengan tingkat harga diri dan kondisi depresi yang dialaminya.

D. Definisi Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Penelitian

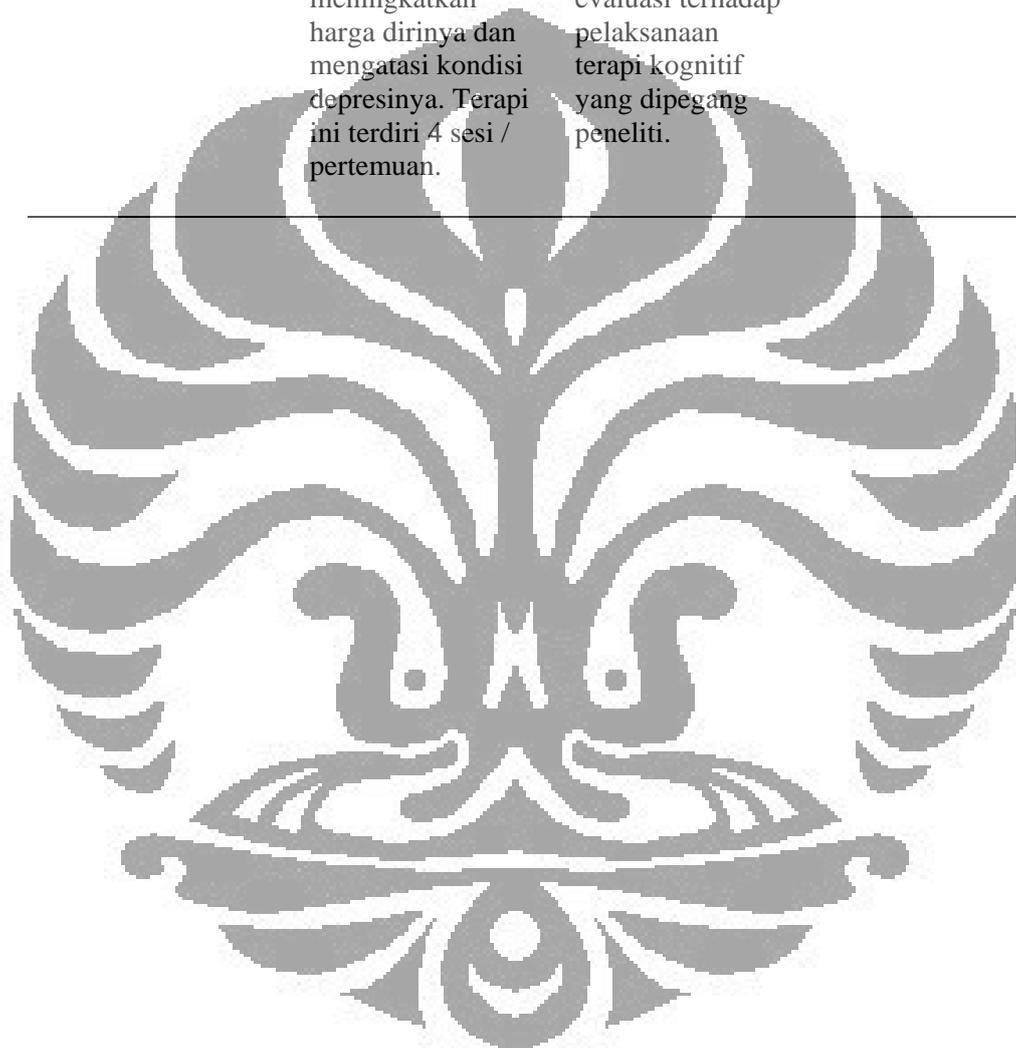
Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2007). Definisi operasional dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian yang dapat diuraikan seperti pada tabel 3.1.

Tabel 3.1.
Definisi Operasional Variabel Penelitian
(Variabel Confounding, Dependen, dan Independen)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A Variabel Confounding (Karakteristik Pasien GJK dengan Terapi Haemodialisa)					
1.	Usia	Umur responden yang dihitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Dinyatakan dalam tahun	Interval
2.	Jenis Kelamin	Merupakan perbedaan dari jenis kelamin responden	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden.	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan baik di dalam maupun di luar rumah untuk mendapatkan penghasilan/imbala n yang sesuai dengan usahanya	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	Nominal
4.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan terakhir responden	1. Rendah (SD – SMP) 2. Tinggi (SMU – Perguruan tinggi)	Ordinal
5.	Status perkawinan	Ikatan yang sah antara pria dan wanita dalam menjalani kehidupan berumah tangga	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan pasien	1. Kawin 2. Tidak Kawin Catatan : Belum kawin, janda, duda termasuk dalam tidak kawin	Nominal
6.	Lama Sakit	Jumlah tahun lama pasien mengalami sakit sampai dengan terakhir saat pengambilan data.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang lama sakit responden	Dinyatakan dalam bulan	Interval

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
7.	Frekuensi terapi Haemodialisa yang telah dijalani	Jumlah frekuensi responden telah menjalani terapi haemodialisa sampai dengan terakhir saat pengambilan data	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang lama terapi haemodialisa yang telah dijalani responden	Dinyatakan dalam satuan frekuensi (kali)	Interval
8.	Pemberian Antihipertensi	terapi yang diterima pasien untuk mengatasi kondisinya hipertensinya	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang terapi yang diterima pasien untuk mengatasi kondisinya hipertensinya	1. Dapat 2. Tidak mendapat	Nominal
B. Variabel Dependen					
9.	Tingkat Harga Diri	Persepsi pasien terhadap dirinya sendiri dengan mengukur antara keadaan diri dengan ideal diri yang ditetapkan.	18 pertanyaan dalam kuesioner B, yaitu tentang Skala Disfungsional Harga Diri yang dimodifikasi dari Test Skrening Depresi Beck dimana semua pertanyaan berbentuk skala Likert, dengan rentang nilai 0-3	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil berkisar antara nilai 0 – 54 dan diukur untuk mendapatkan nilai mean, median, mode (modus) dan nilai minimal-maximal pada CI 95 %	Interval
10.	Kondisi Depresi	Persepsi pasien terhadap kondisi kesehatannya saat ini baik secara fisik, psikis dan sosial untuk mengetahui adanya gejala depresi pada pasien	21 pertanyaan dalam kuesioner B tentang Skala Skrening Depresi yang dimodifikasi dari Test Skrening Depresi Beck dimana semua pertanyaan juga berbentuk skala Likert dengan rentang 0-3	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil berkisar antara nilai 0 – 63 dan diukur untuk mendapatkan nilai mean, median, mode (modus) dan nilai minimal-maximal pada CI 95 %	Interval

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
C. Variabel Independen					
11.	Terapi Kognitif	Kegiatan terapi yang dilakukan dengan tujuan membantu pasien mengatasi evaluasi negatif tentang dirinya, meningkatkan harga dirinya dan mengatasi kondisi depresinya. Terapi ini terdiri 4 sesi / pertemuan.	Buku catatan harian pasien GGK yang menjalani Haemodialisa dan buku raport terhadap hasil evaluasi terhadap pelaksanaan terapi kognitif yang dipegang peneliti.	1. Dilakukan terapi kognitif 2. Tidak dilakukan terapi kognitif	Nominal

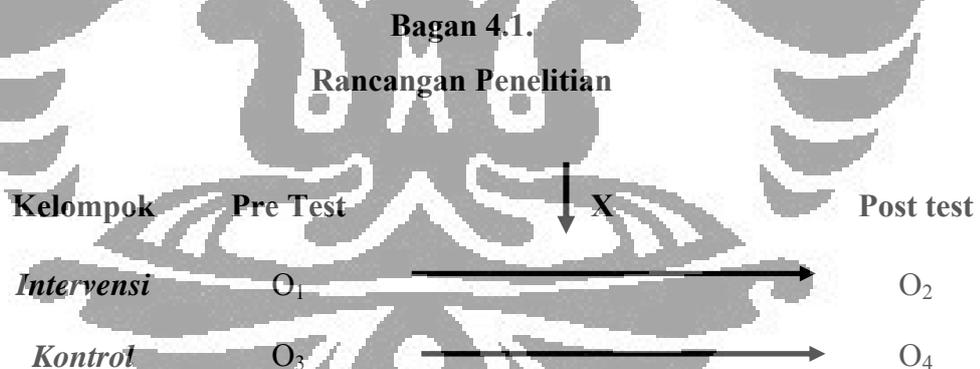


BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian “*Quasi Experimental Pre-Post Test With Control Group*” dengan intervensi terapi kognitif. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui peningkatan harga diri dan perubahan kondisi depresi sebelum dan sesudah diberikan perlakuan atau intervensi berupa pemberian terapi kognitif. Penelitian ini membandingkan dua kelompok pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa di ruang Haemodialisa di RSUP Fatmawati, yaitu kelompok intervensi (kelompok yang diberikan terapi kognitif) dan kelompok kontrol (kelompok yang tidak diberikan terapi kognitif). Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismail (2008) yang menyatakan bahwa pada penelitian eksperimen, peneliti melakukan alokasi subyek yang diberikan perlakuan, dan mengukur hasil (efek) intervensinya. Adapun skema pelaksanaan tergambar dalam bagan berikut di bawah ini.



Keterangan:

- X : Perlakuan (intervensi) Terapi Kognitif.
- O₁ : Tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan perlakuan (intervensi) terapi kognitif.

- O₂ : Tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa pada kelompok intervensi sesudah mendapatkan perlakuan (intervensi) terapi kognitif.
- O₃ : Tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan perlakuan terapi kognitif
- O₄ : Tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan terapi kognitif
- O₂ - O₁ : Perubahan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa setelah dilakukan terapi kognitif pada kelompok intervensi
- O₄-O₃ : Perubahan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani haemodialisa pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan terapi kognitif.
- O₂-O₄ : Adanya perbedaan tingkat harga diri dan kondisi depresi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah mendapatkan terapi kognitif.

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi merupakan seluruh subyek atau obyek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2007). Bukan hanya subyek atau obyek yang dipelajari saja, tetapi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki subyek atau obyek tertentu. Populasi penelitian ini adalah pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa rutin di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta.

Menurut data dari bagian rekam medik RSUP Fatmawati yang menjelaskan bahwa jumlah rata-rata pasien yang menjalani terapi haemodialisa di ruangan ini dalam kurun waktu 3 bulan terakhir (Desember 2008 – Februari 2009)

sejumlah 75,6 dibulatkan menjadi 76 pasien. Saat penelitian akan dimulai didapat penambahan kapasitas ruangan dalam memberikan pelayanan terapi Haemodialisa, sehingga pada tanggal 20 April 2009 didapatkan data terakhir tentang jumlah pasien pelanggan yang menjalani terapi haemodialisa di ruangan ini sebanyak 89 pasien.

2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2002). Sampel penelitian ini adalah pasien GGK yang tercatat sebagai pasien tetap yang menjalani terapi haemodialisa di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Berusia 18 – 65 tahun
- b. Bersedia jadi responden
- c. Pasien dengan diagnosa depresi (karena memiliki nilai kuesioner depresi ≥ 16 atau dengan katagori depresi sedang – berat)
- d. Pasien memiliki diagnosa keperawatan utama harga diri rendah (karena memiliki nilai kuesioner harga diri ≤ 35)
- e. Tidak mengalami penurunan kesadaran, komunikatif dan kooperatif
- f. Kondisi umum dan tanda-tanda vital sebelum, selama dan sesudah terapi haemodialisa menunjukkan kondisi yang stabil

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi (perkiraan) untuk menguji hipotesis beda proporsi 2 kelompok berpasangan dengan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismail, 2008):

$$n = \frac{[Z_{\alpha} + Z_{\beta}]^2 \cdot f}{d^2}$$

Keterangan:

n : Besar sampel

Z α : harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada CI 95 % ($\alpha = 0,05$), maka $Z\alpha = 1,96$

- Z_{β} : Bila $\alpha = 0,05$ dan power = 0,80 maka $Z_{\beta} = 0,842$
- f : Kesalahan tipe II yang setara dengan 20 % (= 0,2)
- d : Beda proporsi yang klinis penting (*clinical judgement*) = 25 % atau 0,25

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus diatas, maka:

$$n = \frac{(1,96 + 0,842)^2 \cdot 0,2}{(0,25)^2}$$

$$n = 25,123 \text{ dibulatkan menjadi } 25$$

Maka besar sampel untuk penelitian ini adalah 25 responden untuk setiap kelompok.

Dalam studi quasi eksperimental ini, untuk mengantisipasi adanya drop out dalam proses penelitian, maka kemungkinan berkurangnya sampel perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Adapun rumus untuk mengantisipasi berkurangnya subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 2008) ini adalah :

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

Keterangan :

- n' : Ukuran sampel setelah revisi
- n : Ukuran sampel asli
- $1 - f$: Perkiraan proporsi drop out, yang diperkirakan 10 % ($f = 0,1$)

maka :

$$n = \frac{25}{1 - 0,1}$$

$$n = 7,27 \text{ dibulatkan menjadi } 28$$

Berdasarkan rumus tersebut diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 28 responden untuk setiap kelompok (28 kelompok intervensi dan 28 untuk kelompok kontrol), sehingga jumlah total sampel adalah 56 responden.

Selama penelitian berlangsung, peneliti dapat mencapai jumlah sampel sesuai dengan yang diinginkan yaitu sejumlah 56 responden (28 responden kelompok intervensi dan 28 responden kelompok kontrol), meskipun di tengah-tengah proses penelitian terdapat 3 orang yang mengundurkan diri, 1 orang *drop out* karena tidak sesuai dengan ketentuan pelaksanaan terapi kognitif dan 1 orang pasien meninggal dunia (wafat) sebelum sesi dalam terapi kognitif berakhir.

C. Tehnik Pengambilan Sampel

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2007). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Consecutive Sampling*. Pada *Consecutive Sampling*, semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria inklusi dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan berdasarkan jangka waktu penelitian terpenuhi (Sastroasmoro & Ismail, 2008).

Ruang Haemodialisa memiliki dua unit/ruangan terpisah dalam memberikan pelayanan terapi Haemodialisa, yaitu satu unit untuk pelayanan pasien umum dan pasien tidak mampu wilayah DKI Jakarta dan satu unit untuk pelayanan asuransi kesehatan (askes) dan pasien tidak mampu wilayah Luar DKI Jakarta. Sehingga dengan pemisahan unit/ruangan ini memudahkan peneliti dalam membedakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol, yaitu untuk kelompok intervensi, peneliti menggunakan kelompok pasien umum dan pasien tidak mampu wilayah DKI Jakarta, sedangkan untuk kelompok kontrol peneliti menggunakan kelompok pasien askes dan pasien tidak mampu wilayah Luar DKI Jakarta. Namun demikian tehnik pengambilan sampel tetap mengikuti kriteria inklusi responden yang telah dikemukakan sebelumnya.

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien GGK yang tercatat sebagai pasien tetap yang menjalani terapi haemodialisa di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati yang telah sesuai dengan kriteria inklusi diatas. Kelompok intervensi

dan kontrol dipilih sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan, dengan besar sampel untuk setiap kelompoknya sebanyak 28 responden.

Pemilihan sampel dilakukan berdasarkan hasil pretest. Apabila pasien GGK telah menyatakan diri bersedia menjadi responden, kemudian dilakukan pretest dan bila hasil pretest menunjukkan bahwa responden mengalami Harga Diri Rendah yang ditunjukkan nilai kuesioner untuk komponen Harga Diri ≤ 35 dan depresi yang ditunjukkan nilai kuesioner untuk komponen Depresi ≥ 16 , maka peneliti langsung memasukkan responden dalam setiap kelompok sesuai pemetaan kelompoknya. Dari 89 pasien yang menjalani haemodialisa terdapat 61 pasien yang memiliki kriteria inklusi, namun 5 orang menjadi gugur karena 3 orang drop out, 1 orang mengundurkan diri dan 1 orang meninggal dunia, sehingga sampai dengan akhir penelitian, peneliti berhasil mendapatkan jumlah responden yang sama dengan dengan rencana awal, yaitu 56 responden (28 reponden untuk kelompok intervensi dan 28 responden untuk kelompok kontrol).

D. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini direncanakan dimulai pada minggu II April 2009 dengan alokasi waktu pelaksanaan kegiatan penelitian ini dapat dilihat dalam Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Penelitian (Lampiran 4). Realisasi pelaksanaan penelitian dimulai pada tanggal 21 April 2009 sampai dengan tanggal 6 Juni 2009 di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta, yaitu pengumpulan data pre test untuk tiap kelompoknya. Pemberian terapi kognitif seharusnya dilaksanakan dalam 4 kali pertemuan yang disesuaikan dengan jadwal haemodialisa responden. Mengingat keterbatasan kondisi pasien maka terdapat beberapa responden yang membutuhkan 2 kali pertemuan untuk pelaksanaan terapi generalis atau sesi dalam terapi kognitif. Post tes untuk kelompok intervensi dilakukan setelah sesi keempat tercapai. Sedangkan post test untuk kelompok kontrol pada pertemuan kelima kunjungan pasien GGK untuk menjalani terapi haemodialisa yang dihitung setelah dilakukan pre test.

Lokasi tempat penelitian adalah di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati. Alasan pemilihan tempat penelitian ini adalah jumlah pasien GJK yang menjalani terapi haemodialisa di RSUP Fatmawati cukup banyak mengingat RSUP Fatmawati adalah salah satu rumah sakit rujukan untuk prosedur tindakan dialisa (haemodialisa) di wilayah Jakarta Selatan, belum adanya pemberian asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah psikososial di ruangan ini dan sikap terbuka dari wahana/lahan penelitian untuk menerima perubahan guna perbaikan kualitas pelayanan keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta, khususnya di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta.

E. Etika Penelitian

Dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian, maka sebelum penelitian ini dilakukan peneliti telah melalui serangkaian proses uji kelayakan penelitian, seperti proposal penelitian yang sudah memenuhi ketentuan etika penelitian dengan dilakukannya *uji kaji etik* oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (Lampiran 10); modul yang digunakan sebagai pedoman pelaksanaan terapi kognitif telah melalui *uji expert validity* (Lampiran 11); dan kemampuan peneliti dalam melakukan terapi kognitif telah melalui *uji kompetensi* (Lampiran 12) dimana kedua uji tersebut dilakukan oleh para pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Salah satu bentuk tanggung jawab mendasar bagi peneliti sebelum melakukan penelitian adalah diperlukan surat ijin penelitian (Brockopp & Tolsma, 2000). Berdasarkan hal tersebut, maka sebelum melakukan penelitian, peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian pada Direktur RSUP Fatmawati Jakarta (Lampiran 13). Proses ijin penelitian membutuhkan persyaratan lain disamping administrasi, yaitu peneliti menjelaskan pelaksanaan penelitian dalam bentuk sebuah seminar proposal di depan pimpinan RSUP Fatmawati yang diwakili oleh Kepala Bidang Perawatan, Kepala Bidang Pendidikan dan Penelitian, Manajer Instalasi Rawat Intensif dan Ruang (IRIU), Komite Hukum dan Etik dan Kepala Ruang Haemodialisa. Setelah pelaksanaan kegiatan ini, maka peneliti diijinkan untuk melakukan penelitian (Lampiran 14).

Sebelum pasien GGK ditetapkan sebagai sampel atau responden penelitian, maka peneliti telah menjelaskan atau memberikan informasi (*informed consent*) tentang rencana, tujuan, dan manfaat penelitian bagi responden, perkembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan jiwa di rumah sakit umum. Informasi ini diberikan melalui pertemuan resmi dan tertulis (Lampiran 5). Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti (Lampiran 6). Responden adalah pasien GGK yang tercatat sebagai pasien tetap yang menjalani terapi haemodialisa di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta yang telah memenuhi kriteria inklusi karakteristik responden, sehingga *informed consent* yang telah ditandatangani oleh seluruh responden, yaitu sebanyak 56 orang. Pasien yang tidak bisa memberikan tanda-tangan, maka lembar *informed consent* ditandatangani oleh salah satu anggota keluarganya.

Etika penelitian terhadap subyek penelitian ini juga meliputi penjelasan tentang manfaat penelitian bagi responden (*beneficence*) dimana responden dijelaskan tentang manfaat terapi kognitif; hak dan martabat responden dihormati dimana peneliti menjunjung tinggi kebebasan hak responden mengikuti penelitian tanpa adanya paksaan atau efek yang merugikan bagi responden; hak privasi pasien dijaga dan dihormati dimana selama pengumpulan data dan pelaksanaan intervensi keperawatan generalis maupun intervensi terapi kognitif peneliti berupaya menjaga privasi responden; *anonimitas* (kerahasiaan data demografi) dimana hasil kuesioner diberikan kode responden yang hanya diketahui oleh peneliti; dan kerahasiaan (*confidentiality*) dimana seluruh data hasil penelitian hanya diketahui oleh peneliti dan jika sudah selesai digunakan, maka data dimusnahkan. Azas adil (*justice*) juga dilakukan oleh peneliti, dimana kedua kelompok diberikan intervensi keperawatan dalam mengatasi masalah harga diri rendahnya.

F. Instrumen Penelitian dan Uji Coba Instrumen

1. Instrumen Penelitian

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar pertanyaan (kuesioner) sebagai berikut:

a. Data Demografi Responden

Data demografi responden yang diperlukan dalam penelitian ini adalah beberapa pertanyaan yang berisi karakteristik responden. Pengambilan data ini menggunakan lembar kuesioner A yang terdiri dari 9 pertanyaan tentang data demografi responden yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, lama sakit, frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani dan pemberian antihipertensi.

b. Pengukuran Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi

Pengukuran terhadap tingkat harga diri menggunakan lembar kuesioner B yang merupakan skala disfungsi harga diri yang dimodifikasi dari Test Skrening Depresi Beck. Kuesioner ini memiliki 18 pertanyaan yang terdiri dari 14 pertanyaan dari Test Skrening Depresi Beck dan 4 pertanyaan tambahan untuk melengkapi komponen kriteria perilaku harga diri yang mengacu pada kerangka konsep penelitian. Kuesioner pengukuran terhadap tingkat harga diri responden adalah pertanyaan nomer 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, dan 25 dari kuesioner 'Kondisi Saya Saat Ini' (Kuesioner B). Semua pertanyaan berbentuk skala Likert, yaitu jenis pertanyaan negatif (*unfavourable*) dengan pilihan jawaban yang memiliki rentang nilai 0 – 3 yang hanya diketahui peneliti. Tingkat harga diri diperoleh dengan menjumlahkan seluruh jawaban responden dan dalam proses menganalisa hasil penelitian diklasifikasikan menjadi 3 kategori tingkat harga diri pasien, yaitu nilai 36 – 54 dikategorikan *harga diri tinggi*, nilai 18 – 35 dikategorikan *harga diri sedang* dan nilai ≤ 18 dikategorikan *harga diri rendah*.

Pengukuran terhadap kondisi depresi pasien juga menggunakan lembar kuesioner B (kuesioner 'Kondisi Saya Saat Ini'), yaitu tentang skala skrining depresi yang diambil dan dimodifikasi dari Test Skrining Depresi Beck (*Beck Depression Inventory/BDI*) yang berjumlah 21 pertanyaan. Modifikasi yang dimaksud adalah peneliti mengatur susunan pertanyaan berdasarkan tanda-gejala depresi, yaitu gejala fisik memiliki 7 soal (nomer 1, 2, 3, 4, 5, 6, dan 7); gejala psikologis memiliki 13 soal (nomer 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, dan 21); dan gejala sosial memiliki 1 soal (nomer 15), dan bentuk *opsi* (pilihan) jawaban pertanyaannya, yaitu tidak mencantumkan nilai (skor) di depan pilihan pertanyaan seperti bentuk aslinya. Semua pertanyaan dalam kuesioner ini juga berbentuk skala Likert, dimana jenis pertanyaan negatif (*unfavourable*) dengan pilihan jawaban yang memiliki rentang nilai 0 – 3 yang hanya diketahui peneliti. Kondisi depresi diperoleh dengan menjumlahkan seluruh jawaban responden dan kemudian saat analisa hasil penelitian diklasifikasikan menjadi 4 kategori, yaitu nilai 0 – 9 dikategorikan *normal*, nilai 10 – 15 dikategorikan *depresi ringan*, nilai 16 – 30 dikategorikan *depresi sedang* dan bila jumlah nilai ≥ 30 dikategorikan *depresi berat*.

2. Uji Coba Instrumen Penelitian

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba ini dilakukan pada 30 orang responden di ruang Haemodialisa dengan mempertimbangkan karakteristik yang hampir sama dengan responden yaitu pasien GGK yang mengalami harga diri rendah dan kondisi depresi.

Instrumen penelitian yang digunakan merupakan alat yang dipakai untuk mengumpulkan data yang merupakan lembar kuesioner penelitian. Instrumen ini meliputi kuesioner A yang berisi data demografi responden dan kuesioner B yang berisi pertanyaan-pertanyaan tentang kondisi saat ini, yang bertujuan untuk mengetahui kondisi depresi dan tingkat harga diri responden.

Instrumen penelitian ini telah dikonsultasikan dengan pembimbing yang merupakan pakar Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia dan telah diuji terhadap tingkat validitas reliabilitasnya. Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* dengan hasil valid apabila nilai r hasil (kolom *corrected item – total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r tabel (Hastono, 2007).

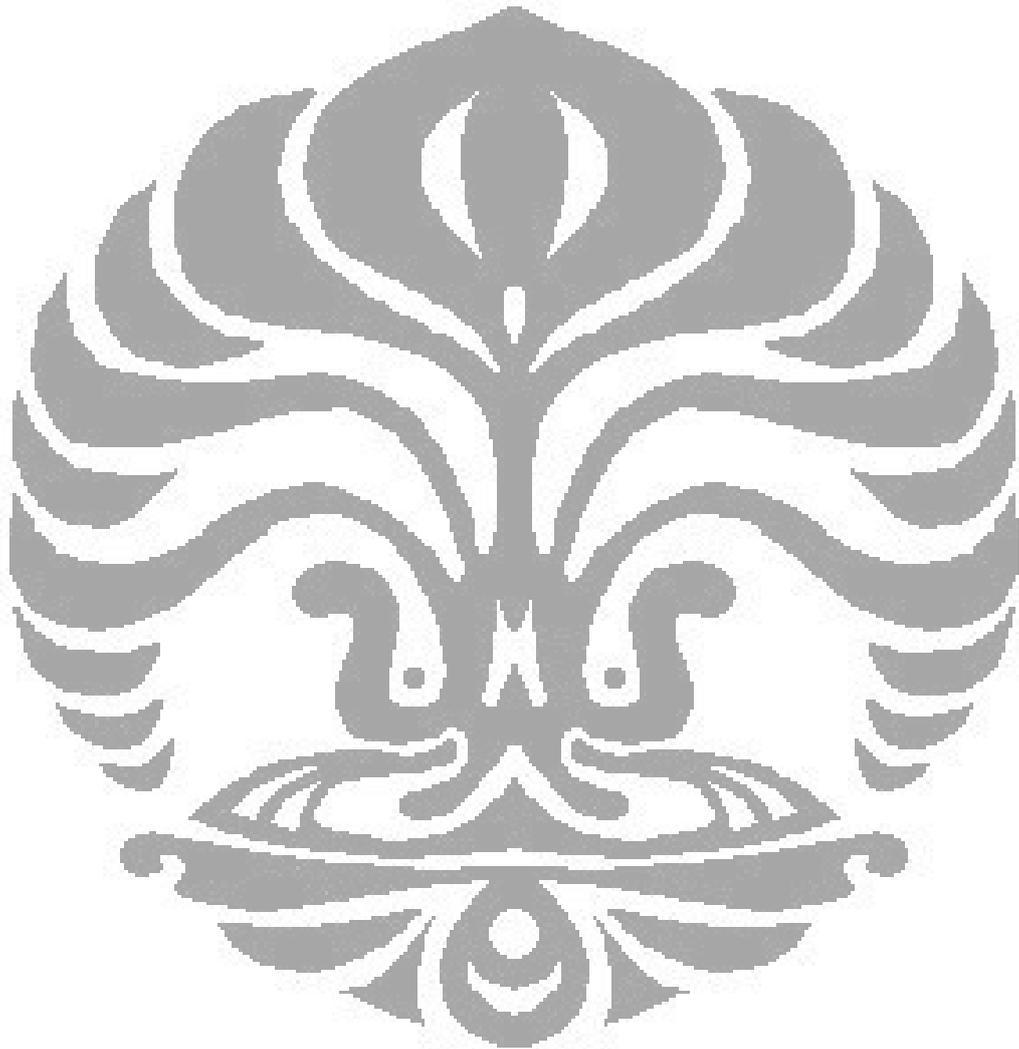
Uji validitas dan reabilitas dilaksanakan sebelum pelaksanaan penelitian yaitu pada minggu II April 2009 dengan memberikan kuesioner kepada 30 responden. Hasil uji validitas terhadap kuesioner harga diri yang memiliki 18 pertanyaan, terdapat 8 pertanyaan yang nilai koefisien r kurang dari 0,361 yaitu item no 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24 dan 25 sehingga item pertanyaan tersebut dinyatakan tidak valid sehingga oleh peneliti memodifikasi pilihan jawaban pertanyaan tersebut. Sedangkan hasil uji validitas terhadap kuesioner depresi yang memiliki 21 pertanyaan, terdapat 12 pertanyaan yang nilai koefisien r kurang dari 0,361 yaitu item no 2, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 17, 19, 20, dan 21 sehingga kedua belas item pertanyaan tersebut dilakukan modifikasi pilihan jawaban pertanyaannya. Setelah dilakukan uji validitas berjalan, maka kuesioner inilah yang dipakai sebagai alat untuk mengukur hasil pre test dan post test penelitian ini.

