

UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY (CBT)* DAN  
*RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOUR THERAPY (REBT)*  
TERHADAP KLIEN PERILAKU KEKERASAN DAN  
HARGA DIRI RENDAH DI RUMAH SAKIT  
Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

**TESIS**

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

Oleh:

**EYET HIDAYAT**

NPM : 0906620096

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
DEPOK  
JULI 2011**

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Eyet Hidayat

NPM : 0906620096


Program Studi : Pasca Sarjana

Judul Tesis : Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) Terhadap Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah Di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.

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

## DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc. (.....)

Pembimbing : Ice Yulia Wardani, M.Kep., Sp.Kep.J. (.....)

Penguji : Herni Susanti, S.Kp, M.N. (.....)

Penguji : Carolina, M.Kep.Sp.Kep.J. (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 06 Juli 2011

## HALAMAN PERSETUJUAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Eyet Hidayat  
NPM : 0906620096  
Program Studi : Pasca Sarjana  
Judul Tesis : Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) Terhadap Klien Dengan Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor Tahun 2011


Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing serta telah dipertahankan dihadapan tim penguji tesis Magister Keperawatan, Universitas Indonesia.

## DOSEN PEMBIMBING

Pembimbing I : Dr. Budi Anna Keliat, M.App.Sc

()

Pembimbing II : Ice Yulia Wardani, M.Kep., Sp.Kep.J.

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 06 Juli 2011

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Eyet Hidayat

NPM : 0906620096

Tanda Tangan :



Tanggal : 06 Juli 2010

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

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

Nama : Eyet Hidayat  
NPM : 0906620096  
Program Studi : Pasca Sarjana  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

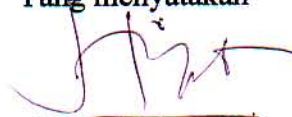
demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

*Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy dan Rational Emotive Behaviour Therapy Terhadap Klien Dengan Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor Tahun 2011*

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 06 Juli 2011  
Yang menyatakan

  
( Eyet Hidayat )

**Eyet Hidayat**

**Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan**

**Pengaruh *cognitive behavior therapy* (CBT) dan *rational emotive behavior therapy* (REBT) terhadap klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Tahun 2011**

**Abstrak**

Gangguan jiwa 13% dari penyakit keseluruhan, kemungkinan berkembang menjadi 25% tahun 2030 (WHO,2009). Tujuan : mendapatkan gambaran pengaruh CBT dan REBT terhadap penurunan gejala dan peningkatan kemampuan PK dan HDR. Metoda : *quasi experimental pre post test with control group*, teknik *purposive sampling* terhadap 60 sampel : 30 intervensi dan 30 kontrol. Hasil penelitian ditemukan penurunan gejala dan peningkatan kemampuan klien PK dan HDR yang mendapat CBT dan REBT lebih besar disbanding yang tidak mendapat CBT dan REBT (p-value < 0,05). Rekomendasi: CBT dan REBT dijadikan terapi spesialis terpadu disamping terapi generalis.

Kata Kunci : Gejala dan kemampuan, perilaku kekerasan dan harga diri rendah, *cognitive behaviour therapy* (CBT) dan *rational emotive behavior therapy* (REBT).

**Effect of cognitive behavior therapy (CBT) and rational emotive behavior therapy (REBT) violent behavior towards clients and low self-esteem in RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Year 2011**

**Abstract**

Mental disorder 13% of the overall disease, the possibility of growing to 25% by 2030 (WHO, 2009). The goal: get an overview of CBT and REBT effect on reducing symptoms and increasing the ability of PK and HDR. Method: quasi-experimental pre-post test with control group, purposive sampling technique on 60 samples: 30 intervention and 30 control. The study found a decrease symptoms and increase the ability of PK and HDR clients who received CBT and REBT is larger compared to that did not receive CBT and REBT (p-value <0.05). Recommendation: CBT and REBT is used as therapy in addition to an integrated specialist generalist therapy.

Keywords : Symptoms and skills, violent behavior and low self-esteem, cognitive behavior therapy (CBT) and rational emotive behavior therapy (REBT).

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya kepada peneliti sebagai hambanya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)* terhadap klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor”**. Tesis ini disusun dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan keperawatan Jiwa pada Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia.

Tesis ini tersusun atas upaya maksimal peneliti dan petunjuk, bimbingan serta arahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati, peneliti menghaturkan terima kasih yang tidak terhingga kepada yang terhormat :

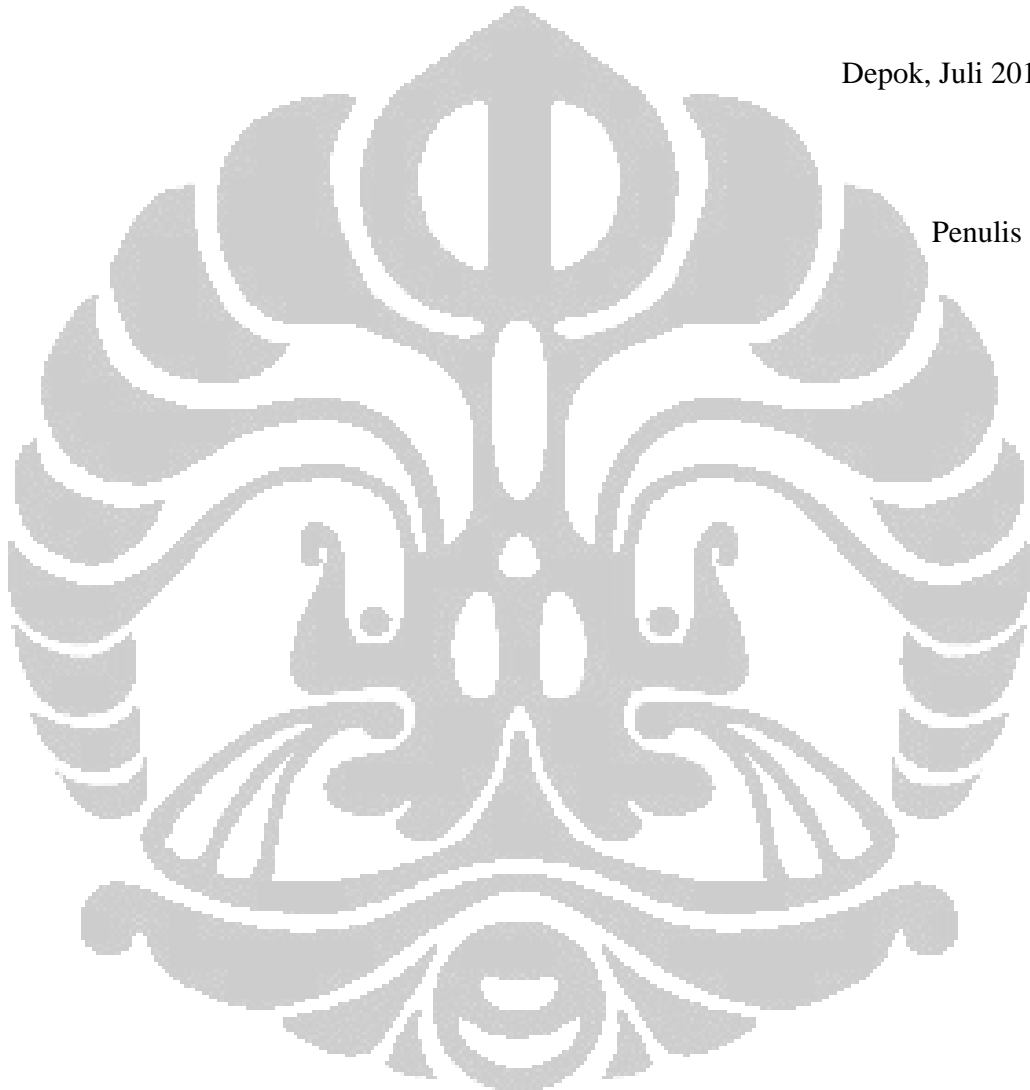
1. Dewi Irawaty, MA., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., M.N., selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan.
3. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc, selaku pembimbing I yang telah memberikan saran, arahan, bimbingan serta motivasi dalam penyusunan tesis ini hingga selesai.
4. Ice Yulia Wardani, MKep, Sp.Kep.J, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan serta masukan dalam penyusunan tesis ini hingga selesai.
5. Staf Pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membekali ilmu, sehingga peneliti mampu menyusun tesis ini.
6. Istri dan anak-anak tercinta yang senantiasa memberikan dukungan dan motivasi selama peneliti menempuh studi.
7. Rekan-rekan mahasiswa angkatan V Program Pascasarjana Kekhususan Keperawatan Jiwa yang senasib dan seperjuangan.

8. Semua pihak yang terlibat dalam penyusunan tesis ini, yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Semoga tesis ini bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan bagi seluruh pembaca pada umumnya, dalam pengembangan ilmu keperawatan jiwa. Amien.

Depok, Juli 2011

Penulis





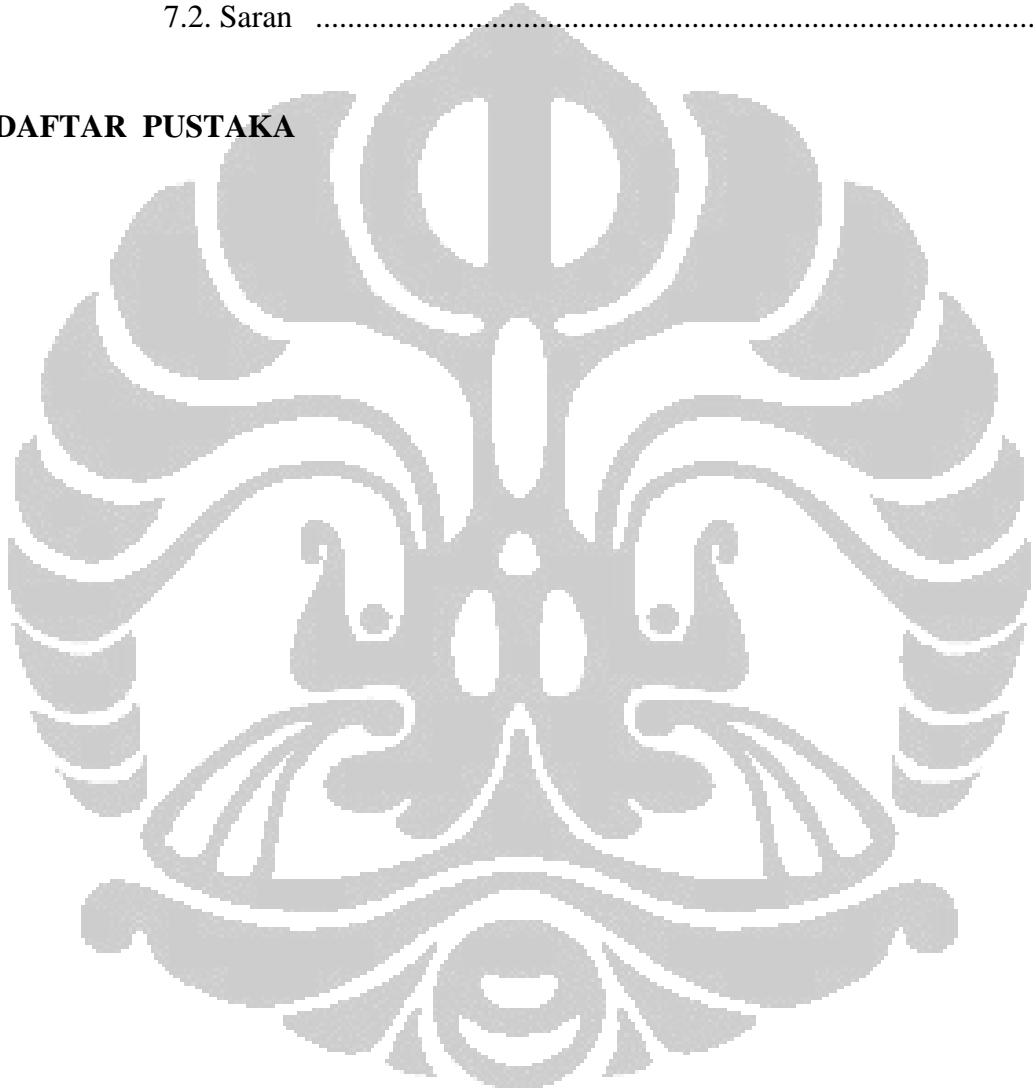
## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBARAN PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	v
ABSTRAK .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR BAGAN .....	xiii
DAFTAR SKEMA .....	xiv
DAFTAR GRAFIK .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvi
<b>BAB 1 : PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar belakang masalah .....	1
1.2. Rumusan masalah .....	11
1.3. Pertanyaan penelitian .....	12
1.4. Tujuan Penelitian .....	12
1.5. Manfaat Penelitian .....	13
<b>BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>15</b>
2.1. Skizofrenia .....	15
2.2. Perilaku kekerasan dan harga diri rendah .....	24
2.3. <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> .....	47
2.4. Rational Emotive Behaviour Therapy .....	53
<b>BAB 3 : KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL .....</b>	<b>68</b>
3.1. Kerangka Teori .....	68

3.2. Kerangka Konsep Penelitian .....	72
3.3. Hipotesis Penelitian .....	75
3.4. Definisi Operasional .....	75
<b>BAB 4 : METODE PENELITIAN .....</b>	<b>80</b>
4.1. Desain / penelitian penelitian .....	80
4.2. Waktu dan tempat peneltian .....	82
4.3. Populasi dan sampel .....	82
4.4. Etika penelitian .....	86
4.5. Alat pengumpul data .....	88
4.6. Prosedur pelaksanaan penelitian .....	94
4.7. Rencana pengolahan data .....	98
4.8. Rencana analisis data .....	99
<b>BAB 5 : HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>106</b>
5.1.Karakteristik Pasien Perilaku Kekerasan yang Disertai Harga Diri Rendah .....	106
5.2. Pengaruh CBT dan REBT terhadap Perilaku Kekerasan .....	110
5.3. Pengaruh CBT dan REBT terhadap Harga Diri Rendah .....	114
5.4. Pengaruh CBT dan REBT terhadap Kemampuan klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah .....	118
5.5. Efektifitas CBT dan REBT .....	121
5.6. Faktor yang Berkontribusi terhadap Gejala dan Kemampuan Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah .....	123
<b>BAB 6 PEMBAHASAN .....</b>	<b>131</b>
6.1.Pengaruh CBT dan REBT terhadap penurunan gejala dan peningkatan kemampuan klien PK dan HDR .....	131
6.2.Karakteristik klien yang Berpengaruh dengan penurunan gejala dan peningkatan kemampuan klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah .....	148

6.3. Keterbatasan penelitian .....	154
6.4. Implikasi terhadap pelayanan dan penelitian .....	154
<b>BAB 7      SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>156</b>
7.1. Simpulan .....	156
7.2. Saran .....	156

**DAFTAR PUSTAKA**



## DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 3.1.	Definisi operasional variabel independen karakteristik klien PK dan HDR .....	76
Tabel 3.2	Definisi operasional variabel dependen tanda dan gejala PK dan HDR .....	77
Tabel 3.3	Definisi operasional variabel independen terapi CBT dan REBT ..	79
Tabel 4.1	Daftar jumlah klien sebagai responden di tiap Ruangan .....	86
Tabel 4.2	Rincian urutan pelaksanaan CBT dan REBT di tiap ruangan .....	96
Tabel 4.3	Analisis kesetaraan karakteristik responden kelompok yang mendapat dan yang tidak mendapat CBT dan dan REBT .....	100
Tabel 4.4	Analisis kesetaraan variabel dependen klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah kelompok yang mendapat dan yang tidak mendapat CBT dan dan REBT .....	101
Tabel 4.5	Analisis perubahan gejala dan kemampuan klien PK dan HDR kelompok intervensi sebelum dan sesudah CBT dan REBT .....	102
Tabel 4.6	Analisis perubahan gejala klien PK dan HDR kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapat CBT dan REBT .....	103
Tabel 4.7	Analisis perbedaan gejala PK dan HDR antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum mendapatkan CBT dan REBT...	104
Tabel 4.8	Analisis multivariat faktor yang berpengaruh terhadap klien PK dan HDR .....	105
Tabel 5.1	Distribusi responden menurut jenis kelamin pendidikan, pekerjaan frekuensi di rawat dan riwayat gangguan jiwa .....	107
Tabel 5.2	Analisis kesetaraan jenis kelamin pendidikan, pekerjaan frekuensi di rawat dan riwayat gangguan jiwa .....	108

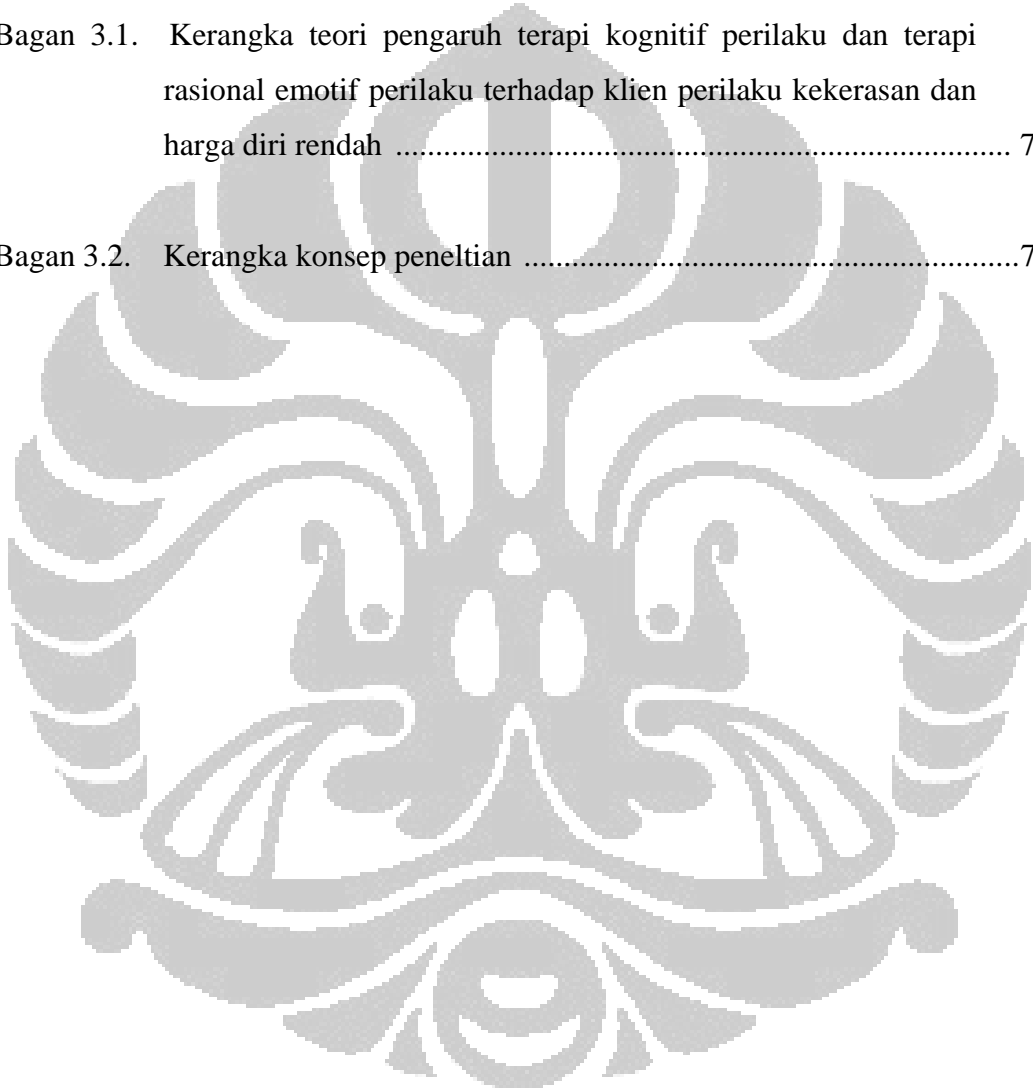
Tabel 5.3	Analisis usia dan lama dirawat pada kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT .....	109
Tabel 5.4	Analisis kesetaraan usia dan lama dirawat pada kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT .....	110
Tabel 5.5	Analisis kesetaraan tanda dan gejala PK pada kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT .....	111
Tabel 5.6	Perubahan gejala PK pada kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT. ....	112
Tabel 5.7	Perbedaan penurunan gejala PK pada kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT setelah kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT	114
Tabel 5.8	Tanda dan gejala HDR pada kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT .....	115
Tabel 5.9	Perubahan tanda dan gejala HDR pada kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT .....	116
Tabel 5.10	Perbedaan penurunan gejala HDR pada kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT setelah kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT.	118
Tabel 5.11	Kemampuan klien PK ndan HDR sebelum mandapatkan CBT dan REBT .....	119
Tabel 5.12	Perubahan kemampuan klien PK dan HDR sebelum dan sesudah mendapatkan CBT dan REBT .....	120
Tabel 5.13	Karakteristik yang berkontribusi terhadap penurunan tanda dan gejala PK .....	124
Tabel 5.14	Pemodelan akhir karakteristik yang berkontribusi terhadap penurunan tanda dan gejala PK .....	124

Tabel 5.15	Karakteristik yang berkontribusi terhadap penurunan tanda dan gejala HDR .....	125
Tabel 5.16	Pemodelan akhir karakteristik yang berkontribusi terhadap penurunan tanda dan gejala HDR .....	126
Tabel 5.17	Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan kognitif klien PK dan HDR .....	127
Tabel 5.18	Pemodelan akhir Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan kognitif klien PK dan HDR.....	127
Tabel 5.19	Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan afektif klien PK dan HDR.....	128
Tabel 5.20	Pemodelan akhir karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan afektif klien PK dan HDR.....	129
Tabel 5.21	Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan psikomotor klien PK dan HDR.....	130
Tabel 5.22	Pemodelan akhir karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan psikomotor klien PK dan HDR.....	130

## DAFTAR BAGAN

Halaman

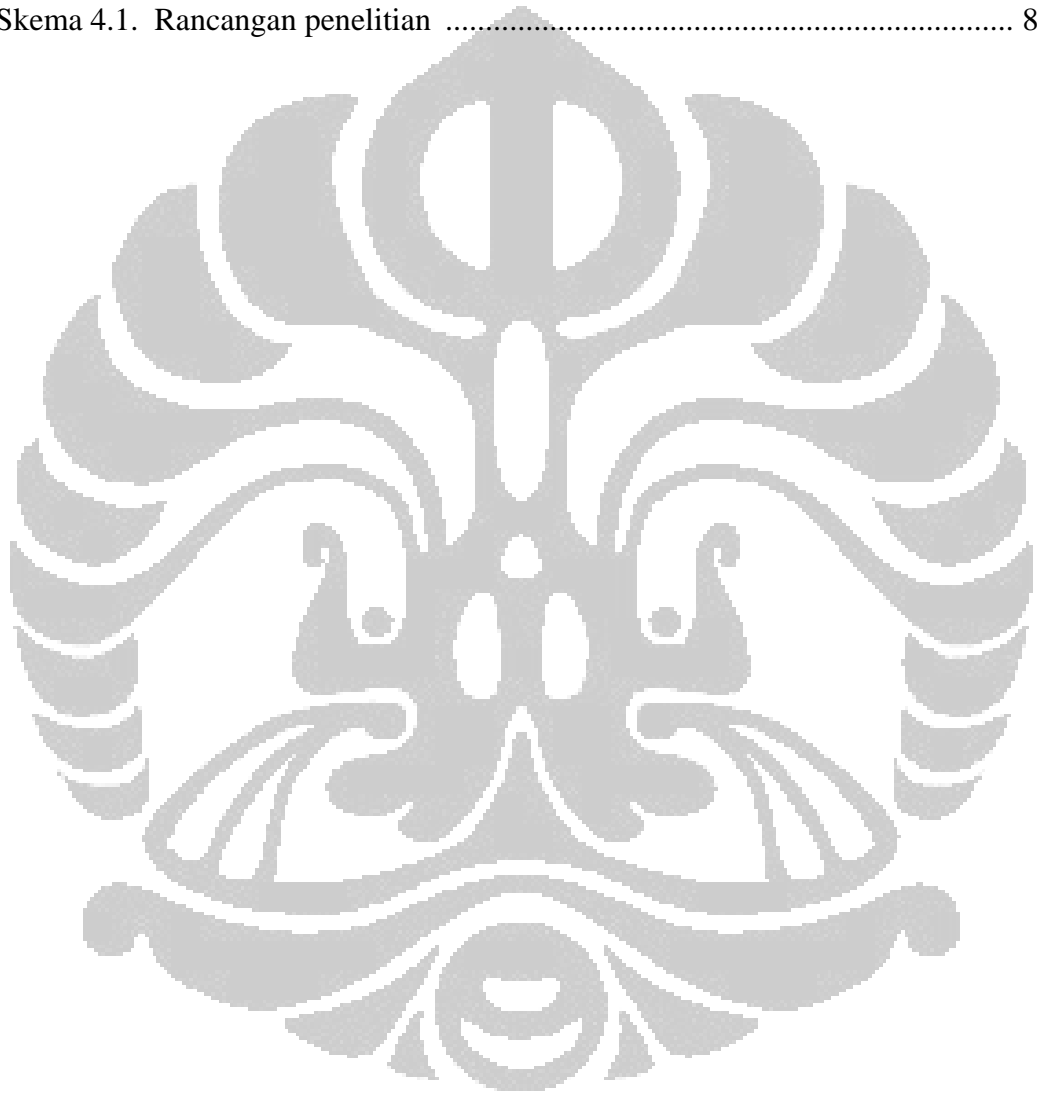
Bagan 2.1. Rentang intervensi keperawatan pada klien perilaku kekerasan.....	44
Bagan 3.1. Kerangka teori pengaruh terapi kognitif perilaku dan terapi rasional emotif perilaku terhadap klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah .....	71
Bagan 3.2. Kerangka konsep penelitian .....	74



## DAFTAR SKEMA

Halaman

Skema 4.1. Rancangan penelitian .....	80
---------------------------------------	----

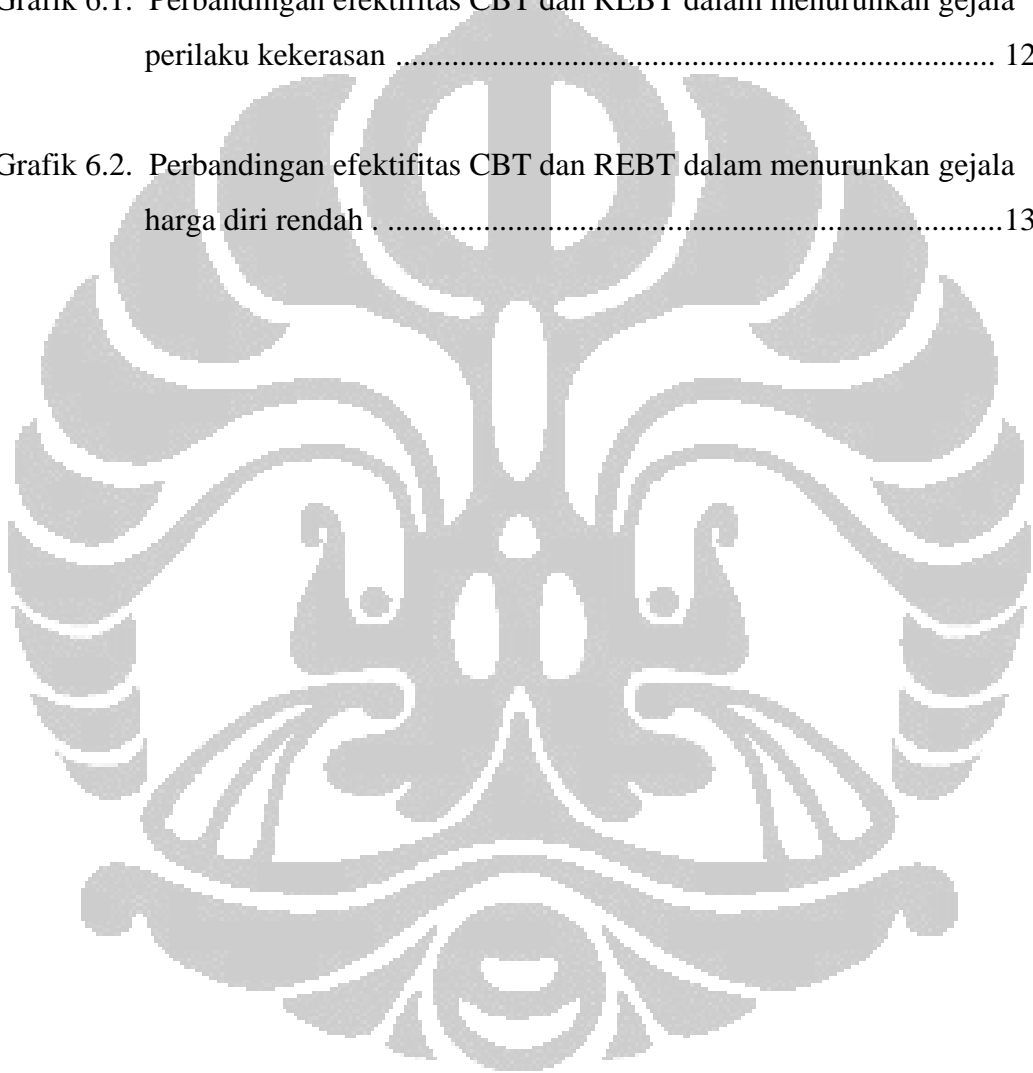




## DAFTAR GRAFIK

Halaman

Grafik 6.1. Perbandingan efektifitas CBT dan REBT dalam menurunkan gejala perilaku kekerasan .....	123
Grafik 6.2. Perbandingan efektifitas CBT dan REBT dalam menurunkan gejala harga diri rendah .....	139



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan penelitian
- Lampiran 2 Lembar persetujuan
- Lampiran 3 Kisi-kisi instrumen
- Lampiran 4 kuesioner A. Data Demografi
- Lampiran 5 Instrumen pengukuran perilaku kekerasan
- Lampiran 6 Instrumen pengukuran harga diri rendah
- Lampiran 7 Lembar Observasi tanda dan gejala fisik perilaku kekerasan dan harga diri rendah
- Lampiran 8 Kuensioner kemampuan klien mengikuti CBT dan REBT
- Lampiran 9 Lembar Observasi kemampuan klien mengikuti CBT dan REBT
- Lampiran 10 Jadwal pelaksanaan penelitian
- Lampiran 11 Keterangan Lolos uji Etik
- Lampiran 12 Keterangan Lolos Expert Validity
- Lampiran 13 Keterangan Lolos Uji Kompetensi CBT
- Lampiran 14 Keterangan Lolos Uji Kompetensi REBT
- Lampiran 15 Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 16 Surat Ijin Penelitian dari RSMM Bogor
- Lampiran 17 Modul Cognitive behaviour therapy (CBT)
- Lampiran 18 Modul Rational emotive behaviour therapy (REBT)
- Lampiran 19 Pelaksanaan pertemuan pretest, intervensi dan posttest di tiap ruangan
- Lampiran 20 Daftar Riwayat Hidup

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Undang-Undang RI No. 36, 2009). Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional (Johnson, 1997, dalam Videbeck, 2008).

Menurut World Health Organization (2001) kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi sejahtera dimana individu menyadari kemampuan yang dimilikinya, dapat mengatasi stres dalam kehidupannya, dapat bekerja secara produktif, dan mempunyai kontribusi dalam kehidupan bermasyarakat. Pengertian kesehatan jiwa di atas menekankan pada kondisi sehat dari aspek emosional, psikologis dan sosial yang ditunjukkan dengan hubungan interpersonal, perilaku dan coping efektif, konsep diri positif, emosi stabil, produktif dan mempunyai kontribusi dalam kehidupan bermasyarakat.

Kesehatan jiwa dikatakan suatu kondisi karena merupakan suatu rentang dari sehat yang optimal sampai keadaan sakit / gangguan jiwa berat. Seseorang yang tidak mampu mengatasi masalah dan menyesuaikan diri secara adaptif, tidak menggunakan coping yang efektif akan muncul pola pikir yang tidak wajar, perilaku yang terganggu, emosi yang labil serta konsep diri yang negatif (masalah adaptasi psikososial) dan apabila tidak diatasi dengan baik akan meningkat menjadi gangguan jiwa berat.

Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan Bab IX pasal 144 menyatakan upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat

menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa. World Health Organization (2009) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan mental, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030, gangguan jiwa juga berhubungan dengan bunuh diri, lebih dari 90% dari satu juta kasus bunuh diri setiap tahunnya akibat gangguan jiwa (WHO, 2009). Gangguan jiwa ditemukan di semua negara, pada perempuan dan laki-laki, pada semua tahap kehidupan, orang miskin maupun kaya baik di pedesaan maupun perkotaan mulai dari yang ringan sampai berat.

Gangguan jiwa berat di Indonesia tahun 2007 memiliki prevalensi sebesar 4.6 permil, dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat (Puslitbang Depkes RI, 2008). Penduduk Indonesia pada tahun 2007 (Pusat Data dan Informasi Depkes RI, 2009) sebanyak 225.642.124 sehingga klien gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2007 diperkirakan 1.037.454 orang. Klien gangguan jiwa di Indonesia cukup banyak dan akan terus meningkat sesuai dengan meningkatnya jumlah penduduk.

Gangguan jiwa berat tidak menyebabkan kematian secara langsung namun akan menyebabkan penderitanya menjadi tidak produktif, tidak dapat memberikan kontribusi terhadap kualitas sosial, ekonomi, kesejahteraan masyarakat dan peningkatan kehidupan bahkan menjadi sangat tergantung pada orang lain. Stuart (2009) mengatakan lebih dari 75% dari pembayaran pajak di Amerika Serikat yang dialokasikan bagi pengobatan penderita gangguan jiwa dihabiskan untuk penderita skizofrenia. Klien gangguan jiwa berat tidak dapat bekerja lagi, tidak mampu memberikan kontribusi dalam penghidupan keluarga bahkan menjadi beban bagi masyarakat dan negara.

Beban akibat gangguan jiwa yang bersifat kronis dan ketidakmampuan yang diakibatkannya dihitung dengan indikator DALY (*Disability Adjusted Life Year*) atau hilangnya waktu produktif dalam setahun. DALY akibat gangguan jiwa pada tahun 2000 sebanyak 12,3% dan diproyeksikan menjadi 15% pada tahun 2020 (WHO, 2006; Kusumawati & Hartono, 2010). Beban kehilangan waktu produktif akibat gangguan jiwa lebih tinggi dibanding penyakit fisik dan akan terus meningkat di tahun-tahun yang akan datang. Gangguan jiwa selain menjadi beban bagi keluarga dan negara juga menimbulkan stigma baik bagi klien maupun keluarganya.

Connie (2009) menyampaikan hanya 43% responden yang ia teliti mengatakan akan memberitahu temannya bahwa ia menderita skizofrenia. Sebanyak 27% responden mengaku malu jika ada anggota keluarga yang sakit. Hampir seperempat responden tidak ingin memiliki rekan kerja dengan skizofrenia. Sebanyak 34 persen tidak menginginkan pimpinannya yang menderita skizofrenia meskipun mendapatkan perawatan dan pengobatan. Hampir setengah dari responden yang disurvei tentang kehidupan pribadinya mengatakan tidak ingin kencan dengan klien skizofrenia. Gangguan jiwa masih menjadi stigma yang dirasakan oleh klien, keluarga maupun orang-orang di sekitar klien, stigma juga berhubungan dengan tingkat harga diri seseorang.

Husain (2010) menjelaskan ada hubungan yang bermakna antara stigma yang dirasakan dengan tingkat harga diri. Harga diri tinggi merasakan stigma 13,2% lebih rendah dibanding moderat 57,7% dan harga diri rendah 58,1%. Masyarakat sebagian besar berpandangan negatif terhadap gangguan jiwa namun banyak juga yang percaya bahwa skizofrenia adalah penyakit medis, dan 85% pengobatan memungkinkan orang dengan skizofrenia dapat hidup mandiri (Connie, 2009). Data di atas menunjukkan bahwa stigma pada klien harga diri rendah berbanding terbalik dengan tingkatan harga diri klien, makin meningkat harga diri klien makin rendah stigma yang dirasakan. walaupun sebagian masyarakat yakin klien gangguan jiwa setelah pengobatan dapat hidup mandiri.

Gangguan jiwa berat yang paling banyak terjadi adalah skizofrenia. Stuart (2009) mengatakan di Amerika Serikat 1% atau satu dari 100 orang menderita skizofrenia, atau 2,5 juta orang, dengan tidak membedakan ras, kelompok etnis, atau gender. Gangguan terjadi mulai usia rata-rata 17 - 25 tahun, laki-laki rata-rata mulai usia 15 – 25 tahun, perempuan rata-rata 25 – 35 tahun. Gangguan jiwa berat terbanyak di Amerika adalah skizofrenia angka kejadian pada laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda.

Beberapa penelitian menunjukkan kelompok individu yang didiagnosis mengalami skizofrenia mempunyai insiden lebih tinggi untuk mengalami perilaku kekerasan (*American Psychiatric Association*, 2010). Data Biro Investigasi Federal (FBI) menjelaskan bahwa di Amerika Serikat setiap tahunnya terjadi sekitar 1,5 juta kasus kejahatan dengan kekerasan (pembunuhan, perkosaan, perampokan paksa dan penyerangan) dan sekitar 15.000 adalah kasus pembunuhan. Pembunuhan yang berkaitan dengan perilaku kekerasan merupakan penyebab utama kedua kematian pada usia 15 – 24 tahun, terutama dikalangan orang asing (55%) (Kaplan, 2007). Insiden perilaku kekerasan banyak dilakukan klien skizofrenia dan pembunuhan di Amerika Serikat berkaitan dengan perilaku kekerasan.

Survey yang dilakukan oleh *The National Institute of Mental Nursing Health's Epidemiologic Catchment Area* terhadap 10.000 orang yang pernah melakukan perilaku kekerasan ditemukan 37,7% berhubungan dengan penyalahgunaan zat, 24,6% alkoholik, 12,7 % skizoprenia, 11,7 gangguan depresi berat, 11% gangguan bipolar dan 2,1% tanpa gangguan (Kaplan & Saddock, 2007). Skizofrenia sebagian besar mulai terjadi pada usia remaja dan dewasa awal (usia produktif) baik pada laki-laki maupun perempuan. Klien skizofrenia memiliki kecenderungan melakukan kekerasan disamping penyalahgunaan zat, depresi berat dan gangguan bipolar.

Data statistik direktorat kesehatan jiwa menunjukkan klien gangguan jiwa berat terbesar di Indonesia adalah skizofrenia yaitu 70% (Dep.Kes, 2003) dan klien

yang di rawat di Rumah Sakit Jiwa di seluruh Indonesia 90% Skizofrenia (Jalil, 2006). Wahyuningsih (2009) melakukan penelitian tentang pengaruh terapi asertif pada klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan baik sebagai pelaku maupun korban, klien perilaku kekerasan mencapai 62,5% dari 72 responden yang diteliti. D'zurilla (2003) melakukan penelitian hubungan perilaku kekerasan dengan harga diri rendah, menyatakan ada hubungan yang bermakna antara harga diri rendah dengan perilaku kekerasan, dimana klien harga diri rendah cenderung memiliki hambatan dalam memecahkan masalah dan menyebabkan kemarahan. Uraian di atas menggambarkan jenis gangguan jiwa yang paling banyak di Indonesia adalah skizofrenia, lebih tinggi dibandingkan dengan di Amerika. Klien perilaku kekerasan banyak ditemukan pada klien dengan skizofrenia dan terdapat keterkaitan antara harga diri rendah dengan kemarahan / perilaku kekerasan.

Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkrit, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal serta memecahkan masalah (Stuart, 2009). Kriteria DSM-IV-TR untuk gangguan skizofrenia harus ada gangguan suasana perasaan yang disertai delusi atau halusinasi selama kurang lebih dua minggu dalam ketiadaan gejala-gejala suasana perasaan yang menonjol. (*American Psychiatric Association*, 2010). Skizofrenia menurut PPDGJ III (dalam Maslim, 2001) memiliki gabungan gejala positif dan negatif yang bermakna selama satu bulan atau lebih. Skizofrenia merupakan penyakit otak yang persisten dan serius ditandai dengan gangguan suasana perasaan, delusi atau halusinasi berlangsung kurang lebih dua minggu.

Gejala positif skizofrenia adalah delusi, halusinasi, kekacauan kognitif, disorganisasi bicara, dan perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah dan perilaku kekerasan, sehingga selama ini masyarakat berpendapat klien skizofrenia perlu diasingkan dan dirawat di rumah sakit (Videbeck, 2008). Gejala negatif atau gejala samar yang dialami klien skizofrenia dapat berupa afek datar, tidak memiliki kemauan, merasa tidak nyaman dan menarik diri dari masyarakat (Videbeck, 2008). Gejala negatif lain dari klien skizofrenia adalah ekspresi emosi

terbatas (*emotional withdrawal*), keterbatasan pembicaraan, pikiran, keterbatasan perilaku mencapai tujuan, anhedonia, afek tumpul dan penurunan atensi / perhatian (Sinaga, 2007). Upaya penarikan diri klien dari masyarakat sering disebabkan oleh rasa tidak percaya diri atau harga diri rendah merasa asing atau berbeda dari orang lain, tidak percaya kalau ia individu yang berharga. Gejala negatif yang terjadi membuat orang mudah mengenalinya, hal ini menyebabkan munculnya stigma di masyarakat. Gejala positif dan negatif pada klien skizofrenia memiliki karakteristik yang berbeda sehingga diagnosis keperawatan yang muncul juga bervariasi.

Diagnosis keperawatan yang bisa muncul pada klien skizofrenia adalah gangguan komunikasi verbal, gangguan persepsi sensorik, kerusakan interaksi sosial, gangguan proses berpikir, kecemasan, citra tubuh terganggu, kebingungan akut, koping keluarga dikompromikan, koping tidak efektif, konflik putusan, putus asa, gangguan memori, ketidakpatuhan, identitas pribadi terganggu, kinerja peran tidak efektif, defisit perawatan diri (mandi / kebersihan, berpakaian / dandan) , isolasi sosial, risiko bunuh diri, manajemen regimen terapeutik tidak efektif (Stuart, 2009), risiko perilaku kekerasan pada diri sendiri atau orang lain (Towsend, 2009). Diagnosis keperawatan pada klien skizofrenia di atas sesuai dengan gejala positif dan gejala negatif yang muncul.

Sebagian besar klien skizofrenia dibawa ke rumah sakit jiwa karena perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan salah satu gejala yang menjadi alasan bagi keluarga untuk merawat klien di rumah sakit jiwa karena berisiko membahayakan dirinya dan orang lain (Keliat, 2003). Alasan lain adalah perilaku kekerasan sangat erat kaitannya dengan harga diri rendah baik sebagai penyebab maupun akibat dari perilaku kekerasan. Keadaan di atas mendorong penulis melakukan penelitian pada klien skizofrenia yang memiliki diagnosis keperawatan perilaku kekerasan dan harga diri rendah.

Klien skizofrenia sering kali mengalami kemarahan, permusuhan dan berlanjut melakukan perilaku kekerasan karena ketidakmampuan mengungkapkan



kemarahnya secara asertif, ekspresi emosi terbatas, keterbatasan pembicaraan, pikiran, keterbatasan perilaku mencapai tujuan, dan kekacauan kognitif. Permusuhan merupakan emosi yang diungkapkan melalui kata-kata yang melecehkan, tidak ada kerja sama, pelanggaran aturan atau norma atau perilaku mengancam yang juga disebut agresi. Kemarahan akan menjadi perilaku kekerasan ketika individu mengalami frustrasi, terluka atau takut (Videbeck, 2008; Kaplan, 2007). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis (Keliat & Akemat, 2010). Jadi perilaku kekerasan merupakan kemarahan yang maladaptif, tidak terkendali dan dilakukan secara tidak asertif sehingga menimbulkan kerugian bagi diri sendiri dan orang lain.

Harga diri rendah adalah evaluasi diri negatif dan berhubungan dengan perasaan yang lemah, tak berdaya, putus asa, ketakutan, rentan, rapuh, tidak lengkap, tidak berharga, dan tidak memadai (Stuart, 2009). Keliat dan Akemat (2010) mengatakan harga diri rendah kronis adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Berdasarkan keadaan di atas klien perilaku kekerasan maupun harga diri rendah memerlukan tindakan keperawatan yang tepat, akurat dan memberikan dampak positif yang berkelanjutan.

Tindakan keperawatan pada klien perilaku kekerasan maupun harga diri rendah disesuaikan apakah masalah tersebut sudah aktual atau risiko. Pada kondisi aktual klien perilaku kekerasan lebih ditekankan kepada penyelamatan klien dan lingkungan sekitarnya dengan manajemen krisis baik secara biologi dengan psikofarmaka maupun secara fisik dengan seklusi atau restrain (Stuart, 2009). Keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan menurut Keliat dan Akemat (2010) adalah dengan cara mengajarkan klien mengenal dan memahami perilaku kekerasan yang dilakukannya serta mengajarkan cara mengendalikan marah / perilaku kekerasan secara fisik, sosial/verbal, spiritual dan pemanfaatan obat. Tindakan keperawatan klien harga diri rendah kronis adalah memperluas kesadaran diri, eksplorasi diri, mengeksplorasi diri dengan mengenali kemampuan dan aspek

positif yang dimiliki, merencanakan yang realistis dan bertindak secara realistis dengan melakukan aktifitas sesuai dengan kemampuannya (Riyadi & Purwanto, 2009; Stuart, 2009). Tindakan keperawatan pada klien perilaku kekerasan maupun harga diri rendah di atas, akan lebih sempurna dan meningkatnya kemampuan klien akan lebih permanen bila dipadukan dengan tindakan keperawatan lanjut / spesialis.

Tindakan keperawatan lanjut / spesialis pada klien dengan perilaku kekerasan adalah *cognitive therapy* (CT), *logotherapy*, terapi realita dan psikoedukasi keluarga (Videbeck, 2008), *behaviour therapy* (BT), *cognitive behaviour therapy*, *through stopping*, *asertive trainning*, *rational emotive behavior therapy* (REBT). Terapi keluarga : psikoedukasi keluarga, *triangle therapy*. Terapi kelompok : *supportive group therapy*. Tindakan keperawatan spesialis pada klien harga diri rendah adalah terapi spesialis individu : *cognitive therapy* (CT), *cognitive behaviour therapy* (CBT), *through stopping*, *asertive trainning*, *rational emotive behaviour therapy* (REBT). Terapi keluarga : psikoedukasi keluarga, *triangle therapy*. Terapi kelompok : *supportive group therapy*. Terapi tersebut sebagian telah dilakukan penelitian namun masih terbatas satu persatu terapi spesialis secara terpisah terhadap satu diagnosis pada klien dengan hasil yang bermakna.

Penelitian tentang CBT dan REBT telah banyak dilakukan baik di dalam maupun di luar negeri, Fauziah (2009) melakukan penelitian CBT pada klien perilaku kekerasan, Sasmita (2007) melakukan penelitian CBT pada klien HDR. Putri (2010) melakukan penelitian REBT pada klien perilaku kekerasan, dan Johan Rieckert (2000) melakukan penelitian REBT pada wanita dengan riwayat seksual abuse pada masa kanak-kanak.

Penelitian yang dilakukan oleh Fauziah (2009) tentang CBT pada klien perilaku kekerasan didapatkan hasil : kemampuan kognitif klien meningkat secara bermakna dari 35,31 menjadi 43,23 (nilai maksimal 48). Kemampuan kognitif klien meningkat dengan selisih 7,92 tetapi belum mencapai maksimal. Kemampuan prilaku adaptif meningkat secara bermakna dari 61,00 menjadi 86,46

(nilai maksimal 88) Kemampuan perilaku adaptif klien meningkat dengan selisih 25,46, tetapi belum mencapai nilai maksimal. *Cognitive behavior therapy* yang dilakukan memberikan dampak peningkatan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku adaptif klien secara bermakna dimana peningkatan kemampuan perilaku adaptif lebih tinggi dibanding peningkatan kemampuan kognitif, namun belum mencapai nilai maksimal dan masih memungkinkan untuk ditingkatkan sampai nilai maksimal.

Penelitian yang dilakukan oleh Sasmita (2007) tentang CBT pada klien harga diri rendah mendapatkan hasil : Kemampuan kognitif klien meningkat dari 31,45 menjadi 48,59 selisih 17,14 (nilai maksimal 58). Kemampuan perilaku klien meningkat dari 35,07 menjadi 48,07 selisih 17,30 (nilai maksimal 58). Penelitian CBT pada klien harga diri rendah ini terbatas pada kemampuan kognitif dan perilaku klien, belum meneliti tentang emosi dan aspek yang lain. Kemampuan perilaku klien harga diri rendah meningkat lebih tinggi dibandingkan kognitif setelah dilakukan CBT, tapi belum mencapai nilai maksimal sehingga masih harus ditingkatkan terus dengan mengulang CBT atau melakukan terapi yang lainnya.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Johan Rieckert (2000) terhadap 28 orang wanita yang mempunyai riwayat seksual abuse pada masa kanak-kanak, terapi REBT secara signifikan dapat mengurangi depresi, kecemasan, kemarahan, perasaan bersalah dan harga diri yang rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Putri (2010) tentang REBT pada klien perilaku kekerasan, dilihat dari lima variabel yang diteliti yaitu : Respon emosi dari 17,12 menurun menjadi 14,20 (nilai penurunan optimal 12). Respon perilaku dari 13,00 menurun menjadi 10,68 (nilai penurunan optimal 6). Respon fisiologis dari 9,04 menurun menjadi 6,48 (nilai penurunan optimal 6). Kemampuan kognitif dari 18,88 meningkat menjadi 22,68 (nilai maksimal 26). Kemampuan sosial dari 14,24 meningkat menjadi 15,84 (nilai maksimal 19). Rational emotive behavior therapy terbukti dapat menurunkan respon emosi, perilaku dan gejala fisiologis perilaku kekerasan dan meningkatkan kemampuan kognitif dan sosial klien perilaku kekerasan, REBT lebih maksimal meningkatkan kemampuan kognitif dan menurunkan emosi klien

dibandingkan dengan menurunkan respon perilaku kekerasan dan meningkatkan kemampuan social. Hasil penelitian secara keseluruhan belum mencapai nilai maksimal sehingga masih memungkinkan ditingkatkan lagi dengan menggabungkan terapi yang lain.

*Cognitive behaviour therapy* dan *rational emotive behavior therapy* yang dilakukan secara terpisah terbukti dapat membantu klien yang mengalami gangguan jiwa. *Cognitive behaviour therapy* meningkatkan kognitif dan perilaku adaptif klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah. Aspek perilaku adaptif klien meningkat lebih tinggi dibanding kognitifnya, namun tidak meningkatkan respon emosi rasional klien. *Rational emotive behavior therapy* sangat efektif untuk meningkatkan kemampuan kognitif dan menurunkan emosi klien namun kurang efektif untuk menurunkan respon perilaku kekerasan dan meningkatkan kemampuan social. Apabila CBT dan REBT digabungkan peneliti berasumsi akan meningkatkan emosi yang rasional, kemampuan kognitif dan perilaku adaptif klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah. *Cognitive behaviour therapy* dan *rational emotive behavior therapy* yang dilakukan secara bersama-sama pada klien yang memiliki lebih dari satu diagnosis masih perlu dibuktikan lebih lanjut. Selama ini belum ada praktik maupun penelitian khususnya di Indonesia yang memadukan beberapa terapi terhadap klien yang memiliki lebih dari satu diagnosis keperawatan secara bersama-sama.

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi (RSMM) Bogor. Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor merupakan Rumah Sakit tipe A khusus yang merawat klien dengan gangguan jiwa dan Napza, sebagai pusat rujukan klien gangguan jiwa dan pusat pengembangan keperawatan jiwa di Indonesia. Rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor memiliki kapasitas tempat tidur 641 dan 484 tempat tidur untuk klien gangguan jiwa dengan BOR : 64,4%, TOI 47,96 hari, dan LOS 86,7 hari (Rekam Medik RSMM, 2009).

Klien yang dirawat pada sembilan ruangan di RSMM saat praktik Mahasiswa Magister dan Spesialis Keperawatan Jiwa (Mahasiswa Residensi 2, 2010) adalah

291 orang dengan komposisi diagnose keperawatan Halusinasi 80,4%, Defisit perawatan diri 52,6%, Isolasi sosial 51,9%, Harga diri rendah (HDR) 42,6%, Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) 49,1%, Regiment terapatik inefektif 19,2%, Waham 1%, Berduka disfungsi 1%, Keputusan 1,4%, Risiko Bunuh Diri (RBD) 2,4%. Sebagian besar klien memiliki lebih dari satu diagnose keperawatan yaitu : Klien dengan risiko perilaku kekerasan disertai halusinasi dan harga diri rendah : 27,98%, klien risiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah : 28,54%, klien dengan Risiko perilaku kekerasan dan Halusinasi : 43,48%.(Mahasiswa Residensi, 2010). Pada umumnya klien masuk RSMM karena perilaku kekerasan.

Upaya yang telah dilakukan pada klien dengan diagnosis tunggal perilaku kekerasan atau harga diri rendah di RSMM adalah : *Cognitive therapy* (CT), *Behavior Therapy* (BT), *Cognitive Behavior Therapy* (CBT), *Assertive Training* (AT), *Relaksasi Progressive* (RP), *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) dan Psikoedukasi keluarga. Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor memiliki tenaga spesialis keperawatan jiwa dua orang dan satu orang masih dalam proses pendidikan. Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor bekerja sama dengan Fakultas Ilmu Keperawatan UI mengembangkan MPKP Jiwa bagi Perawat RSMM Bogor sejak tahun 2000 dan menjadi tempat praktik S2 (Magister Keperawatan Jiwa) serta Spesialis Keperawatan Jiwa, hal ini memungkinkan klien yang dirawat mendapat terapi yang bervariasi dan berkelanjutan.

## 1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas maka peneliti menyusun serangkaian rumusan masalah dalam penelitian ini, yaitu:

- 1.2.1. Klien dengan diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah sebanyak 28,54% dirawat di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor
- 1.2.2. Penelitian yang memadukan terapi lanjut (spesialis) : CBT dan REBT terhadap klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah belum dilakukan di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor.

- 1.2.3. Pengaruh CBT dan REBT dalam menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dan meningkatkan harga diri yang meliputi respon kognitif, emosi dan perilaku pada klien yang dirawat di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor belum diketahui.
- 1.2.4. Belum ada praktik yang memadukan beberapa terapi terhadap klien yang memiliki lebih dari satu diagnosis keperawatan secara bersama-sama.

### **1.3. Pertanyaan Penelitian**

Pertanyaan penelitian yang dapat dikemukakan dalam penelitian ini adalah:

- 1.3.1. Apakah terapi CBT dan REBT berpengaruh dalam menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah klien yang dirawat di ruang rawat inap RSMM Bogor.
- 1.3.2. Apakah penurunan gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada klien yang mendapatkan CBT dan REBT lebih tinggi dari pada yang tidak mendapatkan CBT dan REBT di ruang rawat inap RSMM Bogor.
- 1.3.3. Adakah karakteristik yang berkontribusi terhadap penurunan gejala dan peningkatan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dan meningkatkan harga diri klien yang dirawat di ruang rawat inap RSMM Bogor.

### **1.4. Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1. Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang Pengaruh CBT dan REBT terhadap penurunan gejala dan peningkatan kemampuan klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah di ruang rawat inap RSMM Bogor.

#### **1.4.2. Tujuan Khusus**

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah:

- 1.4.2.1. Diketuinya karakteristik klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah di ruang rawat inap RSMM Bogor.
- 1.4.2.2. Diketuinya pengaruh CBT dan REBT terhadap penurunan gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada klien yang dirawat di ruang rawat inap RSMM Bogor.

- 1.4.2.3. Diketuainya pengaruh CBT dan REBT terhadap peningkatan kemampuan klien yang dirawat di ruang rawat inap RSMM Bogor.
- 1.4.2.4. Diketuainya karakteristik yang berkontribusi terhadap penurunan gejala dan peningkatan kemampuan klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada klien yang dirawat di ruang rawat inap RSMM Bogor

## **1.5. Manfaat Penelitian**

### **1.5.1. Manfaat Aplikatif**

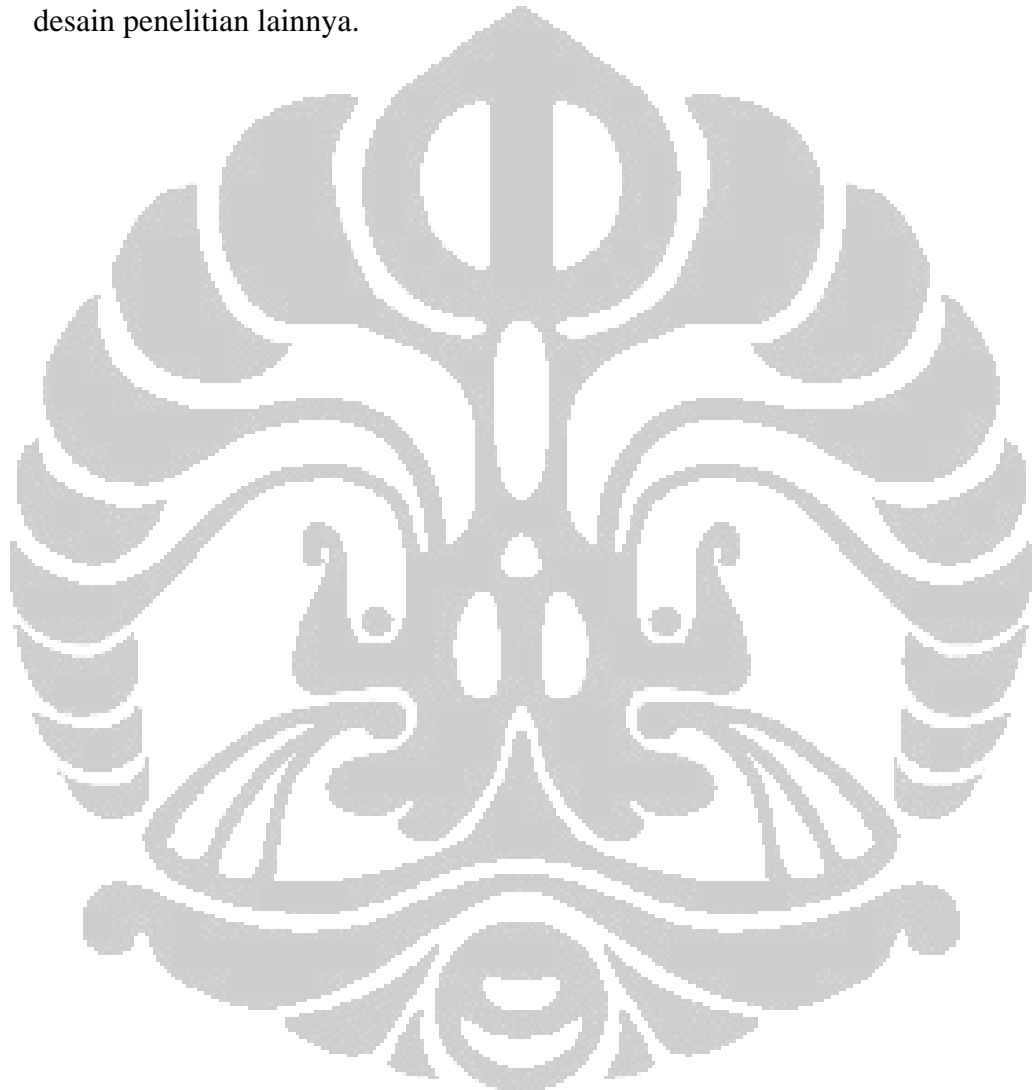
- 1.5.1.1. Menambah kemampuan perawat spesialis dalam melakukan terapi-terapi spesialis khususnya CBT dan REBT sebagai suatu bentuk terapi individu yang terpadu terhadap klien yang memiliki lebih dari satu diagnosis yaitu perilaku kekerasan dan harga diri rendah.
- 1.5.1.2. Menambah pengetahuan dan kemampuan melaksanakan terapi-terapi spesialis secara terpadu khususnya CBT dan REBT terhadap klien yang memiliki lebih dari satu diagnosis yaitu perilaku kekerasan dan harga diri rendah sebagai dasar kemampuan pendidikan lanjutan dan sertifikasi perawat spesialis.
- 1.5.1.3. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan perilaku kekerasan dan harga diri rendah khususnya asuhan keperawatan untuk spesialis.

### **1.5.2. Manfaat Keilmuan**

- 1.5.2.1. Mengembangkan terapi CBT dan REBT sebagai salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa yang terpadu bagi klien yang mengalami perilaku kekerasan dan harga diri rendah.
- 1.5.2.2. Penelitian ini sebagai dasar dalam mengembangkan konsep CBT yang dipadukan dengan REBT bagi klien yang memiliki diagnosis perilaku kekerasan dan harga diri rendah.

### **1.5.3. Manfaat Metodologi**

- 1.5.3.1. Dapat menerapkan teori atau metode yang terbaik dalam meningkatkan kemampuan klien yang memiliki lebih dari satu diagnosis yaitu perilaku kekerasan dan harga diri rendah.
- 1.5.3.2. Hasil penelitian berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk menurunkan perilaku kekerasan dan harga diri rendah dengan menggunakan desain penelitian lainnya.





## BAB 2

### TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Konsep dan teori yang dibahas sebagai rujukan dalam penelitian ini meliputi : konsep skizofrenia, konsep perilaku kekerasan, konsep harga diri rendah (HDR), konsep dan pedoman *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT), konsep dan pedoman *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT).

#### 2.1. Skizofrenia.

Hipocrates mengelompokan gangguan jiwa menjadi tiga kategori utama, yakni melankolia untuk menjelaskan depresi eksematis (mania) dan *phrenitis* (B. Yunani = peradangan otak) untuk menjelaskan ciri skizofrenia berupa tingkah laku yang aneh (*bizar*), pikiran-pikiran aneh, dan halusinasi pendengaran dan penglihatan (Semiun, 2006). Masyarakat sering kali mempunyai pengertian yang salah tentang skizofrenia. Klien skizofrenia sering kali dianggap orang yang sangat berbahaya sehingga mereka mendapat perlakuan yang tidak manusiawi, misalnya : perlakuan kekerasan, diasingkan, diisolasi atau dipasung dengan penatalaksanaan yang tidak adekuat dan fasilitas perawatan yang tidak memadai.

##### 2.1.1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak yang menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008). Skizofrenia adalah kombinasi dari gangguan pikir, gangguan persepsi, perilaku abnormal, gangguan afektif dan ketidakmampuan dalam bersosialisasi (Fontaine, 2009). Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang akan membebani masyarakat sepanjang hidup penderita, dikarakteristikan dengan disorganisasi pikiran, perasaan dan perilaku (Lenzenweger & Gottesman, 1994 dalam Sinaga, 2007). Skizofrenia merupakan gangguan neurobiologi otak yang persisten dan serius, sindroma secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan

hidup baik baik secara individu, keluarga, dan komunitas (Stuart, 2009). Jadi skizofrenia adalah gangguan neurobiologi yang persisten dan serius karena penyebab yang bervariasi, dengan karakteristik berupa disorganisasi pikiran, perasaan dan perilaku yang mengakibatkan ketidakmampuan dalam bersosialisasi dan penurunan kualitas hidup baik secara individu, keluarga maupun komunitas serta membebani masyarakat sepanjang hidup penderita.

### **2.1.2. Penyebab Skizofrenia**

Berdasarkan teori model *diathesis* stres, skizofrenia dapat timbul karena adanya integrasi dari faktor biologis, psikososial dan lingkungan. Sinaga (2007) mengatakan : seseorang yang rentan (*diathesis*) jika terpapar stresor akan lebih mudah menjadi skizofrenia.

#### **2.1.2.1. Biologis**

Penyebab skizofrenia dari segi biologis meliputi faktor genetik, neurotransmitter, neurobiologi, perkembangan syaraf otak dan teori-teori virus. Faktor genetik yang mengakibatkan terjadinya skizofrenia kemungkinan kromosom pada posisi ke 6 dan berhubungan dengan kromosom pada posisi ke 4, 8, 15, dan 22 untuk terjadinya skizofrenia (Buchanan & Carpenter, 2000 dalam Stuart, 2009). Anak dengan orang tua yang salah satunya mengalami skizoprenia mempunyai resiko 15%, bila kedua orang tua mengalami skizofrenia maka anak akan beresiko 35% mengalami skizofrenia, anak kembar identik (*dizygote*) mempunyai resiko 50%, kembar *fraternal* (*monozygotic*) 15%, Saudara kandung 10%, generasi kedua / tingkat kedua 2-3%, dan jika tidak ada keluarga yang sakit jiwa mempunyai resiko skizofrenia 1% (Stuart, 2009). Uraian di atas menunjukkan adanya hubungan keluarga terhadap kejadian skizofrenia yang bervariasi dimana adanya hubungan keluarga yang paling dekat pada anak kembar idetik memiliki resiko paling tinggi dibanding tidak ada riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Penelitian dengan menggunakan *Positron Emission Tomography* (PET) pada klien skizofrenia menunjukkan kurangnya aktifitas lobus frontal, abnormalitas metabolik sirkuit frontal, temporal dan serebaral. Lobus frontal berfungsi sebagai memori kerja, penurunan metabolik frontal dihubungkan dengan perjalanan penyakit yang lama dan adanya gejala negatif yang berat. Gejala positif klien skizofrenia berhubungan dengan peningkatan aliran darah di daerah *temporomedial* dan disintegrasi berhubungan dengan peningkatan aliran darah di daerah korteks *singulat* dan *striatum*. Pemeriksaan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) menunjukkan pelebaran di daerah ventrikular tiga dan lateral karena perubahan daerah periventrikular limbik striata, mengecilnya ukuran lobus frontal dan temporal terutama bila gejala negatif klien menonjol mengakibatkan menurunnya fungsi neurokognitif seperti : memori, atensi, pemecahan masalah, fungsi eksekutif dan *sosial cognition*. Pemeriksaan Elektro Ensefalografi (EEG) klien skizofrenia menunjukkan hilangnya aktivasi *gamma band*, yang menandakan melemahnya integrasi antara jaringan syaraf di otak. Teori *neurotransmitter* berhubungan dengan serotonin (5HT), Glutamat, NMDA, GABA, noorepineprin, dopamin (D1-D5) dimana reseptor D2 sangat mempengaruhi simptom positif dari skizofrenia (Sinaga, 2007; Stuart, 2009).