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama. Hasil pengukuran konsisten dan bebas dari kesalahan. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas bila nilai *Cronbach's Coefficient-Alpha* besar dari nilai r -tabel. Setelah dilakukan uji coba instrumen harga diri dalam penelitian ini dinyatakan reliabel dengan nilai **0,748**, sedangkan untuk uji coba instrumen kondisi depresi dinyatakan reliabel dengan nilai **0,710**.

G. Prosedur Pengambilan Data

Kegiatan penelitian berlangsung selama 7 minggu, yaitu pada tanggal 21 April 2009 sampai dengan tanggal 6 Juni 2009. Setelah mendapatkan izin, peneliti melakukan uji kuesioner yang dilanjutkan dengan melaksanakan pengambilan data (pre test) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang dalam hal ini peneliti dibantu oleh 4 orang perawat ruangan yang sebelumnya telah mendapatkan penjelasan atau dilatih oleh peneliti pada tanggal 21 April 2009. Kegiatan ini juga disertai dengan peneliti memberikan *role play* kedua cara tersebut dan mengevaluasi kemampuan mereka dengan mengobservasi saat mereka melakukan pengambilan data dengan memberikan dan menjelaskan kuesioner pada responden dan melakukan intervensi keperawatan generalis (asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah).

Setelah data terkumpul, peneliti dibantu dengan keempat perawat ruangan tersebut melakukan intervensi keperawatan generalis, yaitu asuhan keperawatan Harga Diri Rendah sesuai dengan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Sedangkan pelaksanaan pemberian terapi kognitif hanya dilakukan pada kelompok intervensi oleh peneliti sendiri. Pelaksanaan intervensi terapi kognitif ini dilakukan dalam 4 sampai 5 kali pertemuan untuk setiap responden. Setelah sesi keempat dilaksanakan, maka dilanjutkan dengan kegiatan post test untuk kelompok intervensi. Kegiatan post test untuk kelompok kontrol dilaksanakan pada pertemuan kelima saat pasien datang berkunjung untuk melakukan terapi haemodialisa, yaitu setelah kegiatan pretest dan intervensi keperawatan generalis diberikan pada responden pada kelompok kontrol. Kegiatan penelitian diakhiri setelah peneliti melakukan terminasi akhir untuk kedua kelompok. Kerangka kerja pelaksanaan perlakuan (intervensi) Terapi Kognitif pada pasien GGK yang menjalani terapi Haemodialisa dapat dilihat pada bagan 4.2.



Berdasarkan kerangka kerja pelaksanaan penelitian pada bagan 4.2., maka pengambilan data dilakukan pada kelompok *intervensi* dan kelompok *kontrol* mengikuti tahapan kerja dalam proses penelitian ini dengan uraian sebagai berikut:

1. Tahap Pre Tes

Pre tes merupakan suatu cara untuk mengetahui kondisi awal tentang tingkat harga diri dan kondisi depresi yang dialami pasien GGK yang menjalani haemodialisa sebelum diberikan terapi kognitif. Pada tahap ini dibantu oleh perawat ruangan, peneliti memberikan seluruh lembar kuesioner (kuesioner A dan B) kepada seluruh responden baik untuk kelompok kontrol maupun kelompok intervensi. Setiap responden diberikan waktu yang cukup untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dalam kuesioner. Bila responden mengalami kesulitan dalam memahami pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner, maka peneliti/perawat ruangan membantu (mendampingi) responden.

Setelah ditentukan kondisi depresi dan ditegakkan diagnosa keperawatan harga diri rendah, maka perawat ruangan yang telah dilatih tentang asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah dapat melakukan intervensi keperawatan generalis baik untuk individu (responden/pasien) dan keluarga di kedua kelompok ini juga. Setelah pemberian intervensi keperawatan generalis ini, maka dilanjutkan dengan pemberian terapi kognitif pada kelompok intervensi yang hanya dilakukan oleh peneliti.

2. Tahap Intervensi

Pada tahap ini, peneliti telah melakukan intervensi berupa pemberian terapi kognitif yang memiliki 4 sesi kepada responden kelompok intervensi, yaitu:

- a. **Sesi 1** : *Identifikasi pikiran otomatis yang negatif*, yang berisi membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengidentifikasi pikiran otomatis, berdiskusi untuk 1 pikiran otomatis yang dipilih, memberi tanggapan rasional, berdiskusi kemampuan pasien dalam menghadapi masalah (*problem solving*) dan membuat catatan harian.

- b. **Sesi 2** : *Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif*, yang meliputi kegiatan mengevaluasi sesi 1 (evaluasi catatan harian, evaluasi pikiran otomatis, dan evaluasi tanggapan rasional yang dilakukan pasien secara mandiri), mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1.
- c. **Sesi 3** : *Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif)*, yang meliputi kegiatan mengevaluasi sesi 2 (evaluasi catatan harian, evaluasi pikiran otomatis kedua, dan evaluasi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis kedua yang dilakukan pasien secara mandiri), mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis ketiga, mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan diskusikan manfaat dan perasaan setelah pasien mengikuti terapi (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi).
- d. **Sesi 4** : *Support system*, yaitu dengan melibatkan keluarga untuk dapat membantu pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

Waktu pelaksanaan terapi kognitif untuk kelompok intervensi di setiap pertemuan dibuat berdasarkan kesepakatan antara peneliti dengan responden. Hal ini mempertimbangkan kondisi fisik pasien selama menjalani terapi haemodialisa ini. Intervensi terapi kognitif yang terdiri dari 4 sesi ini dilakukan dalam 4 sampai 5 kali pertemuan/kunjungan pasien untuk menjalani terapi haemodialisa. Dalam proses pemberian terapi kognitif, peneliti mengamati kemampuan responden dalam pembuatan catatan harian secara mandiri. Melalui buku catatan harian pasien/responden, peneliti mencatat hasil evaluasi respon pasien terhadap pelaksanaan terapi kognitif pada buku kerja perawat. Penjelasan pelaksanaan terapi kognitif dalam penelitian ini dapat dilihat pada Modul Pelaksanaan Terapi Kognitif pada Pasien dengan Harga Diri Rendah (Lampiran 4).

Untuk kelompok kontrol, peneliti tidak memberikan intervensi pemberian terapi kognitif, namun hanya diberikan intervensi keperawatan generalis oleh perawat ruangan yang telah dilatih dan diberikan contoh (*role play*) sebelumnya oleh peneliti terhadap 1 orang responden dalam kelompok ini.

3. Tahap Post Tes

Setelah proses intervensi terapi kognitif diberikan pada responden kelompok intervensi, maka peneliti melakukan kegiatan post tes dengan memberikan kembali kuesioner B. Pelaksanaan post test untuk responden pada kelompok intervensi dilakukan setelah sesi 4, sedangkan untuk kelompok kontrol dilakukan pada kunjungan kelima pasien setelah diberikan kuesioner 1 (pre test). Kegiatan post tes ini bertujuan untuk mengevaluasi adanya perubahan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien setelah diberikan terapi kognitif pada kelompok intervensi.

H. Tehnik Pengolahan dan Analisa Data

1. *Editing Data*

Instrumen yang telah diisi oleh responden diperiksa ulang kelengkapan pengisian datanya, kesalahan atau ada jawaban dari kuesioner yang belum diisi oleh responden. Seluruh kuesioner yang masuk berjumlah 56 kuesioner dan telah terisi dengan lengkap mulai dari penjelasan penelitian dan *informed consent* yang telah ditandatangani responden, serta instrumen penelitian tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK (Kuesioner A dan B).

2. *Coding Data*

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan (Hastono, 2007). Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Setelah *editing*, data kemudian diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol, yaitu untuk kelompok intervensi diberikan kode **K.In.1**, K.In.2,...dan seterusnya. Dan untuk kelompok kontrol diberikan kode **K.K.1**, K.K.2,...dan seterusnya.

Pemberian kode (*coding*) juga diberikan untuk seluruh variabel katagorik, seperti jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan dan pemberian antihipertensi berdasarkan definisi operasional dalam tabel 3.1. Sedangkan data numerik seperti umur, lama sakit, frekuensi haemodialisa yang telah dijalani tidak dilakukan pengkodean. Demikian halnya dengan tingkat harga diri dan kondisi depresi, peneliti tidak melakukan pengkategorian data hasil pre – post test agar memudahkan dalam proses analisis bivariatnya.

3. *Entry Data*

Kegiatan *entry data* meliputi memasukkan data hasil jawaban responden terhadap kuesioner dalam bentuk kode ke program komputer dan diproses dengan paket program yang sudah ada di komputer.

4. *Cleaning Data*

Cleaning data adalah 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 memasukkan data ke komputer. Pengecekan kembali terhadap kemungkinan adanya data yang invalid, sehingga data yang salah diperbaiki dan kemudian dianalisis.

5. *Analisis Data*

a. *Analisis Univariat*

Analisis univariat adalah analisis yang bertujuan untuk menjelaskan/ mendeskriptifkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Analisis ini dilakukan terhadap variabel *confounding* dan variabel dependen dalam penelitian ini, yaitu tentang karakteristik responden, tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa di RSUP Fatmawati.

Karakteristik responden dibagi dalam dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Analisis data numerik terdiri dari variabel usia, lama sakit, dan frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani dilakukan dengan *sentral tendensi* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Data katagorik variabel jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan status perkawinan dan pemberian antihipertensi menggunakan *distribusi frekuensi* dan proporsi. Analisis univariat juga dilakukan untuk mengetahui tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien yang juga menggunakan *senral* tendensi guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%) dari variabel tersebut.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan yang signifikan antara dua variabel, atau bisa juga untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (Hastono, 2007). Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk analisis data didasarkan pada skala data, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian.

Sebelum analisis bivariat dilaksanakan, maka dilakukan terlebih dahulu uji kesetaraan untuk mengidentifikasi varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik pasien, tingkat harga diri dan kondisi depresi antara kelompok intervensi dan kontrol.

Kesetaraan variabel *confounding* yaitu karakteristik responden meliputi variabel usia, lama sakit, dan frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol diukur dengan menggunakan uji *Korelasi Regresi Sederhana*. Kesetaraan karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan dan

pemberian antihipertensi di kedua kelompok ini diukur dengan menggunakan uji *Chi-Square*. Selanjutnya peneliti melakukan analisis perbedaan tingkat harga diri dan kondisi depresi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah penelitian, yaitu dengan menggunakan uji *Dependen t-Test*. Kesetaraan kedua kelompok terhadap tingkat harga diri dan kondisi depresi sebelum diberikan terapi kognitif dan diuji dengan *Independent t-Test*.

Peneliti juga menganalisis hubungan variabel *confounding* dengan variabel dependen, yaitu karakteristik usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, lama sakit, frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani dan pemberian antihipertensi. Hubungan karakteristik pasien menurut usia, lama sakit, frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani terhadap tingkat harga diri dan kondisi depresi setelah dilakukan pemberian atau intervensi terapi kognitif, dianalisis dengan menggunakan uji *Korelasi Regresi sederhana*. Sedangkan hubungan antara karakteristik pasien menurut jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan dan pemberian antihipertensi terhadap tingkat harga diri dan kondisi depresi setelah dilakukan pemberian atau intervensi terapi kognitif, dianalisis dengan menggunakan uji *T*. Untuk lebih mempermudah melihat metode analisis yang akan dilakukan untuk masing-masing variabel dalam penelitian ini, maka dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1
Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kognitif terhadap
Perubahan Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi pasien GGK
di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009

A. Analisis Kesetaraan Karakteristik Responden (Pasien GGK yang menjalani haemodialisa)			
No.	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1.	Usia (data numerik)	Usia (data numerik)	<i>Korelasi regresi sederhana</i>
2.	Jenis Kelamin (data katagorik)	Jenis Kelamin (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
3.	Pekerjaan (data katagorik)	Pekerjaan (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
4.	Pendidikan (data katagorik)	Pendidikan (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
5.	Status perkawinan (data katagorik)	Status perkawinan (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
6.	Lama Sakit (data numerik)	Lama Sakit (data numerik)	<i>Korelasi regresi sederhana</i>
7.	Frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani (data numerik)	Frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani (data numerik)	<i>Korelasi regresi sederhana</i>
8.	Pemberian Antihipertensi (data katagorik)	Pemberian Antihipertensi (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
B. Analisis Kesetaraan Variabel Dependen (Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi) sebelum terapi diberikan			
1.	Tingkat harga diri pada kelompok intervensi sebelum penelitian (data numerik)	Tingkat harga diri pada kelompok kontrol sebelum penelitian (data numerik)	<i>Independent sample t-test (uji kesetaraan)</i>
2.	Kondisi depresi pada kelompok intervensi sebelum penelitian (data numerik)	Kondisi depresi pada kelompok kontrol sebelum penelitian (data numerik)	<i>Independent sample t-test (uji kesetaraan)</i>

B. Analisis Variabel Dependen (Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi)

No.	Variabel Tingkat Harga Diri	Cara Analisis	
1.	Tingkat harga diri pada kelompok intervensi sebelum penelitian (data numerik)	Tingkat harga diri pada kelompok intervensi sesudah penelitian (data numerik)	<i>t-test dependent</i>
2.	Tingkat harga diri pada kelompok kontrol sebelum penelitian (data numerik)	Tingkat harga diri pada kelompok kontrol sesudah penelitian (data numerik)	<i>t-test dependent</i>
3.	Tingkat harga diri pada kelompok intervensi sesudah penelitian (data numerik)	Tingkat harga diri pada kelompok kontrol sesudah penelitian (data numerik)	<i>t-test dependent</i>
No.	Variabel Kondisi Depresi	Cara Analisis	
1.	Kondisi depresi pada kelompok intervensi sebelum penelitian (data numerik)	Kondisi depresi pada kelompok intervensi sesudah penelitian (data numerik)	<i>t-test dependent</i>
2.	Kondisi depresi pada kelompok kontrol sebelum penelitian (data numerik)	Kondisi depresi pada kelompok kontrol sesudah penelitian (data numerik)	<i>t-test dependent</i>
3.	Kondisi depresi pada kelompok intervensi sesudah penelitian (data numerik)	Kondisi depresi pada kelompok kontrol sesudah penelitian (data numerik)	<i>t-test dependent</i>

C. Analisis Variabel Confounding (Karakteristik Responden) dengan Variabel Dependen : Tingkat Harga Diri

No	Variabel Confounding (Karakteristik Responden)	Variabel Dependen (Tingkat Harga Diri)	Cara Analisis
1.	Usia (data numerik)	Tingkat Harga Diri (Data numerik)	<i>Korelasi regresi sederhana</i>
2.	Jenis Kelamin (data katagorik)		<i>Uji T</i>
3.	Pekerjaan (data katagorik)		<i>Uji T</i>
4.	Pendidikan (data katagorik)		<i>Uji T</i>
5.	Status perkawinan (data katagorik)		<i>Uji T</i>

No	Variabel Confounding (Karakteristik Responden)	Variabel Dependen (Tingkat Harga Diri) (Data numerik)	Cara Analisis
6.	Lama Sakit (data numerik)	Tingkat Harga Diri (Data numerik)	<i>Korelasi regresi sederhana</i>
7.	Frekuensi terapi haemodialisa yg telah dijalani (data numerik)		<i>Korelasi regresi sederhana</i>
8.	Pemberian Antihipertensi (data katagorik)		<i>Uji T</i>

D. Analisis Variabel Confounding (Karakteristik Responden) dengan Variabel Dependen : Kondisi Depresi

No	Variabel Confounding (Karakteristik Responden)	Variabel Dependen (Kondisi Depresi) (Data numerik)	Cara Analisis
1.	Usia (data numerik)		<i>Korelasi regresi sederhana</i>
2.	Jenis Kelamin (data katagorik)		<i>Uji T</i>
3.	Pekerjaan (data katagorik)		<i>Uji T</i>
4.	Pendidikan (data katagorik)		<i>Uji T</i>
5.	Status perkawinan (data katagorik)		<i>Uji T</i>
6.	Lama Sakit (data numerik)	Kondisi Depresi (Data numerik)	<i>Korelasi regresi sederhana</i>
7.	Frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani (data numerik)		<i>Korelasi regresi sederhana</i>
8.	Pemberian Antihipertensi (data katagorik)		<i>Uji T</i>

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh Terapi Kognitif terhadap perubahan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta yang dilaksanakan pada tanggal 21 April sampai dengan tanggal 6 Juni 2009. Jumlah responden sebanyak 56 orang pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa rutin di RSUP Fatmawati Jakarta yang terdiri dari 28 orang untuk kelompok intervensi dan 28 orang untuk kelompok kontrol) sesuai kriteria inklusi yang telah ditentukan. Pada kelompok intervensi, peneliti melakukan terapi generalis dan terapi kognitif untuk mengatasi kondisi depresi dan harga diri rendahnya, sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan terapi generalis saja. Di kedua kelompok dilakukan pre test dan post test yang hasilnya dibandingkan. Uraian hasil penelitian ini terdiri dari tiga bagian, yaitu:

A. Proses Pelaksanaan Penelitian

Persiapan penelitian dilakukan dengan proses perizinan melakukan penelitian di RSUP Fatmawati. Setelah itu dilaksanakan seminar proposal di hadapan pimpinan RSUP Fatmawati yang terdiri dari Kepala Bidang Keperawatan, Ketua Komite Keperawatan, Ketua Bidang Pendidikan dan Penelitian, Ketua Komite Etik dan Hukum, dan Kepala Ruang Haemodialisa, maka peneliti diizinkan untuk melaksanakan penelitian di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati.

Langkah selanjutnya adalah menentukan pasien GGK yang akan dijadikan responden. Dari 89 pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa, didapat 75 pasien yang memenuhi 4 kriteria inklusi, yaitu berusia 18 – 65 tahun, tidak mengalami penurunan kesadaran, komunikatif dan kooperatif, kondisi umum dan tanda-tanda vital relatif stabil sebelum, selama dan sesudah terapi haemodialisa, serta bersedia menjadi responden. Dengan bantuan perawat ruangan, maka lembar kuesioner dibagikan ke 75 pasien tersebut. Setelah dihitung nilai awal pre testnya, ternyata hanya 61 pasien yang memenuhi

kriteria inklusi nilai harga diri dan kondisi depresi, yaitu harga diri ≤ 35 dan skala depresi ≥ 16 .

Dalam proses penelitian terdapat 3 orang yang mengundurkan diri, 1 orang *drop out* karena tidak sesuai dengan ketentuan tempat pelaksanaan terapi kognitif dan 1 orang pasien meninggal dunia (wafat) setelah sesi 2 diberikan (pelaksanaan sesi dalam terapi kognitif belum selesai diberikan). Sehingga pada minggu keempat terkumpul jumlah responden sebanyak 56 orang yang berarti sudah memenuhi ketentuan jumlah sampel yang dibutuhkan. Jumlah total responden kemudian dibagi 2, yaitu 28 orang untuk kelompok intervensi dan 28 orang untuk kelompok kontrol. Pemilihan seluruh responden tersebut telah sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan sebelumnya. Pembagian responden juga mengikuti lokasi pelaksanaan penelitian dimana responden pada kelompok intervensi merupakan pasien pelanggan di ruang Haemodialisa Selatan, sedangkan responden pada kelompok kontrol merupakan pasien pelanggan di ruang Haemodialisa Utara.

Untuk mengatasi kondisi depresi dan harga diri rendah pada pasien GGK di kelompok intervensi, peneliti melakukan intervensi keperawatan generalis berupa asuhan keperawatan harga diri rendah dan intervensi keperawatan spesialis, yaitu terapi kognitif. Sedangkan untuk kelompok kontrol hanya diberikan intervensi keperawatan generalis. Sebelum intervensi keperawatan tersebut dilaksanakan, maka peneliti menjelaskan tentang pelaksanaan kegiatan penelitian (*Informed Consent*) dimulai dengan membina hubungan percaya perawat (peneliti) dengan pasien (responden), melakukan kontrak kegiatan, menjelaskan tujuan penelitian, dan menandatangani lembar persetujuan penelitian.

Pemberian terapi kognitif yang memiliki 4 sesi yang seharusnya dilaksanakan dalam 4 kali pertemuan yang disesuaikan dengan jadwal haemodialisa responden, tidak dapat berlangsung sesuai dengan rencana awal. Hal ini dikarenakan adanya keterbatasan kondisi pasien, sehingga terdapat beberapa responden yang membutuhkan 2 kali pertemuan untuk pelaksanaan intervensi

keperawatan generalis ataupun sesi dalam terapi kognitif. Waktu pelaksanaan terapi kognitif untuk kelompok intervensi di setiap pertemuan dibuat berdasarkan kesepakatan antara peneliti dengan responden yang pada perencanaan awal diasumsikan pada 1 jam sebelum terapi haemodialisa berakhir, namun menjadi bervariasi tergantung kondisi 'nyaman' pasien. Hal ini dikarenakan tidak semua pasien GGK selalu berada pada kondisi yang adekuat (nyaman) di 1 jam terakhir terapi haemodialisa, karena terkait dengan kondisi awal sebelum haemodialisa yang mempengaruhi jumlah cairan tubuh yang ditarik ke mesin haemodialisa dan berbagai faktor keterbatasan fisik pasien GGK lainnya.

Setelah sesi keempat dilaksanakan, maka dilanjutkan dengan kegiatan post test untuk kelompok intervensi untuk mengetahui kondisi akhir tingkat harga diri dan kondisi depresi setelah pelaksanaan penelitian. Kegiatan post test untuk kelompok kontrol dilaksanakan setelah pemberian intervensi keperawatan generalis atau setidaknya pada pertemuan kelima saat pasien datang berkunjung untuk melakukan terapi haemodialisa. Kegiatan penelitian diakhiri setelah peneliti melakukan terminasi akhir untuk kedua kelompok. Selama melakukan penelitian, peneliti tidak mendapatkan respon yang negatif dari seluruh rekan profesi yang berdinasi di ruang haemodialisa.

B. Karakteristik pasien GGK yang mengalami Depresi dan Harga Diri Rendah

Karakteristik pasien GGK meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, lama sakit, frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani, dan pemberian antihipertensi. Hasil analisa menggambarkan analisis distribusi pasien GGK pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah intervensi penelitian diberikan dengan uraian sebagai berikut:

1. Karakteristik pasien GGK yang menjalani terapi Haemodialisa di RSUP Fatmawati

Pada bagian ini akan dijelaskan analisa karakteristik pasien GGK yang dibagi menurut jenis datanya, yaitu data numerik dan data katagorik. Data

numerik terdiri dari usia, lama sakit dan frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani. Sedangkan data katagorik terdiri dari jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, dan terapi antihipertensi yang didapat pasien.

a. Usia, Lama Sakit, dan Frekuensi Haemodialisa Pasien GGK

Karakteristik usia, lama sakit, dan frekuensi haemodialisa pasien GGK merupakan variabel numerik sehingga dianalisis dengan menggunakan *sentral tendensi* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%) dan hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1.
Analisis Usia, Lama Sakit, Frekuensi Haemodialisa Pasien GGK
pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2009
(N = 56)

Variabel	Jenis Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Usia	Intervensi	28	46,93	50,50	12,534	20 – 65	42,07 – 51,79
	Kontrol	28	50,54	54,50	12,127	21 – 65	45,83 – 55,24
	Total	56	48,73	53,00	12,355	20 – 65	45,42 – 52,04
Lama Sakit	Intervensi	28	20,89	14,00	18,990	2 – 65	13,53 – 28,26
	Kontrol	28	32,11	13,00	60,975	4 – 312	8,46 – 55,75
	Total	56	26,50	13,00	45,102	2 – 312	14,42 – 38,58
Frekuensi HD	Intervensi	28	164,86	106,50	152,01	11 – 521	105,21 – 223,80
	Kontrol	28	235,11	94,00	488,67	19 – 2496	45,62 – 424,60
	Total	56	199,98	94,00	360,32	11 – 2496	103,49 – 296,48

Hasil analisis **usia** pasien GGK pada tabel 5.1 menjelaskan bahwa dari total 56 pasien GGK yang dilakukan dalam penelitian ini rata-rata berusia 48,73 tahun dengan usia termuda 20 tahun dan tertua 65 tahun. Analisis **lama sakit** pada pasien GGK didapatkan dari total 56 pasien GGK yang dilakukan dalam penelitian ini rata-rata memiliki waktu lama sakit 26,50 bulan. Dan analisis **frekuensi haemodialisa** pasien

GGK didapatkan dari total 56 pasien GGK yang dilakukan dalam penelitian ini rata-rata memiliki jumlah frekuensi haemodialisa sebanyak 199,98 kali.

b. Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Status Perkawinan dan Pemberian Antihipertensi Pasien GGK

Kelima karakteristik tersebut merupakan variabel kategorik, sehingga dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi yang disajikan pada tabel 5.2.

Tabel 5.2.
Distribusi Pasien GGK menurut **Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Status Perkawinan dan Pemberian Antihipertensi** pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Tahun 2009
(N = 56)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n = 28)		Kelompok Kontrol (n = 28)		Jumlah (n = 56)	
	n	%	n	%	n	%
1. Jenis Kelamin Pasien GGK						
a. Laki-laki	16	57,1	16	57,1	32	57,1
b. Perempuan	12	42,9	12	42,9	24	42,9
2. Pekerjaan Pasien GGK						
a. Bekerja	7	25	8	28,5	15	26,8
b. Tidak bekerja	21	75	20	71,5	41	73,2
3. Pendidikan Pasien GGK						
a. Pendidikan rendah (SD dan SMP)	3	10,7	7	25	10	17,9
b. Pendidikan tinggi (SMA dan PT)	25	89,3	21	75	46	82,1
4. Status Perkawinan Pasien GGK						
a. Kawin	24	85,7	23	82,1	47	83,9
b. Tidak Kawin	4	14,3	5	17,9	9	16,1
5. Pemberian Antihipertensi Pasien GGK						
a. Dapat	19	67,9	16	57,1	35	62,5
b. Tidak Dapat	9	32,1	12	42,9	21	37,5

Berdasarkan hasil analisis terhadap karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, latar belakang tingkat pendidikan, status perkawinan, dan pemberian antihipertensi pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa pada tabel 5.2. didapatkan bahwa dari 56 pasien GGK sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 32 orang (57 %),

tidak bekerja sebanyak 41 pasien (73,2 %), memiliki latar belakang pendidikan tinggi (SMA dan PT) sebanyak 46 pasien (82,1 %), memiliki status perkawinan 'kawin' sebanyak 47 pasien (83,9 %) dan mendapatkan terapi/obat antihipertensi sebanyak 35 pasien (62,5 %)

2. Kesetaraan Karakteristik pasien GGK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

Validitas hasil penelitian quasi eksperimen ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan secara bermakna antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan kata lain kedua kelompok sebanding atau sama.