Pernyataan di atas menunjukkan kurangnya aktifitas lobus frontal, abnormalitas metabolik sirkuit frontal, temporal dan serebaral, peningkatan aliran darah di daerah korteks singulat dan striatum, perubahan daerah periventrikular limbik striata, mengecilnya ukuran lobus frontal dan temporal, hilangnya aktivasi *gamma band* dan perubahan *neurotransmitter* menunjukkan bahwa skizofrenia berkaitan dengan perubahan struktur dan fungsi otak. Hasil pemeriksaan diagnostik menunjukkan adanya pengaruh perubahan struktur dan fungsi otak terhadap terjadinya gangguan jiwa.

Perkembangan syaraf awal masa kehamilan ditentukan oleh asupan gizi dan trauma psikologis selama hamil. Anak-anak yang mengalami disfungsi situasi sosial seperti trauma masa kecil, kekerasan, hostilitas, dan

hubungan interpersonal yang kurang hangat sangat mempengaruhi perkembangan neurological anak sehingga lebih rentan untuk mengalami skizofrenia.

Teori virus yang disampaikan bahwa pada masa kehamilan khususnya pada trimester pertama bila terpapar virus influenza beresiko untuk terjadinya skizofrenia pada anak (Brown, 2004 dalam Stuart, 2009). Virus yang dapat melewati sawar uri dapat masuk ke dalam otak dan menghambat tumbuh kembang janin.

#### **2.1.2.2. Psikologis**

Skizofrenia secara psikologis faktor keluarga dan perilaku individu berpengaruh terhadap timbulnya skizofrenia. Ibu yang sering cemas, perhatian yang berlebihan atau sebaliknya tidak ada perhatian, ayah yang jauh atau yang memberikan perhatian berlebihan, konflik pernikahan, dan anak yang di dalam keluarga selalu dipersalahkan (Stuart & Laraia, 2005), Kecemasan, perhatian yang salah, konflik orang tua dan komunikasi dalam bentuk pesan ganda memudahkan individu untuk mengalami skizofrenia.

#### **2.1.2.3. Sosial dan lingkungan**

Faktor pencetus dan kekambuhan klien skizofrenia dipengaruhi oleh *emotional turbulent families*, *stressful life event*, diskriminasi, dan kemiskinan (Sinaga, 2007), keluarga yang sangat mengekspresikan emosi (Isaacs, 2005). Lingkungan emosional yang tidak stabil dan stresor sosial mempunyai risiko yang besar pada perkembangan skizofrenia. Diskriminasi pada komunitas minoritas mempunyai angka kejadian skizofrenia yang tinggi. Status sosioekonomi mengacu pada pendapatan, pendidikan dan pekerjaan individu (Lipson, 1996 dalam Videbeck, 2008). sosioekonomi yang rendah lebih banyak menimbulkan risiko mengalami skizofrenia dibanding pada tingkat sosioekonomi tinggi (Sari, 2009). Tingkat ekonomi yang rendah dan lingkungan yang penuh kekerasan (Wardani, 2009). Jadi faktor sosial ekonomi yang dapat mempengaruhi

terjadinya skizofrenia adalah : *emotional turbulent families, stressful life event*, diskriminasi, dan kemiskinan, lingkungan emosional yang tidak stabil, diskriminasi, dan status sosial ekonomi yang rendah

### 2.1.3. Gejala Skizofrenia

Klien dengan skizofrenia tidak semuanya menunjukkan gejala yang sama. Stuart (2009) membagi tanda dan gejala skizofrenia dalam empat dimensi utama yaitu gejala positif, gejala negatif, gejala kognitif dan gejala depresi dan perubahan mood lainnya. Sedangkan menurut Sinaga (2007) simptom Skizofrenia dibagi dalam lima dimensi yaitu : simptom positif, simptom negatif, simptom kognitif, simptom agresif dan *hostile*, serta simptom depresi dan *anxious* :

- 2.1.3.1. Gejala Positif menurut Stuart (2009) terdiri atas halusinasi, delusi, bicara yang tidak terorganisasi dan perilaku yang aneh, menurut Sinaga (2007) ditambah dengan katatonis dan agitasi.
- 2.1.3.2. Gejala Negatif Stuart (2009) terdiri atas afek tumpul, ketidakmampuan dalam berpikir, kehilangan motivasi, ketidakmampuan dalam mengalami perasaan senang dan kegembiraan, menurut Sinaga (2007) ditambah dengan bersikap menjadi lebih pasif dan menarik diri dari hubungan sosial.
- 2.1.3.3. Gejala Kognitif menurut Stuart (2009) terdiri atas kurang perhatian, mudah terdistraksi, gangguan memori, ketidakmampuan dalam memecahkan masalah, ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, dan tidak logis, menurut Sinaga (2007) gangguan kognitif yang paling berat adalah : gangguan kemampuan menghasilkan pembicaraan yang spontan, membuat urutan peristiwa, kewaspadaan, prioritas dan perilaku pada hubungan sosial.
- 2.1.3.4. Gejala Depresi dan Perubahan Mood menurut Stuart (2009) terdiri atas *dysphoria*, keinginan bunuh diri dan ketidakberdayaan, menurut Sinaga, (2007) mood cemas, rasa bersalah, *tension* dan iritabilitas.

**2.1.3.5.** Gejala / simptom agresif dan *hostile* menurut Sinaga (2007) berupa penyerangan secara fisik atau verbal, perilaku mencelakakan diri sendiri (*suicide*) merusak barang orang lain atau seksual *acting out*

Gejala yang muncul sangat dipengaruhi oleh jenis atau tipe skizofrenia yang terjadi pada klien. Pada umumnya klien skizofrenia memiliki gejala / *symptom* yang menyebabkan individu mengalami penurunan dalam kehidupan sehari - hari, kemampuan berhubungan dengan orang lain, merawat diri, dan fungsi sosial. gangguan memori, ketidakmampuan dalam memecahkan masalah, ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, simptom agresif dan *hostile* berupa penyerangan secara fisik atau verbal, merusak barang orang lain atau seksual *acting out* dapat memunculkan diagnosis keperawatan perilaku kekerasan dan harga diri rendah.

#### **2.1.4. Diagnosis Skizofrenia**

**2.1.4.1.** Kriteria diagnostik skizofrenia menurut DSM IV-TR (Sinaga, 2007) adalah : terdapat dua atau lebih gejala : waham, halusinasi, bicara disorganisasi, perilaku disorganisasi atau katatonik yang jelas, simptom negatif, contohnya : afek datar, *alogia* atau *avolition*, selama satu bulan atau kurang dari satu bula jika pengobatan berhasil, dapat hanya satu gejala bila dijumpai waham *bizarre* atau halusinasi dengar berupa mengomentari perilaku klien atau dua / lebih suara yang berbicara (*voices cinversing*).

**2.1.4.2.** Disfungsi sosial atau pekerjaan

**2.1.4.3.** Durasi : gangguan terus menerus selama enam bulan

**2.1.4.4.** Disingkirkan gangguan skizoafektif dan gangguan mood

**2.1.4.5.** Disingkirkan gangguan penggunaan zat atau kondisi medis umum

**2.1.4.6.** Jika terdapat gangguan perkembangan *pervasive*, diagnosis tambahan skizofrenia dibuat bila waham dan halusinasi menonjol.

### 2.1.5. Tipe Skizofrenia

Perbedaan tipe dari skizofrenia adalah berdasarkan pengalaman terhadap gejala-gejala yang dialami oleh klien. Selama gejala-gejala yang dialami klien berubah-ubah maka tipe skizofrenia dari individu dapat lebih dari satu tipe. Berdasarkan DSM-IV-TR (APA, 2009) tipe dari skizofrenia terdiri atas : skizofrenia katatonik skizofrenia residual, skizofrenia terdiferensiasi, skizofrenia disorganisasi, skizofrenia paranoid. Skizofrenia paranoid adalah jenis penyakit jiwa yang paling umum. Gambaran klinisnya relatif stabil, sering ditemukan adanya rasa curiga, delusi, pada umumnya ditemani oleh halusinasi terutama halusinasi pendengaran, gangguan persepsi, gangguan afek, gangguan pada keinginan/minat, suara dan gejala katatonik tidaklah menonjol (ICD 10 WHO, 1992). Gambaran utama skizofrenia paranoid adalah asyik dengan satu atau beberapa delusi atau halusinasi pendengaran yang sering ( DSM-IV-TR dalam Stuart & Laraia, 2005). Klien dengan delusi / waham curiga yakin orang lain akan menangkapnya dan ia melawan dengan perilaku agresif untuk melindungi dirinya, klien dengan halusinasi pendengaran memungkinkan mendengar suara orang yang menyuruhnya untuk menyakiti orang lain (Videbeck, 2008). Handayani (2007) mengatakan klien umumnya bersikap sangat bermusuhan terhadap orang lain. Klien dengan skizofrenia dapat melakukan kekerasan terkait dengan waham dan halusinasinya atau gangguan afek emosi serta hambatan dalam keinginan / minat yang menyebabkan frustrasi dan akhirnya melakukan kekerasan.

Perilaku kekerasan lebih sering terjadi pada skizofrenia paranoid ( 76% ) dan ( 24% ) pada skizofrenia yang lainnya (Keliat, 2003). Survey yang dilakukan Sulastri (2008) terhadap klien perilaku kekerasan, ditemukan 80% dengan diagnosa skizofrenia paranoid sedangkan sisanya termasuk skizofrenia jenis lainnya. Uraian di atas menunjukkan bahwa skizofrenia paranoid adalah tipe skizofrenia yang paling sering mengalami perilaku kekerasan.

### 2.1.6. Terapi Psikofarmaka

Pengobatan skizofrenia lebih efektif bila dimulai sedini mungkin saat gejala mulai muncul (*World Federation for Mental Health*, 2008). Tatalaksana pengobatan Skizofrenia mengacu pada penatalaksanaan Skizofrenia secara umum yaitu:

#### 2.1.6.1. Anti Psikotik

Obat antipsikotik memiliki dua kelompok yaitu antipsikotik generasi pertama (tipikal) dan antipsikotik generasi kedua (atipikal). Antipsikotik tipikal bekerja dengan memblokir reseptor *dopamine* (D2) di mesolimbik sehingga sering disebut Antagonis Reseptor Dopamin (ARD). Antipsikotik tipikal mempunyai peranan yang cepat dalam menurunkan gejala positif seperti waham atau halusinasi tetapi juga cepat menyebabkan kekambuhan. Selain bekerja di mesolimbik juga di mesokortikal yang memperberat gejala negatif dan gejala kognitif, bekerja di *nigrostriatal* menyebabkan gangguan pergerakan hiperkinetik (*tardive dyskinesia*), bekerja di *tuberoinfundibular* menyebabkan peningkatan kadar prolaktin (Sinaga, 2007). jenis antipsikotik tipikal antara lain *haloperidol*, *trifluoperazine*, *chlorpromazine* (CPZ) dan *loxapine* (Varcarolis, 2006), *fluphenazine*, *thiothixene*, *perphenazine*, *molindone*, *thiordazine* dan *mesoridazine* (Sinaga, 2007). Antipsikotik tipikal sangat efektif untuk menurunkan gejala positif tetapi dapat meningkatkan gejala negatif, gejala kognitif, menyebabkan *tardive dyskinesia* dan peningkatan kadar prolaktin.

Antipsikotik atipikal atau Serotonin Dopamin Antagonis (SDA) bekerja melalui interaksi antara serotonin dan dopamin pada keempat jalur dopamin di otak sehingga efek samping *Extra Pyramidal Symptom* (EPS) lebih rendah dan efektif untuk mengatasi simptom negatif (Sinaga, 2007). Kelompok atipikal memiliki karakteristik : efek ekstrapiramidal minimal, mengatasi gejala positif sebaik mengatasi gejala negatif dan meningkatkan neurokognitif, juga bisa mengatasi gejala cemas dan depresi, menurunkan kecenderungan perilaku bunuh diri dan



memperbaiki fungsi neurokognitif (Varcarolis, 2006). Jenis antipsikotik atipikal adalah *clozapine*, *risperidon*, *olanzapine*, *qutiapine*, *zotepine*, *ziprasidone*, *aripiprazole* (Sinaga, 2007). Antipsikotik atipikal lebih efektif dalam menurunkan gejala positif dan negatif dengan efek samping yang lebih ringan serta berdampak positif terhadap gejala cemas dan depresi, menurunkan kecenderungan perilaku bunuh diri dan memperbaiki fungsi neurokognitif.

#### **2.1.6.2. Anti Maniak**

Klien skizoprenia disertai dengan gejala akut perilaku kekerasan efektif diatasi dengan pemberian antimaniak seperti *lithium* (Varcarolis, 2006). *Lithium* membantu menekan episode kekerasan pada skizofrenia. Anti maniak selain digunakan untuk klien gangguan bipolar, juga dapat digunakan untuk menekan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.

#### **2.1.6.3. Obat pencegahan efek ekstrapiramidal**

Jenis obat untuk mencegah sindrom ekstrapiramidal dan parkinsonisme adalah *trihexyphenidil* (THP), *biperidin* dan *diphenhidramine hydrochloride*. *Trihexyphenidil* (*Artane*) dosis yang digunakan : 1 – 15 mg/hari dan *diphenhidramine* 10 – 400 mg/hari. (Kaplan & Sadock, 2007). Setiap obat mempunyai kecenderungan menimbulkan efek samping diantaranya sindrom ekstrapiramidal dan parkinsonisme terutama antipsikotik tipikal. Upaya untuk mencegah timbulnya efek samping di atas klien diberikan obat : THP, *biperidin* atau *diphenhidramine hydrochloride*.

Pengobatan dasar pada klien skizofrenia adalah pemberian anti psikotik baik tipikal maupun atipikal tergantung karakteristik, kemampuan dan efek samping yang dialami klien. Klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan pada umumnya diberikan juga obat antimaniak dan untuk menurunkan efek samping klien juga diberikan obat pencegah efek ekstra piramidal.

## **2.2. Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah**

Perilaku kekerasan merupakan salah satu diagnosis keperawatan pada klien skizofrenia yang sering muncul dan menjadi alasan klien dirawat di Rumah Sakit Jiwa. Harga diri rendah adalah diagnosis keperawatan yang sangat erat kaitannya dengan perilaku kekerasan. Harga diri rendah dapat menyebabkan perilaku kekerasan karena pada umumnya klien harga diri rendah tidak memiliki sumber coping yang memadai dan tidak mampu menggunakan mekanisme coping yang adaptif. Klien perilaku kekerasan yang mengalami distorsi kognitif, menggunakan sikap / emosi dan perilaku yang tidak adaptif dapat menyebabkan harga diri rendah.

### **2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah**

Perilaku Kekerasan/Agresifitas adalah satu kategori perilaku yang dapat mencakup serangan fisik terhadap diri benda maupun orang lain, termasuk paksaan, intimidasi, gaya manajerial yang mengakibatkan konsekuensi psikologis merugikan orang lain dan direncanakan mengucilkan sosial orang lain (Kaplan, 2007). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis (Keliat & Akemat, 2010). World Health Organization (1999) mengemukakan bahwa kekerasan adalah penggunaan kekuatan fisik dan kekuasaan, ancaman atau tindakan untuk diri sendiri, perorangan atau sekelompok orang atau masyarakat yang kemungkinan besar mengakibatkan memar/trauma, kematian, kerugian psikologis, kelainan perkembangan atau perampasan hak. Perilaku kekerasan adalah tindakan menciderai orang lain, diri sendiri, merusak harta benda (lingkungan), dan ancaman secara verbal (Keliat, 2003). Berdasarkan pernyataan di atas maka perilaku kekerasan atau agresifitas dapat didefinisikan sebagai kategori perilaku yang mencakup serangan fisik terhadap diri sendiri, benda maupun orang lain secara fisik maupun psikologis dengan menggunakan kekuatan fisik dan kekuasaan mengakibatkan memar/trauma, kematian, kerugian psikologis, kelainan perkembangan atau perampasan hak baik aktual maupun risiko.

Perilaku kekerasan merupakan salah satu ciri / gejala positif klien Skizofrenia. Gejala negatif atau gejala samar yang dialami klien skizofrenia dapat berupa afek datar, tidak memiliki kemauan, merasa tidak nyaman, dan menarik diri dari masyarakat (Videbeck, 2008), ekspresi emosi terbatas (*emotional withdrawal*), keterbatasan pembicaraan, pikiran, keterbatasan perilaku mencapai tujuan, anhedonia, afek tumpul, dan penurunan atensi / perhatian (Sinaga, 2007). Klien perilaku kekerasan sering mempunyai gambaran diri yang negatif dan kurang percaya diri, sehingga untuk menutupi kelemahannya klien berperilaku kekerasan agar mendapatkan pernyataan lebih kuat atau dominan dibanding orang lain (Hamid, 2008). Upaya penarikan diri klien dari masyarakat sering disebabkan oleh rasa tidak percaya diri atau harga diri rendah merasa asing atau berbeda dari orang lain, tidak percaya kalau ia individu yang berharga. Perilaku kekerasan pada klien harga diri rendah terjadi sebagai upaya untuk menutupi kelemahannya dan untuk mendapat pengakuan dari orang lain.

Harga diri adalah penilaian pribadi seseorang terhadap nilai diri, berdasarkan seberapa baik perilaku sesuai dengan ideal diri. (Stuart, 2009). Harga diri rendah adalah evaluasi diri negatif dan berhubungan dengan perasaan yang lemah, tak berdaya, putus asa, ketakutan, rentan, rapuh, tidak lengkap, tidak berharga, dan tidak memadai (Stuart, 2009), sedangkan menurut Keliat dan Akemat (2010) harga diri rendah kronis adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Jadi harga diri rendah kronis adalah evaluasi diri negatif, tak berdaya, putus asa, ketakutan, rentan, rapuh, tidak lengkap, tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri.

### **2.2.2 Proses Terjadi Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah**

Model stress adaptasi Stuart (2009) menyatakan keperawatan jiwa memandang perilaku manusia dalam perspektif yang holistik terdiri atas

biologis, psikologis dan sosiokultural, yang saling berintegrasi. Komponen biospikosial dari model tersebut termasuk dalam faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping dan mekanisme koping.

### 2.2.2.1 Faktor Predisposisi

Stuart (2009) mengatakan faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stress.

#### Faktor Predisposisi Biologi

Faktor predisposisi biologi merupakan karakteristik fisik seseorang yang berpengaruh dalam menghadapi stressor. Faktor predisposisi biologis meliputi struktur otak hipotalamus dan neurotransmitter. Struktur otak yang berhubungan dengan perilaku agresif dan depresi yang mengakibatkan harga diri rendah adalah sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal (Videbeck, 2008) dan hipotalamus (Yosep, 2007). Ketidakeimbangan neurotransmitter juga mendorong munculnya perilaku kekerasan atau depresi (Niehoff, 2002; Hoptman, 2003 dalam Stuart & Laraia, 2005; Kaplan, 2007)). Gangguan pada struktur otak, hipotalamus dan neurotransmitter berpengaruh terhadap perilaku kekerasan dan harga diri rendah.

Sistem limbik berkaitan dengan mediasi dorongan dasar (*basic drive*) dan ekspresi emosi serta tingkah laku manusia seperti: makan, agresi dan respon seksual, termasuk proses informasi dan memori. Sintesa informasi ke dan dari area lain di otak mempengaruhi emosi dan perilaku. Varcarolis (2003) mengatakan perubahan dalam *system limbic* berakibat pada peningkatan atau penurunan perilaku agresif, amuk dan takut. Sistem limbik sangat berpengaruh pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah karena sistem limbik merupakan pusat emosi dan tingkah laku

manusia, gangguan pada sistem limbik menyebabkan seseorang tidak mampu mengendalikan emosi dan tingkah lakunya.

Lobus frontal berperan penting dalam mediasi tingkah laku yang berarti dan pikiran yang rasional, termasuk fungsi bicara, fungsi pikir dan kontrol berbagai ekspresi emosi (Townsend, 2009). Kerusakan pada lobus frontal berakibat gangguan pertimbangan, perubahan kepribadian, masalah pengambilan keputusan, ketidaksesuaian dalam berhubungan dan luapan agresif.

Gangguan berfikir bicara serta emosi menyebabkan kognitif klien negatif tentang diri, orang lain dan lingkungan serta berperilaku yang maladaptif sebagai akibat kognitif negatif. Kondisi di atas memudahkan munculnya gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada klien.

Lobus temporal dari otak terbagi beberapa struktur dengan sistem limbik. Lobus temporal berkaitan dengan pendengaran, keseimbangan dan juga sebagian dari emosi dan memori (Boyd & Nihart, 1998; Townsend, 2009), bahasa, ingatan dan emosi (Kaplan, 2007).

Gangguan dalam menerima dan menyampaikan informasi secara verbal yang juga dipengaruhi oleh daya ingat klien akan mempengaruhi emosi klien yang akan menimbulkan perilaku kekerasan dan harga diri rendah.

Hipotalamus berperan dalam mempengaruhi terjadinya perilaku agresif / kekerasan, dimana kondisi stres akan meningkatkan level hormon steroid, yang disekresi kelenjar adrenal. Hipotalamus berfungsi sebagai sistem alarm otak merangsang kelenjar pituitari untuk menghasilkan lebih banyak steroid (Varcarolis, 2006).

Stimulasi berulang sistem hormonal berespon lebih kuat terhadap provokasi menyebabkan stres traumatik yang bersifat permanen sehingga beresiko memiliki perilaku kekerasan atau tidak percaya diri dan harga diri rendah .

*Neurotransmitter* di otak dapat mempengaruhi perilaku manusia. Rendahnya *neurotransmitter* serotonin meningkatkan iritabilitas, hipersensitivitas terhadap provokasi, dan perilaku amuk. Individu dengan impulsif, bunuh diri, dan membunuh, mempunyai lebih rendah serotonin dari pada level 5 *hydroxyindoleacetic acid* ( 5-HIAA ). Penelitian menunjukkan adanya hubungan antara agresif impulsif dengan rendahnya level *neurotransmitter* serotonin (Kaplan, 2007; Stuart, 2009). Suatu gangguan genetik pada fungsi serotonin merupakan predisposisi terjadinya perilaku agresif impulsif (Kavoussi, dalam Varcarolis, 2006). *Neurotransmitter* lain yang berkaitan dengan perilaku agresif adalah *dopamine*, *noorepinephrine*, dan *acetylcholine* serta asam amino *Gamma-aminobutyric acid*. *Noorepinephrine* berfungsi kesiagaan, perhatian dan orientasi. Peningkatan *noorepinephrine* menyebabkan agresifitas dapat berlanjut pada perilaku kekerasan, penurunan *noorepinephrine* menyebabkan penurunan fungsi kesiagaan, perhatian dan orientasi dan cenderung berfikir dan berperilaku negatif yang berakhir dengan harga diri rendah.

### **Faktor Predisposisi Psikologis**

Stuart (2009) mengatakan yang termasuk dalam faktor predisposisi psikologis diantaranya intelegualitas, kepribadian, moralitas, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologi, kemampuan mengendalikan diri. Aspek intelegualitas sebagai salah satu faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa karena berhubungan dengan kemampuan seseorang dalam menyampaikan ide atau pendapatnya, selanjutnya akan berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk memenuhi harapan dan keinginan yang ingin dicapai dalam hidupnya. Ketidakseimbangan yang terjadi antara kemampuan dan keinginan, menyebabkan adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi terkait dengan ideal dirinya.

Kepribadian merupakan faktor psikologis dari seseorang, seperti tipe kepribadian *introvert*, menutup diri dari kemungkinan orang-orang yang memperhatikannya, sehingga tidak memiliki orang terdekat atau orang yang berarti dalam hidupnya. Seseorang yang tidak dikenalkan dengan konsep moral baik dan buruk, misalnya terkait dengan keyakinan spiritual, menyebabkan seseorang tidak memiliki landasan yang kuat untuk membentuk mekanisme koping dalam menghadapi masalah dalam kehidupannya (Townsend, 2009). Kepribadian *introfert*, tidak dikenalkan dengan konsep moral baik dan buruk menyebabkan seseorang tidak memiliki landasan untuk membentuk mekanisme koping dalam menghadapi masalah.

Kegagalan dalam melaksanakan tugas perkembangan dapat mengakibatkan individu tidak percaya diri, tidak percaya pada orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap hubungan dengan orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan, mudah tersinggung karena tidak mampu mengendalikan marah secara asertif. Pola asuh yang kurang tepat pada fase pertumbuhan dan perkembangan seseorang, tidak sesuai dengan tugas perkembangannya mengakibatkan keadaan moral yang tidak adekuat dan orang tersebut menjadi rapuh serta tidak memiliki mekanisme koping yang adaptif. Predisposisi dari aspek tumbuh kembang berupa pola asuh yang kurang tepat menyebabkan kegagalan melaksanakan tugas perkembangan.

Faktor psikologis lainnya yang sangat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan, yaitu pengalaman masa lalu. Pengamalan hidup yang tidak baik mengakibatkan penilaian negatif terhadap situasi dan kejadian. Penilaian negatif selanjutnya mempengaruhi perasaan klien sehingga pada klien perilaku kekerasan dapat ditemukan ungkapan perasaan : dikesampingkan, dipermalukan, ketakutan, dibuang, bersalah, menyakitkan, ditolak, tidak adekuat, tidak aman, tidak didengarkan, situasi di luar kontrol, penolakan, terancam, kelelahan, cepat tersinggung dan direndahkan (Varcarolis,

1998). Pengalaman masa lalu dalam menghadapi suatu permasalahan, akan berakibat pada kemampuan pasien untuk menyelesaikan masalahnya dimasa mendatang.

Teori belajar menurut Struat (2009) meyakini bahwa perilaku agresif dipelajari melalui proses sosialisasi sebagai hasil belajar internal maupun eksternal. Pembelajaran internal terjadi melalui penguatan pribadi yang diterima ketika melakukan perilaku agresif. Pembelajaran eksternal terjadi melalui pengamatan model peran, seperti orang tua, teman sebaya, saudara, tokoh olah raga, tokoh hiburan, seseorang meniru perilaku kekerasan sebagai cara yang dapat diterima dalam memecahkan masalah dan mencapai status sosial, kekerasan yang ditayangkan di media secara langsung memperkuat perilaku agresif. Seseorang belajar dari pengalamannya atau dari orang lain dalam melakukan perilaku kekerasan menyebabkan perilaku tersebut diulang pada waktu yang akan datang.

Konsep diri, dimulai dari gambaran diri secara keseluruhan, gambaran diri / citra tubuh yang negatif menyebabkan perubahan persepsi seseorang dalam memandang aspek positif yang dimilikinya. Peran yang terlalu banyak dapat menjadi beban pada kehidupan seseorang, hal ini akan berpengaruh terhadap kerancuan dari peran dirinya. Ideal diri yang tidak disesuaikan dengan kemampuan atau kelebihan yang dimiliki, akan terjadi benturan dalam pencapaian keinginan tersebut. Identitas diri terkait dengan kemampuan seseorang dalam mengenal siapa dirinya, dengan segala keunikannya. Semua perubahan atau tidak berfungsi optimalnya komponen konsep diri akan bermuara pada harga diri rendah dan klien harga diri rendah dapat melakukan perilaku kekerasan untuk mendapat pengakuan dari orang lain.

Predisposisi harga diri rendah menurut Stuart (2009) dimulai sejak bayi. Bayi sangat responsif terhadap kondisi emosional orang tuanya dan perasaan negatif dirinya. Penolakan orang tua menyebabkan anak menjadi



tidak pasti tentang dirinya sendiri dan hubungan dengan orang lain. Kegagalan untuk dicintai menyebabkan bayi tidak mampu mencintai diri sendiri dan orang lain. Orang tua yang *over protective* membuat anak belajar tidak mampu karena tidak didorong untuk mandiri, berfikir sendiri dan bertanggung jawab atas kebutuhan dan tindakan mereka sendiri, anak menjadi posesif, permisif, perasaan tidak penting, dan kurangnya harga diri. Tuntutan orang tua dan standar yang tidak masuk akal, mengkritik keras dan tidak konsisten memberikan hukuman menyebabkan anak frustrasi, rasa tidak mampu dan merasa rendah. Persaingan dengan saudara, tidak mampu meniru saudaranya dan orang tuanya yang hebat menciptakan rasa putus asa dan rendah diri. Orang yang tidak memiliki makna / tujuan hidup, gagal menerima tanggung jawab, gagal mengembangkan potensi termasuk hak untuk membuat kesalahan / kegagalan, menjadi tidak sabar, keras dan menuntut terhadap diri mereka sendiri. Predisposisi harga diri rendah diantaranya adalah penolakan orang tua, kegagalan untuk dicintai, orang tua yang *over protective*, tuntutan orang tua dengan standar yang tidak masuk akal, mengkritik keras dan tidak konsisten, persaingan dengan saudara, tidak memiliki makna / tujuan hidup.

### **Sosial Budaya dan Spiritual**

Faktor sosial budaya, sebagai faktor predisposisi meliputi status sosial, umur, pendidikan, agama, dan kondisi politik. Norma dan budaya, menurut Stuart (2009) sanksi yang diterapkan pada pelanggar norma-norma melalui sistem hukum. Norma / budaya yang melarang / tidak memfasilitasi mengekspresikan setiap kemarahan dapat menghambat orang melakukan ekspresi yang sehat dan menyebabkan respon maladaptif. Norma yang memberikan keleluasaan mengekspresikan setiap kemarahan tanpa batas akan berakibat munculnya ekspresi fisik kemarahan dengan cara merusak.

Townsend (2009) mengatakan banyak hal yang telah dicoba untuk dikaitkan dengan masalah perilaku kekerasan, salah satunya terkait dengan

masalah status sosial. Predisposisi perilaku kekerasan dari segi sosial ekonomi menurut Stuart (2009) adalah kemiskinan dan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar hidup, masalah / kegagalan pernikahan, orang tua tunggal, pengangguran, kesulitan mempertahankan hubungan personal, struktur keluarga dan kontrol sosial. Norma budaya yang tidak tegas, status sosioekonomi yang rendah lebih banyak menyebabkan perilaku agresif.

Faktor lainnya adalah adanya konflik dan politik. Adanya konflik pada suatu sistem tatanan masyarakat yang tidak tertata dengan rapi, akan mempertinggi dan memperbanyak sumber stres. Kondisi ini menuntut individu untuk bersikap dan perilaku sesuai kondisi politik juga mempengaruhi kemampuan seseorang dalam hubungan antar manusia.

Sanksi yang menghambat orang melakukan ekspresi yang sehat, norma yang memberikan keleluasaan mengekspresikan setiap kemarahan tanpa batas, ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar hidup, kemiskinan, kegagalan pernikahan, orang tua tunggal, pengangguran, kesulitan mempertahankan hubungan personal, struktur keluarga dan kontrol sosial, norma budaya yang tidak tegas, konflik pada sistem tatanan masyarakat yang tidak tertata dengan rapi, akan mempertinggi dan memperbanyak sumber stres sehingga mempermudah terjadinya perilaku kekerasan dan harga diri rendah.

Karakteristik klien atau faktor yang paling berpengaruh terhadap perilaku kekerasan dan harga diri rendah menurut Keliat (2003) meliputi : riwayat pekerjaan, pendidikan terakhir dan status perkawinan. Menurut Sasmita (2007) meliputi usia, jenis kelamin, riwayat pekerjaan, pendidikan. Menurut Fauziah (2009) terdiri atas pendidikan terakhir dan lama sakit / riwayat gangguan jiwa, sedangkan menurut Wahyuningsih (2009) adalah frekuensi dirawat.

### 2.2.2.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya masalah perilaku kekerasan dan harga diri rendah meliputi stresor biologis, stresor psikologis, dan stresor sosial budaya (Stuart, 2009). Sifat dari stresor yang tergolong komponen biologis, misalnya: penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak. Komponen psikologis, misalnya: stresor terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan seperti adanya *abuse* dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup. Komponen sosial budaya, misalnya: adanya aturan yang sering bertentangan antara individu dan kelompok masyarakat, tuntutan masyarakat yang tidak sesuai dengan kemampuan seseorang, ataupun adanya stigma dari masyarakat terhadap seseorang yang mengalami gangguan jiwa. Komponen sosial budaya sebagai pencetus munculnya perilaku kekerasan / penganiayaan menurut Shives (1998) yaitu : kesulitan kondisi sosial ekonomi, kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu, ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai seorang yang dewasa, pelaku mungkin mempunyai riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi, kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga. Alexander (1991, dalam Stuart & Laraia, 2005), menyatakan pencetus perilaku kekerasan seperti perasaan frustrasi yang tidak dapat lagi ditoleransi, ketidakefektifan koping individu, impulsifitas dan karena ada ancaman baik nyata maupun tidak nyata terhadap teritorial seseorang, fisik seseorang maupun kehidupan seseorang. Terjadinya gangguan jiwa sangat dipengaruhi oleh asal waktu atau lamanya dan jumlah stresor yang terjadi pada seseorang.

Asal stresor menurut Shives (1998) adalah stresor internal dan eksternal : stresor internal (dari individu itu sendiri, yaitu semua faktor yang dapat menimbulkan kelemahan, menurunnya percaya diri, takut sakit, hilang kontrol, terjadinya proses penuaan, dll). Stresor eksternal misalnya dari

keluarga, kelompok masyarakat, dan lingkungan sekitar seperti terjadinya bencana alam, konflik antar masyarakat, penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, krisis, dll. Waktu atau lamanya terpapar stresor, yaitu terkait dengan sejak kapan, sudah berapa lama, serta berapa kali kejadiannya (frekuensi). Bila baru pertama kali terkena masalah, maka penanganannya juga memerlukan suatu upaya yang lebih intensif dengan tujuan untuk tindakan pencegahan primer. Dengan kata lain, bahwa semua sumber pendukung yang dimiliki oleh individu, sebaiknya terlibat secara intensif dalam perawatan. Jumlah stresornya: berapa kali stresor tersebut pernah dialami oleh individu pada kurun waktu tertentu, karena semakin sering terpapar, maka akan semakin buruk akibat yang akan diterima oleh individu. Stresor yang terjadi pada seseorang akan dirasakan berat apabila asal stresor baik internal maupun eksternal terjadi bersamaan, stresor terjadi dalam waktu yang lama atau jumlah stresor yang lebih dari satu terjadi dalam waktu yang sama pada seseorang.

### **2.2.2.3 Penilaian terhadap stresor**

Penilaian terhadap stresor menurut Stuart (2009) meliputi respons : kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan respons sosial. Penilaian kognitif merupakan suatu mediator bagi interelasi antara individu dan lingkungan. Individu dapat menilai adanya suatu bahaya/potensi terhadap suatu stresor yang dipengaruhi oleh : 1) Pandangan / pengertian: sikap, terbuka terhadap adanya perubahan, peran serta seseorang secara aktif dalam suatu kegiatan, dan kemampuan untuk kontrol diri terhadap pengaruh lingkungan. 2) Sumber untuk toleransi terhadap masalah yang dihadapi selama ini yang berasal dari diri sendiri serta lingkungannya. 3) Kemampuan coping, hal ini seringkali berhubungan dengan pengalaman secara individual. 4) Efektifitas coping yang dipergunakan oleh pasien dalam mengatasi masalahnya. 5) Coping yang tersedia dan dapat dipergunakan oleh klien.

Afektif, terkait dengan: 1) Ekspresi emosi: respons emosi dalam menghadapi masalah dapat berupa perasaan sedih, gembira, takut, marah,

menerima, tidak percaya, antisipasi, *surprise*. 2) Klasifikasi dari emosi akan tergantung pada tipe, lama dan intensitas dari stresor yang diterima dari waktu ke waktu. 3) *Mood* dapat berupa emosi dan sudah berlangsung lama yang akan mempengaruhi suasana hati seseorang. 4) Sikap (*attitude*): hal ini terjadi bila stresor telah berlangsung lama, sehingga sudah menjadi suatu kebiasaan/pola bagi individu tersebut.

Fisiologis terkait dengan respons *fight atau flight* yang dilakukan oleh seseorang dalam menghadapi suatu permasalahan akan distimulasi oleh sistem saraf otonom serta meningkatnya aktivitas dari pituitari adrenal, hal ini akan terkait dengan reflek dari interaksi beberapa neuroendokrin, hormon pertumbuhan, prolaktin, hormon adenokortikotropik, hormon luteinising dan stimulasi folikel, hormon tiroid, vasopresin, oksitosin, insulin, epineprin, norepineprin dan beberapa neurotransmitter lain di otak.

Perilaku merupakan suatu reflek dari respons emosi dan perubahan fisiologis sebagai suatu kemampuan analisis kognitif dalam menghadapi suatu situasi yang penuh dengan stres. Kaplan (2007) mengatakan terdapat empat fase respons perilaku secara individual dalam menghadapi situasi stres, yaitu: Fase I; perilaku berubah akibat stresor dari lingkungan atau individu lari dari permasalahan tersebut. Fase II; perilaku yang membuat seseorang merubah pengaruh dari luar atau akibat dari hal tersebut. Fase III; perilaku intrapsikik untuk bertahan dan melawan terhadap akumulasi emosi yang tidak nyaman. Fase IV; perilaku intrapsikik yang datang dapat menggambarkan suatu kejadian serta gejala sisa yang ada untuk penyesuaian diri secara berulang.

Langkah awal respon sosial terhadap stres adalah mencari makna. Seseorang akan mencari berbagai informasi mengenai masalah mereka. Hal ini sangat diperlukan untuk mendefinisikan strategi koping sebab dengan melalui berbagai ide yang muncul sehingga individu mampu memberi respons secara rasional. Langkah yang kedua dalam respons

sosial adalah atribut sosial, dimana seseorang mencoba untuk mengidentifikasi berbagai faktor yang berkontribusi terhadap masalah yang ada. Individu yang memandang masalah muncul dari kegagalannya, individu akan lebih menyalahkan dirinya sendiri, bersikap pasif dan perilakunya menarik diri. Respon sosial terhadap stres diawali dengan mencari makna untuk mendefinisikan strategi koping kemudian mengidentifikasi berbagai faktor yang berkontribusi.

#### **2.2.2.4 Sumber Koping**

Sumber koping merupakan pilihan atau strategi bantuan untuk memutuskan mengenai apa yang dapat dilakukan dalam menghadapi suatu permasalahan. Individu dapat mengatasi stres dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang dimilikinya baik internal atau eksternal.

Sumber koping internal, misalnya motivasi, teknik untuk bertahan terhadap masalah. Motivasi seseorang sangat dipengaruhi oleh berbagai aspek, misalnya seseorang akan termotivasi untuk memenuhi kebutuhan yang belum terpenuhi, sehingga seseorang itu akan melakukan upaya untuk mencapainya, walaupun berbagai rintangan dihadapi. Keberhasilan yang dicapainya akan memberikan pengalaman positif untuk menghadapi masalah dimasa mendatang.

Sumber koping eksternal merupakan modal untuk menyelesaikan masalah, misalnya dukungan sosial dan keyakinan budaya dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang pernah berhasil dipergunakannya. Sumber koping keluarga dapat berupa pengetahuan tentang penyakit, finansial yang memadai, ketersediaan waktu dan tenaga, dan kemampuan untuk memberikan dukungan secara berkesinambungan (Stuart, 2009). Sumber koping yang dimiliki menjadi suatu kekuatan bagi seseorang untuk menghadapi masalahnya. Kemampuan memanfaatkan sumber

koping diperoleh seseorang dari hasil didikan orang tuanya, sehingga keterampilan koping akan dimiliki seseorang, karena adanya proses pembelajaran serta pengamatan terhadap adanya perilaku yang dikondisikan.

### 2.2.2.5 Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah setiap upaya yang diarahkan pada tindakan untuk menghadapi stres, termasuk upaya penyelesaian masalah yang secara langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respons neurobiologik. Freud (1961 dalam Townsend, 2009) melakukan identifikasi terhadap ego yang dinyatakan sebagai suatu komponen dari kepribadian dan secara nyata berfungsi sebagai pengatur penyelesaian masalah dan berpikir secara rasional. Beberapa mekanisme koping yang berfungsi sebagai pertahanan ego untuk menghadapi tantangan dari integritas biologis maupun psikologis. Mekanisme ego dapat menjadi adaptif dan maladaptif, hal ini akan dipengaruhi tingkat stres, sumber stres, serta kemampuan seseorang dalam menghadapi realitas hidup, hubungan interpersonal, dan kesuksesan yang ditampilkan.

Freud (1953 dalam Townsend, 2009) menyatakan bahwa mekanisme koping meliputi: kompensasi, *denial*, *displacemet*, identifikasi, intelektualisasi, introyeksi, isolasi, proyeksi, rasionalisasi, reaksi formasi, regresi, represi, sublimasi, supresi, *undoing*. Mekanisme koping dapat berupa upaya penyelesaian masalah atau mekanisme pertahanan untuk melindungi diri. Tingkat stres, sumber stres, serta kemampuan seseorang dalam menghadapi realitas hidup, hubungan interpersonal, dan kesuksesan yang ditampilkan mempengaruhi mekanisme koping yang adaptif atau maladaptif.

## 2.2.3 Tanda dan Gejala

### 2.2.3.1 Tanda dan gejala Perilaku Kekerasan

#### **Fisik**

Mempunyai riwayat agresif, penggunaan obat, kurang dapat mengendalikan diri, ketegangan tubuh, peningkatan perilaku (Rawlin, 1993), muka merah, pandangan tajam, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pernafasan meningkat, penggunaan obat (Keliat, 1996), mengalami ketegangan, tidur terganggu, sakit kepala, sakit perut (Nirhart, 1998), rahang mengatup, pernafasan meningkat (Stuart & Laraian, 2005), bahasa tubuh klien perilaku kekerasan diantaranya : sikap tubuh kaku/rigid, mengepalkan jari dan rahang terkunci, hiperaktifitas, denyut jantung cepat, nafas terengah-engah, dan cara berdiri mengancam, riwayat penyalahgunaan zat, gangguan neurologis (misalnya : EEG positif, CT, MRI, temuan neurologis, trauma kepala, dan gangguan kejang), intoksikasi patologis, komplikasi perinatal, simptomatologi psikosis (misalnya : perintah halusinasi pendengaran, penglihatan, delusi paranoid, proses fikir tidak logis, tidak teratur atau inkoheren) dan perilaku bunuh diri (Herdman, 2009).

Tanda / gejala fisik yang dapat diamati pada klien perilaku kekerasan adalah muka merah, pandangan tajam, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pernafasan meningkat, tidur terganggu, rahang mengatup, dan mengepalkan jari.

#### **Emosional**

Peningkatan agitasi, peningkatan cemas, mudah frustasi, tempertantrum (Rawlin, 1993), merasa tidak aman, merasa terganggu, jengkel, marah (Keliat, 1996), cepat marah, muram, lesu, cemas (Nihart, 1998), suara keras, (Stuart & Laraian, 2005), mengeluarkan sumpah serapah, sikap tubuh mengancam, tempertantrum, berteriak, memaksa meminta hak istimewa, menolak intruksi (Herdman, 2009).



Tanda gejala emosional yang dapat diamati adalah jengkel, cepat marah, muram, lesu, cemas, suara keras, memaksa, meminta hak istimewa dan menolak instruksi

### **Kognitif**

Bingung, khayalan, bantahan, menentang, ancaman verbal, merencanakan perilaku kekerasan sebelumnya (Rawlin, 1993), berdebat, bawel, mendominasi, meremehkan (Keliat, 1996), menekan pikiran untuk menyerang, mengacaukan pikiran menyerang (Nihart, 1998), ketunadayaan belajar, defisit perhatian, penurunan fungsi intelektual (Herdman, 2009).

Tanda / gejala kognitif pada klien perilaku kekerasan diantaranya : bantahan, menentang, ancaman verbal, merencanakan, berdebat, bawel, mendominasi, meremehkan, defisit perhatian.

### **Sosial**

Menggertak, suara keras, kata-kata menekan, marah (Rawlin, 1993), menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor (Keliat, 1996), berbicara lebih cepat dengan intonasi tinggi dan nada marah, berbicara dengan kasar dan menantang (Fontaine, 2003), riwayat ancaman kekerasan, (misalnya : ancaman verbal terhadap seseorang, ancaman sosial, mengeluarkan sumpah serapah, membuat catatan / surat ancaman, sikap tubuh mengancam, dan ancaman seksual), riwayat menyaksikan perilaku kekerasan dalam keluarga, riwayat anti sosial (misalnya : mencuri, memaksa meminjam, memaksa meminta hak istimewa, memaksa mengganggu pertemuan, menolak untuk makan, menolak untuk minum obat dan menolak intruksi), impulsif, pelanggaran kendaraan bermotor (misalnya : sering melanggar lampu lalu lintas, dan menggunakan kendaraan bermotor untuk melepaskan kemarahan) (Hadrman, 2009).

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dari segi sosial berupa menggertak, berbicara lebih cepat dengan intonasi tinggi, mengeluarkan sumpah serapah, memaksa meminjam, memaksa meminta, merampas barang orang lain.

### **Perilaku**

Menarik diri dari hubungan sosial (Nihart, 1998), mondar mandir, tidak mampu duduk diam, tangan mengepal atau meninju, tiba-tiba menghentikan aktifitas motorik (kataton), merusak benda, melukai orang lain (Stuart & Lاراian, 2005), mengabaikan hak orang lain, mengganggu orang lain, sangat egois (Stuart, 2009), serangan fisik diri sendiri, benda atau orang lain (Kaplan, 2007), menurut Lawson, 2009, mengancam dengan senjata di tangan, menggigit, menendang, meninju, menggaruk, meremas, memerintahkan hewan untuk menyerang, menusuk, menembak, memperkosa, mendorong, meraih melempar.

Perilaku agresif menurut NANDA 2009-2011 adalah kejam pada hewan, menyalakan api, riwayat penganiayaan pada anak-anak, riwayat melakukan kekerasan tidak langsung (misalnya : merobek pakaian membanting objek yang tergantung di dinding, mencoret-coret dinding, berkemih / defekasi di lantai, mengetuk-ngetuk kaki, tempertantrum, berlarian di koridor, berteriak, melempar objek, memecahkan kaca, membanting pintu, dan agresif seksual), riwayat perilaku kekerasan terhadap orang lain (misalnya : pernah memukul, menendang, meludahi, mencakar, menggigit, melempar objek pada seseorang, percobaan perkosaan, pelecehan seksual, mengencingi/membuang kotoran pada seseorang (Hardman, 2009). Perilaku klien perilaku kekerasan yang dapat diamati terutama adalah : mondar mandir, tidak mampu duduk diam, merusak benda, melukai orang lain, mengganggu orang lain, menggigit, menendang, meninju, meremas, melempar objek, memecahkan kaca, dan membanting pintu.

#### **2.2.3.2 Tanda dan gejala Harga Diri Rendah**

Tanda dan gejala harga diri rendah dikelompokkan dalam empat area gejala umum yaitu :

### **Fisik**

Tanda dan gejala dari respon fisik / fisiologi terhadap penurunan harga diri antara lain perasaan lemah, penurunan energi, penurunan libido, insomnia/hipersomnia, penurunan/peningkatan nafsu makan, anoreksia, sakit kepala, agitasi (Westermeyer, 2006), tidak berdaya, keluhan fisik, merusak diri sendiri, (Stuart, 2009), ekspresi rasa bersalah, ekspresi rasa malu, kontak mata kurang, konsentrasi menurun, penilaian negatif tentang tubuhnya (Herdman, 2009), penampilan tidak rapi, postur membungkuk (Kaplan, 2007).

Tanda dan gejala dari respon fisiologi yang dapat diamati : perasaan lemah, penurunan energi, insomnia / hipersomnia, penurunan / peningkatan nafsu makan, sakit kepala, tidak berdaya, keluhan fisik, merusak diri sendiri, ekspresi rasa malu, kontak mata kurang, konsentrasi menurun penampilan tidak rapi, postur membungkuk.

### **Kognitif**

Menurut Amir (2005) tentang teori kognitif menyebutkan suatu “tri tunggal kognitif” tentang persepsi yang terdistorsi yaitu : interpretasi negatif seseorang tentang pengalaman hidupnya, devaluasi diri dan menyebabkan depresi. Masalah kognitif didominasi oleh evaluasi seseorang terhadap diri seseorang, dunia seseorang dan masa depan seseorang, apabila evaluasi tersebut ke arah negatif misalnya seseorang memandang dirinya negatif maka orang tersebut akan mengalami harga diri rendah.

Klien harga diri rendah terjadi keterbatasan fungsi kognitif dimana klien mempertahankan keyakinan yang salah mengenai diri sendiri dan orang lain, sehingga klien mengalami kesulitan memikirkan segala sesuatu walaupun mengenai hal yang kecil. Klien juga kesulitan menangkap informasi dan memberikan respon terhadap informasi yang diterima. Kognitif yang sering muncul pada klien dengan masalah harga diri rendah (Laraia, 2005 ; Boyd & Nihart, 1998) adalah : Bingung, kurangnya

memori dalam jangka waktu pendek/panjang, kurangnya perhatian, merasa putus asa, merasa tidak berdaya, merasa tidak berharga/tidak berguna, penilaian diri tidak mampu menghadapi peristiwa, sering gagal dalam peristiwa hidup, sering kali mencari penegasan (Herdman, 2009), penilaian negatif tentang tubuhnya, pandangan hidup yang pesimis, penolakan terhadap kemampuannya, mengkritik orang lain / diri sendiri, membanggakan diri berlebihan (Stuart, 2009).

Fungsi kognitif klien harga diri rendah yang dapat diamati adalah kesulitan menangkap informasi, respon terhadap informasi rendah, bingung, kurangnya memori jangka pendek/panjang, kurangnya perhatian, merasa putus asa, merasa tidak berharga / tidak berguna, penilaian diri tidak mampu, sering mencari penegasan, penilaian negatif tentang tubuhnya, pandangan hidup yang pesimis, penolakan terhadap kemampuannya, mengkritik orang lain / diri sendiri, membanggakan diri berlebihan.

### **Perilaku**

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoadmodjo, 2003). Perilaku atau aktivitas individu tidak muncul dengan sendirinya, tetapi sebagai akibat dari stimulus yang diterima oleh individu yang bersangkutan baik dari stimulus eksternal maupun internal. Sunaryo (2004) bahwa perilaku adalah aktivitas yang timbul dari stimulus dan respons serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon.

Pada klien dengan masalah harga diri rendah perilaku yang ditampilkan maladaptif seperti: Kurang aktivitas dan menurunnya aktifitas yang menyenangkan, menarik diri, kurang sosialisasi/kurang keterampilan bersosialisasi, merusak diri (menciderai diri) / risiko bunuh diri, enggan mencoba situasi baru / hal baru, perilaku bimbang, perilaku tidak asertif,

pasif (Herdman, 2009), merusak diri diri sendiri, isolasi sosial (Stuart, 2009).

Perilaku klien harga diri rendah yang dapat diatasi adalah menurunnya aktifitas, menarik diri, kurang keterampilan, merusak diri (menciderai diri) / risiko bunuh diri, enggan mencoba situasi baru / hal baru, perilaku bimbang, perilaku tidak asertif, pasif.

### **Afek**

Afek merupakan sifat emosional yang nyata (Stuart & Laraia, 2005) Gambaran emosi yang sering kita temui pada klien harga diri rendah (Stuart & Laraia, 2005; Westermeyer, 2006) adalah kemarahan, kecemasan, rasa kesal, murung, ketidakberdayaan, keputusan, kesepian dan kesedihan, merasa berdosa, dan kurang motivasi. Melebih-lebihkan umpan balik negatif diri (Herdman, 2009), melihat dunia secara negatif, menyatakan kegagalan secara verbal (Kaplan, 2007).

Afek / emosional klien harga diri rendah yang dapat diamati adalah kemarahan, rasa kesal, murung, ketidakberdayaan, keputusan, kesepian dan kesedihan, merasa berdosa, dan kurang motivasi, melebih-lebihkan umpan balik negatif, melihat dunia secara negatif, menyatakan kegagalan secara verbal

### **Sosial**

Bergantung pada pendapat orang lain, berlebihan mencari penguatan, menolak umpan balik positif diri sendiri, pengurangan diri/menarik diri secara sosial, (Herdman, 2009), sedikit atau tidak ada partisipasi dalam beraktifitas dengan orang lain (Copel, 2007), isolasi sosial, penilaian negatif terhadap orang lain, menolak kehadiran orang lain, keterasingan terhadap orang lain. Respon sosial klien harga diri rendah yang dapat diamati adalah berlebihan mencari penguatan, menolak umpan balik positif diri sendiri, pengurangan diri, sedikit atau tidak ada partisipasi, isolasi sosial, penilaian negatif terhadap orang lain, menolak kehadiran orang lain, keterasingan terhadap orang lain.

## 2.2.4 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis klien perilaku kekerasan yang dapat muncul menurut Videbeck (2008) adalah risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri dan orang lain, ketidakefektifan koping individu, sedangkan menurut Herdman (2009) dan Wilkinson (2007) adalah risiko perilaku kekerasan, risiko membahayakan diri sendiri, risiko membahayakan orang lain, sindroma pasca trauma, HDR Kronis, HDR situasional, gangguan sensori persepsi, kerusakan interaksi sosial, perubahan proses pikir, risiko membahayakan diri sendiri dan orang lain.

Diagnosis keperawatan yang terkait dengan klien Harga diri rendah yang penulis teliti adalah harga diri rendah kronik (Hardman, 2009). Diagnosis banding yang mungkin muncul adalah gangguan penyesuaian diri, gangguan citra tubuh, ketidakefektifan koping individu, gangguan identitas diri, gangguan harga diri dan harga diri rendah situasional.

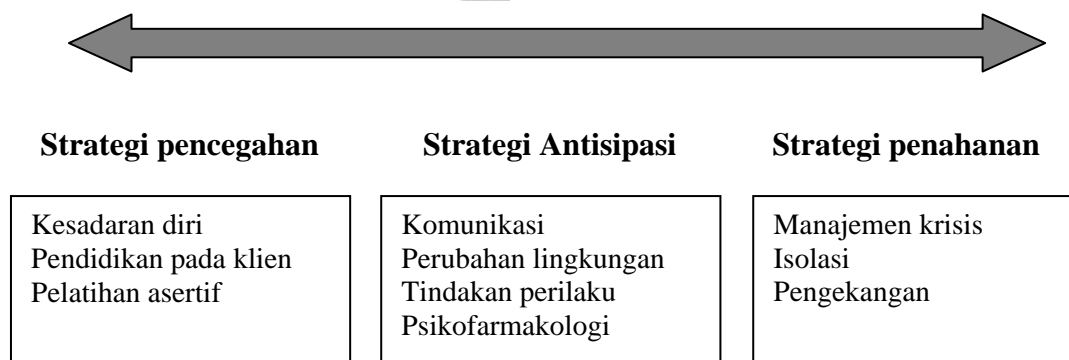
## 2.2.5 Tindakan Keperawatan

### 2.2.5.1 Tindakan Keperawatan pada Perilaku kekerasan

Intervensi yang dilakukan pada pasien dengan perilaku agresif / perilaku kekerasan bervariasi. Intervensi dilakukan untuk mencegah dan mengatasi perilaku agresif. Intervensi tersebut berada dalam rentang *preventive strategies*, *Anticipatory Strategies*, dan *Containment Strategies* (Stuart, 2009) seperti tercantum pada bagan 2.1

#### Bagan 2.1

Rentang intervensi keperawatan dalam manajemen perilaku kekerasan



UNIVERSITAS INDONESIA

Berdasarkan rentang intervensi menurut Stuart (2009) penentuan strategi intervensi untuk menangani pasien dengan perilaku kekerasan ditentukan oleh tingkat agresivitas pasien.

*Preventive Strategies* (strategi pencegahan)

Pada strategi pencegahan perawat diharapkan memiliki kesadaran diri agar dapat menggunakan dirinya sendiri secara efektif untuk melakukan komunikasi terapeutik. Strategi pemberian pendidikan kesehatan pada klien perilaku kekerasan sangat penting pada tahap ini karena mengajarkan klien tentang komunikasi dan cara yang tepat untuk mengungkapkan rasa marah klien. Pada strategi ini psikoterapi dapat diberikan untuk menghilangkan perilaku maladaptif dan menggantinya dengan perilaku adaptif. Psikoterapi dapat diberikan pada individu pada fase rehabilitasi dimana perilaku kekerasan sudah mereda.

Psikoterapi yang dapat diberikan adalah terapi yang dapat meningkatkan kemampuan klien mengontrol perilaku kekerasannya secara generalis maupun terapi spesialis, baik terapi individu, keluarga maupun kelompok. Terapi spesialis individu yang dapat diberikan adalah *Assertiveness training*, *Cognitive behavioral therapy* Fauziah (2009), *Rational Emotive Behaviour Therapy* (Putri, 2010), terapi spesialis keluarga : *Triangle therapy* (Varcarolis, 2006). *Family psychoeducation* (Stuart & Laraia, 2005). Terapi kelompok : *Psychoeducational group therapy*, *Assertif Group therapy*.

*Anticipatory Strategies* (strategi antisipasi)

Dilakukan pada klien perilaku kekerasan yang sudah mereda dan kemarahannya tidak mengancam keselamatan pasien, orang lain dan lingkungan. Pada saat strategi ini dilakukan intervensinya meliputi *communication* (komunikasi), *environmental change* (modifikasi lingkungan), *behavioral actions* dan *psychopharmacology* (Putri, 2010)

Intervensi ditujukan untuk meningkatkan aliansi terapeutik dengan klien sehingga dapat menurunkan kebutuhan akan perilaku agresif.

Intervensi yang dilakukan memberitahukan pada klien perilaku yang dapat diterima dan yang tidak dapat diterima serta konsekuensinya, Terapi spesialis yang dapat dilakukan adalah *Time out*, dan *token ekonomi*, *Relaxation training*.

*Containment Strategies* (strategi penahanan)

Intervensi dengan terapi psikofarmaka dan bila klien dengan perilaku kekerasan mengancam keselamatan pasien, orang lain dan lingkungan (kegawatdaruratan psikiatri) tidak dapat dikontrol dengan psikofarmaka perlu dilakukan yang meliputi *crisis management*, *seclusion*, dan *restraints*.

Uraian di atas menunjukkan bahwa psikoterapi sangat diperlukan bagi klien perilaku kekerasan dalam upaya pencegahan maupun pemulihan sehingga penyembuhan klien lebih permanen karena klien memiliki kemampuan dalam mengendalikan perilaku yang maladaptif karena memiliki pola pikir dan emosi yang rasional, berupa terapi CBT dan REBT.

#### **2.2.5.2 Tindakan keperawatan pada klien dengan harga diri rendah**

Fokus perawatan adalah untuk membantu pasien memahami dirinya secara utuh dan tepat sehingga secara langsung dapat memperoleh arah hidup yang lebih memuaskan (Stuart & Laraia, 2005). Tindakan keperawatan yang diberikan dapat ditujukan pada individu, keluarga, kelompok dan komunitas di lingkungan klien tinggal. Tindakan keperawatan untuk individu dapat dilakukan dengan mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien, pada keluarga ditujukan untuk membantu klien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki (Keliat & Akemat, 2010), sedangkan menurut Stuart (2009) intervensi keperawatan pada klien harga diri rendah meliputi lima aspek : memperluas kesadaran diri, eksplorasi



diri, evaluasi diri, perencanaan yang realistis, dan komitmen untuk bertindak.

Terapi lanjut / spesialis individu yang dapat dilakukan pada klien harga diri rendah adalah terapi kognitif, terapi perilaku, *cognitive behaviour therapy* (CBT) dan *rational emotive behavior therapy* (REBT). Terapi kelompok untuk klien harga diri rendah juga sangat menunjang proses penyembuhan klien. Terapi pada kelompok klien tersebut seperti terapi aktifitas kelompok (TAK). Terapi aktifitas kelompok juga bertujuan untuk mengidentifikasi hal positif yang ada pada diri klien serta melatih hal positif yang dapat digunakan klien (Keliat & Akemat, 2005). Terapi kelompok lain yang dapat dilakukan pada klien dengan masalah harga diri rendah ini adalah *logotherapy*, psikoedukasi, dan terapi keluarga : *triangle therapy*, dan psikoedukasi keluarga.

Dalam hal ini peneliti menelaah lebih mendalam mengenai *cognitive behaviour therapy* (CBT) dan *rational emotive behavior therapy* (REBT) yang dilakukan secara terpadu pada klien dengan diagnosis yang lebih dari satu yaitu harga diri rendah dan perilaku kekerasan dengan tujuan mengubah kognitif negatif klien menjadi positif serta mengubah perilaku maladaptif menjadi Adaptif.

## **2.3 *Cognitive behaviour therapy***

### **2.3.1. Konsep *Cognitive behaviour therapy***

*Cognitive behaviour therapy* (CBT) merupakan psikoterapi yang dikembangkan oleh Aaron T. Beck, seorang psikiater pada tahun 1960an. Berawal dari kesimpulan bahwa cara seseorang mempersepsikan, menginterpretasikan dan menghubungkan arti atau makna tertentu (kognitif/pikiran) dalam kehidupan sehari-hari merupakan kunci terapi ini. Pikiran menimbulkan perasaan dan perilaku, sehingga kita dapat mengubah cara berfikir untuk merasa bahkan bertindak lebih baik. Teori dan teknik CBT bergantung pada metoda induktif. Aspek sentral berfikir rasional

dasarkan pada fakta. Seseorang sering marah ketidaksi kenyataan tidak sesuai dengan pikiran mereka. Metoda induktif mendorong untuk melihat pikiran kita sebagai hipotesis / dugaan yang dapat dipertanyakan / diuji. Jika hipotesis tidak benar maka kita harus mengubah pikiran kita sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

*Cognitive behaviour therapy* mencoba untuk mengidentifikasi dan mengubah “distorsi” atau cara berpikir “*unrealistic*” dan pada akhirnya akan mempengaruhi emosi dan tingkah laku. Bentuk distorsi kognitif yang dapat terjadi pada seseorang menurut Stuart (2009) adalah :

*Overgeneralization* (Menggambarkan kesimpulan secara menyeluruh segala sesuatu berdasarkan kejadian tunggal, contoh : “Sepertinya saya tidak akan lulus dalam setiap ujian”). *Personalization* (Menghubungkan kejadian di luar terhadap dirinya meskipun hal tersebut tidak beralasan, contoh : “saya yakin apa yang dikatakannya ditujukan pada saya”). *Dichotomus thinking* (Berpikir ekstrim, menganggap segala sesuatunya selalu sangat bagus atau sangat buruk, contoh : “bila suami meninggalkan saya, saya lebih baik saya mati”). *Catastrophizing* (Berpikir sangat buruk tentang orang dan kejadian, contoh ; “saya tidak menginginkan dan tidak akan nyaman dengan jabatan itu”).

*Selective abstraction* (Bertitik pada detail, tetapi tidak relevan dengan informasi yang lain, contoh : seorang istri percaya bahwa suaminya tidak mencintainya sebab ia datang terlambat dari pekerjaannya, tetapi ia mengabaikan perasaannya, hadiah dari suaminya tetap diterima dan libur bersama tetap dilaksanakan). *Arbitrary inference* (Menggambarkan kesimpulan yang salah tanpa didukung data, contoh : “teman saya tidak menyukai saya sebab ia tidak mau diajak pergi”). *Mind reading* (Percaya seseorang mengetahui pikiran orang lain tanpa mengecek kebenarannya, contoh : “mereka pasti berpikir kalau dirinya terlalu gemuk atau terlalu kurus”).

*Magnification* (Melebih-lebihkan atau membuat tidak berarti pentingnya peristiwa, contoh : “saya telah meninggalkan makan malam saya, hal ini menunjukkan betapa tidak kompetennya saya”). *Perfectionism* (Segalanya harus dilakukan dengan sempurna untuk merasakan kesempurnaan dirinya, contoh : aku akan merasa gagal jika aku tidak mendapatkan nilai A untuk semua ujian ku”. *Externalization self worth* (Menentukan tata nilai sendiri untuk diterapkan pada orang lain, contoh : “saya sudah berusaha untuk kelihatan baik setiap waktu tetapi teman-teman saya yang tidak menginginkan saya berada di sampingnya”).

Uraian di atas menggambarkan bahwa Distorsi kognitif merupakan hambatan / ketidakmampuan seseorang untuk berpikir yang realistic / rasional yang berpengaruh terhadap emosi dan perilaku.

*Cognitive behaviour therapy* adalah terapi yang membantu individu merubah cara berfikir dan prilakunya sehingga perubahan itu membuat individu merasa lebih baik, dan terapi ini berfokus pada masalah *here and now* serta kesulitan yang dihadapi. (*British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies*, 2006). *Cognitive behaviour therapy* adalah suatu bentuk psikoterapi yang dapat melatih klien untuk mengubah cara klien menafsirkan dan memandang segala sesuatu pada saat klien mengalami kekecewaan, sehingga klien merasa lebih baik dan dapat bertindak lebih produktif (Workshop Jiwa, 2007). Jadi CBT adalah suatu bentuk psikoterapi yang membantu individu cara berfikir dan berperilaku yang lebih rasional pada saat klien mengalami kekecewaan, sehingga klien merasa lebih baik dan dapat bertindak lebih produktif

*Cognitive behaviour therapy* didasarkan pada model pendidikan. Asumsi : reaksi emosional dan perilaku sebagian besar dipelajari. Klien tidak diberi tahu bagaimana merasa tapi belajar bagaimana lebih tenang menerima masalah pribadi, sehingga sehingga merasa lebih baik dan dapat

menempatkan diri di posisi yang lebih baik. Keadaan yang lebih baik mampu memanfaatkan pengetahuan dan kecerdasan yang merupakan energi dan sumber daya untuk menyelesaikan masalah.

*Cognitive behaviour therapy* percaya klien berubah karena mereka belajar bagaimana berpikir secara berbeda dan mereka bertindak atas pembelajaran itu. *Cognitive behaviour therapy* dalam prosesnya memerlukan hubungan terapeutik dalam mencapai terapi yang efektif. *Cognitive behaviour therapy* yakin pentingnya memiliki kepercayaan dan hubungan yang baik karena CBT merupakan upaya kolaboratif, antara terapis dan klien. Tujuan terapi adalah membantu klien melupakan reaksi yang tidak diinginkan dan belajar cara baru bagaimana bereaksi atau bertindak.

Jadi CBT merupakan suatu terapi yang dapat membantu klien merubah pikiran dan prilakunya yang negatif menjadi positif dengan proses belajar dan berfokus pada keadaan atau masalah yang dihadapi klien saat ini.

*Cognitive behaviour therapy* berorientasi pada pemecahan masalah, dengan terapi yang dipusatkan pada keadaan “di sini dan sekarang”, yang memandang individu sebagai pengambil keputusan penting tentang tujuan atau masalah yang akan dipecahkan dalam proses terapi. (Stuart, 2009 ; Yosep, 2007 ; Semiun, 2006). Pelaksanaan CBT terstruktur dan direktif. dalam arti terapis menunjukkan bagaimana klien berpikir dan bertindak untuk mendapatkan apa yang mereka inginkan. Terapis berusaha untuk mempelajari apa yang klien inginkan dari hidupnya (tujuan hidupnya) kemudian membantu klien mencapai tujuan tersebut. Peran terapis adalah mendengarkan, mengajar, mendorong klien mencapai tujuan hidupnya.

*Cognitive behaviour therapy* dilaksanakan dalam waktu yang singkat. *Cognitive behaviour therapy* merupakan salah satu terapi yang paling cepat mendapatkan hasil, bentuk lain seperti psikoanalisis dapat berlangsung bertahun-tahun. *Cognitive behaviour therapy* relatif singkat karena menggunakan tugas pekerjaan rumah, walaupun pertemuan formal terapis

dengan klien telah berakhir, tetapi proses terapi terus berjalan. Pekerjaan rumah adalah fitur utama CBT. Pencapaian tujuan dalam psikoterapi bisa memakan waktu yang lama, sedangkan pertemuan terbatas. Terapis harus memberikan tugas untuk membaca, mengingat dan mendorong mempraktikkan teknik-teknik yang benar dalam rangka mencapai tujuan.

### **2.3.2. Pedoman *Cognitive behaviour therapy***

Pedoman CBT yang peneliti gunakan adalah pedoman yang dikembangkan oleh peneliti sebelumnya terutama pedoman dalam bentuk modul yang dikembangkan oleh : Sasmita (2007), Fauziah (2009), dan Tim Perumus Modul terapi spesialis, Mahasiswa Residensi (2010) disesuaikan / dimodifikasi oleh penelitian sesuai dengan tujuan penelitian yang peneliti lakukan terutama bagian langkah-langkah / tahapan CBT. Pedoman CBT yang peneliti uraikan terdiri atas :

#### **2.3.2.1. Definisi**

*Cognitive behaviour therapy* adalah terapi yang membantu individu merubah cara berfikir dan prilakunya sehingga perubahan itu membuat individu merasa lebih baik, dan terapi ini berfokus pada masalah *here and now* serta kesulitan yang dihadapi. (*British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies*, 2006).

#### **2.3.2.2. Tujuan**

Stuart (2009) mengatakan tujuan *cognitive behaviour therapy* adalah untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional, kesalahan penalaran dan pernyataan negatif tentang keberadaan individu. Sedangkan menurut Tujuan utama dalam tehnik CBT adalah (1) membangkitkan pikiran-pikiran negative / berbahaya, dengan bicara pada sendiri (*self talk*) dan interpretasi terhadap kejadian-kejadian yang dialami. Distorsi kognisi menyebabkan perilaku maladaptive yang menambah berat masalahnya, (2) terapis bersama pasien mengumpulkan bukti yang mendukung atau menyanggah interpretasi yang telah diambil. *Cognitive behaviour*

*therapy* diarahkan untuk membantu klien mengenali dan mengubah distorsi kognitif. Klien dilatih mengenali pikirannya dan mendorong untuk menggunakan ketrampilan, menginterpretasikan secara lebih rasional terhadap kognitif yang maladaptive, (3) menyusun desain eksperimen (pekerjaan rumah) untuk menguji validitas interpretasi dan menjangkau data tambahan untuk diskusi di dalam proses terapi.

### 2.3.2.3. Indikasi

Indikasi *cognitive behaviour therapy* menurut Froggrat (2006) adalah pada pasien depresi, ansietas termasuk *obsessive compulsive, agoraphobia, phobia* spesifik, ansietas menyeluruh dan posttrauma, stress, gangguan makan, adiksi, *hypochondriasis*, disfungsi seksual, manajemen marah, gangguan pengontrolan impuls, perilaku antisosial, kecemburuan, pemulihan sexual abuse, gangguan kepribadian, masalah kesehatan mental kronis, *disability* psikis, skizofrenia, manajemen nyeri, manajemen stress, gangguan perilaku pada anak dan remaja dan masalah hubungan dalam keluarga.

### 2.3.2.4. Metode Pelaksanaan

Menurut penelitian Rupke dkk (2006), selama *cognitive behaviour therapy* terapis membantu kliennya melalui beberapa langkah. Pertama klien menerima dan mengakui beberapa persepsi dan interpretasinya terhadap kenyataan mungkin salah (karena pengalaman masa lalu/faktor keturunan/faktor biologis) dan interpretasi tersebut menyebabkan munculnya pikiran negatif. Langkah berikutnya, klien belajar untuk mengakui pikiran negatif (otomatis) dan menemukan pikiran alternatif positifnya. Klien kemudian memutuskan secara internal dukungan terhadap pikiran negatifnya atau terhadap pikiran alternatifnya. Idealnya klien akan mengakui distorsi pikirannya dan mengkaji kembali situasi/penyebabnya. Sejalan dengan perkembangannya, *cognitive behaviour therapy* lebih banyak berfokus pada pembentukan pikiran

secara mendalam atau memulihkan keyakinan tentang diri individu dan sekitarnya.

### **2.3.2.5. Implementasi CBT**

Fauziah (2009) mengatakan untuk meningkatkan efisiensi terapi dibagi menjadi 5 sesi dan diharapkan dapat memberikan gambaran yang lebih jelas dan mengundang kreativitas yang lebih tinggi. Untuk teknik pelaksanaannya dapat diuraikan berdasarkan masing-masing sesi sebagai berikut :

Sesi 1 : Mengungkapkan perasaan, kognitif otomatis yang negatif tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dialami klien (*assessment*) dan mengenali kognitif dan perilaku negatif yang dialami dan menyepakati untuk mengubah.

Sesi 2 : Mereview perasaan, kognitif otomatis yang negatif yang berkaitan dengan perilaku yang di tampilkan, dan belajar cara untuk mengatasinya

Sesi 3 : Menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif - konsekuensi negatif kepada klien dan kepada orang penting yang berarti (*significant persons*).

Sesi 4 : Mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, menfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekuensi yang disepakati

Sesi 5 : Menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan dan mempertahankan kognitif positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.

## **2.4 Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)**

### **2.4.1. Konsep Rational Emotive Behaviour Therapy**

REBT dipelopori oleh Dr. Albert Ellis sekitar tahun 1950, seorang psikologi klinik yang ahli dalam psikoanalisis. Pada disebut *Rational Therapy* (Terapi Rasional) kemudian berubah menjadi *Rational Emotive*

*Therapy* (Terapi rasional dan emosi / TRE ) dan akhirnya pada awal tahun 1990an menjadi *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT).

Pikiran, emosi dan tingkah laku manusia bukan proses yang terpisah atau berbeda, melainkan tumpang tindih. Pikiran manusia beroperasi di tengah-tengah stimulus dan respon. Emosi dan tingkah laku berasal dari reaksi manusia terhadap pikiran, kepercayaan dan sikapnya terhadap lingkungan. Manusia berpikir beremosi dan bertindak secara serempak (Semiun, 2006). Ellis (1974 dalam Semiun 2006) mengatakan ketika beremosi manusia berfikir dan bertindak, ketika bertindak, mereka juga berfikir dan beremosi, ketika mereka berfikir mereka juga beremosi dan bertindak. Emosi merupakan produk pikiran manusia, jika seseorang berfikir buruk maka ia merasakan sesuatu itu sebagai hal yang buruk, ini berarti gangguan emosional sebagian besar disebabkan oleh proses-proses kognitif atau proses berfikir.

Konsep dasar teori Albert Ellis yaitu *Antecedent event* (A), *Belief* (B), dan *emotional Consequence* (C). Kerangka pilar ini yang kemudian dikenal dengan konsep atau teori ABC (Semiun, 2006).

*Antecedent event* (A) yaitu peristiwa pendahulu yang berupa fakta, kejadian, tingkah laku, atau sikap orang lain. Perceraian suatu keluarga, kelulusan bagi siswa, dan seleksi masuk bagi calon karyawan merupakan *antecedent event* bagi seseorang.

*Belief* (B) yaitu keyakinan, pandangan, nilai, atau verbalisasi diri individu terhadap suatu peristiwa. Keyakinan yang rasional (*rational belief* atau rB) dan keyakinan yang tidak rasional (*irrational belief* atau iB). Keyakinan yang rasional merupakan cara berfikir atau sistem keyakinan yang tepat, masuk akal, bijaksana, dan menjadikan seseorang produktif. Keyakinan yang tidak rasional merupakan keyakinan atau sistem berfikir seseorang yang salah, tidak masuk akal, emosional, dan membuat orang tidak produktif.



*Emotional consequence* (C) merupakan konsekuensi emosional sebagai akibat atau reaksi individu dalam bentuk perasaan senang atau hambatan emosi dalam hubungannya dengan *antecedent event* (A). Konsekuensi emosional ini bukan akibat langsung dari A tetapi disebabkan oleh beberapa variabel antara dalam bentuk keyakinan (B) baik yang rB maupun yang iB. Albert Ellis juga menambahkan D dan E untuk rumus ABC ini. Seorang terapis harus melawan (*Dispute*; D) keyakinan-keyakinan irasional itu agar kliennya bisa menikmati dampak-dampak (*Effects*; E) psikologis positif dari keyakinan-keyakinan yang rasional.

Albert Ellis berpendapat bahwa yang perlu dirubah oleh individu untuk mengatasi masalah emosi maupun perilakunya adalah adanya keyakinan irasional yang dikembangkan sendiri oleh individu (Corsini & Wedding, 1989 dalam Dominic, 2003 ). Pada umumnya keyakinan berada diluar kesadaran. Keyakinan merupakan kebiasaan atau secara otomatis, yang terdiri atas aturan-aturan dasar tentang bagaimana menjalani kehidupan di dunia. Latihan merupakan cara untuk menggali keyakinan yang ada dibawah alam sadarnya (Froggatt, 2005). Keyakinan yang tidak rasional dapat menghambat dalam mencapai tujuan, membentuk emosi ekstrim yang bertahan, menjadi stres dan mengarah kepada perilaku-perilaku yang membahayakan diri, orang lain dan kehidupan secara umum, mendistorsi kenyataan (memberikan suatu interpretasi yang salah terhadap kejadian dan tidak didukung oleh fakta), mengandung cara-cara yang tidak logis dalam mengevaluasi diri sendiri, orang lain dan lingkungan seperti menuntut, berperilaku kasar, tidak toleransi dan selalu menilai orang (Froggatt, 2005). Berlandaskan pendapat tersebut, Albert Ellis (Corsini & Wedding, 1989 dalam Dominic, 2003) mengembangkan sebuah terapi bernama REBT untuk membantu orang mengubah keyakinan irrasionalnya menjadi lebih rasional.

#### 2.4.1.1. Prinsip latihan dalam REBT

Tujuan dasar dari REBT adalah memberi kesempatan klien menyelesaikan masalahnya, kebebasan untuk memilih emosi, perilaku dan gaya hidup sendiri ( dalam batasan fisik, sosial dan ekonomi) dengan metode evaluasi diri dan perubahan personal yang akan membantu dalam mempertahankan keuntungannya (Frogett, 2005). Tidak semua emosi yang tidak menyenangkan merupakan disfungsi dan juga sebaliknya. *Rational Emotive Behaviour Therapy* tidak hanya melihat pikiran positif tetapi lebih pada pikiran, emosi dan perilaku yang realistis dalam porsi yang tepat terhadap kejadian atau keadaan yang dialami oleh klien. *Rational Emotive Behaviour Therapy* mempunyai tehnik tersendiri namun kadang juga menggunakan pendekatan lain dan mengizinkan praktisi lain untuk menggunakan imajinasinya sendiri.

*Rational Emotive Behaviour Therapy* adalah edukatif dan kolaboratif. Klien belajar menggunakan terapi secara mandiri. Terapis menyediakan latihan dan klien yang mempelajarinya sendiri. Terapis menjelaskan pada klien dan terapis bersama klien merancang PR yang akan dilakukan klien di rumah. Hubungan terapis sebagai fasilitator dan klien sangat penting. Terapis menunjukkan sikap empati, penerimaan tanpa syarat, dan memberikan dorongan. Terapis harus berhati-hati agar tidak menciptakan ketergantungan klien.

Ketika REBT berlangsung, terapis tetap berada di dalam nilai-nilai yang dianut oleh klien. Cara baru dalam berfikir akan mengembangkan kolaborasi. Membuka masa lalu tidak selalu membantu dalam mengubah reaksi individu di masa sekarang walaupun masa lalu dari individu terlihat relevan dengan banyaknya pikiran irrasional. *Rational Emotive Behaviour Therapy* berorientasi pada tugas dan berfokus pada pemecahan masalah saat ini.

*Rational Emotive Behaviour Therapy* dilakukan secara ringkas dan mempunyai batasan waktu. Biasanya 5 sampai 30 sesi dengan waktu satu bulan sampai delapan bulan. Tergantung pada latar belakang dan informasi tentang riwayat klien. *Rational Emotive Behaviour Therapy* menekankan pada perubahan dalam sistem keyakinan yang mendasar dari klien daripada upaya menghilangkan gejala-gejala saat ini. Klien ditinggalkan dengan kemampuan untuk menolong diri sendiri dan memungkinkan untuk melakukan koping pada waktu yang panjang di masa depannya.

#### **2.4.2. Teknik-teknik yang digunakan dalam REBT**

*Rational Emotive Behaviour Therapy* ditemukan Albert Ellis tahun 1950-an, yang dikembangkan oleh Aaron Beck pada tahun 1960. Terapi yang digunakan untuk menangani orang yang mengalami kesulitan untuk membiasakan diri dalam mengendalikan emosi menurut Ellis (1950 dalam Semiun, 2010) adalah REBT. *Rational Emotive Behaviour Therapy* didasarkan pada konsep bahwa emosi dan perilaku hasil dari proses kognitif, dan memungkinkan bagi manusia untuk memodifikasi proses tersebut untuk mencapai cara yang berbeda dari perasaan dan berperilaku. *Rational Emotive Behaviour Therapy* adalah salah satu dari sejumlah terapi perilaku-kognitif, yang, walaupun dikembangkan secara terpisah, memiliki banyak kesamaan seperti *Cognitive Therapy (CT)*.

Ellis merekomendasikan suatu pendekatan yang berwawasan luas untuk terapi dengan menggunakan strategi REBT dan pendekatan lainnya namun dipastikan bahwa strategi tersebut sesuai dengan teori REBT. Di bawah ini ada beberapa prosedur yang dapat digunakan yaitu :

##### **2.4.2.1. Teknik Kognitif**

*Rational Analysis* (Analisis Rasional) ; analisis dari peristiwa yang spesifik untuk mengajarkan klien bagaimana cara membuka dan memperdebatkan keyakinan yang tidak rasional yang biasa digunakan

pada sesi pertama dan setelah klien mendapatkan idenya maka klien akan membawanya sebagai pekerjaan rumah (PR).

***Double Standard Dispute*** (Perdebatan Standar Ganda); Bila klien merasa rendah diri terhadap perilakunya, tanyakan apakah mereka akan segera menilai orang lain (seperti teman baik atau terapis) dalam melakukan hal yang sama atau merekomendasikan orang lain untuk berpegang pada keyakinan utamanya.

***Catastrophe Scale*** (Scala Bencana / Termometer perasaan); Ini merupakan tehnik yang berguna untuk mendapatkan perspektif yang hebat. Pada papan tulis putih atau selembar kertas menggambar sebuah garis yang menurun dengan menuliskan 100% pada bagian atas dan 0% pada bagian bawah dan 10% interval diantaranya. Tanyakan pada klien pada tingkat berapa bencana yang dirasakan dari masalah yang dihadapi kemudian masukkan item tersebut ke dalam gambar pada tempat yang tepat kemudian isi tingkatan (*level*) yang lainnya dengan item yang sesuai dengan pikiran klien. Pada akhirnya apakah klien secara progresif mengubah posisi item yang ditakutkannya dalam skala, sampai ketakutan yang ada dalam perspektifnya dalam hubungannya dengan item lainnya benar.

***Devil's Advocad (Severse Role Playing)*** ; tehnik yang didesain agar klien dapat melawan keyakinan irasionalnya. Terapis bermain peran dengan mengadopsi keyakinan klien yang tidak berguna dan dengan penuh semangat klien membantahnya dan mencoba meyakinkan terapis bahwa keyakinan itu tidak berguna. Tehnik ini terutama digunakan pada klien yang mengetahui keyakinannya yang irasional namun membutuhkan pertolongan untuk menggabungkan apa yang dipahami.

***Reframing***; Membantu klien untuk melihat kejadian buruk sekalipun selalu mempunyai sisi positif, dan membuat daftar hal-hal positif yang dapat di pikirkan oleh klien.

#### 2.4.2.2. *Imagery Techniques* (Tehnik Perumpamaan)

**Time Projection;** Meminta klien untuk melihat kejadian yang tidak diinginkan itu terjadi dan bayangkan kejadian tersebut berjalan terus dalam seminggu, sebulan, enam bulan, setahun, dua tahun dan seterusnya, pertimbangkan bagaimana perasaan klien untuk setiap waktu yang dilewati. Klien akan mampu melihat bahwa hidup akan terus berjalan meskipun mereka membutuhkan penyesuaian untuk itu.

**The "Blow Up" Technique;** melibatkan klien dengan meminta klien untuk membayangkan kejadian yang menakutkan kemudian dilepaskan keluar seluruhnya sehingga klien merasakan terhibur karena itu. Menertawakan ketakutan akan membantu dalam mengontrolnya. Teknik ini memerlukan sensitifitas dan waktu yang tepat dalam menggunakannya.

#### 2.4.2.3. *Behaviour Techniques* (Tehnik Perilaku)

**Exposure;** Strategi perilaku biasanya yang sering digunakan dalam REBT adalah dengan melibatkan klien untuk memasuki situasi yang membuatnya takut dan biasanya klien akan menghindar. Seperti "*Exposure*" yang disengaja, direncanakan dan dibawa dengan menggunakan kognitif dan keterampilan koping lainnya. Tujuannya adalah : (1) menguji validitas ketakutan seseorang (penolakan tidak akan bertahan), (2) *De-awfulise them* (dengan melihat bahwa catastrophe tidak terjadi), (3) Mengembangkan kepercayaan diri agar dapat melakukan koping (dengan sukses mengatur tindakan seseorang), dan (4) Meningkatkan toleransi terhadap rasa ketidaknyamanan (menemukan peningkatan dalam bertahan).

**Shame Attacking;** ini adalah tipe dari *exposure* yang melibatkan konfrontasi terhadap rasa takut akan malu dengan bebas melakukan tindakan dengan cara mengantisipasi klien menolak penyerangan (Pada saat waktu yang sama, menggunakan tehnik kognitif dan emosi untuk hanya merasakan perhatian atau kekecewaan).

**Risk Taking;** Tujuannya adalah untuk menantang keyakinan yang menimbulkan perilaku yang berisiko membahayakan, ketika alasan yang dikatakan dari hasil tidak ada garansinya maka mereka memiliki kesempatan yang berharga. Sebagai contoh seseorang yang takut akan ditolak malah mencoba untuk mengajak seseorang untuk berkencan.

**Paradoxical Behaviour ;** Ketika klien berharap untuk merubah kecendrungan disfungsi, hal ini mendorong klien secara bebas untuk bertindak dengan suatu cara kontradiksi terhadap kecendrungan tersebut. Latihan untuk perilaku yang baru walaupun tidak secara spontan maka berangsur-angsur terinternalisasi menjadi kebiasaan baru.

**Stepping Out of Character ;** merupakan salah satu tipe dari *paradoxical behavior*. Sebagai contoh seorang perfeksionis dapat melakukan segala sesuatu dengan bebas untuk yang kurang dari standar mereka biasanya.

**Postponing Gratification;** Biasanya digunakan untuk melawan rendahnya toleransi terhadap frustrasi dengan bebas mengurangi rokok, memakan makanan yang manis, menggunakan alkohol, aktivitas seksual dan sebagainya.

#### **2.4.2.4. Home Work ( Pekerjaan Rumah/ PR)**

Pekerjaan rumah (PR) adalah merupakan strategi yang paling penting dalam REBT. Kegiatan yang termasuk didalamnya adalah aktivitas membaca, latihan menolong diri sendiri dan pengalaman aktivitas. Sesi-sesi dalam terapi adalah sesi-sesi latihan, dimana klien mencoba dan menggunakan apa yang sudah dipelajari.

### **2.4.2. Pedoman REBT**

#### **2.4.2.1. Pengertian REBT**

*Rational Emotive Behaviour Therapy* adalah salah satu dari beberapa terapi yang berasal dari pikiran dan perilaku. *Rational Emotive Behaviour Therapy* bukan hanya sekedar tehnik tapi merupakan teori yang komprehensif dari perilaku manusia (Froegatt, 2005). *Rational Emotive Behaviour Therapy* merupakan suatu pendekatan kognitif dan

perilaku yang mengemukakan fakta-fakta bahwa perilaku yang dihasilkan bukan berasal dari kejadian yang dialami namun dari keyakinan – keyakinan yang tidak rasional (Jensen, 2008). Teori REBT menegaskan bahwa keyakinan yang tidak rasional akan membawa individu pada emosi dan perilaku negatif yang tidak sehat seperti perilaku amuk (agresif) dan rasa bersalah (Jensen, 2008).

Jadi REBT adalah suatu metoda terapi yang menggunakan pendekatan kognitif/pikiran dan perilaku untuk memahami dan mengatasi masalah emosi dan perilaku negatif yang berasal dari keyakinan-keyakinan yang tidak rasional.

#### 2.4.2.2. Indikasi Penerapan REBT

*Rational Emotive Behaviour Therapy* ditujukan untuk membantu individu yang memiliki masalah secara klinis maupun non klinis, yaitu :

**Tipikal aplikasi klinis** adalah depresi, gangguan makan, adiksi, gangguan kontrol impuls, manajemen marah, perilaku antisosial, gangguan personal, kekerasan seksual, gangguan kecemasan ( obsesif kompulsif, *agoraphobia*, *agora* spesifik, general ansietas dan *post traumatic*), gangguan fisik atau gangguan mental, manajemen stres, manajemen nyeri dan gangguan perilaku pada anak dan dewasa serta masalah hubungan dalam keluarga. **Tipikal aplikasi non klinis** adalah 1) pertumbuhan personal dimana REBT berisikan prinsip yang terperinci yang menjelaskan tentang ketertarikan diri, penerimaan diri dan cara pengambilan risiko yang dapat digunakan untuk membantu individu mengembangkan diri dan bertindak lebih fungsional dalam menjalani filosofi hidupnya (Froggatt. W, 1997). 2) Efektivitas ditempat kerja, Dimattia telah mengembangkan variasi dari REBT yang dikenal dengan *Rational Efektiveness Training* yang membantu efektivitas pekerja dan pimpinan di tempat kerja (Dimattia & Ijzermans, 1996 dalam Froggatt W, 2005).

### 2.4.2.3. Tujuan REBT

#### Tujuan Umum:

Membantu individu untuk dapat menolong diri sendiri dengan mengajarkan cara mengubah keyakinan irrasionalnya menjadi lebih rasional melalui pembelajaran dan latihan terhadap kognitif, emosi dan perilaku sehingga memungkinkan bagi klien untuk melakukan coping dalam jangka waktu yang panjang di masa yang akan datang.

#### Tujuan Khusus:

Klien mampu membina hubungan saling percaya dengan terapis.

Klien mampu memahami rentang dari perasaan senang sampai marah yang dirasakannya ( Termometer Perasaan).

Klien mampu membedakan antara kenyataan dengan opini/persepsi terhadap suatu kondisi atau peristiwa

Klien mampu melakukan Analisis Diri secara Rasional (*Rational Self-Analysis*) dengan menggunakan Model ACBs untuk mengontrol perilaku kekerasannya.

### 2.4.2.4. Peran Terapis

Program terapi REBT dirancang untuk edukasi dan pendukung dalam upaya preventif (pencegahan) timbulnya masalah kesehatan mental klien, untuk itu dibutuhkan seorang terapis yang dapat berperan sebagai : **Terapis sebagai *trainer***, Terapis menyediakan training dan klien yang mempelajarinya sendiri. Penjelasan disampaikan pada klien dan terapis bersama klien merancang pekerjaan rumah ( latihan mandiri) yang akan dilakukan klien di rumah. **Terapis sebagai fasilitator**, hubungan terapis dan klien sangat penting dalam memberikan dorongan. Terapi menunjukkan sikap empati, penerimaan yang tidak terkondisi tetapi tidak menciptakan ketergantungan pada klien.

### 2.4.2.5. Kriteria Terapis

Kriteria secara umum adalah tingkat pendidikan terapis minimal lulus S2



Keperawatan Jiwa dan berpengalaman dalam praktek keperawatan jiwa (berpengalaman dalam melakukan REBT).

#### 2.4.2.6. Tempat

*Rational Emotive Behaviour Therapy* untuk indikasi non klinis dapat dilakukan di mana saja termasuk di sekolah dan untuk aplikasi klinis dilaksanakan di rumah sakit. *Rational Emotive Behaviour Therapy* dapat dilaksanakan di Rumah Sakit Umum maupun Rumah Sakit Jiwa dengan ruangan yang kondusif, terpisah dari klien lain, tenang, tidak bising dan pencahayaan cukup.

#### 2.4.2.7. Alat Terapi

Alat yang dibutuhkan saat terapi disesuaikan dengan metode atau tehnik yang dipakai. alat yang dibutuhkan dalam melaksanakan REBT pada klien dengan perilaku kekerasan dan harga diri rendah adalah alat tulis dan kertas, buku kerja untuk klien, dan lembar evaluasi klien untuk terapis.

#### 2.4.2.8. Strategi Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan REBT pada klien maka perlu diperhatikan komponen-komponen utama dari Intervensi REBT tersebut yaitu :

##### **Mempersiapkan klien untuk terapi :**

##### **Membangun hubungan saling percaya**

Melibatkan klien merupakan langkah awal untuk membangun hubungan dengan klien. Hal ini dapat dicapai dengan adanya sikap empati, hangat dan saling menghormati dengan menjelaskan tujuan terapi, mengkaji motivasi klien untuk berubah, persetujuan dari klien untuk pelaksanaan REBT dan membuat kesepakatan untuk kontrak selanjutnya.

Adapun aktivitas-aktivitas dapat yang digunakan pada pelaksanaan REBT adalah :

Menganalisis secara spesifik permasalahan yang terjadi, tentukan keyakinan yang terlibat selanjutnya dirubah dan kembangkan PR. Ini semua disebut dengan analisis rasional.

Mengembangkan pengkajian tentang perilaku untuk mengurangi ketakutan atau memodifikasi cara bertindak.

Mempersiapkan strategi pengganti dan tehnik-tehnik yang tepat seperti latihan relaksasi, latihan keterampilan interpersonal dll.

### **Menilai Masalah Individu dan Situasi**

Pengkajian yang dilakukan akan bervariasi dari individu ke individu namun tetap mengikuti aturan-aturan pada area yang telah ditetapkan dan akan dinilai sebagai bagian dari intervensi REBT. Di mulai dari pandangan klien tentang masalah apa yang ditemukan, mencek tentang “*secondary disturbance*”: bagaimana perasaan klien tentang masalah yang dihadapi. Melakukan pengkajian secara umum untuk menentukan adanya hubungan dengan gangguan klinikal, menemukan riwayat personal dan sosial klien. Pengkajian tentang beratnya masalah yang dirasakan, faktor personal yang relevan dan penyebab lain yang bukan dari kondisi psikologis, riwayat pengobatan, ketergantungan obat (Napza) dan faktor gaya hidup atau lingkungan.

### **Implementasi program terapi**

Pada saat implementasi, pelaksanaan terapi akan dibagi atas 3 fase yang didalamnya terdapat 5 sesi .

**Fase I** disebut **Fase Persiapan Kognitif** yang terdiri atas 3 sesi yaitu :

**Sesi 1** Persiapan kognitif : Bina hubungan saling percaya dan harapan

**Sesi 2** Persiapan kognitif : Memahami rentang perasaan senang sampai marah yang dirasakan (Termometer Perasaan)

**Sesi 3** Persiapan kognitif : Fakta lawan opini

**Fase II** yang disebut **Fase Belajar Model Kognitif ACBs** terdiri atas satu sesi yaitu **Sesi 4** Belajar model kognitif ACBs (*Rational Self - Analysis*)

**Fase III** yang disebut **Fase Latihan Model Kognitif ACBs** terdiri atas satu sesi yaitu **Sesi 5** Latihan model kognitif ACBs (*Rational Self - Analysis*)

#### **Mempersiapkan klien untuk terminasi**

Terapis mempersiapkan klien untuk mengantisipasi terjadinya kemunduran setelah kegiatan terapi berakhir dengan memastikan bahwa klien sudah mengetahui cara yang dapat dilakukan ketika gejala-gejala itu datang kembali.

#### **2.4.2.9. Evaluasi**

Evaluasi yang dilakukan pada REBT disesuaikan dengan tujuan setiap sesi. Hal yang diharapkan adalah klien mampu membina hubungan saling percaya dengan terapi, memahami rentang dari perasaan yang dirasakan, membedakan antara kenyataan dengan opini/persepsi terhadap suatu kondisi atau peristiwa dan terakhir klien mampu melakukan Analisis Diri secara Rasional (*Rational Self- Analysis*) dengan menggunakan Model ACBs sehingga dapat memodifikasi cara berfikir, beremosi dan bertindak untuk mengontrol perilaku kekerasannya. Pada akhir intervensi diharapkan terjadinya peningkatan perubahan pada cara berpikir, beremosi dan berperilaku secara signifikan atau peningkatan pada kondisi eksternal klien.

Berdasarkan langkah-langkah yang harus dilakukan dalam pelaksanaan CBT dan REBT secara teori, peneliti melakukan modifikasi dengan menggabungkan kedua terapi tersebut menjadi RECBT (*Rational Emotive Cognitive Behaviour Therapy*) yaitu :

Pertemuan I: **REBT sesi 1**, Identifikasi kejadian dan respon terhadap kejadian : perasaan dan perilaku yang muncul, mengukur perasaan dg termometer perasaan. Pertemuan pertama yang dilakukan REBT sesi 1 dimaksudkan untuk mempermudah pemahaman klien karena pembicaraan bermula dari pengamalan / kejadian yang pernah dialami klien. Pembicaraan dilanjutkan dengan perasaan dan

perilaku yang dialami saat kejadian itu. Setelah klien mampu mengungkapkan perasaan dan perilakunya, selanjutnya klien dituntun untuk mengukur perasaan yang muncul dengan menggunakan thermometer perasaan berupa rentang perasaan yang muncul dari mulai perasaan tersebut tidak dirasakan sampai perasaan tersebut sangat berat dan sangat mengganggu.

Pertemuan II **CBT sesi 1** Mengidentifikasi pikiran dan perilaku negatif, melawan satu pikiran negatif. Tahap ini berkaitan dengan sesi satu dimana setelah klien mengungkapkan perasaannya klien diajak untuk menilai pikiran dan perilaku yang negatif tersebut. Setelah klien menyadari pikirannya tidak tepat dan mengganggu, selanjutnya klien diajak untuk melawan pikiran tersebut.

Pertemuan III **CBT sesi 2** Melawan pikiran negatif kedua. Pertemuan ketiga dimaksudkan untuk latihan supaya lebih mampu melawan pikiran negatif.

Pertemuan IV **REBT sesi 2**, Mengidentifikasi dan melawan keyakinan *irrasional* serta menerapkan perilaku baru terhadap kejadian I. Setelah klien mampu mengidentifikasi kejadian, pikiran dan perilaku yang negatif / mengganggu, klien dibimbing untuk menilai penyebab munculnya perasaan dan perilaku tersebut apakah sesuai dengan kenyataan (rasional) atau hanya berdasarkan keyakinannya sendiri. Klien diajarkan untuk mengubah keyakinan tidak rasional menjadi rasional. dan klien diminta mengungkapkan kembali perasaan setelah keyakinannya menjadi rasional serta perasaannya diukur kembali dengan thermometer perasaan.

Pertemuan V **REBT sesi tiga**, Latihan melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru terhadap kejadian II. Pertemuan kelima dimaksudkan untuk memberi kesempatan klien berlatih mengubah perasaan yang tidak rasional.

Pertemuan VI **CBT sesi 3**, Pengubah perilaku negatif. Setelah pikiran (kognitif) dan perasaan (emosi) klien berubah, klien diajak untuk mengubah perilakunya menjadi lebih baik.

Pertemuan VII **CBT sesi 4**, Latihan melawan pikiran dan mengubah perilaku negatif. Pertemuan ketujuh ini dilakukan untuk memberikan kesempatan klien berlatih lebih banyak mengubah perilaku yang negatif.

Pertemuan VIII **CBT sesi 5** Mempertahankan kognitif positif dan perilaku adaptif dan mencegah kekambuhan dan **REBT sesi 4**. Mengevaluasi kemampuan klien dan mencegah kekambuhan. Pertemuan kedelapan dilakukan untuk mengevaluasi kemampuan yang telah dimiliki, dan rencana selanjutnya untuk meningkatkan dan pembudayaan kemampuan yang telah dimiliki serta dapat mengantisipasi bila menghadapi kejadian yang membuat pikiran, perasaan dan perilakunya terganggu.



## BAB 3

### KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional yang dimaksudkan untuk memberikan arah terhadap proses penelitian.

#### 3.1. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori ini disusun dengan mengadopsi uraian teoretis pada BAB 2 yang berisi tentang konsep skizofrenia, perilaku kekerasan, harga diri rendah, *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT).

Skizofrenia adalah kombinasi dari gangguan pikir, gangguan persepsi, perilaku abnormal, gangguan afektif dan ketidakmampuan dalam bersosialisasi (Fontaine, 2009). Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang akan membebani masyarakat sepanjang hidup penderita, dikarakteristikan dengan disorganisasi pikiran, perasaan dan perilaku (Lenzenweger & Gottesman, 1994 dalam Sinaga, 2007). Skizofrenia merupakan gangguan neurobiologi otak yang persisten dan serius, sindroma secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan hidup baik secara individu, keluarga, dan komunitas (Stuart, 2009).

Perilaku agresif adalah suatu fenomena kompleks yang dapat terjadi pada klien dengan skizofrenia, gangguan *mood*, gangguan kepribadian *borderline*, gangguan perilaku dan ketergantungan obat (Fontaine, 2009). Perilaku Kekerasan/Agresifitas adalah satu kategori perilaku yang dapat mencakup serangan fisik terhadap diri benda maupun orang lain, termasuk paksaan, intimidasi, gaya menejerial yang mengakibatkan konsekuensi psikologis merugikan orang lain dan direncanakan mengucilkan sosial orang lain (Kaplan, 2007). *World Health Organization* (1999) mengemukakan bahwa kekerasan adalah penggunaan kekuatan fisik dan kekuasaan, ancaman atau

tindakan untuk diri sendiri, perorangan atau sekelompok orang atau masyarakat yang kemungkinan besar mengakibatkan memar/trauma, kematian, kerugian psikologis, kelainan perkembangan atau perampasan hak. Risiko perilaku kekerasan adalah berisiko melakukan perilaku, yakni individu mengunjukan bahwa ia dapat membahayakan orang lain secara fisik, emosional dan / atau seksual (Herdman, 2009). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis (Keliat & Akemat, 2010).

Harga diri rendah adalah evaluasi diri negatif dan berhubungan dengan perasaan yang lemah, tak berdaya, putus asa, ketakutan, rentan, rapuh, tidak lengkap, tidak berharga, dan tidak memadai (Stuart, 2009), sedangkan menurut Keliat dan Akemat (2010) harga diri rendah kronis adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri.

Model Stres Adaptasi Stuart (2009) menyatakan keperawatan jiwa memandang perilaku manusia dalam perspektif yang holistik terdiri atas biologis, psikologis dan sosiokultural, yang saling berintegrasi. Komponen biospikososial dari model tersebut termasuk dalam faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping dan mekanisme koping.

Tindakan Keperawatan pada klien perilaku kekerasan meliputi : *Preventive Strategies* (strategi pencegahan), *Anticipatory Strategies* (strategi antisipasi), *Containment Strategies* (strategi penahanan). Tindakan keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan adalah : mengidentifikasi penyebab, tanda, cara dan akibat perilaku kekerasan, mengajarkan cara sertif (menarik nafas dalam, memukul bantal, verbal / bicara yang asertif, melakukan kegiatan spiritual dan penggunaan obat (Keliat & Akemat, 2010).

Tindakan keperawatan pada klien dengan harga diri rendah : Membantu klien memahami dirinya secara utuh dan tepat sehingga dia dapat secara langsung

memperoleh arah hidup yang lebih memuaskan (Stuart & Laraia, 2005). Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien, pada keluarga ditujukan untuk membantu klien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki (Keliat & Akemat, 2010), intervensi keperawatan pada klien harga diri rendah meliputi lima aspek : memperluas kesadaran diri, eksplorasi diri, evaluasi diri, perencanaan yang realistis, dan komitmen untuk bertindak (Stuart, 2009).

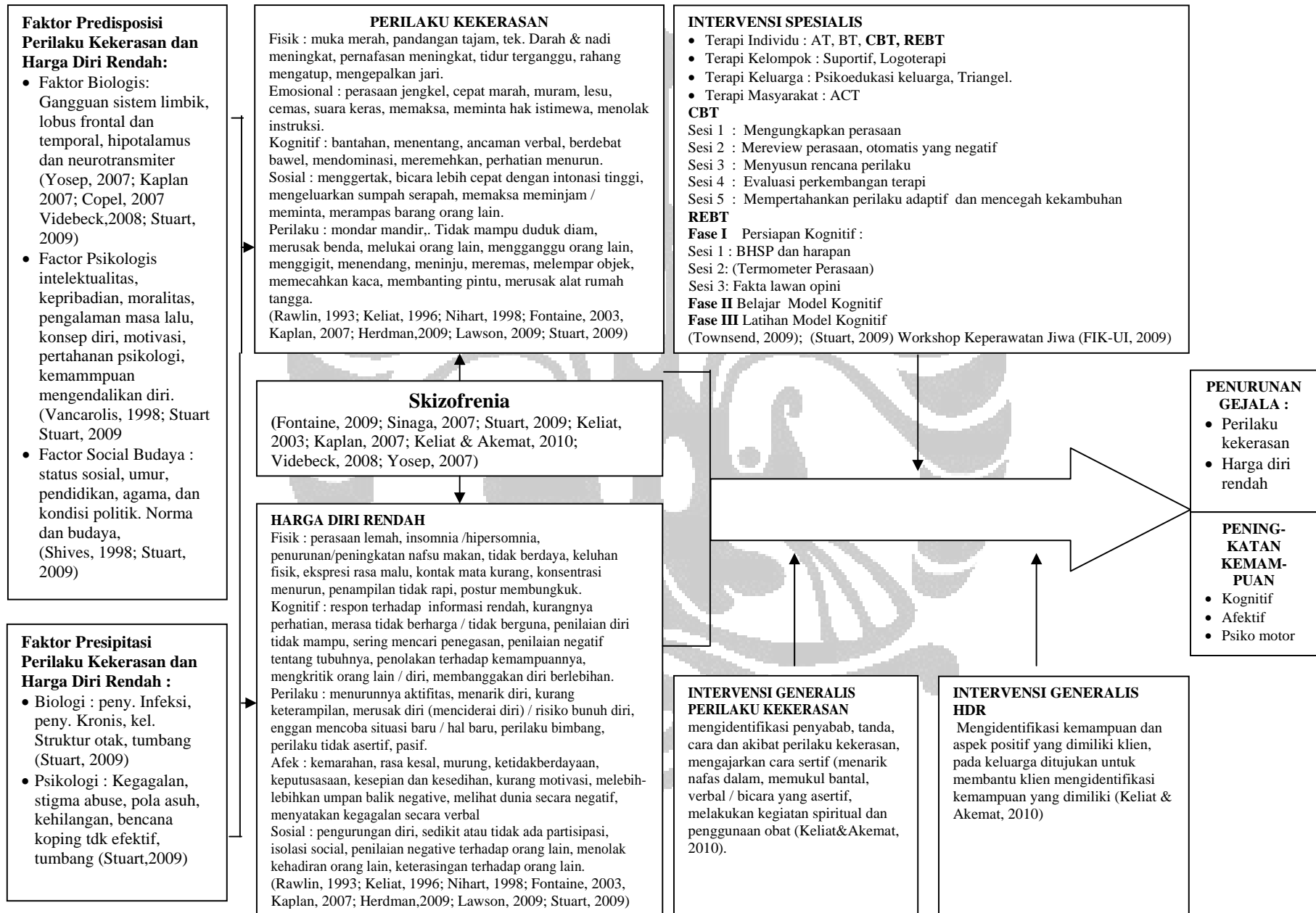
Terapi lanjut / spesialis pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah : terapi individu : terapi kognitif, terapi perilaku, *cognitive behaviour therapy (CBT)* dan *rational emotive behaviour therapy (REBT)*. Terapi kelompok : *logotherapy*, psikoedukasi, dan terapi keluarga : *triangle therapy*, dan psikoedukasi keluarga.

*Cognitive behaviour therapy* adalah terapi yang membantu individu merubah cara berfikir dan prilakunya sehingga perubahan itu membuat individu merasa lebih baik, dan terapi ini berfokus pada masalah *here and now* serta kesulitan yang dihadapi (*British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies*, 2006).

*Rational emotive behaviour therapy* merupakan suatu pendekatan kognitif dan perilaku yang mengemukakan fakta-fakta bahwa perilaku yang dihasilkan bukan berasal dari kejadian yang dialami namun dari keyakinan – keyakinan yang tidak rasional (Jensen, 2008).



**Bagan 3.1. Kerangka Teori Penelitian Pengaruh CBT dan REBT pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah**



### 3.2. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep atau terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmojo, 2010). Kerangka penelitian yang dikembangkan dalam penelitian ini terdiri dari tiga variabel, yaitu variabel *independent* (bebas), variabel *dependent* (terikat) dan variabel *confounding* (perancu) :

#### 3.2.1. Variabel *Independent* (Variabel bebas / intervensi)

Variabel independen merupakan variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel *dependent* (Handoko, 2006). Variabel *independent* dalam ilmu keperawatan biasanya merupakan stimulus atau intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien untuk mempengaruhi tingkah laku klien (Nursalam, 2009).

Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah CBT dan REBT yang diberikan pada pasien perilaku kekerasan dan harga diri rendah. Tahapan CBT yang dilakukan dalam 5 sesi yaitu : Sesi 1 : Mengungkapkan pikiran dan perilaku negatif / mengganggu, dan melawan satu pikiran negatif. Sesi 2 : Melawan pikiran negatif kedua. Sesi 3 : Mengubah perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif - konsekuensi negatif kepada klien dan kepada orang penting yang berarti (*significant persons*). Sesi 4 : Mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekuensi yang disepakati dan melakukan latihan melawan pikiran dan mengubah perilaku negatif berikutnya. Sesi 5 : Menjelaskan pentingnya terapi lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan dan mempertahankan pikiran yang positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.

Tahapan REBT peneliti dibagi atas 5 sesi yaitu ; Sesi 1 : Persiapan Kognitif : Kejadian dan respon terhadap kejadian berupa perasaan dan perilaku yang muncul serta mengukur perasaan yang muncul dengan termometer perasaan, Sesi 2 : Keyakinan, mengidentifikasi keyakinan irasional dan melawan keyakinan irasional dan menerapkan perilaku baru terhadap

kejadian I, Sesi 3 : Latihan melawan keyakinan irasional dan menerapkan perilaku baru terhadap kejadian II, Sesi 4 : Mengevaluasi kemampuan klien, mempertahankan pikiran yang positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan untuk mencegah kekambuhan.

*Cognitive Behaviour Therapy dan Rational Emotive Behaviour Therapy* dalam penelitian ini dilakukan secara bersama-sama dan terpadu dalam delapan kali pertemuan yaitu : pertemuan pertama : melakukan REBT sesi 1, pertemuan kedua melakukan CBT sesi 1, pertemuan ketiga melakukan CBT sesi 2, pertemuan keempat melakukan REBT sesi 2, pertemuan kelima melakukan REBT sesi 3, pertemuan keenam melakukan CBT sesi 3, pertemuan ketujuh melakukan CBT sesi 4, pertemuan kedelapan melakukan CBT sesi 5 dan REBT sesi 4.

### 3.2.2. Variabel *Dependent* (Variabel Terikat)

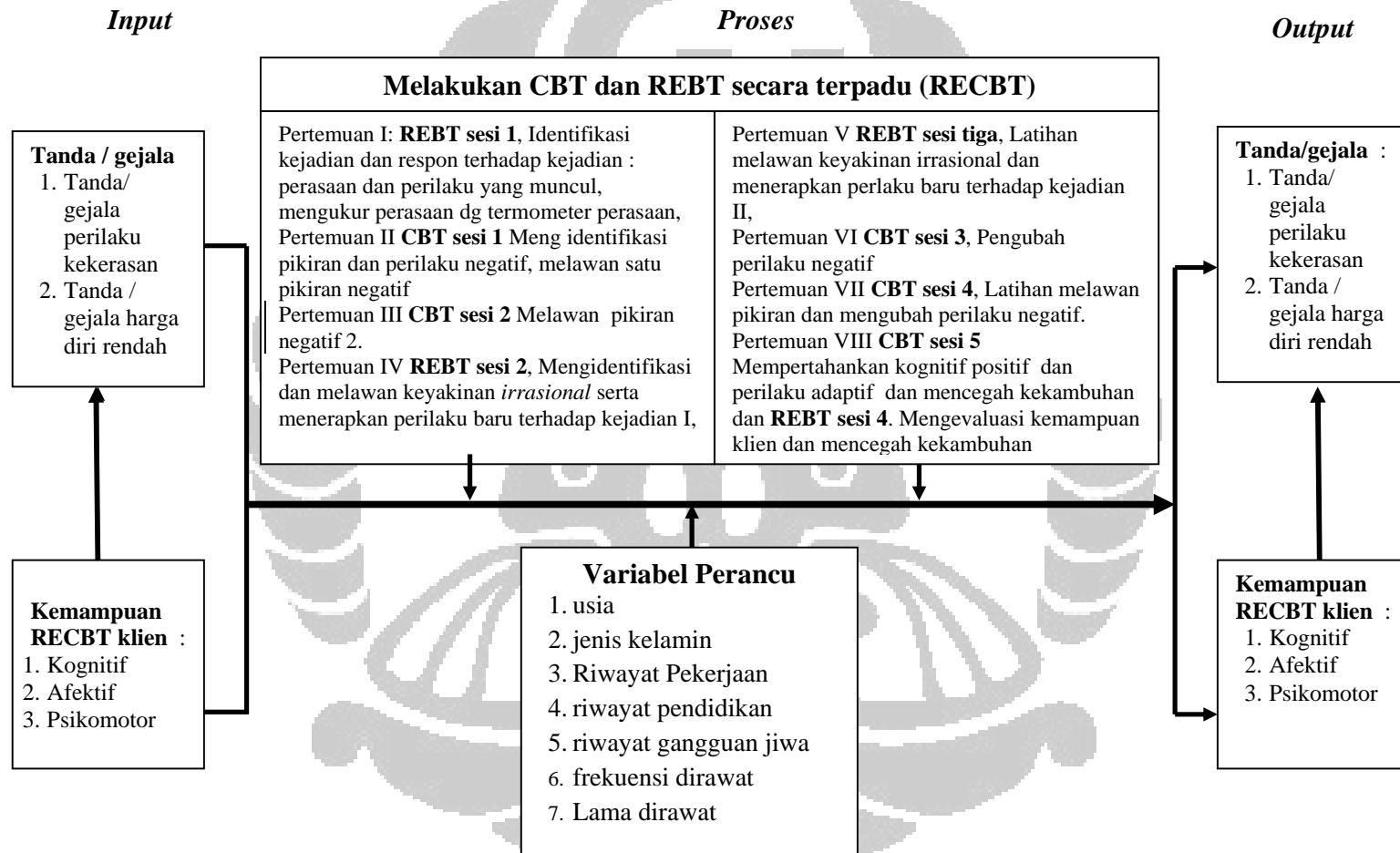
Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variabel *independent* (Handoko, 2006). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah gejala perilaku kekerasan, gejala harga diri rendah, kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor klien pada klien skizofrenia.

### 3.2.3. Variabel *Confounding* (Variabel Perancu)

Variabel *confounding* adalah variabel yang nilainya ikut menentukan variabel baik secara langsung maupun tidak langsung (Nursalam, 2009). Variabel ini merupakan karakteristik klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan dan harga diri rendah yang dapat mempengaruhi variabel *dependent* dan *independent*. Karakteristik ini meliputi usia (Sasmita, 2007), jenis kelamin (Sasmita, 2007), riwayat pekerjaan (Keliat, 2003; Sasmita, 2007), pendidikan terakhir (Keliat, 2003; Sasmita, 2007; Fauziah, 2009), lama sakit / riwayat gangguan jiwa (Fauziah, 2009), frekuensi dirawat (Wahyuningsih, 2009).

Berdasarkan uraian di atas, keterkaitan masing-masing variabel dapat dilihat dalam bagan 3.2.

**Bagan 3.2**  
**Kerangka Konsep Penelitian**



### 3.3. Hipotesis Penelitian

Hipotesis berarti pernyataan sementara yang perlu diuji kebenarannya (Sabri & Hastono, 2010). Menurut Notoatmodjo (2010), hipotesis ditarik dari serangkaian fakta yang muncul sehubungan dengan masalah yang diteliti.

Berdasarkan konsep teori yang ada, maka hipotesis yang muncul dalam penelitian ini adalah:

**Ho** : Tidak ada perbedaan gejala dan kemampuan klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada klien skizofrenia yang mendapatkan CBT dan REBT dengan yang tidak mendapatkan CBT dan REBT.

Adapun uraian hipotesis alternatif (Ha) dalam penelitian ini adalah:

- 3.3.1. Adanya penurunan gejala serta peningkatan kemampuan klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah setelah diberikan CBT dan REBT.
- 3.3.2. Penurunan gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah klien yang mendapatkan CBT dan REBT lebih tinggi dibanding yang tidak mendapatkan CBT dan REBT.
- 3.3.3. Ada kontribusi karakteristik klien (usia, jenis kelamin, riwayat pekerjaan, pendidikan terakhir, riwayat gangguan jiwa, frekuensi dirawat, lama dirawat), terhadap penurunan gejala dan peningkatan kemampuan klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah.

### 3.4. 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 yang digunakan sebagai parameter / ukuran dalam penelitian ini diuraikan pada tabel 3.1.

**Tabel 3.1.**  
**Definisi Operasional Variabel *Independent* Penelitian**  
**Karakteristik Klien Perilaku kekerasan dan Harga diri rendah**

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
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 / gender responden	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden.	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Riwayat Pekerjaan	Riwayat pernah melakukan usaha baik di dalam maupun di luar rumah untuk mendapatkan penghasilan/imbala n yang sesuai dengan usahanya	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang riwayat pekerjaan responden	1. Pernah bekerja 2. Tidak pernah 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. SD 2. SMP 3. SMU 4. Perguruan tinggi 5. Tidak Sekolah	Ordinal
5.	Riwayat gangguan jiwa	Pengalaman gangguan jiwa yang dialami sebelum gangguan jiwa saat ini	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pengaman gangguan jiwa yang dialami sebelumnya	1. Ada 2. Tidak ada	Nominal
7.	Frekuensi dirawat	Jumlah berapa kali responden telah menjalani perawatan sebelumnya karena gangguan jiwa sampai dengan terakhir saat pengambilan data	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang berapa kali klien pernah dirawat karena gangguan jiwa	Frekuensi dirawat dalam hitungan kali dirawat.	Interval

8.	Lama dirawat	Lama klien dirawat sejak masuk yang sekarang sampai saat terakhir pengambilan data dalam satuan bulan.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang berapa klien dirawat karena gangguan jiwa yang sekarang	Dalam satuan bulan dirawat	Interval
----	--------------	--	--	----------------------------	----------

**Tabel 3.2.**  
**Definisi Operasional Variabel *Dependent* Penelitian**  
**Tanda dan Gejala Perilaku kekerasan dan Harga diri rendah**

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Tanda dan gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah	Perilaku yang ditampilkan klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah yang meliputi kognitif, afektif, fisiologi, perilaku dan sosial	Menggunakan lembar kuesioner B dan C observasi D yang dimodifikasi dari kuesioner peneliti sebelumnya : Kuesioner B untuk perilaku kekerasan respon: Kognitif : sebanyak 6 pertanyaan , Afektif : 7 pertanyaan Psikomotor : 7 pertanyaan Sosial : 6 pertanyaan. Kuesioner C untuk HDR, respon: Kognitif : 7 pertanyaan, Afektif : 7 pertanyaan Psikomotor : 7 pertanyaan Sosial : 6 pertanyaan Lembar observasi D : PK : Fisik, 5 Poin, No. 1-5 HDR : Fisik, 5 Poin, No : 6-10	Score Keseluruhan dari item Observasi dan kuesioner tentang tanda dan gejala perilaku kekerasan yang meliputi : Kognitif, Afektif, Fisiologis, Perilaku dan Sosial Pernyataan di kuesioner berbentuk skala Likert, dengan rentang nilai 0-4 kemudian seluruh jawaban dijumlahkan. Pernyataan observasi berbentuk pilihan ya atau tidak	Interval

2.	Kemampuan klien melakukan RECBT	Kemampuan yang ditunjukkan klien dalam mengikuti terapi RECBT meliputi kognitif, afektif, psikomotor	Menggunakan lembar kuesioner Edan Observasi F, tentang kemampuan klien : Kognitif : 25 pertanyaan, Afektif : 22 pertanyaan Psikomotor : 23 pertanyaan.	Semua pertanyaan berbentuk skala Likert, dengan rentang nilai 0-4 kemudian seluruh jawaban dijumlahkan.	Nominal
			Kuesioner menggunakan skala likert (1-4),. Jika <u>tidak pernah</u> memikirkan / melakukan diberi nilai 1, <u>jarang</u> memikirkan/melakukan diberi nilai 2, <u>sering</u> memikirkan/melakukan (2-3 kali per hari) diberi nilai 3 , <u>selalu</u> memikirkan/melakukan (lebih dari 3 kali per hari) diberi nilai 4 Obervasi menggunakan pilihan : ya jika ada / dilakukan atau tidak jika tidak ada atau tidak dilakukan.	Pernyataan observasi berbentuk pilihan ya atau tidak	



**Tabel 3.3.**  
**Definisi Operasional Variabel Independen Penelitian**  
*Cognitive Behaviour Therapy (CBT) dan*  
*Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)*

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	<i>Cognitive Behaviour Therapy (CBT)</i>	Kegiatan terapi yang dilakukan dengan membantu klien merubah kognitif dan perilaku negatif yang muncul	Menggunakan Buku Latihan dan Raport Klien.	1. Dilakukan CBT 2. Tidak dilakukan CBT	Nominal
2.	<i>Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)</i>	Kegiatan terapi yang dilakukan untuk memahami dan mengatasi masalah emosi dan perilaku dengan menggunakan pendekatan kognitif dan perilaku yang mengemukakan fakta-fakta bahwa perilaku yang dihasilkan bukan berasal dari kejadian yang dialami namun dari keyakinan – keyakinan yang tidak rasional.	Menggunakan Buku Latihan dan Raport Klien.	1. Dilakukan REBT 2. Tidak dilakukan REBT	Nominal

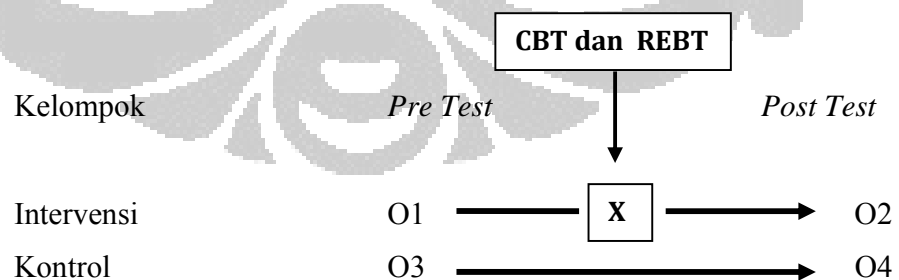
## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1. Desain / Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2009). Penelitian ini menggunakan desain penelitian “*Quasi Experimental Pre-Post Test with Control Group*” dengan intervensi *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT). Penelitian dilakukan pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah dilakukan sebelum dan setelah dilakukan terapi CBT dan REBT. Penelitian ini membandingkan perbedaan dua kelompok klien dengan perilaku kekerasan dan harga diri rendah, yaitu kelompok intervensi (kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT) dan kelompok kontrol (kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT). Skema pelaksanaan penelitian tergambar dalam bagan di bawah ini.

Skema 4.1  
Rancangan Penelitian



**Keterangan:**

- X : Perlakuan (intervensi) CBT dan REBT.
- O<sub>1</sub> : Gejala dan kemampuan klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT sebelum mendapatkan CBT dan REBT.
- O<sub>2</sub> : Gejala dan kemampuan klien dengan perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT setelah mendapatkan CBT dan REBT.
- O<sub>3</sub> : Gejala dan kemampuan klien dengan perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT.
- O<sub>4</sub> : Gejala dan kemampuan klien dengan perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT setelah kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT.
- O<sub>2</sub> - O<sub>1</sub> : Perubahan gejala dan kemampuan klien dengan perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada kelompok intervensi yang mendapatkan CBT dan REBT sebelum dan setelah mendapatkan intervensi CBT dan REBT.
- O<sub>4</sub> - O<sub>3</sub> : Perubahan gejala klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT sebelum dan setelah kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT.
- O<sub>2</sub> - O<sub>4</sub> : Perbandingan perubahan gejala pada klien dengan perilaku kekerasan dan harga diri rendah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT.

## **4.2. Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan mulai tanggal 26 April 2011 sampai dengan 10 Juni 2011 dengan alokasi waktu pelaksanaan kegiatan penelitian ini dapat dilihat dalam Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Penelitian. Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi (RSMM) Bogor karena merupakan rumah sakit yang telah menerapkan MPKP di semua ruangan, perawat yang bertugas di ruang rawat inap telah mengikuti pelatihan MPKP, RSMM dijadikan lahan praktik mahasiswa spesialis keperawatan jiwa sehingga dapat menindaklanjuti terapi yang peneliti lakukan kepada klien.

Ruang rawat inap rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor yang digunakan untuk tempat penelitian ini adalah Ruang Yudistira, Bratasena, Gatokaca, Utari, Arimbi dan Antareja. Ruangan yang dipilih yaitu ruangan yang memiliki klien dengan perilaku kekerasan dan harga diri rendah sesuai dengan kriteria inklusi sampel penelitian. Ruangan tersebut sudah terpapar MPKP dengan rata-rata tingkat pendidikan perawatnya D3 dan S1 yang telah memiliki kemampuan memberikan asuhan keperawatan generalis pada klien dengan perilaku kekerasan harga diri rendah sesuai standar MPKP.

## **4.3. Populasi dan Sampel Penelitian**

### **4.3.1. Populasi**

Populasi (*universe*) adalah keseluruhan unit analisis yang karakteristiknya akan diduga (Sabri & Hastono, 2010). Subyek dapat berupa manusia, hewan coba, data laboratorium dan lain-lain, sedangkan karakteristik subyek ditentukan sesuai dengan ranah dan tujuan penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan dan harga diri rendah yang berada di ruang rawat inap rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Klien skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan dan harga diri rendah sebanyak 28,54% dari 291 klien seperti yang telah diuraikan pada bab satu.

### 4.3.2. Sampel

Sampel adalah bagian (*subset*) dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dapat dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro dan Ismael, 2008). Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling, sedangkan sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi, yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2009). Sampel penelitian ini adalah klien dengan skizofrenia yang memiliki diagnosis perilaku kekerasan dan harga diri rendah dengan kriteria inklusi : Klien skizofrenia usia 18 – 55 tahun, alasan masuk rumah sakit karena perilaku kekerasan ( menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan) dan harga diri rendah, klien tidak dalam keadaan sedang berperilaku kekerasan (amuk), sudah mendapatkan terapi generalis, klien bersedia menjadi responden, klien dapat membaca dan menulis.

#### 4.3.2.1. Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi (perkiraan) untuk menguji hipotesis beda rata-rata kelompok berpasangan dengan rumus sebagai berikut (Ariawan, 1998) :

$$n = \frac{2\sigma^2 [Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan:

$n$  : Besar sampel

$Z_{\alpha}$  : Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada CI 95 % ( $\alpha = 0,05$ ), maka  $Z_{\alpha} = 1,96$

$Z_{\beta}$  : Bila  $\alpha = 0,05$  dan power = 90% maka  $Z_{\beta} = 1,282$

$\mu_1$  : Rata-rata pada keadaan sebelum intervensi

$\mu_2$  : Rata-rata pada keadaan setelah intervensi

$\sigma$  : Standar deviasi dari beda 2 rata-rata berpasangan dari penelitian terdahulu (penelitian terdahulu yang peneliti ambil dari penelitian Diah (2008) dan Putri (2010) yaitu 11).

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus diatas, maka:

$$n = \frac{2 \cdot 11^2 (1,96 + 1,282)^2}{(10)^2}$$

$$n = 25,40 \text{ dibulatkan menjadi } 25$$

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

Dalam rangka mengantisipasi adanya drop out dalam proses penelitian ini, yang menyebabkan berkurangnya sampel dan supaya presisi penelitian tetap terjaga perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel. Adapun rumus untuk mengantisipasi berkurangnya subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2008) ini adalah :

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

Keterangan :

$n'$  : Ukuran sampel setelah revisi

$n$  : Besar sampel yg dihitung

$1 - f$  : Perkiraan proporsi drop out, yang diperkirakan 10 % ( $f = 0,1$ )

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

maka :

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

Berdasarkan hasil perhitungan di atas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 28 responden untuk setiap kelompok. Dalam upaya memenuhi ketentuan jumlah responden yang memadai untuk analisis multivariat, maka peneliti membulatkan jumlah responden menjadi 60 orang yang terbagi menjadi : 30 responden untuk kelompok intervensi dan 30 responden untuk kelompok kontrol.

#### **4.3.2.2. Teknik Pengambilan Sampel (*Sampling*)**

*Sampling* adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik *sampling* merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2009).

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Purposive Sampling*. Pada *Purposive Sampling*, pengambilan sampel didasarkan pada pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti berdasarkan ciri dan sifat yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmojo, 2010).

Pemilihan klien sebagai responden dilakukan oleh peneliti dibantu oleh Kepala Ruangan, Ketua Tim dan Perawat Ruangan. Pemilihan klien dilakukan dengan mengevaluasi klien yang dirawat dan sesuai dengan kriteria inklusi dengan cara : menelaah alasan masuk dan perkembangan gejala serta diagnosis di status klien, menanyakan gejala yang paling menonjol dan diagnosis keperawatan sekarang kepada Ketua Tim dan Perawat Pelaksana serta melakukan pengkajian terhadap klien secara langsung. Hasil pemilihan klien didapatkan daftar klien pada tabel 4.1

Tabel 4.1.  
**Daftar Jumlah Klien sebagai Responden Tiap Ruangan  
 Di RSMM Bogor tahun 2011**

No.	Ruangan	Jumlah Klien	Kelompok		Prosentase
			Intervensi	Kontrol	
1.	Yudistira	6	3	3	10%
2.	Arimbi	8	4	4	13,4%
3.	Antareja	14	7	7	23,3%
4.	Bratasena	14	7	7	23,3%
5.	Utari	10	5	5	16,6%
6.	Gatokaca	8	4	4	13,4%
<b>Total</b>		<b>60</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	

Kegiatan selanjutnya adalah membagi klien kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan memilih klien yang berada di kamar A sebagai kontrol dan di kamar B sebagai intervensi atau sebaliknya karena hampir semua ruangan yang digunakan memiliki dua barak kecuali Ruang Antareja, hal ini dimaksudkan untuk mengurangi interaksi klien intervensi dan kontrol selama berada di kamar. Penetapan klien intervensi dan kontrol dengan memberikan penomoran : nomor ganjil intervensi dan nomor genap kontrol.