Hasil uji kesetaraan pasien GGK menurut usia, lama sakit dan frekuensi haemodialisa menggunakan uji *Independent Sample T-Test* yang dapat dilihat pada tabel 5.3. Sedangkan hasil uji kesetaraan pasien GGK menurut jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan dan pemberian terapi/obat antihipertensi menggunakan uji *Chi Square* yang dapat dilihat pada tabel 5.4.

a. Kesetaraan Karakteristik Pasien GGK berdasarkan Usia, Lama Sakit dan Frekuensi Haemodialisa

Untuk melihat kesetaraan karakteristik usia, lama sakit dan frekuensi haemodialisa pasien GGK pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Independent Sample T-Test* dan hasil analisis disajikan pada tabel 5.3.

Tabel 5.3.
 Analisis **Kesetaraan** Karakteristik **Usia, Lama Sakit dan Frekuensi Haemodialisa** Pasien GGK di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2009 (N = 56)

No	Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	T	p value
1.	Usia	1. Intervensi	28	46,93	12,534	2,369	-1,094	0,279
		2. Kontrol	28	50,54	12,127	2,292		
2.	Lama Sakit	1. Intervensi	28	20,89	18,990	3,589	-0,785	0,436
		2. Kontrol	28	32,11	60,975	11,523		
3.	Frekuensi Haemodialisa	1. Intervensi	28	164,86	152,01	28,729	-0,726	0,471
		2. Kontrol	28	235,11	360,32	92,351		

Hasil uji statistik pada tabel 5.3. didapatkan bahwa karakteristik usia, lama sakit dan frekuensi haemodialisa antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol memiliki varian yang sama atau setara dengan $p \text{ value} > \alpha 0,05$.

b. Kesetaraan karakteristik pasien GGK berdasarkan jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan dan pemberian antihipertensi.

Uji kesetaraan terhadap karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan dan pemberian antihipertensi pada pasien GGK diantara kelompok intervensi dan kelompok kontrol diuji dengan menggunakan uji *Chi Square* dan hasil analisis disajikan pada tabel 5.4.

Hasil analisis uji statistik pada tabel 5.4. menunjukkan bahwa karakteristik pasien GGK berdasarkan jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, status perkawinan dan pemberian antihipertensi pasien GGK antara kelompok intervensi dan kontrol secara statistik adalah setara atau memiliki varian yang sama ($p \text{ value} > \alpha 0,05$).

Tabel 5.4.
 Analisis **Kesetaraan** Karakteristik **Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Status Perkawinan** dan **Pemberian Antihipertensi** antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol Pasien GGK di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati tahun 2009 (N = 56)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n = 28)		Kelompok Kontrol (n = 28)		Jumlah (n = 56)		p value
	n	%	n	%	n	%	
1. Jenis Kelamin Pasien GGK							
a. Laki-laki	16	57,1	16	57,1	32	57,1	1,000
b. Perempuan	12	42,9	12	42,9	24	42,9	
2. Pekerjaan Pasien GGK							
c. Bekerja	7	25	8	28,5	15	26,8	0,763
d. Tidak bekerja	21	75	20	71,5	41	73,2	
3. Pendidikan Pasien GGK							
a. Pendidikan rendah (SD dan SMP)	3	10,7	7	25	10	17,9	0,163
b. Pendidikan tinggi (SMA dan PT)	25	89,3	21	75	46	82,1	
4. Status Perkawinan Pasien GGK							
c. Kawin	24	85,7	23	82,1	47	83,9	0,716
d. Tidak Kawin	4	14,3	5	17,9	9	16,1	
5. Pemberian Antihipertensi							
a. Dapat	19	67,9	16	57,1	35	62,5	0,408
b. Tidak Dapat	9	32,1	12	42,9	21	37,5	

C. Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien GGK.

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK dalam menjalani terapi Haemodialisa di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati sebelum dilakukan terapi kognitif pada kelompok intervensi. Hasil analisis kesetaraan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum terapi kognitif diberikan pada kelompok intervensi dijelaskan sebagai berikut:

1. Harga Diri dan Kondisi Depresi pasien GGK *sebelum* dilakukan Terapi Kognitif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Pada bagian ini akan dijelaskan terlebih dahulu distribusi karakteristik tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol *sebelum* dilakukan terapi kognitif pada kelompok intervensi dan hasil analisis disajikan pada tabel 5.5.

Tabel 5.5.
Analisis **Tingkat Harga Diri** dan **Kondisi Depresi** Pasien GGK *Sebelum* dilakukan Terapi Kognitif di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2009 (N = 56)

Karakteristik	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min – Max
Tingkat Harga Diri	1. Intervensi	28	28,82	2,161	0,408	23 – 33
	2. Kontrol	28	29,43	1,731	0,327	26 – 33
	Total	56	29,12	1,964	0,262	23 - 33
Kondisi Depresi	1. Intervensi	28	27,04	4,710	0,890	21 – 38
	2. Kontrol	28	26,54	4,185	0,791	18 – 38
	Total	56	26,79	4,422	0,591	18 – 38

Hasil analisis **tingkat harga diri** pasien GGK pada tabel 5.5. diatas memperlihatkan dari jumlah total 56 pasien GGK menunjukkan rata-rata tingkat harga diri pasien GGK *sebelum* dilakukan terapi kognitif adalah 29,12. Dengan standar nilai harga diri yang telah ditentukan peneliti bahwa untuk harga diri memiliki nilai optimal 54, maka dapat disimpulkan bahwa rata-rata tingkat harga diri responden sebelum dilakukan terapi kognitif adalah *harga diri sedang*.

Hasil analisis **kondisi depresi** pasien GGK pada tabel 5.5. diatas memperlihatkan dari jumlah total 56 pasien GGK menunjukkan rata-rata kondisi depresi pasien GGK *sebelum* dilakukan terapi kognitif adalah 26,79. Dengan standar nilai depresi berdasarkan pedoman kuesioner Beck menunjukkan bahwa untuk depresi memiliki nilai optimal 84, maka dapat disimpulkan bahwa rata-rata kondisi depresi responden sebelum dilakukan terapi kognitif adalah *depresi sedang*.

2. Kesetaraan Karakteristik Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi pasien GGK *sebelum* dilakukan Terapi Kognitif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Untuk melihat kesetaraan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol *sebelum* dilakukan terapi kognitif dilakukan pada kelompok intervensi dianalisis dengan menggunakan uji *Independent Sample t – Test* dengan hasil uji analisisnya terangkum dalam tabel 5.6.

Tabel 5.6.
Analisis **Kesetaraan Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi** Pasien GGK *Sebelum* dilakukan Terapi Kognitif di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2009 (N = 56)

Karakteristik	Kelompok	n	Mean	SD	SE	T	p value
Tk Harga Diri (Pre Test)	1. Intervensi	28	28,82	2,161	0,408	-1,160	0,251
	2. Kontrol	28	29,43	1,731	0,327		
Kondisi Depresi (Pre Test)	1. Intervensi	28	27,04	4,710	0,890	0,420	0,676
	2. Kontrol	28	26,54	4,185	0,791		

Berdasarkan hasil uji statistik pada tabel 5.6. diatas, dapat disimpulkan bahwa tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK *sebelum* dilakukan terapi kognitif antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol adalah setara atau memiliki varian sama dimana kedua variabel tersebut memiliki $p\ value > \alpha 0,05$.

3. Perubahan Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien GGK *sebelum* dan *sesudah* dilakukan Terapi Kognitif

Perubahan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK *sebelum* dan *sesudah* dilakukan terapi kognitif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan uji *dependen sample t-Test (Paired t Test)* yang hasil analisisnya dijelaskan pada tabel 5.7.

Tabel 5.7.

Analisis **Perubahan Tingkat Harga Diri** dan **Kondisi Depresi** Pasien GGK **Sebelum** dan **Sesudah** pelaksanaan Terapi Kognitif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2009 (N = 56)

Kelompok	Variabel	n	Mean	SD	SE	t	p value
Intervensi	Tingkat Harga Diri						
	a. Sebelum	28	28,82	2,161	0,408	-5,598	0,000
	b. Sesudah	28	32,86	4,386	0,829		
	Selisih		4,04	2,225			
	Kondisi Depresi						
a. Sebelum	28	27,04	4,710	0,890	8,820	0,000	
b. Sesudah	28	22,29	4,241	0,802			
Selisih		4,75	0,469				
Kontrol	Tingkat Harga Diri						
	a. Sebelum	28	29,43	1,731	0,327	0,354	0,726
	b. Sesudah	28	29,21	2,630	0,497		
	Selisih		-0,22	0,899			
	Kondisi Depresi						
a. Sebelum	28	26,54	4,185	0,791	-0,708	0,485	
b. Sesudah	28	26,71	3,690	0,697			
Selisih		-0,17	0,354				

Hasil uji statistik pada tabel 5.7. menunjukkan bahwa tingkat harga diri pasien GGK yang mendapatkan terapi kognitif (kelompok intervensi) meningkat secara bermakna sebesar 2,225 dengan $p\text{ value} = 0,000 < \alpha 0,05$. Begitupun dengan kondisi depresi pasien GGK yang mendapatkan terapi kognitif (kelompok intervensi) menurun secara bermakna sebesar 4,75 dengan $p\text{ value} = 0,000 < \alpha 0,05$. Berdasarkan hasil uji statistik tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha 5\%$ ada perubahan yang bermakna rata-rata tingkat harga diri dan kondisi depresi pada pasien GGK sebelum dengan sesudah terapi kognitif diberikan pada kelompok intervensi ($p\text{ value} < \alpha 0,05$). Berdasarkan hasil uji statistik diatas, maka dapat disimpulkan pada $\alpha 5\%$ ada perubahan yang bermakna (perubahan yang lebih baik) terhadap rata-rata tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang mendapatkan terapi kognitif ($p\text{ value} < \alpha 0,05$).

Hasil uji statistik pada tabel 5.7. juga menunjukkan bahwa tingkat harga diri pasien GGK yang tidak mendapatkan terapi kognitif (kelompok kontrol) menurun secara tidak bermakna sebesar 0,22 dengan $p \text{ value} = 0,726 > \alpha 0,05$. Pada kelompok ini juga mengalami peningkatan kondisi depresi secara tidak bermakna sebesar 0,17 dengan $p \text{ value} = 0,485 > \alpha 0,05$. Berdasarkan hasil uji statistik diatas, maka dapat disimpulkan pada $\alpha 5\%$ tidak ada perubahan yang bermakna terhadap rata-rata tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang tidak mendapatkan terapi kognitif ($p \text{ value} > \alpha 0,05$).

4. Harga Diri dan Kondisi Depresi pasien GGK *sesudah* dilakukan Terapi Kognitif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi karakteristik tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK *sesudah* dilakukan terapi kognitif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis dengan menggunakan *uji t test dependen* dan hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.8.

Tabel 5.8.

Analisis **Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi** Pasien GGK *Sesudah* dilakukan Terapi Kognitif di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2009 (N = 56)

Karakteristik	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min – Max
Tingkat Harga Diri	1. Intervensi	28	33,57	2,924	0,553	28 – 38
	2. Kontrol	28	29,75	1,578	0,298	27 – 33
Kondisi Depresi	1. Intervensi	28	22,29	4,241	0,802	16 – 32
	2. Kontrol	28	26,71	3,690	0,697	19 – 38

Analisis **tingkat harga diri** pasien GGK pada tabel 5.8. diatas memperlihatkan hasil rata-rata tingkat harga diri pasien GGK pada kelompok intervensi *sesudah* dilakukan terapi kognitif adalah 33,57 yang menunjukkan bahwa tingkat harga diri rata-rata kelompok pasien GGK yang mendapatkan terapi kognitif adalah masih berada dalam katagori *harga diri sedang*, karena memiliki nilai harga diri dibawah nilai standar optimal harga diri yaitu 54.

Sedangkan analisis **kondisi depresi** pasien GGK pada tabel 5.8. diatas memperlihatkan hasil rata-rata kondisi depresi pasien GGK pada kelompok intervensi *sesudah* dilakukan terapi kognitif adalah 22,29 yang menunjukkan bahwa kondisi depresi rata-rata kelompok pasien GGK yang mendapatkan terapi kognitif *sesudah* dilakukan terapi kognitif masih berada dalam katagori *kondisi depresi sedang* karena memiliki nilai harga diri dibawah nilai standar optimal harga diri yaitu 84.

5. Perbedaan tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi pasien GGK *sesudah* dilakukan Terapi Kognitif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Perbedaan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK *sesudah* dilakukan Terapi Kognitif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *dependen sample t-Test (Paired t Test)* dengan hasil uji analisisnya terangkum dalam tabel 5.9.

Tabel 5.9
Analisis **Perbedaan Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi** Pasien GGK *Sesudah* dilakukan Terapi Kognitif di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Tahun 2009 (N = 56)

Karakteristik	Kelompok	n	Mean	SD	SE	T	P value
Tk Harga Diri (Post Test)	1. Intervensi	28	28,82	2,161	0,408	6.086	0,000
	2. Kontrol	28	29,43	1,731	0,327		
Kondisi Depresi (Post Test)	1. Intervensi	28	27,04	4,710	0,890	-4.168	0,000
	2. Kontrol	28	26,54	4,185	0,791		

Analisis pada tabel 5.9. memperlihatkan hasil perbedaaan tingkat harga diri *sesudah* pelaksanaan terapi kognitif yang menunjukkan bahwa harga diri pada kelompok pasien GGK yang mendapatkan terapi kognitif (kelompok intervensi) lebih tinggi secara bermakna bila dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif (kelompok kontrol) dengan $p\ value = 0,000 < \alpha 0,05$.

Analisis pada tabel 5.9. juga memperlihatkan hasil perbedaaan kondisi depresi sesudah pelaksanaan terapi kognitif yang menunjukkan bahwa meskipun kondisi depresi pada kelompok pasien GGK yang mendapatkan terapi kognitif (kelompok intervensi) lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif (kelompok kontrol), namun sudah mengalami penurunan kondisi depresi (dibandingkan kondisi awal / pre test) yang bermakna dengan $p \text{ value} = 0,000 < \alpha 0,05$.

D. Faktor yang berkontribusi terhadap Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien GGK

1. Faktor yang berkontribusi terhadap Tingkat Harga Diri Pasien GGK

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK dilakukan untuk mengidentifikasi adanya perubahan yang bermakna terhadap tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK setelah Terapi Kognitif diberikan pada kelompok intervensi. Faktor yang berkontribusi terhadap tingkat harga diri pasien GGK dianalisis menggunakan uji *Korelasi Regresi Linier Sederhana* yang dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10.

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap **Tingkat Harga Diri** Pasien GGK di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta, Tahun 2009 (N=56)

Karakteristik Pasien GGK	Tingkat Harga Diri				
	N	r	R ²	t	P value
1. Terapi Kognitif	56			-3,589	0,001
2. Usia	56			-1,093	0,280
3. Jenis Kelamin	56			0,763	0,449
4. Pekerjaan	56			-1,986	0,053
5. Pendidikan	56	0,567	0,189	-0,090	0,929
6. Status Perkawinan	56			-0,054	0,957
7. Lama Sakit	56			-0,051	0,960
8. Frekuensi Haemodialisa	56			-0,005	0,996
9. Pemberian Antihipertensi	56			1,474	0,147

Hasil analisis dari tabel 5.10 diatas dapat diketahui bahwa hanya terapi kognitif yang memiliki hubungan yang bermakna terhadap tingkat harga diri pasien GGK (p value $0,001 < \alpha 0,05$). Sedangkan kedelapan variabel karakteristik responden tidak memiliki hubungan dengan tingkat harga diri pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa di RSUP Fatmawati.

Menurut Colton (Hastono, 2007), kekuatan hubungan dua variabel secara kualitatif dapat dibagi dalam 4 area, yaitu $r = 0,00 - 0,25$ berarti tidak ada hubungan/hubungan yang lemah, $r = 0,26 - 0,50$ berarti hubungan sedang, $r = 0,51 - 0,75$ berarti hubungan kuat, dan $r = 0,76 - 1,00$ berarti hubungan sangat kuat / sempurna. Maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang kuat ($r = 0,567$) antara pemberian terapi kognitif dengan tingkat harga diri pasien GGK yang mengalami harga diri rendah dan peluang untuk meningkatnya harga diri dengan pemberian terapi kognitif adalah sebesar 18,9 % ($R^2 = 0,189$).

2. Faktor yang berkontribusi terhadap Kondisi Depresi Pasien GGK

Faktor yang berkontribusi terhadap kondisi depresi pasien GGK juga dianalisis menggunakan uji *Korelasi Regresi Linier Sederhana* yang dapat dilihat pada tabel 5.11.

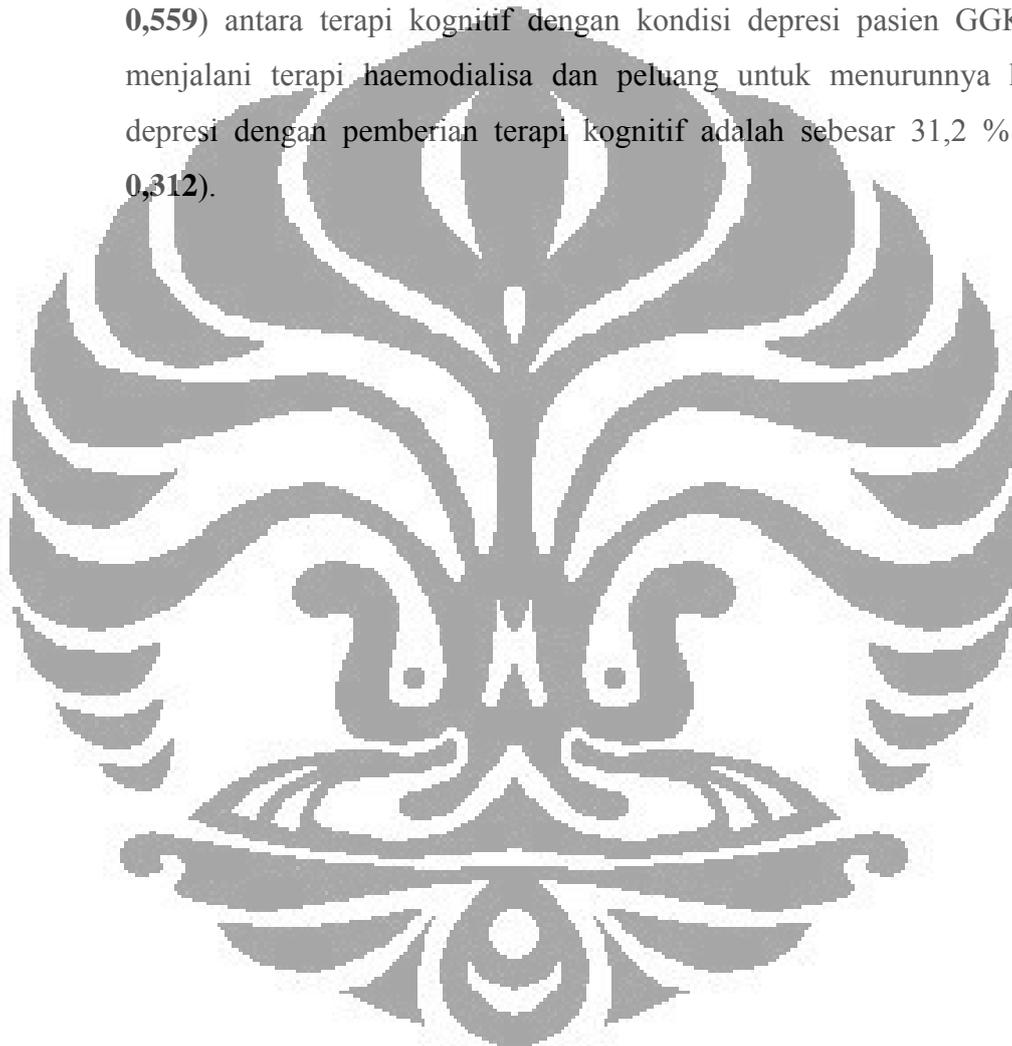
Tabel 5.11.

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap **Kondisi Depresi** pasien GGK di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta, Tahun 2009 (N=56)

Karakteristik Pasien GGK	Kondisi Depresi				
	N	r	R ²	t	p - value
1. Terapi Kognitif	56			3,456	0,001
2. Usia	56			0,708	0,483
3. Jenis Kelamin	56			-0,827	0,413
4. Pekerjaan	56			-0,410	0,684
5. Pendidikan	56	0,559	0,312	-1,337	0,188
6. Status Perkawinan	56			-0,335	0,739
7. Lama Sakit	56			-0,016	0,987
8. Frekuensi Haemodialisa	56			-0,058	0,954
9. Pemberian Antihipertensi	56			-1,081	0,285

Hasil analisis pada tabel 5.11. diatas dapat diketahui bahwa hanya terapi kognitif yang memiliki hubungan yang bermakna terhadap kondisi depresi pasien GGK ($p \text{ value } 0,001 < \alpha 0,05$). Sedangkan kedelapan variabel karakteristik responden tidak memiliki hubungan dengan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa di RSUP Fatmawati

Hasil analisis juga menunjukkan bahwa adanya hubungan yang kuat ($r = 0,559$) antara terapi kognitif dengan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa dan peluang untuk menurunnya kondisi depresi dengan pemberian terapi kognitif adalah sebesar 31,2 % ($R^2 = 0,312$).



BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya dan keterbatasan yang ditemui selama proses penelitian berlangsung; serta selanjutnya akan dibahas pula tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi kognitif terhadap tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta. Disamping itu penelitian bertujuan untuk mengetahui perbedaan tingkat harga diri dan kondisi depresi pada kelompok intervensi, yaitu kelompok pasien GGK yang mendapatkan terapi kognitif yang memiliki 4 sesi pertemuan dengan kelompok kontrol, yaitu kelompok pasien GGK yang tidak mendapatkan terapi kognitif.

Pasien GGK yang mengalami kelemahan fisik kronik akibat kegagalan fungsi ginjal beresiko untuk mengalami perasaan tidak berharga, tidak berdaya, malu dengan kondisi fisik saat ini. Hal inilah yang menyebabkan pasien GGK mengalami kondisi harga diri rendah kronis yang bila tidak mendapatkan penanganan yang adekuat dapat mengakibatkan kondisi depresi. Untuk itu dibutuhkan sebuah intervensi keperawatan lanjut yang bersifat spesialistik dengan harapan pasien GGK dapat beradaptasi dengan adekuat terhadap perubahan fisik yang dialami sehingga ia dapat memiliki konsep diri yang positif dan meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik, yaitu hidup dengan sisa fungsi ginjal yang masih dimilikinya.

A. Tingkat Harga Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK)

1. Tingkat Harga Diri Pasien GGK *sebelum* Terapi Kognitif diberikan

Hasil analisis terhadap tingkat harga diri rata-rata pasien GGK baik pada keseluruhan jumlah responden di kedua kelompok *sebelum* dilakukan terapi kognitif menunjukkan *tingkat harga diri sedang* karena memiliki nilai rata-

rata sebesar 29,12 sedangkan batas minimal yang ditentukan oleh peneliti untuk katagori harga diri rendah adalah memiliki nilai kuesioner harga diri ≤ 35 . Dimana untuk kelompok intervensi memiliki nilai harga diri rata-rata sebesar 28,82 dan untuk kelompok kontrol memiliki nilai rata-rata sebesar 29,43. Uji kesetaraan kedua kelompok sebelum dilakukan terapi kognitif pada kelompok intervensi menunjukkan hasil bahwa rata-rata tingkat harga diri pasien GGK adalah setara atau memiliki varian yang sama.

Menurut teori faktor predisposisi terjadinya harga diri rendah adalah karena faktor biologis, faktor psikologis dan sosial budaya. Faktor *biologis* dapat berupa riwayat genetik (keturunan) di dalam keluarga, seperti kelainan atau cacat fisik bawaan, ukuran tubuh, penampilan, dan sebagainya (Driever, 1976 dalam Townsend, 2003), kerusakan lobus frontalis mengakibatkan gangguan dalam kontrol fungsi bicara, proses berfikir dan ekspresi emosi (Townsend, 2003), kerusakan daerah temporal mengakibatkan gangguan pendengaran, keseimbangan, memori dan secara tidak langsung juga pada respon emosi (Boyd & Nihart, 1998), kerusakan sistem limbik menimbulkan gejala hambatan emosi dan gangguan kepribadian (Kaplan & Saddock, 2004), dan ketidakseimbangan zat kimiawi atau neurotransmitter dalam otak, seperti serotonin, norepineprin, dopamine dan acetylcholine juga dapat bertanggung jawab terjadinya perilaku harga diri rendah (Copel 2007), serta beberapa faktor lainnya, seperti kondisi kurang gizi/nutrisi, kelemahan fisik akibat penyakit kronis dan riwayat penggunaan obat dapat merupakan faktor predisposisi biologis terjadinya harga diri rendah pada seseorang. Faktor *psikologis* yang dapat mempengaruhi harga diri, meliputi penolakan orangtua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang memiliki tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain dan ideal diri yang tidak realistis (Stuart, 2006). Sedangkan faktor *sosial budaya* yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku harga diri rendah, meliputi ketidaksesuaian atau gangguan dalam penampilan peran, seperti tuntutan peran kerja, konflik peran, kondisi ekonomi dan sebagainya (Stuart, 2006), harapan peran budaya, tekanan dari kelompok sebaya dan perubahan dalam struktur sosial (Townsend, 2003).

Pasien GGK dapat memiliki kemungkinan faktor-faktor predisposisi tersebut. Faktor *biologis*, yaitu kegagalan fungsi ginjal yang mengakibatkan pasien mengalami 'kecacatan' fisik, yaitu hilangnya kemampuan fungsi ginjal yang mempengaruhi fungsi organ lainnya, gangguan nutrisi yang ditunjukkan kondisi anemi akibat penurunan kadar hormon eritropoetin (Engram, 1999) dan pasien mengalami ketidakadekuatan intake makanan karena rasa mual dan anoreksia yang dirasakan pasien GGK akibat kondisi uremia (Nursalam, 2006); dan efek program pengobatan yang mempengaruhi pengaturan neurotransmitter di otak.

Faktor *psikologis* berupa kegagalan yang dialami setelah adanya kelemahan fisik yang berupa ketidakmampuan melakukan pekerjaan seperti sediakala dan ketergantungan pada orang lain. Menurut *United State of Renal Disease System* (2003, dalam Wicks, 2007), pasien GGK yang harus menjalani terapi haemodialisa mengakibatkan pasien mengalami perasaan tidak mampu untuk bekerja dan bergantung pada orang lain.