#### 4.4. Etika Penelitian

Peneliti berupaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan responden, sehingga sebelum penelitian ini dilakukan peneliti melalui serangkaian proses uji kelayakan penelitian, seperti proposal penelitian yang sudah memenuhi

UNIVERSITAS INDONESIA



ketentuan etika penelitian dengan dilakukannya uji kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang dilaksanakan pada tanggal 4 April 2011, Surat Keterangan Lolos Uji Etik (lampiran 11).

Sebelum penelitian dilakukan, semua responden yang menjadi subyek penelitian pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi mendapatkan informasi yang sama tentang rencana dan tujuan penelitian melalui pertemuan secara resmi dan tertulis (lampiran 1). Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti (lampiran 2). Penandatanganan *informed consent* disaksikan oleh kepala ruangan untuk diinformasikan kepada keluarga responden. Responden diberi kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian (*autonomy*).

Peneliti tidak menampilkan identitas responden (*anonymous*) serta menjaga kerahasiaan data yang diperoleh (*confidentiality*) dengan cara menggunakan kode responden. Data yang diperoleh disimpan di file pribadi sebagai arsip dan hanya diakses oleh peneliti sendiri. Setelah data tersebut selesai dipergunakan data dimusnahkan dengan cara dibakar. Responden kelompok intervensi akan mendapatkan terapi generalis dan CBT dan REBT, responden sebagai kelompok kontrol mendapatkan terapi generalis dan *leaflet* cara mengatasi perilaku kekerasan dan meningkatkan harga diri. Prinsip keterbukaan dan keadilan (*justice*) dilaksanakan dengan cara menjelaskan prosedur penelitian dan senantiasa memperhatikan kejujuran (*honesty*) serta ketelitian. Prinsip berikutnya adalah memaksimalkan hasil agar dapat bermanfaat (*beneficence*) dan meminimalkan hal yang merugikan (*maleficence*).

Dalam rangka memaksimalkan hasil yang dapat bermanfaat dan meminimalkan hal yang merugikan peneliti melakukan uji *expert validity* dan uji kompetensi. Modul yang digunakan sebagai pedoman pelaksanaan CBT dan REBT adalah modul baku yang disusun oleh peneliti sebelumnya yang sudah dianggap layak untuk diterapkan karena sudah melalui uji *expert validity*; Peneliti melakukan modifikasi dan menyempurnakan modul CBT dan REBT sesuai dengan keadaan responden perilaku kekerasan harga diri rendah dan dilakukan uji *expert validity* ulang oleh pakar keperawatan jiwa Universitas Indonesia, surat keterangan lolos uji *expert validity* (lampiran 12) . Kemampuan peneliti dalam melakukan CBT dan REBT diuji kompetensi. Uji kompetensi terapi spesialis CBT dilakukan oleh senior mahasiswa spesialis keperawatan jiwa (lampiran 13) dan Uji kompetensi terapi spesialis REBT dilakukan oleh Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (lampiran 14).

#### 4.5. Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan lembar observasi untuk mengidentifikasi perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada klien yang terdiri atas : data demografi responden, pengukuran perilaku kekerasan (Kuesioner B dan Lembar Observasi), pengukuran harga diri rendah (Kuesioner C dan Lembar Observasi) , Pengukuran kemampuan klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah (Kuesioner D dan lembar observasi).

##### 4.5.1. Instrumen Data Demografi

Data demografi responden merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada klien yang terdiri atas usia, pendidikan, jenis kelamin, riwayat pekerjaan, riwayat gangguan jiwa, frekuensi dirawat dan lama dirawat. Pengambilan data ini menggunakan lembar **kuesioner A** yang terdiri dari 7

pertanyaan dengan cara mengisi jawaban di tempat yang telah disediakan sesuai dengan karakteristik responden (lampiran 4).

#### 4.5.2. Instrumen Pengukuran Perilaku kekerasan

Pengukuran perilaku kekerasan menggunakan instrument yang dapat mengukur perilaku pada klien (responden) yang meliputi kognitif, afektif (emosi), perilaku, fisiologis dan sosial. Adapun instrumen yang digunakan adalah :

**Instrumen pengukuran perilaku kekerasan (Kuesioner B)** yaitu instrumen yang digunakan untuk mengukur perilaku responden dari respon kognitif, emosi, sosial dan perilakunya.

Instrumen yang digunakan adalah Instrumen yang dikembangkan oleh Putri (2010) yang terdiri atas 6 pernyataan untuk respon kognitif No 3,6, 10,21,22,25, 7 pernyataan untuk respon emosi No. 2,4,5, 8,11,15,20., 7 pernyataan untuk respon sosial No. 7,9,13,16,17,19,23 dan 6 pernyataan untuk respon perilaku klien terhadap situasi yang dihadapinya No.1,12,14,18,24,26.. Instrument ini menggunakan skala Likert yaitu 4: Selalu; 3: Sering; 2: Jarang; 1: Tidak pernah untuk pernyataan *favorable* dan nilai sebaliknya untuk pernyataan *unfavorable* (lampiran 5).

**Lembar Observasi Tanda Fisik PK (Observasi I)** Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi respon fisiologis (Putri, 2010). Instrumen ini terdiri atas 5 pernyataan (no. 1 – 5) yang berisikan kondisi fisiologis tubuh responden yang dialami dan dapat diukur oleh peneliti. Instrumen ini menggunakan skala nilai 1 : Ya jika menurut peneliti klien menunjukkan respon yang dimaksud dan nilai 2 : Tidak jika menurut peneliti klien tidak menunjukkan respon yang dimaksud (lampiran 7).

Berdasarkan daftar pernyataan dan rentang nilai pembobotan dalam kuesioner penelitian ini, rata-rata respon klien setiap aspek memiliki nilai minimal dan maksimal dan masing-masing dibuat rentang menjadi tingkat rendah, sedang dan tinggi. Aspek **kognitif** nilai minimal 6 dan maksimal 24 dengan rentang : rendah 6 – 12 ; sedang 13 – 18 ; tinggi 19 – 24. Aspek **emosi** nilai minimal 7 dan maksimal 28 dengan rentang : rendah 7 – 14 ; sedang 15 – 21 ; tinggi 22 – 28. Aspek **perilaku** nilai minimal 6 dan maksimal 24 dengan rentang : rendah 6 – 12 ; sedang 13 – 18 ; tinggi 19 – 24. Aspek **sosial** nilai minimal 7 dan maksimal 28 dengan rentang : rendah 7 – 14 ; sedang 15 – 21 ; tinggi 22 – 28. Aspek **fisik / fisiologis** nilai minimal 5 dan maksimal 10 dengan rentang : rendah 5 – 6 ; sedang 7 – 8 ; tinggi 9 – 10. **Komposit / kumulatif tiap aspek** nilai minimal 31 dan maksimal 114 dengan rentang : rendah 31 – 58 ; sedang 59 – 86 ; tinggi 87 – 114.

#### 4.5.3. Pengukuran harga diri rendah

**Instrumen Pengukuran Harga Diri Rendah (Kuesionar C):** dikembangkan oleh Sasmita (2007) merupakan instrumen yang dipakai untuk mengukur tentang emosi, kognitif, perilaku dan respon sosial yang diungkapkan responden terkait dengan harga diri. Instrumen yang digunakan adalah : *Rosenberg Self Esteem Scale* dan instrumen yang dikembangkan oleh peneliti sebelumnya. Instrumen ini menggunakan skala Likert yaitu 4: Selalu; 3: Sering; 2: Jarang; 1: Tidak pernah untuk pernyataan *favorable* dan nilai sebaliknya untuk pernyataan *unfavorable*. Jumlah pernyataan 26 terdiri atas sub variabel:— tanda / gejala kognitif 7 pertanyaan No : 2,3,5,6, 7,11,15, perilaku 7 pertanyaan No.1 4,12,16,18,19, 20,24, sikap / afek 7 pertanyaan No : 8,9,10, 13,14,26., sosial 6 pertanyaan No. 17,21 22,23,25,27 (lampiran 6)

**Lembar Observasi tanda fisik HDR (Observasi II)** terdiri dari pernyataan observasi dari tanda fisik klien harga diri rendah. Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi respon fisiologis. Instrumen ini terdiri atas 5

pernyataan (no. 6 – 10) yang berisikan kondisi fisiologis tubuh responden yang dialami dan dapat diukur oleh peneliti. Instrumen ini menggunakan skala nilai 1 : Ya jika menurut peneliti klien menunjukkan respon yang dimaksud dan nilai 2 : Tidak jika menurut peneliti klien tidak menunjukkan respon yang dimaksud (lampiran 7)

Berdasarkan daftar pertanyaan dan nilai pembobotan dalam kuesioner HDR pada penelitian ini, rata-rata respon klien setiap aspek memiliki nilai minimal dan maksimal dan masing-masing dibuat rentang menjadi tingkat rendah, sedang dan tinggi. Respon **kognitif** HDR memiliki nilai minimal 7 dan maksimal 28 dengan rentang : rendah 7 – 14 ; sedang 15 – 21 ; tinggi 22 – 28. Respon **emosi** memiliki nilai minimal 6 dan maksimal 24 dengan rentang : rendah 6 – 12 ; sedang 13 – 18 ; tinggi 19 – 24. Respon **perilaku** memiliki nilai minimal 8 dan maksimal 32 dengan rentang : rendah 8 – 15 ; sedang 16 – 24 ; tinggi 25 – 32. Aspek **sosial** memiliki nilai minimal 6 dan maksimal 24 dengan rentang : rendah 6 – 12 ; sedang 13 – 18 ; tinggi 19 – 24. Respon **fisik / fisiologis** memiliki nilai minimal 5 dan maksimal 10 dengan rentang : rendah 5 – 6 ; sedang 7 – 8 ; tinggi 9 – 10. **Komposit / kumulatif tiap respon** memiliki nilai minimal 32 dan maksimal 118 dengan rentang : rendah 32 – 60; sedang 61 – 89 ; tinggi 90 – 118. Respon klien HDR semakin menurun semakin baik.

#### 4.5.4. Pengukuran Kemampuan klien melaksanakan CBT dan REBT

**Instrumen kemampuan melaksanakan CBT dan REBT (Instrumen E)** merupakan instrumen untuk mengukur tentang kemampuan klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah. Kuesioner terdiri dari 50 pernyataan terdiri atas kemampuan kognitif 25 Soal, No. 3,5,11,13,14,15,16,17,18,19,20,22,23, 26,45. dan Obs No : 1,3,5,6,7,9,11,15,16,20 kemampuan afektif 22 Soal, No. 1,2,4,6,7,8,9,10,12,21,24,25,28,29,42,43,46, 50. Dan Obs No : 12,13,14,

17, kemampuan psikomotor 23 Soal, No. 27,30,31,32,33,34,35, 36,37,38, 39,40,41,44, 47,48,49, dan observasi No : 2,4,8,10,18,19.

. Instrumen ini menggunakan skala likert (1-4). Jika tidak pernah memikirkan / melakukan diberi nilai 1, jarang memikirkan/melakukan diberi nilai 2, sering memikirkan/melakukan (2-3 kali per hari) diberi nilai 3 , selalu memikirkan/melakukan (lebih dari 3 kali per hari) diberi nilai 4 (lampiran 8)

**Lembar Observasi kemampuan (Observasi F)** terdiri dari pernyataan observasi dari tanda kemampuan klien melaksanakan CBT dan REBT. Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi tanda kemampuan. Instrumen ini terdiri atas 20 pernyataan yang berisikan tanda kemampuan responden yang dapat diukur oleh peneliti. Lembar observasi ini menggunakan skala nilai 2 : Ya jika menurut peneliti klien menunjukkan kemampuan yang dimaksud dan nilai 1 : Tidak jika menurut peneliti klien tidak menunjukkan kemampuan yang dimaksud (lampiran 9).

Berdasarkan daftar pertanyaan dan nilai pembobotan dalam kuesioner kemampuan klien PK yang disertai HDR pada penelitian ini, rata-rata kemampuan klien setiap aspek memiliki nilai minimal dan maksimal dan masing-masing dibuat rentang menjadi tingkat rendah, sedang dan tinggi. Kemampuan **kognitif** klien memiliki nilai minimal 25 dan maksimal 80 dengan rentang : rendah 25 – 41 ; sedang 42 – 59; tinggi 60 - 80. Kemampuan **afektif** memiliki nilai minimal 22 dan maksimal 80 dengan rentang : rendah 22 – 41 ; sedang 42 – 60 ; tinggi 61 – 80. Kemampuan **psikomotor** memiliki nilai minimal 23 dan maksimal 80 dengan rentang : rendah 23 – 41 ; sedang 42 – 60 ; tinggi 61 – 80. **Komposit / kumulatif** kemampuan tiap aspek memiliki nilai minimal 70 dan maksimal 240 dengan rentang : rendah 70 – 126 ; sedang 127 – 183 ; tinggi 184 – 240. Kemampuan klien PK yang disertai HDR semakin meningkat semakin baik.

#### 4.5.5. Uji Coba Instrumen

Peneliti tidak melakukan uji coba instrumen sendiri karena instrumen yang digunakan adalah instrumen yang telah baku dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh peneliti sebelumnya.

Instrumen untuk mengukur perilaku kekerasan adalah instrumen yang dikembangkan oleh peneliti sebelumnya yang sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas : Uji validitas 26 item pernyataan valid yaitu  $r$  hasil  $>$   $r$  tabel (0,413). Uji reliabilitas : Instrumen dinyatakan reliabel jika koefisien *Alpha Cronbach* lebih besar dari nilai standar 0,6 (  $\text{Alpha} \geq 0,6$ ). Hasil uji ditemukan nilai  $r$  Alpha (0,765) lebih besar dibandingkan dengan nilai 0,6, maka 26 pernyataan dinyatakan reliabel. Lembar Observasi menggunakan instrumen *Overt Aggression Scale* (OAS). Instrumen ini terdiri dari pernyataan observasi dari tanda fisik. Observasi fisik terkait dengan perilaku terhadap diri sendiri, orang lain dan benda yang ada di lingkungan klien. Kuesioner telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas (Putri, 2010).

Kuesioner tanda dan gejala klien harga diri rendah, dari 27 pertanyaan mempunyai nilai  $r$  hasil (*corrected item-total correlation*) berada di atas nilai  $r$  tabel ( $r=0,361$ ). sehingga disimpulkan ke lima belas pertanyaan tersebut valid. Hasil uji reliabilitas diperoleh nilai  $r$  Alpha (0,82) lebih besar dibanding nilai  $r$  tabel (0,361), sehingga pertanyaan tersebut dianggap reliabel (Sasmita, 2007).

#### 4.5.6. Pengumpul Data

Pengumpul data dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri dan peneliti lain mahasiswa Program S2 Keperawatan Jiwa yang sedang bersama-sama melakukan penelitian di Ruang yang sama di RSMM Bogor. Peneliti bertindak sebagai pengumpul data pada saat *pre test* dan proses pelaksanaan penelitian baik dalam membimbing pengisian instrumen maupun observasi

tanda / gejala serta kemampuan klien PK dan HDR. Peneliti lain melakukan pengumpulan data pada saat pelaksanaan *post test* dengan menggunakan instrumen yang sama.

#### **4.6. Prosedur Pelaksanaan Penelitian**

##### **4.6.1. Persiapan Penelitian**

Penelitian dilaksanakan setelah mendapatkan ijin dan Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI dan Direktur RSMM Bogor, sesuai dengan pendapat Brockopp dan Tolsma (2000) : salah satu bentuk tanggung jawab mendasar bagi peneliti sebelum melakukan penelitian adalah diperlukan surat ijin penelitian. Proses perijinan yang dilakukan adalah pertama-tama peneliti penyampaian surat permohonan ijin pelaksanaan penelitian yang dilampiri dengan proposal penelitian, pernyataan lolos uji etik, *expert validity* dan lulus Uji Kompetensi melakukan terapi CBT dan REBT kepada Direktur RSMM Bogor melalui Bidang Pendidikan dan Penelitian, selain proses perijinan resmi peneliti juga melakukan pendekatan informal kepada Bidang Pendidikan dan Penelitian untuk memperoleh dan mempercepat proses perijinan. Setelah surat ijin diterbitkan oleh Rumah Sakit dan disampaikan ke ruangan yang dijadikan tempat penelitian, peneliti menghubungi Kepala Ruangan dan Ketua Tim masing-masing ruangan. Surat Ijin Penelitian dari RSMM Bogor (lampiran 16),

##### **4.6.2. Tahap *Pre Test***

Sebelum *pre test* peneliti mengidentifikasi kesiapan responden sebagai sampel penelitian. Peneliti menjelaskan tujuan, manfaat maupun akibat yang ditimbulkan bagi klien dan Rumah Sakit. Setelah diberikan informasi yang jelas kemudian responden menandatangani lembar persetujuan sebagai bentuk



*informed consent* yang diketahui perawat ruangan untuk diinformasikan kepada keluarga klien.

*Pre test* dilakukan untuk mengetahui kondisi awal gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah serta kemampuan responden sebelum dilakukannya CBT dan REBT. Peneliti memandu pengisian lembar kuesioner baik untuk kelompok kontrol maupun kelompok intervensi. Setiap responden diberikan waktu yang cukup untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dalam kuesioner. Lembar observasi dipegang oleh peneliti dan diisi selama peneliti melakukan intervensi terhadap klien.

#### **4.6.3. Intervensi**

Pertemuan selanjutnya adalah melakukan terapi spesialis terhadap kelompok intervensi. Kelompok intervensi mendapat terapi CBT dan REBT. Intervensi CBT dan REBT menggunakan instrument : Modul, buku latihan dan buku evaluasi CBT dan REBT. Selama kelompok intervensi mendapatkan terapi CBT dan REBT, kelompok kontrol diingatkan kembali intervensi generalisnya sesuai Standar Asuhan Keperawatan (SAK) PK dan HDR. Pelaksanaan intervensi generalis dibantu oleh Perawat Ruangan yang telah mengikuti pelatihan MPKP.

Intervensi spesialis CBT dan REBT terhadap kelompok intervensi diaplikasikan secara bersamaan atau terpadu dalam delapan kali pertemuan. Setiap pertemuan dilaksanakan sesuai kesepakatan peneliti dengan klien, pada umumnya selama 30 – 40 menit. Pertemuan dilaksanakan setiap hari, sehingga masing-masing klien melakukan 10 kali pertemuan : satu kali *pre test*, delapan kali intervensi dan satu kali *post test*. Responden kelompok intervensi sebanyak 30 orang. Rata-rata satu hari peneliti melakukan terapi pada tujuh sampai delapan klien intervensi. Rincian pelaksanaan terapi terhadap responden dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2.  
Rincian Pelaksanaan Terapi Spesialis CBT dan REBT Terhadap  
Kelompok Intervensi Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah  
Di RSMM Bogor Tahun 2011

No	Tanggal	Ruangan	No. Kode		Jumlah
			Intervensi	Kontrol	
1.	26-4-2011 s.d.	Yudistira	1,3,5	2,4,6	6
	6-5-2011	Arimbi	7,9,11,13	8,10,12,14,	8
2.	09-5-2011 s.d.	Antareja	15,17,19,21	16,18,20,22	8
	19-5-2011	Bratasena	23,25,27,29	24,26,28,30	8
3.	20-5-2011 s.d.	Bratasena	31,33,35	32,34,36,	6
	31-5-2011	Utari	37,39,41,43,45	38,40,42,44,46	10
4.	31-5-2011 s.d.	Antareja	47,49,51	48,50,52	6
	10-6-2011	Gatokaca	53,55,57,59	54,56,58,60	8
Total			30	30	60

Rincian pertemuan yang dilaksanakan dengan klien adalah sebagai berikut :  
Pertemuan pertama sebelum klien mendapatkan terapi spesialis, klien diberikan *pretest* tentang kemampuan klien mengidentifikasi kejadian, keyakinan, perasaan dan tindakan terhadap kejadian. Setelah *pretest* klien melakukan latihan REBT sesi I : mengidentifikasi kejadian dan dampaknya terhadap keyakinan, perasaan dan perilaku yang tidak nyata diakhiri dengan mengevaluasi kemampuan tersebut.

Pertemuan kedua diawali dengan mengevaluasi kemampuan REBT sesi I, melakukan *pretest* kemampuan klien mengidentifikasi pikiran dan perilaku negatif serta upaya melawan pikiran negatif yang sudah bila dilakukan. Pertemuan dilanjutkan dengan melakukan latihan CBT sesi I : mengidentifikasi pikiran dan perilaku negatif serta melawan satu pikiran

UNIVERSITAS INDONESIA

negatif. Pertemuan ketiga mengevaluasi REBT sesi I dan CBT sesi I serta melatih CBT sesi II : melawan pikiran negatif kedua.

Pertemuan keempat mengevaluasi CBT sesi I – II, REBT sesi I dan *pretest* kemampuan klien mengubah keyakinan yang tidak nyata selanjutnya melatih REBT sesi II : mengubah keyakinan yang tidak nyata. Pertemuan kelima mengevaluasi kemampuan CBT sesi I – II, REBT sesi I – II dan melatih REBT sesi III : mengubah keyakinan yang tidak nyata kedua (untuk kejadian yang lain).

Pertemuan keenam mengevaluasi kemampuan CBT sesi I, II, REBT I, II, III dan melakukan *pretest* tentang kemampuan klien mengubah perilaku yang tidak baik / negatif kemudian melatih CBT sesi III : mengubah perilaku yang tidak baik. Pertemuan ketujuh mengevaluasi CBT sesi I, II, III, REBT sesi I, II, III dan melatih CBT sesi IV : membimbing klien latihan melawan pikiran negatif dan mengubah perilaku negatif. Pertemuan ke delapan mengevaluasi kemampuan CBT sesi I, II, III, IV, REBT sesi I, II, III dan melakukan *pretest* tentang kemampuan klien mencegah berulang munculnya keyakinan yang negatif terhadap kejadian, mencegah munculnya pikiran dan perilaku yang negative, Pertemuan dilanjutkan dengan melatih CBT sesi V : latihan mencegah berulang munculnya pikiran dan perilaku yang negatif dan melatih REBT sesi IV : latihan mencegah muncul berulangnya perasaan dan perilaku akibat keyakinan yang tidak nyata (opini).

#### **4.6.4. *Post test***

Setelah intervensi dilaksanakan tuntas delapan kali pertemuan pelaksanaan CBT dan REBT untuk kelompok intervensi kemudian dilakukan *post test*. *Post test* dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan alat ukur yang sama dan waktu yang bersamaan.

Post test dilaksanakan pada hari ke 10 oleh Peneliti lain dengan menggunakan instrumen yang sama (lampiran 19). Pada tahap ini terapis melakukan evaluasi perubahan perilaku klien dengan perilaku kekerasan dan harga diri rendah

meliputi respon kognitif, afektif (emosi), perilaku, fisiologis dan sosial dan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor dengan menggunakan lembar observasi dan kuesioner. Penelitian akhiri dengan terminasi terhadap semua klien yang dijadikan responden. Rincian pertemuan setiap klien (lampiran 19)

#### **4.7. Rencana Pengolahan Data**

Hastono (2007) memaparkan bahwa pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data. Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, paling tidak ada empat tahapan dalam pengolahan data yang peneliti harus lalui yaitu :

##### **4.7.1. Editing**

Peneliti melakukan editing untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten. Hasil editing ditemukan instrumen telah diisi oleh seluruh responden dengan lengkap, dan tidak perlu dilakukan pengulangan pengumpulan data.

##### **4.7.2. Coding**

Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Kegiatan yang dilakukan, setelah di edit data kemudian diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kontrol. Kelompok intervensi diberi kode nomor ganjil sedangkan untuk kelompok kontrol diberi nomor genap. Seluruh variabel yang ada diberi kode dan dilakukan pengkategorian data berupa data demografi, tanda dan gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah serta kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor klien.

#### **4.7.3. Processing**

Setelah semua kuesioner terisi penuh serta sudah melewati pengkodean maka langkah peneliti selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. *Entry*, pengolahan dan analisis data penulis lakukan dengan menggunakan *soft ware* dari *computer*.

#### **4.7.4. Cleaning**

Suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat kita memasukkan data ke komputer. Setelah data didapat kemudian dilakukan pengecekan kembali apakah data ada salah atau tidak. Pengelompokan data yang salah diperbaiki hingga tidak ditemukan kembali data yang tidak sesuai, sehingga data siap dianalisis.

### **4.8. Analisis Data**

#### **4.8.1. Analisis Univariat**

Analisis univariat digunakan untuk menganalisis variabel – variabel yang ada secara deskriptif sesuai dengan jenis data : numerik atau kategorik. Analisis univariat dilakukan pada data karakteristik responden, gejala perilaku kekerasan, gejala harga diri rendah serta kemampuan klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah. Karakteristik responden yang dilakukan analisis dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok data numerik yaitu usia dan lama rawat dengan menghitung tendensi sentralnya dan data kategorik yaitu jenis kelamin, pendidikan, riwayat pekerjaan, riwayat gangguan jiwa dan frekuensi dirawat dianalisis dengan menghitung distribusi frekuensinya. Gejala dan kemampuan pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah merupakan data numerik sehingga analisis univariat yang dilakukan adalah tendensi sentral.

#### 4.8.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada jenis data, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Analisis bivariat pada karakteristik klien dengan perilaku kekerasan dan harga diri rendah yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, riwayat gangguan jiwa dan pengalaman dirawat dilakukan untuk mengetahui homogenitas variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol berupa uji kesetaraan (tabel 4.3.)

**Tabel 4.3.**

**Analisis Kesetaraan Karakteristik Responden (Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah) di Ruang Rawat Inap RS Marzoeki Mahdi Bogor Tahun 2011**

No.	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1.	Usia (data numerik)	Usia (data numerik)	<i>t Independent</i>
2.	Jenis Kelamin (data katagorik)	Jenis Kelamin (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
3.	Pendidikan (data katagorik)	Pendidikan (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
4.	Status pekerjaan (data kategorik)	Status pekerjaan (data kategorik)	<i>Chi- Square</i>
5.	Pengalaman dirawat (data kategorik)	Pengalaman dirawat (data kategorik)	<i>Chi- Square</i>
6.	Riwayat gangguan jiwa (data katagorik)	Riwayat gangguan jiwa (data katagorik)	<i>Chi- Square</i>
7.	Lama dirawat (data numerik)	Lama dirawat (data numerik)	<i>t Independent</i>

Analisis kestaraan untuk mengetahui homogenitas gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah yang meliputi : respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial antara kelompok yang mendapat dengan yang tidak mendapat CBT dan REBT dapat dilihat pada tabel 4.4

**Tabel 4.4**  
**Analisis Kesetaraan Variabel Dependen (Klien dengan Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah)**

No.	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1.	Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah yang meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial <b>sebelum</b> pemberian CBT dan REBT (data numerik)	Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah yang meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial <b>sebelum</b> pemberian CBT dan REBT (data numerik)	<i>t Independent</i>

Analisis bivariat untuk mengetahui penurunan gejala klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada kelompok yang mendapat dan yang tidak mendapat CBT dan REBT sebelum dan sesudah mendapat CBT dan REBT serta peningkatan kemampuan klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada kelompok yang mendapat CBT dan REBT sebelum dan sesudah mendapat CBT dan REBT (Tabel 4.5 dan 4.6)

**Tabel 4.5**  
**Analisis Perubahan Gejala dan Kemampuan pada Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah Kelompok Intervensi Sebelum dan Sesudah CBT dan REBT**

<b>Kelompok Intervensi</b>	<b>Kelompok Intervensi</b>	<b>Cara Analisis</b>
Gejala Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah yang meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial <b>sebelum</b> pemberian CBT dan REBT (data numerik)	Gejala Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah yang meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial <b>setelah</b> pemberian CBT dan REBT (data numerik)	<i>t dependent</i>
Kemampuan klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah yang meliputi kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor <b>sebelum</b> pemberian CBT dan REBT (data numerik)	Kemampuan klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah yang meliputi kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor <b>setelah</b> pemberian CBT dan REBT (data numerik)	<i>t dependent</i>



**Tabel 4.6**  
**Analisis Perubahan Gejala Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah**  
**Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Kelompok Intervensi**  
**Mendapat CBT dan REBT**

<b>Kelompok Kontrol</b>	<b>Kelompok Kontrol</b>	<b>Cara Analisis</b>
Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah yang meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial <b>sebelum</b> kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT (data numerik)	Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah yang meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial <b>setelah</b> kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT (data numerik)	<i>t dependent</i>

Analisis bivariat untuk mengetahui perbedaan penurunan gejala klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah antara kelompok yang mendapat dengan yang tidak mendapat CBT dan REBT sesudah kelompok intervensi mendapat CBT dan REBT dapat dilihat pada tabel 4.7

**Tabel 4.7**  
**Analisis Perbedaan Gejala Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah**  
**antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah Kelompok**  
**Intervensi Mendapat CBT dan REBT**

Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
Gejala Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah yang meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial <b>setelah</b> pemberian CBT dan REBT (data numerik)	Gejala Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah yang meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial <b>setelah</b> kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT (data numerik)	<i>t</i>  <i>Independent</i>

#### 4.8.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat regresi merupakan suatu model matematis yang dapat digunakan untuk mengetahui bentuk hubungan antar dua atau lebih variabel (Sabri dan Hastono, 2010). Tujuan analisis regresi adalah untuk membuat perkiraan nilai suatu variabel (variabel dependen) melalui variabel lain. Dalam penelitian ini, analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis yang dirumuskan yaitu apakah ada kontribusi karakteristik klien dengan gejala dan kemampuan perilaku kekerasan dan harga diri rendah melalui uji analisis regresi linier ganda.

Tabel 4.8

Analisis Multivariat Faktor yang Pengaruh CBT dan REBT  
terhadap klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah  
di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor tahun 2011

<b>Variabel karakteristik responden</b>	<b>Variabel dependen</b>	<b>Rumus</b>
Umur (Data Numerik)	1. <i>Gejala perilaku</i>	<i>Regresi linear ganda</i>
Jenis kelamin (Data Kategorik)	<i>kekerasan dan</i>	
Pendidikan (Data Kategorik)	<i>harga diri</i>	
Pekerjaan (Data Kategorik)	<i>rendah</i>	
Riwayat Gangguan (Data Kategorik)	2. <i>Kemampuan</i>	
Frekuensi dirawat (Data Kategorik)	<i>klien perilaku</i>	
Lama dirawat (Data Numerik)	<i>kekerasan dan</i>	
CBT dan REBT (Data Numerik)	<i>harga diri</i> <i>rendah</i>	

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) terhadap Perilaku Kekerasan (PK) yang disertai Harga Diri Rendah (HDR) di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi (RSMM) Bogor yang dilaksanakan pada tanggal 26 April 2011 sampai dengan tanggal 10 Juni 2011. Jumlah responden sebanyak 60 orang klien PK yang disertai HDR, terdiri atas 30 orang kelompok intervensi dan 30 orang lainnya kelompok kontrol, sesuai kriteria inklusi yang telah ditentukan. Peneliti melakukan terapi CBT dan REBT pada kelompok intervensi untuk menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan klien PK dan HDR. Sedangkan kelompok kontrol dilakukan terapi generalis oleh perawat ruangan yang telah mendapatkan pelatihan MPKP. Di kedua kelompok dilakukan *pre test* dan *post test* kemudian hasilnya dibandingkan. Uraian hasil penelitian ini terdiri atas tiga bagian, yaitu: Karakteristik klien PK dan HDR, Pengaruh CBT dan REBT terhadap penurunan gejala PK. Pengaruh CBT dan REBT terhadap penurunan gejala HDR, serta pengaruh CBT dan REBT terhadap peningkatan kemampuan klien PK dan HDR.

#### **5.1. Karakteristik pasien Perilaku Kekerasan yang disertai Harga Diri Rendah**

Karakteristik klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah yang peneliti uraikan meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, riwayat gangguan jiwa, frekuensi dirawat dan lama dirawat. Analisis untuk karakteristik data kategorik yang terdiri atas : jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, riwayat gangguan jiwa dan frekuensi dirawat dengan menggunakan distribusi frekuensi, sedangkan untuk data numerik yang terdiri atas : usia dan lama dirawat menggunakan sentral tendensi.

Pada bagian ini peneliti juga melakukan uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol untuk mengetahui homogenitas data kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Analisis kesetaraan untuk data

kategorik menggunakan uji *Chi Square* sedangkan untuk data numerik menggunakan uji *t independent*. Asumsi hasil penelitian dikatakan valid setara apabila tidak ada perbedaan secara bermakna / homogen dengan  $p \text{ value} \geq \alpha 0,05$ .

### 5.1.1. Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Frekuensi Dirawat dan Riwayat Gangguan Jiwa

Karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, riwayat gangguan jiwa, dan frekuensi dirawat merupakan variabel kategorik sehingga analisis yang digunakan adalah distribusi frekuensi sedangkan uji kesetaraannya menggunakan uji *Chi Square*. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.1 dan 5.2

Tabel 5.1.  
**Distribusi Responden menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Frekuensi dirawat dan Riwayat gangguan Jiwa pada Kelompok yang Mendapat CBT dan REBT dengan Kelompok yang Tidak Mendapat CBT dan REBT Di RSMM Bogor Tahun 2011 (N = 60)**

Karakteristik	Jumlah (n = 60)	
	N	%
1. Jenis Kelamin Responden		
a. Laki-laki	42	70
b. Perempuan	18	30
2. Pekerjaan Responden		
a. Pernah Bekerja	29	48,3
b. Tidak pernah bekerja	31	51,7
3. Pendidikan Responden		
a. Pendidikan rendah (SD dan SMP)	30	50
b. Pendidikan tinggi (SMA dan PT)	30	50
4. Riwayat Gangguan Jiwa		
a. Ada	26	43,3
b. Tidak ada	34	56,7
5. Frekuensi Dirawat Responden		
a. Pertama	25	41,7
b. 2 kali atau lebih	35	58,3

Tabel 5.1. di atas menunjukkan bahwa didapatkan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (70%), tidak pernah bekerja sebelumnya, tingkat

pendidikan responden yang tinggi (SMA, Perguruan tinggi) dan rendah (SD, SMP) seimbang, sebagian besar responden tidak memiliki riwayat gangguan jiwa dan pernah dirawat dua kali atau lebih.

Tabel 5.2.  
**Analisis Kesetaraan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Frekuensi dirawat dan Riwayat gangguan Jiwa pada Kelompok yang Mendapat CBT dan REBT dengan Kelompok yang Tidak Mendapat CBT dan REBT Di RSMM Bogor Tahun 2011 (N = 60)**

Karakteristik	Kelompok	Kelompok	Jumlah (n = 60)	P Value
	Intervensi (n = 30)	Kontrol (n = 30)		
	N	N	N	
1. Jenis Kelamin Responden				
a. Laki-laki	21	21	42	1,000
b. Perempuan	9	9	18	
2. Pekerjaan Responden				
c. Pernah Bekerja	17	12	29	0,608
d. Tidak pernah bekerja	11	18	31	
3. Pendidikan Responden				
a. Pendidikan rendah (SD dan SMP)	14	16	30	0,556
b. Pendidikan tinggi (SMA dan PT)	16	14	30	
4. Riwayat Gangguan Jiwa				
a. Ada	15	11	26	0,142
b. Tidak ada	15	19	34	
5. Frekuensi Dirawat Responden				
c. Pertama	13	12	25	0,615
d. 2 kali atau lebih	17	18	35	

Tabel 5.2 menjelaskan hasil analisis uji statistik kesetaraan karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, riwayat gangguan jiwa dan frekuensi dirawat pada klien PK dan HDR didapatkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok yang mendapatkan dan tidak mendapatkan CBT dan REBT karena masing memiliki  $p \text{ value} \geq \alpha 0,05$ , ini berarti kedua kelompok memiliki varian yang sama atau homogen.

### 5.1.2. Usia dan Lama Dirawat

Karakteristik usia dan lama dirawat pada klien dengan PK yang disertai HDR merupakan variabel numerik sehingga dianalisis dengan menggunakan sentral tendensi guna mendapatkan nilai *mean*, *standard deviasi*, nilai minimal dan maksimal. Sementara untuk menganalisis kesetaraan karakteristik berdasarkan usia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan *Independent t-test*.

Tabel 5.3.  
**Analisis Usia, dan Lama Dirawat pada Kelompok yang Mendapat CBT dan REBT dengan Kelompok yang Tidak Mendapat CBT dan REBT di RSMM Bogor Tahun 2011**  
 (N = 60)

Variabel	N	Mean	Median	SD	Min-Maks
Usia	60	32,84	34,00	11,095	18 – 55
Lama dirawat	60	2,10	2,00	1,423	1 – 8

Tabel 5.3 menjelaskan bahwa dari 60 orang responden (kelompok yang mendapatkan dan yang tidak mendapatkan CBT dan REBT) dalam penelitian ini adalah : Rata-rata berusia 32,84 tahun dengan usia termuda 18 tahun dan tertua 55 tahun. Rata-rata lama dirawat 2,10 bulan dengan lama dirawat paling pendek 1 bulan dan paling lama 8 bulan.

Tabel 5.4.  
**Analisis Kesetaraan Usia, dan Lama Dirawat pada Kelompok yang Mendapat CBT dan REBT dengan Kelompok yang Tidak Mendapat CBT dan REBT di RSMM Bogor Tahun 2011 (N = 60)**

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	SD	P Value
Usia	Intervensi	30	33,53	10,618	0,361
	Kontrol	30	32,15	11,691	
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>32,84</b>	<b>11,095</b>	
Lama dirawat	Intervensi	30	2,27	1,461	0,298
	Kontrol	30	1,93	1,388	
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>2,10</b>	<b>1,423</b>	

Hasil uji statistik kesetaraan pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata usia klien dan lama dirawat pada kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT atau kedua kelompok tersebut homogen ( $p \text{ value} \geq 0,05$ ).

## 5.2. Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* terhadap Perilaku Kekerasaan

Pengaruh CBT dan REBT terhadap Perilaku Kekerasaan terdiri atas gejala klien perilaku kekerasan sebelum dilakukan CBT dan REBT, perubahan gejala sebelum dan setelah dilakukan CBT dan REBT serta perbedaan gejala perilaku kekerasan pada kelompok yang tidak mendapatkan dan yang mendapatkan CBT dan REBT kontrol setelah dilakukan CBT dan REBT.

### 5.2.1. Gejala klien perilaku kekerasan sebelum dilakukan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy*

Bagian ini memaparkan sentral tendensi dan kesetaraan gejala PK pada kelompok intervensi dan kelompok yang tidak mendapatkan dan yang



mendapatkan CBT dan REBT sebelum mendapatkan terapi CBT dan REBT. Kesetaraan variabel-variabel di atas dianalisis dengan menggunakan *Independent Sample t – Test*.

Tabel 5.5.  
**Analisis Kesetaraan Tanda Gejala Perilaku Kekerasan pada Kelompok yang Mendapat CBT dan REBT dengan Kelompok yang Tidak Mendapat CBT dan REBT Di RSMM Bogor 2011**  
 (n = 60)

Tanda Gejala Perilaku Kekerasan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min – Max	p Value
Kognitif	1. Intervensi	30	14,23	3,081	0,563	10 – 19	<b>0,145</b>
	2. Kontrol	30	15,60	2,268	0,414	12 – 21	
	<b>Total</b>	60	14,92	2,770	0,350	10 – 21	
Emosi	1. Intervensi	30	17,07	3,600	0,657	10 – 23	<b>1,000</b>
	2. Kontrol	30	16,53	3,461	0,632	10 – 23	
	<b>Total</b>	60	16,80	3,512	0,453	10 – 23	
Perilaku	1. Intervensi	30	13,73	3,162	0,577	10 – 19	<b>0,153</b>
	2. Kontrol	30	15,20	3,614	0,660	11 – 22	
	<b>Total</b>	60	14,47	3,447	0,445	10 – 22	
Sosial	1. Intervensi	30	18,77	3,441	0,628	12 – 25	<b>0,729</b>
	2. Kontrol	30	17,27	3,155	0,576	11 – 22	
	<b>Total</b>	60	18,02	3,352	0,433	11 – 25	
Fisiologis	1. Intervensi	30	8,87	0,648	0,118	6 – 8	<b>0,673</b>
	2. Kontrol	30	7,20	0,714	0,130	6 – 9	
	<b>Total</b>	60	8,04	0,676	0,087	6 – 9	
Komposit PK	1. Intervensi	30	72,67	8,227	1,502	60 – 87	<b>0,906</b>
	2. Kontrol	30	71,80	8,227	1,511	57 – 87	
	<b>Total</b>	60	72,23	8,072	1,042	57 – 87	

Tabel 5.5. secara umum menunjukkan bahwa gejala / respon klien perilaku kekerasan sebelum kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT memiliki rata-rata gejala (kognitif, emosi, perilaku, sosial, dan fisik) pada tingkat sedang, baik kelompok yang mendapatkan maupun yang tidak mendapatkan CBT dan REBT. Berdasarkan hasil uji statistik pada kelompok yang mendapatkan maupun yang tidak mendapatkan CBT dan REBT sebelum kelompok intervensi mendapatkan terapi CBT dan REBT secara keseluruhan dalam keadaan setara / homogen ( $P \text{ value} \geq \alpha 0,05$ ).

### 5.2.2. Perubahan Tanda Gejala Perilaku Kekerasan sebelum dan setelah dilakukan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy*

Analisis perubahan gejala perilaku kekerasan sebelum dan setelah dilakukan CBT dan REBT pada kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT dilakukan dengan *Dependent sample t-Test (Paired t Test)* yang hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.6.

Tabel 5.6.  
Perubahan Gejala Perilaku Kekerasan sebelum dan setelah dilakukan CBT dan REBT pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Di RSM Bogor 2011 (n = 60)

Tanda Gejala Perilaku Kekerasan	Kelompok	Mean Sebelum	Mean Setelah	Mean Selisih	SD Selisih	p Value
Kognitif	Intervensi	14,23	7,13	7,10	3,089	0,000
	Kontrol	15,60	12,03	3,57	2,029	0,002
Emosi	Intervensi	17,07	8,07	9,00	3,639	0,000
	Kontrol	16,53	13,23	3,30	2,380	0,000
Perilaku	Intervensi	13,73	7,27	6,47	3,148	0,000
	Kontrol	15,20	12,07	3,13	2,417	0,000
Sosial	Intervensi	18,77	8,17	10,60	3,201	0,000
	Kontrol	17,27	13,57	3,70	2,395	0,000
Fisiologis	Intervensi	8,87	5,33	3,33	1,008	0,000
	Kontrol	7,20	7,43	0,23	1,040	0,100
Komposit Perilaku Kekerasan	Intervensi	72,67	35,70	36,97	8,032	0,000
	Kontrol	71,80	58,33	13,47	6,421	0,000

Berdasarkan data dalam tabel 5.6 apabila dibandingkan dengan rentang nilai tingkatan PK sesuai dengan pedoman dalam bab 4 maka hasil yang didapatkan adalah : untuk kelompok intervensi, gejala PK sebelum intervensi seluruhnya berada pada tingkat sedang dan setelah mendapatkan CBT dan

REBT menjadi ringan, berbeda dengan kelompok kontrol dimana sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT, gejala yang ditunjukkan tetap berada pada tingkat sedang kecuali kognitif, emosi dan perilaku dari sedang menjadi ringan. Penurunan gejala pada kelompok intervensi yang tertinggi pada respon sosial dengan selisih penurunan 10,60 dan respon emosi dengan selisih penurunan 9,00. Penurunan gejala yang terjadi pada kelompok kontrol tidak sebesar penurunan pada kelompok intervensi. Penurunan gejala perilaku kekerasan pada kelompok intervensi yang tertinggi terjadi pada respon perilaku dengan selisih penurunan 3,70. Hasil uji statistik pada kelompok intervensi mengalami penurunan yang bermakna dari respon kognitif, emosi, perilaku, sosial, fisiologis setelah dilakukan CBT dan REBT.

### **5.2.3. Perbedaan Penurunan Gejala Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol setelah Kelompok Intervensi dilakukan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy***

Perbedaan penurunan tanda gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah setelah dilakukan Terapi CBT dan REBT pada kelompok intervensi, dilakukan dengan *Independent sample t-Test* yang hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.7.

Berdasarkan data pada tabel 5.7 dapat dijelaskan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki rata-rata nilai pada tingkat yang rendah namun dengan nilai yang berbeda, nilai gabungan (gejala kognitif, emosi, perilaku, sosial dan fisik / fisiologis) pada kelompok yang mendapat CBT dan REBT 35,97 dan kelompok yang tidak mendapat CBT dan REBT 58,33.

Hasil uji statistik secara umum dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna dalam penurunan **respon** PK antara klien yang mendapat CBT dan REBT dengan yang tidak mendapat CBT dan REBT pada nilai

gabungan seluruh aspek ( $P_{value}= 0.001$ ;  $\alpha= 0.05$ ), tetapi pada respon fisik / fisiologis terjadi perbedaan yang tidak bermakna ( $P_{value}= 0.062 > \alpha= 0.05$ ). Perbedaan tertinggi pada respon sosial dengan selisih 6,27 dan terendah pada respon fisik dengan selisih 2,17.

Tabel 5.7.  
**Perbedaan Penurunan Tanda Gejala Perilaku Kekerasan setelah dilakukan CBT dan REBT pada kelompok Intervensi dibandingkan dengan kelompok Kontrol Di RSMM Bogor 2011 (n = 60)**

Tanda Gejala Perilaku Kekerasan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	p Value
Kognitif	1. Intervensi	30	7,13	0,730	0,133	<b>0,000</b>
	2. Kontrol	30	12,03	1,903	0,347	
	<b>Selisih</b>	60	4,90			
Emosi	3. Intervensi	30	8,07	0,828	0,151	<b>0,000</b>
	4. Kontrol	30	13,23	2,285	0,417	
	<b>Selisih</b>	60	5,16			
Perilaku	3. Intervensi	30	7,27	1,081	0,197	<b>0,028</b>
	4. Kontrol	30	12,07	1,964	0,359	
	<b>Selisih</b>	60	4,80			
Sosial	3. Intervensi	30	8,17	0,791	0,145	<b>0,000</b>
	4. Kontrol	30	13,57	1,924	0,351	
	<b>Selisih</b>	60	5,40			
Fisik / Fisiologis	3. Intervensi	30	5,33	0,479	0,88	<b>0,062</b>
	4. Kontrol	30	7,43	0,568	0,104	
	<b>Selisih</b>	60	2,10			
Komposit PK	3. Intervensi	30	35,97	2,322	0,424	<b>0,001</b>
	4. Kontrol	30	58,33	4,985	0,910	
	<b>Selisih</b>	60	22,36			

### 5.3. Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* terhadap Harga Diri Rendah.

Pengaruh CBT dan REBT terhadap HDR terdiri atas gejala klien HDR sebelum dilakukan CBT dan REBT, perubahan gejala sebelum dan setelah dilakukan CBT dan REBT, perbedaan gejala HDR pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan CBT dan REBT.

### 5.3.1. Gejala klien Harga Diri Rendah sebelum dilakukan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy*

Bagian ini memaparkan *central* tendensi dan kesetaraan gejala HDR pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan terapi CBT dan REBT. Kesetaraan variabel-variabel di atas dianalisis dengan menggunakan *Independent Sample t – Test*.

Tabel 5.8.  
Gejala Harga Diri Rendah pada Kelompok yang Mendapat CBT dan REBT dengan Kelompok yang Tidak Mendapat CBT dan REBT Di RSMM Bogor 2011  
(n = 60)

Tanda Gejala Harga Diri Rendah	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min – Max	p Value
Kognitif	1. Intervensi	30	16,13	2,945	0,538	10 – 22	<b>0,342</b>
	2. Kontrol	30	16,80	2,759	0,504	12 – 23	
	<b>Total</b>	60	16,47	2,849	0,368	10 – 23	
Emosi	1. Intervensi	30	13,87	3,579	0,653	8 – 21	<b>0,276</b>
	2. Kontrol	30	15,77	2,628	0,462	12 – 20	
	<b>Total</b>	60	14,82	3,218	0,415	6 – 21	
Perilaku	1. Intervensi	30	17,07	3,162	0,577	10 – 24	<b>0,189</b>
	2. Kontrol	30	16,87	2,417	0,441	12 – 22	
	<b>Total</b>	60	16,97	2,792	0,360	10 – 24	
Sosial	1. Intervensi	30	13,67	2,523	0,461	9 – 19	<b>0,834</b>
	2. Kontrol	30	15,50	2,662	0,486	10 – 20	
	<b>Total</b>	60	14,56	2,733	0,353	9 – 20	
Fisiologis	1. Intervensi	30	8,83	0,610	0,111	6 – 8	<b>0,882</b>
	2. Kontrol	30	7,07	0,740	0,135	5 – 8	
	<b>Total</b>	60	7,90	0,676	0,087	5 – 8	
Komposit HDR	1. Intervensi	30	69,57	8,827	1,612	51 – 89	<b>0,568</b>
	2. Kontrol	30	72,27	7,541	1,377	57 – 89	
	<b>Total</b>	60	70,77	8,396	1,084	51 – 89	

Tabel 5.8. menunjukkan bahwa rata-rata nilai gejala harga diri rendah baik pada kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT maupun yang tidak mendapatkan CBT dan REBT berada pada tingkat sedang. Bila nilai rata-rata tersebut dibandingkan pada kedua kelompok yang mendapatkan dan tidak mendapatkan CBT dan REBT menunjukkan angka yang tidak jauh berbeda.

Hasil uji statistik tanda gejala harga Diri Rendah pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan terapi CBT dan REBT adalah gejala harga diri rendah antara kelompok yang mendapatkan dan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT secara keseluruhan tidak ada perbedaan yang bermakna atau kedua kelompok tersebut dalam keadaan setara (homogen).

### 5.3.2. Perubahan Gejala Harga Diri Rendah sebelum dan setelah dilakukan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy*

Perubahan gejala harga diri rendah sebelum dan setelah dilakukan CBT dan REBT dilakukan dengan *Dependen sample t-Test (Paired t Test)* yang hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.9

Tabel 5.9  
**Perubahan Gejala Harga Diri Rendah sebelum dan setelah dilakukan  
 CBT dan REBT pada Kelompok Intervensi dan Kontrol  
 Di RSMM Bogor 2011  
 (n = 60)**

Gejala Harga Diri Rendah	Kelompok	Mean Sebelum	Mean Setelah	Mean Selisih	SD Selisih	p Value
Kognitif	Intervensi	16,13	8,57	7,57	2,921	0,000
	Kontrol	16,80	15,57	1,23	7,964	0,282
Emosi	Intervensi	13,87	7,07	6,80	3,690	0,000
	Kontrol	15,77	13,33	2,44	2,897	0,486
Perilaku	Intervensi	17,07	9,17	7,90	3199	0,000
	Kontrol	16,87	17,13	0,26	3,237	0,337
Sosial	Intervensi	13,67	6,80	6,87	2,726	0,000
	Kontrol	15,50	13,33	2,17	3,018	0,517
Fisiologis	Intervensi	8,83	5,43	3,43	1,133	0,000
	Kontrol	7,07	7,00	0,07	0,740	0,054
Komposit Harga Diri Rendah	Intervensi	69,57	37,03	32,53	9,070	0,000
	Kontrol	72,27	66,36	6,17	9,874	0,335

Berdasarkan data dalam tabel 5.9 apabila dimasukkan ke dalam rentang nilai tingkatan HDR sesuai dengan pedoman dalam bab 4 maka hasil yang didapatkan adalah : untuk kelompok intervensi tanda PK sebelum intervensi seluruhnya berada pada tingkat sedang dan setelah mendapatkan CBT dan REBT menjadi ringan, berbeda dengan kelompok kontrol dimana sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT, seluruh gejala yang ditunjukkan kelompok kontrol tetap berada pada tingkat sedang.

Hasil Uji Statistik secara umum dapat disimpulkan bahwa Kelompok intervensi mengalami Penurunan gejala harga diri rendah (gejala / respon kognitif, emosi, perilaku, sosial, fisiologis) yang bermakna setelah dilakukan CBT dan REBT Penurunan gejala tertinggi pada respon perilaku dengan selisih penurunan 7,90. Pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT tidak terjadi penurunan yang bermakna.

### **5.3.3. Perbedaan Penurunan Gejala Harga Diri Rendah pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol setelah Kelompok Intervensi mendapatkan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy***

Perbedaan penurunan tanda gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi dilakukan Terapi CBT dan REBT, dianalisis dengan *Independen sample t-Test* yang hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.10.

Berdasarkan data pada tabel 5.10 dapat dibaca bahwa gejala (kognitif, emosi, perilaku, sosial dan fisik/fisiologi) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT terdapat perbedaan dimana pada kelompok intervensi memiliki gejala pada tingkat rendah sedangkan kelompok kontrol memiliki gejala pada tingkat sedang. Perbedaan tertinggi pada respon perilaku dengan selisih 8.73 dan terendah pada respon fisik dengan selisih 2,00.

Hasil uji statistik secara umum dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna dalam penurunan respon HDR antara klien yang mendapat CBT dan REBT dengan yang tidak mendapat CBT dan REBT pada nilai gabungan seluruh aspek ( $P_{value} = 0.000$ ;  $\alpha = 0.05$ ).

Tabel 5.10.  
**Perbedaan Penurunan Gejala Harga Diri Rendah pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol setelah Kelompok Intervensi mendapatkan CBT dan REBT Di RSMM Bogor 2011 (n = 60)**

Tanda Gejala Harga Diri Rendah	Kelompok	N	Mean	SD	SE	p Value
Kognitif	1. Intervensi	30	8,57	1,073	0,196	<b>0,000</b>
	2. Kontrol	30	15,57	2,515	0,459	
	<b>Total</b>	60	7,533			
Emosi	3. Intervensi	30	7,00	0,980	0,179	<b>0,000</b>
	4. Kontrol	30	13,33	1,788	0,326	
	<b>Total</b>	60	6,26			
Perilaku	3. Intervensi	30	9,17	0,874	0,160	<b>0,000</b>
	4. Kontrol	30	17,13	2,636	0,481	
	<b>Total</b>	60	7,96			
Sosial	3. Intervensi	30	6,80	0,997	0,182	<b>0,006</b>
	4. Kontrol	30	13,33	1,788	0,326	
	<b>Total</b>	60	6,53			
Fisiologis	3. Intervensi	30	5,43	0,504	0,092	<b>0,009</b>
	4. Kontrol	30	7,00	0,525	0,096	
	<b>Total</b>	60	1,57			
Komposit HDR	3. Intervensi	30	37,03	2,236	0,408	<b>0,000</b>
	4. Kontrol	30	66,36	6,387	1,166	
	<b>Total</b>	60	29,33			

#### 5.4. Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* terhadap Kemampuan Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah.

Kemampuan klien PK dan HDR terdiri atas : kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor. Bagian ini membahas tentang kemampuan klien sebelum dilakukan CBT dan REBT, perubahan kemampuan sebelum dan setelah



dilakukan CBT dan REBT, perbedaan kemampuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan CBT dan REBT.

#### 5.4.1. Kemampuan klien sebelum dilakukan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy*

Bagian ini memaparkan sentral tendensi dan kesetaraan kemampuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan terapi CBT dan REBT. Kesetaraan variabel-variabel di atas dianalisis dengan menggunakan *Independent Sample t – Test*.

Tabel 5.11.  
Kemampuan Klien PK dan HDR dalam melaksanakan terapi  
Pada Kelompok yang Mendapat CBT dan REBT  
sebelum diberikan Terapi  
Di RSMM Bogor 2011  
(n = 60)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min – Max
Kognitif	Intervensi	30	40,00	2,378	0,434	35 – 44
Afektif	Intervensi	30	39,20	2,722	0,497	32 – 44
Psikomotor	Intervensi	30	39,30	2,961	0,541	33 – 46
Komposit Kemampuan	Intervensi	30	118,50	3,637	0,664	106 – 122

Sesuai dengan skoring dan pembobotan nilai pada kuesioner kemampuan klien melaksanakan CBT dan REBT yang telah diuraikan pada bab 4 dimana **kognitif** memiliki rata-rata 40.00 pada rentang skoring 24 – 76, **afektif** memiliki rata-rata 39.20 pada rentang scoring 22 – 80, **psikomotor** memiliki rata-rata 39.30 pada rentang scoring 23 – 80 dan **komposit / kumulatif** memiliki rata-rata 118,50 pada rentang skoring 70 - 240, dapat disimpulkan bahwa klien rata-rata memiliki kemampuan pada tingkat yang rendah. Hal ini merupakan peluang untuk meningkatkan kemampuan klien PK dan HDR dalam melakukan CBT dan REBT menjadi lebih tinggi.

**5.4.2. Perubahan Kemampuan klien Perilaku kekerasan dan Harga diri rendah dalam melaksanakan terapi sebelum dan sesudah dilakukan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy*.**

Pada bagian ini peneliti uraikan perubahan kemampuan PK dan HDR pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan CBT dan REBT. Analisis dilakukan dengan *Dependent sample t-Test (Paired t Test)* yang hasil analisisnya dapat dilihat pada tabel 5.12.

Tabel 5.12.  
**Perubahan Kemampuan Klien PK dan HDR melaksanakan terapi sebelum dan setelah dilakukan CBT dan REBT pada kelompok Intervensi Di RSMM Bogor 2011 (n = 60)**

Kemampuan	Kondisi	N	Mean	SD	SE	p Value
Kognitif	Sebelum	30	40,00	2,379	0,434	<b>0,000</b>
	Setelah	30	77,10	1,668	0,305	
	<b>Selisih</b>		37,10	2,998	0,547	
Afektif/ Emosi	Sebelum	30	39,20	7,722	0,497	<b>0,000</b>
	Setelah	30	77,07	1,856	0,339	
	<b>Selisih</b>		37,87	3,411	0,547	
Perilaku	Sebelum	30	39,30	2,961	0,541	<b>0,000</b>
	Setelah	30	78,03	1,159	0,212	
	<b>Selisih</b>		38,73	3,172	0,623	
Komposit RECBT	Sebelum	30	118,50	3,637	0,664	<b>0,000</b>
	Setelah	30	232,20	3,089	0,564	
	<b>Selisih</b>		113,70	5,181	0,579	

Tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan kognitif klien sebelum dilakukan CBT dan REBT adalah rendah (40,00) dan setelah melakukan CBT dan REBT menjadi tinggi (77,10). kemampuan afektif klien sebelum dilakukan CBT dan REBT adalah rendah (39,20) dan setelah melakukan CBT dan REBT menjadi tinggi (77,07). kemampuan psikomotor klien sebelum dilakukan CBT dan REBT adalah rendah (39,30) dan setelah

melakukan CBT dan REBT menjadi tinggi (78,03). Peningkatan nilai tertinggi pada kemampuan psikomotor dengan selisih 38,73.

Secara keseluruhan klien sebelum dilakukan CBT dan REBT memiliki kemampuan yang rendah, setelah dilakukan CBT dan REBT menjadi memiliki kemampuan yang tinggi. Peningkatan nilai tertinggi pada kemampuan psikomotor dari 39,30 menjadi 78,03 dengan selisih 38,73. Secara umum dapat disimpulkan bahwa kemampuan klien (Kognitif afektif dan psikomotor) setelah mendapatkan CBT dan REBT mengalami peningkatan yang bermakna.

Hasil uji statistik secara umum dapat disimpulkan bahwa kemampuan klien (Kognitif afektif dan psikomotor) setelah mendapatkan CBT dan REBT mengalami peningkatan yang bermakna ( $P_{value} = 0.000$ ;  $\alpha = 0.05$ ).

#### 5.5. Efektifitas *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* dalam Menurunkan Gejala dan meningkatkan Kemampuan klien Perilaku Kekerasan Harga Diri Rendah

Untuk mengukur efektifitas CBT dan REBT dalam menurunkan tanda gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah serta meningkatkan kemampuan klien setelah intervensi, dapat menggunakan rumus :

$$E = \frac{\text{selisih hasil}}{\text{selisih maksimal}} \times 100\%$$

#### Keterangan :

Selisih hasil :  $\sum$  Peningkatan nilai setelah intervensi -  $\sum$  nilai sebelum intervensi

Selisih maksimal : score tertinggi – score terendah sesuai jumlah pertanyaan dalam kuesioner

Efektifitas Terapi Spesialis CBT dan REBT dalam menurunkan tanda dan gejala Perilaku Kekerasan setelah intervensi adalah :

$$E = \frac{72,67 - 35,70}{114 - 31} \times 100 \% = 44,54\%$$

Dari hasil perhitungan tersebut dapat dijelaskan bahwa CBT dan REBT efektif menurunkan tanda dan gejala perilaku kekerasan sebesar 44,54 %.

Efektifitas terapi spesialis CBT dan REBT dalam menurunkan tanda dan gejala Harga Diri Rendah setelah intervensi adalah :

$$E = \frac{69,57 - 37,03}{118 - 32} \times 100 \% = 37,83\%$$

Dari hasil perhitungan tersebut dapat dijelaskan bahwa CBT dan REBT efektif menurunkan tanda dan gejala harga diri rendah sebesar 37,83 %.

Efektifitas Terapi Spesialis CBT dan REBT dalam Peningkatan Kemampuan Mengendalikan Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah setelah intervensi adalah :

Efektifitas Peningkatan Kemampuan Kognitif :

$$\frac{77,10 - 40,00}{80 - 25} \times 100\% = 67,45\%$$

Efektifitas Peningkatan Kemampuan Afektif :

$$\frac{77,07 - 39,20}{80 - 22} \times 100\% = 65,29\%$$

Efektifitas Peningkatan Kemampuan Psikomotor :

$$\frac{78,03 - 39,30}{80 - 23} \times 100\% = 67,89\%$$

Efektifitas kemampuan secara keseluruhan :

$$E = \frac{232,20 - 118,50}{240 - 70} \times 100 \% = 66,88\%$$

Dari hasil perhitungan tersebut dapat dijelaskan bahwa CBT dan REBT efektif meningkatkan kemampuan klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah sebesar 66,88 %.

## **5.6. Karakteristik yang berkontribusi terhadap Tanda / gejala dan Kemampuan klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah.**

Peneliti menganalisis karakteristik yang paling berpengaruh terhadap klien PK dan HDR secara keseluruhan baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Karakteristik yang berkontribusi terhadap respon-respon PK dan HDR yang penulis teliti terdiri atas : usia responden, jenis kelamin responden, pendidikan responden, pekerjaan responden, riwayat gangguan jiwa, frekuensi dirawat dan lama dirawat yang sekarang. Karakteristik yang berkontribusi tersebut dianalisis dengan menggunakan uji Korelasi *Regresi Linier* Ganda.

### **5.6.1. Karakteristik Yang Berkontribusi Terhadap Penurunan Tanda Gejala Perilaku Kekerasan Pada Klien Dengan Perilaku Kekerasan Dan Harga Diri Rendah**

Karakteristik yang berkontribusi terhadap penurunan tanda gejala perilaku kekerasan dilakukan untuk mengidentifikasi adanya perubahan yang bermakna terhadap tanda gejala perilaku kekerasan setelah CBT dan REBT diberikan pada kelompok intervensi. Karakteristik yang berkontribusi terhadap respon-respon PK klien dianalisis menggunakan uji Korelasi *Regresi Linier* Ganda yang dapat dilihat pada tabel 5.13

Hasil analisis dari tabel 5.13 diatas dapat diketahui bahwa riwayat pekerjaan klien memiliki hubungan ( $r = 0,311$ ) dengan penurunan gejala PK. Adapun peluang untuk memperbaiki tanda gejala PK dengan pekerjaan adalah sebesar 9,7 % ( $R^2 = 0,97$ ).

Tabel 5.13  
**Karakteristik yang berkontribusi terhadap tanda gejala Perilaku Kekerasan di RSMM Bogor Tahun 2011 ( n = 60 )**

Karakteristik Klien PK	Tanda Gejala PK					
	B	SE	$\beta$	P	R	R <sup>2</sup>
(Constant)	57.050	12.315		.000	.311 <sup>a</sup>	.097
Usia responden	.132	.161	.122	.413		
Jenis Kelamin	-4.589	3.691	-.176	.219		
Pendidikan	-.810	1.566	-.073	.607		
Pekerjaan	-2.927	1.483	-.299	.054		
Frekuensi di rawat	-1.625	3.304	-.067	.625		
Riwayat Gg Jiwa	2.219	3.414	.092	.519		
Lama Dirawat	-.142	1.199	-.017	.906		

Karakteristik yang memiliki pengaruh kecil terhadap perilaku kekerasan atau variabel yang mempunyai *P-value*  $\geq 0,25$ , pada regresi linier ganda seperti usia responden, jenis kelamin, pendidikan, frekuensi di rawat, riwayat gangguan jiwa dan lama dirawat akan dikeluarkan dari pemodelan secara bertahap sehingga pemodelan akhir yang dapat dilihat pada tabel 5.14

Tabel 5.14  
**Pemodelan Akhir**  
**Karakteristik yang berkontribusi terhadap tanda gejala Perilaku Kekerasan Pada Klien Perilaku Kekerasan di RSMM Bogor Tahun 2011 ( n = 60 )**

Karakteristik Klien PK	Tanda Gejala PK					
	B	SE	B	P	R	R <sup>2</sup>
(Constant)	51.601	3.097		.000	.218 <sup>g</sup>	.048
Pekerjaan	-2.132	1.252	-.218	.094		

Berdasarkan tabel 5.14 dapat diketahui bahwa riwayat pekerjaan berhubungan dengan tanda gejala perilaku kekerasan ( *p-value* 0,094), hubungan tersebut cukup kuat dengan nilai *r* : 0,218. Adapun peluang untuk mempengaruhi tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah 4,8% (R<sup>2</sup> : 0,048). Riwayat pekerjaan berkontribusi menurunkan perilaku kekerasan sebesar 2,132.

### 5.6.2. Karakteristik Yang Berkontribusi Terhadap Penurunan Tanda Gejala Harga Diri Rendah Pada Klien Dengan Perilaku Kekerasan Dan Harga Diri Rendah

Karakteristik yang berkontribusi terhadap penurunan tanda gejala harga diri rendah dilakukan untuk mengidentifikasi adanya perubahan yang bermakna setelah CBT dan REBT diberikan pada kelompok intervensi. Karakteristik yang berkontribusi terhadap respon-respon harga diri rendah klien hasil analisis dengan menggunakan uji Korelasi *Regresi Linier Ganda* yang dapat dilihat pada tabel 15.15.

Tabel 5.15  
**Karakteristik yang berkontribusi terhadap tanda dan gejala Pada Klien Harga diri rendah di RSMM Bogor Tahun 2011 ( n = 60 )**

Karakteristik Klien	Tanda Gejala HDR					
	B	SE	$\beta$	P	R	R <sup>2</sup>
(Constant)	63.091	15.865		.000	.313 <sup>a</sup>	.098
Usia responden	-.091	.207	-.065	.662		
Jenis Kelamin	-3.224	4.755	-.096	.501		
Pendidikan	-.436	2.017	-.031	.830		
Pekerjaan	-2.973	1.911	-.236	.045		
Frekuensi di rawat	2.093	4.256	.067	.625		
Riwayat Gg Jiwa	1.610	4.398	.052	.716		
Lama Dirawat	-1.046	1.544	-.096	.501		

Hasil analisis dari tabel 5.15 di atas dapat diketahui bahwa pekerjaan hubungan dengan penurunan gejala HDR ( $r = 0,313$ ). Adapun peluang untuk mempengaruhi tanda gejala harga diri rendah dengan riwayat pekerjaan adalah sebesar 9,8 % ( $R^2 = 0,98$ ).

Karakteristik yang memiliki pengaruh kecil terhadap harga diri rendah atau variabel yang mempunyai *P-value*  $\geq 0,25$ , pada regresi linier ganda seperti usia responden, jenis kelamin, pendidikan, frekuensi dirawat, riwayat gangguan jiwa dan lama dirawat akan dikeluarkan dari pemodelan secara bertahap sehingga pemodelan akhir yang dapat dilihat pada tabel 5.16

Tabel 5.16  
**Pemodelan akhir**  
**Karakteristik yang berkontribusi terhadap tanda gejala Harga Diri**  
**Rendah Pada Klien PK dan HDR di RSMM Bogor Tahun 2011**  
**( n = 60 )**

Karakteristik Klien	Tanda Gejala HDR					
	B	SE	B	p	R	R <sup>2</sup>
(Constant)	58.734	3.952		.000	.260 <sup>g</sup>	.067
Pekerjaan	-3.272	1.598	-.260	.045		

Berdasarkan tabel 5.16 dapat diketahui bahwa riwayat pekerjaan berhubungan dengan tanda gejala harga diri rendah ( *p-value* 0,045), hubungan tersebut cukup kuat dengan nilai  $r : 0,260$ . Adapun peluang untuk mempengaruhi tanda dan gejala harga diri rendah adalah 6,7% ( $R^2 : 0,067$ ). Riwayat pekerjaan berkontribusi menurunkan harga diri rendah sebesar 3,272.

### 5.6.3. Karakteristik Yang Berkontribusi Terhadap Peningkatan Kemampuan Kognitif Pada Klien Dengan Perilaku Kekerasan Dan Harga Diri Rendah

Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan kognitif pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah dilakukan untuk mengidentifikasi faktor yang paling berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan klien setelah CBT dan REBT diberikan pada kelompok intervensi. Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan kognitif klien dianalisis menggunakan uji Korelasi *Regresi Linier* Ganda yang dapat dilihat pada 5.17

Hasil analisis dari tabel 5.17 diatas dapat diketahui bahwa riwayat pekerjaan memiliki hubungan (  $r = 0,278$ ) dengan peningkatan kemampuan kognitif. Adapun peluang untuk meningkatkan kemampuan kognitif pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah dengan memberikan CBT dan REBT adalah sebesar 7,7 % ( $R^2 = 0,077$ ).



Tabel 5.17  
**Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan kognitif  
 Pada Klien Perilaku Kekerasan dan Harga diri rendah  
 di RSMM Bogor Tahun 2011  
 ( n = 60 )**

Karakteristik Klien	Kemampuan Kognitif					
	B	SE	B	P	R	R <sup>2</sup>
(Constant)	59.530	16.493		.001	.278 <sup>a</sup>	.077
Usia responden	-.111	.215	-.077	.608		
Jenis Kelamin	1.233	4.943	.036	.804		
Pendidikan	.555	2.097	.038	.792		
Pekerjaan	2.936	1.986	.227	.086		
Frekuensi di rawat	-.358	4.425	-.011	.936		
Riwayat Gg Jiwa	-3.585	4.573	-.112	.437		
Lama Dirawat	.992	1.605	.088	.539		

Variabel yang mempunyai *P-value*  $\geq 0,25$  dari regresi linier ganda seperti usia responden, jenis kelamin, pendidikan, frekuensi di rawat, riwayat gangguan jiwa, lama dirawat akan dikeluarkan dari pemodelan secara bertahap sehingga pemodelan akhir seperti tabel 5.18

Tabel 5.18  
**Pemodelan Terakhir**  
**Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan Kognitif  
 Pada Klien Perilaku Kekerasan dan Harga diri rendah  
 di RSMM Bogor Tahun 2011  
 ( n = 60 )**

Karakteristik Klien	Kemampuan Kognitif					
	B	SE	B	P	r	R <sup>2</sup>
(Constant)	55.334	4.099		.000		
Pekerjaan Int	2.899	1.657	.224	.086	.224 <sup>g</sup>	.050

Berdasarkan tabel 5.18 dapat diketahui bahwa riwayat pekerjaan berhubungan dengan kemampuan kognitif ( *p-value* 0,086), hubungan tersebut cukup kuat dengan nilai *r* : 0,224. Adapun peluang untuk mempengaruhi kemampuan kognitif adalah 5% ( *R*<sup>2</sup> : 0,050). Riwayat pekerjaan berkontribusi meningkatkan kemampuan kognitif sebesar 2.899.

#### 5.6.4. Karakteristik Yang Berkontribusi Terhadap Peningkatan Kemampuan Afektif Pada Klien Dengan Perilaku Kekerasan Dan Harga Diri Rendah

Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan afektif pada klien yang mengalami masalah perilaku kekerasan dan harga diri rendah dilakukan untuk mengidentifikasi adanya perubahan yang bermakna terhadap kemampuan afektif mengendalikan perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada klien setelah CBT dan REBT diberikan pada kelompok intervensi. Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan afektif klien dianalisis menggunakan uji korelasi *regresi linier* ganda yang dapat dilihat pada 5.19

Tabel 5.19  
**Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan afektif Pada Klien Perilaku Kekerasan dan Harga diri rendah di RSMM Bogor Tahun 2011 ( n = 60 )**

Karakteristik Klien	Kemampuan Afektif					
	B	SE	B	P	R	R <sup>2</sup>
(Constant)	66.585	16.686		.000	.242 <sup>a</sup>	.058
Usia responden int	-.066	.217	-.046	.761		
Kelamin Int	.902	5.001	.026	.858		
Pendidikan Int	-.797	2.122	-.054	.709		
Pekerjaan Int	2.577	2.010	.199	.205		
Frekuensi di rawat Int	-1.982	4.476	-.062	.660		
Riwayat Gg Int	-2.910	4.626	-.091	.532		
Lama Dirawat Int	.743	1.624	.066	.649		

Hasil analisis dari tabel 5.19 diatas dapat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara karakteristik klien dengan peningkatan kemampuan afektif klien PK dan HDR. Hasil analisis regresi linier ganda semua variabel yang mempunyai *P-value*  $\geq 0,25$ . seperti Usia responden, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, frekuensi di rawat, riwayat gangguan jiwa dan lama dirawat, akan dikeluarkan dari pemodelan secara bertahap sehingga pemodelan akhir seperti tabel 5.20

Tabel 5.20  
**Pemodelan Terakhir**  
**Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan Afektif**  
**Pada Klien Perilaku Kekerasan dan Harga diri rendah**  
**di RSMM Bogor Tahun 2011**  
**( n = 60 )**

Karakteristik Klien	Kemampuan Afektif					
	B	SE	B	P	R	R <sup>2</sup>
(Constant)	62.300	2.064		.000	.000 <sup>h</sup>	.000

Berdasarkan tabel 5.20 dapat diketahui bahwa tidak ada karakteristik klien yang berhubungan dengan peningkatan kemampuan afektif pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah ( $p \text{ Value} \leq 0,05$ ).

#### 5.6.5. Karakteristik Yang Berkontribusi Terhadap Peningkatan Kemampuan Psikomotor / Perilaku Pada Klien Dengan Perilaku Kekerasan Dan Harga Diri Rendah

Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan perilaku pada klien yang mengalami masalah perilaku kekerasan dan harga diri rendah dilakukan untuk mengidentifikasi adanya perubahan yang bermakna terhadap kemampuan perilaku mengendalikan perilaku kekerasan dan harga diri rendah pada klien setelah CBT dan REBT diberikan pada kelompok intervensi. Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan perilaku klien dianalisis menggunakan uji Korelasi *Regresi Linier* Ganda yang dapat dilihat pada 5.21

Hasil analisis dari tabel 5.21 di atas dapat diketahui bahwa riwayat pekerjaan memiliki hubungan yang lebih kuat dibanding karakteristik lain ( $r : 0,277$ ) dengan peningkatan kemampuan perilaku. Adapun pengaruh untuk meningkatkan kemampuan perilaku pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah dari riwayat pekerjaan adalah sebesar 7,7 % ( $R^2 = 0,77$ ).

Tabel 5.21  
**Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan perilaku  
 Pada Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah  
 di RSMM Bogor Tahun 2011  
 ( n = 60 )**

Karakteristik Klien	Kemampuan Perilaku					
	B	SE	B	P	R	R <sup>2</sup>
(Constant)	50.443	17.375		.005	.277 <sup>a</sup>	.077
Usia responden	-.099	.226	-.065	.664		
Jenis Kelamin	3.877	5.207	.107	.460		
Pendidikan	1.088	2.209	.070	.625		
Pekerjaan	3.227	2.093	.237	.097		
Frekuensi di rawat	.132	4.661	.004	.978		
Riwayat Gg jiwa	-2.427	4.817	-.072	.616		
Lama Dirawat	1.130	1.691	.096	.507		

Hasil analisis regresi linier ganda variabel yang mempunyai *P-value*  $\geq 0,25$  seperti : usia, jenis kelamin, pendidikan, frekuensi di rawat, riwayat gangguan jiwa dan lama dirawat akan dikeluarkan dari pemodelan secara bertahap sehingga pemodelan akhir seperti tabel 5.22.

Tabel 5.22  
**Pemodelan Terakhir**  
**Karakteristik yang berkontribusi terhadap peningkatan kemampuan Perilaku  
 Pada Klien Perilaku Kekerasan dan Harga diri rendah  
 di RSMM Bogor Tahun 2011  
 ( n = 60 )**

Karakteristik Klien	Kemampuan Perilaku					
	B	SE	B	P	r	R <sup>2</sup>
(Constant)	55.275	4.325		.000	.216 <sup>s</sup>	.047
Riwayat Pekerjaan	2.950	1.749	.216	.097		

Tabel 5.22 menunjukkan bahwa riwayat pekerjaan berhubungan dengan kemampuan perilaku ( *p-value* 0,097), hubungan tersebut cukup kuat dengan nilai *r* : 0,216. Adapun peluang untuk mempengaruhi kemampuan perilaku adalah 4,7% (**R<sup>2</sup>** : 0,047). Riwayat pekerjaan berkontribusi meningkatkan kemampuan perilaku sebesar 2.950 dengan mempertimbangkan karakteristik yang lain.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan pembahasan tentang pengaruh terapi spesialis: *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) terhadap penurunan gejala serta peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku pada klien perilaku kekerasan (PK), dan Harga Diri Rendah (HDR) di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi (RSMM) Bogor, keterbatasan penelitian yang terkait dengan desain penelitian yang digunakan dan karakteristik sampel yang digunakan; serta dibahas pula tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

#### **6.1. Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* Terhadap Penurunan Gejala dan Peningkatan Kemampuan klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah.**

Bagian ini membahas tentang pengaruh dari terapi spesialis CBT dan REBT terhadap penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah. Selain penurunan tanda dan gejala juga peningkatan kemampuan, yang terdiri atas kemampuan kognitif, afektif psikomotor.

##### **6.1.1 Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* Terhadap Penurunan Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan di RSMM Bogor**

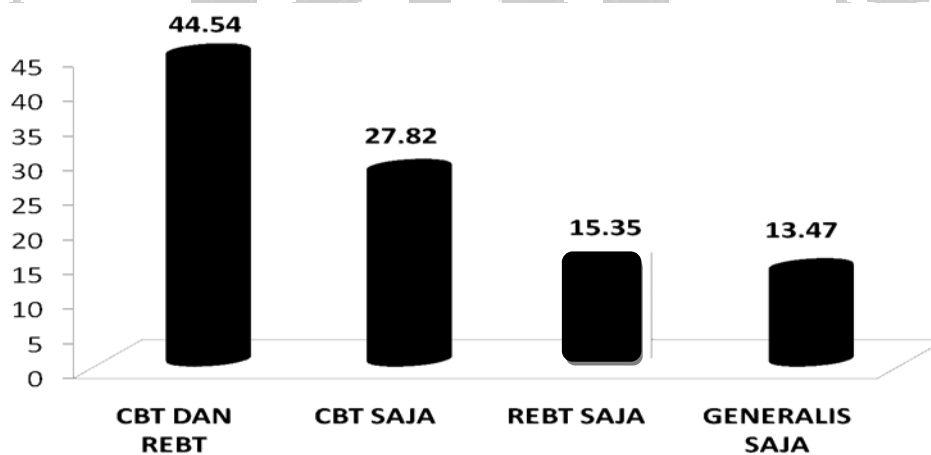
*Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* menurunkan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang terdiri atas kognitif, emosi, perilaku, sosial, fisiologis secara bermakna dari kategori sedang menjadi rendah. Secara keseluruhan terjadi penurunan sebesar 44,54%. Penurunan terbesar terjadi pada aspek sosial dari 18,77 menjadi 8,17 (selisih penurunan sebesar 10,60 atau 50,48%).

Penelitian yang dilakukan oleh Fauziah, (2009) menunjukkan CBT berpengaruh terhadap respon kognitif dan perilaku klien dengan masalah perilaku kekerasan sebesar 27,82%. Penelitian yang dilakukan oleh Putri (2010) mendapatkan hasil bahwa REBT berpengaruh terhadap respon kognitif, emosi, perilaku, sosial dan fisiologis klien perilaku kekerasan secara kumulatif sebesar 15,35%.

Klien perilaku kekerasan yang tidak mendapat dapat CBT dan REBT juga terjadi penurunan gejala perilaku kekerasan namun penurunan tersebut tidak sebesar klien yang mendapatkan CBT dan REBT, ini dapat disebabkan karena kelompok yang tidak mendapat CBT dan REBT sebelumnya sama-sama mendapatkan terapi generalis. Terapi generalis menyebabkan penurunan tanda dan gejala PK sebesar 13,47%.

Grafik 6.1

**Perbandingan efektifitas terapi Spesialis CBT dan REBT dalam menurunkan tanda dan gejala perilaku kekerasan Pada klien yang di rawat di RSMM Bogor**



Apabila dibandingkan secara statistik terapi CBT yang dipadukan dengan REBT menyebabkan efektifitas penurunan gejala PK yang lebih besar dibandingkan dengan hanya satu terapi atau terapi generalis saja. Antara kelompok yang mendapatkan terapi CBT dan REBT dengan kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT terdapat perbedaan yang sangat bermakna. Hasil yang didapat dengan perhitungan statistik tidak jauh berbeda bila dibandingkan dengan menggunakan rentang berdasarkan jumlah score pertanyaan dalam kuesioner. Setelah dilakukan intervensi kelompok yang mendapat CBT dan REBT berada pada tingkat perilaku kekerasan yang ringan, tetapi pada kelompok yang tidak mendapat CBT dan REBT tetap berada pada tingkat sedang seperti pada saat kelompok intervensi belum mendapat CBT dan REBT. Hal tersebut menunjukkan bahwa intervensi generalis memiliki dampak dalam menurunkan tanda gejala perilaku kekerasan, dan dampak tersebut akan lebih besar bila dipadukan dengan terapi spesialis CBT dan REBT.

Terapi CBT dan REBT peneliti lakukan pada kelompok intervensi masing-masing klien delapan kali pertemuan menyebabkan penurunan gejala perilaku kekerasan dari 72,67 menjadi 35,70 efektifitas penurunan sebesar 44,54% (nilai penurunan gejala PK, maksimal 31). Apabila CBT dan REBT dilakukan lebih dari delapan kali pertemuan akan menyebabkan penurunan lebih dari 35,70 dan mencapai nilai penurunan yang maksimal.

Cristopher (2010) mengatakan bahwa hubungan pemikiran dan emosi berperan penting dalam menerjemahkan marah menjadi perilaku agresif atau PK. Menurut *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* (2006) CBT dan REBT menurunkan respon kognitif yang bermakna karena CBT adalah terapi yang membantu individu merubah cara berfikir dan prilakunya sehingga perubahan itu membuat individu merasa lebih baik, dan terapi ini berfokus pada masalah *here and now* serta kesulitan yang dihadapi, hasil penelitian ini juga sesuai dengan Rieckert (2000) menyatakan terapi REBT secara signifikan dapat mengurangi kemarahan, perasaan bersalah dan harga diri yang rendah. Penelitian

**UNIVERSITAS INDONESIA**

lain dilakukan oleh Jensen (2008) yang menyatakan bahwa respon-respon perilaku kekerasan mengalami perubahan yang bermakna disebabkan karena terapi REBT yang diberikan menggunakan pendekatan kognitif dan perilaku dengan mengemukakan fakta-fakta bahwa perilaku yang dihasilkan bukan berasal dari kejadian yang dialami namun dari keyakinan-keyakinan yang tidak rasional. REBT diberikan bertujuan untuk mengurangi keyakinan irrasional dan menguatkan keyakinan rasional yang dapat efektif untuk dewasa yang marah dan agresif (Ellis, 1962 dalam Adomeh, 2006). Penelitian yang dilakukan oleh Keliat (2003), menyatakan bahwa pemberian terapi generalis PK menghasilkan kemampuan mencegah PK secara mandiri sebesar 86,6% dan secara bermakna menurunkan PK.

*Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* memiliki pengaruh dalam menurunkan tanda dan gejala klien yang mengalami PK dan HDR baik gejala kognitif, emosi, perilaku social maupun fisik / fisiologi. Menurut Sinaga (2007) gangguan kognitif yang paling berat adalah : gangguan kemampuan menghasilkan pembicaraan yang spontan, membuat urutan peristiwa, kewaspadaan, prioritas dan perilaku pada hubungan sosial. Gejala kognitif klien perilaku kekerasan yang digali dalam penelitian ini adalah kemampuan klien dalam menyelesaikan masalah, kemampuan klien menilai masalah. Pada penelitian ini klien mengalami penurunan gejala kognitif karena setelah dilakukan CBT dan REBT klien memiliki kemampuan berpikir yang positif, dapat membedakan pikiran yang rasional dan yang tidak rasional. Pemikiran klien untuk melakukan perilaku kekerasan menurun dan menganggap perilaku kekerasan yang dialaminya sebagai perilaku maladaptif yang dapat mencelakakan dirinya, orang lain dan lingkungan.

Gambaran emosi yang sering ditemukan pada klien perilaku kekerasan berupa peningkatan agitasi, peningkatan cemas, mudah frustrasi, tempertantrum (Sinaga, 2007), merasa tidak aman, merasa terganggu, jengkel, marah (Keliat, 2003), cepat marah, muram, lesu, cemas (Nihart, 1998), suara keras, (Stuart & Laraian, 2005),

**UNIVERSITAS INDONESIA**



mengeluarkan sumpah serapah, sikap tubuh mengancam, tempertantrum, berteriak, memaksa meminta hak istimewa, menolak intruksi (Herdman, 2009). Pada penelitian ini gambaran emosi klien perilaku kekerasan yang lebih banyak digali melalui kuesioner adalah kemampuan klien mengendalikan diri dan bekerja sama dengan orang lain pada saat marah atau terjadi perilaku kekerasan. Terapi CBT dan REBT membantu klien mengungkapkan perasaan terhadap kejadian, mengukur perasaan yang muncul, dan mengendalikan perasaan dengan mengubah keyakinan yang dimiliki kliensesuai fakta, sehingga emosi klien lebih baik.

Tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial Menurut Boyd dan Nihart (1998) akan ditemukan penurunan interaksi sosial. Pengalaman marah dapat mengganggu hubungan interpersonal. Perilaku kekerasan dapat dapat ditunjukkan dalam hubungan dengan orang lain berupa menggertak, suara keras, kata-kata menekan, marah (Sinaga, 2007), menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor (Keliat, 2003), berbicara lebih cepat dengan intonasi tinggi dan nada marah, berbicara dengan kasar dan menantang (Fontaine, 2009).

Tanda dan gejala sosial yang digali dalam penelitian ini adalah perubahan pola interaksi klien dengan orang lain dalam keadaan marah. Pola bicara : nada bicara, kecepatan berbicara, keinginan berbicara dengan orang lain saat marah. Pada saat marah sebagian besar klien bicara dengan nada tinggi, bicara lebih cepat dan menolak diajak berbicara. Pada penelitian ini tanda dan gejala sosial mengalami penurunan yang lebih besar dibandingkan dengan penurunan gejala yang lain hal ini terjadi karena CBT dan REBT menyebabkan perubahan penilaian dan keyakinan terhadap kejadian baik karena orang lain, lingkungan maupun diri sendiri yang tadinya negatif hanya berdasarkan opininya sendiri menjadi positif berdasarkan fakta. Pikiran dan keyakinan yang positif menyebabkan klien tidak membatasi diri dalam berhubungan dengan orang lain.

Menurut Stuart dan Laraia (2009) respon fisiologis perilaku kekerasan dapat dilihat dari wajah tegang, tidak bisa diam, mengepalkan atau memukulkan tangan, rahang mengencang, peningkatan pernafasan, dan kadang tiba-tiba seperti kataton. Menurut Beck respons fisiologis marah timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat, frekuensi denyut jantung meningkat, wajah merah, pupil melebar, dan frekuensi pengeluaran urin meningkat.

Struktur otak yang berhubungan dengan perilaku agresif dan depresi yang mengakibatkan harga diri rendah adalah sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal (Videbeck, 2008) dan hipotalamus (Yosep, 2007). Ketidakseimbangan neurotransmitter juga mendorong munculnya perilaku kekerasan atau depresi (Niehoff, 2002; Hoptman, 2003 dalam Stuart & Laraia, 2005; Kaplan, 2007)). Gangguan pada struktur otak, hipotalamus dan neurotransmitter berpengaruh terhadap perilaku kekerasan. Sistem limbik berkaitan dengan mediasi dorongan dasar (*basic drive*) dan ekspresi emosi serta tingkah laku manusia seperti: makan, agresi dan respon seksual, termasuk proses informasi dan memori. Sintesa informasi ke dan dari area lain di otak mempengaruhi emosi dan perilaku.

Varcarolis (2003) mengatakan perubahan dalam *system limbic* berakibat pada peningkatan atau penurunan perilaku agresif, amuk dan takut. Sistem limbik sangat berpengaruh pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah karena sistem limbik merupakan pusat emosi dan tingkah laku manusia, gangguan pada sistem limbik menyebabkan seseorang tidak mampu mengendalikan emosi dan tingkah lakunya. Tanda / gejala fisik/fisiologi yang terjadi dalam penelitian ini berupa peningkatan tekanan, pernafasan dan denyut nadi, raut muka yang memerah.

Diberikannya REBT pada klien menyebabkan klien akan belajar untuk berpikir rasional, mengontrol perasaannya dan perilakunya, kemampuan ini akan menyebabkan perasaannya klien menjadi tenang dan berkurangnya stimulus *stress*

**UNIVERSITAS INDONESIA**

terhadap sistem persyarafan terutama *system limbic* dan neurotransmitter dan hormonal dimana peningkatan ACTH tidak terjadi dan produksi glukokortikoid menurun metabolisme pembentukan tenaga dan peningkatan fungsi persyarafan juga menurun karena epineprin dan norepineprin sebagai neurotransmitter yang meningkatkan berpindahnya impuls dan meningkatkan sistem simpatis berkurang sehingga respon fisiologis klien terhadap stress akan berkurang klien menjadi lebih dapat mengendalikan diri dan respon fisiologisnya menurun.

Selisih penurunan tanda dan gejala fisik / fisiologi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna. Hal ini diasumsikan peneliti bahwa penurunan gejala fisik / fisiologis selain karena CBT dan REBT juga karena pemberian obat psikofarmaka yang mempercepat penurunan gejala fisik.

Penelitian sebelumnya sesuai dengan hasil yang penelitian yang dilakukan oleh peneliti dimana CBT dan REBT dapat menurunkan gejala perilaku kekerasan yang sangat bermakna. Perbedaan penelitian yang dilakukan peneliti dengan penelitian sebelumnya adalah peneliti menggunakan dua terapi spesialis secara bersamaan kepada klien yang memiliki diagnosis perilaku kekerasan dan harga diri rendah (lebih dari satu diagnosis).

Memadukan terapi CBT dan REBT akan lebih meningkatkan efektifitas hasil terapi spesialis, karena CBT mencoba untuk mengidentifikasi dan mengubah “distorsi” atau cara berpikir “*unrealistic*” dan pada akhirnya akan mempengaruhi emosi dan tingkah laku (Stuart, 2009), sedangkan REBT memberikan kesempatan pada klien untuk mengenali perasaan-perasaan yang disebabkan karena adanya pikiran yang tidak rasional terhadap setiap kejadian atau peristiwa yang membuat klien berperilaku kekerasan sehingga klien mengenali perasaan-perasaan yang dapat menimbulkan perilaku maladaptif, REBT adalah metode untuk memahami dan mengatasi masalah emosi dan perilaku (Froggatt, 2005). Perilaku merupakan hasil pikiran dan perasaan pada klien. Apabila pikiran

**UNIVERSITAS INDONESIA**

(kognitif) dan perasaan (emosi) dapat terkendali dengan baik maka perilaku klien akan lebih positif.

Terapi yang dipadukan antara CBT dan REBT mempunyai tujuan supaya saling melengkapi dimana CBT yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku akan dikuatkan dengan REBT yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan berfikir rasional sehingga klien mampu mengendalikan emosi / perasaan dan perilakunya. Hal ini sesuai dengan pendapat Froggatt (2005) yang menyatakan bahwa emosi dan perilaku merupakan hasil dari proses pikir yang memungkinkan bagi manusia memodifikasinya untuk mencapai cara yang berbeda dalam merasakan dan bertindak.

Terapi yang peneliti lakukan kepada klien diawali dengan klien dibimbing untuk mengungkapkan kejadian yang menyebabkan pikiran dan perasaan / emosinya terganggu sehingga melakukan perilaku kekerasan. Selanjutnya klien diajak untuk mengukur perasaan yang muncul dan menilai penyebab munculnya perasaan apakah karena keyakinan yang rasional atau tidak. Apabila karena keyakinan yang tidak rasional maka klien dibantu untuk mengubah pikirannya menjadi rasional sehingga sehingga emosinya menjadi lebih baik dan dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan berkurang.

Selain menilai kejadian klien juga diajak untuk menilai diri sendiri, untuk mengetahui apakah ada distorsi kognitif yang menyebabkan penilaian terhadap diri sendiri menjadi negatif, sebab penilaian yang negatif akan menyebabkan perilaku yang negatif, salah satunya melakukan kekerasan. Apabila didapatkan pikiran dan perilaku yang negatif, klien diajak untuk melawan pikiran tersebut dan mengendalikan perilakunya menjadi lebih baik.

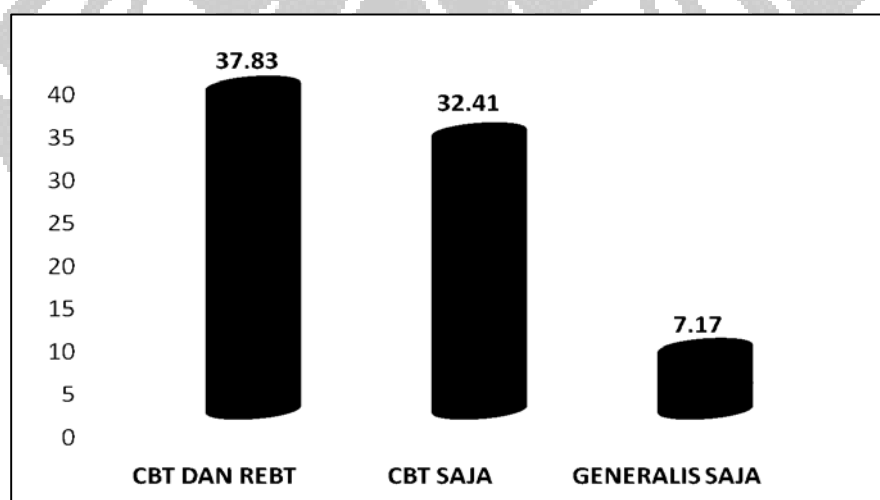
### 6.1.2 Pengaruh Terapi Spesialis: *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) Terhadap Penurunan Tanda Gejala pada klien Harga Diri Rendah di RSMM Bogor.

*Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* menurunkan tanda dan gejala harga diri rendah yang terdiri atas kognitif, emosi, perilaku, sosial, fisiologis secara bermakna dari kategori sedang menjadi rendah. Secara keseluruhan terjadi penurunan sebesar 37,83%. Penurunan terbesar terjadi pada aspek perilaku dari 17,07 menjadi 9,17 (selisih penurunan sebesar 7,90 atau 56,42%).

Penelitian yang dilakukan oleh Sasmita (2007) menunjukkan CBT berpengaruh terhadap respon kognitif dan perilaku klien dengan masalah harga diri rendah sebesar 32,41%. Terapi generalis menyebabkan penurunan tanda dan gejala HDR sebesar 7,17%.

Grafik 6.2

**Perbandingan efektifitas terapi spesialis CBT dan REBT dalam menurunkan tanda dan gejala harga diri rendah pada klien yang di rawat di RSMM Bogor**



Uraian di atas menunjukkan bahwa memadukan dua terapi CBT dan REBT memberikan dampak lebih besar dalam menurunkan gejala HDR dibandingkan dengan satu terapi atau hanya terapi generalis. Penurunan gejala HDR yang dicapai dalam penelitian ini belum maksimal dan masih ada peluang untuk menambah penurunan gejala HDR sampai mencapai nilai maksimal.

Terapi CBT dan REBT peneliti lakukan pada kelompok intervensi masing-masing klien delapan kali pertemuan menyebabkan penurunan gejala harga diri rendah dari 69,57 menjadi 37,03 efektifitas penurunan sebesar 37,83% (nilai penurunan gejala PK, maksimal 32). Apabila CBT dan REBT dilakukan lebih dari delapan kali pertemuan akan menyebabkan penurunan lebih dari 37,03 dan mencapai nilai penurunan yang maksimal.

*Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* menurunkan respon kognitif yang bermakna karena CBT adalah terapi yang membantu individu merubah cara berfikir dan prilakunya sehingga perubahan itu membuat individu merasa lebih baik, dan terapi ini berfokus pada masalah *here and now* serta kesulitan yang dihadapi (*British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies*, 2006). Hasil penelitian ini juga sesuai dengan Rieckert (2000) menyatakan terapi REBT secara signifikan dapat mengurangi kemarahan, perasaan bersalah dan harga diri yang rendah.

Penelitian telah menunjukkan bahwa CBT efektif dalam mengurangi gejala dan kekambuhan klien dengan atau tanpa pengobatan dalam masalah klinis terutama depresi, ansietas, gangguan makan, gangguan kepribadian dan skizofrenia (Beck, 2005; Macroy, 2006 dalam Stuart, 2009) *Cognitive behaviour therapy* merupakan psikoterapi jangka pendek, yang menjadi dasar bagaimana seseorang berfikir dan bertingkah laku positif dalam setiap interaksi. *Cognitive behaviour therapy* berfokus pada masalah, berorientasi pada tujuan dan kesuksesan dengan masalah disini dan sekarang (FIK-UI, 2009). Psikoterapi ini akan memodifikasi atau merubah cara seseorang berpikir dan bertindak dalam hal yang positif untuk

menghadapi semua masalah yang dialaminya. Sesuai pernyataan di atas maka CBT memungkinkan untuk diteliti dalam jangka waktu yang terbatas.

Menurut Stuart (2009) ; Westermeyer (2006). Gejala pada harga diri rendah dari segi kognitif adalah kemarahan, kecemasan, rasa kesal, murung, ketidakberdayaan, keputusasaan, kesepian dan kesedihan, merasa berdosa, dan kurang motivasi. Melebih-lebihkan umpan balik negatif diri (Herdman, 2009), melihat dunia secara negatif, menyatakan kegagalan secara verbal (Kaplan, 2007).

Tanda dan gejala / respon sosial yang terjadi pada klien harga diri rendah menurut Herdman (2009) berupa bergantung pada pendapat orang lain, berlebihan mencari penguatan, menolak umpan balik positif diri sendiri, pengurangan diri/menarik diri secara sosial, sedangkan menurut Copel (2007) dapat diidentifikasi dari sedikit atau tidak ada partisipasi dalam beraktifitas dengan orang lain isolasi sosial, penilaian negatif terhadap orang lain, menolak kehadiran orang lain, keterasingan terhadap orang lain. Respon sosial klien harga diri rendah yang dapat diamati adalah berlebihan mencari penguatan, menolak umpan balik positif diri sendiri, pengurangan diri, sedikit atau tidak ada partisipasi, isolasi social, penilaian negative terhadap orang lain, menolak kehadiran orang lain, keterasingan terhadap orang lain.

Tanda dan gejala dari respon fisiologi terhadap penurunan harga diri antara lain perasaan lemah, penurunan energi, penurunan libido, insomnia/hipersomnia, penurunan/peningkatan nafsu makan, anoreksia, sakit kepala, agitasi (Westermeyer, 2006), tidak berdaya, keluhan fisik, merusak diri sendiri, (Stuart, 2009), ekspresi rasa bersalah, ekspresi rasa malu, kontak mata kurang, konsentrasi menurun, penilaian negatif tentang tubuhnya (Herdman, 2009), penampilan tidak rapi, postur membungkuk (Kaplan, 2007).

*Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang didasarkan pada teori bahwa tanda-dan gejala fisiologis berhubungan dengan

**UNIVERSITAS INDONESIA**

interaksi antara pikiran, perilaku dan emosi (Pedneault, 2008). Sedangkan menurut Epigee (2009) CBT merupakan terapi yang didasari dari gabungan beberapa intervensi yang dirancang untuk merubah cara berpikir dan memahami situasi dan perilaku sehingga mengurangi frekuensi reaksi negatif dan emosi yang mengganggu. *Cognitive Behaviour Therapy* adalah terapi yang berfokus pada masalah, bersifat aktif dan secara langsung membantu klien untuk melihat apa sebenarnya penyebab mereka tertekan. (*Center for CBT*, 2006).

Stuart (2009) mengatakan tujuan *cognitive behaviour therapy* adalah untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional, kesalahan penalaran dan pernyataan negatif tentang keberadaan individu. Sedangkan menurut Fontaine (2009) adalah untuk berpikir akurat dan rasional berdasarkan logika dan fakta yang tersedia. Tujuan utama dalam tehnik CBT adalah (1) membangkitkan pikiran-pikiran negatif/berbahaya, dengan bicara pada sendiri (self talk) dan interpretasi terhadap kejadian-kejadian yang dialami. Distorsi kognisi menyebabkan perilaku maladaptif yang menambah berat masalahnya, (2) terapis bersama klien mengumpulkan bukti yang mendukung atau menyanggah interpretasi yang telah diambil. *Cognitive Behaviour Therapy* diarahkan untuk membantu klien mengenali dan mengubah distorsi kognitif. Klien dilatih mengenali pikirannya dan mendorong untuk menggunakan ketrampilan, menginterpretasikan secara lebih rasional terhadap kognitif yang maladaptif, (3) menyusun desain eksperimen (pekerjaan rumah) untuk menguji validitas interpretasi dan menjaring data tambahan untuk diskusi di dalam proses terapi.

Langkah CBT yang dilakukan dalam penelitian Rupke dkk (2006) selama CBT, terapis membantu kliennya melalui beberapa langkah. Pertama klien menerima dan mengakui beberapa persepsi dan interpretasinya terhadap kenyataan mungkin salah (karena pengalaman masa lalu/faktor keturunan/faktor biologis) dan interpretasi tersebut menyebabkan munculnya pikiran negatif. Langkah berikutnya, klien belajar untuk mengakui pikiran negatif (otomatis) dan menemukan pikiran alternatif positifnya.. Klien kemudian memutuskan secara

**UNIVERSITAS INDONESIA**



internal dukungan terhadap pikiran negatifnya atau terhadap pikiran alternatifnya. Idealnya klien akan mengakui distorsi pikirannya dan mengkaji kembali situasi/penyebabnya. Sejalan dengan perkembangannya, CBT lebih banyak berfokus pada pembentukan pikiran secara mendalam atau memulihkan keyakinan tentang diri individu dan sekitarnya.

*Rational Emotive Behaviour Therapy* adalah suatu metoda terapi yang menggunakan pendekatan kognitif dan perilaku untuk memahami dan mengatasi masalah emosi dan perilaku negatif yang berasal dari keyakinan-keyakinan yang tidak rasional (irrational). *Rational Emotive Behaviour Therapy* merupakan suatu pendekatan kognitif dan perilaku yang mengemukakan fakta-fakta bahwa perilaku yang dihasilkan bukan berasal dari kejadian yang dialami namun dari keyakinan – keyakinan yang tidak rasional.

Keyakinan yang tidak rasional dapat menghambat dalam mencapai tujuan, membentuk emosi ekstrim yang bertahan, menjadi stress dan mengarah kepada perilaku-perilaku yang membahayakan diri, orang lain dan kehidupan secara umum, mendistorsi kenyataan (memberikan suatu interpretasi yang salah terhadap kejadian dan tidak didukung oleh fakta), mengandung cara-cara yang tidak logis dalam mengevaluasi diri sendiri, orang lain dan lingkungan seperti menuntut, berperilaku kasar, tidak toleransi dan selalu menilai orang (Froggatt, 2005)

Keyakinan yang tidak rasional dapat menghambat dalam mencapai tujuan, membentuk emosi ekstrim yang bertahan, menjadi stress dan mengarah kepada perilaku-perilaku yang membahayakan diri, orang lain dan kehidupan secara umum, mendistorsi kenyataan (memberikan suatu interpretasi yang salah terhadap kejadian dan tidak didukung oleh fakta), mengandung cara-cara yang tidak logis dalam mengevaluasi diri sendiri, orang lain dan lingkungan seperti menuntut, berperilaku kasar, tidak toleransi dan selalu menilai orang (Froggatt, 2005). Pengembangan REBT (*Rational Emotive Behavioural Therapy*) untuk membantu

orang mengubah keyakinan irrasionalnya menjadi lebih rasional seperti perasaan tidak berharga dan tidak berguna agar menjadi lebih positif.

Penggunaan dua terapi CBT dan REBT mempunyai manfaat yang saling melengkapi, dimana bahwa pada dasarnya pola pemikiran manusia akan berpengaruh terhadap tindakan yang diambil, tindakan tersebut akan berpengaruh terhadap perasaan dan perasaan akan berpengaruh terhadap pemikiran. Peneliti sebagai terapis diharapkan mampu berfungsi edukatif dan kolaboratif, dimana klien dapat belajar menggunakan pola kognitif yang rasional berdasarkan fakta-fakta yang nyata. Gambaran ini menunjukkan bahwa penggunaan terapi spesialis secara terpadu dapat meningkatkan tingkat efektifitas suatu terapi dan menghasilkan dampak positif yang lebih bermakna.

Penurunan gejala HDR yang paling besar terjadi pada penurunan gejala HDR, hal ini sesuai dengan prinsip CBT dan REBT bahwa perubahan perilaku terjadi sebagai hasil berubahnya keyakinan yang lebih rasional sehingga klien memiliki emosi yang lebih stabil dan berperilaku lebih baik. Penurunan gejala perilaku klien HDR menunjukkan gejala yang lainnya pun menurun menjadi lebih baik.

Klien HDR yang tidak mendapat CBT dan REBT terjadi penurunan gejala namun penurunan tersebut tidak sebesar klien yang mendapatkan CBT dan REBT, ini dapat disebabkan karena kelompok yang tidak mendapat CBT dan REBT sama-sama mendapatkan terapi generalis. Apabila dibandingkan secara statistik antara kelompok yang dilakukan terapi CBT dan REBT dengan kelompok yang tidak dilakukan CBT dan REBT terdapat perbedaan yang sangat bermakna. Kelompok yang mendapat CBT dan REBT menunjukkan perubahan gejala HDR dari sedang menjadi ringan, tetapi pada kelompok yang tidak mendapat CBT dan REBT tetap berada pada tingkat sedang seperti pada saat kelompok intervensi belum mendapat CBT dan REBT. Hal tersebut menunjukkan bahwa intervensi generalis memiliki berdampak dalam menurunkan tanda gejala perilaku

kekerasan, tetapi dampak penurunannya lebih rendah bila disbanding kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT.

Tahapan pelaksanaan terapi yang peneliti laksanakan terhadap responden diawali dengan membimbing klien mengidentifikasi kejadian atau peristiwa yang membuat klien merasa malu, minder dan tidak berharga yang dialami, serta perasaan dan perilaku yang muncul akibat kejadian tersebut. Setelah klien mampu mengenali kejadian, perasaan dan perilaku yang muncul, klien diajak untuk menilai factor yang menyebabkan munculnya keadaan tersebut apakah rasionmal atau tidak (opini atau fakta) Keyakinan irrasional atau opini tadi coba untuk diatasi dengan dilawan oleh bukti-bukti kejadia yang nyata tang dapat merubah opini prasangka yang muncul yang menyebabkan perasaan dan perilaku terjadi. Keyakinan yang rasional akan memberikan dampak yang baik terhadap perasaan atau afektif klien tidak lagi merasa malu dan minder dan berdampak pada perilaku yang positif. Selain membahas tentang perasaan dan perilaku yang muncul akibat penilaian negative terhadap kejadian, klien juga diajarkan cara mengidentifikasi pikiran / penilaian negatif terhadap dirinya sendiri yang berdampak terhadap perilaku negatif yang muncul kemudian klien dibimbing untuk melawannya dengan pikiran dan perilaku yang positif hingga sehingga klien mempunyai kemampuan kognitif, afektif dan perilaku yang positif.

Terapi generalis yang didapatkan kelompok kontrol juga memberikan dampak yang positif menyebabkan penurunan tanda gejala (kognitif, emosi, perilaku, sosial, fisiologis dan komposit harga diri rendah) namun secara statistik kebermaknaannya lebih rendah., hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Sasmita, (2007) : pemberian terapi generalis harga diri rendah dapat menurunkan harga diri rendah klien secara bermakna hal ini disebabkan karena klien yang dirawat dirumah sakit tetap mengikuti standar diagnosa rumah sakit sehingga klien tetap memperoleh asuhan keperawatan yang menjadi dasar untuk berperilaku dan berfungsi dalam kegiatan sehari-hari seperti fungsi sosial, dan fungsi problem solving. Program terapi rumah sakit yang selalu dilakukan oleh

**UNIVERSITAS INDONESIA**

klien, seperti terapi aktivitas kelompok, pengajian, psikofarmaka dan kegiatan rutin sehari-hari. Walaupun secara statistik penurunan kelompok kontrol bermakna, namun dalam penelitian ini kategori penurunan tanda gejala perilaku kekerasan yang pada awal intervensi kategori sedang, namun pada akhir intervensi kategori juga sedang, ini mengindikasikan bahwa kelompok kontrol masih memiliki tanda gejala atau respon yang sama dengan sebelum intervensi.

### **6.1.3 Pengaruh Terapi Spesialis: *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) Terhadap Peningkatan Kemampuan Kognitif, Afektif dan Perilaku pada klien Perilaku Kekerasan, dan Harga Diri Rendah di RSMM Bogor.**

Kemampuan klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah sebelum diberikan terapi berada pada tingkat yang rendah. Kemampuan klien setelah diberikan CBT dan REBT menjadi tinggi. Berdasarkan hasil uji statistik sebelum dan sesudah mendapatkan CBT dan REBT terjadi peningkatan yang bermakna. Efektivitas terapi CBT dan REBT dalam meningkatkan kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah sebesar 66,88 %.

#### **6.1.3.1. Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) Terhadap Kemampuan Kognitif pada Klien PK dan HDR**

*Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* meningkatkan kemampuan kognitif klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah secara bermakna dari kategori rendah menjadi tinggi.

Pemberian terapi spesialis yang dipadukan antara CBT dan REBT memberikan efektifitas hasil yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan hanya satu terapi. Terapi CBT dan REBT pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah menyebabkan selisih peningkatan kemampuan kognitif 37,10 sedangkan

dengan hanya terapi CBT saja menyebabkan selisih peningkatan kemampuan kognitif PK : 7,92 (Fauziah, 2009) dan HDR : 17,14 (Sasmita, 2007)

Sullivan, 2003 (dalam <http://www.health.qld.gov.au/rbwh/inbmhs/factsheets/cbt.pdf> diperoleh tanggal 4 Februari 2010) CBT yang dilakukan berorientasi pada kegiatan dalam mengubah kognitif yang negatif dan perilaku yang maladaptif menjadi kognitif yang positif dan perilaku yang adaptif. *Cognitive Behaviour Therapy* merupakan pengobatan dengan pendekatan terhadap konsep dasar jalan pikiran dan bagaimana meresponnya. Seseorang dapat menginterpretasikan peristiwa hidup bersama secara sangat berbeda, terutama dari variasi emosi dan konsekuensi perilaku. Grazebrook (2007) mengatakan bahwa CBT efektif dalam pengobatan masalah kesehatan mental (psikososial). Disamping itu CBT dapat membantu individu untuk mengidentifikasi dan mengubah pikiran negatif dan tidak rasional dengan mengganti pikiran tersebut dengan alternatif interpretasi yang realistis dan sesuai dengan fakta serta belajar untuk lebih mengontrol bagaimana reaksi individu dan respon untuk memberi secara tidak langsung. *Cognitive Behaviour Therapy* dapat dilakukan dalam mengatasi masalah harga diri rendah dalam aspek kemampuan kognitif dan perilaku pada klien skizoprenia, pendapat ini didukung Turkington (2002) yang mengatakan bahwa pada klien skizoprenia, CBT juga menunjukkan hasil yang cukup memuaskan.

Sullivan (2003) menjelaskan bahwa *cognitive behaviour therapy* memperlihatkan keefektifan yang luar biasa dari pendekatan pengobatan untuk kondisi seperti depresi dan kecemasan. Disamping itu juga sebagai dasar tambahan pengobatan yang bermanfaat untuk beberapa kondisi kesehatan mental lainnya termasuk: gangguan psikotik. Penelitian yang dilakukan oleh Keller (2000) terhadap 650 klien dengan depresi kronik diperoleh hasil yang cukup baik pada pasien yang mendapatkan terapi untuk mengatasi depresi dengan obat-obatan yang dikombinasikan dengan *cognitive behaviour therapy* (42%) dibandingkan dengan pengobatan lain (22-24%).

**UNIVERSITAS INDONESIA**

Cristopher (2010) mengatakan bahwa hubungan pemikiran dan emosi berperan penting dalam menerjemahkan marah menjadi perilaku agresif atau PK. Banyak klien PK mengalami kesulitan dalam mengidentifikasi perasaannya, kebutuhannya dan keinginannya untuk diungkapkannya pada orang lain sehingga klien merasa tertekan. Pengetahuan dan intelegensi adalah sumber koping yang akan menuntun individu untuk melihat cara lain dalam menghadapi tekanan (Stuart, 2009).

Terapi CBT dan REBT membantu klien mampu mengevaluasi diri sendiri dengan mengidentifikasi kejadian yang pernah dialami, pikiran-pikiran dan keyakinan irrasional yang timbul terkait dengan kejadian dan mempengaruhi perasaan (emosi) klien sehingga menghasilkan perilaku maladaptif yang sebenarnya tidak diinginkan. Setelah klien menyadari pikiran-pikirannya yang tidak rasional, klien dilatih untuk mengubah pikiran dan keyakinannya menjadi rasional yang menyebabkan perilakunya lebih positif. Klien juga bantu untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran negatif yang mengganggu dan dilatih untuk melawan pikiran negatif tersebut sehingga pikirannya lebih positif dan tidak mengganggu klien. Latihan di atas menyebabkan klien memiliki kemampuan kognitif yang lebih meningkat dan lebih positif.

#### **6.1.3.2. Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) Terhadap Kemampuan Afektif / Sikap pada Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah**

*Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* meningkatkan kemampuan afektif klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah secara bermakna dari kategori rendah menjadi tinggi.

Pemberian terapi spesialis CBT dan REBT memberikan efektifitas hasil yang lebih tinggi. Terapi CBT dan REBT pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah menyebabkan terjadi peningkatan kemampuan afektif dari 29,20

menjadi 77,07 (nilai maksimal 80) dengan selisih 37,87. Nilai efektifitas yang dicapai CBT dan REBT dalam meningkatkan kemampuan afektif klien PK dan HDR adalah 65,24%.

Bloom (1956, dalam Bastable, 2002) menyatakan bahwa sikap (*affective*) merupakan komponen pembedaan perilaku disamping pengetahuan (*cognitive*), dan tindakan (*psychomotor*). Ketiga domain tersebut saling mempengaruhi seperti contoh: pada klien skizoprenia, apabila mereka memandang dirinya bodoh dan jelek, maka dirinya akan bersikap menutup diri dan perilaku yang ditampilkan adalah menyendiri, malas melakukan aktivitas terutama aktivitas sosial.

Perilaku kekerasan adalah merupakan salah satu dari respon afektif (emosi) marah yang maladaptif. Seseorang yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, merasa ingin berkelahi, mengamuk, bermusuhan, sakit hati, menyalahkan, menuntut, mudah tersinggung, euphoria yang berlebihan atau tidak tepat, dan afek labil (Stuart & Laraia, 2009). Sedangkan menurut Boyd dan Nihart (1998) tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diketahui secara afektif yaitu akan ditemukan iritabilitas, depresi, marah, kecemasan, dan apati.

*Cognitive behavioral therapy* (CBT), adalah strategi terapi yang dilakukan berdasarkan teori pembelajaran terhadap permasalahan kehidupan yang bertujuan membantu seseorang menyelesaikan kesulitan hidupnya. Tindakan dilakukan dengan cara merubah pikiran-pikiran dan perilaku negatif sehingga membuat seseorang bertingkah laku positif (Stuart & Laraia, 2005). REBT menurut Ellis (1977 dalam varcarolis 2006; Jensen, 2008) merupakan bagian dari teori kognitif dan perilaku, dimana hampir seluruh emosi dan perilaku dari manusia adalah hasil dari apa yang mereka pikirkan, asumsikan dan yakini tentang diri sendiri, orang lain dan dunianya. REBT bertujuan untuk membantu individu mengubah keyakinan irrasionalnya menjadi lebih rasional.

Penelitian yang dilakukan oleh Johan Rieckert (2000) REBT secara signifikan dapat mengurangi depresi, kecemasan, kemarahan, perasaan bersalah dan harga diri yang rendah. Penelitian lainnya juga menyatakan bahwa emosional yang mengganggu pada remaja berkisar pada hiperaktivitas, menarik diri, kegagalan dalam mencapai tingkat perkembangan yang seharusnya, kesulitan belajar, perilaku agresif, kurang konsentrasi dan tidak mampu berhubungan dengan orang lain ( Ellis, 1962 dalam Adomeh, 2006). Dengan demikian tingkah laku yang didasarkan pada cara berpikir yang irrasional dapat menimbulkan emosi yang tidak menyenangkan sehingga dibutuhkan pembelajaran agar memiliki kemampuan untuk mencari penjelasan yang rasional dalam memecahkan masalah perilaku.

Terapi CBT dan REBT yang dilakukan terhadap klien PK dan HDR membantu klien memiliki sikap / perasaan yang positif karena klien diajarkan mengubah keyakinan yang tidak rasional terhadap suatu kejadian. Perubahan keyakinan menjadi rasional menyebabkan klien mampu mengendalikan perasaan / sikap yang lebih positif terhadap suatu kejadian.

### **6.1.3.3. Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) Terhadap Kemampuan Perilaku pada Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah**

*Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* meningkatkan kemampuan perilaku klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah secara bermakna dari kategori rendah menjadi tinggi.

Pemberian terapi spesialis yang dipadukan antara CBT dan REBT memberikan efektifitas hasil yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan hanya satu terapi. Terapi CBT dan REBT pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah menyebabkan selisih peningkatan kemampuan perilaku / psikomotor 38,73 sedangkan dengan hanya terapi CBT saja menyebabkan selisih peningkatan

**UNIVERSITAS INDONESIA**



kemampuan kognitif PK : 25,46 (Fauziah, 2009) dan HDR : 13,00 (Sasmita, 2007)

Bloom HL (1956, dalam Bastable, 2002) menyatakan bahwa perilaku terdiri dari tiga bagian atau domain yaitu pengetahuan (*cognitive*), sikap (*affective*) dan tindakan (*psychomotor*). Dimana ketiga domain tersebut saling mempengaruhi seperti contoh: pada klien skizoprenia, apabila mereka memandang dirinya bodoh dan jelek, maka dirinya akan bersikap menutup diri dan perilaku yang ditampilkan adalah menyendiri, malas melakukan aktivitas terutama aktivitas sosial.

Klien skizofrenia tidak dapat melakukan evaluasi dengan benar tentang persepsi dan pikirannya, sehingga terjadi distorsi penilaian realita walaupun telah dihadapkan dengan fakta-fakta. Munculnya pikiran negatif pada klien skizofrenia dikarenakan adanya kesulitan dalam berpikir jernih dan logis, sering kali sulit konsentrasi sehingga perhatian mudah teralih yang berlanjut membuat klien gaduh gelisah.

Perubahan perilaku klien diawali perubah pikirannya. Perubahan perilaku klien menurut Sunaryo (2004) dapat dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu ; 1) kebutuhan; 2) motivasi, 3) sikap ; dan 4) kepercayaan. Pelaksanaan CBT dan REBT mengubah pengetahuan, sikap dan perilaku klien, dimana sebelum terapis mengubah sikap dan perilaku klien diawali dengan keterampilan untuk mengubah kognitif. Menurut Sunaryo (2004) bahwa perilaku adalah aktivitas yang timbul dari stimulus dan respons serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung.

Terjadinya peningkatan kemampuan perilaku pada klien yang tidak mendapatkan CBT dan REBT disebabkan pada klien harga diri rendah klien tersebut tetap mengikuti program terapi rumah sakit seperti terapi aktivitas

kelompok, pengajian, psikofarmaka dan kegiatan rutin sehari-hari lainnya sehingga pola tingkah laku klien lebih adaptif.

Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa untuk mengubah perilaku klien harga diri rendah tidak hanya perilakunya yang akan dirubah namun juga kognitif dan sikapnya. Hal ini disebabkan karena perilaku adaptif seseorang dipengaruhi oleh kognitif dan sikap yang positif.

## **6.2 Karakteristik Yang Berhubungan Terhadap Penurunan Tanda Gejala dan Peningkatan Kemampuan Kognitif, Afektif dan Perilaku klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah di RSMM Bogor**

Berdasarkan hasil analisis multivariat yang telah diuraikan dalam bab 5, faktor yang berhubungan dengan tanda dan gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah serta kemampuan kognitif dan perilaku (psikomotor) adalah riwayat pekerjaan klien. Hubungan yang terjadi sangat rendah : hubungan terhadap gejala PK : 2,13%, hubungan terhadap gejala HDR 3,27%, hubungan terhadap kemampuan kognitif : 2,90%, dan hubungan terhadap kemampuan psikomotor 2,95%.

Towsend (2005) mengatakan sosial ekonomi yang rendah merupakan salah satu faktor sosial yang menyebabkan tingginya angka gangguan jiwa termasuk skizofrenia. Hidayat (2005), bahwa masalah ekonomi dan keuangan yang tidak sehat seperti : tidak adanya pekerjaan, hutang , kebangkrutan, pendapatan lebih kecil dari pengeluaran, berpengaruh terhadap kesehatan jiwa seseorang. Masalah ini merupakan faktor resiko membuat seseorang jatuh ke depresi dan skizofrenia.

Keliat (2003) menyebutkan karakteristik pendidikan, status perkawinan dan pekerjaan mempengaruhi dalam kejadian perilaku kekerasan. Kondisi sosial lain yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan seperti : keluarga *single parent*, pengangguran, kesulitan mempertahankan tali persaudaraan, struktur keluarga, dan kontrol social ( Stuart & Laraia, 2005).

**UNIVERSITAS INDONESIA**

Menurut Kaplan, dkk (2007) menjelaskan lebih lanjut bahwa perubahan status pekerjaan yang terjadi secara tiba tiba dapat menjadikan suatu stressor psikososial. Stressor kehidupan tersebut memaksa seseorang untuk berespon dan mengadakan adaptasi atau menanggulangi masalah yang timbul sesuai dengan berat ringannya stressor. Hasil penelitian bertentangan dengan pendapat Hawari, (2001) bahwa masalah pekerjaan merupakan sumber stress pada diri seseorang yang bila tidak dapat diatasi yang bersangkutan dapat menyebabkan jatuh sakit. Misalnya kehilangan pekerjaan (PHK), pensiunan (karena *post power syndrome*), pekerjaan terbanyak, pekerjaan tidak cocok, mutasi jabatan, menganggur dan lain sebagainya.

Masalah pekerjaan terkait dengan kemiskinan, tidak memadainya fasilitas, tidak adekuatnya pemenuhan kebutuhan makan, dan perumahan, rendahnya pemenuhan perawatan kesehatan anggota keluarga akan memicu ketidakberdayaan seseorang untuk mengatasi *stress*. Kehilangan pekerjaan (PHK), pensiunan (karena *post power syndrome*), pekerjaan terbanyak, pekerjaan tidak cocok, mutasi jabatan, menganggur dapat menjadi predisposisi bahkan presipitasi terjadinya gangguan jiwa. Bila seseorang telah mengalami gangguan jiwa maka riwayat pekerjaan tersebut dapat mempengaruhi menurunnya gejala atau meningkatnya kemampuan klien PK dan HDR.

Rendahnya pengaruh pekerjaan seseorang terhadap penurunan gejala dan peningkatan kemampuan klien PK dan HDR pada penelitian ini dapat disebabkan karena klien pada umumnya sudah menderita gangguan jiwa (skizofrenia) cukup lama. Dimana saat penelitian, peneliti memperoleh data bahwa sebagian besar klien dirawat lebih dari satu kali dan juga sebagian klien sudah dirawat cukup lama di rumah sakit, sedangkan rentang lama sakit klien antara 1 bulan sampai 8 bulan. Sedangkan status pekerjaan klien dalam hasil penelitian ini pada umumnya merupakan pekerjaan sebelum klien mengalami gangguan jiwa.

### 6.3 Keterbatasan Penelitian

Setiap penelitian tentu memiliki keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang meliputi :

Peneliti tidak dapat memisahkan klien dari interaksi dengan perawat lain dan mahasiswa S1 dan D3 keperawatan yang berpraktik di ruangan.

Waktu penelitian yang singkat, terapi dilakukan secara individual, jumlah klien cukup banyak untuk diintervensi dan intervensi hanya dilakukan oleh peneliti, sehingga jadwal interaksi dengan klien sangat padat, dan harus diatur sedemikian rupa. Interaksi yang dilakukan kadang kala terpaksa dilakukan sore hari. Jarak waktu setelah dilakukan intervensi sampai dilakukan *post test* hanya satu hari, sehingga tidak memberikan kesempatan terjadinya internalisasi pada klien.

### 6.4 Implikasi Terhadap Pelayanan Dan Penelitian

Terapi yang telah dilakukan adalah CBT dan REBT dalam upaya mengubah kognitif dan emosi yang negatif serta perilaku yang maladaptif. Hasil yang diperoleh sangat bermakna terhadap peningkatan kemampuan dan menurunkan gejala PK dan HDR. Berikut diuraikan mengenai implikasi hasil penelitian terhadap :

#### 6.4.1. Pelayanan Keperawatan

*Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* yang menunjukkan dapat meningkatkan kemampuan dan menurunkan gejala PK dan HDR dapat diterapkan sebagai salah satu terapi spesialis yang menjadi program terapi oleh perawat spesialis keperawatan jiwa di Rumah Sakit. Penelitian ini memberi implikasi dari penentu kebijakan sampai pada pelaksana kebijakan. Direktur/pimpinan rumah sakit sebagai penentu kebijakan, Bidang keperawatan dan diklat keperawatan sebagai perencana, diharapkan menetapkan program pelaksanaan terapi spesialis oleh Perawat Spesialis Keperawatan Jiwa khususnya

**UNIVERSITAS INDONESIA**

untuk CBT dan REBT di tiap ruangan secara bergilir. Perawat spesialis jiwa diharapkan dapat meneruskan dan melaksanakan program terapi spesialis khususnya CBT dan REBT secara terpadu pada klien PK dan HDR di ruangan.

#### **6.4.2. Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan**

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh CBT dan REBT dalam menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan klien PK dan HDR merupakan pembuktian bahwa terapi ini dapat dilakukan pada klien gangguan jiwa PK dan HDR di Rumah Sakit. Penelitian ini memberi implikasi bagi institusi pendidikan untuk dapat memasukkan program CBT dan REBT dalam kurikulum pendidikan, sebagai salah satu kompetensi perawat spesialis jiwa dalam mengatasi ansietas. Implikasi lain terhadap keilmuan adalah CBT dengan REBT dapat digabungkan menjadi satu kesatuan terapi yang baku yaitu RECBT (Rational Emotive Cognitive Behaviour Therapy) yang lebih efektif.

#### **6.4.3. Kepentingan Penelitian**

Penelitian ini masih terbatas pada klien PK dan HDR di Rumah Sakit dan hasil yang diperoleh belum mendapatkan nilai penurunan gejala dan peningkatan kemampuan secara optimal. Oleh sebab itu perlu dikembangkan dalam penelitian selanjutnya yang lebih intensif dengan waktu yang lebih memadai, perlu juga dilakukan penelitian yang terkait dengan karakteristik klien lainnya serta dikembangkan dalam bentuk penelitian kualitatif untuk melihat seberapa besar pengaruh CBT dan REBT dalam meningkatkan kemampuan kognitif, emosi dan perilaku.

## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat ditarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

#### 7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik klien yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah rata-rata berusia 33 tahun, lebih banyak laki-laki (70%), sebagian besar adalah tidak pernah bekerja, memiliki jenjang pendidikan rendah dan tinggi yang seimbang, memiliki riwayat gangguan jiwa pada keluarga dan frekuensi dirawat di rumah sakit 2 kali atau lebih dengan lama dirawat rata-rata 2,1 bulan. .
- 7.1.2 *Cognitive behaviour therapy* (CBT) dan *rational emotive behaviour therapy* (REBT) menurunkan tanda dan gejala perilaku kekerasan (PK) dan harga diri rendah (HDR) berupa respon kognitif, emosi, perilaku, sosial dan respon fisik secara bermakna dari kategori sedang menjadi rendah.
- 7.1.3 *Cognitive behaviour therapy* (CBT) dan *rational emotive behaviour therapy* (REBT) meningkatkan kemampuan klien PK dan HDR yang terdiri atas kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor secara bermakna dari kategori rendah menjadi tinggi.
- 7.1.4 Tanda dan gejala pada kelompok yang mendapatkan CBT dan REBT menurun dari sedang menjadi ringan, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan CBT dan REBT tetap pada tingkat sedang.
- 7.1.5 Karakteristik yang paling berpengaruh terhadap penurunan gejala dan peningkatan kemampuan klien PK dan HDR adalah riwayat pekerjaan klien, sedangkan untuk kemampuan afektif tidak ada faktor yang paling berpengaruh.