Faktor *sosial budaya* berupa ketidakmampuan menjalankan peran, perubahan penampilan peran dan konflik peran dimana kesemuanya terjadi akibat perubahan kondisi fisik yang melemah dan terbatas untuk melakukan aktivitas seperti sebelum sakit. Pengaruh sosial ekonomi khususnya masalah finansial dalam program pengobatan GGK juga merupakan faktor predisposisi terjadinya harga diri rendah pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa. Menurut Wicks (2007), pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa dengan sosial ekonomi lemah beresiko 2 – 3 kali untuk mengalami gangguan mental (jiwa) daripada pasien GGK dengan sosial ekonomi tinggi (mapan). Meskipun hampir seluruh pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa di RSUP Fatmawati menggunakan fasilitas pembiayaan gratis atau sebagian dari biaya terapi haemodialisa, namun pasien juga mengeluhkan masih adanya kebutuhan biaya ekstra lainnya, seperti biaya pembelian obat yang tidak ditanggung oleh fasilitas tersebut, biaya transportasi ke rumah sakit, dan sebagainya.

Menurut Stuart (2006), faktor presipitasi atau faktor pencetus terjadinya harga diri rendah adalah trauma dan ketegangan peran berhubungan dengan atau posisi yang diharapkan, dimana individu mengalaminya sebagai frustrasi. Asumsi faktor pencetus terjadinya harga diri rendah pada pasien GGK adalah karena ketegangan peran, yaitu transisi peran sehat sakit yang diakibatkan pergeseran dari keadaan sehat ke keadaan sakit yang dicetuskan oleh kehilangan bagian tubuh, perubahan ukuran, bentuk, penampilan dan fungsi tubuh serta perubahan fisik berhubungan dengan tumbuh kembang normal, prosedur medis dan keperawatan.

Beberapa bentuk perilaku yang tampak pada pasien dengan harga diri rendah dalam teori dapat ditemui pada pasien GGK seperti perasaan tidak mampu, penolakan terhadap kemampuan personal, rasa bersalah, mengkritik diri sendiri, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, penurunan produktivitas, mudah tersinggung, gangguan dalam berhubungan, menarik diri secara sosial, ketegangan peran yang dirasakan, perilaku destruktif yang diarahkan pada orang lain maupun diri sendiri, dan khawatir/cemas dengan kondisi penyakit dan prognosa penyakit GGK. Hal didapatkan peneliti berdasarkan hasil pengamatan terhadap jawaban kuesioner yang diberikan pada responden terkait dengan perilaku harga diri rendahnya.

Mekanisme koping yang digunakan pasien GGK sering kali menjadi maladaptif, seperti mengadopsi identitas prematur yang diinginkan oleh orang yang penting/terdekat tanpa memperhatikan keinginan, aspirasi, dan potensi diri individu dan mengasumsikan diri dan kemampuan diri yang tidak sesuai dengan nilai dan harapan masyarakat (tidak dapat memenuhi harapan orang-orang di sekitarnya). Menurut Phipps dan Turkington (2001, dalam Rahimi, Ahmadi & Gholyaf, 2008), pasien GGK membutuhkan mekanisme koping dan suport psikologis yang adekuat dalam beradaptasi dengan kehidupan yang mengharuskan menjalani terapi haemodialisa.

Berdasarkan uraian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa berisiko mengalami harga diri rendah. Hal ini terkait dengan faktor-faktor yang mendukung terjadinya perilaku harga diri rendah, mekanisme koping yang digunakan dan sumber koping yang dimiliki pasien GGK. Untuk sumber koping yang dimiliki pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa, perawat sebaiknya mengkaji aspek ini dengan seksama, karena dengan keterbatasan fisik yang dialami sering pasien tidak menyadari adanya sumber koping baik dalam dirinya sendiri maupun dari orang lain seperti keluarga, teman dan kerabat yang merupakan *support system* bagi pasien. Hal ini mendukung hasil analisis terhadap tingkat harga diri pasien GGK di kedua kelompok sebelum terapi kognitif diberikan, yang meskipun menunjukkan nilai rata-rata berada dalam katagori harga diri sedang, namun masih berada dibawah nilai standar optimal untuk harga diri, yaitu 54.

Menurut Tomb (2004), individu yang sedang mengalami distres emosional, cenderung menginterpretasikan pengalamannya dalam bentuk disfungsi dan distorsi yang berisiko terjadinya 'kebiasaan yang salah dalam berfikir.' Pereira dan kawan-kawan (2005, dalam Hain 2008) menerangkan bahwa gangguan/kerusakan fungsi kognitif pada pasien GGK dipengaruhi beberapa hal, seperti ketidakmampuan mengambil keputusan, keharusan menjalani diet, dan pengaruh terapi medis, untuk itu dibutuhkan sebuah terapi dalam mengatasi masalah gangguan kognitif ini. Bila kondisi harga diri rendah pasien GGK dibiarkan berlanjut menjadi kronis tanpa adanya intervensi keperawatan yang adekuat dapat menimbulkan masalah atau diagnosa keperawatan lainnya, seperti ketidakberdayaan, keputusasaan dan bahkan perilaku resiko bunuh diri. Kondisi ini dapat memperburuk kondisi kesehatan jiwa pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa di RSUP Fatmawati. Untuk itu dibutuhkan asuhan keperawatan yang spesialistik dimana salah satunya melalui program *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN).

2. Perubahan Tingkat Harga Diri Pasien GGK *setelah* mendapatkan Terapi Kognitif

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa pada kelompok yang mendapatkan terapi kognitif menunjukkan adanya peningkatan yang bermakna antara tingkat harga diri sebelum mendapatkan terapi kognitif dan setelah mendapatkan terapi kognitif. Terapi kognitif yang memiliki 4 sesi pertemuan ini diberikan kepada 28 responden kelompok intervensi selama penelitian di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta. Meskipun nilai akhir tingkat harga diri pasien masih dalam katagori harga diri sedang namun sudah menunjukkan hasil yang cukup memuaskan, yaitu peningkatan tingkat harga diri yang bermakna.

Menurut Rahayuningsih (2007) dalam penelitiannya yang berjudul 'Pengaruh Terapi Kognitif terhadap tingkat harga diri dan kemandirian pasien dengan Kanker Payudara di RS Kanker Dharmais', bahwa sebelum dilakukan terapi kognitif rata-rata nilai harga diri responden adalah 8,83 dengan nilai antara 2 – 19, yang artinya bahwa tingkat harga diri responden berada pada kondisi harga diri rendah. Setelah dilakukan tindakan terapi kognitif diperoleh nilai rata-rata harga diri responden menjadi 1,66 dengan nilai antara 0 – 9, yang artinya meskipun masih ada responden yang mengalami harga diri rendah tetapi tampak ada peningkatan harga diri responden, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan harga diri antara sebelum dan sesudah terapi kognitif. Atau dapat disimpulkan bahwa dari 100 % responden mengalami harga diri rendah sebelum dilakukan terapi kognitif dan setelah dilakukan terapi kognitif terjadi peningkatan harga diri menjadi harga diri tinggi pada 17 responden (58,6%). Hal ini menunjukkan bahwa terapi kognitif bermanfaat pada pasien dengan gangguan kesehatan fisik yang mengalami harga diri rendah.

Harga diri rendah adalah evaluasi atau perasaan yang negatif terhadap diri dan kemampuan diri yang berkepanjangan (NANDA, 2005). Pasien GGK yang mengalami kelemahan fisik kronis perlu mendapatkan sebuah terapi yang dapat mengubah cara pandang pasien yang negatif untuk menjadi

lebih positif, yaitu dengan pemberian terapi kognitif. Pasien GGK yang mengalami kelemahan fisik yang bersifat kronis akan menginterpretasikan pengalaman hidupnya dalam kesehariannya menentukan bagaimana perasaannya dari hari ke hari. Pasien GGK akan berusaha untuk dapat beradaptasi terhadap penyakit kronisnya dan ketergantungan untuk menjalani terapi haemodialisa (Phipps & Turkington, 2001 dalam Rahimi, Ahmadi & Gholyaf, 2008)

Terapi kognitif adalah suatu bentuk psikoterapi yang dapat melatih pasien untuk mengubah cara menafsirkan dan memandang segala sesuatu pada saat ia mengalami kekecewaan, sehingga ia merasa lebih baik dan dapat bertindak lebih produktif. Pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa memiliki perasaan malu, minder dan tak berdaya akibat kelemahan fisik yang membuatnya tergantung terhadap terapi dialisa ini. Permasalahan lebih kompleks terjadi karena masalah finansial dan prognosa yang buruk dari penyakit GGK yang dapat berujung pada kematian membuat kondisi depresi dan harga diri rendah pasien GGK menjadi bertambah buruk dan memanjang (kronis). Hal inilah yang menyebabkan pasien GGK selalu memiliki pikiran-pikiran negatif tentang diri, kemampuan diri dan masa depannya. Dengan pemberian terapi kognitif diharapkan pikiran-pikiran negatif pada pasien GGK dapat menjadi pemikiran yang lebih positif terhadap dirinya saat ini dan kemampuan yang masih dimiliki sehingga pasien GGK dapat menjalani sisa hidupnya dengan lebih produktif dan berkualitas.

Hasil penelitian juga menunjukkan adanya selisih tingkat harga diri pada kelompok pasien GGK yang mendapatkan terapi kognitif lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok yang tidak dilakukan terapi kognitif. Hal ini ditunjukkan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif menunjukkan adanya peningkatan tingkat harga diri, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif mengalami penurunan tingkat harga diri. Hal tersebut menunjukkan tingkat harga diri pasien GGK dapat meningkat melalui pemberian terapi kognitif.

Menurut hasil penelitian yang dilakukan Sasmita (2007) dengan menggunakan modifikasi antara terapi kognitif dan terapi perilaku atau yang dikenal dengan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) yang diberikan pada pasien Harga Diri Rendah di RSUD Marzuki Mahdi, didapatkan bahwa terapi ini memberikan peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor secara bermakna. Hasil penelitian ini mendukung teori yang dikemukakan oleh Boyd dan Nihart (1998), yaitu bahwa terapi kognitif merupakan salah satu jenis psikoterapi yang menekankan dan meningkatkan kemampuan berfikir yang diinginkan (positif) dan merubah pikiran-pikiran yang negatif. Perbedaan hasil penelitian tersebut menjelaskan adanya perbedaan hasil yang cukup bermakna terhadap kondisi akhir dari tingkat harga diri pasien GGK. Hal ini disebabkan pada kelompok intervensi diberikan intervensi atau tindakan keperawatan yang adekuat, yaitu intervensi keperawatan generalis berupa asuhan keperawatan harga diri rendah dan intervensi keperawatan spesialis berupa terapi kognitif. Sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan intervensi keperawatan generalis (asuhan keperawatan harga diri rendah). Dapat disimpulkan bahwa untuk menyelesaikan atau mengatasi kondisi harga diri rendah kronik pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa membutuhkan intervensi keperawatan spesialistik.

Meskipun kondisi akhir pada kelompok intervensi belum mencapai nilai maksimal yaitu 84, namun sudah menunjukkan hasil yang cukup bermakna dalam mengatasi harga diri rendah pasien GGK bila dibandingkan dengan kelompok kontrol yang justru mengalami penurunan tingkat harga diri. Dapat peneliti asumsikan bahwa harga diri akan dapat terus meningkat jika terapi kognitif yang telah diajarkan kepada pasien GGK yang mengalami harga diri kronis, dapat dilakukan terus menerus oleh pasien secara mandiri di rumah.

Konsep tentang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) merupakan alternatif pilihan yang tepat dalam upaya mengatasi masalah psikososial khususnya harga diri rendah pasien GGK. Seorang *Psychiatric*

Consultation Liaison Nurse (PCLN) memiliki sertifikasi kemampuan dalam melakukan terapi keperawatan spesialistik, sehingga ia dapat memberikan salah satu terapi psikososial yang tertuju untuk individu, keluarga dan masyarakat dimana konteks dalam penelitian ini adalah terapi kognitif. Dapat disimpulkan bahwa seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) dapat berperan sangat tepat dalam mengatasi harga diri rendah pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa.

Menurut Townsend (2003), terapi kognitif merupakan suatu bentuk terapi yang terprogram waktu dengan baik (*Time Limited Program*). Maksudnya adalah proses pelaksanaan terapi dapat berjalan beberapa minggu sampai bulan. Pada pelaksanaannya teori ini kurang mendukung pelaksanaan terapi kognitif yang dilaksanakan peneliti pada pasien GGK yang menunjukkan bahwa meskipun diawal perencanaan terapi ini akan dilakukan dalam 4 kali pertemuan, namun dalam realisasinya beberapa pasien membutuhkan lebih dari 4 kali pertemuan. Hal ini dikarenakan keterbatasan kondisi fisik pasien GGK, sehingga beberapa pasien terkadang menghendaki pertemuan ulang. Dapat disimpulkan bahwa perlu adanya keberlanjutan penerapan terapi ini di ruang haemodialisa dan penerapan mandiri oleh pasien di rumah. Kegiatan monitoring 3 bulan setelah pelaksanaan penelitian ini perlu dilakukan dengan tujuan untuk mengevaluasi tingkat harga diri pasien. Kegiatan ini dapat dilakukan melalui program *Consultation Liaison Nurse* (PCLN).

Kesimpulan akhir dari hasil penelitian terhadap tingkat harga diri pasien GGK adalah bahwa ada peningkatan yang bermakna dalam selisih tingkat harga diri antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah pelaksanaan intervensi terapi kognitif ($p \text{ value} < 0,05$). Kesimpulan lainnya adalah dengan pemberian intervensi keperawatan spesialistik dapat memberikan hasil yang lebih baik bila dibandingkan hanya mendapatkan intervensi keperawatan dasar (generalis).

B. Kondisi Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK)

1. Kondisi Depresi Pasien GGK *sebelum* Terapi Kognitif diberikan

Hasil analisis terhadap kondisi depresi rata-rata pasien GGK baik pada keseluruhan jumlah responden di kedua kelompok *sebelum* dilakukan terapi kognitif menunjukkan *kondisi depresi sedang* karena memiliki nilai rata-rata sebesar 26,79 sedangkan batas minimal yang ditentukan oleh peneliti untuk katagori kondisi depresi adalah memiliki nilai kuesioner depresi ≥ 16 . Untuk kelompok intervensi memiliki rata-rata sebesar 27,04 dan untuk kelompok kontrol memiliki nilai rata-rata sebesar 26,79. Untuk uji kesetaraan kedua kelompok sebelum dilakukan terapi kognitif pada kelompok intervensi menunjukkan hasil bahwa rata-rata kondisi depresi pasien GGK memiliki varian yang sama.

Depresi merupakan salah satu bentuk gangguan alam perasaan dengan gejala disfungsi afek, emosi, pikiran dan aktivitas umum (Copel, 2007). Individu yang beresiko tinggi terjadi depresi adalah individu dengan masalah/gangguan kesehatan fisik kronis (Varcarolis, 2006), seperti penyakit neurologi, endokrin, metabolisme/nutrisi, infeksi kronis, dan penyakit kronis lainnya. Gejala depresi yang signifikan secara klinis terdeteksi pada kira-kira 12 – 36 % individu dengan kondisi umum nonpsikiatrik (Agency for Health Care Policy and Research, 1993 dalam Isaacs, 2001). GGK merupakan penyakit kronik yang dapat mengakibatkan adanya gangguan pada fungsi organ lainnya, sehingga GGK dapat dikategorikan sebagai penyakit fisik yang dapat menyebabkan timbulnya kondisi depresi. Menurut Cukor (2007), kehidupan dengan menjalani terapi haemodialisa mengakibatkan beban psikologis terhadap penyakit kronis, mengancam otonomi pasien, dan perubahan status fungsional.

Menurut Granfa (2007) penyebab depresi dapat merupakan faktor *biologis* dan faktor *psikososial*. Alkohol dan penggunaan obat-obatan tertentu dalam jangka waktu yang lama seperti anti hipertensi, steroid, sedatif dan anti bakteri, dapat menyebabkan depresi sekunder (Copel, 2007). Menurut Isaacs (2001), beberapa medikasi yang didapat pasien dalam jangka waktu

yang lama seperti terapi hormonal, obat kardiovaskular, psikotropik, agen anti inflamasi/anti infeksi, dan anti *ulkus* mempunyai efek samping yang meliputi depresi. Menurut Cukor (2007), pasien GGK beresiko 20 – 30 % mengalami kondisi depresi yang merupakan efek sekunder dari kondisi hipertensinya

Asumsi peneliti terhadap kondisi depresi yang dialami oleh pasien GGK terutama disebabkan oleh faktor biologis karena adanya kegagalan pada fungsi ginjal yang membuat pasien GGK mengalami kelemahan fisik, ketidakmampuan melakukan aktivitas yang berat dan program terapi yang harus dijalani pasien GGK, khususnya obat-obatan anti hipertensi dan mungkin anti bakteri yang juga merupakan penyebab depresi sekunder pada pasien GGK. Faktor psikologis seperti stres yang berkepanjangan akibat dampak perubahan kondisi fisik yang dialami yang berakibat timbulnya perasaan malu, minder dan tidak berdaya, konflik individu karena kehilangan pekerjaan, dan merasa menjadi beban keluarga. Kemudian faktor sosial budaya seperti masalah finansial karena biaya pengobatan dan terapi haemodialisa yang relatif mahal, kebiasaan individu memendam atau menginternalisasikan stres terhadap perubahan kondisi fisik dan kecenderungan evaluasi diri yang negatif, juga merupakan penyebab lebih lanjut terjadinya depresi pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa.

2. Perubahan Kondisi Depresi Pasien GGK setelah mendapatkan Terapi Kognitif

Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan nilai kondisi depresi yang bermakna antara kelompok intervensi (kelompok yang mendapatkan terapi kognitif) sebelum mendapatkan terapi kognitif dan setelah mendapatkan terapi kognitif.

Menurut Rush, Beck, Kovacs, dan Hollon (1977, dalam Burns, 1988) melakukan penelitian terhadap 44 pasien yang mengalami depresi berat dimana setelah 12 minggu penelitian, didapat 15 dari 19 orang yang

mendapat terapi kognitif menunjukkan kondisi sembuh sepenuhnya dan 5 dari 25 orang yang mendapat terapi antidepresan menunjukkan kondisi sembuh. Hal ini menunjukkan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang tepat untuk mengatasi atau menurunkan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa di RSUP Fatmawati.

Terapi kognitif menggunakan beberapa strategi untuk memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku pasien (Copel, 2007). Untuk mengatasi masalah pasien dari perspektif kognitif, perawat secara aktif dan langsung membantu pasien mempertimbangkan kembali stresor, dan mengidentifikasi pola pemikiran dan keyakinan yang tidak akurat. Terapi kognitif berfokus pada evaluasi kembali ide, nilai, dan harapan serta memulai tahap-tahap untuk membuat perubahan kognitif yang diperlukan.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa adanya penurunan nilai depresi pada kelompok intervensi secara bermakna dibandingkan dengan pada kelompok kontrol, dimana pada kelompok intervensi didapat selisih penurunan kondisi depresi yang bermakna, yang berarti kondisi depresi pada pasien GGK pada kelompok intervensi dapat menurun setelah diberikan terapi kognitif. Hal ini mendukung teori yang dikemukakan oleh Townsend (2003) yang menerangkan bahwa proses pelaksanaan terapi kognitif merupakan suatu terapi yang berorientasi pada tujuan penyelesaian masalah pasien. Di awal pertemuan, terapis harus mengidentifikasi masalah-masalah yang dihadapi pasiennya. Kemudian bersama-sama menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan dalam terapi. Proses diskusi dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapi pasien dibutuhkan saat pasien mulai dapat mengenal *distorsi kognitif* dan memperbaiki pola pikirnya.

Kesimpulan akhir dari hasil penelitian ini adalah bahwa ada pengaruh terapi kognitif terhadap penurunan kondisi depresi pasien GGK di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta. Hal didukung adanya hasil

penelitian yang menunjukkan adanya perubahan yang bermakna dalam selisih kondisi depresi, yang berarti bahwa ada penurunan kondisi depresi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah pelaksanaan intervensi terapi kognitif.

Asumsi peneliti adalah meskipun nilai kondisi depresi setelah pemberian terapi kognitif masih termasuk dalam kategori depresi sedang (≥ 16), namun sudah menunjukkan hasil yang cukup bermakna. Kondisi depresi yang dialami pasien GGK merupakan masalah yang cukup kompleks dimana membutuhkan penanganan yang tepat, karena pada kondisi depresi memiliki kemungkinan diagnosa keperawatan tidak hanya harga diri rendah saja tetapi. Diagnosa keperawatan terkait dengan kondisi depresi selain harga diri rendah adalah ketidakberdayaan, keputusan, mekanisme koping individu tidak adekuat dan bahkan risiko bunuh diri. Sehingga intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien GGK yang mengalami kondisi depresi membutuhkan intervensi keperawatan spesialisik lainnya, seperti logoterapi, terapi suportif, psikoedukasi untuk keluarga pasien GGK, dan sebagainya.

Menurut Andra (2007), normalnya pelaksanaan terapi kognitif dibatasi antara 15-20 pertemuan (sesi) dimana masing-masing sesi membutuhkan waktu 50 menit, sekali seminggu. Pada kasus depresi yang lebih parah memerlukan dua kali pertemuan setiap minggunya untuk 4-5 minggu pertama. Menurut Frisch dan Frisch (2006), perbaikan kondisi depresi pasien yang signifikan terjadi setelah 6 – 12 minggu diberikan terapi kognitif. Penelitian lain yang dilakukan oleh Cukor (2007) pada pasien GGK yang menjalani haemodialisa dengan menggunakan terapi kognitif perilaku atau *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) dan instrumen yang sama dengan yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu *Beck Depression Inventory* (BDI) didapatkan hasil bahwa setelah 15 minggu diberikan terapi CBT, kondisi depresi pasien berkurang dari rata-rata kondisi depresi awal (sebelum terapi CBT) menunjukkan 28,9 menurun hingga 18,5.

Dalam penelitian ini pemberian terapi kognitif diberikan dalam 4 sesi dan untuk setiap sesinya membutuhkan waktu kurang lebih 30 menit. Asumsi peneliti adalah kebutuhan waktu untuk melaksanakan terapi kognitif dalam penelitian ini mungkin salah satu faktor yang mempengaruhi peningkatan harga diri dan penurunan kondisi depresi pasien GGK. Seperti halnya dalam harga diri, maka perlu adanya tindaklanjut dalam pelaksanaan terapi kognitif yang dilakukan secara mandiri oleh pasien GGK dan perawat perlu memantau kondisi depresi pada 3 bulan setelah terapi kognitif diberikan atau diajarkan pada pasien GGK. Kegiatan ini dapat dilakukan melalui program kunjungan rumah (*homevisite*) yang dilakukan perawat atau melalui sebuah program *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) atau dapat berkolaborasi dengan lembaga *Homecare* maupun pelayanan kesehatan lain yang terdekat dengan tempat tinggal pasien.

Psychiatric Consultation Liaison Nurse (PCLN) merupakan sebuah program subspecialistik dari keperawatan yang memberikan konsultasi tentang masalah kesehatan psikososial dan kesehatan jiwa di tatanan pelayanan kesehatan umum (Frisch & Frisch, 2006). Seorang PCLN harus memiliki kemampuan melakukan intervensi keperawatan spesialis, yaitu terapi psikososial yang tertuju pada individu, kelompok, keluarga dan masyarakat. Seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) dapat memberikan intervensi keperawatan spesialis di rumah sakit umum, pelayanan kesehatan masyarakat seperti puskesmas maupun di rumah pasien (*homecare*). Dapat disimpulkan bahwa seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) dapat berperan sangat tepat dalam mengatasi harga diri rendah pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa.

C. Faktor yang berkontribusi terhadap Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi pasien GGK

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara pemberian terapi kognitif dengan tingkat harga diri pasien GGK dan peluang untuk semakin meningkatnya harga diri dengan pemberian terapi kognitif

adalah sebesar 18,9 %. Hal ini menunjukkan bahwa bila terapi kognitif dilakukan secara rutin oleh pasien maka memberikan peluang hampir 20 % atau 1/5 kali peningkatan harga diri dibandingkan bila kondisi harga diri rendah tidak diberikan intervensi apapun (didiamkan).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara pemberian terapi kognitif dengan kondisi depresi pasien GGK dan peluang untuk semakin menurunnya kondisi depresi dengan pemberian terapi kognitif adalah sebesar 31,2 %. Hal ini menunjukkan bahwa bila terapi kognitif dilakukan secara rutin oleh pasien maka memberikan peluang hampir 31,2 % atau 1/3 kali penurunan kondisi depresi dibandingkan bila kondisi depresi tidak mendapatkan penanganan apapun (didiamkan).

Terapi kognitif sendiri diyakini dapat meningkatkan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK. Hal ini sesuai dengan tujuan terapi kognitif, yaitu untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif, mengetahui penyebab perasaan negatif yang dirasakan, membantu mengendalikan diri dan pencegahan serta pertumbuhan pribadi (Burn, 1980). Menurut Copel (2007), terapi kognitif bertujuan untuk membantu pasien mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal. Terapi kognitif berfokus pada bagaimana cara mengidentifikasi dan memperbaiki persepsi-persepsi pasien yang bias yang terdapat dalam pikirannya (Frisch & Frisch, 2006).

Berdasarkan uraian hasil penelitian tersebut diatas, maka dapat disimpulkan bahwa faktor yang paling berhubungan atau memiliki hubungan yang bermakna terhadap perubahan tingkat harga diri dan kondisi depresi adalah dengan pemberian terapi kognitif. Hal ini membuktikan bahwa tingkat harga diri dan kondisi depresi dapat dipengaruhi oleh pemberian intervensi keperawatan spesialistik yang adekuat salah satunya dengan pemberian terapi kognitif. Pemberian terapi kognitif ini dapat dilakukan oleh seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) di tatanan pelayanan kesehatan umum.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan tingkat harga diri dan kondisi depresi dengan karakteristik pasien GGK yang ditunjukkan oleh uraian sebagai berikut:

1. Faktor usia responden

Depresi dapat terjadi pada setiap orang. Telah dijelaskan dimuka bahwa menurut Boyd dan Nihart (1998), orang dewasa yang berusia 25 – 44 tahun beresiko lebih tinggi mengalami depresi. Menurut Rahimi, Ahmadi dan Gholyaf (2008) didapat karakteristik usia pasien GGK yang menjadi responden dalam penelitian mereka yang berjudul 'Efek Model Asuhan Keperawatan yang berkelanjutan (*Continuous Care Model*) terhadap Depresi, Kecemasan dan Stres Pasien GGK yang menjalani Haemodialisa', yaitu 41,7% berusia 40 – 59 tahun, 19,4% berusia 20 – 39 tahun dan 33,3% berusia 60 tahun keatas. Terdapat kesamaan karakteristik usia responden yang dilakukan dalam penelitian tersebut dengan responden dalam penelitian ini, yaitu rata-rata berusia 49 tahun.

Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme coping. Dapat disimpulkan bahwa faktor usia responden tidak memiliki hubungan atau kontribusi yang signifikan terhadap timbulnya kondisi depresi dan harga diri rendah pada pasien GGK. Bila karakteristik usia responden dalam penelitian ini, maka termasuk dalam katagori usia dewasa. Pada usia tersebut pasien memiliki tugas perkembangan integritas dan keputusasaan. Integritas adalah keberhasilan dalam menyesuaikan diri terhadap keberhasilan dan kegagalan dalam hidup (Sunaryo, 2004). Apabila integritas tercapai, maka individu akan dapat menikmati keuntungan dari tahap perkembangan sebelumnya dan merasa bahwa kehidupan lebih bermakna. Individu menyadari gaya hidup orang lain, namun ia tetap memelihara dan mempertahankan gaya hidupnya sendiri. Dengan demikian maka karakteristik usia responden tidak berpengaruh yang signifikan terhadap pemberian terapi kognitif dalam upaya meningkatkan harga diri dan perbaikan kondisi depresinya.

2. Faktor jenis kelamin responden

Depresi kebanyakan juga dialami pada wanita. Menurut Sosrosumihardjo (2007 dalam Hapsari 2007), kemungkinan wanita mengalami depresi satu setengah kali sampai dua kali dibandingkan pria. Penelitian terhadap epidemiologi menunjukkan bahwa insiden depresi pada pria berkisar pada 7 – 12 %, sedangkan pada wanita pada 20 – 25 % (Frisch & Frisch, 2006). Karakteristik jenis kelamin pasien GGK dalam penelitian Rahimi, Ahmadi dan Gholyaf (2008) juga mendukung teori tersebut dimana diperoleh lebih banyak wanita (52,8 %) dibandingkan pria (47,2 %).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jenis kelamin responden lebih banyak pria (57,1%) dibanding wanita (42,9%). Berdasarkan hasil uji kesetaraan kedua kelompok didapatkan bahwa kedua kelompok memiliki varian yang sama ($p \text{ value} > 0,05$). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan antara karakteristik jenis kelamin dengan kondisi depresi dan harga diri rendah pada pasien GGK. Asumsi peneliti adalah faktor jenis kelamin dalam penelitian ini tidak berkontribusi dalam tingkat harga diri dan kondisi pasien GGK.

3. Faktor pekerjaan responden

Menurut *United State of Renal Disease System* (2003, dalam Wicks, 2007), pasien GGK yang harus menjalani terapi haemodialisa mengakibatkan pasien mengalami kehilangan pekerjaan dan berkurangnya pendapatan. Dalam penelitian ini juga didapat sebagian besar responden di kedua kelompok (kelompok intervensi dan kelompok kontrol) merupakan individu yang sudah tidak bekerja. Namun demikian, penelitian ini juga memberikan hasil bahwa tidak ada hubungan faktor pekerjaan terhadap peningkatan harga diri maupun perbaikan kondisi depresi pasien GGK.

Hal ini disebabkan karena terapi kognitif menekankan kondisi realita yang ada pada pasien. Penyelesaian masalah yang dihadapi pasien berdasarkan kondisi yang nyata saat terapi dilakukan. Pasien dihadapkan pada kemampuan yang masih dimiliki saat penurunan fungsi tubuh sudah mulai

terjadi karena adanya penurunan fungsi ginjal. Disinilah pentingnya perawat mengkaji sumber coping individu pada pasien GGK berupa penilaian terhadap kemampuan lain yang masih dimiliki dalam upaya meningkatkan harga diri dan menurunkan kondisi depresinya.

4. Faktor tingkat pendidikan responden

Penelitian menunjukkan tidak ada hubungan tingkat pendidikan terhadap timbulnya harga diri rendah dan kondisi depresi pasien GGK. Hasil tersebut menunjukkan walaupun sebagian besar latar belakang pendidikan responden (pasien GGK) adalah tinggi, tetapi masih dapat beresiko terjadi harga diri rendah dan kondisi depresi. Meskipun responden dengan latar belakang pendidikan rendah, masih mampu melakukan terapi kognitif di rumah.

Pendidikan dapat melindungi seseorang dari perkembangan buruk dalam menghadapi masalah gangguan jiwa dan dapat meningkatkan daya penyembuhan kembali dari gangguan jiwa. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi ditemukan lebih sering memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa. Pendidikan menjadi salah satu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Disamping itu, menurut Townsend (2003), terapi kognitif menekankan pada teknik kolaborasi dan partisipasi aktif pasiennya. Perawat sebagai terapis mendorong pasien untuk terlibat aktif dalam setiap sesi (pertemuan), sehingga pasien selalu membuat tugas-tugas yang diberikan di akhir setiap sesi untuk dikerjakan di rumah.

Menurut Amril (2007), terdapat tiga konsep fundamental dalam terapi kognitif, yaitu a) *Collaborative Empirisme*, yaitu pasien-terapis menjadi co-investigator dan menguji fakta yang dapat menunjang dalam menolak *kognisi* pasien yang keliru; b) *Socratic Dialogue*, yaitu dengan menggunakan teknik bertanya yang merupakan anjuran utama dalam proses terapeutik dimana tujuan pertanyaan adalah untuk mengklarifikasi dan mendefinisikan persoalan, membantu mengidentifikasi pikiran, *images*,

dan asumsi menilai konsekuensi dari pikiran maladaptif bagi pikiran dan perilaku; dan c) *Guide Discovery*, yaitu terapis memandu pasien untuk memodifikasi keyakinan dan asumsi yang maladaptif dimana pasien-terapis secara bersama-sama merekam perkembangan gangguan yang dialami pasien.

Berdasarkan teori tersebut didukung dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa latar belakang pendidikan bukan faktor yang berkontribusi terhadap tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK, maka peneliti berasumsi bahwa dalam pelaksanaan terapi kognitif tidak membutuhkan spesifikasi latarbelakang pendidikan tertentu maupun kemampuan spesifik lainnya, sehingga siapapun dan memiliki berbagai latarbelakang pendidikan dapat melakukan terapi ini secara mandiri di rumah.

5. Faktor status perkawinan

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Rahimi, Ahmadi dan Gholyaf (2008), diperoleh karakteristik pasien GGK yang mengalami kondisi depresi, cemas dan stres adalah lebih banyak responden dengan status berkeluarga (*married*), yaitu sebesar 83,3% dibanding yang belum berkeluarga (*single*), yaitu sebesar 13,9%. Hasil penelitian ini mendukung penelitian tersebut dimana diperoleh lebih banyak responden yang menikah (83,9%) dibandingkan yang tidak menikah (16,1%).

Meskipun sebagian besar responden memiliki status perkawinan menikah, tapi ini bukanlah patokan munculnya insiden harga diri rendah dan kondisi depresi pada pasien GGK. Pasien yang memiliki karakteristik status perkawinan sudah menikah (kawin) lebih berisiko terjadinya perilaku harga diri rendah dan kondisi depresi pada pasien GGK. Hal ini diduga dengan adanya ketegangan peran atau konflik tidak mampu menjalankan peran pasien GGK setelah mengalami keterbatasan/kelemahan fisik akibat penyakit GGKnya. Namun demikian, hal ini tergantung dengan kemampuan keluarga khususnya pasangan hidup pasien GGK tersebut.

Menurut Rahimi, Ahmadi dan Gholyaf (2008), sosial support memiliki hubungan yang erat terhadap perbaikan kondisi depresi, cemas dan stres pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa yang ditunjukkan dengan 88,9% partisipan (responden) menyatakan adanya dukungan yang tinggi (penuh) dari keluarga. Dengan masih memiliki pasangan hidup yang adekuat yang merupakan sumber coping yang sangat baik untuk meningkatkan motivasi individu dalam memiliki kesehatan jiwa yang terintegrasi dalam meningkatkan derajat kesehatannya, khususnya kesehatan jiwa.

6. Faktor lama sakit dan frekuensi haemodialisa yang telah dijalani

Menurut Varcarolis (2006), individu yang beresiko tinggi terjadinya depresi adalah individu yang mengalami masalah/gangguan kesehatan fisik yang kronis, seperti penyakit neurologi, endokrin, metabolisme/ nutrisi, infeksi kronis, dan penyakit kronis lainnya. Gejala depresi yang signifikan secara klinis terdeteksi pada kira-kira 12 – 36 % individu dengan kondisi umum nonpsikiatrik (*Agency for Health Care Policy and Research, 1993* dalam Isaacs, 2001). Meskipun GGK tidak disebutkan dalam salah satu penyakit tersebut, namun gangguan pada fungsi ginjal yang bersifat kronik ini dapat mengakibatkan adanya gangguan pada fungsi jantung, gangguan neurologis dan cacat fisik akibat kelemahan fisik yang dialaminya, sehingga GGK juga dapat dikategorikan sebagai penyakit fisik yang dapat menyebabkan timbulnya kondisi depresi.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rahimi, Ahmadi dan Gholyaf (2008), didapatkan hasil bahwa depresi merupakan respon psikologis terhadap penyakit kronis, seperti GGK. Sehingga hasil penelitian ini mendukung teori dan penelitian tersebut, dimana tidak ada hubungan yang signifikan antara semakin lama seseorang mengalami GGK dan semakin banyak frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani pasien terhadap terjadinya perbaikan kondisi depresi maupun peningkatan harga diri pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa.

7. Faktor pemberian antihipertensi

Meskipun dalam teori dijelaskan bahwa alkohol dan penggunaan terapi obat-obatan tertentu dalam jangka waktu yang lama seperti *anti hipertensi*, steroid, sedatif dan anti bakteri, dapat menyebabkan depresi sekunder (Copel, 2007) dan menurut Isaacs (2001), beberapa medikasi yang didapat pasien dalam jangka waktu yang lama seperti terapi hormonal, *obat kardiovaskular*, psikotropik, agen anti inflamasi/anti infeksi, dan anti *ulkus* mempunyai efek samping yang meliputi depresi. Namun hasil penelitian membuktikan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pemberian antihipertensi dengan perbaikan kondisi depresi dan meningkatnya harga diri pada pasien GGK. Hal ini disebabkan pasien GGK akan selalu bergantung pada terapi antihipertensi ini demi perbaikan kondisi fisik dan memaksimalkan fungsi ginjalnya, sehingga kecil kemungkinan terjadinya perbaikan kondisi depresi pasien GGK dalam hubungannya dengan pemberian antihipertensi meskipun sudah diberikan terapi kognitif.

D. Keterbatasan penelitian

Dalam setiap penelitian beresiko mengalami kelemahan yang diakibatkan adanya keterbatasan-keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai ancaman meliputi keterbatasan kondisi fisik responden, keterbatasan tempat penelitian (tempat pelaksanaan intervensi terapi kognitif), keterbatasan waktu, keterbatasan instrumen, keterbatasan variable dan keterbatasan hasil.

1. Keterbatasan kondisi fisik responden

Pasien GGK yang memiliki kondisi fisik yang lemah, sehingga pelaksanaan untuk tiap sesi dalam terapi kognitif membutuhkan lebih dari 1 kali pertemuan. Kemudian pelaksanaan terapi haemodialisa yang mengharuskan pasien dalam posisi yang statis, dimana pasien tidak boleh banyak bergerak khususnya pada bagian yang terpasang alat *cimino* ataupun jarum, juga merupakan salah satu keterbatasan dalam penelitian ini karena dapat mempengaruhi kerja mesin dialisa. Hal ini mengakibatkan dalam pelaksanaan penelitian ini peneliti tidak dapat meminta responden untuk

menulis saat terapi sedang berlangsung, sehingga peneliti memodifikasi dengan peneliti yang memberikan contoh dengan menuliskan bentuk-bentuk distorsi kognitif yang dimiliki pasien dan cara menanggapi dengan terapi kognitif. Keberhasilan setiap sesi dilihat setelah pasien dapat mengerjakan tugas dalam sesi 1 – 3 secara mandiri di rumah.

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan peneliti bahwa mereka merasakan kondisi nyaman 1 hari setelah terapi haemodialisa. Untuk itu mungkin alternatif lain dalam pelaksanaan terapi kognitif yang dapat menghasilkan perbaikan kondisi harga diri yang meningkat dan kondisi depresi yang menurun adalah 1 hari setelah terapi haemodialisa. Hal ini dapat dilakukan melalui pasien melakukan kunjungan kembali di luar jadwal haemodialisa atau perawat dalam melakukan terapi kognitif di rumah pasien (melalui kunjungan rumah atau perawat *home care*). Kedua kegiatan ini dapat dilakukan oleh seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) di tatanan pelayanan kesehatan umum.

2. Keterbatasan variable dan tempat penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian "*Quasi experimental with control group*" dengan pemberian intervensi terapi kognitif. Pengumpulan data dan pengukuran variabel dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah tindakan pemberian terapi kognitif ini. Menurut Polit dan Hungler (2001), pada penelitian quasi eksperimen semua variabel harus dikendalikan, jadi dapat dipastikan bahwa tidak ada variabel pengganggu. Namun demikian, area penelitian yang dilakukan adalah pasien GJK dengan berbagai karakteristik yang berbeda dan bervariasi. Hal inilah yang menyebabkan peneliti tidak dapat mengontrol semua variabel karakteristik demografi secara optimal sehingga variabel tersebut sedikit banyak akan mempengaruhi variabel penelitian.

Salah satu variabel yang menurut peneliti menjadi pengganggu adalah faktor lingkungan tempat pelaksanaan terapi kognitif yang agak terbuka (kurang memberikan privasi), mengingat kondisi ruang haemodialisa yang

terbatas dimana dalam 1 kamar memiliki 5 tempat tidur. Untuk mengantisipasi hal ini maka peneliti saat melakukan terapi kognitif ini menggunakan intonasi suara yang lembut namun cukup terdengar oleh responden. Untuk keterbatasan penelitian ini, maka peneliti menawarkan sebuah solusi untuk pelaksanaan terapi kognitif sebaiknya tidak dilakukan di ruang haemodialisa yang memiliki *space* (ruang) yang agak terbatas, tetapi mungkin di ruang tertutup terpisah dari ruang tindakan terapi haemodialisa.

3. Keterbatasan instrument (Modul Terapi Kognitif)

Modul (buku pedoman) yang digunakan untuk membantu pelaksanaan terapi kognitif pada penelitian ini disusun oleh peneliti sendiri dengan memodifikasi modul hasil Workshop Keperawatan Jiwa 2008. Meskipun buku ini belum dilakukan uji coba pada klien lain diluar penelitian, namun untuk validitas isi (*construct validity*) buku pedoman terapi kognitif ini telah dilakukan dengan mengkonsultasikan kepada pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Dalam pelaksanaan terapi kognitif terdapat hambatan khususnya pada kolom yang pada buku kerja pasien yang dirasakan terlalu kecil bagi pasien (responden) yang telah menggunakan kaca mata dan memiliki kebiasaan menulis dengan huruf yang besar. Untuk kendala ini, maka peneliti melakukan solusi pemecahannya dengan memberikan buku kerja pasien yang lebih besar sesuai dengan keinginan dan kemampuan menulis pasien.

4. Keterbatasan waktu penelitian

Pelaksanaan terapi kognitif yang berlangsung kurang lebih hanya 1 bulan sehingga hal ini belum bisa mengindikasikan efektifitas pelaksanaan terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri dan penurunan kondisi depresi pasien GGK, sehingga perlu adanya tindak lanjut pemantauan kondisi psikososial pasien GGK selama melakukan terapi haemodialisa di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati. Namun demikian, hasil penelitian ini menunjukkan hasil bahwa terapi kognitif merupakan faktor yang sangat berpengaruh jika dilaksanakan dalam kurun waktu tertentu dan akan

menghasilkan penurunan kondisi depresi dan peningkatan harga diri pasien, sehingga mungkin perlu adanya tindak lanjut dalam pelaksanaan terapi kognitif yang dilakukan oleh pasien secara mandiri di rumah. Solusi lainnya yang dapat peneliti tawarkan adalah perlunya kegiatan monitoring dan evaluasi tingkat harga diri dan kondisi pasien GGK dalam waktu kurang lebih 3 bulan mendatang dan evaluasi terhadap kemampuan pasien GGK dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri di rumah. Kegiatan ini juga dapat dilakukan melalui kunjungan rumah (*home care*). Kedua kegiatan ini dapat dilakukan oleh seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) yang berfungsi memberikan pelayanan perawatan kesehatan jiwa di tatanan pelayanan kesehatan umum

E. Implikasi Hasil Penelitian

Implikasi hasil penelitian yang menunjukkan adanya pengaruh terapi kognitif terhadap perubahan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati terhadap:

1. Pelayanan Keperawatan di Ruang Haemodialisa dan Rumah Sakit Umum

Selama ini pelayanan keperawatan di Ruang Haemodialisa tidak menyentuh aspek psikososial pasiennya. Hal ini dibuktikan dengan format pengkajian keperawatan yang berlaku di ruangan ini hanya meliputi aspek fisik sebelum, selama dan sesudah pelaksanaan terapi haemodialisa berlangsung. Dengan adanya penelitian ini, maka ruang/unit Haemodialisa dapat menambahkan 1 komponen pengkajian yaitu pengkajian kondisi psikososial berikut dengan rencana tindakannya berupa standar asuhan keperawatan (SAK). Pelayanan kesehatan jiwa di ruang Haemodialisa ini dapat dikembangkan dengan adanya intervensi keperawatan jiwa baik generalis maupun spesialis pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa rutin di ruangan ini. Pemberian intervensi keperawatan spesialis dapat diberikan oleh seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN) yang berdasarkan dalam uraian sebelumnya dapat berperan sangat tepat dalam mengatasi harga diri rendah pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa.

Bila kondisi diatas dapat terlaksana, maka hal tersebut dapat berdampak pada meningkatnya pelayanan kesehatan jiwa di tatanan pelayanan kesehatan umum yang belakangan ini sering diabaikan. Pengembangan program pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan kesehatan umum merupakan program utama dalam melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat yang komprehensif dan paripurna.

2. Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh terapi kognitif terhadap perubahan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK di Ruang Haemodialisa. Penelitian ini bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya dalam mengembangkan kemampuan melaksanakan intervensi keperawatan jiwa spesialistik dan pelayanan keperawatan jiwa pada umumnya.

3. Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini terbatas pada pasien GGK yang menjalani terapi Haemodialisa di RSUP Fatmawati. Penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian di area yang sama dengan menggunakan metode penelitian yang berbeda, seperti dengan metode *Cohort* ataupun dengan metode studi kualitatif. Pelaksanaan penelitian untuk populasi/sample yang sama dengan menggunakan terapi spesialistik yang berbeda dalam mengatasi kondisi harga diri dan depresi pasien GGK juga dapat dilakukan seperti pemberian *Logotherapy*, terapi suportif maupun psikoedukasi untuk pasien dan keluarga dapat semakin meningkatkan kemampuan pasien GGK dalam meningkatkan harga diri dan mengatasi kondisi depresi akibat penyakit terminal yang dialaminya.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan uraian dalam pembahasan, maka dapat ditarik simpulan dari penelitian yang telah dilakukan dan peneliti mengemukakan beberapa saran demi perbaikan penelitian dengan area yang sama di kemudian hari. Adapun uraiannya adalah sebagai berikut:

A. Simpulan

Dalam penelitian tentang pengaruh terapi kognitif terhadap perubahan tingkat harga diri dan kondisi depresi pada pasien GGK di ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati memberikan hasil bahwa karakteristik pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) rata-rata berusia 48,73 tahun, memiliki waktu lama sakit 26,50 bulan, dan jumlah frekuensi haemodialisa sebanyak 199,98 kali. Karakteristik lainnya adalah sebagian besar pasien GGK dalam penelitian ini adalah laki-laki yang tidak bekerja, memiliki jenjang pendidikan tinggi (SMA dan PT), dengan status perkawinan adalah kawin (menikah), dan mendapatkan antihipertensi.

Pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa berisiko mengalami harga diri rendah dan kondisi depresi. Hal ini dikarenakan faktor-faktor yang mendukung terjadinya perilaku harga diri rendah, mekanisme koping yang digunakan dan sumber koping yang dimiliki pasien GGK dan didukung adanya hasil analisis terhadap tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK di kedua kelompok sebelum terapi kognitif diberikan, yang meskipun menunjukkan nilai rata-rata berada dalam katagori harga diri sedang dan kondisi depresi, namun masih berada dibawah nilai standar optimal untuk harga diri yaitu 54 dan diatas batas nilai kondisi depresi, yaitu 16.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa ada pengaruh terapi kognitif yang cukup bermakna terhadap tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK dimana terapi kognitif yang telah dilakukan selama kurang lebih 6 minggu ini telah memberikan hasil yaitu bahwa tingkat harga diri pasien GGK meningkat secara bermakna setelah diberikan terapi kognitif dan kondisi depresi pasien GGK menurun secara bermakna setelah dilakukan terapi kognitif.

Dalam penelitian ini peneliti juga membandingkan antara 2 kelompok responden yaitu kelompok pasien GGK yang mendapatkan terapi kognitif dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi kognitif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat harga diri pasien GGK yang diberikan terapi kognitif meningkat secara bermakna dibandingkan dengan tingkat harga diri pasien GGK yang tidak mendapatkan terapi kognitif. Kemudian terhadap perubahan kondisi depresi ditemukan bahwa kondisi depresi pasien GGK yang diberikan terapi kognitif menurun secara bermakna dibandingkan dengan kondisi depresi pasien GGK yang tidak mendapatkan terapi kognitif.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tingkat harga diri dan kondisi pasien GGK hanya memiliki hubungan yang kuat dengan pemberian terapi kognitif dan tidak memiliki hubungan terhadap karakteristik pasiennya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara pemberian terapi kognitif dengan tingkat harga diri pasien GGK yang mengalami harga diri rendah dan peluang untuk meningkatnya harga diri dengan pemberian terapi kognitif adalah sebesar 18,9 %. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa adanya hubungan yang kuat antara terapi kognitif dengan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa dan peluang untuk menurunnya kondisi depresi dengan pemberian terapi kognitif adalah sebesar 31,2%.

Berdasarkan hal tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa terapi kognitif memiliki pengaruh yang cukup bermakna dalam perubahan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK. Dengan kata lain bahwa terapi kognitif dapat meningkatkan harga diri dan menurunkan kondisi depresi pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa di RSUP Fatmawati Jakarta.

A. Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian, yaitu:

1. Aplikasi keperawatan

- a. Organisasi profesi menetapkan terapi kognitif sebagai salah satu kompetensi dari perawat spesialis keperawatan jiwa, khususnya dalam mengembangkan program *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN).
- b. Peneliti dalam hal ini mahasiswa S2 Keperawatan Jiwa melakukan sosialisasi hasil penelitian tentang terapi kognitif kepada pihak RSUP Fatmawati yang merupakan lahan praktek dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti.
- c. Pihak RSUP Fatmawati khususnya ruang Haemodialisa untuk mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa yang terintegrasi dalam pelayanan keperawatan dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya pada pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa dan mengalami masalah psikososial melalui peningkatan kemampuan perawat ruang haemodialisa dalam melakukan intervensi keperawatan generalis maupun melalui sebuah program *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN).
- d. Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan terapi kognitif sebagai salah satu kompetensi yang dapat diberikan pada pelayanan kesehatan jiwa di tatanan pelayanan kesehatan umum (rumah sakit umum) dan meningkatkan kemampuan untuk memperoleh sertifikasi seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN).

2. Keilmuan

- a. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan bentuk terapi lain terkait dalam upaya meningkatkan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK.
- b. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan modul terapi kognitif dan melakukan pengesahan validitas isi secara resmi terhadap modul yang digunakan dalam pelaksanaan terapi kognitif hendaknya dilakukan juga uji kelayakan modul pada responden lain yang tidak mengikuti penelitian

- c. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan *evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa pada semua tatanan pelayanan kesehatan dalam penerapan terapi kognitif bagi pasien GGK yang mengalami HDR dan Depresi.

3. Metodologi

- a. Perlu dilakukan penelitian lanjutan pada pasien GGK yang telah mendapatkan terapi kognitif untuk melihat sejauhmana pasien mampu menerapkan terapi kognitif secara mandiri dan mengembangkan konsep diri positif. Hasil penelitian merupakan data awal untuk melakukan penelitian terapi kognitif di tatanan pelayanan kesehatan umum.
- b. Perlunya dilakukan penelitian terhadap bentuk intervensi keperawatan spesialistik lainnya dalam upaya meningkatkan harga diri dan menurunkan kondisi depresi pasien GGK, seperti logotherapy, terapi suportif, dan sebagainya.
- c. Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan terapi kognitif untuk menjadikan terapi ini sebagai salah satu model bentuk terapi keperawatan spesialistik yang ditujukan pada individu yang mengalami gangguan psikososial di pelayanan kesehatan umum.
- d. Instrumen yang sudah digunakan dalam penelitian ini hendaknya dapat digunakan sebagai alat ukur dalam mengukur tingkat harga diri dan kondisi depresi serta pelaksanaan kegiatan terapi kognitif.

DAFTAR PUSTAKA

- Admin.(2007). *Mengenal Gagal Ginjal*. ¶ <http://safuan.wordpress.com/2007/12/12/mengenal-gagal-ginjal/> diperoleh tanggal 28 Desember 2008.
- Andra. (2007). *Kenali Depresi, Tuntaskan Terapi*.¶ http://www.majalah-farmacia.com/rubrik/one_news.asp?IDNews=233. diperoleh tanggal 3 Januari 2009.
- Anwar (2008). *Ayo, Selamatkan Ginjal Kita!*, ¶ <http://www.pikiran-rakyat.com/prprint.php?mib=beritadetail&id=15502> diperoleh tanggal 28 Desember 2008.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*, Jakarta : FKM-UI (tidak di publikasikan).
- Arikunto, S. (2000). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, Philadelphia: Lippincott.
- Brockopp, D.Y. & Tolsma, M.H.T. (2000). *Fundamental of nursing research (Dasar-dasar riset keperawatan)*. Boston : Jones & Barlett Publishers.
- Burns, D.D. (1988). *Terapi Kognitif : pendekatan baru bagi penanganan depresi*. Jakarta : Erlangga.
- Copel, L.C. (2007). *Kesehatan Jiwa & Psikiatri, Pedoman Klinis Perawat (Psychiatric and Mental Health Care: Nurse's Clinical Guide)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan kedua). Alihbahasa : Akemat. Jakarta : EGC.
- Corwin, E.J., (1996). *Buku Saku Patofisiologi (Handbook of Pathophysiology)*. Edisi Bahasa Indonesia. Alihbahasa : Pendit, Brahm U. Jakarta : EGC.
- Cukor, D. (2007). *Use of CBT to Treat Depression among Patients on Hemodialysis*. Journal of Psychiatric Services. ¶ <http://proquest.umi.com/pqdewb> diperoleh pada tanggal 16 Juli 2009.
- Daniel. (2008). *Obat Antidepresan Hanya Untungkan Penderita Depresi Parah*. ¶ <http://www.majalah-farmacia.com/rubrik/one.news.asp?IDNews=704> diperoleh pada tanggal 18 Februari 2009.

- Dwiawan, D. (2008). *Dampak Dukungan Sosial Dalam Mengurangi Kecemasan Pada Pasien Wanita Penderita Gagal Ginjal Kronis Di Rumah Sakit Khusus Ginjal Ra.Habibie Bandung*. ¶ <http://library.gunadarma.ac.id/index.php?appid=penulisan&sub=detail&npm=10599048&jenis=s1fpsi> diperoleh tanggal 3 Januari 2009.
- Engram, B. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah (Medical-Surgical Nursing Care Plans)*. Edisi Bahasa Indonesia. Alih bahasa : Samba, S, dkk. Jakarta : EGC.
- Frisch, N.C. & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th ed). New York : Thomson Delmar Learning.
- Grandfa. (2007). *Tanggulangi Depresi Secara Tepat*. ¶ <http://id.shvoong.com/medicine-and-health/neurology/1670144-tanggulangi-depresi-secara-tepat/> diperoleh tanggal 28 Desember 2008.
- Hain, D.J. (2008). *Cognitive Function and Adherence of Older Adults Undergoing Hemodialysis*. *Nephrology Nursing Journal*. . ¶ <http://proquest.umi.com/pqdewb> diperoleh pada tanggal 16 Juli 2009.
- Hapsari, H. (2007). *Wanita Lebih Rentan Depresi*. ¶ <http://www.seputar-indonesia.com/ediscetak/kesehatan/wanita-lebih-rentan-depresi-3.html> diperoleh tanggal 3 Januari 2009.
- Hastono, S.P. (2007). *Modul analisis data kesehatan*. Jakarta : FKM – UI (tidak dipublikasikan).
- Hidayat, A.A.A. (2007). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Isaacs, A. (2001). *Panduan Belajar : Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikiatrik (Mental Health and Psychiatric Nursing)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan I). Alihbahasa : Rahayuningsih, D.P. Jakarta : EGC.
- Kaplan, H.I., Sadock,B.J., & Grebb,J.A. (2004). *Sinopsis psikiatri*. Edisi Ketujuh. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Keliat & Akemat (2005). *Keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok*, Jakarta : EGC.
- Lubis, A.J. (2006), *Dukungan Sosial Pada Pasien Gagal Ginjal Terminal yang Melakukan Terapi Hemodialisa*, ¶ <http://library.usu.ac.id/> diperoleh tanggal 28 Desember 2008.
- Lumenta, N.A. (2005). *Konsultasi : Mencegah Gagal Ginjal*. ¶ <http://www.sinarharapan.co.id/iptek/kesehatan/2005/0506/kes2.html> diperoleh tanggal 28 Desember 2008.