#### 7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, ada beberapa saran yang dapat peneliti sampaikan yaitu sebagai berikut :

## 7.2.1 Aplikasi Keperawatan

- 7.2.1.1 Perawat spesialis keperawatan jiwa diharapkan menindaklanjuti (melakukan *follow up*) terapi spesialis CBT dan REBT yang telah dilakukan baik di ruangan maupun di Unit rawat jalan (bagi klien yang telah pulang) untuk lebih memaksimalkan hasil yang diperoleh.
- 7.2.1.2 Bidang perawatan RSMM Bogor sebaiknya menindaklanjuti hasil temuan penelitian ini dengan menempatkan perawat spesialis keperawatan jiwa di ruangan dan di Unit rawat jalan yang ada untuk melaksanakan terapi spesialis khususnya *cognitive behaviour therapy* dan *rational emotive behaviour therapy*, bagi klien yang sudah atau belum mendapatkan terapi spesialis.
- 7.2.1.3 Perawat ruang rawat inap RSMM Bogor diharapkan selalu memotivasi klien dan mengevaluasi kemampuan-kemampuan yang telah dipelajari dan dimiliki oleh klien dengan memindaklanjuti / meneruskan latihan dan pengisian buku latihan sebagai PR klien sehingga latihan yang diberikan lebih membudaya.
- 7.2.1.4 Penurunan gejala fisik klien perilaku kekerasan sangat dipengaruhi oleh pemberian obat, oleh karena itu diperlukan peningkatan upaya kolaborasi antara perawat dengan dokter di ruangan dalam pemberian obat terhadap klien.
- 7.2.1.5 Rumah Sakit Marzoekei Mahdi Bogor diharapkan lebih meningkatkan kerja sama dengan tatanan pelayanan di komunitas khususnya dengan puskesmas untuk menindaklanjuti terapi khususnya terapi spesialis bagi klien yang telah pulang.
- 7.2.1.6 Tatanan pelayanan keperawatan komunitas khususnya puskesmas hendaknya dapat memanfaatkan tenaga perawat spesialis keperawatan jiwa untuk melaksanakan terapi spesialis keperawatan jiwa di puskesmas dan wilayah kerjanya sebagai tenaga tetap atau tenaga konsultan.
- 7.2.1.7 Sesuai hasil penelitian CBT dan REBT yang menunjukkan pengaruh yang sangat bermakna dalam menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan klien PK dan HDR, sebaiknya diikuti dengan kebijakan organisasi profesi untuk menetapkan terapi spesialis khususnya CBT dan REBT dalam Standar Kompetensi yang harus dimiliki oleh perawat Spesialis Keperawatan Jiwa

## 7.2.2 Pengembangan Keilmuan

- 7.2.2.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan terapi CBT dan REBT menjadi salah satu kompetensi yang wajib dikuasai mahasiswa atau lulusan perawat spesialis jiwa.
- 7.2.2.2 Hasil penelitian ini hendaknya digunakan sebagai *evidence based* dalam mengembangkan terapi CBT dan REBT, sehingga menjadi modalitas terapi keperawatan jiwa yang efektif dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa dan meningkatkan kesehatan jiwa.
- 7.2.2.3 Perawat spesialis jiwa sebaiknya selalu mengikuti perkembangan terapi spesialis dengan pendidikan berkelanjutan berupa pelatihan terapi spesialis yang diselenggarakan oleh Kolegium keperawatan jiwa.
- 7.2.2.4 Sebaiknya Organisasi Profesi / Kolegium Keilmuan Keperawatan Jiwa menindaklanjuti upaya memadukan CBT dan REBT dengan menetapkan menjadi satu terapi yang baku yaitu RECBT (*Rational Emotive Cognitive Behaviour Therapy*).
- 7.2.2.5 Perawat spesialis jiwa sebaiknya menggunakan terapi spesialis khususnya CBT dan REBT dalam praktik mandiri keperawatan jiwa dan selalu mensosialisasikan kepada klien, keluarga klien, profesi lain dan masyarakat luas.

## 7.2.3 Penelitian Berikutnya

- 7.2.3.1 Perlu penelitian lebih lanjut tentang pengaruh CBT dan REBT pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah dengan desain *longitudinal* untuk mengikuti perkembangan klien sampai klien pulang, kemampuan klien di rumah dan lama klien tinggal di rumah / tidak terjadi kekambuhan sehingga hasil penelitian menjadi lebih maksimal.
- 7.2.3.2 Perlunya dilakukan penelitian tentang efektifitas terapi spesialis yang lain baik secara mandiri maupun gabungan dari beberapa terapi spesialis sehingga didapatkan standar terapi spesialis yang terbukti dapat mengatasi masalah klien.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adomeh. (2006), *Fostering emotional adjustment among nigerian adolescents with rational emotive behaviour therapy*, <http://www.highbeam.com/doc/1P3-1161697701.html>. diperoleh tanggal 5 Februari 2010
- American Psychiatric Association. (2010). *Schizophrenia and Other Psychotic Disorders* Wilson Boulevard, Suite 1825, Arlington, Va. 22209-3901 phone: 703-907-7300 email: [apa@psych.org](mailto:apa@psych.org) <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/SchizophreniaandOtherPsychoticDisorders.aspx>, didapat 5 Februari 2011.
- Amir, N (2005). *Depresi aspek neurobiologi diagnosis dan tatalaksana*, Jakarta: FK-UI
- Ariawan, I . (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*, Jakarta: FKM-UI (tidak di publikasikan).
- Balitbang depkes RI (2008), *Hasil Riset Kesehatan Dasar*, Jakarta : depkes RI.
- Bowie Christopher dkk. (2010) *Prediction of Real-World Functional Disability in Chronic Mental Disorders: A Comparison of Schizophrenia and Bipolar Disorder* Am J Psychiatry doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09101406, published online May 17, 2010 American Psychiatric Association <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/search?sortspec=relevance&journalcode=ajp&fulltext=schizophrenia&submit.x=13&submit.y=8> (didapat 14 Februari 2011)
- Boyd, & Nihart, (2002). *Psychiatric nursing contemporary practice*. USA. Lippincott Raven Publisher
- Boyd, & Nihart, (1998). *Psychiatric nursing contemporary practice*, Philadelphia: Lippincott
- Brockop,D.Y., & Tolsma,M.T.H. (2000). *Dasar-dasar riset keperawatan*. Edisi ke-2. Jakarta:EGC
- Connie, Brichford (2009). *The Stigma of Schizophrenia Misconceptions and prejudices about schizophrenia can interfere with treatment and diagnosis*, Created and produced exclusively by the editorial © 2011 EverydayHealth.com; <http://www.everydayhealth.com/schizophrenia/the-stigma-of-schizophrenia.aspx> didapat 17 Februari 2011
- Copel Linda Carman (2007) *Psychiatric and mental health care : Nurse's clinical guide, 2<sup>nd</sup> edition*, alih bahasa Akemat, Jakarta : EGC.
- Cristopher, E. (2010), *Anger, aggression, and irrational beliefs in adolescents*,

Cogn Ter Res. Springer Science LLC diperoleh tanggal 10 Februari 2010

- Digiuseppe, R. & R.C. Tafrate (2007). *Understanding Anger Disorders*, New York: Oxford University Press, Reviewed by Denis G. Sukhodolsky Yale University, School of Medicine
- Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa (2009). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dasar*, Jakarta : Kemenkes RI
- Dominic. J (2003), *Effects of trait anger and negative attitudes towards women on physical assaults in dating relationships*, *Journal of family violence*, Vol 18, No.5, Oktober 2003 diperoleh tanggal 10 februari 2010
- Fauziah (2009). *Pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan*, Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Fontaine Karen Lee (2009) *Mental Health Nursing Sixth edition*, New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental health nursing*. new jersey. Pearson Education. Inc
- Froggatt, W (2005). *A brief introduction to rational emotive behaviour therapy*, *journal of rational emotive behaviour therapy*, version Feb 2005
- Hamid Achir Yani. S., (2008). *Asuhan keperawatan jiwa pada anak*, FIK-UI, Jakarta : Bunga Rampai.
- Hamid Achir Yani. S., (2009). *Bunga rampai asuhan keperawatan kesehatan jiwa*, Jakarta : EGC.
- Hasmilasari. (2009), *Pengaruh family psychoeducation therapy terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di kabupaten bireuen nangroe aceh darussalam*, Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Hawari, D. (2001). *Pendekatan holistik pada gangguan jiwa skizoprenia*, Jakarta : FKUI
- Herdman, T. Heather (2010). *Nanda International Nursing Diagnoses : Definitions and classification 2009 – 2011*, United Kingdom : John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex.
- Hidayat (2005). *Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika
- Husain, Rizali, Suria (2010) *Perceived Stigma and Self-Esteem among Patients with Schizophrenia*, *International Medical Journal* Vol. 17, No. 4, pp. 255-260, December 2010

- Issacs, A. (2005). *Lippincott's review series: mental health and psychiatric nursing*. (3<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kaplan & Sadock's (2007) *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Edition*, Lippincott Williams & Wilkins
- Kazantzis Nikolaos, Reinecke Mark A., Freeman Arthur (2010). *Cognitif and behavioral theories in clinical practice*, New York – London : The Guilford Press.
- Keliat, B.A. (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di RSJP Bogor*. Disertasi. Jakarta : FKM UI. tidak dipublikasikan
- Keliat, BA, Akemat, et.al. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*, Jakarta : EGC.
- Kusumawati Farida, Hartono Yudi (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, Jakarta : Salemba Medika.
- Jalil, M. (2006). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan penderita skizoprenia di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang*. Skripsi. Tidak dipublikasikan.
- Jensen. (2010), *Evaluating the ABC models of rational emotive behaviour therapy theory : an analysis of the relationship between irrational thinking and guilt, Thesis of Science in Psychology*. The Faculty of Department Psychology Villanova University. United State. ProQuest LLC
- Mahasiswa Aplikasi 2 dan Residensi 2 (2010). *Laporan Aplikasi 2 dan Residensi 2*, Jakarta : Fakultas Ilmu Keperawatan UI (tidak dipublikasikan).
- Maramis, W.F. (2006). *Catatan ilmu kedokteran jiwa*. Surabaya : Airlangga University Press
- Maslim, R. (2001). *Diagnosis gangguan jiwa, PPDGJ III*, Jakarta : FK Unika Atmajaya
- Maureen L. W. (2009) *Cognitive and Behavioral Practice Comes of Age, Cognitive and Behavioral Practice 16 University of British Columbia, Maureen.Whittal@vch.ca* pp 1–2 (didapat 15 Februari 2011)
- Martin & Dahlen (2004). *Irrational beliefs and the experience and expression of anger, Journal of rational emotive & cognitif - behaviour therapy*, Vol 22, No. 1, Spring
- Mc Dermut, et.al. (2009). *Trait anger and axis disorder : implications for REBT, Journal of rational emotive behaviour therapy*, 27 : 121-135

- Nihart, & Boyd, (2002). *Psychiatric nursing contemporary practice*. USA. Lippincott Raven Publisher
- Nelson, H.E. (2008) *Cognitive-Behavioural Therapy with Delusions and Hallucinations: A Practice Manual (2nd ed.)*. Canada : Centre for Addiction and Mental Health, e-mail: [neil\\_rector@camh.net](mailto:neil_rector@camh.net).pp 223—226
- Notoatmodjo, Soekidjo (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Nursalam.(2009). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Jakarta : Salemba Medika.
- Pusat Data & Informasi Depkes (2008) *Indonesia Country Profile*. <http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/icp2008.pdf>, didapat 8 Januari 2011.
- Pusat Penelitian dan Perkembangan Depkes RI. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. [www.litbang.go.id](http://www.litbang.go.id), diperoleh tanggal 20 Oktober 2009
- Putri (2010) *Pengaruh Rational Emotive Behaviour Therapy Terhadap Klien Dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor*, Tesis, Tahun 2010, tidak dipublikasikan.
- Rieckert Johan & Moller (2000). *Rational – emotive behaviour therapy in the treatment of adult victims of childhood sexual abuse*, *Journal of Rational Emotive & Cognitif - Behaviour Therapy*, Vol 18, No. 2, Summer
- Riwidikdo Handoko (2006). *Statistik Kesehatan, Belajar mudah teknik analisis data dalam penelitian kesehatan (plus aplikasi software SPSS)*, Yogyakarta : Mitra Cendekia Press.
- Sabri, L & Hastono, S.P. (2010). *Statistik kesehatan*. Edisi 4. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Sasmita H, (2007) *Efektifitas Cognitive Behaviour Therapy pada Klien dengan Harga Diri Rendah di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor*, Tesis, tidak dipublikasikan.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis (3<sup>th</sup> ed cetakan kedua)*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Semiun, Y. (2007). *Kesehatan mental 3: gangguan-gangguan mental yang berat, simtomatik, proses diagnosis dan proses terapi gangguan-gangguan mental*. Yogyakarta: Kanisius.

- Sekretariat Negara (2009). *Undang-undang No. 36 tahun 2009, tentang Kesehatan*, [Www.setneg.go.id/index.php?...36%20th%20didapatkan](http://www.setneg.go.id/index.php?...36%20th%20didapatkan) : 24 Februari 2010.
- Sinaga, Benhard Rudyanto (2007). *Skizofrenia dan Diagnosis Bandung*, Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Singer Alisa R., Addington Donald D., (2009). *The Application of Cognitive Therapy for Command Hallucination, Scscience Direct, Cognitive and Behavioral Practice 16* © 2008 Association for Behavioral and Cognitive Therapies. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved. pp 73–83
- Stuart, (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th edition). St Louis : Mosby.
- Stuart, G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby
- Sulistyowati Endang Caturini (2009). *Pengaruh terapy musik pada klien dengan perilaku kekerasan, Tesis*. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Sunaryo (2004). *Psikologi untuk keperawatan*, Bandung ; Alfabeta.
- Tim Penyusun Pasca Sarjana FIK UI (2010). *Pedoman Penulisan Tesis*, Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Tim Workshop Kekhususan Keperawatan Jiwa (2009). *Riset dan Pengembangan Pelayanan Keperawatan Jiwa, Jakarta : Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa, Universitas Indonesia*, tidak dipublikasikan
- Townsend, C.M. (2009). *Psychiatric mental health nursing Concept of care in evidence base practice*. (6th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Turkington, D & Kingdon, G.(2002). *The case study guide to cognitive behaviour therapy of psychosis* , England : john wiley & sons, ltd
- Varcarolis, E.M. (1998) *Foundations of psychiatric mental health nursing (3th ed)* . United States of Amarica : W.B Saunders Co
- Varcarolis, E.M. (2006). *Psychiatric nursing clinical guide; assesment tools and diagnosis* . Philadelphia : W.B Saunders Co
- Videbeck, Sheila. L.(2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Alih Bahasa : Renata Komalasari, Afrina Hany, Jakarta : EGC.
- Wahyuningsih, Dyah (2009). *Pengaruh assertive training terhadap perilaku kekerasan pada klien skizoprenia, Tesis*. Jakarta. FIK UI. tidak dipublikasikan

Wardani. IY. (2009). *Pengalaman keluarga menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan*, Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.

Westermeyer (2006). *The Cognitive model of depression*, ¶ 1, <http://www.habitsmart.com/dep.html>, diperoleh tanggal 24 Februari 2007

Wilkinson, Judith, M., (2007). *Buku saku diagnosis keperawatan dengan intervensi NIC dan criteria hasil NOC*, Edisi 7, alih bahasa Widyawati, et.al., Jakarta : EGC.

World Federation For Mental health (2008). *Leraning about Schizophrenia: An international Mental Health Awareness Packet*. <Http://www.wfmh.org>. diakses tanggal 2 Januari 2009

World Health Organization, (2009). *Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package)*, Geneva 27, Switzerland : WHO Press.

[www.prodgy.nhs.uk/patient\\_information/pils/cognitve\\_behaviour\\_therapy\\_cbt.pdf](http://www.prodgy.nhs.uk/patient_information/pils/cognitve_behaviour_therapy_cbt.pdf), diperoleh 22 Januari 2007).

Yosep, Iyus (2007). *Keperawatan Jiwa*, Bandung : Refika Aditama.



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

## KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)* Terhadap Klien Perilaku kekerasan dan Harga diri rendah.**

Nama peneliti utama : **Eyet Hidayat**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 4 April 2011

Ketua,

Dekan,

  
Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

## **KETERANGAN LOLOS UJI KOMPETENSI**

Tim Penguji Kompetensi Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah melakukan uji kompetensi pada :

Nama : **Eyet Hidayat**

Nama Institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

dan telah dinyatakan :

**LULUS**

untuk melaksanakan *Cognitive Behaviour Therapy* dalam penelitian yang berjudul Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Bahaviour Therapi* terhadap Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Ketua tim penguji,



**Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.AppSc.**  
NIP. 195204051974122001

Jakarta, April 2011  
Penguji,



**Ns. Ira Erwina, S. Kep, MKep.**



## KETERANGAN LOLOS UJI KOMPETENSI

Tim Penguji Kompetensi Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah melakukan uji kompetensi pada :

Nama : **Eyet Hidayat**

Nama Institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

dan telah dinyatakan :

**LULUS**

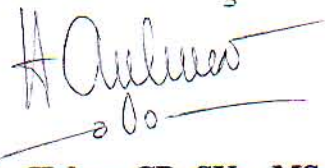
untuk melaksanakan *Rational Emotive Behaviour Therapy* dalam penelitian yang berjudul *Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy dan Rational Emotive Behaviour Therapy* terhadap Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah di RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor.

Ketua tim penguji,



**Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.AppSc.**

Jakarta, April 2011  
Penguji,



**Novy Helena CD, SKp, MSc.**

## **KETERANGAN LOLOS *EXPERT VALIDITY***

*Expert Validity* Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah mengkaji dengan teliti modul :

***Cognitive Behaviour Therapy dan Rational Emotive Behaviour Therapy* pada**

**Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah**

yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy* terhadap Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah di RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor, tahun 2011

Nama peneliti utama : **Eyet Hidayat**

Nama Institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan – Universitas  
Indonesia**

Dan telah menyetujui penggunaan modul tersebut.

Jakarta, April 2011

*Expert Validity,*



**Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.AppSc.**



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 4084/H2.F12.D/PDP.04.02/2011  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

4 April 2011

Yth. Direktur  
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi  
Bogor



Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

**Sdr. Eyet Hidayat**  
**0906620090**

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Pengaruh CBT dan REBT Terhadap Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah di RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Dr. Marzoeki Mahdi Bogor.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

 Dekan,  
  
Dewi Irawaty, MA, PhD  
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Petinggal



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN  
BLU RUMAH SAKIT Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**



Jl. Dr. Sumeru No. 114 Bogor 16111, PO.Box.178

Telp. (0251 ) 8324026 Fax : 8324025

Nomor : DL.02.04/2/ 2379 /2011  
Lampiran : -  
Perihal : Jawaban Permohonan Ijin Penelitian

25 April 2011

Yth  
**Dekan**  
**Fakultas Ilmu Keperawatan**  
**Universitas Indonesia**  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Menjawab surat Saudara, Nomor : 4084/H2.F12.D/PDP.04.02/2011. Perihal: Pemohonan Ijin Penelitian Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia ( FIK-UI ) di BLU RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi atas:

Nama : Eyet Hidayat  
NIM : 0906620090  
Judul : Pengaruh CBT dan REBT Terhadap Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah di RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Dengan ini kami sampaikan persetujuan bagi Mahasiswa Saudara untuk melakukan kegiatan tersebut di BLU Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Demikian penyampaian dari kami. Atas perhatian Saudara diucapkan terima kasih.

Direktur SDM dan Pendidikan,



Drg. Rahmadsyah Mansur, M.Kes  
NIP : 195808131987031004

**JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN  
PENGARUH TERAPI KOGNITIF PERILAKU DAN TERAPI RASIONAL EMOTIF PERILAKU  
TERHADAP KLIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN DAN HARGA DIRI RENDAH  
DI RUMAH SAKIT MARZOEKI MAHDI BOGOR**

No.	Kegiatan	Waktu Penelitian (tahun 2010)																						
		Februari				Maret					April				Mei				Juni					
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	
1	Penyusunan dan Uji Proposal	█	█	█	█	█	█	█																
2	Perbaikan, Uji Etik dan Kompetensi						█	█	█															
3	Pengurusan izin administrasi Penelitian								█															
4	Pengumpulan data										█	█	█	█	█									
5	Analisis dan penafsiran data															█	█							
6	Penyusunan Laporan Akhir																	█	█					
7	Seminar (Uji) Hasil Penelitian																			█				
8	Perbaikan hasil seminar penelitian																				█			
9	Sidang Tesis																					█		
10	Perbaikan hasil sidang tesis																						█	
11	Pengumpulan Tesis																						█	

**PENJELASAN PENELITIAN****“ Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)* dan *Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)* terhadap klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor”**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, Nama : Eyet Hidayat (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) akan mengadakan penelitian untuk mengetahui pengaruh Terapi Kognitif Perilaku dan Terapi Rasional Emotif Perilaku terhadap klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah. Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk Program Pelayanan Keperawatan Kesehatan Jiwa terutama di Rumah Sakit Jiwa.

Proses pelaksanaan kegiatan penelitian dibagi menjadi tiga tahap yaitu pre test, intervensi dan post test. Responden dibagi dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi akan mendapatkan Terapi Kognitif Perilaku dan Terapi Rasional Emotif Perilaku dan kelompok kontrol yang tidak diberikan terapi, tetap akan mendapatkan tindakan keperawatan secara umum dan pemberian *leaflet*. Peneliti menjamin sepenuhnya 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 terlibat atau berpartisipasi dalam penelitian ini. Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan kesediaan bapak/ibu/saudara untuk menjadi responden.

Terimakasih atas partisipasinya.

Bogor, April 2011

Peneliti,

**Eyet Hidayat**  
NPM : 0906620096

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Saya telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, 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 terutama di Rumah Sakit Jiwa.

Dengan demikian saya menyatakan akan berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini.

Bogor, .....2011

Responden,

.....  
Nama jelas

## KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

No.	Pokok Bahasan Materi Pernyataan	Jml	No. Soal		
			<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
<b>A.</b>	<b>Data Demografi</b>				
1.	Usia Responden	1	1		
2.	Jenis Kelamin	1	2		
3.	Pendidikan	1	3		
4.	Pekerjaan	1	4		
5.	Status perkawinan	1	5		
6.	Riwayat gangguan jiwa	1	6		
7.	Frekuensi dirawat di rumah sakit karena gangguan jiwa	1	7		
<b>B.</b>	<b>Respon – respon Perilaku Kekerasan</b>				
1.	Respon Kognitif	7	10,21,22	3,6,25	
2.	Respon Emosi / Afektif	6	5, 20	2,4,8,11,15	
3.	Respon Perilaku / Psikomotor	6	14,18,24,26	1,12	
4.	Respon Sosial	7	13,16	7,9,17,19,23	
5.	Respon fisik	5	Observasi 1,2,3,4,5		
<b>C.</b>	<b>Respon – respon Harga Diri Rendah</b>				
1.	Respon Kognitif	7	3,5,7	2, 6,12,15	
2.	Respon Emosi / Afektif	7	9,10,14,26	8,11,13	
3.	Respon Perilaku / Psikomotor	7	12,18,20	1,4,16,19	
4.	Respon Sosial	7	17,21,25,27	22,23,24	
5.	Respon fisik	5	Observasi 6,7,8,9,10		
<b>D.</b>	<b>Kemampuan Klien Sebelum dan Sesudah CBT &amp; REBT</b>				
1.	<b>CBT</b>	Mengidentifikasi pikiran negatif	5	5	1,2,3,4
2.		Mengidentifikasi perilaku negatif	5	8	6,7,9,10
3.		Mengubah pikiran negatif	5	11,12,14,15	13
4.		Mengubah perilaku negatif	6	16,18,21	17,19,20
5.		Mencegah kekambuhan	5	22,25,26	23,24
6.		Observasi	10	1 - 10	
1.	<b>REBT</b>	Mengidentifikasi kejadian	4	29,30	27,28,
2.		Mengidentifikasi respon terhadap kejadian	8	33,34,36	31,32,35,37, 38
3.		Melawan perasaan dan perilaku yang tidak rasional	8	39,41,42,43,44, 45,46	40
4.		Mencegah kekambuhan	4	48,49,50	47
5.		Observasi	10	11 - 20	



**KUESIONER IDENTITAS PRIBADI****Petunjuk pengisian :**

Pilihlah salah satu dari jawaban yang tersedia dengan memberi tanda centang (√) pada kotak di sebelah jawaban yang saudara pilih kecuali umur dan lama dirawat.

1. Umur : ..... tahun
2. Jenis kelamin  
 Laki – laki                       Perempuan
3. Pendidikan :  
 Tidak pernah sekolah  
 SD  
 SMP  
 SMA  
 Akademi / Perguruan Tinggi
4. Pekerjaan :  
 Tidak bekerja  
 Buruh / Tani  
 Swasta  
 Wiraswasta  
 PNS / ABRI  
 Lain-lain
5. Riwayat gangguan jiwa  
 Ada                                       Tidak ada
6. Frekuensi di rawat  
 Pertama                                       2x atau Lebih
7. Lama dirawat .....

### KUESIONER KEMARAHAN (PERILAKU KEKERASAN)

**Petunjuk Pengisian Kuesioner :**

1. Berilah tanda ( √ ) pada **selalu** jika lebih dari 3 kali sehari
2. Berilah tanda ( √ ) pada **sering** jika 2-3 kali sehari
3. Berilah tanda ( √ ) pada **jarang** jika kurang dari 2 kali sehari
4. Berilah tanda ( √ ) pada **tidak pernah** jika tidak sama sekali

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
1	Saat sedang marah kegiatan saya terganggu				
2	Ketika melihat orang yang membuat saya marah, saya merasa sakit hati				
3.	Saya berusaha melupakan kejadian yang membuat saya marah				
4.	Saya merasa senang bila dapat mengalahkan orang yang membuat saya marah				
5.	Saya berpendapat marah sebagai perasaan yang biasa				
6.	Peristiwa yang membuat marah membayangi saya.				
7.	Saya tidak peduli dengan orang sekitar saya saat marah.				
8.	Bila ada orang yang menyepelekan pekerjaan saya, saya marah				
9.	Saya tidak mau bekerja dengan orang yang membuat saya marah				
10.	Bila merasa tersinggung saya akan mengatakannya				
11.	Saya akan berteriak atau memaki bila marah,				
12.	Bila ada orang yang membuat saya tersinggung, saya akan langsung membalas				
13.	Saya akan menyampaikan penyebab marah saya kepada orang lain				
14.	Saya berusaha rileks / tenang untuk meredam kemarahan.				
15.	Saya menangis di tempat sepi bila kemarahan saya sudah tidak terkendali,				

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
16.	Saya tetap berkumpul dengan teman-teman bila sedang marah				
17.	Orang lain harus menghargai saya				
18.	Bila marah saya membaca buku				
19.	Saya tidak mau bicara tentang orang yang saya benci				
20.	Saya memaafkan orang yang menyakiti perasaan saya				
21.	Saya berusaha melihat hal positif setiap kejadian yang membuat marah				
22.	Saya berusaha mencari penyelesaian untuk mengurangi marah				
23.	Saya tidak mendengarkan saran dari orang yang saya benci				
24.	Saya segera meredam marah dengan meminum air putih				
25.	Saya akan mengingat orang yang menyakiti perasaan saya				
26.	Bila kemarahan saya sudah tidak terkendali, saya akan minum obat penenang				

## KUESIONER PENGUKURAN HARGA DIRI

### Petunjuk Pengisian Kuesioner :

1. Berilah tanda ( √ ) pada **selalu** jika lebih dari 3 kali sehari
2. Berilah tanda ( √ ) pada **sering** jika 2-3 kali sehari
3. Berilah tanda ( √ ) pada **jarang** jika kurang dari 2 kali sehari
4. Berilah tanda ( √ ) pada **tidak pernah** jika tidak sama sekali

No	PERNYATAAN	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
1	Saya bingung harus melakukan apa				
2	Saya merasa sebagai orang yang pelupa				
3	Saya dapat memusatkan perhatian terhadap orang yang mengajak bicara				
4	Apa yang saya lakukan tidak sesuai dengan apa yang saya harapkan				
5	Saya ingat kejadian / peristiwa penting pada masa lalu saya				
6	Saya sulit berkonsentrasi				
7	Saya sanggup mengatasi sendiri masalah saya				
8	Saya merasa tidak berharga dimata orang lain				
9	Saya merasa hidup saya sangat berguna				
10	Saya merasa memiliki sesuatu yang dapat saya banggakan.				
11	Saya merasa tidak ada hal yang istimewa dalam diri saya				
12	Saya sanggup mengerjakan sesuatu yang baik untuk orang lain				
13	Saya tidak mau tahu apa yang terjadi disekitar saya				
14	Saya merasa puas dengan diri saya sendiri secara keseluruhan				
15	Saya merasa tidak mampu melakukan tugas yang diberikan kepada saya.				
16	Saya malas melakukan kegiatan				
17	Saya berteman dengan orang disekitar saya.				

No	PERNYATAAN	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
18	Saya mengikuti terapi aktivitas kelompok				
19	Saya mencoba melukai / mencederai diri sendiri				
20	Saya mandi sendiri				
21	Saya memperkenalkan diri kepada orang yang belum saya kenal				
22	Saya lebih suka menyendiri				
23	Saya malas untuk memulai pembicaraan dengan orang lain				
24	Saya akan tersenyum bila bertemu dengan orang lain				
25	Saya berusaha mengajak orang lain ngobrol				
26	Saya berusaha mengeraskan suara saya saat bicara				
27	Saya mengajak teman saya untuk ngobrol				

**OBSERVASI TANDA FISIK KLIEN PERILAKU KEKERASAN  
DAN HARGA DIRI RENDAH  
DI RUMAH SAKIT MARZOEKI MAHDI BOGOR  
TAHUN 2011**

**Nama pasien :** \_\_\_\_\_ **Tanggal Observasi :** \_\_\_\_\_  
**No. CM :** \_\_\_\_\_ **Observasi ke :** \_\_\_\_\_  
**Ruangan :** \_\_\_\_\_ **Observer :** \_\_\_\_\_

(diisi oleh peneliti)

**A. Petunjuk Pengisian :**

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda ( √ ) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan apa yang dilakukan klien selama ini dengan ketentuan : Ya (2) jika klien menampilkan respon / tanda fisik sesuai aspek yang diobservasi.  
Tidak (1) jika klien tidak menampilkan respon / tanda fisik sesuai aspek yang diobservasi.
2. Amati dengan teliti dan seksama

No	PERNYATAAN	Ya (2)	Tidak (1)
1	Pernafasan meningkat (di atas 20 kali per-menit)		
2	Nadi meningkat (di atas 80 kali per-menit)		
3	Produksi keringat meningkat (kulit teraba lembab)		
4	Pandangan mata tajam (pandangan tertuju pada satu objek dalam waktu yang lama)		
5	Raut muka merah (peningkatan vaskulerisasi di area wajah)		
6.	Menunduk saat berbicara / tidak ada kontak mata		
7.	Tidak berani / ragu memulai pembicaraan		
8.	Ekpresi tidak ceria / murung		
9.	Penampilan tidak rapi		
10	Postur membungkuk		

**SKALA PENGUKURAN KEMAMPUAN CBT DAN REBT**

**Petunjuk Pengisian Instrumen :**

1. Berilah tanda ( √ ) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan pendapat Bapak/Ibu
2. Isilah T jika pasien tidak pernah memikirkan/melakukan
3. Isilah J jika pasien jarang memikirkan/melakukan
4. Isilah P jika pasien pernah memikirkan/melakukan (2-3 kali per hari)
5. Isilah S jika pasien selalu memikirkan/melakukan (lebih dari 3 kali per hari)

No	Kemampuan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
	<b>Sesi I REBT</b>					
1.	Saya mengalami kejadian yang membuat saya marah					
2.	Saya mengalami kejadian yang membuat saya merasa malu / minder / tidak berharga					
3.	Jika ada kejadian, saya berfikir dan bertindak sesuai keyakinan saya.					
4.	Perasaan dan tindakan saya tidak sesuai dengan kenyataan					
5.	Saya menceritakan peristiwa / kejadian yang saya alami kepada perawat					
6.	Saya mengungkapkan perasaan akibat peristiwa/kejadian di atas					
7.	Saya mendiskusikan tentang perasaan saya dengan perawat					
8.	Saya dapat mengukur tingkat perasaan / emosi yang saya rasakan					
9.	Saya tidak menentukan tingkat / rentang perasaan yang saya rasakan.					
10.	Saya merasakan manfaat membuat tingkat perasaan yang dirasakan					

No	Kemampuan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
<b>Sesi I &amp; II CBT</b>						
11.	Saya terganggu dengan pikiran negatif yang muncul tiba-tiba.					
12.	Saya benci dengan kejadian yang pernah saya alami					
13.	Kejadian yang saya alami akibat ketidakmampuan saya.					
14.	Akibat adanya pikiran mengganggu jadi saya melakukan tindakan yang merugikan saya atau orang lain					
15.	Saya memilih salah satu pikiran yang paling mengganggu saya, yang akan saya selesaikan dan saya catat dalam buku harianku.					
16.	Saya mendiskusikan pikiran yang mengganggu dengan perawat untuk diatasi,					
17.	Saya tidak melawan pikiran yang mengganggu saya dengan pikiran yang baik.					
18.	Saya menggunakan pikiran yang baik untuk mengganti pikiran yang mengganggu saya					
19.	Saya berlatih mengingat pikiran buruk yang lain dan berlatih cara melawannya sesuai jadwal					
20.	Saya menuliskan di buku kerja : pikiran buruk dan pikiran yang baik sebagai lawannya					
<b>Sesi II dan III REBT</b>						
21.	Saya mempunyai perasaan dan melakukan tindakan sesuai keyakinan saya					
22.	Saya dapat membedakan fakta(kenyataan) dengan opini (asumsi / prasangka)					
23.	Saya lebih percaya terhadap keyakinan saya dari pada fakta.					



No	Kemampuan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
24.	Saya melawan perasaan / emosi yang berdasarkan prasangka (tidak rasional) dengan perasaan yang berdasarkan fakta (rasional).					
25.	Saya mempunyai perasaan yang rasional / sesuai kenyataan terhadap kejadian yang menimpa saya					
26.	Saya harus melakukan sesuatu yang masuk akal karena saya berfikir secara rasional.					
27.	Saya mengubah tindakan / perilaku yang berdasarkan prasangka (tidak rasional) dengan perilaku yang berdasarkan fakta (rasional)					
28.	Saya marah menghadapi suatu peristiwa jika saya yakin ada yang tidak beres.					
29.	Saya merasakan manfaat berfikir dan berbuat secara rasional					
	<b>Sesi III CBT</b>					
30.	Saya merahasiakan perilaku yang salah kepada orang lain					
31.	Saya tahu akibat / kensekuensi dari perilaku yang baik dan yang buruk					
32.	Saya memilih tindakan / perilaku yang salah untuk diubah					
33.	Saya tidak mendiskusikan dengan perawat tentang perilaku tidak baik yang akan diubah.					
34.	Saya membuat rencana untuk melaksanakan perilaku yang baik.					
35.	Saya melakukan tindakan / perilaku yang tidak baik.					
36.	Saya mengungkapkan perilaku-perilaku yang baik saya kepada perawat.					

37.	Saya malas menulis perilaku-perilaku yang baik dalam buku kerja.					
<b>Sesi IV CBT</b>						
38.	Saya susah membedakan tindakan / perilaku yang baik dan yang buruk secara mandiri					
39.	Saya tahu akibat melakukan tindakan / perilaku yang buruk					
40.	Saya mengubah sendiri pikiran perilaku yang negatif / yang tidak baik dengan pikiran dan perilaku yang baik					
41.	Saya masih melakukan tindakan / perilaku yang tidak baik					
<b>Sesi IV REBT</b>						
42.	Saya kesulitan menjaga perasaan saya sesuai fakta.					
43.	Saya akan mempertahankan perasaan sesuai keyakinan saya					
44.	Saya akan bertindak sesuai kenyataan bukan hanya berdasarkan perasaan.					
45.	Saya akan berdiskusi dengan perawat untuk menjaga perasaan dan perilaku yang rasional.					
46.	Saya merasakan manfaat belajar menggunakan perasaan dan perilaku yang rasional.					
<b>Sesi V CBT</b>						
47.	Saya minum obat supaya tidak marah-marah lagi.					
48.	Saya malas mengikuti kegiatan lain yang diprogramkan di ruangan.					
49.	Saya menggunakan pikiran dan perilaku negatif (tidak baik) dalam menyelesaikan masalah					
50.	Saya merasakan manfaat menggunakan pikiran dan perilaku positif.					

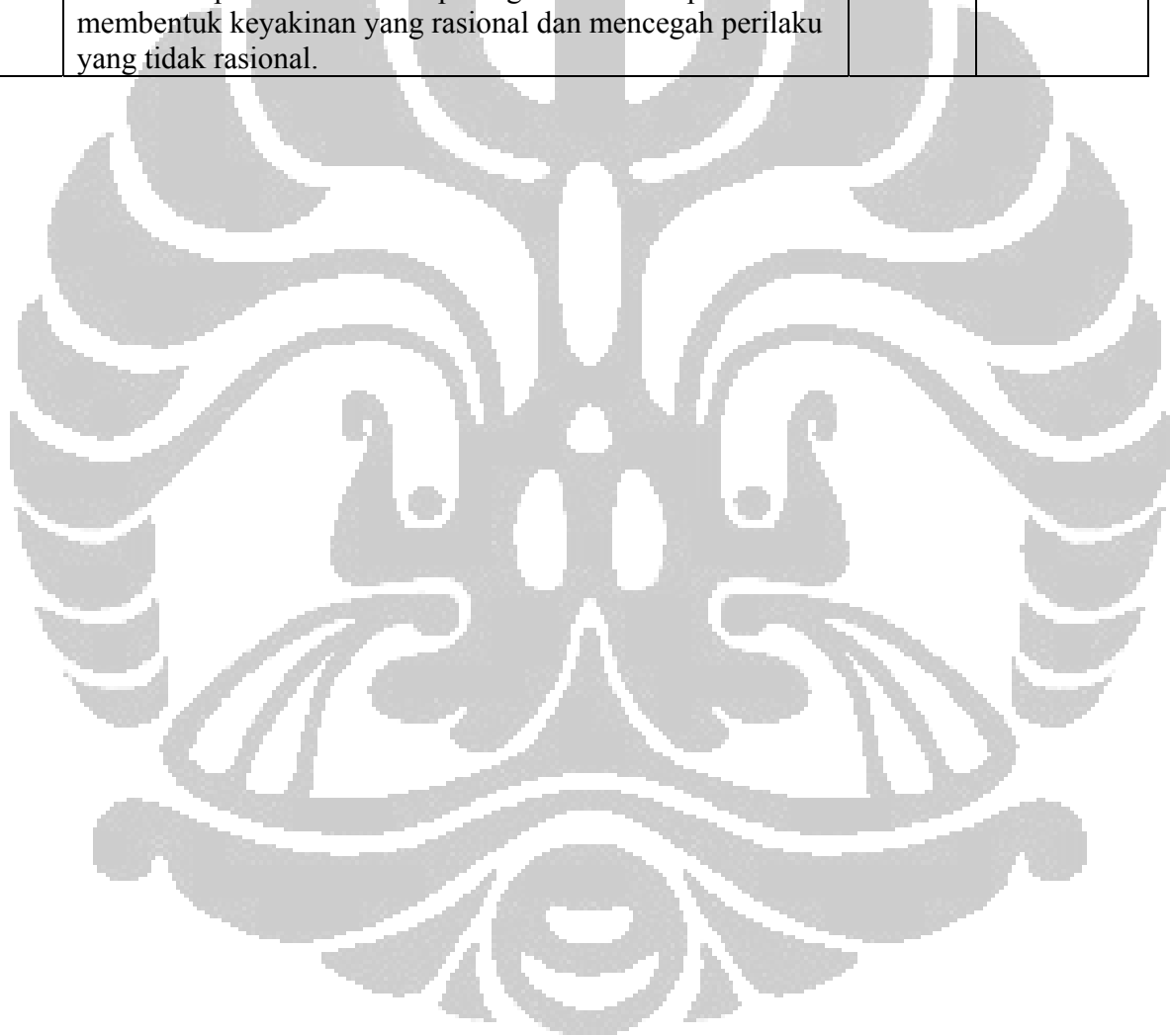
**OBSERVASI KEMAMPUAN MENGIKUTI CBT DAN REBT  
DI RUMAH SAKIT MARZOEKI MAHDI BOGOR  
2011**

**A. Petunjuk Pengisian :**

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda (  $\checkmark$  ) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan apa yang dilakukan klien selama ini dengan ketentuan : Ya (2) jika klien menampilkan respon / tanda fisik sesuai aspek yang diobservasi.  
Tidak (1) jika klien tidak menampilkan respon / tanda fisik sesuai aspek yang diobservasi.
2. Amati dengan teliti dan seksama

No	PERNYATAAN	Ya (2)	Tidak (1)
1	Klien mengungkapkan pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri.		
2	Klien mencatat pikiran, perasaan dan perilaku negatif dalam buku catatan harian.		
3	Klien memilih pikiran otomatis negatif yang akan diatasi		
4	Klien berlatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif		
5	Klien mengungkapkan perilaku negatif yang terjadi akibat pikiran negatif		
6.	Klien memilih perilaku negatif yang akan di ubah		
7.	Klien mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki untuk mengubah perilaku negatif		
8.	Klien melakukan latihan perilaku yang baik		
9.	Klien menggunakan pikiran positif dalam mengatasi masalah		
10	Klien menggunakan perilaku positif dalam menyelesaikan masalah		
11.	Klien menyampaikan kejadian/peristiwa yang terjadi yang membuat klien marah / harga diri rendah		
12.	Klien menyampaikan perasaan dan tindakan terkait dengan kejadian / peristiwa di atas.		
13.	Klien mampu membuat termometer perasaan sendiri		
14.	Klien mampu mengungkapkan manfaat / kegunaan termometer perasaan.		
15.	Klien mampu membedakan fakta dengan opini		

16.	Klien mampu menyampaikan manfaat / kegunaan membedakan fakta dan opini dalam kehidupan.		
<b>No</b>	<b>PERNYATAAN</b>	<b>Ya (2)</b>	<b>Tidak (1)</b>
17.	Klien mampu melawan perasaan (emosi) yang irasional dengan perasaan (emosi) yang rasional		
18.	Klien mampu merubah perilaku yang tidak rasional dengan perilaku yang rasional.		
19.	Klien mampu mempertahankan keyakinan, perasaan dan tindakan yang rasional.		
20.	Klien mampu merencanakan peningkatan kemampuan membentuk keyakinan yang rasional dan mencegah perilaku yang tidak rasional.		





**MODUL PELAKSANAAN TERAPI SPESIALIS**  
***RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOUR THERAPY (REBT)***  
(PSIKOTERAPI UNTUK INDIVIDU)

**Disusun Oleh :**

**Dewi Eka Putri, S.Kp., M.Kep.**

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

**Herni Susanti, S.Kp., MN.**

**Eyet Hidayat, S.Pd, S.Kp.**

**Ns. Satrio Kusumo Lelono, S.Kep.**

**Ns. I Ketut Sudiatmika, S.Kep.**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN**  
**KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**2011**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penyusun panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusun dapat menyelesaikan Modul Pelaksanaan Terapi Spesialis dengan judul ” **Modul Pelaksanaan Terapi Spesialis: *Rational Emotive Behavioural Therapy (REBT)***”. Modul ini merupakan pengembangan dan revisi dari modul sebelumnya yang telah dibuat oleh Dewi Eka Putri (2010).

Seiring dengan perkembangan keilmuan dan literatur yang ada, maka pada modul yang baru ini telah dibuat dengan lebih aplikatif berdasarkan pendekatan konsep yang mendasari pelaksanaan terapi REBT.

Modul ini dibuat berdasarkan tahapan pelaksanaan REBT yang dimulai dengan mengidentifikasi kejadian (*Antecedent*), identifikasi konsekuensi emosional (*Consequence*) berupa respon emosi dan perilaku terhadap kejadian, kemudian klien mengenali rentang perasaan. Tahap berikutnya klien diajarkan cara mengidentifikasi keyakinan irrasional yang menyebabkan klien berperilaku maladaptive, lalu klien belajar analisis diri yang rasional agar klien dapat melawan (*Dispute*) pikiran/keyakinan irrasionalnya. Dengan begitu klien akan memperoleh dampak baru (*New Effect*) berupa perilaku adaptif dan mampu merencanakan tindakan adaptif berikutnya (*Further Action*) untuk mengatasi pikiran yang mengganggu yang berdampak terhadap emosi dan perilaku klien.

Pada prinsipnya implementasi REBT dilakukan modifikasi, dimana pada modul baru menggunakan empat sesi yang didasarkan pada tahapan pelaksanaan REBT seperti diatas. Penyusun mencoba memberikan penegasan dan penjelasan pada setiap sesi pelaksanaan REBT berdasarkan teori yang mendasari. Penjelasan tersebut diharapkan akan mempermudah terapis dalam memahami dan melaksanakan setiap sesi REBT sehingga tujuan terapi dapat tercapai.

Pada kesempatan ini penyusun menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

1. Rektor Universitas Indonesia
2. Ibu Dewi Irawati, M.A., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian penyusunan modul ini.

Kami mengharapkan masukan dari berbagai pihak untuk dapat mengembangkan modul ini sehingga dapat digunakan dalam semua setting pelayanan kesehatan.

Semoga modul ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Jakarta, April 2011

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

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

WHO (2009) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan jiwa, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030.

Gangguan jiwa berat yang paling banyak terjadi adalah skizofrenia (Stuart, 2009), Klien skizofrenia di Amerika Serikat adalah 1% dari penduduk Amerika, atau satu dari 100 orang menderita skizofrenia, atau 2,5 juta orang, dengan tidak membedakan ras, kelompok etnis, atau gender. Gangguan terjadi mulai usia rata-rata 17 - 25 tahun, laki-laki rata-rata mulai usia 15 – 25 tahun, perempuan rata-rata 25 – 35 tahun.

Gangguan jiwa berat di Indonesia tahun 2007 memiliki prevalensi sebesar 4.6 permil, dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat (Balitbang Depkes RI, 2008). Penduduk Indonesia pada tahun 2007 (Pusat Data dan Informasi Depkes RI, 2009) sebanyak 225.642.124 sehingga klien gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2007 diperkirakan 1.037.454 orang. Data statistik direktorat kesehatan jiwa menunjukkan klien gangguan jiwa berat terbesar di Indonesia adalah skizofrenia yaitu 70% (Dep.Kes, 2003) dan klien yang di rawat di Rumah Sakit Jiwa di seluruh Indonesia 90% Skizofrenia (Jalil, 2006).

Skizofrenia merupakan gangguan neurobiologikal otak yang persisten dan serius, sindroma secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan hidup baik secara individu, keluarga dan komunitas (Stuart, 2009). Menurut Keliat (2006) skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau



tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari. Sedangkan menurut Halgin dan Whitbourne (2007, dalam Wahyuni, 2010) skizofrenia merupakan kumpulan gejala berupa gangguan isi dan bentuk pikiran, persepsi, emosi/perasaan, perilaku dan hubungan interpersonal. Dengan demikian pada skizofrenia terjadi kesulitan berfikir dengan benar, memahami dan menerima realita, gangguan emosi/perasaan, tidak mampu membuat keputusan, serta gangguan dalam berhubungan dengan orang lain.

Simptom atau gejala yang tampak dari suatu skizofrenia dibagi dalam 5 dimensi, yaitu simpton positif, simpton negatif, simpton kognitif, simpton agresif dan hostilitas serta simpton depresi dan *anxious* (Shives, 2005; Sinaga, 2007). Gejala positif menggambarkan fungsi normal yang berlebihan dan khas, meliputi waham, halusinasi, disorganisasi pembicaraan dan disorganisasi perilaku seperti katatonia atau agitasi/kegelisahan. Simpton agresif dan *hostile*, simpton ini menekankan pada masalah pengendalian impuls. *Hostile* bisa berupa penyerangan secara fisik atau verbal terhadap orang lain, termasuk juga perilaku mencederai diri sendiri (suicide), merusak barang orang lain atau seksual *acting out*. Simpton depresi dan *anxious* pada klien skizofrenia sering kali didapatkan bersamaan dengan simpton lain seperti mood yang terdepresi, mood cemas, rasa bersalah (*guilt*), *tension*, irritabilitas atau kecemasan. Dari berbagai simpton diatas pada klien skizofrenia menggambarkan banyaknya masalah yang muncul seperti penyerangan terhadap orang lain, perilaku mencederai diri dan orang lain, halusinasi, depresi, rasa bersalah/harga diri rendah, waham.

Menurut Stuart (2009) diagnosis keperawatan primer menurut NANDA yang muncul pada skizofrenia dapat berupa resiko perilaku kekerasan, gangguan sensori persepsi: halusinasi, harga diri rendah kronik, gangguan proses pikir: waham dan yang lain. Dapat disimpulkan bahwa proses terjadinya skizoprenia dapat disebabkan karena sebelumnya klien mengalami suatu stressor menegangkan yang mengancam ego yang sudah lemah, ancaman tersebut dipersepsikan mengganggu konsep diri atau integritas diri. Dimana aktualisasi klien belum tercapai sehingga klien mengalami

harga diri rendah dan apabila hal ini dipertahankan maka lama kelamaan klien akan depresi dan hal ini berlanjut menjadi skizoprenia. Dan sebaliknya, pada klien skizoprenia pada kondisi maladaptif juga ditemukan perilaku kekerasan dan halusinasi, serta dimasa pemulihannya juga akan membuat klien mengalami harga diri rendah karena merasa penyakitnya sulit disembuhkan dan kurangnya penerimaan keluarga dan masyarakat. Hal ini tentu akan membuat klien akan mengalami depresi.

Tindakan keperawatan pada klien perilaku kekerasan, halusinasi maupun harga diri rendah telah banyak dilakukan dengan pendekatan tindakan keperawatan generalis. Tindakan keperawatan tersebut sesuai standar asuhan keperawatan yang telah menjadi acuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit jiwa. Tindakan keperawatan yang dilakukan memiliki dampak pada penurunan gejala perilaku kekerasan, halusinasi dan peningkatan harga diri klien, namun dampak tersebut belum diketahui sejauh mana efeknya terhadap kemampuan klien dalam mengontrol ketiga gejala tersebut. Tindakan keperawatan pada klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah di atas, akan lebih efektif dan meningkatnya kemampuan klien secara adekuat bila dipadukan dengan tindakan keperawatan lanjut / spesialis.

Beberapa psikoterapi / tindakan keperawatan lanjut (spesialis) pada klien dengan perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah adalah *cognitive therapy (CT)*, *logotherapy*, terapi realita dan psikoedukasi keluarga (Videbeck, 2008), *behavior therapy (BT)*, *cognitive behaviour therapy, through stoping, Asertive Trainning*, *Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)*.

Penelitian tentang REBT telah dilakukan baik di dalam maupun di luar negeri, Putri (2010) melakukan penelitian REBT pada klien perilaku kekerasan, dan Johan Rieckert (2000) melakukan penelitian REBT pada wanita dengan riwayat seksual abuse pada masa kanak-kanak. REBT terbukti dapat menurunkan respon emosi, perilaku dan gejala fisiologis perilaku kekerasan dan meningkatkan kemampuan kognitif dan sosial klien perilaku kekerasan, REBT lebih maksimal meningkatkan

kemampuan kognitif dan menurunkan emosi klien dibandingkan dengan menurunkan respon perilaku kekerasan dan meningkatkan kemampuan social. Hasil penelitian secara keseluruhan belum mencapai nilai maksimal sehingga masih memungkinkan ditingkatkan lagi dengan menggabungkan terapi yang lain.

REBT adalah suatu metoda terapi yang menggunakan pendekatan kognitif dan perilaku untuk memahami dan mengatasi masalah emosi dan perilaku negatif yang berasal dari keyakinan-keyakinan yang tidak rasional (irrasional). REBT merupakan suatu pendekatan kognitif dan perilaku yang mengemukakan fakta-fakta bahwa perilaku yang dihasilkan bukan berasal dari kejadian yang dialami namun dari keyakinan – keyakinan yang tidak rasional.

REBT diberikan pada lingkup non klinis dan klinis. REBT lebih sering diberikan secara individu namun belakangan ini berkembang sehingga diberikan dalam kelompok, pasangan dan keluarga. REBT dapat diberikan pada anak-anak dan dewasa :

- **Penerapan REBT pada non klinis**

REBT dapat diberikan pada anak dan dewasa seperti pada pertumbuhan individu yang dapat digunakan untuk membantu individu mengembangkan diri dan bertindak lebih fungsional dalam menjalani filosofi hidupnya dan efektivitas disekolah maupun ditempat kerja. Dengan demikian psikoterapi ini dapat diberikan pada individu dengan diagnosa keperawatan Potensial pembentukan identitas diri, Potensial berkembangnya konsep diri dan Potensial berkembangnya integritas diri.

- **Penerapan REBT di klinis**

REBT dapat diberikan pada kondisi klinis seperti pada klien dengan depresi, gangguan kecemasan (obsesif kompulsif, agoraphobia, agora spesifik, general ansietas dan *post traumatic*), gangguan makan, adiksi, gangguan kontrol impuls, manajemen marah, perilaku antisocial, gangguan personal, kekerasan seksual, gangguan fisik atau gangguan mental, manajemen stress, manajemen nyeri dan

gangguan perilaku pada anak dan dewasa serta masalah hubungan dalam keluarga. Berdasarkan kondisi klinis ini maka diagnosa keperawatan yang membutuhkan psikoterapi REBT adalah risiko perilaku kekerasan, ansietas, harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusan dan sindroma pasca trauma.

Program terapi *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) dirancang untuk edukasi dan pendukung dalam upaya preventif (pencegahan) timbulnya masalah kesehatan mental klien, untuk itu dibutuhkan seorang terapis yang dapat berperan sebagai :

- **Terapis sebagai trainer**, REBT adalah edukatif dan kolaboratif. Klien belajar terapi dan belajar untuk menggunakannya secara sendiri. Terapis menyediakan training dan klien yang mempelajarinya sendiri. Seluruh penjelasan disampaikan kepada klien dan terapis bersama klien merancang pekerjaan rumah ( latihan mandiri) yang akan dilakukan klien di rumah.
- **Terapis sebagai fasilitator**, hubungan terapis dan klien sangat penting tetapi lebih kepada memberikan dorongan. Terapi menunjukkan sikap empati, penerimaan yang tidak terkondisi, dan terapis harus berhati-hati agar aktivitas tidak menciptakan ketergantungan pada klien.

*Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) dapat dilakukan di komunitas, di sekolah untuk aplikasi non klinis dan di rumah sakit untuk aplikasi klinis. Rumah sakit umum dan rumah sakit jiwa menjadi tempat pelaksanaan REBT bagi klien yang mempunyai indikasi. Ruangan harus kondusif dan memberikan rasa aman dan nyaman bagi klien.

Metode *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) dapat dilakukan dengan modifikasi beberapa tehnik dalam pelaksanaannya. Dalam beberapa kasus terapis dapat memodifikasi REBT agar lebih dapat dipahami oleh klien. Adapun tehnik-tehnik yang dapat digunakan adalah :

- Teknik Kognitif seperti *Rational Analysis* (Analisis Rasional), *Double Standard Dispute* (Perdebatan Standar Ganda), *Catastrophe Scale* (Scala Bencana), *Devil's Advocad* (*Severse Role Playing*), dan *Reframing*.
- *Imagery Techniques* (Teknik Perumpamaan) seperti *Time Projection*, dan *The "Blow Up" Technique*.
- *Behaviour Techniques* (Teknik Perilaku) seperti *Exposure*, *Shame Attacking*, *Risk Taking*, *Paradoxical Behaviour*, *Stepping Out of Character* dan *Postponing Gratification*
- *Home Work* (Pekerjaan Rumah/ PR)  
Pekerjaan rumah (PR) adalah merupakan strategi yang paling penting dalam REBT.

REBT yang akan diberikan kepada klien dengan perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah pada penelitian ini menggunakan teknik kognitif yaitu *Rational Analysis* (Analisis Rasional) dan *Catastrophe Scale* (Scala Bencana). ***Rational Analysis*** (Analisis Rasional) yaitu analisis dari peristiwa yang spesifik untuk mengajarkan klien bagaimana cara membuka dan memperdebatkan keyakinan yang tidak rasional dan setelah klien mendapatkan idenya maka klien akan membawanya sebagai pekerjaan rumah (latihan mandiri). Pada teknik ini klien akan dilatih secara mandiri mengenal keyakinannya yang tidak rasional dan merubahnya dengan keyakinan yang rasional sehingga menurunkan gangguan emosi dan perilaku klien.

***Catastrophe Scale*** (Scala Bencana) yaitu teknik yang digunakan untuk mendapatkan perspektif yang hebat. Pada papan tulis putih atau selembar kertas menggambar sebuah garis yang menurun dengan menuliskan 100% pada bagian atas dan 0% pada bagian bawah dan 10% interval diantaranya. Tanyakan pada klien pada tingkat berapa bencana yang dirasakan dari masalah yang dihadapi kemudian masukkan item tersebut ke dalam gambar pada tempat yang tepat kemudian isi tingkatan (level)

yang lainnya dengan item yang sesuai dengan pikiran klien. Pada akhirnya apakah klien secara progresif mengubah posisi item yang ditakutkannya dalam skala, sampai ketakutan tersebut dalam perspektifnya dalam hubungannya dengan item lainnya . Pada tehnik ini klien akan dilatih untuk menempatkan suatu peristiwa atau masalah dalam rentang perasaan senang sampai marah yang dirasakannya. Agar kedua tehnik kognitif tersebut dapat dilakukan oleh klien dengan terampil maka terapis juga menggunakan tehnik *Home Work* (Pekerjaan Rumah) yaitu strategi latihan mandiri di rumah agar klien menjadi terbiasa.

Alat yang dibutuhkan saat terapi disesuaikan dengan metode atau tehnik yang dipakai. Pada REBT yang akan diberikan pada klien dengan perilaku kekerasan ini alat yang dibutuhkan adalah alat tulis dan kertas, buku kerja untuk klien, dan lembar evaluasi klien untuk terapis.

Pelaksanaan terapi dibagi atas 4 sesi, setiap sesi dilaksanakan selama 30 sampai 45 menit untuk setiap klien.

**a. Sesi I : Persiapan Kognitif : Kejadian dan respon terhadap kejadian**

- 1) Mengidentifikasi kejadian : *A (Atecedent event)* peristiwa pendahulu berupa fakta, kejadian, tingkah laku, sikap seseorang, perceraian, PHK, kelulusan bagi siswa, seleksi masuk calon karyawan, dan lain-lain.
- 2) Mengidentifikasi *C (emotional consequence)* berupa respon emosi dan perilaku dalam bentuk perasaan senang, atau hambatan emosi dalam hubungan dengan *Atecedent event*.
- 3) Memahami rentang perasaan senang sampai marah yang dirasakan (Termometer Perasaan)

**Thermometer perasaan** yaitu salah satu bentuk metode kognitif yang disebut *Catastrophe Scale* (Scala Bencana); Ini merupakan tehnik yang berguna untuk mendapatkan perspektif yang hebat. Pada selembar kertas yang ada di dalam buku kerja tergambar sebuah garis yang menurun dengan bertuliskan 100% pada bagian atas dan 0% pada bagian bawah serta 10% interval diantaranya. Garis

tersebut menunjukkan rentang perasaan senang sampai marah yang dirasakan, 100% menunjukkan bahwa tingkat perasaan marah yang dialami mencapai puncaknya dan 0% menunjukkan bahwa perasaan klien senang (tidak ada rasa marah).

**b. Sesi II : Keyakinan, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru terhadap kejadian I.**

- 1) Identifikasi keyakinan klien (*B : Belief*) berupa keyakinan, pandangan, nilai, verbalisasi individu terhadap suatu peristiwa. Keyakinan yang rasional (*rational belief*) merupakan cara berpikir / sistem keyakinan yang tepat, masuk akal, bijaksana dan menjadikan seseorang produktif. Keyakinan yang tidak rasional (*irrational belief*) keyakinan / sistem berpikir yang salah, tidak masuk akal, emosional, dan membuat orang lain tidak produktif.
- 2) Identifikasi Fakta lawan opini :
  - a) Fakta adalah sesuatu yang secara aktual ada, sesuatu yang sudah nyata terjadi, sebuah informasi yang secara objektif nyata, dengan kata lain orang dapat melihat sesuatu secara nyata dan setuju kalau itu ada. Fakta merupakan sesuatu yang dapat dibuktikan oleh orang lain. Fakta harus dapat diobservasi atau dilihat dan diukur seperti perilaku yang ditunjukkan oleh individu, konsep tentang tinggi badan, berat badan, dan warna rambut
  - b) Opini adalah suatu pandangan, suatu pernyataan, atau bentuk penilaian dari pikiran terhadap sesuatu hal tertentu, dengan kata lain sama dengan kepercayaan/keyakinan dan perasaan.
- 3) Melawan (*D : Dispute*) Keyakinan Irrasional agar individu dapat menikmati dampak-dampak baru (*New Effect : E*) psikologis positif dari keyakinan yang rasional.

c. **Sesi III : Latihan melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru terhadap kejadian II.**

Mengevaluasi keyakinan irrasional yang masih ada, mengidentifikasi keyakinan rasional yang baru, mengidentifikasi opini negative yang masih ada, membimbing klien berlatih melawan pikiran irrasional yang masih ada, membantu klien mengidentifikasi dampak baru (*New Effect*) dari keyakinan rasional.

Klien melakukan latihan ulang membuat *Rational Self - Analysis*.

- 1) Meminta klien menuliskan satu kejadian atau peristiwa lainnya yang dialami dan minta klien untuk memikirkan apa arti kejadian atau peristiwa terhadap klien.
- 2) Keyakinan yang mendasari respon perasaan dan perilaku terhadap kejadian yang dialami klien (kejadian II).
- 3) Fakta – fakta (keyakinan yang rasional) dari kejadian II yang dialami.
- 4) Opini – opini (keyakinan yang tidak rasional) dari kejadian II yang dialami.
- 5) Menyampaikan perbedaan antara fakta dan opini.
- 6) Mengevaluasi cara berpikir yang biasa dilakukan : lebih banyak fakta atau opini
- 7) Mengidentifikasi perasaan dan perilaku terhadap kejadian II sesuai dengan kenyataan (fakta) atau hanya opini?
- 8) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien membedakan antara fakta dan opini dari kejadian II.

d. **Sesi IV : Mencegah kekambuhan**

**F** (Further action) : Apa yang akan dilakukan untuk menghindari berulangnya pikiran irrasional yang sama. Meminta klien untuk mengungkapkan apa yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut.

Contoh :

- a) Pergi dan lihat teman-teman , cek apakah benar seperti opini saya
- b) Bila dia tidak menginginkan saya , saya akan cari teman lainnya



- c) Lihat dan baca kembali buku kerja tentang thermometer perasaan dan ukur kembali untuk masalah ini
- 1) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien berlatih *Rational Self- Analysis*.
- 2) Mendiskusikan manfaat atau kegunaan *Rational Self Analysis* bagi klien

## 1.2 Tujuan REBT

### **Tujuan Umum:**

Membantu individu untuk dapat menolong diri sendiri dengan mengajarkan cara mengubah keyakinan irrasionalnya menjadi lebih rasional melalui pembelajaran dan latihan terhadap kognitif, emosi dan perilaku sehingga memungkinkan bagi klien untuk melakukan coping dalam jangka waktu yang panjang di masa yang akan datang.

### **Tujuan Khusus:**

Klien mampu :

- a. Mengemukakan kejadian dan respon terhadap kejadian
- b. Mengidentifikasi keyakinan terhadap suatu kejadian, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru terhadap kejadian I.
- c. Melakukan latihan melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru terhadap kejadian II.
- d. Melakukan upaya mencegah kekambuhan

## 1.3 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan jiwa klien gangguan jiwa:

- a. Bagi Klien, mendapatkan asuhan keperawatan yang berkualitas dan profesional dari ahli terapi spesialis serta dapat dijadikan panduan dalam meningkatkan kemampuan mengatasi pikiran, emosi dan keyakinan maladaptif untuk menjadi adaptif.

- b. Bagi Rumah Sakit Jiwa, dapat dijadikan program untuk peningkatan kemampuan klien dalam mengendalikan pikiran, emosi dan keyakinan yang maladaptif.
- c. Bagi Perawat, dapat menerapkan terapi spasialis ini dalam upaya pemberian asuhan keperawatan yang profesional, bermutu dan ilmiah.
- d. Bagi keilmuan, dapat sebagai *evidence based* dalam mengembangkan tindakan keperawatan dengan pendekatan *dual* atau *triple* diagnosis keperawatan

Manfaat ini diharapkan dapat menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah dalam mengatasi pikiran, emosi dan keyakinan yang berdampak pada perilaku yang maladaptif agar menjadi adaptif.

**BAB II**  
**PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI**  
***RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOUR THERAPY (REBT)***

Berdasarkan teori dan konsep yang dijelaskan tentang *Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)*, psikoterapi pada klien dengan Perilaku Kekerasan, Halusinasi dan Harga Diri Rendah mempunyai 4 sesi dan masing-masing sesi dilaksanakan selama 30-45 menit untuk setiap klien. Adapun uraian kegiatan tiap sesi adalah sebagai berikut:

**2.1 Sesi I : Persiapan Kognitif : Kejadian dan respon terhadap kejadian**

Kognitif adalah tindakan atau proses mengetahui. Melibatkan kesadaran dan penilaian yang memungkinkan otak untuk memproses informasi dengan cara yang menjamin akurasi, penyimpanan, dan pengambilan. Orang dengan skizofrenia sering tidak dapat menghasilkan pemikiran logis yang rumit dan mengungkapkan kalimat yang koheren karena neurotransmisi dalam sistem pengolahan informasi otak rusak (Stuart, 2009).

Penelitian menemukan gen GAD 1 yang bertanggung jawab memproduksi GABA, dimana pada klien skizofrenia tidak dapat meningkat secara normal sesuai perkembangan pada daerah frontal, dimana bagaian ini berfungsi dalam proses berfikir dan pengambilan keputusan Hung et al, (2007 dalam Stuart, 2009).

Copel (2007) menyebutkan bahwa tanda-tanda positif skizofrenia seperti psikosis disebabkan karena fungsi otak yang abnormal pada lobus temporalis. Sedangkan tanda-tanda negatif seperti tidak memiliki kemauan atau motivasi dan anhedonia disebabkan oleh fungsi otak yang abnormal pada lobus frontalis. Hal ini sesuai dengan Sadock dan Sadock (2007) yang menyatakan bahwa fungsi utama lobus frontalis adalah aktivasi motorik, intelektual, perencanaan konseptual, aspek kepribadian, aspek produksi bahasa. Sehingga apabila terjadi gangguan pada lobus frontalis, maka akan terjadi perubahan kepribadian, tidak memiliki kemauan atau motivasi, anhedonia yang mengarah pada harga diri rendah. Sedangkan fungsi

utama dan lobus temporalis adalah ingatan dan juga emosi. Sehingga gangguan yang terjadi pada korteks temporalis dan nukleus limbik yang berhubungan pada lobus temporalis akan menyebabkan timbulnya gejala halusinasi dan perilaku kekerasan

Beberapa referensi menunjukkan bahwa neurotransmitter yang berperan menyebabkan skizofrenia adalah dopamin dan serotonin. Satu teori yang terkenal memperlihatkan dopamin sebagai faktor penyebab, ini dibuktikan dengan obat-obatan yang menyekat reseptor dopamin pascasinaptik mengurangi gejala psikotik dan pada kenyataannya semakin efektif obat tersebut dalam mengurangi gejala skizofrenia.