- NANDA (2005). *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification*, Philadelphia : AR.
- Nettina, S.M (1977). *Pedoman Praktik Keperawatan (Lippincott's Pocket Manual of Nursing Practice)*. Edisi Bahasa Indonesia. Alihbahasa : Setiawan dkk, Jakarta : EGC.
- Notoadmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. (2006). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Pollit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research : Methods Appraisal, and utilization* (6th ed) Philadelphia : Lippincott Williams & Walkins.
- Rahayuningsih, A. (2007). *Pengaruh Terapi Kognitif terhadap tingkat harga diri dan kemandirian pasien dengan Kanker Payudaradi RS Kanker Dharmais Jakarta*. Tidak dipublikasikan
- Rahimi A., Ahmadi, F., dan Gholyaf M. (2008). *The Effects of Continuous Care Model on Depression, Anxiety, and Stress in Patients on Hemodialysis*. *Nephrology Nursing Journal*. . ¶ <http://proquest.umi.com/pqdewb> diperoleh pada tanggal 16 Juli 2009.
- Ramadhani, A.V. (2008). *Karakteristik Umum Gangguan Mood*. ¶ <http://aryaverdiramadhani.blogspot.com/20080701archive.html> diperoleh tanggal 3 Januari 2009.
- Rochiyat, A.(2008). *Masalah kesehatan yang paling dominan di Indonesia*. ¶ <http://maca-max-bae.informasi-obat.com/permasalahan-umum-kesehatan.php?idmem=adang> diperoleh tanggal 3 Januari 2009.
- Sasmita, H. (2007). *Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy pada pasien Harga Diri Rendah di RS Marzuki Mahdi Bogor*. Tidak dipublikasikan.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*, (3th ed). Jakarta : CV. Sagung Seto.
- Shives, L.R. (1998). *Basic concept psychiatric-mental health nursing*. (4th ed). Philadelphia: Lippincolt.
- Sloane, E. (2003). *Anatomi Fisiologi untuk Pemula*. Jakarta : EGC
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. (2005). *Buku saku keperawatan jiwa* (4th ed), , Jakarta : EGC.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th ed.). St. Louis : Mosby Year B.

- Supriyanto, S. (2007). *Metodologi riset*. Surabaya: Program Administrasi & Kebijakan Kesehatan. FKM-Unair (tidak dipublikasikan).
- Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Susilowati. (2001). *Depresi*. ¶ <http://www.e-psikologi.com/masalah/depresi-1.htm> diperoleh tanggal 3 Januari 2009.
- _____. (2008). *Waspada! Depresi Pada Remaja* ¶ http://www.e-psikologi.com/epsi/individual_detail.asp?id=481 diperoleh tanggal 28 Desember 2008.
- The AIDS Infonet. (2008). *Apa Itu Depresi...?* ¶ <http://spiritia.or.id/li/bacali.php?lino=558> diperoleh tanggal 28 Desember 2008.
- Tisher, C.C. & Wilcox, C.S. (1995). *Buku Saku Nefrologi (House Officer Series Nephrology)*. Edisi Bahasa Indonesia. Alihbahasa: Wulandari, W.D. Jakarta: EGC.
- Tomb, D.A. (2004). *Hos psychiatry (Buku Saku Psikiatri)*. alih bahasa Wiwie N. Jakarta: EGC.
- Townsend, M.C (2005). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (3rd ed) Philadelphia : F.A.Davis Company.
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B., dan Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*. (5th ed). St. Louis : Saunders Elsevier.
- Videbeck, S.L. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Psychiatric Mental Health Nursing)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan I). Alihbahasa : Komalasari, R. & Hany, A. Jakarta : EGC.
- Wicks, M.N. dkk. (2007). *Insight Potentially Prevents and Treats Depressive and Anxiety Symptoms in Black Women Caring for Chronic Hemodialysis Recipients*. *Nephrology Nursing Journal*. ¶ <http://proquest.umi.com/pqdewb> diperoleh pada tanggal 16 Juli 2009.
- Widya R.S. (2007). *Gangguan Afektif*. ¶ <http://www.idijakbar.com/prosiding/gangguanafektif.htm> diperoleh tanggal 3 Januari 2009.
- Workshop Keperawatan Jiwa FIK – UI, (2007). *Kumpulan Terapi Individu*. Jakarta: FIK – UI (Tidak dipublikasikan).

BECK DEPRESION INVENTORY

Disarikan dari : **Pemeriksaan Beck untuk Skrining Depresi.**

Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan jujur untuk mengetahui, apakah anda saat ini sedang depresi atau tidak.

1. Apakah saat ini anda merasa sedih?

0. Saya tidak merasa sedih.
1. Saya merasa sedih.
2. Saya sedih sepanjang waktu dan tidak dapat mengubahnya.
3. Saya begitu sedih atau tidak gembira sehingga saya sama sekali tidak suka.

2. Apakah harapan anda untuk masa depan?

0. Saya tidak berkecil hati tentang masa depan.
1. Saya merasa berkecil hati tentang masa depan.
2. Saya merasa tidak memiliki apa-apa yang diharapkan.
3. Saya merasa bahwa masa depan tidak ada harapan dan bahwa segalanya tidak dapat membaik.

3. Apakah anda merasa gagal?

0. Saya tidak merasa gagal.
1. Saya merasa telah gagal lebih dari rata-rata orang.
2. Saat saya melihat masa lalu, semua yang dapat saya lihat adalah banyak kegagalan.
3. Saya merasa saya adalah orang yang gagal total.

4. Apakah anda merasakan kepuasan dalam hidup ini?

0. Saya mendapatkan banyak kepuasan dari banyak hal, seperti biasanya.
1. Saya tidak menikmati hal-hal seperti biasanya.
2. Saya tidak lagi mendapat kepuasan sesungguhnya dari setiap hal.
3. Saya tidak puas dan bosan dengan segala sesuatu.

5. Apakah anda merasa bersalah terhadap sesuatu?

0. Saya tidak merasa bersalah.
1. Saya merasa bersalah dalam sebagian kecil waktu.
2. Saya merasa agak bersalah dalam sebagian besar waktu.
3. Saya merasa bersalah sepanjang waktu.

6. Apakah kegagalan yang pernah anda alami sebagai hukuman?

0. Saya tidak merasa sedang dihukum.
1. Saya merasa mungkin dihukum.
2. Saya perkirakan saya dihukum.
3. Saya merasa saya sedang dihukum.

7. Apakah anda merasa kecewa dengan diri anda?

- 0. Saya tidak merasa kecewa pada diri saya.
- 1. Saya kecewa pada diri saya.
- 2. Saya jijik dengan diri saya.
- 3. Saya membenci diri saya.

8. Apakah anda masih mempunyai minat terhadap orang lain?

- 0. Saya tidak kehilangan minat pada orang lain.
- 1. Saya kurang berminat pada orang lain dibanding biasanya.
- 2. Saya kehilangan sebagian besar minat saya pada orang lain.
- 3. Saya kehilangan semua minat saya pada orang lain.

9. Apakah anda dapat membuat suatu keputusan?

- 0. Saya membuat keputusan sebaik yang saya dapat.
- 1. Saya menunda membuat keputusan lebih dari biasanya.
- 2. Saya sangat sulit membuat keputusan dibanding biasanya.
- 3. Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali.

10. Apakah anda merasa diri anda lebih buruk dari biasanya?

- 0. Saya tidak merasa tampak lebih buruk dari biasanya.
- 1. Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik.
- 2. Saya merasa terdapat perubahan menetap pada penampilan saya yang membuat saya terlihat tidak menarik.
- 3. Saya yakin bahwa saya tampak buruk.

11. Apakah anda bisa bekerja seperti biasanya?

- 0. Saya dapat bekerja sebaik biasanya.
- 1. Saya memerlukan usaha extra untuk memulai mengerjakan sesuatu.
- 2. Saya harus sangat memaksa diri untuk melakukan sesuatu.
- 3. Saya tidak dapat bekerja sama sekali.

12. Apakah anda bisa tidur dengan nyenyak?

- 0. Saya dapat tidur sebaik biasanya.
- 1. Saya lebih mudah lelap dibanding biasanya.
- 2. Saya lelah setelah melakukan sebagian besar pekerjaan.
- 3. Saya terlalu lelah untuk melakukan sesuatu.

13. Apakah anda mudah merasa lelah?

- 0. Saya tidak merasa lelah lebih dari biasanya.
- 1. Saya lebih mudah lelah dibanding biasanya.
- 2. Saya lelah setelah melakukan sebagian besar pekerjaan.
- 3. Saya terlalu lelah untuk melakukan apapun.

14. Apakah nafsu makan anda berkurang?

- 0. Nafsu makan saya tidak lebih buruk dari biasanya.
- 1. Nafsu makan saya tidak sebaik biasanya.
- 2. Nafsu makan saya jauh lebih buruk sekarang.
- 3. Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali.

15. Apakah anda selalu merasa bersalah?

0. Saya tidak merasa lebih buruk dibanding dengan orang lain.
1. Saya kritis terhadap diri saya untuk kelemahan atau kesalahan saya.
2. Saya menyalahkan diri saya untuk kesalahan saya sepanjang waktu.
3. Saya menyalahkan diri saya untuk setiap hal buruk yang terjadi.

16. Apakah anda ingin bunuh diri?

0. Saya tidak terfikir untuk bunuh diri.
1. Saya berfikir untuk bunuh diri tetapi tidak akan melakukannya.
2. Saya ingin bunuh diri.
3. Saya akan bunuh diri jika ada kesempatan.

17. Apakah saat ini merasakan gangguan pada kesehatan?

0. Saya tidak lebih khawatir tentang kesehatan dibanding biasanya.
1. Saya khawatir tentang masalah fisik seperti sakit dan nyeri atau gangguan lambung atau kontipasi.
2. Saya sangat khawatir tentang masalah fisik, dan sulit untuk memikirkan banyak hal lain.
3. Saya begitu khawatir tentang masalah fisik saya sehingga saya tidak dapat melakukan hal-hal lain.

18. Apakah anda selalu menangis?

0. Saya tidak menangis lagi dibanding biasanya.
1. Saya lebih banyak menangis sekarang dibandingkan biasanya.
2. Saya menangis sepanjang waktu sekarang.
3. Saya biasanya bisa menangis, tetapi sekarang saya tidak dapat menangis meskipun saya ingin.

19. Apakah anda masih mempunyai minat terhadap seks?

0. Saya tidak memperhatikan adanya perubahan minat terhadap seks belakangan ini.
1. Saya kurang tertarik terhadap seks dibanding biasanya.
2. Saya sangat kurang tertarik terhadap seks sekarang.
3. Saya benar-benar hilang minat terhadap seks.

20. Apakah saat ini anda merasa kesal?

0. Sekarang saya tidak lebih kesal dibanding biasanya.
1. Saya lebih mudah terganggu atau kesal dibanding biasanya.
2. Sekarang saya merasa kesal sepanjang waktu.
3. Saya tidak dibuat kesal sama sekali oleh hal-hal yang biasanya membuat saya kesal.

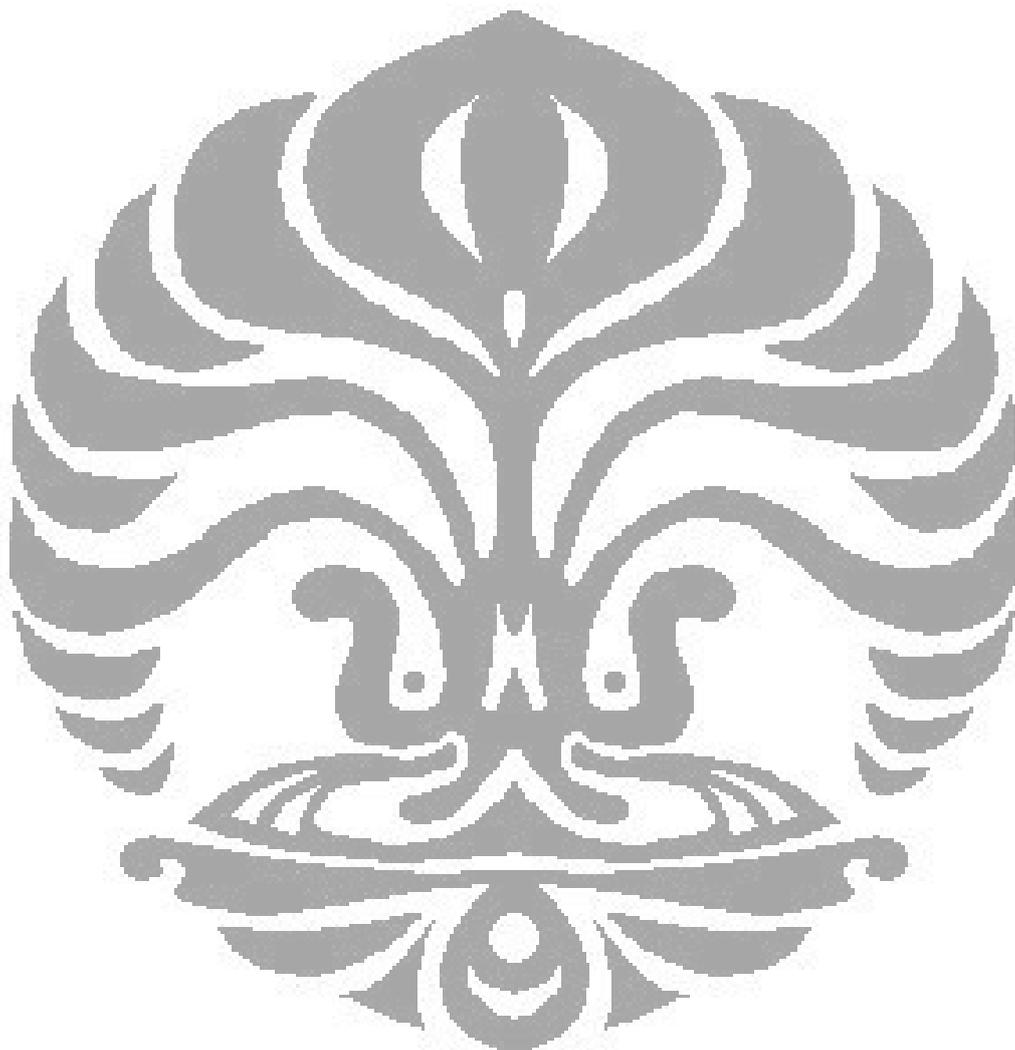
21. Apakah anda merasa berat badan anda menurun?

0. Jika ada penurunan berat badan, saya tidak banyak mengalaminya belakangan ini.
1. Berat badan saya berkurang lebih dari 2,5 Kg.
2. Berat badan saya berkurang lebih dari 5 Kg.
3. Berat badan saya berkurang lebih dari 7,5 Kg.

SKOR :

- 0 – 9 : Normal
- 10 – 15 : Gejala Depresi Ringan
- 16 – 19 : Gejala Depresi Ringan – Sedang
- 20 – 29 : Gejala Depresi Sedang – Berat
- 30 : Gejala Depresi Berat

<http://www.blogdokter.net/2007/11/06/apakah-anda-depresi/>



**KELAINAN BENTUK PIKIRAN
(DISTORSI KOGNITIF)**

No.	Distorsi Kognitif	Keterangan
1.	Pemikiran 'segalanya atau tidak sama sekali'	Anda melihat segala sesuatu hitam atau putih. Jika prestasi anda kurang dari sempurna, maka anda memandang diri anda sebagai seorang yang gagal total.
2.	Overgeneralisasi	Anda memandang suatu peristiwa yang negatif sebagai sebuah pola kekalahan tanpa akhir.
3.	Filter mental	Anda menemukan sebuah hal kecil yang negatif dan terus memikirkannya sehingga pandangan anda tentang realita menjadi gelap, seperti tetesan tinta yang mengeruhkan seluruh air dalam gelas.
4.	Mendiskualifikasikan yang positif	Anda menolak pengalaman-pengalaman yang positif dengan bersikeras bahwa semua itu 'bukan apa-apa'
5.	Loncatan kesimpulan-kesimpulan	<p>Anda membuat suatu penafsiran negatif, walaupun tidak ada fakta yang jelas mendukung kesimpulan anda;</p> <p><i>a. Membaca Pikiran</i> Anda menyimpulkan bahwa seseorang sedang bereaksi negatif terhadap anda, tanpa mengeceknya.</p> <p><i>b. Kesalahan Peramal</i> Anda mengharapkan sesuatu akan berubah menjadi sangat buruk dan anda merasa yakin bahwa ramalan tersebut sudah merupakan suatu fakta yang pasti.</p>
6.	Pembesaran ('pembecanaan') atau Pengecilan	Anda melebih-lebihkan atau mengecilkan sesuatu (sifat anda yang baik, cacat orang lain)
7.	Penalaran emosional	Anda menganggap bahwa emosi-emosi anda yang negatif mencerminkan bagaimana sebenarnya suatu realita : " Saya merasa begitu, maka pastilah begitu."

8.	Pernyataan 'harus'	Anda mencoba menggerakkan diri sendiri dengan 'harus' serta 'seharusnya tidak', seolah-olah anda harus dicambuk dan dihukum sebelum dapat diharapkan melakukan apapun Perkataan 'mestinya' merupakan penyerang diri anda sendiri, konsekuensi emosionalnya adalah rasa bersalah.
9.	Memberi cap dan salah memberi cap	Suatu bentuk ekstrim dari overgeneralisasi Yang anda lakukan bukannya menguraikan kesalahan anda, tetapi malah memberikan cap yang negatif pada diri sendiri "I'm a looser" atau pada orang lain "She/He is so stupid" Salah memberikan cap, berarti menggambarkan suatu peristiwa dengan bahasa yang sangat dipenuhi oleh emosi.
10.	Personalisasi	Anda memandang diri anda sebagai penyebab dari suatu peristiwa eksternal yang negatif, yang dalam kenyataan sebenarnya bukanlah anda yang pertama-tama harus bertanggung jawab terhadap hal tersebut.

Dikutip dari:

Burns, David D. (1988). *Terapi Kognitif : pendekatan baru bagi penanganan depresi*. Jakarta : Erlangga

BAB III PENUTUP

Depresi merupakan salah satu bentuk gangguan alam perasaan yang memunculkan gejala yang mengindikasikan adanya disfungsi afek, emosi, pikiran dan aktivitas-aktivitas umum (Copel, 2007). Seseorang yang mengalami kondisi depresi pada umumnya memiliki diagnosa keperawatan harga diri rendah, yaitu evaluasi atau perasaan yang negatif terhadap diri dan kemampuan diri yang berkepanjangan (NANDA, 2005).

Individu yang mengalami kondisi depresi dan menunjukkan perilaku harga diri rendah biasanya memiliki cara pandang terhadap dirinya yang bersifat negatif dimana ia tidak mampu mengenal kemampuan atau aspek positif dirinya sendiri, sehingga pendekatan penyelesaian masalah harga diri rendah ini berupa memperluas kesadaran diri, eksplorasi diri, evaluasi diri, perencanaan yang realistis dan komitmen terhadap tindakan (Stuart & Laraia, 2005).

Intervensi keperawatan lanjut berupa pemberian terapi-terapi spesialistik yang tertuju untuk individu, kelompok, keluarga dan masyarakat dimana salah satu dari terapi individu adalah terapi kognitif, yaitu suatu bentuk psikoterapi yang dapat melatih pasien untuk mengubah cara pasien menafsirkan dan memandang segala sesuatu pada saat pasien mengalami kekecewaan, sehingga pasien merasa lebih baik dan dapat bertindak lebih produktif.

BAB I PENDAHULUAN

Depresi merupakan salah satu jenis gangguan jiwa yang prevalensi cukup banyak. WHO mencatat pada tahun 2006 terdapat 121 juta orang mengalami depresi, sebanyak 5,8 % pria dan 9,5 % wanita di dunia pernah mengalami episode depresif dalam hidup mereka (Andra, 2007). Diperkirakan, pada tahun 2020, depresi akan menempati peringkat kedua setelah penyakit jantung, yang umum dialami masyarakat di dunia. Bahkan di negara-negara maju seperti Amerika Serikat, kejadian bunuh diri akibat depresi menempati peringkat ke-11 penyebab kematian penduduk (Amril, 2007).

Depresi merupakan salah satu bentuk gangguan alam perasaan yang memunculkan gejala yang mengindikasikan adanya disfungsi afek, emosi, pikiran dan aktivitas-aktivitas umum (Copel, 2007). Pasien dapat mengungkapkan bahwa mereka merasa murung, tidak ada harapan, terbuang dan tidak berharga. Depresi yang merupakan salah satu gangguan kesehatan jiwa khususnya gangguan *mood* atau gangguan alam perasaan ini dapat mengganggu kehidupan individu. Individu diliputi kesedihan jangka panjang dan drastis, agitasi, disertai dengan keraguan terhadap diri sendiri, rasa bersalah, dan marah yang dapat mengubah aktivitas hidupnya terutama aktivitas yang melibatkan harga diri, pekerjaan dan hubungan dengan orang lain (Videbeck, 2001).

Seseorang yang mengalami kondisi depresi pada umumnya mengalami masalah dalam aspek harga diri, yaitu harga diri rendah. Harga diri rendah adalah evaluasi yang negatif terhadap diri dan kemampuan diri yang berkepanjangan (NANDA, 2005). Individu yang mengalami kondisi depresi

dan menunjukkan perilaku harga diri rendah biasanya memiliki cara pandang terhadap dirinya yang bersifat negatif dimana ia tidak mampu mengenal kemampuan atau aspek positif dirinya sendiri.

Intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada individu yang mengalami depresi dan menunjukkan perilaku harga diri rendah adalah dengan membantu pasien memeriksa penilaian kognitif dirinya terhadap situasi yang berhubungan dengan perasaan untuk membantu pasien dalam meningkatkan penghayatan diri dan kemudian melakukan tindakan untuk mengubah perilaku. Pendekatan penyelesaian masalah harga diri rendah berupa meluaskan kesadaran diri, eksplorasi diri, evaluasi diri, perencanaan yang realistis dan komitmen terhadap tindakan (Stuart & Laraia, 2005).

Pada kondisi depresi yang memiliki masalah keperawatan harga diri rendah mungkin membutuhkan intervensi keperawatan yang lebih lanjut. Hal ini dikarenakan pasien cenderung memiliki pikiran-pikiran negatif pada dirinya. Intervensi keperawatan lanjut yang dimaksud adalah pemberian terapi-terapi spesialistik yang tertuju untuk individu, kelompok, keluarga dan masyarakat dimana salah satu dari terapi individu adalah terapi kognitif, yaitu suatu bentuk psikoterapi yang dapat melatih pasien untuk mengubah cara pasien menafsirkan dan memandang segala sesuatu pada saat pasien mengalami kekecewaan, sehingga pasien merasa lebih baik dan dapat bertindak lebih produktif. Terapi kognitif bertujuan untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif, mengetahui penyebab perasaan negatif yang dirasakan, membantu mengendalikan diri dan pencegahan serta pertumbuhan pribadi (Burn, 1980).

2. Keluarga

No	Aspek yang dinilai	Keluarga	
		Ya	Tidak
1	Mengungkapkan dukungan dalam membantu pasien untuk melaksanakan terapi kognitif di rumah		
2	Membantu pasien dalam pelaksanaan membuat catatan harian		
3	Memberi pujian terhadap perilaku positif pasien		

TANGGAPAN RASIONALKU

Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku

CATATAN HARIANKU

Hari / Tgl	Jam	Pikiran Otomatis	Tanggapan Rasionalku	Hasil

Untuk lebih terarah dalam mencapai tujuan kegiatan terapi kognitif, maka dibuat sebuah modul *Terapi Kognitif pada pasien Depresi dan Harga Diri Rendah*. Kegiatan *terapi kognitif* yang dikembangkan dalam modul ini merupakan modifikasi modul *Terapi Kognitif* yang telah direkomendasikan dalam *Workshop Keperawatan Jiwa, FIK – UI* pada tahun 2008 lalu yang meliputi 9 sesi dan dilaksanakan dalam 4 kali pertemuan. Dengan pemberian *terapi kognitif* ini diharapkan pasien dapat merubah pikiran-pikiran negatifnya, mampu beradaptasi dan produktif sesuai dengan kondisi kesehatannya dengan meningkatkan kepercayaan dirinya.

E. Evaluasi

Evaluasi akhir kemampuan pasien dan keluarga dalam melaksanakan *terapi kognitif* secara mandiri

1. Pasien

No	Aspek yang dinilai	Pasien	
		Ya	Tidak
1	Mengungkapkan pikiran otomatis		
2	Mengungkapkan alasan		
3	Mengungkapkan tanggapan rasional		
4	Mengungkapkan hasil/manfaat terapi		
5	Membuat catatan harian		

BAB II
PROSES PELAKSANAAN
TERAPI KOGNITIF

A. Pengertian

Terapi kognitif merupakan salah satu jenis psikoterapi yang menekankan dan meningkatkan kemampuan berfikir yang diinginkan (positif) dan merubah pikiran-pikiran yang negatif (Boyd & Nihart, 1998). Menurut Granfa (2007), terapi Kognitif adalah suatu proses-proses mengidentifikasi atau mengenali pemikiran-pemikiran yang negatif dan merusak yang dapat mendorong ke arah rendahnya harga diri dan depresi yang menetap.

Terapi kognitif bukanlah suatu cara bagaimana memecahkan masalah pasien, namun suatu cara membantu pasien untuk mengembangkan cara-cara baru dengan melihat kembali pengalaman-pengalaman di masa lalu dan mencari alternatif penyelesaian masalahnya sendiri (Boyd & Nihart, 1998). Dengan demikian maka, terapi kognitif merupakan suatu bentuk terapi yang dapat melatih pasien untuk mengubah cara berfikir yang negatif karena mengalami kekecewaan, kegagalan dan ketidakberdayaan, sehingga pasien dapat menjadi lebih baik dan dapat kembali produktif.

B. Tujuan

Terapi kognitif bertujuan untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif, mengetahui penyebab perasaan negatif yang dirasakan, membantu mengendalikan diri dan pencegahan serta pertumbuhan pribadi (Burn, 1980). Menurut Copel (2007), terapi kognitif bertujuan untuk membantu pasien mengembangkan pola pikir yang

- 2) Tindak Lanjut
 - a) Menganjurkan pada keluarga untuk dapat menerima dan merawat pasien di rumah
 - b) Menganjurkan keluarga untuk mengingatkan pasien dalam melaksanakan tugas-tugas mandiri yang telah dibuat bersama perawat dalam pertemuan sebelumnya.
- 3) Kontrak yang akan datang
 - a) Membuat kesepakatan dengan keluarga untuk dapat menjadi support system bagi pasien
 - b) Menyepakati waktu dan tempat
6. Evaluasi dan Dokumentasi
 - a. Evaluasi
 - 1) Ekspresi pasien dan keluarga pada saat terapi
 - 2) Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi
 - b. Dokumentasi
 - 1) Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan
 - 2) Dokumentasikan rencana pasien sesuai dengan yang telah dirumuskan.

DAFTAR PIKIRAN OTOMATIS NEGATIF

No.	Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif

- d) Jelaskan peraturan terapi yaitu pasien dan keluarga duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.
- c. Tahap Kerja
- 1) Jelaskan pada keluarga tentang pengertian, tujuan dan manfaat terapi kognitif bagi pasien
 - 2) Jelaskan pada keluarga tentang pelaksanaan terapi kognitif yang telah dilakukan pasien termasuk pembuatan catatan hariannya.
 - 3) Minta pasien untuk menjelaskan pada keluarga tentang pikiran-pikiran negatif yang dirasakan, cara mengatasi/melawan pikiran tersebut, pembuatan catatan harian, dan manfaat hasil yang dirasakan pasien dalam menjalani terapi kognitif.
 - 4) Libatkan keluarga dalam mengidentifikasi perilaku pasien sebelum, selama dan sesudah mengikuti terapi kognitif.
 - 5) Diskusikan dengan keluarga kemampuan yang telah dimiliki pasien
 - 6) Anjurkan keluarga untuk siap mendengarkan masalah-masalah (pikiran negatif) pasien
 - 7) Libatkan keluarga dalam diskusi untuk membantu penyelesaian masalah yang telah dilakukan pasien
 - 8) Beri pujian terhadap kemampuan pasien dan keluarga.
- d. Tahap Terminasi
- 1) Evaluasi
 - a) Terapis menanyakan perasaan pasien dan keluarga setelah menjalani terapi
 - b) Terapis memberikan pujian yang sesuai

rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal. Dengan demikian, maka dapat disimpulkan bahwa terapi kognitif bertujuan untuk mengubah pikiran-pikiran tidak logis dan negatif menjadi pemikiran yang positif, obyektif, dan masuk akal (rasional).

C. Indikasi

Terapi kognitif diterapkan untuk masalah depresi dan masalah psikiatrik lainnya, seperti, panik, masalah untuk pengontrolan marah dan pengguna obat (Beck et al, 1979 dalam Varcarolis 2006). Terapi kognitif sangat bermanfaat pada pasien yang mengalami permasalahan dalam cara berfikir seperti pada pasien depresi, *substance abuse*, cemas dan panik (Beck et al, 1993 dalam Boyd & Nihart, 1998).

Gejala yang khas pada pasien depresi meliputi kelelahan, tidak mampu berkonsentrasi atau membuat keputusan, merasa sedih, tidak berharga atau sangat bersalah. Diagnosa keperawatan yang tepat dengan gejala tersebut adalah harga diri rendah (NANDA, 2005). Sedangkan diagnosa keperawatan lainnya yang berhubungan dengan kondisi depresi ini adalah ansietas, berduka disfungsi, keputusan, ketidakberdayaan, isolasi sosial, koping individu tidak efektif, dan resiko bunuh diri (Copel, 2007). Sehingga dapat disimpulkan bahwa indikasi pemberian terapi kognitif adalah untuk pasien dengan masalah depresi maupun masalah psikiatrik lainnya yang memiliki diagnosa keperawatan tersebut, khususnya pada pasien dengan harga diri rendah baik situasional maupun kronik.

D. Karakteristik Pasien

Pasien yang dapat diberikan terapi kognitif adalah pasien dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah dengan karakteristik perilaku adalah:

1. Mengkritik diri sendiri atau orang lain,
2. Penurunan produktivitas,
3. Perilaku destruktif tertuju pada orang lain atau diri sendiri,
4. Gangguan dalam berhubungan,
5. Rasa diri penting yang berlebihan,
6. Perasaan tidak mampu,
7. Rasa bersalah,
8. Mudah tersinggung atau marah yang berlebihan,
9. Perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri,
10. Ketegangan peran yang dirasakan,
11. Pandangan hidup yang bertentangan,
12. Penolakan terhadap kemampuan personal,
13. Pengurungan diri/menarik diri secara sosial,
14. Penyalahgunaan zat,
15. Menarik diri dari realitas
16. Khawatir.

Prasyarat kondisi lain yang dibutuhkan dalam pemberian terapi ini adalah :

1. Pasien bersedia untuk mengikuti/menjalani terapi.
2. Kondisi fisik saat dilakukan terapi dalam keadaan sehat, ditunjukkan dengan pemeriksaan tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernafasan dan tekanan darah) dalam keadaan normal dan stabil
3. Komunikasi pasien *koheren*
4. Pasien kooperatif

b. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk pasien) dan buku kerja perawat

4. Metode

Diskusi dan tanya jawab

5. Langkah Kegiatan

a. Persiapan

- 1) Mengingatnkan kontrak dengan pasien dan keluarga
- 2) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif

b. Tahap Orientasi

- 1) Salam terapeutik
Salam dari terapis kepada pasien dan keluarga
- 2) Evaluasi / Validasi
 - a) Menanyakan perasaan pasien dan keluarga pada saat ini
 - b) Menanyakan apa pasien sudah membuat catatan harian (kegiatan) dalam upaya untuk mengatasi pikiran otomatis dan perasaannya.
- 3) Kontrak
 - a) Jelaskan tujuan pertemuan, yaitu keluarga dapat memberikan dukungan bagi pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri di rumah
 - b) Jelaskan pengertian dan tujuan terapi kepada keluarga, yaitu meningkatkan kemampuan pasien dalam mengatasi pikiran-pikiran otomatis (negatif) dan cara penyelesaian masalah yang timbul akibat pikiran otomatis tersebut.
 - c) Menjelaskan lama kegiatan yaitu 45 – 60 menit

TANGGAPAN RASIONALKU

Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku

CATATAN HARIANKU

Hari / Tgl	Jam	Pikiran Otomatis	Tanggapan Rasionalku	Hasil

D. Sesi 4, yaitu *Support system*

1. Tujuan
 - a. Meningkatkan komunikasi perawat dengan pasien dan keluarga
 - b. Pasien mendapat dukungan (*support sistem*) dari keluarga
 - c. Keluarga dapat menjadi support sistem bagi pasien
2. Setting
Pasien, keluarga dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman
3. Alat
 - a. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi secara terapeutik

E. Kriteria Terapis

Semua profesi di bidang kesehatan yang memiliki legalitas dalam melakukan terapi kognitif dapat melaksanakan terapi ini, seperti medis (khususnya psikiater), psikolog dan perawat spesialis keperawatan jiwa.

F. Peran Terapis

Tiga konsep fundamental dalam terapi kognitif yang dapat dilakukan oleh seorang terapis (Anonim, 2008), yaitu:

1. *Collaborative Empirisme*, yaitu pasien-terapis menjadi co-investigator dan menguji fakta yang dapat menunjang dalam menolak *kognisi* pasien yang keliru.
2. *Socratic Dialogue*, yaitu dengan menggunakan tehnik bertanya yang merupakan anjuran utama dalam proses terapeutik dimana tujuan pertanyaan adalah untuk mengklarifikasi dan mendefinisikan persoalan, membantu mengidentifikasi pikiran, *images*, dan asumsi menilai konsekuensi dari pikiran maladaptif bagi pikiran dan perilaku.
3. *Guide Discovery*, yaitu terapis memandu pasien untuk memodifikasi keyakinan dan asumsi yang maladaptif dimana pasien-terapis secara bersama-sama merekam perkembangan gangguan yang dialami pasien.

G. Strategi Pelaksanaan

Terapi kognitif yang akan dijabarkan dalam modul ini merupakan hasil modifikasi dari modul terapi kognitif dalam Workshop Keperawatan Jiwa, FIK-UI pada tahun 2008. Terapi yang awalnya terdiri dari 9 sesi diringkas menjadi 4 sesi dengan tidak menghilangkan/mengurangi kemaknaan dari kesembilan sesi tersebut. Adapun

penjelasan dari keempat sesi tersebut adalah sebagai berikut:

1. **Sesi Pertama:** *Identifikasi pikiran otomatis*, yaitu dengan mengidentifikasi seluruh pikiran otomatis negatif, berdiskusi untuk 1 pikiran otomatis yang dipilih, memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama dan membuat catatan harian.
2. **Sesi Kedua:** *Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif*, yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri dalam sesi 1 (memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif 1), mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1.
3. **Sesi Ketiga:** *Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif)*, yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri sesi kedua di rumah, mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis ketiga dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1 - 2, mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan diskusikan manfaat dan perasaan setelah pasien mengikuti terapi (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi).
4. **Sesi Keempat :** *Support system*, yaitu melibatkan keluarga untuk dapat membantu pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

- 3) Kontrak yang akan datang
 - a) Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi keempat), yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melaksanakan tugasnya, berdiskusi bersama keluarga untuk mendapatkan dukungan keluarga dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri di rumah.
 - b) Menyepakati waktu dan tempat
- f. Evaluasi dan Dokumentasi
 - a. Evaluasi
 - 1) Ekspresi pasien pada saat terapi
 - 2) Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi
 - b. Dokumentasi
 - 1) Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan
 - 2) Dokumentasikan rencana pasien sesuai dengan yang telah dirumuskan

DAFTAR PIKIRAN OTOMATIS NEGATIF

No.	Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif

- 11) Anjurkan pasien untuk mengungkapkan hasil yang diperoleh selama mengikuti pertemuan-pertemuan dalam terapi.
 - 12) Beri pujian terhadap kemampuan pasien.
- d. Tahap Terminasi
- 1) Evaluasi
 - a) Menanyakan perasaan pasien setelah menjalani terapi
 - b) Terapis memberikan pujian yang sesuai
 - 2) Tindak Lanjut
 - a) Anjurkan pasien untuk berlatih di rumah tentang cara melawan pikiran otomatis negatif ketiga dengan aspek positif yang dimiliki pasien dan melakukan rencana tindakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif ketiga tersebut.
 - b) Anjurkan pasien untuk mengidentifikasi apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pikiran dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif ketiga tersebut.
 - c) Anjurkan pasien untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi ketiga ini dan minta pasien untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya.
 - d) Anjurkan pasien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif ketiga yang belum diidentifikasi dalam pertemuan ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

H. Waktu Pelaksanaan

Waktu pelaksanaan terapi kognitif untuk kelompok intervensi di setiap pertemuan dibuat berdasarkan kesepakatan antara peneliti dengan responden. Responden diberikan alternatif pilihan waktu, yaitu saat proses haemodialisa, setelah haemodialisa (untuk pasien yang memiliki jadwal haemodialisa di pagi hari), atau sebelum haemodialisa (untuk pasien yang memiliki jadwal haemodialisa di siang hari).

Intervensi terapi kognitif yang terdiri dari 4 sesi ini dilakukan dalam 4 kali pertemuan/kunjungan pasien untuk menjalani terapi haemodialisa. Dalam proses pemberian terapi kognitif, peneliti mengamati kemampuan responden dalam pembuatan catatan harian secara mandiri melalui buku catatan harian pasien/responden. Peneliti juga mencatat hasil evaluasi pelaksanaan terapi pada buku raport pasien/responden yang dipegang peneliti.

I. Tempat Pelaksanaan

Pelaksanaan pemberian terapi kognitif ini disesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien dengan mengutamakan privasi pasien. Mungkin dapat menggunakan skem (penutup/pembatas), ruangan khusus dan/atau ruangan yang tenang/tidak bising sehingga proses pelaksanaan terapi dapat berjalan lancar tanpa adanya gangguan dari lingkungan sekitar dan privasi pasien terjaga.

BAB III
PEDOMAN PELAKSANAAN
TERAPI KOGNITIF

A. Sesi 1 : Identifikasi pikiran otomatis yang negatif

1. Tujuan
 - a. Pasien mampu mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif.
 - b. Pasien mampu memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (mengganggu) untuk didiskusikan dalam pertemuan saat ini.
 - c. Pasien mampu memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama
 - d. Pasien dapat menuliskan pikiran otomatis negatif dan tanggapan rasionalnya
 - e. Pasien dapat meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah
2. Setting Tempat
Pasien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman
3. Alat
 - a. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi terapeutik
 - b. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk pasien) dan buku kerja perawat
4. Metode
 - a. Sharing
 - b. Diskusi dan tanya jawab
5. Langkah Kegiatan
 - a. Persiapan
 - 1) Membuat kontrak dengan pasien
 - 2) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif

c. Tahap Kerja

- 1) Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian di rumah
- 2) Diskusikan ketiga yang ingin diselesaikan dalam pertemuan ini
- 3) Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif ketiga dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama/dua yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki pasien) dan minta pasien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.
- 4) Latih kembali pasien untuk menggunakan aspek-aspek positif pasien dalam melawan pikiran otomatis negatif keduanya dengan cara yang sama seperti sesi pertama/dua.
- 5) Tanyakan tindakan pasien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif keduanya tersebut.
- 6) Diskusikan perasaan pasien setelah menggunakan tahapan-tahapan dalam memberikan tanggapan rasional (melawan pikiran-pikiran otomatis yang negatif) dan beri umpan balik.
- 7) Diskusikan manfaat tanggapan rasional yang dirasakan pasien dalam menyelesaikan pikiran otomatis yang timbul.
- 8) Tanyakan apakah cara tersebut dapat menyelesaikan masalah yang timbul karena pikiran otomatisnya.
- 9) Tanyakan hambatan yang dialami pasien dalam memberi tanggapan rasional dan menyelesaikan masalahnya.
- 10) Diskusikan cara mengatasi hambatan.

- 2) Evaluasi Validasi
 - a) Menanyakan perasaan dan kondisi pasien pada saat ini
 - b) Menanyakan apakah pasien telah melakukan latihan secara mandiri di rumah.
 - c) Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif pertama dan kedua masih muncul, waktu atau situasi munculnya pikiran-pikiran otomatis negatif tersebut, adakah pikiran otomatis negatif yang baru, dan tanggapan rasional lainnya.
 - d) Menanyakan apakah pasien telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian di rumah. Perawat melihat buku catatan harian pasien.
 - e) Menanyakan apakah pasien telah mengidentifikasi pikiran otomatis ketiga untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.
- 3) Kontrak
 - a) Menjelaskan tujuan pertemuan dari sesi ketiga ini, yaitu meningkatkan kemampuan pasien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga dan mengungkapkan hasil atau manfaat dalam mengikuti terapi.
 - b) Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit
 - c) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu pasien duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.

- b. Tahap Orientasi
 - 1) Salam terapeutik
 - a) Perkenalkan nama dan nama panggilan terapis (pakai papan nama)
 - b) Menanyakan nama dan panggilan pasien
 - 2) Evaluasi / Validasi
 - a) Menanyakan perasaan pasien pada saat ini
 - b) Menanyakan apa yang sudah dilakukan pasien untuk mengatasi perasaannya
 - 3) Kontrak
 - a) Menjelaskan pengertian dan tujuan terapi, yaitu meningkatkan kemampuan pasien mengenal pikiran otomatis dan hal yang mendasari pemikiran tersebut.
 - b) Menjelaskan tentang proses pelaksanaan, tugas-tugas yang harus dikerjakan pasien di rumah, buku kerja yang akan digunakan pasien dalam melaksanakan tugas-tugasnya.
 - c) Menjelaskan jumlah pertemuan dan sesi-sesi dalam terapi.
 - d) Menjelaskan bahwa pertemuan pertama berlangsung selama kurang lebih 45 – 60 menit.
 - e) Menjelaskan peraturan terapi, yaitu pasien duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai
- c. Tahap Kerja
 - 1) Terapis mengidentifikasi masalah yang dihadapi pasien
 - 2) Diskusikan sumber masalah, perasaan pasien serta hal yang menjadi penyebab timbulnya masalah.

- 3) Diskusikan pikiran-pikiran otomatis yang negatif tentang dirinya.
- 4) Minta pasien untuk mencatat semua pikiran otomatis yang negatif pada lembar pikiran otomatis negatif yang terdapat dalam buku catatan harian pasien. Perawat mengklasifikasikan bentuk distorsi kognitif dari pikiran otomatis negatif pasien dalam buku catatan perawat.
- 5) Bantu pasien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu pasien dan ingin diselesaikan saat ini.
- 6) Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif dengan memberi tanggapan positif (rasional) berupa aspek-aspek positif yang dimiliki pasien dan minta pasien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.
- 7) Latih pasien untuk menggunakan aspek-aspek positif pasien untuk melawan pikiran-pikiran otomatis yang negatif dengan cara:
 - a) Minta pasien untuk mengingat dan mengatakan pikiran otomatis negatif.
 - b) Minta pasien untuk mengatakan aspek positif dalam (tentang) dirinya untuk melawan pikiran otomatis negatif tersebut.
 - c) Lakukan kedua hal tersebut diatas minimal 3 kali
 - d) Evaluasi perasaan pasien setelah melakukan latihan ini
- 8) Tanyakan tindakan pasien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut
- 9) Motivasi pasien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain

- d. Pasien mampu meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran otomatis yang timbul.
 - e. Pasien mampu menuliskan kembali pembuatan catatan harian terkait dengan penyelesaian masalah dalam mengatasi pikiran otomatis negatif lainnya.
 - f. Pasien dapat memberi tanggapan (perasaan) terhadap pelaksanaan terapi kognitif di rumah.
 - g. Pasien dapat mengungkapkan hambatan yang ditemui dalam membuat catatan harian.
 - h. Pasien dapat mengungkapkan hasil dan manfaat dalam mengikuti terapi kognitif
 - i. Pasien dapat meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran-pikiran otomatis negatif yang timbul.
2. Setting Tempat
Pasien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman
 3. Alat
 - a. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi secara terapeutik
 - b. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk pasien) dan buku kerja perawat
 4. Metode
Diskusi dan tanya jawab
 5. Langkah Kegiatan
 - a. Persiapan
 - 1) Mengingat kontrak dengan pasien
 - 2) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
 - b. Tahap Orientasi
 - 1) Salam Terapeutik : Salam dari terapis kepada pasien

TANGGAPAN RASIONALKU

Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku

CATATAN HARIANKU

Hari / Tgl	Jam	Pikiran Otomatis	Tanggapan Rasionalku	Hasil

C. Sesi 3, yaitu Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif).

1. Tujuan

- a. Evaluasi kemampuan pasien dalam memberi tanggapan rasional dan pembuatan catatan harian terhadap pikiran otomatis yang negatif pertama dan kedua tentang dirinya yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya.
- b. Pasien mampu memilih pikiran otomatis negatif ketiga yang akan diselesaikan dalam pertemuan ini.
- c. pasien mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga tentang dirinya dan menuliskannya di lembar tanggapan rasional dalam buku catatan harian pasien.

10) Memberikan pujian terhadap keberhasilan pasien

d. Tahap Terminasi

1) Evaluasi

- a) Terapis menanyakan perasaan klien setelah menjalani terapi sesi pertama ini
- b) Terapis memberikan pujian yang sesuai

2) Tindak Lanjut

- a) Anjurkan pasien untuk berlatih di rumah tentang cara melawan pikiran otomatis yang negatif dengan aspek positif yang dimiliki pasien dan melakukan tindakan pasien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut.
- b) Anjurkan pasien untuk identifikasi apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pikiran dan catat waktu / situasi timbulnya pikiran negatif tersebut.
- c) Anjurkan pasien untuk identifikasi pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi pertama ini dan minta pasien untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya.
- d) Anjurkan pasien untuk identifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif pertama yang belum diidentifikasi dalam pertemuan pertama ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

3) Kontrak akan datang

- a) Sepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi kedua), yaitu mengevaluasi

kemampuan pasien dalam melaksanakan tugas-tugasnya di rumah dan berdiskusi untuk penyelesaian terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua

b) Sepakati waktu dan tempat

6. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi

- 1) Ekspresi pasien pada saat terapi
- 2) Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi

b. Dokumentasi

- 1) Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan
- 2) Dokumentasikan rencana pasien sesuai dengan yang telah dirumuskan

DAFTAR PIKIRAN OTOMATIS NEGATIF

No.	Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif

TANGGAPAN RASIONALKU

Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku

3) Kontrak yang akan datang

a) Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi ketiga), yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melaksanakan tugasnya, berdiskusi untuk penyelesaian terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga, dan berdiskusi manfaat hasil daam mengikuti terapi kognitif.

b) Menyepakati waktu dan tempat

6. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi

- 1) Ekspresi pasien pada saat terapi
- 2) Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi

b. Dokumentasi

- 1) Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan
- 2) Dokumentasikan rencana pasien sesuai dengan yang telah dirumuskan

DAFTAR PIKIRAN OTOMATIS NEGATIF

No.	Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif

- 6) Motivasi pasien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain
- 7) Memberikan pujian terhadap keberhasilan pasien.

d. Tahap Terminasi

- 1) Evaluasi
 - a) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah menjalani terapi
 - b) Terapis memberikan pujian yang sesuai
- 2) Tindak lanjut
 - a) Anjurkan pasien untuk berlatih di rumah tentang cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan aspek positif yang dimiliki pasien dan melakukan tindakan pasien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif kedua tersebut.
 - b) Anjurkan pasien untuk mengidentifikasi di rumah apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pikiran dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif kedua tersebut.
 - c) Anjurkan pasien untuk identifikasi pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi kedua ini dan minta pasien untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya.
 - b) Anjurkan pasien untuk identifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif kedua yang belum diidentifikasi dalam pertemuan kedua ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

CATATAN HARIANKU

Hari / Tgl	Jam	Pikiran Otomatis	Tanggapan Rasionalku	Hasil

B. Sesi 2, yaitu Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif

1. Tujuan

- a. Evaluasi kemampuan pasien dalam memberi tanggapan rasional dan pembuatan catatan harian terhadap pikiran otomatis negatif pertama yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya (Sesi 1).
- b. Pasien mampu memilih pikiran otomatis negatif kedua yang akan diselesaikan dalam pertemuan kedua ini.
- c. Pasien mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kedua dan menuliskannya di lembar/buku catatan harian.
- d. Pasien mampu meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran otomatis yang timbul.
- e. Pasien mampu menuliskan kembali pembuatan catatan harian terkait dengan penyelesaian masalah dalam mengatasi pikiran otomatis lainnya.

2. Setting tempat

Pasien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

3. Alat
 - a. Diri perawat dan kemampuan berkomunikasi secara terapeutik
 - b. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk pasien) dan buku kerja perawat
4. Metode
Diskusi dan tanya jawab
5. Langkah Kegiatan
 - a. Persiapan
 - 1) Mengingat kontrak dengan pasien.
 - 2) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif.
 - b. Tahap Orientasi
 - 1) Salam terapeutik
Salam dari terapis kepada pasien
 - 2) Evaluasi Validasi
 - a) Menanyakan perasaan dan kondisi pasien pada saat ini.
 - b) Menanyakan apakah pasien telah melakukan latihan secara mandiri di rumah.
 - c) Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif pertama masih muncul, waktu atau situasi munculnya pikiran otomatis tersebut, pikiran otomatis negatif yang baru, dan tanggapan rasional yang lainnya.
 - d) Menanyakan apakah pasien telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian di rumah. Perawat melihat buku catatan harian pasien.

- e) Menanyakan apakah pasien telah mengidentifikasi pikiran otomatis kedua untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.
- 3) Kontrak
 - a) Menjelaskan tujuan pertemuan kedua ini adalah meningkatkan kemampuan pasien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang kedua.
 - b) Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit.
 - c) Mengingat kembali peraturan terapi yaitu pasien duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.
 - c. Tahap Kerja
 - 1) Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian di rumah
 - 2) Diskusikan dengan pasien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif kedua yang ingin diselesaikan dalam pertemuan kedua ini
 - 3) Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki pasien) dan minta pasien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.
 - 4) Latih kembali pasien untuk menggunakan aspek-aspek positif pasien dalam melawan pikiran otomatis negatif keduanya dengan cara yang sama seperti sesi pertama.
 - 5) Tanyakan tindakan pasien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif keduanya tersebut.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
Bab I PENDAHULUAN	1
Bab II PROSES PELAKSANAAN TERAPI KOGNITIF	4
A. Pengertian	4
B. Tujuan	4
C. Indikasi	5
D. Karakteristik Pasien	6
E. Kriteria Terapis	7
F. Peran Terapis	7
G. Strategi Pelaksanaan	7
H. Waktu Pelaksanaan	9
I. Tempat Pelaksanaan	9
Bab III PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI KOGNITIF	10
A. Sesi 1	10
B. Sesi 2	15
C. Sesi 3	20
D. Sesi 4	26
E. Evaluasi	30
Bab IV PENUTUP	32
DAFTAR PUSTAKA	

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan karuniaNya sehingga “**Modul Terapi Kognitif pada Pasien dengan Harga Diri Rendah**” ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Dalam penyusunan modul ini penulis banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

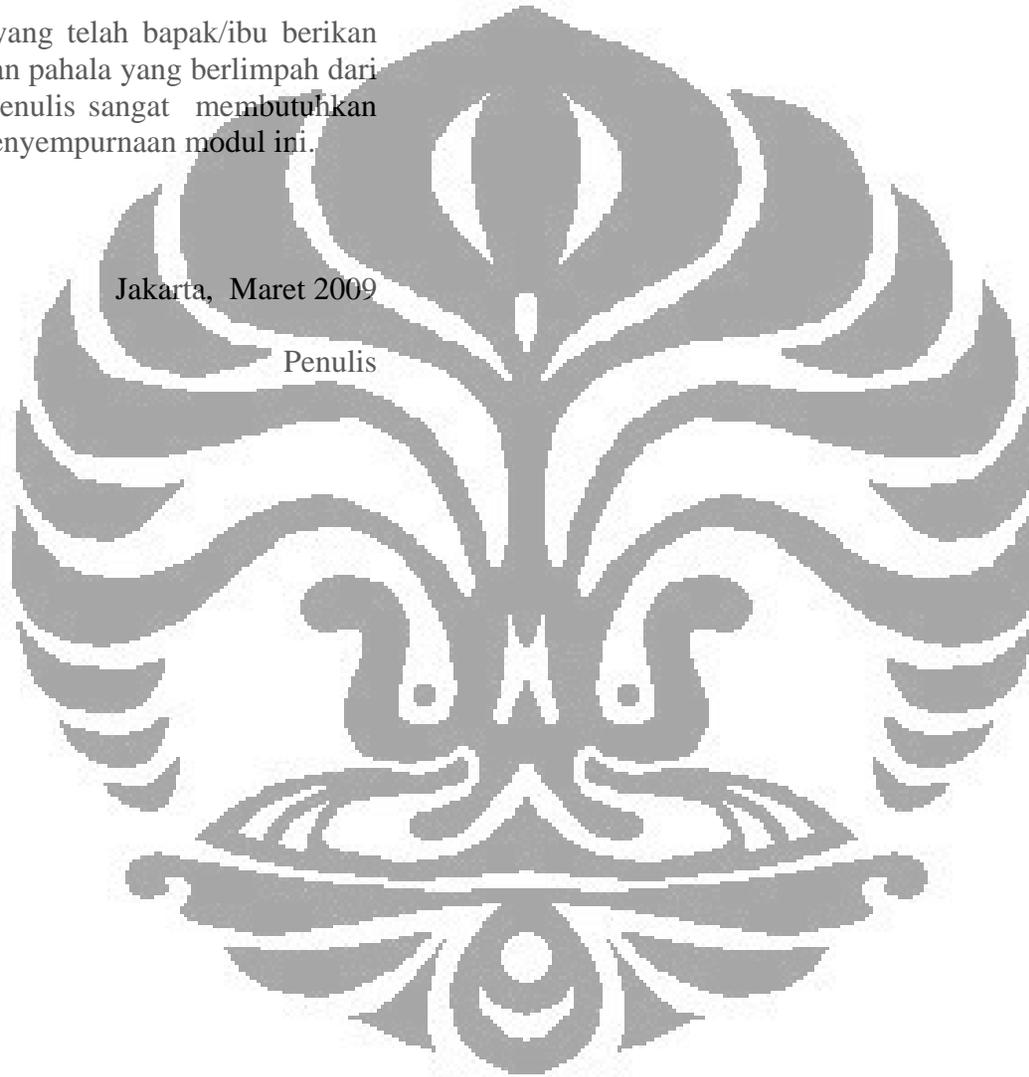
1. Dewi Irawaty, M.A, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dr. Budi Anna Keliat, SKp.M.App.Sc, selaku pembimbing I yang telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat dalam memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian modul ini.
3. Novi Helena CD, selaku pembimbing II yang juga telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat dalam memberikan masukan serta semangat dalam penyelesaian modul ini.
4. Seluruh dosen pengajar program pasca sarjana FIK – UI, khususnya dosen kekhususan keperawatan jiwa dan seluruh staf akademik yang telah membantu selama proses belajar mengajar di Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa FIK – UI.
5. Rekan-rekan Angkatan III Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian modul ini.

6. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian modul ini.

Semoga semua kebaikan yang telah bapak/ibu berikan kepada penulis mendapatkan pahala yang berlimpah dari Allah SWT. Akhir kata, penulis sangat membutuhkan saran dan masukan demi penyempurnaan modul ini.

Jakarta, Maret 2009

Penulis



DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. (2008). *Cognitive Therapy for Depression*. ¶<http://www.psychologyinfo.com/depression/cognitive.htm> diperoleh tanggal 3 Januari 2009.
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, Philadelphia: Lippincott.
- Burns, David D. (1988). *Terapi Kognitif : pendekatan barubagi penanganan depresi*. Jakarta : Erlangga.
- Copel, Linda C. (2007). *Kesehatan Jiwa & Psikiatri, Pedoman Klinis Perawat (Psychiatric and Mental Health Care: Nurse's Clinical Guide)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan kedua). Alihbahasa : Akemat. Jakarta : EGC.
- Grandfa. (2007). *Tanggulangi Depresi Secara Tepat*. ¶<http://id.shvoong.com/medicine-and-health/neurology/1670144-tanggulangi-depresi-secara-tepat/> diperoleh tanggal 28 Desember 2008.
- NANDA (2005). *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification*, Philadelphia : AR
- Stuart, G.W., and Laraia (2005). *Principles and practice of psyhiatric nursing*. (7th ed.). St. Louis : Mosby Year B.
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B., & Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*. (5th ed). St. Louis : Saunders Elsevier.
- Workshop Keperawatan Jiwa FIK – UI, (2007). *Kumpulan Terapi Individu*. Jakarta: FIK – UI (Tidak dipublikasikan).

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian :

“Pengaruh *Terapi Kognitif* terhadap Perubahan Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009”

Peneliti : Tjahjanti Kristyaningsih

No Telpn : 0811173518

Saya, Tjahjanti Kristyaningsih (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh *Terapi Kognitif* terhadap Perubahan Tingkat Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di pelayanan kesehatan umum.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara:

1. Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya.
2. Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan responden saudara. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasinya.

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit.

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta, 2009

Responden,

.....
Nama Jelas

KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

No.	Pokok Bahasan Materi Pertanyaan	Jumlah Soal	No. Soal
I.	Data Demografi		Kuesioner A
1.	Usia Responden	1	2
2.	Jenis Kelamin	1	3
3.	Pekerjaan	1	4
4.	Pendidikan	1	5
5.	Status perkawinan	1	6
6.	Lama sakit	1	7
7.	Frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani	1	8
8.	Pemberian Antihipertensi	1	9 (diisi petugas)
II.	Tingkat Harga Diri		Kuesioner B
	Perilaku HDR pada pasien GGK yang menjalani haemodialisa	18	8,9,10,11,12,13,14, 15,16,17, 18,19,20,21, 22,23,24, dan 25
III.	Kondisi Depresi		Kuesioner B
1.	Gejala Fisik	7	1,2,3,4,5,6, dan 7
2.	Gejala Psikologis	13	8,9,10,11,12,13,14,16, 17, 18,19,20, dan 21
3.	Gejala Sosial	1	15

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN (Kuesioner A)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
2. Isilah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan
3. Apabila pertanyaan berupa pilihan, cukup dijawab sesuai dengan petunjuk di atasnya

A. DEMOGRAFI RESPONDEN

1. Nama pasien :
2. Usia : tahun
3. Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
4. Pekerjaan : 1. Bekerja 2. Tidak Bekerja
5. Pendidikan terakhir pasien :
 - a. SD
 - b. SLTP
 - c. SMU
 - d. Perguruan Tinggi
 - e. Tidak Sekolah
6. Status perkawinan :
 - a. Kawin
 - b. Tidak Kawin (Janda/duda/Belum Kawin)
7. Lama Sakit : tahun
8. Frekuensi menjalani terapi Haemodialisa : kali
9. Mendapatkan terapi Antihipertensi : (diisi oleh petugas)

KONDISI SAYA SAAT INI
(Kuesioner B)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk pengisian:

1. Lingkarilah pilihan jawaban yang tersedia di bawah pertanyaan sesuai dengan kondisi bapak/ibu/saudara saat ini
2. Mohon agar bapak/ibu/saudara dapat memberikan jawaban dengan sejujurnya (sesuai dengan hati nurani bapak/ibu/saudara) dengan memahami makna setiap kalimat pernyataan dengan baik. Hasil dari kuisisioner ini tidak akan ada berarti bila bapak/ibu/saudara memberikan jawaban yang bukan gambaran yang sebenarnya tentang kondisi saat ini.

1. Apakah anda bisa bekerja seperti biasanya?

- Saya dapat bekerja sebaik biasanya.
- Saya memerlukan usaha extra untuk memulai mengerjakan sesuatu.
- Saya harus sangat memaksa diri untuk melakukan sesuatu.
- Saya tidak dapat bekerja sama sekali.

2. Apakah anda bisa tidur dengan nyenyak?

- Saya dapat tidur sebaik biasanya.
- Saya lebih mudah lelah dibanding biasanya.
- Saya lelah setelah melakukan sebagian besar pekerjaan.
- Saya terlalu lelah untuk melakukan sesuatu.

3. Apakah anda mudah merasa lelah?

- Saya tidak merasa lelah lebih dari biasanya.
- Saya lebih mudah lelah dibanding biasanya.
- Saya lelah setelah melakukan sebagian besar pekerjaan.
- Saya terlalu lelah untuk melakukan apapun.

4. Apakah nafsu makan anda berkurang?

- Nafsu makan saya tidak lebih buruk dari biasanya.
- Nafsu makan saya tidak sebaik biasanya.
- Nafsu makan saya jauh lebih buruk sekarang.
- Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali.

5. Apakah saat ini merasakan gangguan pada kesehatan?

- Saya tidak lebih khawatir tentang kesehatan dibanding biasanya.
- Saya khawatir tentang masalah fisik seperti sakit dan nyeri atau gangguan lambung atau kontipasi.
- Saya sangat khawatir tentang masalah fisik, dan sulit untuk memikirkan banyak hal lain.
- Saya begitu khawatir tentang masalah fisik saya sehingga saya tidak dapat melakukan hal-hal lain.

6. Apakah anda masih mempunyai minat terhadap seks?

- Saya tidak memperhatikan adanya perubahan minat terhadap seks belakangan ini.
- Saya kurang tertarik terhadap seks dibanding biasanya.
- Saya sangat kurang tertarik terhadap seks sekarang.
- Saya benar-benar hilang minat terhadap seks.

7. Apakah anda merasa berat badan anda menurun?

- Jika ada penurunan berat badan, saya tidak banyak mengalaminya belakangan ini.
- Berat badan saya berkurang lebih dari 2,5 Kg.
- Berat badan saya berkurang lebih dari 5 Kg.
- Berat badan saya berkurang lebih dari 7,5 Kg.

8. Apakah saat ini anda merasa sedih?

- Saya tidak merasa sedih.
- Saya merasa sedih.
- Saya sedih sepanjang waktu dan tidak dapat mengubahnya.
- Saya begitu sedih atau tidak gembira sehingga saya sama sekali tidak suka.

9. Apakah harapan anda untuk masa depan?

- Saya tidak berkecil hati tentang masa depan.
- Saya merasa berkecil hati tentang masa depan.
- Saya merasa tidak memiliki apa-apa yang diharapkan.
- Saya merasa bahwa masa depan tidak ada harapan dan bahwa segalanya tidak dapat membaik.

10. Apakah anda merasa gagal?

- Saya tidak merasa gagal.
- Saya merasa telah gagal lebih dari rata-rata orang.
- Saat saya melihat masa lalu, semua yang dapat saya lihat adalah banyak kegagalan.
- Saya merasa saya adalah orang yang gagal total.

11. Apakah anda merasakan kepuasan dalam hidup ini?

- Saya mendapatkan banyak kepuasan dari banyak hal, seperti biasanya.
- Saya tidak menikmati hal-hal seperti biasanya.
- Saya tidak lagi mendapat kepuasan sesungguhnya dari setiap hal.
- Saya tidak puas dan bosan dengan segala sesuatu.

12. Apakah anda merasa bersalah terhadap sesuatu?

- Saya tidak merasa bersalah.
- Saya merasa bersalah dalam sebagian kecil waktu.
- Saya merasa agak bersalah dalam sebagian besar waktu.
- Saya merasa bersalah sepanjang waktu.

13. Apakah kegagalan yang pernah anda alami sebagai hukuman?

- Saya tidak merasa sedang dihukum.
- Saya merasa mungkin dihukum.
- Saya perkirakan saya dihukum.
- Saya merasa saya sedang dihukum.

14. Apakah anda merasa kecewa dengan diri anda?

- Saya tidak merasa kecewa pada diri saya.
- Saya kecewa pada diri saya.
- Saya jijik dengan diri saya.
- Saya membenci diri saya.

15. Apakah anda masih mempunyai minat terhadap orang lain?

- Saya tidak kehilangan minat pada orang lain.
- Saya kurang berminat pada orang lain dibanding biasanya.
- Saya kehilangan sebagian besar minat saya pada orang lain.
- Saya kehilangan semua minat saya pada orang lain.

16. Apakah anda dapat membuat suatu keputusan?

- Saya membuat keputusan sebaik yang saya dapat.
- Saya menunda membuat keputusan lebih dari biasanya.
- Saya sangat sulit membuat keputusan dibanding biasanya.
- Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali.

17. Apakah anda merasa diri anda lebih buruk dari biasanya?

- Saya tidak merasa tampak lebih buruk dari biasanya
- Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik.
- Saya merasa terdapat perubahan menetap pada penampilan saya yang membuat saya terlihat tidak menarik.
- Saya yakin bahwa saya tampak buruk.

18. Apakah anda selalu merasa bersalah?

- Saya tidak merasa lebih buruk dibanding dengan orang lain.
- Saya kritis terhadap diri saya untuk kelemahan atau kesalahan saya.
- Saya menyalahkan diri saya untuk kesalahan saya sepanjang waktu.
- Saya menyalahkan diri saya untuk setiap hal buruk yang terjadi.

19. Apakah anda ingin bunuh diri?

- Saya tidak terfikir untuk bunuh diri.
- Saya berfikir untuk bunuh diri tetapi tidak akan melakukannya.
- Saya ingin bunuh diri.
- Saya akan bunuh diri jika ada kesempatan.

20. Apakah anda selalu menangis?

- Saya tidak menangis lagi dibanding biasanya.
- Saya lebih banyak menangis sekarang dibandingkan biasanya.
- Saya menangis sepanjang waktu sekarang.
- Saya biasanya bisa menangis, tetapi sekarang saya tidak dapat menangis meskipun saya ingin.

21. Apakah saat ini anda merasa kesal?

- Sekarang saya tidak lebih kesal dibanding biasanya.
- Saya lebih mudah terganggu atau kesal dibanding biasanya.
- Sekarang saya merasa kesal sepanjang waktu.
- Saya tidak dibuat kesal sama sekali oleh hal-hal yang biasanya membuat saya kesal.

22. Apakah saat ini anda merasa tidak berguna?

- Saya merasa masih berguna untuk orang lain.
- Saya kadang merasa diri saya sudah tidak berguna untuk orang lain.
- Saya sering merasakan bahwa saya sudah tidak berguna untuk orang lain.
- Saya selalu menyusahkan orang lain, khususnya keluarga saya

23. Apakah saat ini anda menarik diri dari lingkungan di sekitar anda?

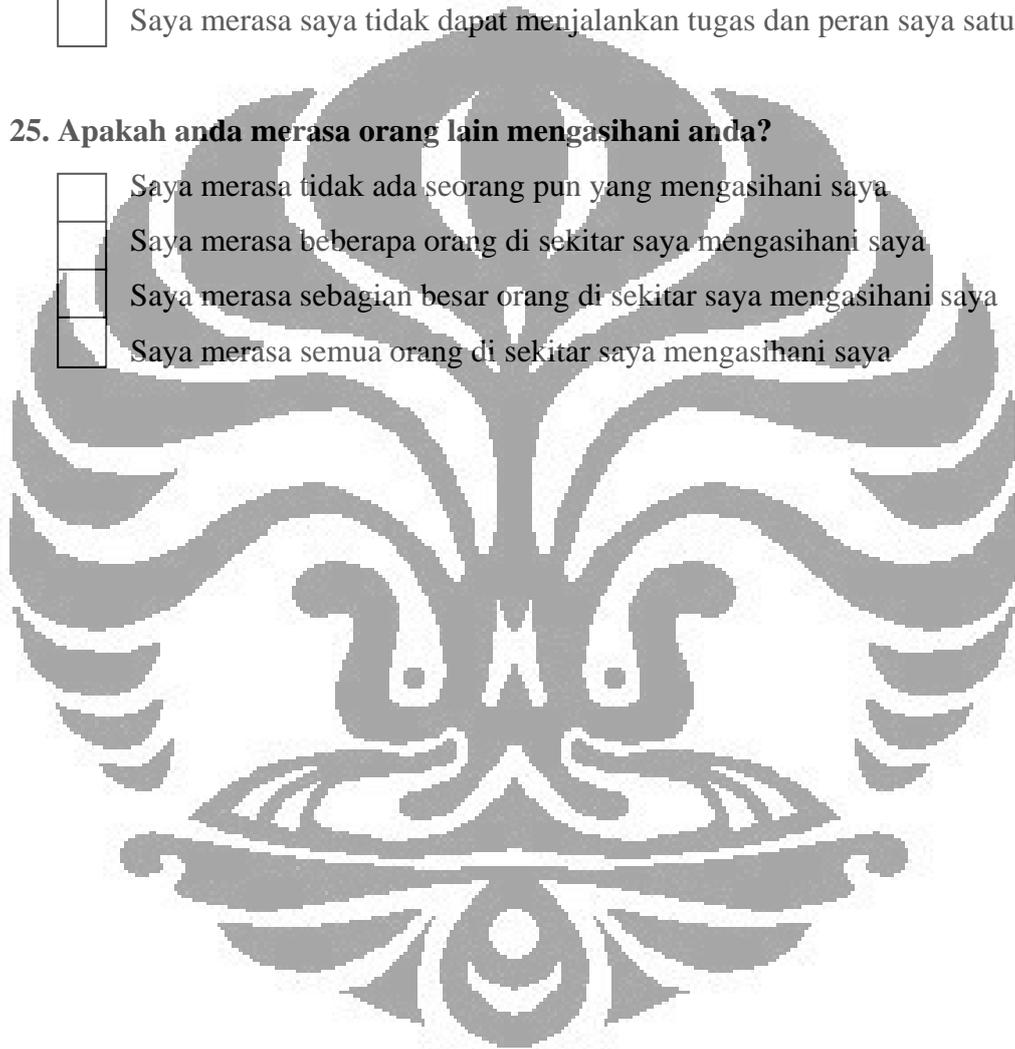
- Saya masih berminat untuk mengikuti kegiatan di lingkungan sekitar saya
- Saya kurang berminat mengikuti kegiatan di lingkungan sekitar saya.
- Saya malas mengikuti kegiatan di lingkungan sekitar saya.
- Saya selalu menolak (menghindari) kegiatan di lingkungan sekitar saya.

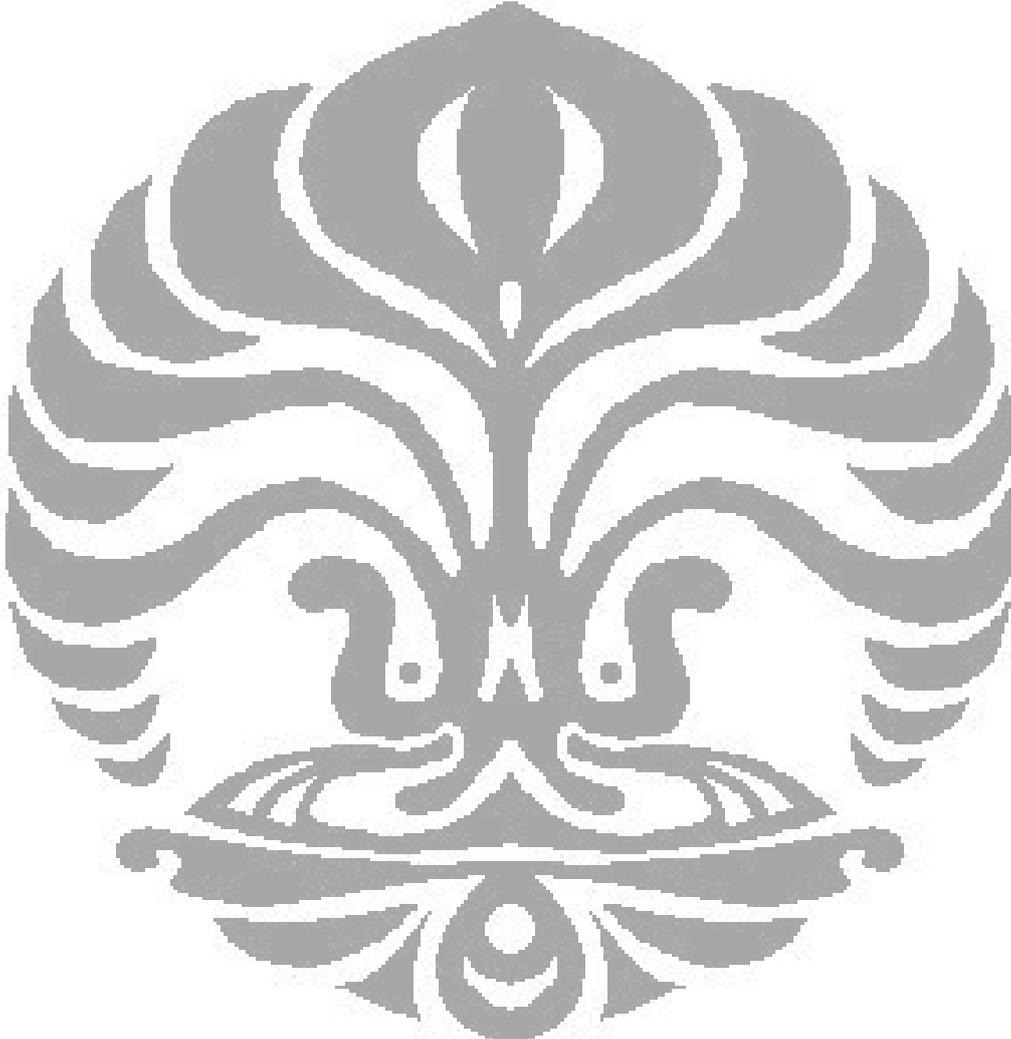
24. Apakah anda merasa adanya kesulitan dalam menjalankan peran anda?

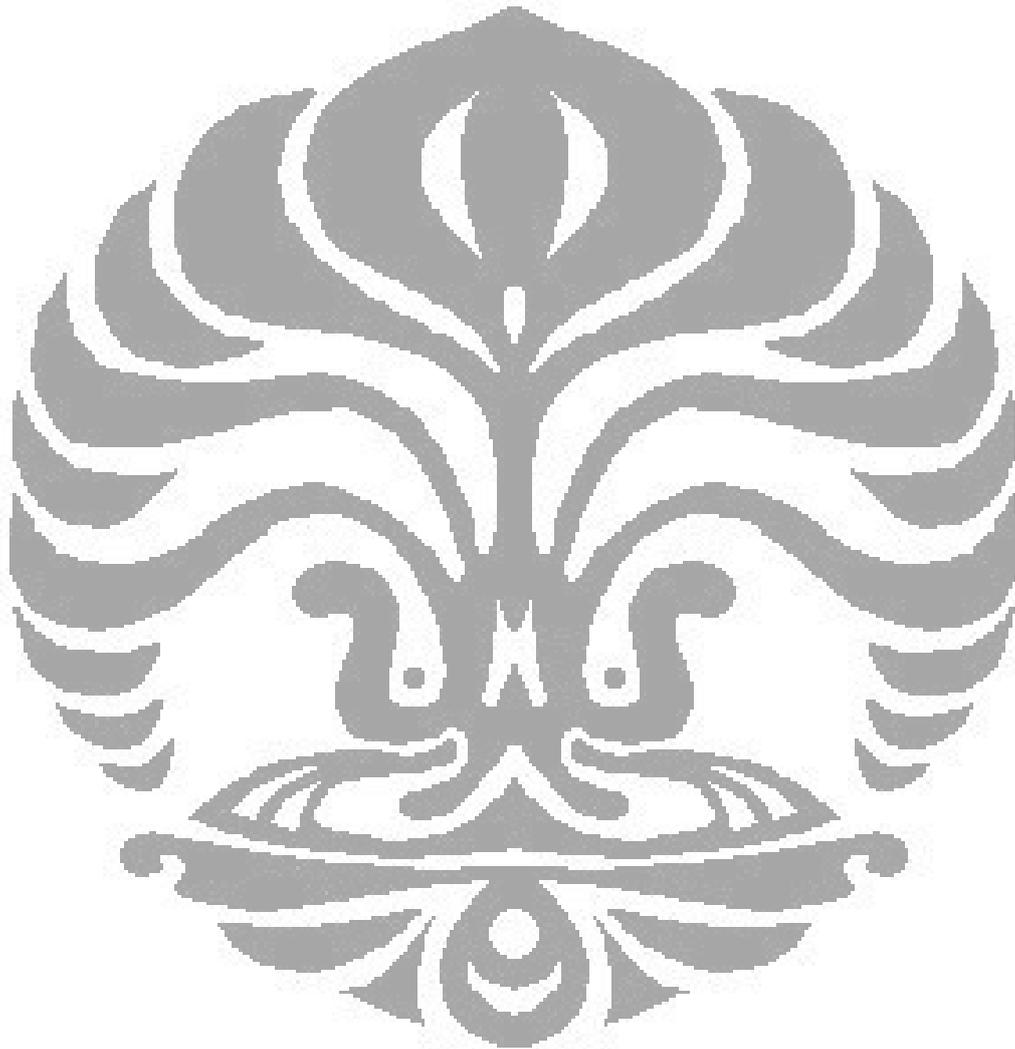
- Meskipun sakit, saya masih dapat menjalankan semua peran dan tugas saya di rumah, tempat kerja dan masyarakat
- Kondisi saat ini membuat saya tidak dapat menjalankan beberapa peran dan tugas saya di rumah, tempat kerja dan masyarakat
- Saya tidak dapat menjalankan sebagian besar peran dan tugas saya di rumah, tempat kerja dan masyarakat
- Saya merasa saya tidak dapat menjalankan tugas dan peran saya satu pun.

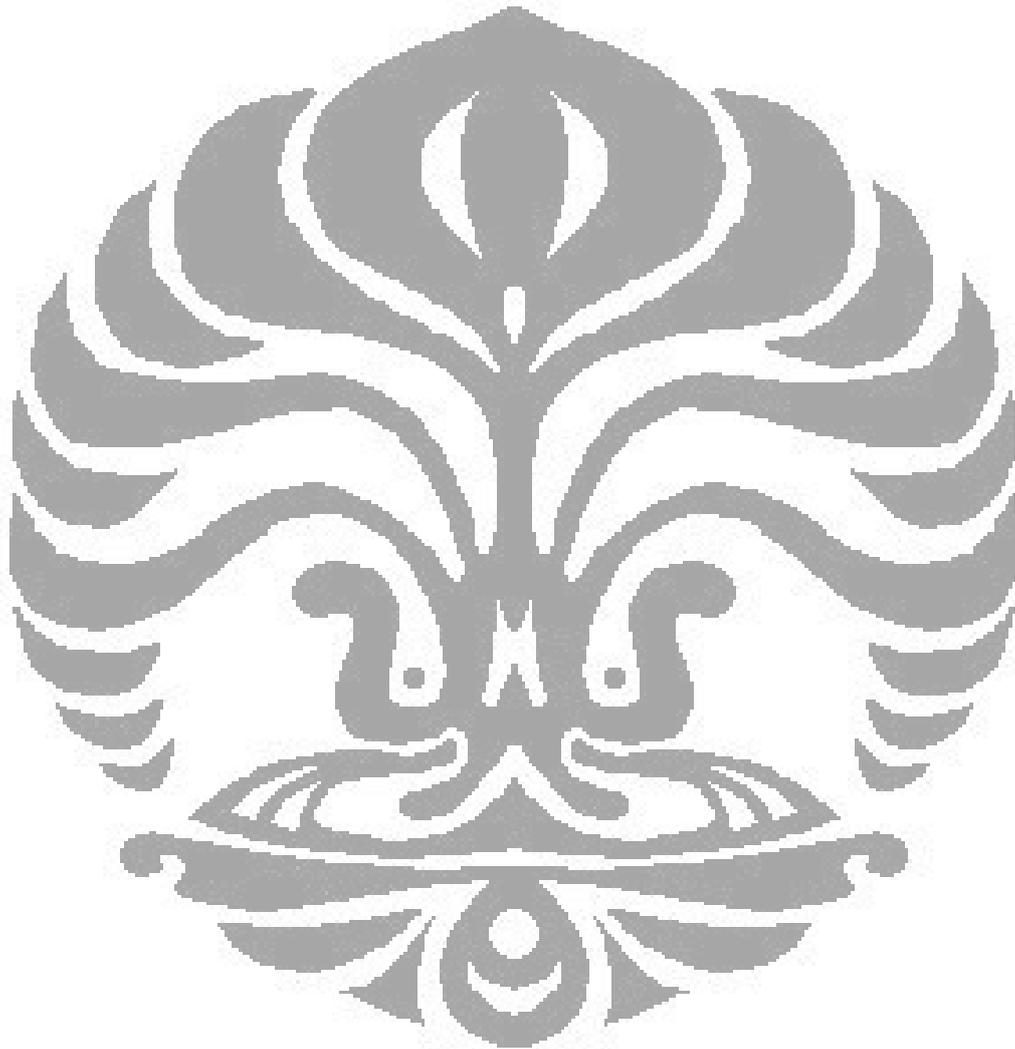
25. Apakah anda merasa orang lain mengasihani anda?

- Saya merasa tidak ada seorang pun yang mengasihani saya
- Saya merasa beberapa orang di sekitar saya mengasihani saya
- Saya merasa sebagian besar orang di sekitar saya mengasihani saya
- Saya merasa semua orang di sekitar saya mengasihani saya









DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata :

Nama : Tjahjanti Kristyaningsih
Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 14 Desember 1969
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Pengajar Akademi Keperawatan Fatmawati Jakarta
Alamat Instansi : Jl. RS Fatmawati, Jakarta Selatan
Alamat Rumah : Jl. Stadion Mini No. 63 Cijantung, Jakarta Timur

Riwayat Pendidikan :

SD Iskandaria, Jakarta : Lulus tahun 1982
SMPN 12 Jakarta : Lulus tahun 1985
SMAN 70 Jakarta : Lulus tahun 1988
Akper Sint Carolus, Jakarta : Lulus tahun 1991
FIK UI Jakarta : Lulus tahun 2000

Riwayat Pekerjaan

Perawat Pelaksana RS Sint Carolus : Tahun 1991 – 1997
Pengajar di Akper Fatmawati Jakarta : Tahun 1999 – Sekarang