Dopamin penting dalam respon terhadap stress dan memiliki banyak koneksi ke sistem limbik. Dopamin memiliki empat jalur utama dalam otak (1) Jalur Mesolimbik di daerah tegmentum ventral dan proyeksi ke daerah-daerah dari sistem limbik, termasuk amigdala, nucleus accumbens dan hipokampus. Jalur mesolimbik dikaitkan dengan fungsi memori, emosi, gairah, dan kesenangan. Kelebihan aktivitas dalam saluran mesolimbik telah terlibat dalam gejala positif skizofrenia (misalnya halusinasi, delusi) dan perilaku emosi yang muncul sebagai perilaku agresif dan kekerasan. (2) Jalur Mesokortikal di daerah tegmentum ventral dan proyeksi ke korteks. Jalur mesokortikal berkaitan dengan kognisi, perilaku sosial, perencanaan, pemecahan masalah, motivasi, dan penguatan dalam belajar, gejala negatif dari skizofrenia (misalnya afek datar, apatis, kurangnya motivasi dan anhedonia) telah dikaitkan dengan aktivitas berkurang dalam saluran mesocortical yang mengarah pada kondisi harga diri rendah.

Pengolahan informasi dari klien dengan skizofrenia mengalami perubahan karena defisit otak. Namun, gangguan dalam fungsi kognitif sering membuat orang dengan skizofrenia mempunyai ide-ide dan perilaku berbeda dari orang lain. Hal ini tampak dalam kesalahan interpretasi persepsi diri dan kemampuan yang muncul pada klien perilaku kekerasan, halusinasi, delusi dan harga diri rendah.

*Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)* berdasar pada konsep bahwa emosi dan perilaku merupakan hasil dari proses pikir yang memungkinkan bagi manusia untuk memodifikasinya seperti proses untuk mencapai cara yang berbeda dalam merasakan dan bertindak (Froggatt, 2005). Reaksi emosional seseorang sebagian besar disebabkan oleh evaluasi, interpretasi, dan filosofi yang disadari maupun tidak disadari. Hambatan psikologis atau emosional tersebut merupakan akibat dari cara berpikir yang tidak logis dan irrasional, dimana emosi yang menyertai individu dalam berpikir penuh dengan prasangka, sangat personal, dan irrasional. Menurut Albert Ellis, manusia pada dasarnya adalah unik yang memiliki kecenderungan untuk berpikir rasional dan irrasional. Ketika berpikir dan bertindak rasional manusia akan efektif, bahagia, dan memiliki kemampuan. Ketika berpikir dan bertindak irrasional individu itu menjadi tidak efektif.

Menurut Froggatt (2005) REBT mengemukakan suatu penjelasan tentang sebab akibat biopsikososial yang merupakan kombinasi dari faktor biologis, psikologis dan sosial yang mempengaruhi perasaan dan perilaku seseorang. REBT juga berpendapat bahwa keadaan biologis seseorang juga mempengaruhi perasaan dan perilakunya, ini merupakan hal yang penting dan perlu diingat oleh therapist untuk memahami seberapa besar kemampuan manusia dapat berubah. Dari beberapa pernyataan diatas dapat diketahui bahwa REBT berdasarkan pada konsep emosi dan perilaku merupakan hasil dari proses pikir tentang apa yang mereka pikirkan, asumsikan dan yakini tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungannya yang dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis dan sosial sehingga terlihat dari cara individu merasakan dan bertindak terhadap masalah yang dihadapinya.

Konsep kunci teori Albert Ellis yaitu *Antecedent event (A)*, *Belief (B)*, dan *emotional Consequence (C)*. Kerangka pilar ini yang kemudian dikenal dengan konsep atau teori ABC (Froggatt, 2005).

- a) *Antecedent event (A)* yaitu seluruh peristiwa luar yang dialami atau terpapar pada individu. Peristiwa pendahulu yang berupa fakta, kejadian, tingkah laku, atau sikap orang lain. Perceraian suatu keluarga, kelulusan bagi siswa, dan

seleksi masuk bagi calon karyawan merupakan antecedent event bagi seseorang.

- b) *Belief* (B) yaitu keyakinan, pandangan, nilai, atau verbalisasi diri individu terhadap suatu peristiwa. Keyakinan seseorang ada dua macam, yaitu keyakinan yang rasional (*rational belief* atau rB) dan keyakinan yang tidak rasional (*irrational belief* atau iB). Keyakinan yang rasional merupakan cara berpikir atau system keyakinan yang tepat, masuk akal, bijaksana, dan menjadikan seseorang produktif. Keyakinan yang tidak rasional merupakan keyakinan atau system berpikir seseorang yang salah, tidak masuk akal, emosional, dan membuat orang tidak produktif.
- c) *Emotional consequence* (C) merupakan konsekuensi emosional sebagai akibat atau reaksi individu dalam bentuk perasaan senang atau hambatan emosi dalam hubungannya dengan *antecedent event* (A). Konsekuensi emosional ini bukan akibat langsung dari A tetapi disebabkan oleh beberapa variable antara dalam bentuk keyakinan (B) baik yang rB maupun yang iB.

REBT yang akan diberikan kepada klien dengan perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah pada penelitian ini menggunakan tehnik kognitif yaitu *Rational Analysis* (Analisis Rasional) dan *Catastrophe Scale* (Scala Bencana). ***Rational Analysis*** (Analisis Rasional) yaitu analisis dari peristiwa yang spesifik untuk mengajarkan klien bagaimana cara membuka dan memperdebatkan keyakinan yang tidak rasional dan setelah klien mendapatkan idenya maka klien akan membawanya sebagai pekerjaan rumah (latihan mandiri). Pada tehnik ini klien akan dilatih secara mandiri mengenal keyakinannya yang tidak rasional dan merubahnya dengan keyakinan yang rasional sehingga menurunkan gangguan emosi dan perilaku klien.

***Catastrophe Scale*** (Scala Bencana) yaitu tehnik yang digunakan untuk mendapatkan perspektif yang hebat. Pada papan tulis putih atau selembur kertas menggambarkan sebuah garis yang menurun dengan menuliskan 100% pada bagian atas dan 0% pada bagian bawah dan 10% interval diantaranya. Tanyakan pada klien pada tingkat berapa bencana yang dirasakan dari masalah yang dihadapi kemudian

masukkan item tersebut ke dalam gambar pada tempat yang tepat kemudian isi tingkatan (level) yang lainnya dengan item yang sesuai dengan pikiran klien. Pada akhirnya apakah klien secara progresif mengubah posisi item yang ditakutkannya dalam skala, sampai ketakutan tersebut dalam perspektifnya dalam hubungannya dengan item lainnya. Pada tehnik ini klien akan dilatih untuk menempatkan suatu peristiwa atau masalah dalam rentang perasaan senang sampai marah yang dirasakannya. Agar kedua tehnik kognitif tersebut dapat dilakukan oleh klien dengan terampil maka terapis juga menggunakan tehnik *Home Work* (Pekerjaan Rumah) yaitu strategi latihan mandiri di rumah agar klien menjadi terbiasa.

Untuk bisa mengenali masalah pada kognitif, klien pada sesi 1 ini akan berlatih untuk mengidentifikasi kejadian (A), mengidentifikasi respon emosi dan perilaku (C) dan memahami rentang perasaan (Termometer Perasaan).

### **2.1.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi I : Persiapan Kognitif : Kejadian dan respon terhadap kejadian**

#### **A. Tujuan Sesi I : Klien mampu :**

1. Membina hubungan saling percaya dengan terapis.
2. Mengidentifikasi kejadian : A (*Atecedent event*) peristiwa pendahulu berupa fakta, kejadian, tingkah laku, sikap seseorang, perceraian, PHK, kelulusan bagi siswa, seleksi masuk calon karyawan, dan lain-lain.
3. Mengidentifikasi C (*emotional consequence*) berupa respon emosi dan perilaku dalam bentuk perasaan senang, atau hambatan emosi dalam hubungan dengan *Atecedent event*.
4. Memahami rentang perasaan senang sampai marah yang dirasakan (Termometer Perasaan)

#### **B. Seting**

Klien duduk bersama dengan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

### **C. Alat dan Bahan**

Alat tulis, modul, buku kerja klien, grafik termometer perasaan dan buku evaluasi klien.

### **D. Metode**

Curah pendapat, diskusi, dan tanya jawab.

### **E. Langkah – langkah :**

#### **1. Persiapan**

- a. Melakukan seleksi terhadap klien sesuai dengan masalah keperawatannya.
- b. Mengingatkan klien sehari sebelum pelaksanaan terapi
- c. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan yang kondusif

#### **2. Tahap Orientasi**

##### **a. Salam terapeutik :**

- 1) Memperkenalkan nama dan nama panggilan terapis (pakai papan nama).
- 2) Menanyakan nama dan panggilan klien.

##### **b. Evaluasi/Validasi :**

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini.
- 2) Menanyakan apakah ada kejadian yang menimbulkan perasaan jengkel, yang dirasakan mengganggu ? Bagaimana perasaannya dan apa yang dilakukan klien sehubungan dengan perasaan tersebut?

##### **c. Kontrak :**

- 1) Menjelaskan pengertian REBT dan tujuan terapi yaitu membantu klien untuk mengontrol perilaku kekerasannya dengan cara mengubah keyakinan irrasionalnya menjadi lebih rasional melalui pembelajaran dan latihan terhadap kognitif, emosi dan perilaku.
- 2) Menjelaskan tentang proses pelaksanaan, tugas yang harus dikerjakan klien dan buku kerja yang akan digunakan klien dalam melaksanakan tugas dan latihannya. Proses pelaksanaan dari REBT terdiri atas 4 sesi dan setiap klien akan melewati semua sesi. Klien akan dilatih cara berpikir, mengontrol emosi dan berperilaku serta diminta untuk menuliskan tugas dan hasil latihan ke dalam buku kerja yang disediakan



oleh terapis. Buku kerja akan diisi dan dipegang oleh klien.

Menjelaskan jumlah pertemuan dan sesi-sesi dalam terapi REBT ini. Adapun sesi yang akan dilakukan terdiri atas 4 sesi, dan setiap sesinya dilakukan selama 30 – 45 menit. Pada pelaksanaannya setiap sesi akan dilaksanakan setiap hari masing-masing sesi sekali kecuali sesi 3 akan dilaksanakan dua kali sehingga jumlah pertemuan kita 5 kali pertemuan.

- 3) Menjelaskan peraturan dalam terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dan kerjasamanya dalam mengikuti kegiatan dari sesi awal sampai selesai semua sesinya.
- 4) Pada pertemuan sesi 1 ini disepakati tujuannya adalah untuk membina hubungan saling percaya dan mengidentifikasi kejadian / peristiwa yang dialami, respon perasaan (emosi dan perilaku) akibat kejadian, rentang perasaan, dan keyakinan terhadap kejadian tersebut. Sesi ini akan dilakukan selama 30-45 menit di tempat yang disepakati bersama klien.

### **3. Tahap Kerja**

- a. Terapis mendiskusikan bersama klien tentang :
  - 1) Kejadian / peristiwa yang dialami klien pada saat ini
  - 2) Respon perasaan dan perilaku klien terkait dengan kejadian/ peristiwa yang terjadi .
  - 3) Hubungan kejadian/peristiwa yang dialami klien dengan perasaan yang dirasakan oleh klien
- b. Meminta klien menuliskan kejadian / peristiwa yang dialami, perasaan dan hubungannya ke dalam buku kerja.
- c. Meminta klien untuk menuliskan perasaan terhadap kejadian atau peristiwa yang dialami pada grafik thermometer sesuai level rentang perasaan dari senang (0%) sampai marah (100%).
- d. Terapis meminta klien untuk menyampaikan manfaat atau kegunaan dari thermometer perasaan tersebut bagi klien.
- e. Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien

#### **4. Tahap Terminasi**

a. Evaluasi :

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah selesai sesi I
- 2) Meminta klien untuk menyebutkan kembali kejadian / peristiwa yang dialami, respon perilaku dan perasaannya dan hubungan kejadian / peristiwa dengan perasaan yang dirasakan oleh klien serta rentang perasaan klien sesuai thermometer yang telah diisi.
- 3) Memberikan reinforcement positif atas kerjasama dan kemampuan klien dalam menyampaikan kejadian / peristiwa yang dialami dan perasaannya.

b. Tindak Lanjut :

Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi kejadian / peristiwa lain yang dialami, respon perilaku dan perasaan klien terkait dengan kejadian / peristiwa tersebut dan menggambarkan tingkat perasaan dalam termometer perasaan serta menuliskannya ke dalam buku kerja

c. Kontrak :

- 1) Menepakati topik sesi 2 yaitu keyakinan yang mendasari perilaku dan perasaan klien terhadap kejadian serta mengatasi keyakinan yang salah
- 2) Menepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 2.

### 2.1.1 Evaluasi dan dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan.

#### Format Evaluasi

Sesi I REBT Persiapan Kognitif : Kejadian dan respon terhadap kejadian

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Menyampaikan kejadian / peristiwa yang terjadi		
3	Menyampaikan respon perasaan (emosi dan perilaku) terkait dengan kejadian / peristiwa yang terjadi		
4	Penyebab munculnya perasaan/emosi dan perilaku terkait kejadian		
5	Memasukan tingkat perasaan yang muncul dalam thermometer perasaan		
6	Aktif dalam diskusi		

#### Keterangan :

Isilah Ya = jika klien melakukan, Tidak = jika klien tidak melakukan.

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat REBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 1, klien mampu menyampaikan kejadian/peristiwa yang terjadi, menyampaikan respon perasaan (emosi dan perilaku) terkait dengan kejadian/peristiwa yang terjadi, penyebab munculnya perasaan / emosi dan perilaku terkait kejadian, memasukan tingkat perasaan yang muncul dalam thermometer perasaan, klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 2. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 1, klien belum mampu menyampaikan kejadian/peristiwa yang terjadi, menyampaikan respon perasaan (emosi dan perilaku) terkait dengan kejadian / peristiwa yang terjadi, penyebab munculnya perasaan / emosi dan perilaku terkait kejadian, memasukan tingkat perasaan yang muncul dalam thermometer perasaan, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

## **2.2 Sesi II : Keyakinan, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru.**

Albert Ellis (Corsini & Wedding, 1989 dalam Dominic, 2003 ) berpendapat bahwa yang perlu dirubah oleh individu untuk mengatasi masalah emosi maupun perilakunya adalah adanya keyakinan irrasional yang dikembangkan sendiri oleh individu. Pada umumnya keyakinan berada di luar kesadaran. Keyakinan merupakan kebiasaan atau secara otomatis, yang terdiri atas aturan-aturan dasar tentang bagaimana menjalani kehidupan di dunia. Dengan latihan manusia dapat menggali keyakinan yang ada dibawah alam sadarnya (Froggatt, 2005). Keyakinan yang tidak rasional dapat menghambat dalam mencapai tujuan, membentuk emosi ekstrim yang bertahan, menjadi stress dan mengarah kepada perilaku-perilaku yang membahayakan diri, orang lain dan kehidupan secara umum, mendistorsi kenyataan (memberikan suatu interpretasi yang salah terhadap kejadian dan tidak didukung oleh fakta), mengandung cara-cara yang tidak logis dalam mengevaluasi diri sendiri, orang lain dan lingkungan seperti menuntut, berperilaku kasar, tidak toleransi dan selalu menilai orang (Froggatt, 2005). Berlandaskan pendapat tersebut, Albert Ellis (Corsini & Wedding, 1989 dalam Dominic, 2003) mengembangkan sebuah terapi bernama REBT (Rational Emotive Behavioural Therapy) untuk membantu orang mengubah keyakinan irrasionalnya menjadi lebih rasional.

Menurut Froggatt (2005) Adapun langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk membantu klien berubah adalah :

- a) Membantu klien untuk memahami bahwa emosi dan perilaku disebabkan karena keyakinan dan pikiran.
- b) Tunjukkan kepada klien bahwa keyakinan yang relevan dapat terbuka. Format ABC merupakan hal yang tidak ternilai disini. Menggunakan suatu peristiwa dari pangalaman klien yang baru, terapi mencatatnya di "C" kemudian di "A" . Klien ditanya untuk mempertimbangkan di "B": apa yang telah saya katakan pada diri sendiri tentang "A" untuk merasakan dan bertindak seperti yang telah saya lakukan di "C". Sebagai seorang klien yang

membangun pemahaman tentang pikiran irrasional yang alami, proses penyimpanan ini akan menjadi lebih mudah. Pemahaman dapat dicapai melalui membaca, penjelasan langsung dan analisis diri dengan bantuan terapi serta tugas (PR) diantara sesi yang dilakukan.

- c) Mengajarkan pada klien bagaimana cara menunjukkan tidak sependapat dan merubah keyakinan yang tidak rasional serta menggantikannya dengan alternatif yang rasional. Format ABC digunakan dan diperluas dengan menambahkan “D” (*Disputing irrational beliefs*) dan “E” (*the new Effect the client wishes to achieve* seperti cara baru dalam merasakan dan bertindak) dan “F” (*Further Action* untuk dipilih oleh klien).
- d) Membantu klien untuk dapat melaksanakan dengan berperan melawan keyakinan yang irrasional. Memperdebatkan keyakinan yang ditolak tidak dapat ditoleransi dengan bebas untuk melakukan sesuatu seperti menyerang kemudian menemukan orang yang dapat bertahan, maka inilah yang merupakan komponen utama dari REBT. Penekanan pada pemikiran ulang dan tindakan membuatnya menjadi suatu alat yang kuat untuk berubah.

Pada sesi II upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru, dilakukan dengan mengidentifikasi keyakinan irrasional (iB), mengidentifikasi keyakinan tersebut apakah fakta atau hanya opini dan melawan dengan keyakinan rasional agar memiliki dampak baru (E).

- a) Fakta adalah sesuatu yang secara aktual ada, sesuatu yang sudah nyata terjadi, sebuah informasi yang secara objektif nyata, dengan kata lain orang dapat melihat sesuatu secara nyata dan setuju kalau itu ada. Fakta merupakan sesuatu yang dapat dibuktikan oleh orang lain. Fakta harus dapat diobservasi atau dilihat dan diukur seperti perilaku yang ditunjukkan oleh individu, tinggi badan, berat badan, warna rambut dll. Contoh : Tn. B bila marah melempar barang yang ada di dekatnya.
- b) Opini adalah suatu pandangan, suatu pernyataan, atau bentuk penilaian terhadap sesuatu hal tertentu, dengan kata lain sama dengan kepercayaan / keyakinan dan perasaan. Contoh : Tn. A adalah orang yang sombong.

### **2.2.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi II : upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru.**

#### **A. Tujuan Sesi II : Klien mampu :**

1. Mengidentifikasi keyakinan klien (B : Belief) berupa keyakinan, pandangan, nilai, verbalisasi individu terhadap suatu peristiwa (rational belief) atau (irrational belief).
2. Mengidentifikasi fakta lawan opini :
3. Melawan (D : Dispute) keyakinan irrational agar individu dapat menikmati dampak-dampak baru (New Effect : E) psikologis positif dari keyakinan yang rasional.

#### **B. Setting**

Klien duduk di ruangan dengan terapis dalam suasana yang tenang dan nyaman

#### **C. Alat**

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

#### **D. Metode**

Diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

#### **F. Langkah-langkah.**

##### **1. Persiapan**

- a. Mengingatkan klien minimal 1 hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri, tempat dan waktu

##### **2. Tahap Orientasi**

- a. Salam terapeutik :  
Salam dari terapis kepada klien.
- b. Evaluasi/ Validasi :
  - 1) Menanyakan perasaan klien hari ini.
  - 2) Menanyakan apakah ada kejadian atau peristiwa lain yang dialami dan membuat klien merasa marah, bagaimana perasaan marah klien terkait kejadian / peristiwa tersebut dan bagaimana menuliskan tingkat perasaan klien dalam termometer perasaan.

- 3) Melihat buku kerja klien untuk mengetahui apakah ada kejadian / peristiwa lainnya yang dialami dan bagaimana tingkat perasaannya terkait dengan masalah tersebut.
- 4) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien mengidentifikasi kejadian / peristiwa yang dialami dan perasaannya

c. Kontrak :

- 1) Menyetujui topik pertemuan pada sesi 2 yaitu keyakinan, upaya melawan keyakinan yang salah dan menyetujui keyakinan yang benar serta perilaku yang tepat.
- 2) Lama waktu pertemuan 30 menit di ruangan yang dirasa nyaman oleh klien dan terapis.
- 3) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dalam diskusi dan mengikuti sesi dari awal sampai akhir.

### 3. Tahap Kerja

a. Terapis dan klien mendiskusikan tentang :

- 1) Keyakinan yang mendasari respon perasaan dan perilaku terhadap kejadian yang dialami klien (kejadian I).
  - 2) Fakta – fakta (keyakinan yang rasional) dari kejadian yang dialami tersebut.
  - 3) Opini – opini (keyakinan yang tidak rasional) dari kejadian yang dialami tersebut.
  - 4) Diskusikan perbedaan antara fakta dan opini.
  - 5) Bantu klien untuk mengevaluasi cara berpikir yang biasa dilakukan : lebih banyak fakta atau opini
  - 6) Apakah yang dirasakan dan dilakukan terhadap kejadian di atas (kejadian I) sesuai dengan kenyataan (fakta) atau hanya opini?
  - 7) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien membedakan antara fakta dan opini dari kejadian atau peristiwa yang dialami.
- b. Bantu klien untuk mengubah keyakinan lama yang tidak rasional dengan keyakinan baru yang lebih rasional

- c. Bantu klien mengidentifikasi perasaan dan perilaku baru sebagai efek dari perubahan keyakinan yang lebih rasional.

#### **4. Tahap Terminasi**

1. Evaluasi

- a. Menanyakan perasaan klien setelah sesi II selesai
- b. Mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi keyakinan yang mendasari respon perasaan dan perilaku terhadap kejadian, membedakan antara fakta dan opini serta mengubah keyakinan lama yang tidak rasional dengan keyakinan baru yang lebih rasional.
- d. Mengevaluasi perasaan dan perilaku baru sebagai efek dari perubahan keyakinan yang lebih rasional.
- c. Memberikan reinforcement positif atas kerjasama klien yang baik dan kemampuan klien.

2. Tindak lanjut :

- a. Menganjurkan klien untuk berlatih mengidentifikasi keyakinan klien terhadap masalah lain, membedakan fakta dan opini yang muncul dan mengubah keyakinan yang tidak rasional menjadi keyakinan yang rasional.
- b. Menuliskan kejadian, keyakinan terhadap kejadian, fakta dan opini serta upaya yang dilakukan untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional.

3. Kontrak :

- b. Menyetujui topik sesi 3 yaitu berlatih mengidentifikasi keyakinan dari masalah yang kedua, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru.
- c. Menyetujui tempat dan waktu untuk pertemuan sesi 3.



## 2.2.2 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan secara keseluruhan.

### Format Evaluasi

Sesi II : Keyakinan, upaya melawan keyakinan irrasional  
dan menerapkan perilaku baru

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu mengungkapkan keyakinan terhadap kejadian I.		
3	Mampu membedakan antara fakta dan opini pada kejadian I		
4	Mampu menyampaikan manfaat atau kegunaan membedakan fakta dan opini		
5	Mampu mengubah keyakinan lama terhadap kejadian I yang tidak rasional dengan keyakinan baru yang lebih rasional		
6	Mampu mengidentifikasi perubahan perasaan dan perilaku sebagai efek dari perubahan keyakinan yang lebih rasional terhadap kejadian I		
7	Aktif dalam diskusi		

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat REBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 2, klien mampu mengungkapkan keyakinan terhadap kejadian, membedakan antara fakta dan opini, menyampaikan manfaat membedakan fakta dan opini, mengubah keyakinan yang tidak rasional, mengidentifikasi perubahan perasaan dan perilaku, klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 3. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 2, klien belum mampu mengungkapkan keyakinan terhadap kejadian, membedakan antara fakta dan opini, menyampaikan manfaat membedakan fakta dan opini, mengubah keyakinan yang tidak rasional, mengidentifikasi perubahan perasaan dan perilaku, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

### **2.3 Sesi III : Berlatih Keyakinan, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru.**

Setelah klien mempunyai kemampuan untuk melawan keyakinan irrasional dengan keyakinan rasional yang diperoleh dari hasil analisis opini lawan fakta, maka klien sudah mulai dapat berlatih untuk menerapkan perilaku baru.

#### **Adapun Prinsip latihan dalam REBT adalah:**

- a) Tujuan dasar dari REBT adalah meninggalkan klien dengan penyelesaian masalahnya, kebebasan untuk memilih emosi, perilaku dan gaya hidup sendiri (dalam batasan fisik, sosial dan ekonomi) dengan metode observasi diri dan perubahan personal yang akan membantu mereka dalam mempertahankan keuntungannya.
- b) Tidak semua emosi yang tidak menyenangkan dilihat sebagai disfungsi dan juga sebaliknya. REBT tidak hanya melihat pikiran positif tetapi lebih pada pikiran, emosi dan perilaku yang realistis dalam porsi yang tepat terhadap kejadian atau keadaan yang dialami oleh klien.
- c) Tidak ada satu cara untuk latihan REBT tapi dengan wawasan yang luas. Meskipun REBT mempunyai tehnik tersendiri namun kadang juga menggunakan pendekatan lain dan mengizinkan praktisi untuk menggunakan imajinasinya sendiri.
- d) REBT adalah edukatif dan kolaboratif. Klien belajar terapi dan belajar untuk menggunakannya secara sendiri. Terapis menyediakan training dan klien yang mempelajarinya sendiri. Tidak ada penjelasan yang tidak disampaikan pada klien dan terapis bersama klien merancang PR yang akan dilakukan klien di rumah.
- e) Hubungan terapis dan klien sangat penting tetapi lebih kepada sebagai fasilitator. Terapi menunjukkan sikap empati, penerimaan yang tidak terkondisi, dan memberikan dorongan. Terapis harus berhati-hati agar aktivitas tidak menciptakan ketergantungan klien.

- f) Ketika REBT dilakukan secara aktif dan langsung, terapis harus tetap berada di dalam nilai-nilai yang dianut oleh klien. Cara baru dalam berfikir akan mengembangkan kolaborasi.
- g) Masa lalu dari individu terlihat relevan pada saat itu dengan banyaknya pikiran irrasional yang masih asli tapi membuka masa lalu tidak selalu membantu dalam mengubah reaksi individu di masa sekarang. Terapis REBT jangan melibatkan terlalu banyak penggalian masa lalu.
- h) REBT adalah ringkas dan mempunyai batasan waktu. Biasanya melibatkan 5 sampai 30 sesi dengan waktu satu bulan sampai delapan bulan. Waktu yang minimum tergantung pada latar belakang dan informasi tentang riwayat klien. REBT berorientasi pada tugas dan berfokus pada pemecahan masalah saat ini.
- i) Penekanan REBT adalah perubahan dalam sistem keyakinan yang mendasar dari klien dari pada upaya menghilangkan gejala-gejala saat ini. Klien ditinggalkan dengan kemampuan untuk menolong diri sendiri dan memungkinkan untuk melakukan koping pada waktu yang panjang di masa depannya.

### **2.3.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi III : Berlatih Keyakinan, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru.**

#### **A. Tujuan Sesi III : Klien mampu :**

1. Berlatih mengidentifikasi keyakinan klien (B : Belief) berupa keyakinan, pandangan, nilai, verbalisasi individu terhadap suatu peristiwa (rational belief) atau (irrational belief) dari kejadian kedua.
2. Berlatih mengidentifikasi fakta lawan opini dari kejadian kedua
3. Berlatih melawan (D : Dispute) keyakinan irrational agar individu dapat menikmati dampak-dampak baru (New Effect : E) psikologis positif dari keyakinan yang rasional.

#### **B. Setting**

Klien duduk di ruangan dengan terapis dalam suasana yang tenang dan nyaman

### **C. Alat**

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

### **D. Metode**

Diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

### **F. Langkah-langkah**

#### **1. Persiapan**

- a. Mengingatkan klien minimal 1 hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri, tempat dan waktu

#### **2. Tahap Orientasi**

- a. Salam terapeutik :

Salam dari terapis kepada klien.

- b. Evaluasi/ Validasi :

- 1) Menanyakan perasaan klien hari ini
- 2) Menanyakan apakah sudah berlatih mengidentifikasi keyakinan klien terhadap masalah lain, membedakan fakta dan opini yang muncul dan mengubah keyakinan yang tidak rasional menjadi keyakinan yang rasional.
- 3) Menanyakan dampak perubahan yang dirasakan.
- 4) Melihat buku kerja klien untuk mengetahui keyakinan yang muncul terhadap kejadian / peristiwa lainnya yang dialami dan bagaimana upaya yang dilakukan untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional.
- 5) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien

- c. Kontrak :

- 1) Menyepakati topik pertemuan pada sesi 3 yaitu berlatih mengidentifikasi keyakinan pada kejadian II, upaya melawan keyakinan yang salah dan menyepakati keyakinan yang benar serta perilaku yang tepat.
- 2) Lama waktu pertemuan 30 menit di ruangan yang dirasa nyaman oleh klien dan terapis.

- 3) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dalam diskusi dan mengikuti sesi dari awal sampai akhir.

### **3. Tahap Kerja**

a. Terapis meminta klien untuk berlatih tentang :

- 1) Keyakinan yang mendasari respon perasaan dan perilaku terhadap kejadian yang dialami klien (kejadian II).
- 2) Fakta – fakta (keyakinan yang rasional) dari kejadian II yang dialami.
- 3) Opini – opini (keyakinan yang tidak rasional) dari kejadian II yang dialami.
- 4) Menyampaikan perbedaan antara fakta dan opini.
- 5) Mengevaluasi cara berpikir yang biasa dilakukan : lebih banyak fakta atau opini
- 6) Mengidentifikasi perasaan dan perilaku terhadap kejadian II sesuai dengan kenyataan (fakta) atau hanya opini?
- 7) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien membedakan antara fakta dan opini dari kejadian II.

b. Latih klien untuk mengubah keyakinan lama yang tidak rasional dengan keyakinan baru yang lebih rasional pada kejadian II.

c. Latih klien mengidentifikasi dampak perasaan dan perilaku dari perubahan keyakinan yang lebih rasional.

### **4. Tahap Terminasi**

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah sesi III selesai
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi keyakinan yang mendasari respon perasaan dan perilaku terhadap kejadian II, membedakan antara fakta dan opini serta mengubah keyakinan lama yang tidak rasional dengan keyakinan baru yang lebih rasional.

- 3) Mengevaluasi perasaan dan perilaku baru sebagai efek dari perubahan keyakinan yang lebih rasional pada kejadian II.
- 4) Memberikan reinforcement positif atas kerjasama klien yang baik dan kemampuan klien.

b. Tindak lanjut :

- 1) Menganjurkan klien untuk berlatih mengidentifikasi keyakinan klien terhadap masalah lain, membedakan fakta dan opini yang muncul dan mengubah keyakinan yang tidak rasional menjadi keyakinan yang rasional.
- 2) Menuliskan kejadian, keyakinan terhadap kejadian, fakta dan opini serta upaya yang dilakukan untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional.

c. Kontrak :

- 1) Menyetujui topik sesi IV yaitu **F** (Further action) : Upaya yang dilakukan untuk menghindari berulangnya pikiran tidak rasional yang sama.
- 2) Menyetujui tempat dan waktu untuk pertemuan sesi IV.

### **2.3.2 Evaluasi dan Dokumentasi**

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan secara keseluruhan.

Format Evaluasi

Sesi III : Berlatih mengidentifikasi keyakinan, upaya melawan keyakinan irrasional dan menerapkan perilaku baru

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu mengungkapkan keyakinan terhadap kejadian II.		
2	Mampu membedakan antara fakta dan opini pada kejadian II		
3	Mampu menyampaikan manfaat atau kegunaan membedakan fakta dan opini		
3	Mampu mengubah keyakinan lama terhadap kejadian II yang tidak rasional dengan keyakinan baru yang lebih rasional		
4	Mampu mengidentifikasi perubahan perasaan dan perilaku sebagai efek dari perubahan keyakinan yang lebih rasional terhadap kejadian II		
4	Aktif dalam diskusi		

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat REBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 3, klien mampu mengungkapkan keyakinan terhadap kejadian II, membedakan antara fakta dan opini, menyampaikan manfaat membedakan fakta dan opini, mengubah keyakinan yang tidak rasional, mengidentifikasi perubahan perasaan dan perilaku, klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 4. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 3, klien belum mampu mengungkapkan keyakinan terhadap kejadian II, membedakan antara fakta dan opini, menyampaikan manfaat membedakan fakta dan opini, mengubah keyakinan yang tidak rasional, mengidentifikasi perubahan perasaan dan perilaku, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

## 2.4 Sesi IV : Mencegah kekambuhan (F : Further action)

Kunci untuk mencegah kekambuhan adalah kesadaran dari awal mengenali perilaku kambuh. Sekitar 70% dari klien dan 90% dari keluarga mampu melihat gejala kekambuhan penyakit, dan hampir semua klien tahu kapan gejala kambuh muncul. Fase prodromal terjadi sebelum kambuh (Stuart, 2009).

Fase prodromal adalah waktu antara timbulnya gejala dan kebutuhan untuk perawatan. Dengan mayoritas klien dan keluarga menunjukkan periode prodromal yang berlangsung lebih dari 1 minggu, adalah penting bahwa perawat berkolaborasi dengan klien, keluarga, dan anggota keluarga mengenai terjadinya kambuh.

Mengidentifikasi dan mengelola perilaku dan gejala membantu mengurangi jumlah dan keparahan relaps/kekambuhan. Pengajaran untuk klien dan keluarga adalah intervensi efektif yang dapat memberikan mereka kendali atas kehidupan mereka dan menurunkan jumlah atau panjang rawat inap. Semakin banyak penelitian telah menunjukkan penurunan yang signifikan dalam tingkat kambuhan sebagai hasil dari intervensi psiko-pendidikan (Magliano et al, 2006).

Panduan untuk Klien dalam mencegah kekambuhan (Stuart, 2009):

- Pergilah ke lingkungan yang aman dengan seseorang yang bisa membantu Anda jika bantuan diperlukan. Orang ini harus dapat memonitor perilaku yang menunjukkan kambuh makin parah.
- Mengurangi stres dan tuntutan pada diri sendiri. Ini termasuk mengurangi rangsangan. Beberapa orang menemukan sebuah ruangan yang tenang di mana mereka dapat sendiri, mungkin dengan musik lembut. Teknik relaksasi atau teknik distraksi dapat bekerja untuk Anda. Sebuah tempat yang tenang di mana Anda dapat berbicara dengan satu orang yang Anda percayai sering membantu.
- Minum obat jika ini merupakan bagian dari program anda. Bekerja dengan resep Anda untuk menentukan apakah obat dapat berguna dalam mengurangi kambuh.



Obat yang paling bermanfaat bila digunakan dengan lingkungan yang aman, tenang dan pengurangan stres.

- Bicara dengan orang yang terpercaya tentang apa suara-suara yang mengatakan kepada Anda atau tentang pikiran Anda mengalami. Orang ini perlu mengetahui di depan waktu yang Anda akan panggilan jika Anda memerlukan bantuan.
- Hindari orang-orang yang mengatakan hal-hal negatif seperti, Anda berpikir gila 'atau "Stop berbicara negatif"

Dalam REBT untuk mencegah kekambuhan klien terhadap kondisi kejiwaannya telah dirancang suatu strategi psikoedukatif bagi klien untuk bisa mengatasi pikiran irrasional yang menyebabkan klien memiliki keyakinan rasional yang membuat klien berespon secara emosi dan perilaku yang adaptif dengan pikiran rasional yang berdampak pada efek baru dengan tindakan yang akan dilakukan (F- Further Action).

**F (Further action) :** Apa yang akan dilakukan untuk menghindari berulangnya pikiran irrasional yang sama.

F: Further action : Tindakan lebih lanjut (apa yang akan saya lakukan untuk menghindari pemikiran disfungsional yang sama dan reaksi di masa depan) :

- Membaca kembali artikel/buku kerja tentang mengelola pikiran irrasional. Bicara dengan kelompok manajemen kemarahan tentang cara yang lebih baik untuk berkomunikasi.
- Gunakan 'time-out' untuk beberapa waktu ke depan untuk berlatih meningkatkan toleransi.
- Lakukan analisis diri ketika melakukan time-out.

#### **2.4.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi IV : Mencegah kekambuhan**

**A. Tujuan Sesi IV :** Klien mampu :

1. Klien mampu secara aktif membentuk keyakinan rasional, menunjukkan respon emosi dan perilaku yang adaptif.
2. Klien mampu mempertahankan keyakinan rasional, respon emosi dan perilaku yang adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.

**B. Setting**

Klien duduk di ruangan dengan terapis dalam suasana yang tenang dan nyaman

### **C. Alat**

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

### **D. Metode**

Diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

### **E. Langkah-langkah**

#### **1. Persiapan**

- a. Mengingat klien minimal 1 hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri, tempat dan waktu

#### **2. Tahap Orientasi**

##### **a. Salam terapeutik :**

Salam dari terapis kepada klien.

##### **b. Evaluasi/ Validasi :**

- 1) Menanyakan perasaan klien hari ini
- 2) Menanyakan kemampuan klien mengidentifikasi keyakinan dari suatu kejadian, membedakan fakta dan opini serta mengubah keyakinan yang tidak rasional menjadi keyakinan yang rasional.
- 3) Menanyakan kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi yang telah disepakati.
- 4) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien

##### **c. Kontrak :**

- 1) Menyetujui topik pertemuan pada sesi 4 yaitu upaya mempertahankan kemampuan yang telah dikuasai.
- 2) Lama waktu pertemuan 20 menit di ruangan yang dirasa nyaman oleh klien dan terapis.
- 3) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dalam diskusi dan mengikuti sesi dari awal sampai akhir.

#### **3. Tahap Kerja**

- a. Terapis menganjurkan klien untuk tetap meningkatkan kemampuan untuk secara aktif membentuk keyakinan rasional, menunjukkan respon emosi dan perilaku yang adaptif.

- b. Terapis menganjurkan untuk tetap mempertahankan keyakinan rasional, respon emosi dan perilaku yang adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.
- c. Terapis meminta klien untuk mengungkapkan apa yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut.
- d. Terapis mengajurkan klien untuk mencatat kegiatan yang akan dilakukan sendiri. Mendiskusikan manfaat atau kegunaan *Rational Self Analysis* bagi klien
- e. Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien berlatih *Rational Self-Analysis*.

#### **4. Tahap Terminasi**

##### **a. Evaluasi**

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah sesi IV selesai
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien membentuk keyakinan rasional, menunjukkan respon emosi dan perilaku yang adaptif secara mandiri, upaya yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut.
- 3) Mengevaluasi perasaan dan perilaku baru sebagai efek dari perubahan keyakinan yang lebih rasional.
- 4) Memberikan reinforcement positif atas kerjasama klien yang baik dan kemampuan klien.

##### **b. Tindak lanjut :**

- 1) Menganjurkan klien untuk mempertahankan keyakinan yang rasional terhadap setiap masalah, membedakan fakta dan opini yang muncul dan mengubah keyakinan yang tidak rasional menjadi keyakinan yang rasional.
- 2) Menuliskan setiap kejadian, keyakinan terhadap kejadian, fakta dan opini serta upaya yang dilakukan untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional.

c. Kontrak :

- 1) Mengakhiri pertemuan untu REBT dan menyepakati bila klien memerlukan pertemuan tambahan.

#### 2.4.2 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan secara keseluruhan.

Format Evaluasi

Sesi IV : Mencegah kekambuhan

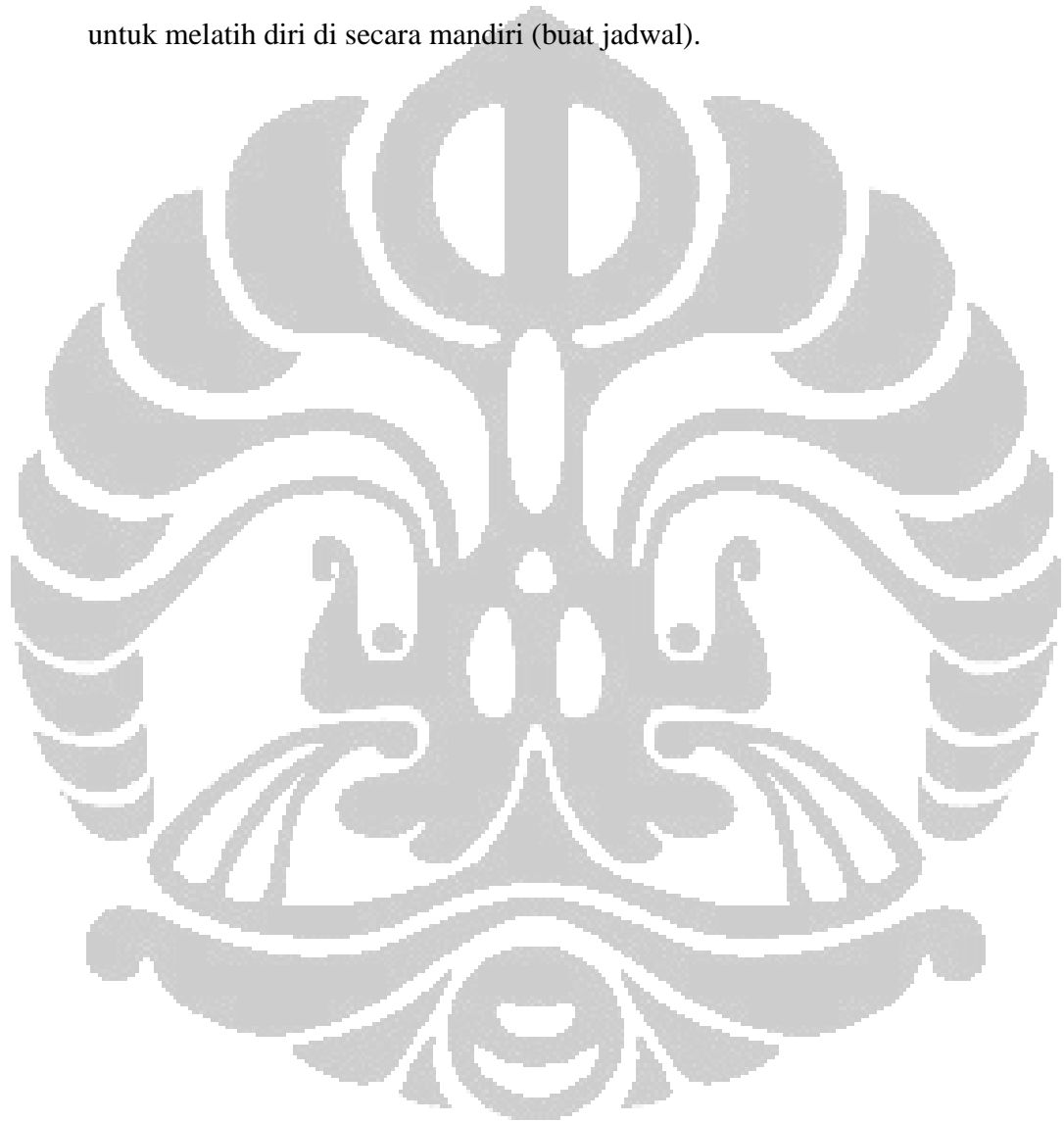
Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu merencanakan peningkatan kemampuan membentuk keyakinan rasional, menunjukkan respon emosi dan perilaku yang adaptif.		
2	Mampu mempertahankan keyakinan rasional, respon emosi dan perilaku yang adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.		
3	Mampu mengungkapkan rencana yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut.		
3	Mampu mengungkapkan manfaat terapi modalitas REBT		

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat REBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 4, klien mampu merencanakan peningkatan kemampuan membentuk keyakinan rasional, menunjukkan respon emosi dan perilaku yang adaptif, mampu mempertahankan keyakinan rasional, respon emosi dan perilaku yang adaptif secara mandiri dan berkesinambungan, mampu mengungkapkan rencana yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut, mampu mengungkapkan manfaat terapi modalitas REBT, klien dapat menyelesaikan tuntas REBT. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti REBT sesi 4, klien belum mampu merencanakan peningkatan kemampuan

membentuk keyakinan rasional, menunjukkan respon emosi dan perilaku yang adaptif, mempertahankan keyakinan rasional, respon emosi dan perilaku yang adaptif secara mandiri dan berkesinambungan, mengungkapkan rencana yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut, mengungkapkan manfaat terapi modalitas REBT, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).



### **BAB III**

### **PENUTUP**

Skizofrenia merupakan gangguan neurobiologikal otak yang persisten dan serius, sindroma secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan hidup baik secara individu, keluarga dan komunitas. Skizofrenia merupakan kumpulan gejala berupa gangguan isi dan bentuk pikiran, persepsi, emosi/perasaan, perilaku dan hubungan interpersonal. Dengan demikian pada skizofrenia terjadi kesulitan berfikir dengan benar, memahami dan menerima realita, gangguan emosi/perasaan, tidak mampu membuat keputusan, serta gangguan dalam pengontrolan perilaku.

Gangguan pada pikiran yang tampak pada klien skizofrenia sering kita jumpai adanya halusinasi dan pikiran yang tidak rasional atau tidak sesuai dengan realitas, gangguan yang ada pada perasaan sering kita jumpai klien skizofrenia menilai dirinya tidak baik, buruk dan tidak berharga yang banyak kita jumpai pada klien harga diri rendah, gangguan pada perilaku dimana pada klien skizofrenia sering kita jumpai klien berperilaku aneh, tidak mampu mengontrol perilaku dan emosi yang menjadikan klien berperilaku kekerasan.

Gangguan itu semua bersumber dari pikiran yang tidak rasional yang sering muncul pada klien skizofrenia, akibat pikiran tadi akan membuat klien berrespon secara emosi dan perilaku yang maladaptif, maka sebagai perawat spesialis jiwa pemahaman akan target perubahan perilaku klien skizofrenia dengan berbagai diagnosis keperawatan perlu menjadi perhatian.

REBT adalah suatu metoda terapi yang menggunakan pendekatan kognitif dan perilaku untuk memahami dan mengatasi masalah emosi dan perilaku negatif yang berasal dari keyakinan-keyakinan yang tidak rasional (irrasional). REBT merupakan suatu pendekatan kognitif dan perilaku yang mengemukakan fakta-fakta bahwa perilaku yang dihasilkan bukan berasal dari kejadian yang dialami namun dari keyakinan – keyakinan yang tidak rasional.

Dengan terapi spesialis REBT diharapkan gangguan pada pikiran yang tidak rasional/irrasional pada klien skizofrenia yang berdampak pada emosi dan perilaku klien dapat diatasi dengan latihan analisis rasional diri, hingga klien mampu melawan pikiran irrasional tersebut dengan pikiran rasional yang akan mempunyai dampak baru pada emosi dan perilaku yang adaptif hingga kedepan klien mampu merencanakan tindakan antisipasi dan penyelesaian masalah terhadap masalah-masalah yang dihadapi.

Terapi ini sangat mungkin untuk dilakukan disetting klinis (rumah sakit) dan non klinis (sekolah dan tempat kerja) oleh perawat spesialis jiwa dengan kemampuan psikoterapinya untuk menjadikan klien yang ditangani dapat memiliki pikiran positif yang berdampak pada emosi dan perilaku positif, sehingga klien dapat mengalami kesehatan jiwa yang optimal.



## Daftar Pustaka

- Balitbang Depkes, (2008), *Kebijakan dan Strategi Pembangunan Kesehatan Jiwa*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Copel, L.C. (2007). *Kesehatan Jiwa dan Psikiatri: Pedoman Klinis Perawat*. Jakarta, EGC
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia., 2009, *Profil Pembangunan Kesehatan Jiwa*, Pusat Data dan Informasi, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. <http://www.litbang.depkes.go.id/LaporanRKD/IndonesiaNasional.pdf>. Februari 22, 2009.
- FIK-UI, (2010), *Laporan Spesialis Keperawatan Jiwa: Residensi dan Aplikasi*, FIK- UI Depok
- Fontaine, K.L. (2009). *Mental Health Nursing*. 7<sup>th</sup> ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Froggatt, W (2005). A brief introduction to rational emotive behaviour therapy, *journal of rational emotive behaviour therapy, version Feb 2005*
- Halgin, R.P., & Whitbourne, S.K. (2007). *Abnormal Psychology Clinical Perspectives on Psychological Disorder*. 5<sup>th</sup> ed. New York : McGraw-Hill.
- Jalil, M. (2006). Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan penderita skizoprenia di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang. *Skripsi*. Tidak dipublikasikan.
- Jensen. (2010), Evaluating the ABC models of rational emotive behaviour therapy theory : an analysis of the relationship between irrational thinking and guilt, *Thesis of Science in Psychology*. The Faculty of Department Psychology Villanova University. United State. ProQuest LLC
- Keliat, B.A., (2006). *Peran Serta Keluarga Dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Keliat, B.A., & Akemat. (2010). *Model Praktek Keperawatan Profesional*. Jakarta : EGC
- Putri, D.W. (2010) *Pengaruh Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) Terhadap Klien Perilaku Kekerasan di Rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan



- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins
- Shives, L.R. (2005). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Sinaga, B.R. (2007). *Skizofrenia & Diagnosis Banding*. Balai Penerbit, Fakultas Kedokteran – Universitas Indonesia, Jakarta
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 9<sup>th</sup> ed. Missouri : Mosby, Inc.
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Wahyuni, SE. (2010). *Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy Terhadap Halusinasi Pasien di Rumah Sakit Jiwa Pemprosu Medan*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- WHO. (2009). *Improving Health System and Service for Mental Health* : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- WHO. (2010). *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Federation For Mental health (2008), *Learning about schizophrenia: an international mental health awareness packet*. [Http://www.wfmh.org](http://www.wfmh.org). diperoleh tanggal 8 Januari 2011



**MODUL PELAKSANAAN TERAPI SPESIALIS:**  
***COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY (CBT)***  
**(PSIKOTERAPI UNTUK INDIVIDU)**

Disusun oleh :

**Heppi Sasmita, M.Kep., Sp.Kep.J.**  
**Dr. Budi Anna Keliat, S. Kp, M. App., Sc**  
**Ns. Ira Erwina, S. Kep.,M.Kep.**  
**Novy Helena C.D, S. Kp, M.Sc.**  
**Eyet Hidayat, S.Pd., S.Kp.**  
**Ns. Satrio Kusumo Lelono, S.Kep.**  
**Ns. I Ketut Sudiatmika, S.Kep.**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN**  
**KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**2011**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penyusun panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusun dapat menyelesaikan Modul Pelaksanaan Terapi Spesialis dengan judul ” **Modul Pelaksanaan Terapi Spesialis: *Cognitive Behavioural Therapy (CBT)***”. Modul ini merupakan pengembangan dan revisi dari modul sebelumnya yang telah dibuat.

Modul yang digunakan dalam penyusunan ini dari modul CBT yang dikembangkan oleh Erwina (2010) untuk klien dengan PTSD. Penyusun memodifikasi modul tersebut yang disesuaikan untuk klien dengan perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah terutama pada latar belakang penggunaan terapi. Pada prinsipnya implementasi CBT tidak dilakukan modifikasi, dimana tetap menggunakan lima sesi yaitu: sesi 1 pengkajian, sesi 2 terapi kognitif, sesi 3 terapi perilaku, sesi 4 evaluasi terapi kognitif dan perilaku, sesi 5 mencegah kekambuhan.

Penyusun mencoba memberikan penegasan dan penjelasan pada setiap sesi pelaksanaan CBT berdasarkan teori yang dipelajari. Penjelasan tersebut diharapkan akan mempermudah terapis dalam memahami dan melaksanakan setiap sesi CBT sehingga tujuan terapi dapat tercapai.

Pada kesempatan ini penyusun menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

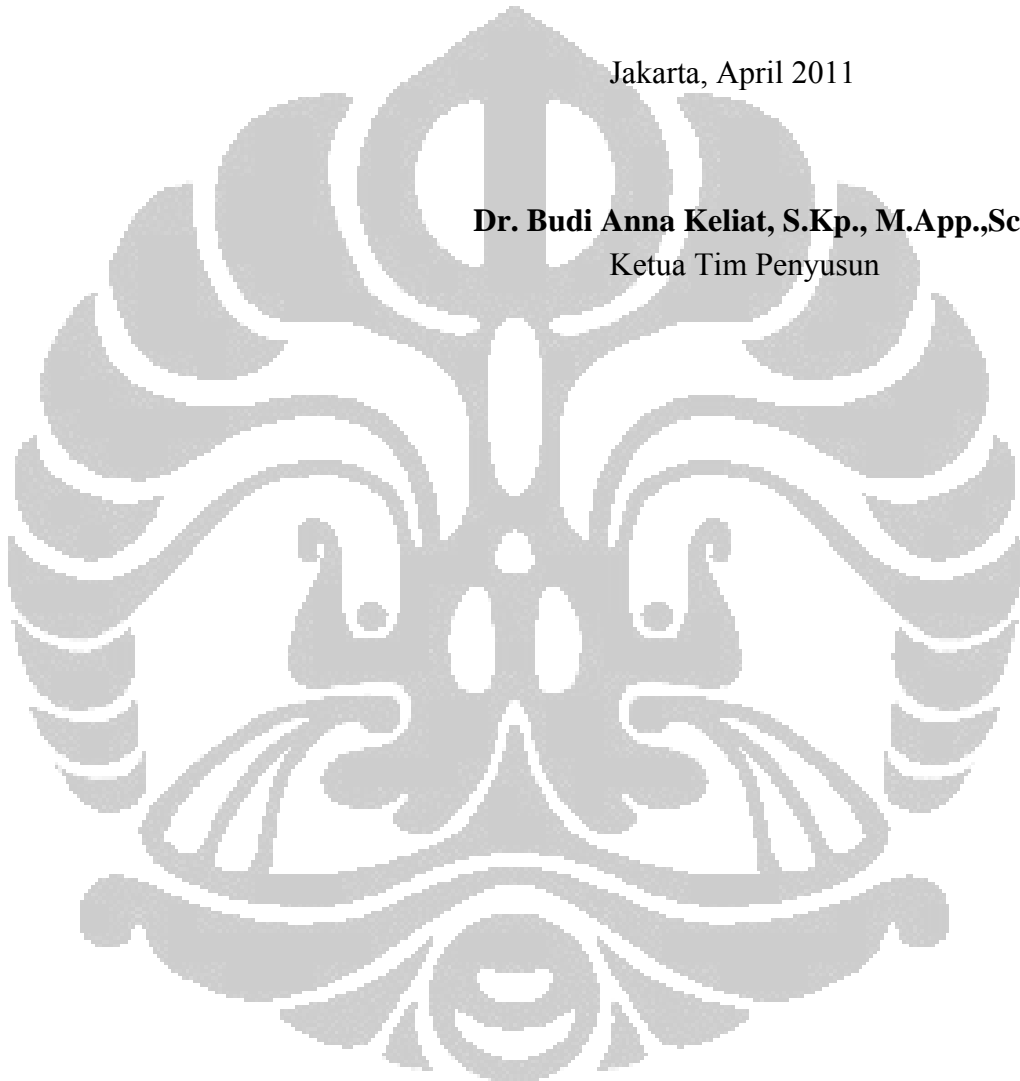
1. Rektor Universitas Indonesia
2. Ibu Dewi Irawati, M.A., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian penyusunan modul ini.

Kami mengharapkan masukan dari berbagai pihak untuk dapat mengembangkan modul ini sehingga dapat digunakan dalam semua setting pelayanan kesehatan.

Semoga modul ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Jakarta, April 2011

**Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.,Sc**  
Ketua Tim Penyusun



## **BAB 1** **PENDAHULUAN**

## 1.1 Latar Belakang

WHO (2009) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan jiwa, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030.

Gangguan jiwa berat yang paling banyak terjadi adalah skizofrenia (Stuart, 2009). Klien skizofrenia di Amerika Serikat adalah 1% dari penduduk Amerika, atau satu dari 100 orang menderita skizofrenia, atau 2,5 juta orang, dengan tidak membedakan ras, kelompok etnis, atau gender. Gangguan terjadi mulai usia rata-rata 17 - 25 tahun, laki-laki rata-rata mulai usia 15 - 25 tahun, perempuan rata-rata 25 - 35 tahun.

Gangguan jiwa berat di Indonesia tahun 2007 memiliki prevalensi sebesar 4.6 permil, dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat (Balitbang Depkes RI, 2008). Penduduk Indonesia pada tahun 2007 (Pusat Data dan Informasi Depkes RI, 2009) sebanyak 225.642.124 sehingga klien gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2007 diperkirakan 1.037.454 orang. Data statistik direktorat kesehatan jiwa menunjukkan klien gangguan jiwa berat terbesar di Indonesia adalah skizofrenia yaitu 70% (Dep.Kes, 2003) dan klien yang di rawat di Rumah Sakit Jiwa di seluruh Indonesia 90% Skizofrenia (Jalil, 2006).

Skizofrenia merupakan gangguan neurobiologikal otak yang persisten dan serius, sindroma secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan hidup baik secara individu, keluarga dan komunitas (Stuart, 2009). Menurut Keliat (2006) skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari. Sedangkan menurut

Halgin dan Whitbourne (2007, dalam Wahyuni, 2010) skizofrenia merupakan kumpulan gejala berupa gangguan isi dan bentuk pikiran, persepsi, emosi/perasaan, perilaku dan hubungan interpersonal. Dengan demikian pada skizofrenia terjadi kesulitan berfikir dengan benar, memahami dan menerima realita, gangguan emosi/perasaan, tidak mampu membuat keputusan, serta gangguan dalam berhubungan dengan orang lain.

Simptom atau gejala yang tampak dari suatu skizofrenia dibagi dalam 5 dimensi, yaitu simpton positif, simpton negatif, simpton kognitif, simpton agresif dan hostilitas serta simpton depresi dan *anxious* (Shives, 2005; Sinaga, 2007). Gejala positif menggambarkan fungsi normal yang berlebihan dan khas, meliputi waham, halusinasi, disorganisasi pembicaraan dan disorganisasi perilaku seperti katatonia atau agitasi/kegelisahan. Simpton agresif dan *hostile*, simpton ini menekankan pada masalah pengendalian impuls. *Hostile* bisa berupa penyerangan secara fisik atau verbal terhadap orang lain, termasuk juga perilaku mencederai diri sendiri (suicide), merusak barang orang lain atau seksual *acting out*. Simpton depresi dan *anxious* pada klien skizofrenia sering kali didapatkan bersamaan dengan simpton lain seperti mood yang terdepresi, mood cemas, rasa bersalah (*guilt*), *tension*, iritabilitas atau kecemasan. Dari berbagai simpton diatas pada klien skizofrenia menggambarkan banyaknya masalah yang muncul seperti penyerangan terhadap orang lain, perilaku mencederai diri dan orang lain, halusinasi, depresi, rasa bersalah/harga diri rendah, waham.

Menurut Stuart (2009) diagnosis keperawatan primer menurut NANDA yang muncul pada skizofrenia dapat berupa resiko perilaku kekerasan, gangguan sensori persepsi: halusinasi, harga diri rendah kronik, gangguan proses pikir: waham dan yang lain. Dapat disimpulkan bahwa proses terjadinya skizoprenia dapat disebabkan karena sebelumnya klien mengalami suatu stressor menegangkan yang mengancam ego yang sudah lemah, ancaman tersebut dipersepsikan mengganggu konsep diri atau integritas diri. Dimana aktualisasi klien belum tercapai sehingga klien mengalami harga diri rendah dan apabila hal ini dipertahankan maka lama kelamaan klien akan depresi dan hal ini berlanjut

menjadi skizoprenia. Dan sebaliknya, pada klien skizoprenia pada kondisi maladaptif juga ditemukan perilaku kekerasan dan halusinasi, serta dimasa pemulihannya juga akan membuat klien mengalami harga diri rendah karena merasa penyakitnya sulit disembuhkan dan kurangnya penerimaan keluarga dan masyarakat. Hal ini tentu akan membuat klien akan mengalami depresi.

Tindakan keperawatan pada klien perilaku kekerasan, halusinasi maupun harga diri rendah telah banyak dilakukan dengan pendekatan tindakan keperawatan generalis. Tindakan keperawatan tersebut sesuai standar asuhan keperawatan yang telah menjadi acuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit jiwa. Tindakan keperawatan yang dilakukan memiliki dampak pada penurunan gejala perilaku kekerasan, halusinasi dan peningkatan harga diri klien, namun dampak tersebut belum diketahui sejauh mana efeknya terhadap kemampuan klien dalam mengontrol ketiga gejala tersebut. Tindakan keperawatan pada klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah di atas, akan lebih efektif dan meningkatnya kemampuan klien secara adekuat bila dipadukan dengan tindakan keperawatan lanjut / spesialis.

Salah satu bentuk tindakan keperawatan lanjut/spesialis yang dapat dilakukan pada klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah adalah *cognitive behaviour therapy*. *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* (2006) menyatakan *cognitive behaviour therapy* adalah terapi yang membantu individu merubah cara berfikir dan perilakunya sehingga perubahan itu membuat individu merasa lebih baik, dan terapi ini berfokus pada masalah *here and now* serta kesulitan yang dihadapi. Dengan demikian *cognitive behaviour therapy* merupakan suatu terapi yang dapat membantu klien merubah pikiran dan perilakunya yang negatif menjadi positif dan berfokus pada keadaan atau masalah yang dihadapi klien saat ini. Hal di atas diperkuat oleh pendapat Froggrat (2006) bahwa *cognitive behaviour therapy* dilakukan pada klien depresi, ansietas termasuk *obsesive compulsive, agoraphobia, phobia* spesifik, ansietas menyeluruh dan post trauma, stress, gangguan makan, adiksi, *hypochondriasis*, disfungsi seksual, manajemen marah, gangguan pengontrolan impuls, perilaku

antisosial, kecemburuan, pemulihan sexual abuse, gangguan kepribadian, masalah kesehatan mental kronis, *disability* psikis, skizofrenia, manajemen nyeri, manajemen stress, gangguan perilaku pada anak dan remaja dan masalah hubungan dalam keluarga.

Berdasarkan uraian diatas pada klien dengan skizofrenia yang mengalami masalah secara kognitif/pikiran yang tidak realitis yang muncul pada klien halusinasi dan pikiran yang tidak realistis/distorsi pikiran tadi mengakibatkan klien berperilaku yang maladaptif yang tampak pada klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah, maka CBT dengan fokus pada perubahan pikiran negatif/distorsi kognitif agar menjadi positif sehingga akan berimbas pada klien agar dapat berperilaku positif dan adaptif.

Perawat sebagai salah satu anggota tim pelayanan kesehatan jiwa diharapkan dapat memberikan terapi ini dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit maupun komunitas khususnya pada klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah.

## **1.2 Tujuan CBT**

### **Tujuan Umum:**

Membantu individu untuk dapat menolong diri sendiri dengan mengajarkan cara mengubah pikiran dan perilaku negatif menjadi positif melalui pembelajaran dan latihan terhadap kognitif dan perilaku sehingga memungkinkan bagi klien untuk melakukan coping yang konstruktif dalam jangka waktu yang panjang di masa yang akan datang.

### **Tujuan Khusus:**

Klien mampu :

- a. Mengemukakan pikiran dan perilaku yang negatif/mengganggu



- b. Melakukan latihan terapi kognitif untuk melawan pikiran negatif yang mengganggu
- c. Melakukan latihan terapi perilaku untuk melawan perilaku negatif yang dilakukan.
- d. Melakukan Evaluasi latihan terapi kognitif dan terapi perilaku
- e. Melakukan upaya mencegah kekambuhan

### 1.3 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan jiwa pada klien gangguan jiwa:

- a. Bagi Klien, mendapatkan asuhan keperawatan yang berkualitas dan profesional dari ahli terapi spesialis serta dapat dijadikan panduan dalam meningkatkan kemampuan mengatasi pikiran dan perilaku maladaptif untuk menjadi adaptif.
- b. Bagi Rumah Sakit Jiwa, dapat dijadikan program untuk peningkatan kemampuan klien dalam mengendalikan pikiran dan perilaku yang maladaptif.
- c. Bagi Perawat, dapat menerapkan terapi spasialis ini dalam upaya pemberian asuhan keperawatan yang profesional dan bermutu ilmiah.
- d. Bagi keilmuan, dapat sebagai *evidence based* dalam mengembangkan tindakan keperawatan dengan pendekatan *dual* atau *triple* diagnosis keperawatan

Manfaat ini diharapkan dapat menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah dalam mengatasi pikiran negatif yang berdampak pada perilaku yang maladaptif agar menjadi adaptif.

*Cognitive Behavior Therapy* (CBT) merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang didasarkan pada teori bahwa tanda-dan gejala fisiologis berhubungan dengan interaksi antara pikiran, perilaku dan emosi (Pedneault, 2008). Sedangkan

menurut Epigee (2009) CBT merupakan terapi yang didasari dari gabungan beberapa intervensi yang dirancang untuk merubah cara berpikir dan memahami situasi dan perilaku sehingga mengurangi frekuensi reaksi negatif dan emosi yang mengganggu. Defenisi lain menyebutkan bahwa CBT adalah suatu terapi psikososial yang mengintegrasikan modifikasi perilaku melalui pendekatan restrukturisasi kognitif (Martin, 2010). CBT adalah terapi yang berfokus pada masalah, bersifat aktif dan secara langsung membantu klien untuk melihat apa sebenarnya penyebab mereka tertekan. (*Center for CBT*, 2006).

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

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

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

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

1. *Empirically based* (berdasarkan pada pembuktian atau hasil penyusunan)  
Metode psikoterapi ini perlu didukung pembuktian yang luas untuk mengatasi banyaknya masalah klinis.
2. *Goal oriented* (berorientasi pada tujuan)  
Klien dan terapis mengidentifikasi tujuan yang jelas dengan menggunakan evaluasi perkembangan klien dan hasil yang telah dicapai.
3. *Practical* (lebih merupakan praktek)  
Klien dan terapis berfokus pada penjelasan dan pemecahan masalah kehidupan, mendiskusikan masalah saat ini dan sekarang bukan riwayat klien.
4. *Collaborative* (kerjasama)  
Kerjasama dan partisipasi aktif klien dalam proses terapi sangat diperlukan karena dapat membantu klien untuk berubah.
5. *Open* (terbuka)  
Proses dalam terapi ini adalah terbuka dan fleksibel dimana antara klien dan terapis dapat berdiskusi didalam proses terapi.
6. *Homework* (tugas pekerjaan rumah)  
Klien diberikan tugas rumah untuk mengumpulkan data terkait dengan keterampilan yang dimiliki, dan memberikan penguatan terhadap respons tersebut.
7. *Measurements* (ada pengukuran)  
Data dasar penilaian masalah perilaku di buat selama proses pengkajian Penilaian tersebut di ulang selama interval yang teratur dan sampai pada penyelesaian tindakan. Proses tindakan tersebut diawasi secara ketat.
8. *Active* (aktif)  
Perubahan dan kemajuan yang bermakna dalam perawatan klien dapat memberikan dampak pada kualitas hidup klien. Baik klien ataupun terapis aktif dalam therapy. Terapis adalah sebagai pembimbing dan pelatih dan klien mempraktekkan strategi pembelajaran dalam therapy.
9. *Short term* (jangka pendek)  
CBT biasanya digunakan dalam jangka waktu yang pendek yang terdiri dari 6 sampai 20 sesi

Pada proses pelaksanaan CBT dibagi dalam 5 sesi, setiap sesi dilaksanakan selama 30-45 menit untuk setiap klien.

a. Sesi 1 : Pengkajian

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

b. Sesi 2 : Terapi Kognitif

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

c. Sesi 3 : Terapi Perilaku

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

d. Sesi 4 : Evaluasi Terapi kognitif dan perilaku

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

e. Sesi 5 : Mencegah Kekambuhan

Menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan dan mempertahankan dan membudayakan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dalam mengatasi masalah

Peran terapis

- 1) Membantu klien mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri yang timbul akibat pengalaman traumatis (*assessment*) dan mengenali pikiran negatif dan perilaku maladaptif yang dialami.
- 2) Membantu klien belajar cara untuk mengatasi pikiran negatif dan perilaku maladaptif yang muncul setelah mengalami kejadian traumatis.
- 3) Membantu klien menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan dalam merubah perilaku negatif.
- 4) Menyetujui dengan klien konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.
- 5) Memberikan *feed back* pada klien atau hasil kemajuan dan perkembangan terapi.
- 6) Mendiskusikan dengan klien tentang kemajuan dan perkembangan terapi.
- 7) Membantu klien untuk tetap menerapkan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.
- 8) Mengevaluasi pelaksanaan tindakan terhadap perilaku dengan konsekuensi yang telah disepakati.
- 9) Membuat komitmen dengan klien untuk melakukan metode untuk mengubah pikiran jadi positif dan perilaku jadi adaptif secara mandiri dan berkelanjutan yaitu klien sendiri yang membantu dirinya untuk mencegah kekambuhan jika klien mengalami kembali peristiwa traumatis.
- 10) Membuat komitmen dengan klien untuk secara aktif melakukan pikiran, perasaan dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi.

## **BAB II**

### **IMPLEMENTASI *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY***

Pada bab ini akan dijelaskan aplikasi dan strategi pelaksanaan *Cognitive Behavior Therapy* pada masing – masing sesi dan bagaimana melakukannya.

#### **2.1 SESI I CBT: PENGKAJIAN**

Kesulitan emosional dan perilaku yang dialami seseorang dalam hidup disebabkan oleh cara mereka menginterpretasikan dan memahami berbagai peristiwa yang dialami. Pengalaman berupa ancaman yang terjadi pada diri seseorang dapat menyebabkan hilangnya kemampuan memproses informasi secara efektif, oleh Aaron T. Beck dikenal dengan distorsi kognitif. Proses tersebut yang membuat seseorang sering mempunyai pikiran negatif yang selanjutnya akan mempengaruhi perilaku yang ditunjukkannya.

Kognitif adalah tindakan atau proses mengetahui. Melibatkan kesadaran dan penilaian yang memungkinkan otak untuk memproses informasi dengan cara yang menjamin akurasi, penyimpanan, dan pengambilan. Orang dengan skizofrenia sering tidak dapat menghasilkan pemikiran logis yang rumit dan mengungkapkan kalimat yang koheren karena neurotransmisi dalam sistem pengolahan informasi otak rusak (Stuart, 2009).

Penelitian menemukan gen GAD 1 yang bertanggung jawab memproduksi GABA, dimana pada klien skizofrenia tidak dapat meningkat secara normal sesuai perkembangan pada daerah frontal, dimana bagian ini berfungsi dalam proses berfikir dan pengambilan keputusan Hung et al, (2007 dalam Stuart, 2009).

Copel (2007) menyebutkan bahwa tanda-tanda positif skizofrenia seperti psikosis disebabkan karena fungsi otak yang abnormal pada lobus temporalis. Sedangkan tanda-tanda negatif seperti tidak memiliki kemauan atau motivasi dan anhedonia disebabkan oleh fungsi otak yang abnormal pada lobus frontalis. Hal ini sesuai dengan Sadock dan Sadock (2007) yang

menyatakan bahwa fungsi utama lobus frontalis adalah aktivasi motorik, intelektual, perencanaan konseptual, aspek kepribadian, aspek produksi bahasa. Sehingga apabila terjadi gangguan pada lobus frontalis, maka akan terjadi perubahan kepribadian, tidak memiliki kemauan atau motivasi, anhedonia yang mengarah pada harga diri rendah. Sedangkan fungsi utama dan lobus temporalis adalah ingatan dan juga emosi. Sehingga gangguan yang terjadi pada korteks temporalis dan nukleus limbik yang berhubungan pada lobus temporalis akan menyebabkan timbulnya gejala halusinasi dan perilaku kekerasan

Beberapa referensi menunjukkan bahwa neurotransmitter yang berperan menyebabkan skizofrenia adalah dopamin dan serotonin. Satu teori yang terkenal memperlihatkan dopamin sebagai faktor penyebab, ini dibuktikan dengan obat-obatan yang menyekat reseptor dopamin pascasinaptik mengurangi gejala psikotik dan pada kenyataannya semakin efektif obat tersebut dalam mengurangi gejala skizofrenia.

Dopamin penting dalam respon terhadap stress dan memiliki banyak koneksi ke sistem limbik. Dopamin memiliki empat jalur utama dalam otak (1) Jalur Mesolimbik di daerah tegmentum ventral dan proyeksi ke daerah-daerah dari sistem limbik, termasuk amigdala, nucleus accumbens dan hipokampus. Jalur mesolimbik dikaitkan dengan fungsi memori, emosi, gairah, dan kesenangan. Kelebihan aktivitas dalam saluran mesolimbik telah terlibat dalam gejala positif skizofrenia (misalnya halusinasi, delusi) dan perilaku emosi yang muncul sebagai perilaku agresif dan kekerasan. (2) Jalur Mesokortikal di daerah tegmentum ventral dan proyeksi ke korteks. Jalur mesokortikal berkaitan dengan kognisi, perilaku sosial, perencanaan, pemecahan masalah, motivasi, dan penguatan dalam belajar, gejala negatif dari skizofrenia (misalnya afek datar, apatis, kurangnya motivasi dan anhedonia) telah dikaitkan dengan aktivitas berkurang dalam saluran mesocortical yang mengarah pada kondisi harga diri rendah.

Pengolahan informasi dari klien dengan skizofrenia mengalami perubahan karena defisit otak. Namun, gangguan dalam fungsi kognitif sering membuat orang dengan skizofrenia mempunyai ide-ide dan perilaku berbeda dari orang lain. Hal ini tampak dalam kesalahan interpretasi persepsi diri dan kemampuan yang muncul pada klien perilaku kekerasan, halusinasi, delusi dan harga diri rendah. Kesalahan dalam pengolahan informasi pada klien skizofrenia ini yang sering dinamakan sebagai distorsi kognitif.

Terapi kognitif mengusulkan bahwa bukan peristiwa itu sendiri yang menimbulkan kecemasan dan respon maladaptif melainkan penilaian orang terhadap harapan, dan interpretasi dari peristiwa ini. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku maladaptif dapat diubah oleh keputusan langsung terhadap pikiran dan keyakinan seseorang (Beck, 1976, 1995 dalam Stuart, 2009) Secara khusus, terapi kognitif percaya bahwa respon maladaptif timbul dari distorsi kognitif, distorsi tersebut dapat meliputi kesalahan logika, kesalahan dalam penalaran, atau pandangan dunia individual yang tidak mencerminkan realitas yang distorsi mungkin baik positif atau negatif. Bentuk distorsi kognitif yang dapat terjadi pada seseorang menurut Stuart (2009) adalah :

*1. Overgeneralization*

Menggambarkan kesimpulan secara menyeluruh segala sesuatu berdasarkan kejadian tunggal, contoh : Seorang mahasiswa yang dalam suatu ujian mengatakan : “Sepertinya saya tidak akan lulus dalam setiap ujian”

*2. Personalization*

Menghubungkan kejadian di luar terhadap dirinya meskipun hal tersebut tidak beralasan, contoh : “atasan saya mengatakan produktifitas perusahaan sedang menurun tahun ini, saya yakin apa yang dikatakannya ditujukan pada saya”

*3. Dichotomus thinking*

Berfikir ekstrim, menganggap segala sesuatunya selalu sangat bagus atau sangat buruk, contoh : “bila suami meninggalkan saya, saya pikir lebih baik saya mati”



#### 4. *Catastrophizing*

Berpikir sangat buruk tentang orang dan kejadian, contoh ; “saya lebih baik tidak mengisi formulir promosi jabatan itu, sebab saya tidak menginginkan dan tidak akan nyaman dengan jabatan itu”

#### 5. *Selective abstraction*

Berfokus pada detail, tetapi tidak relevan dengan informasi yang lain, contoh : seorang istri percaya bahwa suaminya tidak mencintainya sebab ia datang terlambat dari pekerjaannya, tetapi ia mengabaikan perasaannya, hadiah dari suaminya tetap diterima dan libur bersama tetap dilaksanakan.

#### 6. *Arbitrary inference*

Menggambarkan kesimpulan yang salah tanpa didukung data, contoh : “teman saya tidak pernah lama menyukai saya sebab ia tidak mau diajak pergi”.

#### 7. *Mind reading*

Percaya seseorang mengetahui pikiran orang lain tanpa mengecek kebenarannya, contoh : “mereka pasti berpikir kalau dirinya terlalu gemuk atau terlalu kurus”.

#### 8. *Magnification*

Melebih-lebihkan atau membuat tidak berarti pentingnya peristiwa, contoh : “saya telah meninggalkan makan malam saya, hal ini menunjukkan betapa tidak kompetennya saya”.

#### 9. *Perfectionism*

Segalanya harus lakukan dengan sempurna untuk merasakan kesempurnaan dirinya, contoh : aku akan merasa gagal jika aku tidak mendapatkan nilai A untuk semua ujianku”

#### 10. *Externalization self worth*

Menentukan tata nilai sendiri untuk diterapkan pada orang lain, contoh : “saya sudah berusaha untuk kelihatan baik setiap waktu tetapi teman-teman saya yang tidak menginginkan saya berada di sampingnya”.

Pengkajian terhadap pikiran dan perilaku negatif klien merupakan langkah awal yang dilakukan dalam terapi ini. Klien akan menceritakan tentang pikiran, perasaan dan perilaku negatif yang dialami terkait masalah perilaku kekerasan, halusinasi maupun harga diri rendah yang dialami dengan distimulus oleh terapis. Dari beberapa pikiran negatif yang teridentifikasi maka akan dilatih satu pikiran negatif dengan beberapa pikiran positif dengan dibantu oleh terapis.

Rupke dkk (2006), mengatakan : selama *cognitive behaviour therapy* terapis membantu kliennya melalui beberapa langkah. Pertama klien menerima dan mengakui bahwa beberapa persepsi dan interpretasinya terhadap kenyataan mungkin salah (dapat disebabkan pengalaman masa lalu/faktor keturunan/faktor biologis) dan interpretasi tersebut menyebabkan munculnya pikiran negatif. Langkah berikutnya, klien belajar untuk mengakui pikiran negatif (otomatis) dan menemukan pikiran alternatif yang akhirnya akan merefleksikan kenyataan.

### **2.1.1 STRATEGI PELAKSANAAN KEGIATAN SESI I CBT: PENGKAJIAN**

#### **A. Tujuan**

1. Klien mampu mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien (*assessment*) setelah terkait masalah perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah
2. Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran negatif

#### **B. Setting**

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah klien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis

#### **C. Alat**

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi

3. Format jadwal kegiatan harian
4. Catatan harian klien
5. Alat tulis

#### **D. Metode**

1. Diskusi dan tanya jawab

#### **A. Langkah-Langkah Kegiatan**

##### **1. Persiapan**

- a. Membuat kontrak dengan klien bahwa terapi akan dilaksanakan secara individual dalam 5 (lima) sesi, dimana masing-masing sesi dilakukan 2 kali selama 30 menit. Jika klien berhasil melewati masing-masing sesi sesuai kriteria maka klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya, jika tidak maka klien akan mengulangi sesi tersebut.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

##### **2. Orientasi**

- a. Salam terapeutik
  - 1) Salam dari terapis
  - 2) Perkenalan nama dan panggilan terapis
  - 3) Menanyakan nama dan panggilan klien
- b. Evaluasi/validasi
  - 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini terkait dengan pengalaman traumatis yang dialaminya
- c. Kontrak
  - 1) Menyepakati pertemuan sesi 1
  - 2) Menjelaskan tujuan pertemuan pertama yaitu:
    - a) Membantu klien mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien (*assessment*) terkait pengalaman traumatis yang dialami
    - b) Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran negatif

3) Terapis menjelaskan aturan sebagai berikut:

- a) Lama kegiatan 30 menit
- b) Klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
- c) Klien berperan aktif dalam mengungkapkan perasaan, pikiran dan perilakunya.

## **2. Fase Kerja**

a. Terapis mendiskusikan tentang :

- 1) Pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri setelah mengalami kejadian traumatis
- 2) Perasaan dan perilaku negatif yang muncul akibat pikiran negatif setelah mengalami kejadian traumatis
- 3) Mencatat pikiran, perasaan dan perilaku negatif dalam buku kerja klien

b. Melatih satu pikiran otomatis negatif

- 1) Memilih satu pikiran negatif yang akan dilatih untuk mengatasinya
- 2) Mencatat pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif dalam buku kerja klien
- 3) Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran negatif

c. Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat klien.

## **3. Terminasi**

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah latihan
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien mengenali pikiran negatif, perasaan dan perilaku maladaptif yang dialami terkait dengan pengalaman traumatis
- 3) Mengevaluasi kemampuan klien dalam melatih cara untuk mengatasi satu pikiran otomatis negatif
- 4) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama klien yang baik

b. Tindak lanjut

- 1) Mencatat pikiran, perasaan dan perilaku negatif lainnya yang belum disebutkan selama sesi berlangsung pada buku kerja klien

- 2) Mengajukan klien untuk latihan mandiri cara untuk mengatasi pikiran negatif yang sudah dipelajari
- c. Kontrak yang akan datang
  - 1) Menepakati topik percakapan pada sesi 2 yaitu klien mampu mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua
  - 2) Menepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 2
  - 3)

### 2.1.2 Evaluasi dan Dokumentasi

#### 1. Evaluasi Proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan.

#### Format Evaluasi Proses CBT

##### Sesi 1 CBT: Pengkajian

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Memperkenalkan diri dengan baik.		
2	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif terhadap diri sendiri		
3	Mengungkapkan perasaan dan perilaku negatif yang timbul akibat pikiran negatif		
4	Memilih satu pikiran otomatis negatif untuk dilatih		
5	Menyebutkan aspek positif yang dimiliki untuk mengganti pikiran otomatis negatif		
6	Melatih satu cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang pertama		
<b>Jumlah</b>			

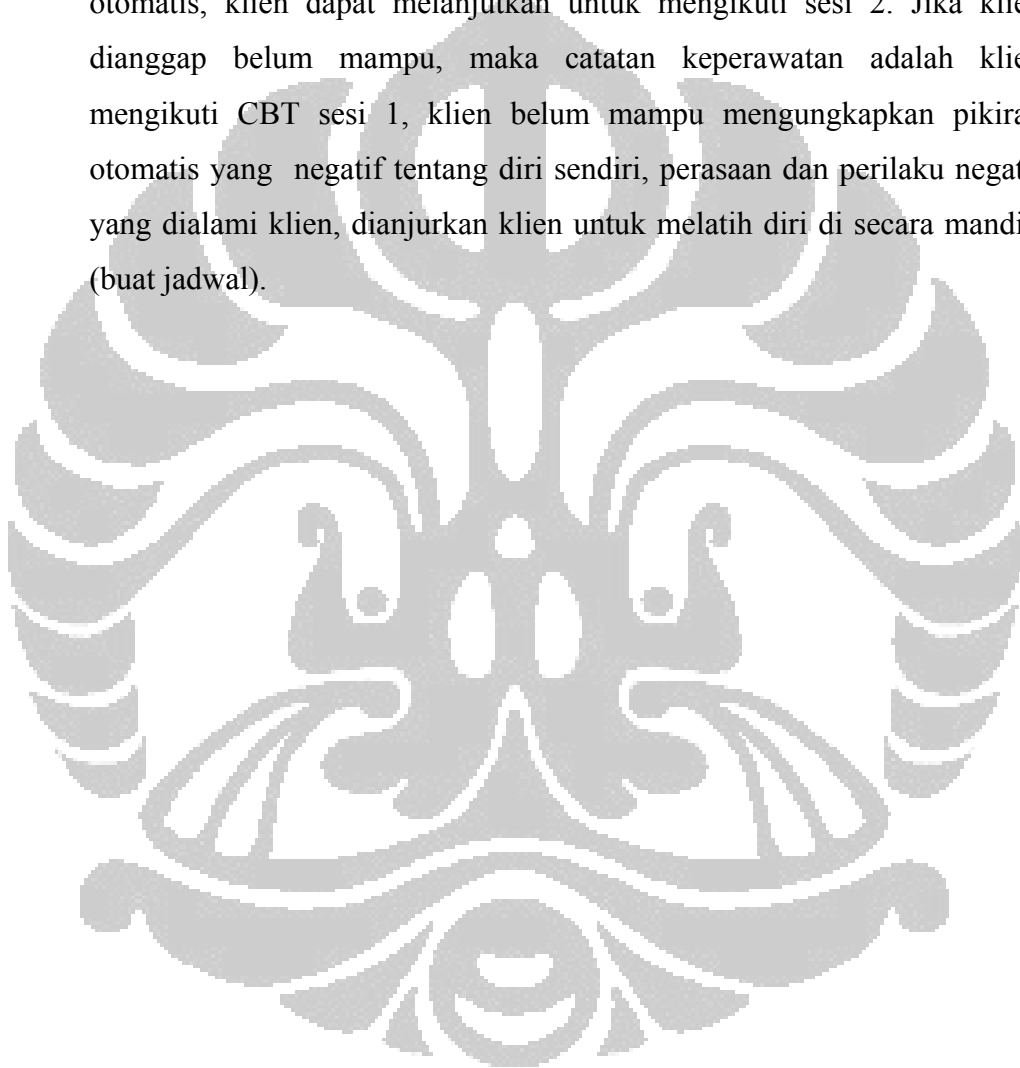
#### A. Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

#### B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai  $\geq 4$  : klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai  $\leq 3$  : klien harus mengulangi sesi

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT sesi 1, klien mampu mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien, memilih satu pikiran negatif, mengidentifikasi hal positif dan latihan satu pikiran negatif otomatis, klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 2. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT sesi 1, klien belum mampu mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).



## **2.2 SESI II. CBT: TERAPI KOGNITIF**

Terapi kognitif berusaha memfokuskan untuk menempatkan suatu pikiran, keyakinan, atau bentuk pembicaraan diri (self talk) terhadap orang lain yang lebih positif. Selain itu, terapi juga memfokuskan pada upaya membelajarkan klien agar dapat memiliki cara berpikir yang lebih positif dalam berbagai peristiwa kehidupan.

Dalam sesi ini klien akan mengevaluasi pikiran negatif yang masih ada dan melanjutkan dengan melatih mengatasi pikiran negatif yang kedua menggunakan pikiran positif.

### **2.2.1 STRATEGI PELAKSANAAN KEGIATAN SESI II. CBT: TERAPI KOGNITIF**

#### **A. Tujuan**

1. Klien mampu mereview pikiran otomatis yang negatif yang masih ada yang berkaitan dengan diri sendiri.
2. Klien mampu mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua

#### **B. Setting**

1. Pertemuan dilakukan di satu ruangan yang ada di rumah klien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis

#### **C. Alat**

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

#### **D. Metode**

1. Diskusi dan tanya jawab

## **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

### 1. Persiapan

- a. Mengingat kontrak dengan klien
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

### 2. Orientasi

- a. Salam terapeutik

Salam dari terapis kepada klien

- b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini
- 2) Menanyakan pikiran otomatis yang negatif yang belum didiskusikan pada sesi 1
- 3) Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif yang pertama masih sering muncul dan mengevaluasi kemampuan klien terkait latihan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang pertama
- 4) Menanyakan apakah klien sudah memilih pikiran otomatis negatif yang kedua untuk hari ini

- c. Kontrak

- 1) Menyetujui terapi sesi 2.
- 2) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 2 yaitu mereview pikiran otomatis yang negatif yang berkaitan dengan dirinya. Dan belajar cara mengatasi yang pikiran otomatis negatif yang kedua
- 3) Menyetujui tempat dan waktu

### 3. Fase Kerja

- a. Evaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam membuat catatan harian di rumah
- b. Diskusikan dengan klien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif kedua yang ingin diselesaikan dalam pertemuan kedua ini
- c. 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 klien) dan minta klien mencatatnya dalam lembar cara melawan pikiran otomatis negatif

- d. Latih kembali klien untuk menggunakan aspek-aspek positif klien dalam melawan pikiran otomatis negatif keduanya dengan cara yang sama seperti sesi pertama.
- e. Tanyakan tindakan klien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif keduanya tersebut.
- f. Motivasi klien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain
- g. Memberikan pujian terhadap keberhasilan klien.
- h. Terapis memberi *reinforcement* positif terhadap keberhasilan klien

#### 4. Terminasi

##### a. Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah latihan mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.
- 2) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan klien

##### b. Tindak lanjut

- 1) Anjurkan klien untuk latihan untuk pikiran otomatis negatif yang lain.
- 2) Anjurkan klien untuk melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang lain secara mandiri
- 3) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif kedua yang belum diidentifikasi dalam pertemuan kedua ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya

##### c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 3 yaitu menyusun rencana tindakan untuk mengatasi perilaku negatif dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien
- 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 3

## 2.2.2 Evaluasi dan Dokumentasi

### 1. Evaluasi Proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua

#### Format Evaluasi Proses CBT

##### Sesi 2 CBT: Terapi kognitif

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Memilih pikiran negatif yang kedua yang ingin diatasi		
2	Mengungkapkan keinginan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif		
3	Menggunakan metode 3 (tiga) kolom untuk mengubah pikiran negatif		
4	Menulis pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif yang kedua		
5	Melatih cara untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua		
	<b>Jumlah</b>		

#### A. Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

#### B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai  $\geq 3$  : klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai  $\leq 2$  : klien harus mengulangi sesi

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT sesi 2, klien mampu mereview pikiran negatif dan pikiran otomatis yang negatif serta cara penyelesaian masalah. Klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 3. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT sesi 2, klien belum mampu mereview pikiran negatif serta cara penyelesaian masalah, dianjurkan klien untuk melatih diri di mandiri /mengulangi sesi 2(buat jadwal).

### 2.3 SESI III. CBT: TERAPI PERILAKU

Perilaku merupakan respon yg timbul secara eksternal, dipengaruhi oleh stimulus lingkungan & dpt dikontrol secara primer oleh konsekuensi-konsekuensinya. Perilaku dapat diamati, diukur, & dicatat oleh diri sendiri maupun orang lain. Perilaku dapat ditingkatkan frekuensi terjadinya melalui reinforcement. Modifikasi perilaku seperti itu menurut Murray dan Wilson disebut *operant conditioning*. Dalam *operant conditioning* ini lingkungan sosial digunakan untuk membantu klien dalam meningkatkan kontrol terhadap perilaku yang berlebihan atau berkurang.

Intervensi Perubahan Perilaku menerapkan teori-teori belajar untuk persoalan hidup dengan tujuan membantu orang mengatasi kesulitan dalam kehidupan sehari-hari. Kesulitan-kesulitan ini sering terjadi bersama dengan masalah kesehatan atau kondisi psikiatris. Perawat dapat menggunakan prinsip-prinsip berikut untuk memandu intervensi perubahan perilaku klien (Stuart, 2009):

1. Semua perubahan adalah perubahan diri. Klien adalah peserta aktif dan agen utama perubahan. Perawat dan penyedia perawatan kesehatan lainnya adalah pelatih, bukan pelaku perubahan.
2. *Self-efficacy* sangat penting. Klien perlu merasa bahwa mereka mengendalikan kehidupan mereka sendiri dan menerima tanggung jawab atas upaya mereka. Semua klien memiliki kekuatan.
3. Pengetahuan tidak berubah sama. Pendidikan adalah hanya salah satu bagian dari proses perubahan. Klien perlu untuk mentransfer apa yang mereka ketahui ke dalam tindakan yang mereka ambil.
4. Sebuah aliansi terapi membantu klien memulai dan mempertahankan perubahan. Dimensi responsif dan tindakan tentang hubungan perawat-klien adalah bahan penting untuk perubahan.
5. Harapan adalah penting. Semua intervensi yang efektif didasarkan pada harapan positif dan penuh harapan bahwa kehidupan bisa lebih baik.

Kesiapan untuk berubah terkait dengan motivasi seseorang atau apa yang disebut kesiapan sebagai motivasi. Elemen sentral dalam meningkatkan motivasi dan perubahan perilaku akhirnya adalah untuk memperhitungkan kesiapan orang untuk berubah. Perubahan perilaku terjadi secara bertahap dari waktu ke waktu (Prochaska et al, 1992 dalam Stuart, 2009). Menyebutkan tahapan perubahan, yaitu: **Tahap pertama dari perubahan adalah *precontemplation***. Pada tahap ini orang tidak berpikir bahwa mereka memiliki masalah, sehingga mereka tidak mungkin untuk mencari bantuan atau berpartisipasi dalam pengobatan. Dalam bekerja dengan klien ini tujuannya adalah untuk mendengarkan klien dan menciptakan iklim dimana klien dapat mempertimbangkan, menjelajahi, atau melihat nilai manfaat dari perubahan. **Tahap kedua perubahan adalah kontemplasi**. Hal ini ditandai dengan gagasan "ya, tapi." Seringkali klien menyadari bahwa perubahan diperlukan, tetapi mereka tidak yakin dan ragu-ragu tentang apakah perlu usaha, waktu, dan energi untuk mencapainya. Mereka ambivalen tentang apa yang mereka mungkin harus menyerah jika mereka membuat perubahan. Dalam bekerja dengan klien ini tujuannya adalah untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dimana klien dapat mempertimbangkan perubahan tanpa merasa tertekan untuk melakukannya. Jika klien didorong untuk mengubah dalam fase ini mereka cenderung aktif menolak. **Tahap ketiga perubahan adalah persiapan**. Pada saat ini klien telah membuat keputusan untuk berubah dan menilai bagaimana keputusan yang terasa. Klien dapat dibantu untuk memilih tujuan pengobatan yang realistis dan cara yang berbeda untuk mencapai tujuan tersebut. Mereka perlu secara aktif terlibat dalam merancang strategi mereka sendiri untuk perubahan. **Tahap keempat perubahan adalah tindakan**. Klien sekarang memiliki komitmen yang kuat untuk berubah dan telah mengidentifikasi rencana untuk masa depan. Mereka harus memberikan dukungan emosional dan membantu dalam mengevaluasi dan memodifikasi rencana mereka dari tindakan yang akan sukses. **Tahap kelima perubahan adalah pemeliharaan**. Perubahan terus, dan fokus ditempatkan pada klien apa yang perlu dilakukan untuk mempertahankan atau mengkonsolidasikan keuntungan. rencana pencegahan Mengantisipasi ancaman potensial untuk

kambuh dan berkembang adalah penting. Setiap kambuh harus dilihat sebagai bagian dari proses perubahan dan bukan sebagai kegagalan. **Tahap keenam dan terakhir adalah terminasi.** Hal ini didasarkan pada gagasan bahwa seseorang tidak akan terlibat dalam perilaku lama dalam kondisi apapun. Dengan demikian, mungkin lebih dari ideal dari tahap dicapai. Kebanyakan orang tinggal dalam tahap pemeliharaan dimana mereka menyadari ancaman yang mungkin untuk mengubah mereka inginkan dan memonitor apa yang harus mereka lakukan untuk menjaga perubahan tempat. Klien lebih mungkin untuk terlibat dalam mengubah perilaku ketika penyedia mereka menilai kesiapan mereka untuk intervensi perubahan dan merencanakan perubahan yang sesuai.

Terapi perilaku digunakan untuk menguji dan mengubah kognisi maladaptif sehingga klien mengerti ketidakakuratan asumsi kognitifnya dan mempelajari strategi dan cara baru dalam menghadapi masalah. Teknik perilaku yang diajarkan dalam sesi ini berupa relaksasi, deep breathing, cara komunikasi dan sosialisasi yang benar. Pemberian reinforcement positif secara terjadwal terhadap pelaksanaan perilaku baru akan meningkatkan penggunaan perilaku baru yang positif tersebut dalam menghadapi masalah.

### **2.3.1 STRATEGI PELAKSANAAN KEGIATAN SESI III. CBT: TERAPI PERILAKU**

#### **A. Tujuan**

1. Klien mampu memilih perilaku negatif yang akan dirubah
2. Klien mampu mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki
3. Klien mampu mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif
4. Klien mampu menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat stressor mengalami gempa dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien
5. Klien mampu menampilkan perilaku yang adaptif dalam mengatasi masalah-masalah yang timbul

## **B. Setting**

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis

## **C. Alat**

1. Format Evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

## **D. Metode**

1. Diskusi dan tanya jawab

## **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

### 1. Persiapan

1. Mengingat kontrak dengan klien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

### 2. Orientasi

#### a. Salam terapeutik

- 1) Salam dari terapis kepada klien

#### b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini
- 2) Menanyakan pada klien tentang kemampuan latihan cara mengatasi pikiran otomatis yang negatif yang sudah dilatih sebelumnya
- 3) Menanyakan pada klien apakah pikiran negatif yang pertama dan kedua masih sering muncul dan bagaimana hasil latihan klien secara mandiri untuk mengatasi pikiran otomatis negatif
- 4) Memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah.
- 5) Menanyakan pada klien perilaku mana yang akan dilatih untuk dirubah pada pertemuan ini

#### c. Kontrak

- 1) Menyepakati terapi sesi 3

- 2) Menjelaskan tujuan sesi 3 yaitu memilih satu perilaku negatif untuk diubah, mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki, mengidentifikasi perilaku baru yang positif untuk mengatasi perilaku negatif, menyusun rencana tindakan untuk mengatasi perilaku negatif dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien
- 3) Menyetujui tempat dan waktu

### 3. Fase Kerja

- a. Terapis mendiskusikan dengan klien perilaku negatif yang muncul dari pikiran otomatis negatif setelah mengalami kejadian traumatis dan yang sudah dituliskan pada buku harian klien pada sesi 1.
- b. Terapis mendiskusikan dengan klien tentang perilaku negatif yang mau dirubah.
- c. Terapis bersama klien mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki klien
- d. Terapis menjelaskan tentang cara untuk mengubah satu perilaku negatif dan menggantinya dengan perilaku yang baru (relaksasi, deep breathing, cara komunikasi dan sosialisasi yang benar)
- e. Terapis menjelaskan pada klien tentang konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku baru yang dipelajari
- f. Terapis membantu klien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
- g. Terapis bersama klien membuat komitmen tentang bagaimana klien dan terapis menerapkan konsekuensi positif dan negatif

### 4. Terminasi

- a. Evaluasi
  - 1) Terapis menanyakan pada klien perasaan setelah latihan perilaku positif untuk mengatasi perilaku negatif
  - 2) Terapis menanyakan perasaan klien setelah menentukan perilaku baru yang dipelajari

- 3) Terapis menanyakan perilaku negatif lain yang timbul akibat pikiran otomatis yang negatif
- b. Tindak lanjut
- 1) Anjurkan klien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
  - 2) Bantu klien memasukkan kegiatan mempraktekkan perilaku baru dalam jadwal kegiatan harian klien yang diberikan.
- c. Kontrak yang akan datang
- 1) Menyetujui topik percakapan pada sesi 4 yaitu kemampuan klien merubah perilaku negatif yang kedua menjadi perilaku positif dan menerapkan terapi secara konsisten.
  - 2) Menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien
  - 3) Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 4

### **2.3.2 Evaluasi dan Dokumentasi**

#### **1. Evaluasi proses**

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien



**Format Evaluasi Proses**  
**Sesi 3. CBT: Terapi Perilaku**

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Mengidentifikasi perilaku negatif di buku kerja		
2	Memilih satu perilaku negatif yang akan dirubah.		
3	Mengidentifikasi perilaku positif untuk merubah kelakuan yang buruk.		
4	Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengatasi perilaku negatif		
5	Melakukan latihan perilaku yang baik		
6	Menyebutkan hadiah yang diinginkan jika melakukan kelakuan yang baik		
7	Menyebutkan sanksi yang akan didapatkan jika melakukan kelakuan buruk		
	<b>Jumlah</b>		

A. Petunjuk:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai  $\geq 4$  : klien dapat melanjutkan ke Sesi berikutnya
  2. Bila nilai  $\leq 3$  : klien harus mengulangi Sesi 3
2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika dianggap mampu, catatan keperawatan : klien mengikuti CBT sesi 3, klien mampu menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan negatif kepada klien. Klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 4. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT sesi 3, klien belum mampu menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien. Dianjurkan klien untuk melatih diri secara mandiri/mengulangi sesi 3(buat jadwal).

## 2.4 SESI IV.CBT: EVALUASI TERAPI KOGNITIF DAN TERAPI PERILAKU

### Evaluasi Perubahan Kognitif dan Perilaku

Langkah berikut adalah untuk mengetahui lebih lanjut tentang pengalaman klien dengan masalah dengan menggunakan analisis perilaku. Analisis ini terdiri dari tiga bagian (ABC dari perilaku):

1. *Antecedent*: stimulus atau isyarat yang terjadi sebelum perilaku dan mengarah ke manifestasinya.
2. *Behaviour*/Perilaku: apa yang orang katakan atau tidak katakan atau lakukan.
3. *Consequence*/Konsekuensi: apa efeknya (positif, negatif, atau netral) orang berpikir hasil dari perilaku

*Antecedent*: dapat mencakup lingkungan fisik, lingkungan sosial, atau perilaku seseorang, perasaan, atau pikiran. Perilaku dapat dipecah menjadi tindakan diskrit atau serangkaian langkah. Konsekuensi dapat dilihat sebagai imbalan kuat atau hukuman dari tindakan seseorang. Jadi masing-masing adalah elemen penting dari penilaian. Contoh dari analisis perilaku adalah sebagai berikut:

- a. Masalah= Kecemasan.
- b. Konsekuensi yang ditakuti = Takut kehilangan kontrol atau sekarat.
- c. *Antecedent*/kejadian = Meninggalkan rumah.
- d. Perilaku = Menghindari toko, restoran, dan tempat-tempat umum.
- e. Konsekuensi = Pembatasan kegiatan sehari-hari.

Cara lain untuk menilai pengalaman seseorang adalah untuk mempertimbangkan ketiga sistem (Tindakan ABC's) yang berhubungan dalam kerangka terapi:

- a. Afektif: tanggapan emosional atau perasaan.
- b. Perilaku; manifestasi lahiriah dan tindakan
- c. Kognitif: pemikiran tentang situasi

Ketiga unsur tersebut saling terkait dalam menjelaskan perilaku manusia karena sebagai berikut:

- a. Perasaan pengaruh pemikiran
- b. Berpikir pengaruh tindakan
- c. Tindakan memengaruhi perasaan

Terapi kognitif dan perilaku yang telah dilatih pada sesi sebelumnya akan dievaluasi pelaksanaannya pada sesi ini. Klien akan diminta untuk mendemonstrasikan cara merubah pikiran negatif yang mengganggu menjadi pikiran positif dan perilaku negatif menjadi perilaku positif yang dapat diterima oleh orang lain dan lingkungan.

## **2.4 STRATEGI PELAKSANAAN KEGIATAN SESI IV.CBT: EVALUASI TERAPI KOGNITIF DAN TERAPI PERILAKU**

### **A. Tujuan**

1. Klien mampu merubah pikiran negatif menjadi pikiran positif
2. Klien mampu merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif
3. Klien mampu menerapkan terapi secara konsisten.

### **B. Setting**

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah klien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis

### **C. Alat**

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

### **D. Metode**

1. Diskusi dan tanya jawab

## **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

### 1. Persiapan

1. Mengingatnkan kontrak dengan klien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

### 2. Orientasi

#### a. Salam terapeutik

- 1) Salam dari terapis kepada klien

#### b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini
- 2) Menanyakan pada klien tentang kemampuan melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif dan menyusun rencana perilaku positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien
- 3) Memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah.

#### c. Kontrak

- 1) Menyetujui pertemuan sesi 4
- 2) Menjelaskan tujuan terapi sesi 4 yaitu mengevaluasi :
  - a) kemampuan klien mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif
  - b) kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif
  - c) kemampuan menerapkan terapi secara konsisten.
- 3) Menyetujui tempat dan waktu pertemuan sesi 4

### 3. Fase Kerja

- a. Terapis menanyakan perilaku mana yang akan dipraktikkan sebagai contoh.
- b. Terapis memberikan konsekuensi sesuai dengan hasil perilaku yang dicontohkan
- c. Terapis memberikan dukungan dan semangat pada kemajuan yang dicapai klien
- d. Terapis memberikan feedback atas kemajuan dan perkembangan terapi.

- e. Terapis mengingatkan klien untuk menerapkan terapi secara konsisten dengan tetap menggunakan metode 3 (tiga) kolom dalam mengatasi pikiran negatif dan mempraktekkan perilaku baru yang adaptif
- f. Terapis mengevaluasi pelaksanaan tindakan tingkah laku dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati.

#### 4. Terminasi

##### a. Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah melaksanakan perilaku baru yang dipelajari
- 2) Terapis menanyakan pada klien pikiran positif yang muncul saat ini.
- 3) Terapis menanyakan pada klien perilaku baru apa yang akan dilakukan
- 4) Berikan pujian untuk jawaban klien

##### b. Tindak lanjut

- 1) Anjurkan klien untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan berpikir secara positif
- 2) Anjurkan klien untuk tetap menerapkan perilaku baru yang disepakati
- 3) Anjurkan klien untuk tetap menerapkan terapi secara konsisten dengan menerapkan metode 3 (tiga) kolom dan melaksanakan perilaku baru yang positif
- 4) Masukkan kegiatan dalam jadwal kegiatan harian klien.

##### c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan sesi 5 yaitu membantu klien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi.
- 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan kelima

## 2.4.2 Evaluasi Dan Dokumentasi

### 1. Evaluasi proses

evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati.

#### Format Evaluasi Proses CBT

##### Sesi 4. CBT: Evaluasi Terapi Kognitif dan Terapi Perilaku

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal:	Tanggal:
1	Menuliskan pikiran positif yang dirasakan saat ini		
2	Mempraktekkan perilaku positif yang disepakati		
3	Menuliskan hadiah yang diperoleh		
4	Menuliskan sangsi yang diperoleh		
	<b>Jumlah</b>		

#### A. Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

#### B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai  $\geq 3$  : klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai  $\leq 2$  : klien harus mengulangi sesi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT sesi 4, klien mampu mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati. Klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 5. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT sesi 4, klien belum mampu mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati. Klien dianjurkan untuk melatih diri secara mandiri /mengulangi sesi 4 (buat jadwal).

## **2.5 SESI V. CBT: KEMAMPUAN MERUBAH PIKIRAN NEGATIF DAN PERILAKU MALADAPTIF UNTUK MENCEGAH KEKAMBUHAN**

Pikiran akan mempengaruhi respon emosi dan perilaku. Pikiran yang positif akan menghasilkan perasaan dan perilaku yang positif dan dapat diterima oleh orang lain sehingga dapat menimbulkan kenyamanan. Keterampilan berpikir dan berperilaku positif harus dilatih secara terus menerus sehingga menjadi suatu kebiasaan dalam hidup.

Kunci untuk mencegah kekambuhan adalah kesadaran dari awal mengenali perilaku kambuh. Sekitar 70% dari klien dan 90% dari keluarga mampu melihat gejala kekambuhan penyakit, dan hampir semua klien tahu kapan gejala kambuh muncul. Fase prodromal terjadi sebelum kambuh (Stuart, 2009).

Fase prodromal adalah waktu antara timbulnya gejala dan kebutuhan untuk perawatan. Dengan mayoritas klien dan keluarga menunjukkan periode prodromal yang berlangsung lebih dari 1 minggu, adalah penting bahwa perawat berkolaborasi dengan klien, keluarga, dan anggota keluarga mengenai terjadinya kambuh.

Mengidentifikasi dan mengelola perilaku dan gejala membantu mengurangi jumlah dan keparahan relaps/kekambuhan. Pengajaran untuk klien dan keluarga adalah intervensi efektif yang dapat memberikan mereka kendali atas kehidupan mereka dan menurunkan jumlah atau panjang rawat inap. Semakin banyak penelitian telah menunjukkan penurunan yang signifikan dalam tingkat kambuhan sebagai hasil dari intervensi psiko-pendidikan (Magliano et al, 2006).

Panduan untuk Klien dalam mencegah kekambuhan (Stuart, 2009):

- Pergilah ke lingkungan yang aman dengan seseorang yang bisa membantu Anda jika bantuan diperlukan. Orang ini harus dapat memonitor perilaku yang menunjukkan kambuh makin parah.
- Mengurangi stres dan tuntutan pada diri sendiri. Ini termasuk mengurangi rangsangan. Beberapa orang menemukan sebuah ruangan yang tenang di mana mereka dapat sendiri, mungkin dengan musik lembut. Teknik relaksasi atau teknik distraksi dapat bekerja untuk Anda. Sebuah tempat yang tenang di mana Anda dapat berbicara dengan satu orang yang Anda percayai sering membantu.
- Minum obat jika ini merupakan bagian dari program anda. Bekerja dengan resep Anda untuk menentukan apakah obat dapat berguna dalam mengurangi kambuh. Obat yang paling bermanfaat bila digunakan dengan lingkungan yang aman, tenang dan pengurangan stres.
- Bicara dengan orang yang terpercaya tentang apa suara-suara yang mengatakan kepada Anda atau tentang pikiran Anda mengalami. Orang ini perlu mengetahui di depan waktu yang Anda akan panggilan jika Anda memerlukan bantuan.
- Hindari negatif orang-orang yang mengatakan hal-hal seperti, Anda berpikir gila 'atau "Stop berbicara negatif"

Dalam sesi ini klien diajarkarkan cara mencegah kekambuhan dengan menerapkan terapi kognitif dan perilaku dalam setiap kejadian yang mengganggu klien melalui latihan terjadwal. Kliean juga diajarkan tentang pemahaman terhadap psikofarmaka dalam upaya mencegah kekambuhan.



## **2.5.1 STRATEGI PELAKSANAAN KEGIATAN SESI V. CBT: KEMAMPUAN MERUBAH PIKIRAN NEGATIF DAN PERILAKU MALADAPTIF UNTUK MENCEGAH KEKAMBUHAN**

### **A. Tujuan**

1. Klien mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi terutama jika mengalami kejadian traumatis.
2. Klien mampu memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan reaksi terhadap kejadian traumatis.
3. Klien mampu mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan

### **B. Setting**

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah klien
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis

### **C. Alat**

1. Format evaluasi proses
2. Format dokumentasi
3. Format jadwal kegiatan harian
4. Alat tulis

### **D. Metode**

1. Diskusi dan tanya jawab

### **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

1. Persiapan
  - a. Mengingatkan kontrak dengan klien
  - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

## 2. Orientasi

- a. Salam terapeutik
  - 1) Salam dari terapis kepada klien
  - 2) Panggil klien sesuai nama panggilan
- b. Evaluasi/validasi
  - 1) Menanyakan tentang kemampuan klien dalam mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati.
  - 2) Menanyakan apakah metode 3 kolom tetap diterapkan dalam mengubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif yang masih muncul.
  - 3) Jika sudah, berikan konsekuensi positif dan jika belum, berikan konsekuensi negatif yang disepakati
- c. Kontrak
- d. Menyepakati pertemuan kelima
- e. Menjelaskan topik percakapan sesi V yaitu
  - 1) membantu klien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi
  - 2) membantu klien memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan
  - 3) melakukan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan
- f. Menyepakati tempat dan waktu

## 3. Fase Kerja

- a. Terapis menganjurkan klien untuk tetap meningkatkan kemampuan untuk menggunakan pikiran positif tentang diri dan berperilaku positif yang telah disepakati
- b. Terapis memberikan konsekuensi positif terhadap pikiran positif dan perilaku adaptif.

- c. Terapis mendiskusikan apa yang akan dilakukan klien sendiri.
- d. Terapis menganjurkan klien untuk mencatat kegiatan yang akan dilakukan sendiri
- e. Terapis menjelaskan pada klien pentingnya terapi lain seperti psikofarmaka dan terapi modalitas lain untuk membantu mencegah kekambuhan apabila mengalami kejadian traumatis pada waktu yang akan datang.
- f. Terapis menyetujui dengan klien untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan
- g. Terapis bersama klien menyimpulkan untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi.
- h.

#### 4. Terminasi

##### a. Evaluasi

- 1) Terapis mengevaluasi kemampuan klien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi dan kemampuan klien memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan.
- 2) Terapi menanyakan perasaan klien setelah menyetujui untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan
- 3) Berikan pujian atas keberhasilan klien

##### b. Tindak lanjut

- 1) Anjurkan klien untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dan aktif membentuk pikiran dan perasaan positif serta berperilaku positif.
- 2) Catat kegiatan yang dilakukan dalam jadwal kegiatan harian klien.

- c. Kontrak yang akan datang
  - 1) Mengakhiri pertemuan untuk CBT dan disepakati jika klien perlu terapi modalitas lainnya.

D. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi yang dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi, kemampuan klien memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan, mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan

**Format evaluasi proses CBT**

**Sesi 5. CBT : Kemampuan merubah pikiran negatif dan perilaku negatif untuk mencegah kekambuhan**

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Menggunakan pikiran positif dalam menyelesaikan masalah		
2	Menggunakan perilaku positif dalam menyelesaikan masalah		
3	Menyebutkan keuntungan jika memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk membantu klien mengatasi masalah		
4	Menyebutkan akibat jika penanganan stress akibat gempa jika tidak ditangani segera		
5	Menyebutkan manfaat pengobatan (jika diperlukan)		
6	Menyebutkan manfaat terapi modalitas lain untuk kesembuhan		
	Jumlah		

A. Petunjuk penilaian:

- 1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
- 2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

B. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

1. Bila nilai  $\geq 4$  : klien dapat menyelesaikan sesi terakhir
2. Bila nilai  $\leq 3$  : klien harus mengulangi sesi

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT Sesi 5, klien mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi, klien mampu memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan, klien mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti CBT Sesi 5, klien belum mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi, memahami pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan, melakukan mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan, dianjurkan klien untuk melatih diri secara mandiri /mengulangi sesi 5 (buat jadwal).

### **BAB III PENUTUP**

Gangguan yang dialami klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah bisa membawa dampak yang negatif pada aspek-aspek kehidupannya karena akan mempengaruhi kemampuan kognitif, afektif dan psikomotornya. Cara berpikir juga akan berubah, cenderung memiliki pola pikir yang negatif sehingga pada akhirnya akan mengganggu fungsinya sebagai manusia, dan juga akan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain.

Salah satu terapi lanjut untuk meningkatkan kemampuan klien adalah dengan dilakukan Cognitive Behaviour Therapy (CBT) . Menurut NACBT (2007) CBT adalah suatu bentuk psikoterapi yang menekankan pada pentingnya proses berpikir dalam bagaimana hal berpikir dan bertindak. CBT fokus pada perasaan distress, pikiran, dan perilaku yang nantinya mengarah pada perubahan yang positif (NICE, 2005).

Individu yang menerima CBT pada akhirnya diharapkan memiliki pikiran yang positif sehingga akan memperlihatkan perilaku yang juga positif dalam menjalani kehidupannya. Tujuan akhirnya adalah klien mampu kembali berfungsi dengan normal seperti sebelumnya dan juga mampu menghadapi berbagai masalah yang timbul di kemudian hari dengan keterampilan yang telah diajarkan pada CBT.

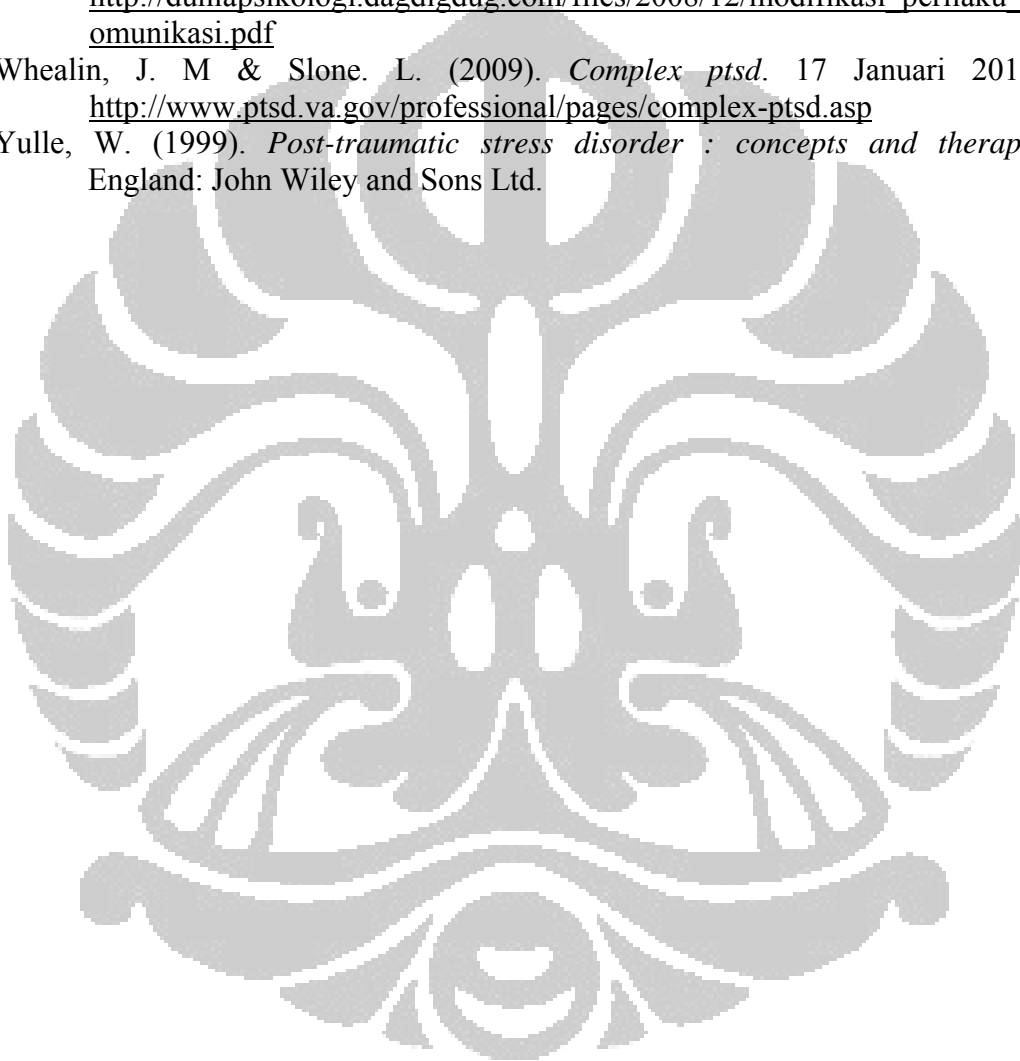
## DAFTAR PUSTAKA

- Beck J.G & Coffey S.F. (2005). Group cognitive behavioral treatment for ptsd:treatment of motor vehicle accident survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, (267-277). 31 Maret 2010. <http://www.memphis.edu/psychology/pdfs/athena/GroupCBTforPTSD.pdf>
- Bryant, Sackville, Dang, Moulds & Guthrie. (1999). *Treating acute stress disorder : an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. Am J Psychiatry*, 156, (1780-1786). 31 Maret 2010. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/156/11/1780>
- Center for CBT. *Post traumatic stress disorder*. 31 Maret 2010. <http://www.centreforcbtcounselling.co.uk/ptsd.php>
- Epigee. (2009). *CBT for post traumatic stress disorder*. 15 Maret 2010. <http://www.epigee.org/ptsd-cbt.html>
- Ferdos & Hossein. (2007). The effectiveness of problem solving skills in decreasing ptsd symptoms in survivors of bam earthquake. *Pak J Mes Chi*, 23 (5), 736-740. 17 Januari 2010. <http://pjms.com.pk/issues/octdec107/pdf/PTSD.pdf>
- FIK-UI. (2009). *Draft terapi spesialis keperawatan jiwa yang telah di riset*. Jakarta: FIK-UI
- Fontaine, K.L. (2009). *Mental Health Nursing*. 7<sup>th</sup> ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Gillespie, K, Duffy, M, Hackmann, A & Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in treatment of post-traumatic stress disorder following omagh bomb. *Behavior Research Therapy*, 40, (345-357). 31 Maret 2010. [http://www.the-convention.co.jp/jact06/download/ehlers/gillespie\\_omagh\\_brt\\_2002.pdf](http://www.the-convention.co.jp/jact06/download/ehlers/gillespie_omagh_brt_2002.pdf)
- Jalil, M. (2006). Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan penderita skizoprenia di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang. *Skripsi*. Tidak dipublikasikan.
- Jensen. (2010), Evaluating the ABC models of rational emotive behaviour therapy theory : an analysis of the relationship between irrational thinking and guilt, *Thesis of Science in Psychology*. The Faculty of Department Psychology Villanova University. United State. ProQuest LLC
- Keliat, B.A., (2006). *Peran Serta Keluarga Dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Keliat, B.A., & Akemat. (2010). *Model Praktek Keperawatan Profesional*. Jakarta : EGC
- Lubit, R. H. (2008). *Acute treatment of disaster survivors*. 17 Januari 2010. <http://emedicine.medscape.com/article/295003-overview>
- Martin, P.F. (2010). *CBT*. 27 Maret 2010. <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Cognitive-behavioral-therapy.html>
- Mayo Clinic. (2009). *Post traumatic stress disorder*. 17 Januari 2010. <http://www.mayoclinic.com/health/post-traumatic-stress-disorder/DS00246>
- Maercker, A, Zollner, T, Menning, H, Robe, S, & Karl, A, (2006). Dresden ptsd study : randomized control trial of motor vehicle accident survivors. *BMJ*

- Psychiatry*, 6 (29), (1-8). 31 Maret 2010.  
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244x-6-29.pdf>
- Mills, Reiss, & Dombeck. (2008). *Stress inoculating therapy*. 15 Maret 2010.  
[http://www.mentalhelp.net/poc/view\\_doc.php?type=doc&id=15683&cn=117](http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=15683&cn=117)
- NACBT. (2007). *What is CBT*. 2 Februari 2010.  
<http://www.nacbt.org/whatiscbt.htm>
- NICE. (2005). *PTSD in adult and children*. 17 Januari 2010 .  
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG026publicinfo.pdf>
- NIMH. (2008). *Post traumatic stress disorder*. 17 Januari 2010.  
[http://www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/nimh\\_ptsd\\_booklet.pdf](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/nimh_ptsd_booklet.pdf)
- Oemarjoedi. (2003). *Pendekatan cognitive behavior therapy dalam psikoterapi*. Jakarta: Penerbit Kreatif Medika
- Parsons, A. (2009). *Cognitive behavior therapy for ptsd*. 31 Maret 2010.  
<http://www.ptsdforum.org/showthread.php?t=568>
- Ross, D. (1999). *Treatment for ptsd : guideline for patient and family*. 17 Januari 2010. <http://www.psychguides.com/ptsdhe.pdf>
- Royal College of Psychiatric. (2010). *Posttraumatic stress disorder*. 15 Maret 2010.  
<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/mentalhealthproblems/posttraumaticstressdisorder/posttraumaticstressdisorder.aspx>
- Scheeringa, et al. (2007). Feasibility and effectiveness of cbt for ptsd in preschool children : two cases report. *Journal of Traumatic Stress*. 20 (4), 631-636. 14 April 2010.  
<http://cretscmhd.psych.ucla.edu/nola/volunteer/EmpiricalStudies/Feasibility%20and%20effectiveness%20of%20cognitive-behavioral%20therapy%20for%20posttraumatic%20stress%20disorder%20in%20preschool%20children-%20two%20case%20reports.pdf>
- Shoostari, Pangadhi dan Moghadam. (2007). Outcomes of cognitive behavior therapy in adolescent after natural disaster. *Journal of Adolescent Health*, 42, (466-472). 17 Januari 2010. <http://yangzi-a.org/res/ptsdangels/P020080602317431390496.pdf>
- Stuart, G.W & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8<sup>th</sup> ed). St. Louis: Mosby. Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins
- Shives, L.R. (2005). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Sinaga, B.R. (2007). *Skizofrenia & Diagnosis Banding*. Balai Penerbit, Fakultas Kedokteran – Universitas Indonesia, Jakarta
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 9<sup>th</sup> ed. Missouri : Mosby, Inc.
- Susanti, Wardani, Khotimah, Natalia, dan Nurillah. (2009). *Pengaruh terapi kognitif perilaku (tpk) terhadap persepsi, sikap, dan perilaku klien skizofrenia terkait pengobatan di RS. Marzoeki Mahdi (RSMM) Bogor*. Laporan Akhir Penyusunan Penyusun Madya V FIK-UI. Tidak dipublikasikan



- Townsend, M. C. (2009). *Psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice*. (6<sup>th</sup> ed). Philadelphia: F. A. Davis Company
- Tull, M. (2008). *Overview of cognitive behavior treatment for ptsd*. 17 Januari 2010.  
[http://www.health.state.nm.us/ohem/opibr/Update%20Book%2052606%20part%2012%20materials/PsychoSocial/Psychosocial\\_Treatment.pdf](http://www.health.state.nm.us/ohem/opibr/Update%20Book%2052606%20part%2012%20materials/PsychoSocial/Psychosocial_Treatment.pdf)  
diakses tgl 17 jan 2010
- Wulandari, L. H. (2002). *Efektivitas modifikasi perilaku-kognitif untuk mengurangi kecemasan komunikasi antar pribadi*. 9 April 2010.  
[http://duniapsikologi.dagdigdug.com/files/2008/12/modifikasi\\_perilaku\\_komunikasi.pdf](http://duniapsikologi.dagdigdug.com/files/2008/12/modifikasi_perilaku_komunikasi.pdf)
- Whealin, J. M & Slone. L. (2009). *Complex ptsd*. 17 Januari 2010.  
<http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/complex-ptsd.asp>
- Yulle, W. (1999). *Post-traumatic stress disorder : concepts and therapy*. England: John Wiley and Sons Ltd.



Daftar Pelaksanaan CBT dan REBT pada klien PK dan HDR di RSMM Bogor, 2011

Lampiran 19

NO	INITIAL	RUANGAN	PRE TEST	PERTEMUAN KE								POST TEST
				1	2	3	4	5	6	7	8	
1	N A	Yudistira	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	#####	#####	#####	05/06/2011
2	Ar	Yudistira	26/04/2011									05/06/2011
3	In	Yudistira	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	#####	#####	#####	05/06/2011
4	Ij	Yudistira	26/04/2011									05/06/2011
5	Um	Yudistira	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	#####	#####	#####	05/06/2011
6	Fh	Yudistira	26/04/2011									05/06/2011
7	Ek	Arimbi	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	#####	#####	#####	05/06/2011
8	Et	Arimbi	26/04/2011									05/06/2011
9	Sm	Arimbi	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	#####	#####	#####	05/06/2011
10	SU	Arimbi	26/04/2011									05/06/2011
11	Em	Arimbi	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	#####	#####	#####	05/06/2011
12	Al	Arimbi	26/04/2011									05/06/2011
13	An	Arimbi	26/04/2011	27/04/2011	28/04/2011	29/04/2011	30/04/2011	05/02/2011	#####	#####	#####	05/06/2011
14	Mr	Arimbi	26/04/2011									05/06/2011
15	De	Antareja	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011
16	Sb	Antareja	05/09/2011									19/5/2011
17	Am	Antareja	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011
18	Wd	Antareja	05/09/2011									19/5/2011
19	TD	Antareja	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011
20	Fe	Antareja	05/09/2011									19/5/2011
21	Do	Antareja	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011
22	Is	Antareja	05/09/2011									19/5/2011
23	Af	Bratasena	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011
24	Ha	Bratasena	05/09/2011									19/5/2011
25	IJ	Bratasena	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011
26	NP	Bratasena	05/09/2011									19/5/2011
27	Dd	Bratasena	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011
28	Ag	Bratasena	05/09/2011									19/5/2011
29	Sy	Bratasena	05/09/2011	05/10/2011	05/11/2011	05/12/2011	13/5/2011	14/5/2011	15/5/2011	16/5/2011	18/5/2011	19/5/2011
30	MI	Bratasena	05/09/2011									19/5/2011
31	NM	Bratasena	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
32	EA	Bratasena	20/5/2011									31/5/2011
33	Al	Bratasena	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
34	Wd	Bratasena	20/5/2011									31/5/2011
35	AP	Bratasena	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
36	Kk	Bratasena	20/5/2011									31/5/2011
37	SM	Utari	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
38	Ls	Utari	20/5/2011									31/5/2011
39	AA	Utari	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
40	Nk	Utari	20/5/2011									31/5/2011
41	UH	Utari	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
42	EH	Utari	20/5/2011									31/5/2011
43	Al	Utari	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
44	Eh	Utari	20/5/2011									31/5/2011
45	NS	Utari	20/5/2011	21/5/2011	22/5/2011	23/5/2011	24/5/2011	25/5/2011	27/5/2011	28/5/2011	30/5/2011	31/5/2011
46	Nk	Utari	20/5/2011									31/5/2011
47	SH	Antareja	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	#####	#####	#####	06/10/2011
48	An	Antareja	31/5/2011									06/10/2011
49	Ur	Antareja	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	#####	#####	#####	06/10/2011
50	Id	Antareja	31/5/2011									06/10/2011
51	RZ	Antareja	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	#####	#####	#####	06/10/2011
52	EH	Antareja	31/5/2011									06/10/2011
53	As	Gatotkaca	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	#####	#####	#####	06/10/2011
54	Sy	Gatotkaca	31/5/2011									06/10/2011
55	My	Gatotkaca	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	#####	#####	#####	06/10/2011
56	Dr	Gatotkaca	31/5/2011									06/10/2011
57	Wy	Gatotkaca	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	#####	#####	#####	06/10/2011
58	Aa	Gatotkaca	31/5/2011									06/10/2011
59	Dh	Gatotkaca	31/5/2011	06/01/2011	06/02/2011	06/03/2011	06/04/2011	06/06/2011	#####	#####	#####	06/10/2011
60	Jh	Gatotkaca	31/5/2011									06/10/2011

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Eyet Hidayat  
 Tempat/Tanggal Lahir : Majalengka, 28 September 1967  
 Jenis Kelamin : Laki-laki  
 Pekerjaan : Pengajar Program Studi Keperawatan Cirebon  
 Alamat Instansi : Jl. Pemuda no 38 Cirebon.  
 Telpon : (0231) 245739  
 Alamat Rumah : Jl. P. Janapura No. 16 RT 03 RW 02  
 Wanayasa – Beber – Cirebon  
 Telpon : (0232) 8618041

**Riwayat Pendidikan**

SDN Burujulkulon, Jatiwangi, Majalengka : Lulus tahun 1980  
 SMPN 2 Jatiwangi, Majalengka : Lulus tahun 1983  
 SPK Depkes Cirebon : Lulus tahun 1986  
 SMA Mesperdam Bandung : Lulus tahun 1992  
 D III Keperawatan Akper PajajaranDepkes Bandung : Lulus tahun 1990  
 S1 Pendidikan IKIP Bandung : Lulus tahun 1995  
 S1 Keperawatan FIK UI Jakarta : Lulus tahun 1999

**Riwayat Pekerjaan**

Staf Pendidikan SPK Depkes Cirebon : Tahun 1986 – 1990  
 Pengajar di SPK Depkes Mataram : Tahun 1990 – 1995  
 Pengajar di Akper Depkes Cirebon : Tahun 1995 – 2002  
 Pengajar di Poltekkes, Program Studi Kep. Cirebon : Tahun 2002 - sekarang